UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010 **Petra Mráčková**

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

ZMÍRNĚNÍ STRESU PACIENTA PŘED OPERAČNÍM VÝKONEM

Bakalářská práce

Autor práce: **Petra Mráčková**
Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSs.**

2010

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

STRESS DE-TENSION OF THE PATIENT BEFORE SURGERY

Bachelor´s thesis

Autor: **Petra Mráčková**
Supervisor: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2010

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové..... .....

(podpis)

Poděkování

Děkuji prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení a cenné připomínky a za čas, který mi věnoval při zpracování této závěrečné bakalářské práci. Dále bych chtěla poděkovat Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem za umožnění výzkumu v této nemocnici a pacientům za ochotu a spolupráci při vyplňování dotazníků.

Petra Mráčková

Obsah

Úvod……...……..…...8
I. Teoretická část……..……..……...…10
1. Stres…..……..……...11
1.1 Význam slova „stres“…….....11
1.2 Definice stresu……...…11
1.3 Historie pojmu stres……...……..12
1.4 Příznaky stresového stavu…….....12
1.5 Základní teorie stresu…….....14
1.6 Stres jako reakce organismu……..…...14
1.7 Stres jako stimulus, podnět……...…....15
1.8 Stres jako transakce……...……17
1.9 Stres pacienta před operačním výkonem……..22
2. Struktura osobnosti…….....24
2.1 Psychologická problematika nemoci.....25
2.2 Postoj zdravotníka a nemocného k nemoci……25
2.3 Maslowova hierarchie potřeb……..27
3. Bolest, strach a úzkost v nemoci...……..……..29
3.1 Pojetí bolesti……29
3.1.1 Bolest a reakce nemocného.....29
3.1.2 Akutní bolest……....31
3.1.3 Chronická bolest……..32
3.1.4 Pooperační bolest……33
3.1.5 Psychické účinky pooperační bolesti……...33
3.1.6 Cíle léčby pooperační bolesti……...34
3.1.7 Hodnocení bolesti……34
3.1.8 Měření bolesti……..……34
3.1.9 Neverbální metody hodnocení bolesti…….35
3.1.10 Verbální metody hodnocení bolesti……..…35
3.1.11 Multidimenzionální metody hodnocení bolesti……35
3.1.12 Hodnocení úlevy od bolesti……..…..36
3.2 Prožívání strachu a úzkosti……36
3.2.1 Strach z bolesti……..……40
3.2.2 Smutek a deprese……43
4. Umění komunikace a jednání s lidmi……...45
4.1 Složky komunikace při vytváření vztahů……...…45
4.2 Komunikace mezi pacientem a zdravotníkem……47
4.3 Verbální a neverbální komunikace……48
4.4 Typy komunikace……...48
4.5 Řeč těla……...…...49

4.6 Komunikace s handicapovaným pacientem……..51
4.7 Problémoví pacienti……...……...52
4.8 Agresivní pacient……..…52
4.9 Úzkostný pacient…….....52
4.10 Staří lidé……53
5. Etika v ošetřovatelství……...54
5.1 Ošetřovatelská etika…….…54
5.3 Týmová spolupráce……..……..…55
6. Anestezie v chirurgii…….…..56
6.1 Lokální anestezie čili místní znecitlivění…….…….56
6.2 Další typy lokální anestezie……..…56
6.3 Celková anestezie……...…….....57
6.4 Komplikace spojené s anestezií……58
6.5 Probuzení z celkové anestezie……...…59
7. Operace……..…60
7.1 Plánovaný operační výkon……..……60
7.1.1 Chirurgický výkon.....61
7.1.2 Plánovaná operace…….……..62
7.1.3 Plánovaný příjem pacienta na oddělení……62
7.1.4 Předoperační vyšetření…….…….63
7.1.5 Premedikace……...……...64
7.1.6 Lačnění před výkonem…….……64
7.1.7 Operace……...……....….65
7.1.8 Operační sál…….....…….65
7.1.9 Pacienta na operačním sále…….……..66
7.1.10 Zmírnění stresu pacienta před operačním výkonem……67
7.1.11 Operační tým……..……...68
7.2 Zmírnění stresu pacienta po operačním výkonu……...69
7.2.1 Zvládání stresové situace……..69
7.2.2 Zvládací strategie…….…….70
II. Empirická část…….……73
8. Výzkum v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem……75
9. Výzkumné metody……..77
10. Zkoumaný soubor pacientů…….…79
11. Výsledky výzkumu…….…80
12. Diskuze…….……..……...103
Závěr…….……108
Anotace…….……110
Seznam literatury a použitých pramenů……....…112
Seznam tabulek…….……...114
Seznam grafů……...…….....115
Přílohy.....…….……...…116

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma „Zmírnění stresu pacienta před operačním výkonem“, které odráží extrémní zátěž pacienta při hospitalizaci a před operačním výkonem, a tou zátěží je především otázka stresu. Zvolila jsem si toto téma především proto, že pracuji jako anesteziologická sestra na operačních sálech a přicházím denně do styku s pacienty, kteří podstupují chirurgický operační výkon. Dále pracuji v anesteziologické ambulanci, kde se setkávám rovněž s pacienty před operačním výkonem. Také jsem součástí analgetického týmu, který řeší pooperační bolest u pacientů. Docházím za nimi na oddělení a konzultuji jejich zdravotní stav a bolest s anesteziologickým lékařem. Připravuji analgetické směsi k jejich další léčbě bolesti.

Mou snahou bylo zjistit míru stresu pacienta a tím jeho negativní dopad na pacienta. Zdravotník pracuje s lidmi v situacích, které pro ně často znamenají zvýšenou hraniční a dokonce extrémní zátěž. Jednou z extrémních zátěží pro pacienta je stres. Jeden z přístupů k otázce stresu je přístup psychologický a to jak v diagnostice, tak i v terapii.

Pacientem se nerodíme, ale stáváme se jim. Nastává proces, který charakterizuje změnu relativně zdravého člověka v pacienta, má svou nejen fyziologickou a patofyziologickou stránku, ale i stránku psychologickou. To znamená, že každé onemocnění je zároveň záležitostí tělesnou i duševní. Úkolem lékaře i sestry je kromě léčby, dodat nemocnému odvahy, chuti k životu, klidu a trpělivosti. Platí to i pro zlomenou nohu, tedy pro onemocnění, které mívá primárně pouze fyzickou příčinu. Jsou však i četná psychosomatická onemocnění. Vztah mezi biologickým a psychologickým aspektem života je jedním z nejdůležitějších klíčů k poznání osobnosti.

Vývoj techniky v posledních letech neustále silně ovlivňuje a zdokonaluje lékařskou vědu a praxi. Nemocný člověk se setkává jak v ambulantních zařízeních, tak v nemocnici s neznámými přístroji a technickými zařízeními, jeho výsledky vyhodnocuje počítač. Při operaci za pacienta dýchá přístroj, monitoruje a operuje ho. Pacient již méně a méně přichází do kontaktu se zdravotnickým personálem. Vytrácí se empatie a lidskost zdravotníků vůči nemocnému. Důležitá je komunikace, která bývá nahrazena brožurkami, formuláři, dotazníky, které jsou jistě důležité, ale lidskou komunikaci nenahradí. A naopak

sestra může mít kladný vliv na zmírnění stresu pokud projeví empatii, pokud je pacient dostatečně informován, pokud sestra používá haptického kontaktu, pacient je akceptován nebo pokud je sestra ochotná pacienta vyslechnout. Samozřejmě to se odvíjí od osobnosti sestry. Osobnost sestry má zásadní význam pro duševní rovnováhu nemocných.

Každé speciální vyšetření nebo operační zákrok vyvolává u pacienta stres. Nedostatek komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocným jen situaci zhoršuje.

Péče o člověka je týmová práce. Každý člen zdravotnického týmu má zde svou nezastupitelnou roli. Jeden bez druhého nemůže splnit své poslání, na které se připravil svým vzděláním, úlohy všech členů týmu se prolínají. V některých situacích může plnit svou roli lékař nebo sestra samostatně, ale vždy by to mělo být s ohledem na pacienta.

I. Teoretická část

Cíle teoretické části:

1. Definovat a popsat charakteristické příznaky stresu
2. Popsat teorie stresu z odborných pramenů
3. Poukázat na vyvolávající činitele způsobující stres u pacienta před operačním výkonem
4. Charakterizovat vztah mezi stresem a bolestí u pacienta
5. Charakterizovat vztah mezi stresem a nedostatečnou komunikací u pacienta před operačním výkonem
6. Popsat možnosti léčby bolesti
7. Ukázat na vliv nemocničního prostředí na vzniku stresu u pacienta před operačním výkonem
8. Popsat a navrhnout zvládací strategie v akutní fázi stresu

1. Stres

„Není pochyb o tom, že stres je na postupu. Svědčí o tom výskyt zažívacích potíží, nemocí srdce a krevního oběhu i duševní rozladěnost. Tyto nemoci jsou při svém vzniku ovlivněny stresem. Ohromné množství lidí hledá dnes před nimi ochranu“.

H. Selye

1.1 Význam slova „stres“

Jeden způsob, umožňující hlubší porozumění významu cizích slov v jazyce, je blízký jazykovědcům. Ti se ptají na kořen cizího slova. V daném případě nás upozorňují, že slovo „stres“ k nám proniklo z anglického „stress“ , a to vzniklo z latinského slovesa „stringo, stringere, strinxi, strictum“. Co znamenalo v latině? Příslušný latinský slovník říká, že znamená „ utahovati, stahovati, zadrhovati – jako smyčku kolem krku odsouzence, kterého věší na šibenici“.

V technickém smyslu slova je slovo „stres“ blízké svým významem „presu“ – lisu, znamená „působit tlakem na daný předmět“ , podobně jako působí lis, jenže ze všech stran najednou. V přeneseném smyslu slova – v oblasti věd o člověku – výroku „býti ve stresu“ můžeme rozumět jako „býti vystaven nejrůznějším tlakům“ , a proto „býti v tísni“ (Křivohlavý, 1994, s. 7).

1.2 Definice stresu

Pro lepší pochopení toho, co se rozumí stresem, je dobré zamyslet se nad pokusy o přesné vyjádření (definování) stresu. Uveďme zde několik takových pokusů:

„Stres je výsledkem interakce (vzájemné činnosti) mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku.“ (H. Selye in Křivohlavý, 1994, s. 10)

„Stres je extrémní a neobvyklá situace, jejíž hrozba vyvolává významnou změnu v chování.“ (R. G. Miller in Křivohlavý, 1994, s. 10)

„Stres vyjadřuje situaci člověka v napětí (tenzi) při řešení problému, když se do cesty řešení tohoto problému postaví nepřekonatelná překážka.“ (A. Howard a R. A. Scott in Křivohlavý, 1994, s. 10)

„Stresem označujeme extrémně vyostřenou situaci, kdy je osobnost vážně ohrožena dlouhodobou frustrací (neuspokojením základních potřeb).“ (M. H. Appley in Křivohlavý, 1994, s. 10)

„Stres je takový stav organismu, kdy nadměrné množství energie je využíváno na řešení problémů. Tolik energie by nemuselo být použito, kdyby se tyto problémy daly řešit normálně.“ (A. Antonovsky in Křivohlavý, 1994, s. 10)

„Stresem označujeme takovou změnu v organismu, která v určitém stavu ohrožení (například před těžkou operací) může vyvolat vysoký stupeň napětí, rozvrátit zaběhaná schémata každodenního způsobu jednání, která oslabuje mentální výkonnost a vyvolává subjektivně nepříjemné stavy afektivního vyčerpání.“ (I. L. Janis in Křivohlavý, 1994, s. 10)

1.3 Historie pojmu stres

- v lékařské literatuře se objevuje ve 30. letech 20. století
- v ošetřovatelství koncem 50. let
- v psychologii koncem 60. let
- v běžné mluvě se začal používat později k označení různých lidských zážitků, které člověku nějakým způsobem vadí nebo ho rozrušují

1.4 Příznaky stresového stavu

Fyziologické:

- bušení srdce (palpitace) – vnímání zrychlené, nepravidelné a silnější činnost srdce
- bolest a sevření za hrudní kostí
- nechutenství a plynatost v břišní (abdominální) oblasti
- křečovité, svírající bolesti v dolní části břicha a průjem
- časté nucení k močení
- sexuální impotence
- změny v menstruačním cyklu

- bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou
- svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, často spojené s bolestmi v těchto částech těla
- úporné bolesti hlavy – často začínající v krční oblasti a rozšiřující se vpřed směrem od temene hlavy k čelu
- migréna – záchvatová bolest jedné poloviny hlavy
- exantém – vyrážka v obličeji
- nepříjemné pocity v krku (jako bychom měli v krku knedlík)
- dvojité vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod (tzv. fokusace)

Emocionální:

- prudké a výrazně rychlé změny nálady (od radosti ke smutku a naopak)
- nadměrné trápení se věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité
- neschopnost projevit emocionální náklonnosti, sympatizování s druhými lidmi
- nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled
- nadměrné snění a stažení se ze sociálního styku, omezení kontaktu s druhými lidmi
- nadměrné pocity únavy a obtíže při soustředění pozornosti
- zvýšená podrážděnost, popudlivost (iritabilita) a úzkostnost (anxiozita)

Behaviorální:

- nerozhodnost a do značné míry i nerozumné nářky
- zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci, nehodách a úrazech
- sklon ke zvýšené osobní nehodovosti a nepozornému řízení auta
- zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, výmluvy, vyhýbání se odpovědnosti i častější podvádění
- zvýšené množství vykouřených cigaret za den
- zvýšená konzumace alkoholických nápojů
- větší závislost na drogách, zvýšené množství tablet na uklidnění a léků na spaní
- ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání
- změněný denní životní rytmus – problémy s usínáním, dlouhé noční bdění a pak pozdní vstávání s pocitem velké únavy
- snížené množství vykonané práce a zvýšená nekvalitnost (Křivohlavý, 1994, s. 29).

1.5 Základní teorie stresu

1. stres jako reakce organismu
2. stres jako stimul, podnět pro člověka
3. stres jako transakce mezi člověkem a prostředím

1.6 Stres jako reakce organismu

S tímto pojetím přišel Hans Selye (práce Životní stres z r. 1956). Jde o teorii stresu z fyziologického a medicínského pohledu. Považuje stres za nespecifickou reakci organismu na škodlivé podněty, které přicházejí buď z organismu samotného nebo z jeho okolí (environmentální stres).

Základní myšlenky Selyho teorie 1

Stresová reakce je fyziologická obranná reakce, která nezávisí na povaze stresoru. Jde o všeobecný adaptační syndrom (general adaptation syndrome – GAS). Probíhá ve třech dobře ohraničených stádiích (poplachová reakce, rezistence, vyčerpání). Pokud je GAS závažný a trvá velmi dlouho, může vyústit ve stav nemoci.

Základní myšlenky Selyho teorie 2

Kognitivní proměnné, jako kupř. „vnímání (percepce)“, hrají dílčí roli při spouštění a při moderování průběhu GAS. Lze rozlišit: negativně hodnocený a prožívaný stres (distres). Pozitivně hodnocený a prožívaný stres (eustres). Obojí může být pro organismus rizikové.

Základní myšlenky Selyho teorie 3

Stádium poplachové reakce při GAS se spouští v okamžiku, kdy škodlivý stimul hrozí nebo začíná působit. Ve stádiu rezistence dochází k mobilizaci sil k obraně organismu. Rezistence často vede k adaptaci, ke zlepšení, či k vymizení symptomů. Rezistence však někdy vede i k onemocnění v důsledku adaptace, jako kupř. k hypertenzi, artritidě, rakovině.

Základní myšlenky Selyho teorie 4

Vyčerpání se objevuje v případech, kdy stresor působí dlouhou dobu či dostatečně silně. Vyčerpává se adaptační energie organismu. Adaptační energie je limitována individuálními genetickými vlastnostmi. Každé individuum má prý určitou zásobu adaptační energie, kterou sice může vybírat, ale nemůže ji doplňovat (Lyon, 2000).

Problémy Selyho teorie 1

1. zamlžují se specifičtější psychofyziologické reakce (hněv versus úzkost či strach)

2. existují terminologické i věcné nejasnosti: pro Selyho

stres = počáteční působení (poplachová reakce) i pozdější adaptační mechanismy

stres = boj, zranění, ale také onemocnění v důsledku prolongované reakce na GAS

Problémy Selyho teorie 2

3. neberou se v úvahu kognitivní faktory (např. hodnocení dané situace člověkem, význam, který mají pro člověka rychlé změny apod.)

4. standardní podoba nespecifických fyziologických reakcí neumožňuje vysvětlit individuální rozdíly ve vnímání zevních podnětů a situací, individuální rozdíly ve zvládání ohrožujících situací

Problémy Selyho teorie 3

5. je-li stres reakcí, je operacionalizován pomocí fyziologických proměnných, přitom bývá rozdíl mezi objektivními změnami a subjektivními pocity

6. pojetí stresu jako nespecifické reakce organismu odporuje filozofickému pojetí ošetřovatelství (klient jako jedinečné individuum) (Lyon, 2000).

1.7 Stres jako stimulus, podnět

Otázka: Co se stane, když osoba zažívá změnu životních okolností, zažívá různě náročné životní situace? Tento přístup považuje životní změny, neboli „životní události“, za stres, na který daná osoba reaguje. Stres je v těchto výzkumech nezávisle proměnnou.

Pojetí stresu jako stimulu

Člověk je nucen se adaptovat na velké životní změny nebo závažné životní události. Příliš mnoho životních změn zvyšuje zranitelnost jedince a tedy i jeho náchylnost k onemocnění.

Diagnostika stresu jako stimulu

Životní události lze klasifikovat podle jejich závažnosti. Převládlo dotazníkové šetření. Byly vytvořeny desítky dotazníků pro skórování závažných událostí, které daný člověk v určitém časovém období zažil.

Problémy stresu jako stimulu

1. životní změny mají standardní povahu a každá z nich klade stejné adaptační požadavky na všechny lidi (stejná váha)

2. každá změna je stresem, ať už si ji člověk přeje nebo ne (stejné vnímání a prožívání událostí)

3. existuje obecný strop adaptačních možností, po jehož překročení člověk onemocní (stejný strop pro všechny) (Lyon, 2000).

Snahy o zmírnění problémů

Jeden z nejznámějších dotazníků je dotazník LES (Life Experiences Survey), autoři Sarason, Johnson, Siegel (1979), dotazník má 57 položek. Zjišťuje výskyt životních událostí dále pak názor daného člověka na tyto události (přál si je – nepřál), intenzitu dopadu událostí na život daného člověka, problémy: zjišťované události vybrali autoři dotazníku, ne dotazovaný člověk, nezkoumá se jeho sociální opora, jeho nezdolnost, možnost ovlivnit běh událostí atd.

Ošetřovatelský pohled na stres jako stimul – Wernerová

Stresory lze klasifikovat podle klasifikace (vnější, vnitřní), časového průběhu (akutní, chronické, epizodické) dále podle předpověditelnosti (očekávané, neočekávané), valence (pozitivní, negativní) a dopadu (standardní, katastrofické).

1.8 Stres jako transakce

Psychologický pohled - stres jako transakce mezi jedincem a prostředím (Lazarus, 1966, Lazarus a Folkmanová, 1984).

Podstata teorie (Lazarus, Folkmannová)

Výraz stres je souhrnným označením pro komplexní sérii subjektivních jevů, včetně kognitivního hodnocení (hrozba, nebezpečí, výzva), stresových emocí, zvládacích strategií (angl. coping) a přehodnocení. Jedinec prožívá stres, když požadavky určité situace výrazně zatěžují nebo přesahují zdroje daného jedince a současně jedinec očekává, že mu hrozí nebezpečí či ztráta. Zvládání zátěže je definováno jako jedincovo úsilí snížit vnímané nebezpečí nebo snaha zmírnit emoce vyvolané stresem (zvládání zaměřené na problém, zvládání zaměření na emoce).

Lazarusův přístup ke stresu

Předpokládal, že stres jako odborný pojem má heuristickou hodnotu, ale sám o sobě není měřitelný, není jednoduchá proměnná. Došel k závěru, že stres není „událostí“, ale spíše výsledek vzájemného působení jedince a prostředí (on používá termín „transakce“). Stres je souborem tří typů proměnných:

- kognitivních
- afektivních
- zvládacích

Historičtí předchůdci tohoto pojetí:

Janis (1954) navrhl model ohrožení/neštěstí, který obsahuje tři hlavní fáze stresu:

- 1. fázi ohrožení, v níž osoba vnímá objektivní známky nebezpečí
- 2. fázi dopadu, přímého působení nebezpečí, v této fázi je nebezpečí bezprostřední, ale existuje možnost úniku v závislosti na rychlosti a efektivnosti obranných reakcí
- 3. fázi doznívání nebezpečí, trpění prožitými následky, objevuje se těsně po té, co se nebezpečí zmírnilo nebo úplně skončilo.

Basowitz, Persky, Korchin a Grinker (1955) definovali stres jako soubor pocitů, které se obvykle dostavují ve chvílích, kdy je organismus ohrožen.

Mechanic (1962) definuje stres jako „negativní reagování osob v mimořádných situacích“.

K faktorům, které mají rozhodnout o tom, zda je situace prožívána jako příjemná anebo nepříjemná, patří podle něj:

- schopnosti nebo potenciály jedince i jeho dovednosti. Omezení vycházející z praktik provozovaných danou skupinou lidí či daných tradicí dané skupiny
- zdroje dostupné danému jedinci z okolního prostředí
- normy, které určují, zda se jedinec může cítit dobře v případě, když využije zdrojů kolem sebe.

Chování, které člověk používá, aby reagoval na požadavky, jež jsou na něj kladeny se nazývá zvládací chování.

Zdravotní důsledky stresu podle dané teorie (Lazarus, Folkmannová)

Krátkodobé důsledky zahrnují sociální fungování ve specifických situacích, morální chování, během pozitivních a negativních emocí vyvolaných stresorem a somatické zdraví projevující se symptomy, jež byly navozeny stresovou situací.

Dlouhodobé důsledky zahrnují sociální fungování, morálku a somatické zdraví.

Jak krátkodobé, tak dlouhodobé důsledky jsou provázeny výkonovými, emočními a fyziologickými projevy.

Typy hodnocení (Lazarus, Folkmannová) toho, co zprostředkovává transakci mezi člověkem a prostředím je hodnocení, které člověk provádí.

Rozlišují tři typy hodnocení:

- 1. primární – člověk hodnotí závažnosti situace
- 2. sekundární – člověk hodnotí své možnosti vyrovnat se s danou situací
- 3. znovuhodnocení, přehodnocení

Primární hodnocení je posouzení toho, co daná situace pro člověka přináší, co v sobě do budoucna skrývá, jaké nároky přináší, jaké bude mít dopady:

- a) potenciální hrozba poškození nebo ztráty
- b) stav, kdy už k poškození aktuálně dochází
- c) situaci, která může přinášet určité výhody či zisk, představuje určitou výzvu, ale je přítomno riziko.

Sekundární riziko je posouzení toho, které možnosti zvládání situace nebo možnosti chování má jedinec k dispozici, aby mohl hrozbu zvládnout. Člověk tedy hodnotí sám sebe, své schopnosti, vnímanou osobní zdatnost. Zdroje, které má k dispozici.

Nové pojetí stresorů - stresory zahrnují jak traumata a závažné negativní události, tak každodenní potíže, problémy (Kohn, 1996, s. 185).

Pojetí zvládání - zvládání lze definovat jako vědomé adaptování se na stresor. Tím se liší od obranné reakce, která bývá neuvědomovaná. Zvládání zahrnuje buď reakce na bezprostřední stresor (jde o zvládací reakci) nebo konzistentní způsob, jímž se jedinec vyrovnává se stresory působícími v různé době a v různých situacích (zvládací styl).

Společné charakteristiky stresových reakcí a zvládání (podle Erickson et al., 1997)

- redukují distres
- řídí emoce
- mají dynamickou povahu
- jsou potenciálně vratné
- lze v nich rozlišit dílčí složky
- rozvíjejí se s věkem

Tab. Rozdíly mezi stresovou reakcí a zvládáním zátěže (Erickson et al., 1997)

Stresové reakce	**Zvládací strategie**
Obsahují implicitní operace	Obsahují explicitní operace
Aktivovány intrapsychicky	Aktivovány prostředím, okolnostmi
Obtížněji pozorovatelné	Snadněji pozorovatelné
Jedinec si je neuvědomuje	Jedinec si je uvědomuje
Jedinec je nezvládá vůlí	Jedinec je ovládá vůlí
Determinovány osobnostními rysy	Determinované jak osobnostně, tak situačně
Základem je instinktivní chování	Základem jsou kognitivní procesy
Nepředchází zhodnocení situace	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností
Výsledkem je automatické chování	Výsledkem je promyšlené chování

Nevhodné typy zvládání zátěže

- obviňování jiných osob z vlastního selhání
- překrucování skutečnosti
- obelhávání sebe sama
- sebeznevýhodňování (self – handicapping)

- útěk do nemoci
- konzumování psychotropních látek
- sexuální promiskuita
- přejídání se nebo naopak odmítání potravy
- agrese vůči jiným lidem
- pokusy o sebevraždu

Hlavní dimenze zvládání (Compas, 1998)

1. funkce (zvládání zaměřené na problém, na emoce vyvolané problémem)
2. cíle, které si stanovil (vyřešit problém nebo zlepšit sám sebe)
3. používané metody (dominují buď kognitivní nebo emoční či behaviorální aspekty)
4. převažující orientace jeho úsilí (angažovat se nebo se vyhnout, uniknout)
5. podstata regulačních procesů, které řídí jeho aktivity (převážně kognitivní, emoční, behaviorální)

Mezi vnitřní zdroje zvládání patří temperamentové charakteristiky (extraverze), pocit somatické, psychické i sociální pohody (pocit zdraví), příznivé charakteristiky „jáství“, např. vysoká sebedůvěra, sebeoceňování, sebeúcta.

Dalšími vnitřními zdroji zvládání zátěže jsou odolnost (resiliency) a nezdolnost (hardiness). Odolnost je úspěšné adaptování navzdory nepříznivým okolnostem, schopnost pružně se vrátit do původního stravu „rychle se vzpamatovat“. Mezi další patří soubor faktorů a procesů, které přeruší běh události směřující k rizikovému chování či psychopatologii. Nezdolnost je optimistický vysvětlovací styl, příčiny špatného zvládání zátěže jsou tudíž příčiny nestabilní, specifické a vůči jedinci vnější. Příčiny dobrých výsledků jsou příčiny stabilní, globální a vůči jedinci vnitřní.

Vnitřními zdroji zvládání jsou též naděje, vnímaná kontrola a řízení.

Vnímaná osobní zdatnost (self – efficacy) se týká jedincova posouzení vlastních schopností, způsobilosti něco vykonávat, něčeho dosáhnout. Jde o záležitost podloženou racionálními úvahami, podpořenou argumenty. Osobní zdatnost jedince se dá analyzovat podle cílů, které si klade, způsobů, jimiž se snaží cíle dosáhnout, podle kvality podávaných výkonů atd. (volně podle Bandura, 1997, s. 11).

Zvládací úsilí

Mezi vnější zdroje zvládání zátěže patří sociální opora (social support). Zvládací pomoc integruje sociální oporu a protože zvládání poskytuje sociálně významná osoba a tak iniciativa vychází zvnějšku.

Faktory komplikující zvládání zátěže

Jsou to např. temperamentové charakteristiky (např. neuroticismus), zvláštnosti myšlení (např. uvažování opírající se nikoli o realitu, ale o jedincova přání (wishful thinking), vývojové opoždění, postižení jedince, vyčerpání rezerv – efekt vyhoření, nevyspání. Dalšími jsou nedostatek vhodných informací, strach, úzkost, bolest, závažnější onemocnění. Mají zde mít vliv i některé léky, deprese, naučená bezmocnost, nepříznivá sociální situace (Lyon, 2000).

Metodologické problémy jsou např. zkoumání „shora“ (podle teorie se konstruují metody), zkoumání „zdola“ (vychází se ze zkušeností, z kazuistik). Definování zkoumaného období (časový interval „zpátky“ – co se stalo, jak přesně jedinec postupoval) dále časový řez (postupy používané před událostí, během ní, po skončení), velikost zátěže (drobné starosti versus traumata), diskrétní či spojitá (chronická) zátěž a předpověditelná či nepředpověditelná zátěž.

Mezi kvalitativní diagnostiku patří zvládání pozorování jedinců v reálných situacích, rozhovor s jedincem, rozhovor s lidmi, kteří jedince znají dále diskuse v ohniskové skupině**,** dotazníky zjišťující aktuální zvládací strategie, dotazníky zjišťující dlouhodobé zvládací styly.

Intervence

Mezi intervence patří např. změnit „škodlivost prostředí“, změnit „kvality jedince“ samého, posilovat jeho schopnost úspěšně se adaptovat na zátěžové situace (individuální zvládání) dále změnit kvality komunity (sociální opora, skupinové zvládání) a komplexní přístup (prostředí, jedinec, komunita atd.) (Lyon, 2000)

Adaptace

„Víme, že na fyzické úrovni má tělo složitý mechanismus samoregulace. Ta funguje tak, že tělo citlivě zaznamenává všechny odchylky od normálu a zajišťuje rovnováhu (restartuje ji). Tyto mechanismy umožňují, abychom se přizpůsobili téměř všemu, s čím se v životě můžeme setkat.“

H. Seyle

1.9 Stres pacienta před operačním výkonem

Projevy strachu a úzkosti mohou narušovat kognitivní funkce člověka. Vystrašený pacient bude očekávat více možných signálů ohrožení, nastupuje u něj hyperbdělost. Bude mu činit velké potíže přesunout pozornost např. k informacím, které mu poskytuje zdravotnický personál. Pacient čekající na operační výkon se začne obávat např. strachu z bolesti.

Lékař a sestra zde mají velký vliv na psychiku nemocného. Mohou odpovědět pacientovi na jeho případné otázky.

Rozhovor lékaře s pacientem má mimořádný význam pro jakoukoli diagnostickou a léčebnou činnost. Nedostatky v této oblasti vedou k úzkostem, obavám a strachu pacientů, neboť v důsledku „ mlčící technologické medicíny“ vědí někdy o svém stavu příliš málo a mohou prožívat úzkostně, agresivně i běžné zákroky a postupy. Neúspěch léčby pak spadá více na vrub nedostatečné komunikace než na případné pochybení nebo nesprávnost postupu. Význam mezilidské komunikace pro tělesné a duševní zdraví člověka je naprosto zásadní (Psychická krize a intervence, 1998, str. 15).

Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná (Křivohlavý, 1994, s. 10).

Stres působí na člověka tím, že ovlivňuje jeho mysl, chování, reakce a prožívání dané situace. Záleží na mnoha momentech, tzn. kdy stres působí, jakou intenzitou, za jakých podmínek. Velký význam zde hrají osobnostní rysy člověka. Každý člověk je jiný, velmi zde záleží na temperamentu člověka, na jeho pohledu na život. Může mít značný vliv i rozdílnost rasy, pohlaví, výchova. Každý jedinec bude ve stejné situaci

reagovat rozdílným způsobem. Tyto momenty jsou důležité právě pro sestru, aby dokázala včas odhadnout osobnostní rysy a typ pacienta a mohla adekvátně reagovat na jeho chování. Měli bychom vnímat člověka jako bytost s bio-psycho-sociálními potřebami, které jsou důležité pro jeho spokojenost. V uspokojováni potřeb u pacienta je důležité začít od těch základních, tzv. existenciálních, jako jsou hlad, žízeň a například odstranění bolesti. Pak přicházejí v úvahu další jako např. pocit bezpečí, sociální potřeby. Potřeby z vyšší úrovně jako je seberealizace nejsou při hospitalizaci v nemocnici při uspokojování tolik důležité. Většinou jsou významnější v běžném životě.

2. Struktura osobnosti

Pojem osobnosti je používán v různých významech, v lidové řeči, ale i v historických vědách má hodnotící přízvuk, rozumí se jím vynikající nebo nějaký výrazný jedinec, jiný význam má zase v právních vědách a v sociologii. Do psychologie byl pojem osobnosti zaveden až na počátku našeho století, kdy se ukazovala nutnost studovat duševní život člověka jako celek, a nikoliv jen jako pouhý soubor jednotlivých funkcí (jako vnímání, myšlení, cítění, chtění), neboť vykazoval funkční jednotu, a když bylo nutno vysvětlit fakt, že na týž podnět různí lidé reagují různě, tj. když mezi podnět (S) a reakci (R) bylo nutno vložit nějaký faktor, který by tuto variabilitu vysvětloval. Tento faktor byl posléze nazván osobnost (O) a základní paradigma psychologie pak vypadalo takto:

$$R = f\,(S, O), \text{ resp. } R = f\,(S \leftrightarrow O)$$

Znamená to, že psychické jevy jsou funkcí situace a osobnosti, resp. interakce situace a osobnosti. Osobnost je zde chápána jako celek dispozic, které spolu se situací determinují obsah a průběh psychických procesů, které jsou tak chápány jako reakce individua na určitou situaci. Ilustrativně pak lze výše uvedené paradigma vyjádřit takto:

$$S \rightarrow (O) \rightarrow R$$

Situace působí na jedince, a ten na toto působení (stimulaci) určitým způsobem reaguje, přičemž reakce různých jedinců na tutéž situaci jsou různé.

Novorozenec disponuje jen poměrně chudým repertoárem vrozených reflexů či instinktů (preformovaných způsobů chování), kdežto dospělý jedinec vykazuje bohatě diferencovaný celek psychických vlastností osobnosti, tj. systém schopností, postojů, motivů, a také obsahově bohatěji diferencovaný repertoár chování. Osobnost v tomto smyslu vykazuje vývoj od jednoduchých adaptačních mechanismů ke komplexním programům jednání, tj. vývoj od vrozených mechanismů chování k jeho volnímu řízení, máme-li ilustrativně vyjádřit jen jeden z více aspektů vývoje osobnosti, resp. lidské psychiky.

Co vyjadřují takové pojmy jako vřelý, uzavřený, agresivní, bázlivý, prudký apod. ? Vyjadřují obvykle více či méně oprávněné zobecnění pozorovaných projevů osobnosti, tedy jakési popisné charakteristiky osobnosti pozorovaného jedince. V psychologii osobnosti se taková charakteristika obecně označuje jako psychická vlastnost osobnosti nebo rys osobnosti. Je to klíčový aspekt psychologie osobnosti aplikovaná v praxi, neboť tu jde především o rozpoznání psychických zvláštností jedince, o jeho individuální psychologickou charakteristiku v termínech psychických vlastností či rysů osobnosti. Osobnost je pak chápána jako „relativně setrvalý vzorec chování a rysů“ , jimiž se lidé odlišují.

Teorie osobnosti jsou pokusem o popis a vysvětlení toho, jak funguje lidský duševní život jako celek a v souvislosti se svou biologickou na jedné a společensko-kulturní determinací na druhé straně. Vycházejí z různých teoretických postulátů a metodologických pozic, a jsou proto velmi nejednotné (Nakonečný, 1995, s. 9).

2.1 Psychologická problematika nemoci

Nemoc představuje podnět, na který reaguje každý člověk různě. Při vymezování tohoto pojmu je nutné vycházet z jednoty a celistvosti organismu a prostředí. To nám umožňuje chápat nemoc stejně jako zdraví v rovině životních procesů člověka, které se odehrávají v systému jeho prostředí. Nemoc v tomto pojetí pak není ničím jiným než poruchou tohoto systému. Nemoc má tedy svůj aspekt biologický, psychický a společenský. V rámci komplexního pojetí je nutno chápat, že nemoc bude vnímána a prožívána zcela jinak nemocným člověkem a jinak zdravotníkem. Zvláštní pozornost je třeba věnovat psychosociálním vlivům, které mohou stát na počátku onemocnění, jež označujeme jako psychosomatická.

2.2 Postoj zdravotníka a nemocného k nemoci

Při vymezení termínu nemoc můžeme využít mnoho definic. Skutečností však zůstává, že nemoc musíme vnímat jako situačně psychologický faktor, který je s osobností nemocného ve vztahu vzájemného ovlivňování. Chápeme-li nemocného jako osobnost s určitými psychickými vlastnostmi a sociálními rolemi, odpovídá to lidskému, humánnímu vztahu člověka k člověku a profesionální etice lékařů, sester i všech ostatních zdravotnických pracovníků.

Nemoc má nejen stránku objektivní, tj. příznaky, které lze objektivně postihnout, ale i subjektivní, prožitkovou, psychologickou. Obě působí ve vzájemném vztahu. Dokonce i samotný člověk může posuzovat nemoc současně objektivně i subjektivně. Například nemocný zdravotník na sobě pozoruje příznaky choroby, je tedy objektivním pozorovatelem, ale i na druhé straně nemoc prožívá, bojí se vedlejších příznaků, neurčené diagnózy, nebo se dokonce obává o život.

Přístup nemocného k vlastní chorobě je naopak subjektivní, osobní prožitky jsou ve středu jeho zájmu a pozornosti. Subjektivní prožitky nemoci však nejsou ani z hlediska diagnostiky, ani terapie zanedbatelným jevem, nýbrž reálným faktorem, neodmyslitelným od obrazu nemoci a od způsobů, jakými ji léčíme. V nedocenění funkce subjektivního prožitku nemoci tkví mnohdy psychologické nepochopení nemocného ze strany zdravotníka. Dokud si zdravotník neuvědomí, že subjektivní prožívání nemoci je činitelem, který ovlivňuje obraz i průběh nemoci, dotud nelze mluvit o psychologickém přístupu k nemocnému. Subjektivní činitele nemoci nelze zjednodušeně redukovat na nepodstatné prožitky, které rychle odezní. Tyto prožitky jsou totiž samy symptomy složitě se vyvíjejícího vztahu člověka k vlastní nemoci, zejména jde-li o vážnou chorobu. Pro nemocného člověka je jeho postižení či nemoc těžkou životní situací, kterou se snaží různým způsobem a prostředky řešit.

S negativním vztahem člověka k nemoci by měl zdravotník počítat. Jen tak bude moci pochopit, proč někdy nemocný odmítá akceptovat lékařskou diagnózu nebo proč nechce se zdravotníky spolupracovat. Zdravotníci si mnohdy neuvědomují fakt, že nemocný ještě nepřekonal odpor k nemoci a brání se své nové roli nemocného člověka. Rozdíly mezi postojem zdravotníka a postojem nemocného jsou dány jejich odlišným postavením v situaci, tedy odlišnými rolemi. Zdravotník by měl dbát, aby tyto rozdíly nepřerostly v trvalejší rozpory, které by ztížily účinnou péči. Nemoc sama je zvláštní psychologickou situací, která určuje vztahy mezi ním a pacientem (Zacharová a kolektiv, 2007, s. 36).

2.3 Maslowova hierarchie potřeb

Americký psycholog A. Maslow (1970) sestavil pozoruhodnou hierarchii potřeb podle pořadí naléhavosti a podle pořadí.

Na prvním místě jsou potřeby, jejichž uspokojení je nezbytné k zachování biologické existence: hlad, žízeň, odstranění bolesti. Nejsou-li uspokojeny, mohou zcela ovládnout prožívání a jednání.

Jsou-li základní biologické potřeby uspokojeny, vstupuje do popředí potřeba bezpečí. Její projevy můžeme pozorovat běžně u dětí, například v reakci na cizího člověka, markantní je u nemocných, kteří sice bezprostředně netrpí, ale vědí o vážnosti svého stavu. Je-li uspokojena i potřeba bezpečí, přichází na řadu potřeba někam patřit být milován.

Další v hierarchii je potřeba úcty a sebeúcty, touha po stálém, pevně založeném, obyčejně vysokém hodnocení sebe, sebeúctě, sebevědomí a úctě (kladném hodnocení), kterou by nám projevovali druzí, po pocitu sebedůvěry, vlastní ceny a zdatnosti.

Když jsou všechny tyto potřeby nasyceny, lépe řečeno pravidelně syceny, když je člověk po všech stránkách sytý, bezpečný a šťastný, nastupují potřeby poznání, krásy a harmonie, které jsou již na přechodu k potřebě seberealizace. Seberealizace neznamená soustředění na sebe. Právě naopak. Člověk, který nemá osobní starosti, přestává myslet a snadno se zaujme pro tvořivou práci nebo pro boj za nějaký nadosobní cíl, ve kterém se realizuje.

Docela na vrcholu je podle Maslowa potřeba transcendence, přesahu, hlubokého prožití toho, že člověk je součástí většího celku – lidstva, přírody, Země, a nakonec celého vesmíru. Probuzení vyšších potřeb je tedy závislé na uspokojení potřeb nižších. Nejsou-li nižší potřeby uspokojovány, vynucují si přednostní pozornost (Říčan, 2007, s. 106).

Bolest je velice často provázána strachem, který pacienti zažívají. Ačkoliv existují tisíce výzkumů jednotlivých aspektů bolesti samotné, cílených výzkumů zabývajících se strachem z bolesti jsou jen desítky. Přitom jde o problém zajímavý jak teoreticky, tak především prakticky.

Strach z bolesti je reálný a relativně rozšířený jev, vzniká zřejmě v dětství a podílejí se na něm, svým malým zájmem o dětskou bolest, včetně necitlivého provádění bolestivých výkonů u dětí, i sami zdravotníci a je částečně determinován zvláštnostmi osobnosti pacienta, jeho věkem i pohlavím. Pokud nejsou uspokojeny potřeby nemocného, především biologické potřeby a potřeba bezpečí, tak jeho bolest, strach i úzkost se jen prohlubují a znásobují. Pokud je pacient konfrontován se situací, kterou on sám hodnotí jako nebezpečnou, ohrožující, pak strach související s bolestí závisí též na vzrůstající psychofyziologické reaktivitě pacienta.

3. Bolest, strach a úzkost v nemoci

„Člověk se rodí v bolesti, v průběhu svého života působí bolest řadě lidí a nakonec umírá v bolesti. Navíc člověk všecko toto si dovede předem představit a to je dalším zdrojem jeho utrpení“.

C. S. Lewis

3.1 Pojetí bolesti

„Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní.“

Z definice Světové zdravotnické organizace (SZO)

3.1.1 Bolest a reakce nemocného

Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie, uvádí Křivohlavý (2002, s. 80). Je to multidimenzionální fenomén. Mnohostrannost jevu bolesti ukazuje, že jednoduché pojetí bolesti jen jako fyziologického nebo jen psychologického jevu nevystihuje bezezbytku to, oč ve skutečnosti jde.

Multidimenzionální pojetí bolesti se projevilo v definování bolesti podle IASP: Bolest je nepříjemným senzorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takovéhoto poškození (Křivohlavý, 2002, s. 83).

Vymětal (1994, s. 126) definuje bolest jako nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený obvykle s aktuálním či potencionálním poškozením tkání, jež souvisí s poruchou fyziologické povahy (např. onemocnění – zánět) nebo vnějším násilím (např. úraz – zhmoždění).

Bolest je varovným signálem a má ochrannou funkci. Upozorňuje, že došlo k poškození organizmu nebo že poškození může záhy nastat. Jedince svým nepříjemným emočním doprovodem nutí k jejímu odstranění, tedy i k odstranění příčiny bolesti. V určitém okamžiku přestává být signálem poškození, tedy příznakem, a stává se sama nemocí vyžadující léčení.

Bolest tvoří komplexní, tj. smyslový a emoční zážitek, jehož kvalita a intenzita jsou dány i jedinečnou a předchozí zkušeností individua s bolestí, významem, jenž bolesti přikládá, a způsobem, jakým se naučil s bolestí vyrovnávat.

U bolesti rozlišujeme tři vzájemné propojené stránky (Vymětal, 1994, s. 127):

- smyslovou (senzorickou) – spočívá v lokalizaci bolesti, posuzování intenzity a kvality pacientem (např. bolest palčivá)
- emoční – emoční doprovod – jde o prožívání nemoci. Emoční stránka se týká hlavně motivace a tendencí bolest zmírnit a odstranit.
- hodnotící – zde se nejvíce uplatňuje myšlení. Jde o srovnání bolesti na základě dřívější zkušenosti.

Z hlediska odezvy (kde se projevuje) lze bolest porovnat v rovině:

1. subjektivní (psychické) – rovina vázaná na prožívání, váže se hlasově a řečově (sténání, stížnosti)
2. vnějškově pozorovatelného projevu – chování – např. výraz obličeje, úlevová poloha
3. fyziologické a biochemické – např. větší produkce serotoninu.

Při zjišťování kvalit a intenzity bolesti se řídíme tím, co nám pacient říká, jak bezprostředně reaguje a jedná. Podle základních ukazatelů lze bolest posuzovat na jednoduchých škálách.

Bolest je obrannou reakcí signalizující poškození, je nejtypičtějším příznakem a průvodním jevem většiny onemocnění. Úkolem bolesti je upozornit, že organizmu hrozí nějaký problém, že dochází k určitému poškození. Každá bolest vyvolává řadu dalších nepříjemných reakcí a pocitů, které se zejména při delším trvání těžko snášejí. Každý člověk je jiný, jinak se chová a jinak situaci spojenou s bolestí prožívá. Síla prožívané bolesti vždy neodpovídá rozsahu poškození, některé části jsou mnohem citlivější na poranění než jiné (Zacharová a kolektiv, 2007, s. 43).

Bolest může být vnímána různě i u téhož člověka za různých situací a okolností (Mohapl, 1991, s. 77).

Silněji je prožívána, je-li organismus unaven, vyčerpán, je-li doprovázena strachem, například z vyšetření, operace, ztráty zaměstnání, působí-li zkušenosti s bolestí z dřívějších onemocnění. Úzkostní, nejistí, neurotičtí lidé jsou zpravidla na bolest mnohem citlivější než lidé psychicky dobře ladění. Méně citliví jsou obvykle nemocní ve stavu těžké deprese.

Vždy záleží na situaci, jak k bolesti došlo, zda byla zapříčiněna vlastní osobou, nebo někým jiným (u dětí při hře, pracovní úrazy z nedbalosti). Adaptace na bolest je velmi malá a i zde jsou rozdíly mezi nemocnými. Některé chronické bolesti se lidé naučí určitým způsobem ovládat, naučí se s nimi žít. Bolest je také ovlivněna osobnostními vlastnostmi, výchovnými a kulturními vlivy. Snáze se snáší bolest, kterou může postižený alespoň částečně kontrolovat, a to např. u postupné intenzity bolesti nebo při využití farmak, která bolest tlumí. Chování při bolesti je ovlivněno učením. Již malé dítě přes různé lékařské zákroky, úrazy, injekce nabývá zkušenosti s tím, jak se k němu chová okolí, jak reaguje na jeho pláč a nářek. Prožívání bolesti a hodnocení její síly je vždy subjektivní, bolest nelze objektivně potvrdit ani vyloučit. Bolest má také významnou regulační funkci, tj. účelně usměrňuje jednání člověka. Může být signálem únavy a přinutí nás k odpočinku dříve, než by došlo k poškození organismu. Jindy nás přiměje zaujmout takovou polohu, aby byl postižený orgán v klidu, nebo nás donutí vzdálit se od silného zdroje hluku (Zacharová a kolektiv, 2007, s. 44).

Každý člověk má jiný práh bolesti, na stejný podnět někdo reaguje pouze tím, že má nepříjemné pocity, jiný však ve stejné situaci označuje podněty za bolestivé.
Bolest nemocného tělesně a duševně vyčerpává a deprimuje, čímž ohrožuje proces uzdravování. Proto je třeba ji co nejrychleji odstranit, i když někdy je bolest pro stanovení diagnózy potřebná, a lékař ji tudíž netiší úmyslně (Čechová, Mellanová, 1999, s. 68).

Většina lidí v současné době snáší bolest hůře než předcházející generace. Snad je to i tím, že život je celkově pohodlnější. I při nepříliš intenzívní bolesti saháme k analgetikům, nesnažíme se využít jiné formy úlevy, například procházku na čerstvém vzduch, relaxační cvičení, sugestivní působení atd.(Zacharová a kolektiv, 2007, s. 45).

3.1.2 Akutní bolest

Podle definice trvá akutní bolest maximálně několik dnů či týdnů. Vzniká na základě poškození tkáně mechanicky nebo nemocí. Při vyšší intenzitě představuje velkou psychickou zátěž. Postižení na ni reagují fyziologickými změnami. Obraz těchto změn se do značné míry kryje s podobným obrazem změn při zátěži (stresu – distresu): prudce se zvýší krevní tlak, prohloubí se dýchání, roste svalové napětí. Člověk postižený akutní bolestí, je motoricky neklidný, někdy hlasitě křičí, snaží se odstranit zdroj bolesti.

K okolí se často chová agresivně. Podobně se chová i k sobě (viz i možnost suicidia). Dělá vše, jen aby unikl tomuto nepříjemnému zážitku. Akutní bolest je často charakterizována jako volání postiženého o pomoc, které je určeno druhým lidem.

Lokalizace akutní bolesti je obvykle dobře určitelná. O této akutní bolesti platí to, co o bolesti řekl akademik Charvát: „Bolest vede pacienta k lékaři a lékaře k diagnóze". Tato akutní bolest je kauzálně léčitelná. Trvá jen poměrně krátkou dobu a kauzální léčba – je-li účinná – tuto bolest odstraňuje. U akutní bolesti je obvykle možno nalézt endogenní procesy (záněty) tuto bolest vyvolávající, případně aversivní a tkáň poškozující faktor. Při akutní bolesti je možno zaznamenat ESP – senzoricky evokované potenciály v EEG, tj. ty reakční složky centrální nervové činnosti, které analgetika odstraňují.

Zdá se, že akutní bolest má ochranný charakter. Postiženého varuje a zabraňuje dalšímu zhoršování stavu. Vede ke komplexnímu chování postiženého – např. vyhledávání pomoci, podrobení se určité terapii, klidu atp. (Křivohlavý, 1992, s. 7)

3.1.3 Chronická bolest

Při chronické bolesti nejde obvykle o jednoduchý kauzální vztah mezi poškozením organismu (tkáně) a zážitkem pacienta. Bonica tuto bolest charakterizuje slovy: „Přetrvává i po době, kdy normální proces terapie a úzdravy již přešel".

Vztah zážitku chronické bolesti k bolest vyvolávajícím podnětům bývá obvykle disproporciální. Často je chronická bolest neúměrně veliká v poměru k tomu, co ji zprvu vyvolalo. Do historie chronické bolesti zasahuje řada psychologických a sociálních faktorů. Přitom chronická bolest zasahuje poměrně rozsáhlé partie těla pacienta, případně až i celé jeho tělo – celého pacienta.

Při chronické bolesti není možno registrovat senzoricky evokované potenciály v EEG. Ukazuje se, že chronická bolest nemá obvykle funkci varovného signálu, spíše se sama jeví jako nemoc (nabývá charakter nemoci). To znamená, že mírnění chronických bolestí se samo o sobě jeví jako cíl terapie.

Ukazuje se, že u chronické bolesti, jsou důležité její kognitivně emocionální komponenty – co si pacient myslí, čemu věří, jaká je jeho představa o tom, co se sním děje atp. Obraz dokresluje pacientova beznaděj, jeho zoufalství, že mu není pomoci a deprese.

Dochází ke změnám celého životního stylu, k narušení pacientova rodinného i pracovního života. Pacient upadá do inaktivity, sociální osamělosti, egocentrismu.

Hovoříme o „chronickém nemocném chování pacienta“. Sebepojetí pacienta upadá. Ten sám se chápe jako invalida – člověk nižší hodnoty, jako mučedník, trpitel atp.

V angličtině se pro tento obraz osobnosti používá termínu „pain patient“ – pacient chronicky ubolený (něm. Schmerzpatient – člověk trpící bolestí) (Křivohlavý, 1992, s. 8).

3.1.4 Pooperační bolest

Pooperační bolest je modelovým případem akutní bolesti jak z patofyziologického, tak z terapeutického hlediska. Chirurgický zákrok místně poškozuje tkáně, což má za následek uvolnění prostaglandinů, histaminu, serotoninu, bradykininu, substance P a dalších působků, generaci škodlivých stimulů, iritaci volných nervových zakončení a nociceptorů (nociceptorová bolest). Bolest se generuje rovněž přímo v periferních či centrálních nervových strukturách, pokud jsou při operačním zákroku poškozeny (neuropatická bolest).

Bolestivé impulzy jsou převáděny slabě myelizovanými vlákny A delta a nemyelizovanými vlákny C primárně aferentních neuronů do centrálního nervového systému, kde jsou jednak komplexně modulovány v míše, jednak jsou některé z nich převedeny do předních rohů míšních a provokují segmentální reflexní odpovědi. Jiné jsou převáděny výše spinotalamickou a spinoretikulární drahou a provokují suprasegmentální a korové odpovědi. Převodu bolestivých informací se účastní i vegetativní nervy.

Patofyziologická odpověď na poškození tkání a stres je charakterizována plicní, kardiovaskulární, gastrointestinální i urinární dysfunkcí, postižením svalového metabolismu a funkce, neuroendokrinními, imunitními a metabolickými změnami. Většinu těchto účinků lze zmírnit současnými analgetickými terapeutickými postupy (Málek a kolektiv, 2009, s. 16).

3.1.5 Psychické účinky pooperační bolesti

V souvislosti s akutní bolestí se mohou projevit strach a úzkost, později případně zlost, rozmrzelost, nedobrý vztah k lékařům a sestrám. Bolest navozuje nebo zhoršuje nespavost, ta dále zpomaluje psychické i fyzické zotavování (Málek a kolektiv, 2009, s. 18).

3.1.6 Cíle léčby pooperační bolesti

Cíli analgetické léčby bolesti jsou odstranit bolest a s ní související stresovou reakci, včasná mobilizace a rehabilitace, zamezení senzitizace CNS, vzniku primární a sekundární hyperalgezie a tím i přechodu bolesti do chronicity. Nedostatky v zajištění adekvátní terapie jsou úrovní problematiky mezi lékaři i středním zdravotnickým personálem, ale především v organizaci léčby akutní bolesti. Kvalitní organizační struktura přináší nejen spokojenost nemocných, kontrolu účinnosti doporučené terapie, lepší evidenci typů léčby bolestivých stavů a jejich komplikací, ale má i ekonomické dopady – snížení morbidity, četnosti pooperačních komplikací, délky hospitalizace, možnost kvalitnější a rychlejší rehabilitace a návrat pracovní schopnosti (Málek a kolektiv, 2009, s. 133).

3.1.7 Hodnocení bolesti

Bolest je vždy zážitek subjektivní. U bolesti, stejně jako u jiných modalit čití, sice existuje vztah mezi silou vyvolávajícího podráždění a silou vyvolaného pocitu bolesti, avšak u nemocného nemůžeme měřit ani sílu podnětu, ani objektivizovat intenzitu pocitu bolesti, jelikož prožívání bolesti u konkrétního pacienta je ovlivněno jak individuálními vlastnostmi osoby, tak i vnějšími podmínkami, ve kterých se člověk právě nachází.
Nemocného se tážeme:

- Kde to bolí? (lokalizace a topologie bolesti)
- Jak moc to bolí? (otázky intenzity bolesti)
- Kdy to bolí? (časová dimenze, časový průběh bolesti)
- Jak to bolí? (kvalita bolesti)
- Na ovlivnitelnost bolesti (za jakých okolností se bolest zhoršuje a naopak, za jakých okolností se bolest zlepšuje)

3.1.8 Měření bolesti

Bolest je individuální a subjektivní zkušenost, která je modifikována fyziologickými a psychologickými faktory, výchovou, prognózou onemocnění, spánkovou deprivací, ale i rasou, pohlavím a vlivy prostředí.

Objektivní metody měření bolesti se používají spíše v experimentální medicíně, a především v léčbě chronické bolesti (algezimetr, tail-flick, plantar-test, změny hladin kyslíkových radikálů, cholesterolu či glykémie), avšak měření fyziologických změn

(srdeční rytmus), odpovědi na stres (plazmatická hladina kortisolu) nebo změny chování (výraz tváře) nám mohou poskytnout orientační informaci o intenzitě bolesti (jsou nespecifické). Ostatní metody měření bolesti jsou subjektivní.

3.1.9 Neverbální metody hodnocení bolesti

Nejrozšířenější metodou numerického hodnocení intenzity bolesti je vizuální analogová stupnice (VAS), pomocí které pacient hodnotí intenzitu popisované bolesti na horizontální úsečce, na níž jsou z druhé strany číslice od 0 do 10. Pokud pacient používá přímo čísla, hovoříme o číselné škále (numeric rating scale – NRS). Číslice 0 odpovídá nulové bolesti a číslice 10 maximální bolesti, jakou si pacient dokáže představit. Nejvyšší přípustná hodnota bývá VAS 3, takže na VAS 4 je nutno léčebně reagovat. Hodnocení bolesti je prováděno také s ohledem na pohyb pacienta – hodnota VAS při pohybu často stoupá v závislosti na rozsahu pohybu. Pomocí VAS hodnotíme i účinnost léčby.

Alternativou číselné stupnice může být též rozšiřující se barevná výseč nebo škála obličejů bolesti (Faces Pain Scale), které znázorňují výrazy obličejů od stavu pohody až po nejvyšší utrpení. Ta je s výhodou používána obzvláště u malých dětí, které dosud nedovedou přesně slovy nebo číselně vyjádřit intenzitu své bolesti (Málek a kolektiv, 2009, s. 23 – 24).

3.1.10 Verbální metody hodnocení bolesti

Tyto metody používají k hodnocení intenzity bolesti slovní vyjádření. S výhodou jsou používány pro snadné a rychlé vyšetření bolesti u starších nebo dezorientovaných pacientů, ale také u nevidomých a u některých dětí. Nejčastěji používanou škálou je intenzita současné bolesti (Present Pain Intensity – PPI), kde 0 – žádná, 1 – mírná, 2 – středně silná, 3 – silná, 4 – krutá, 5 – nesnesitelná (Málek a kolektiv, 2009, s. 25).

3.1.11 Multidimenzionální metody hodnocení bolesti

Tyto metody hodnotí nejen intenzitu, ale i charakter či kvalitu bolesti a její dopad na efektivní posuzování bolesti nemocných. K dispozici je řada dotazníků, celosvětově nejrozšířenějším je však krátká verze dotazníku McGill Pain Questonnaire – SF – MPQ). Tyto dotazníky se při měření akutní pooperační bolesti rutinně nevyužívají (Málek a kolektiv, 2009, s. 25).

3.1.12 Hodnocení úlevy od bolesti

Pro lékaře i sestry je stejně nezbytné umět hodnotit také úlevu od bolesti. K vyjádření úlevy od bolesti můžeme používat stejných technik, jako k vyjádření její intenzity.

Např. subjektivní účinnost léčby bolesti může nemocný vyjádřit pomocí stupnice úlevy:
0 žádná úleva, 1 malá úleva, 2 mírná úleva, 3 značná úleva, 4 úplná úleva.

Součástí prožívání bolesti je psychická příprava pacienta na bolest, která se může dostavit během odstraňování bolesti. Např. trhání zubu samo o sobě je bolestivé, ale přináší okamžitou úlevu. Po zákroku, např. chirurgickém ošetření zánětlivého ložiska, kdy nemocného předem ujistíme, že dostane v případě potřeby analgetika, při přípravě na bolest déle trvající, např. po složitém chirurgickém zákroku, by nemocný by měl být dopředu ubezpečen, že léčba bolesti bude součástí pooperační léčby.

Bolestivost každého zákroku je snesitelnější, jestliže je pacient informován o příčině zákroku, o průběhu zákroku o fázi zotavení se po zákroku.

Nedílnou součástí přicházející úlevy od bolesti je přístup zdravotníků, kteří mohou svým kvalitním a laskavým přístupem k nemocným úlevu od bolesti velmi podpořit.
Informace o bolesti, jejím charakteru, průběhu, léčbě a úlevě vždy pečlivě zaznamenáváme do sesterské i lékařské dokumentace (Šamánková a kolektiv, 2003, s. 68).

3.2 Prožívání strachu a úzkosti

Strach patří nevyhnutelně k našemu životu. Ve stále nových obměnách nás provází od narození až po smrt. V dějinách se setkáváme se stále novými pokusy, jak zvládnout strach, jak jej zmenšit, překonat nebo spoutat. Usilovaly o to magie, náboženství i věda. I když strach nevyhnutelně patří k našemu životu, neznamená to, že bychom si ho byli trvale vědomi. Současně je však vždy přítomen a může v kterémkoliv okamžiku vstoupit do vědomí, je-li uvnitř nebo vně vyvolán nějakým prožitkem. Máme pak většinou sklon se mu vyhnout, bránit mu a vyvinuli jsme rozličné techniky a metody, jak ho vytěsnit, utlumit, nebo zamaskovat a popřít. Ale jako nepřestává existovat smrt, když na ni nemyslíme, nepřestává existovat ani strach.

Strach existuje nezávisle na kultuře a stupni vývoje národa nebo jednotlivce. Mění se pouze objekty strachu, to, co právě strach vyvolává, a na druhé straně prostředky a opatření, které používáme, abychom proti němu bojovali.

Metody boje se strachem se naopak vůbec tolik nezměnily. Pouze na strach místo obětí a magických kouzel dnes nastoupily moderní, strach zastírající farmaceutické prostředky – strach nám zůstal.

Prožitek strachu patří k naší existenci. Jakkoli to platí všeobecně, každý člověk prožívá své osobní variace strachu, strachu, který existuje tak málo jako „smrt“ nebo „láska“ a jiné abstrakce. Každý člověk má svou osobní, individuální formu strachu, která patří k němu a k jeho povaze, jakou má svou formu lásky a jakou musí zemřít svou vlastní smrtí. Existuje tedy pouze strach prožívaný a zrcadlený určitým člověkem, a má proto vždy osobní ráz, při všech společných rysech prožitku strachu o sobě. Tento náš osobní strach souvisí s našimi individuálními životními podmínkami, s našimi vlohami a s naším okolím, má svou historii, která prakticky začíná s naším narozením.

Zkusíme-li se na strach podívat „beze strachu“, získáme dojem, že má dvojí aspekt: na jedné straně v nás může vyvolat aktivitu, na druhé straně nás může ochromovat. Strach je vždy signálem a varováním před nebezpečím a současně má charakter výzvy, totiž impulsu, abychom ho překonali. Přijetí a zvládnutí strachu znamená krok vývoje, dává nám o kousek dozrát. Vyhýbání se strachu a konfrontaci s ním nás naopak nechává stagnovat, brzdí náš další vývoj a nutí nás zůstat dětmi tam, kde nepřekonáme jeho bariéru. Strach se objevuje vždy tam, kde se nacházíme v situaci, které jsme nedorostli nebo ještě nedorostli. Každý krok našeho vývoje, našeho zrání je spojen se strachem a úzkostí, protože nás vede k něčemu novému, co jsme dosud neznali a neuměli, k vnitřním nebo k vnějším situacím, které jsme ještě neprožívali a v nichž jsme se ještě neprožívali. Všechno nové, neznámé, co musíme dělat nebo prožívat poprvé, obsahuje vedle kouzla nového, potěšení z dobrodružství a radosti z rizika také strach a úzkost protože náš život směřuje neustále do něčeho nového, neznámého a ještě nezakoušeného, provází nás úzkost ustavičně. Nejsnadněji se dostává do vědomí ve zvlášť důležitých úsecích našeho vývoje, tam kde musíme opustit staré, důvěrně známé cesty, kde je načase zvládnout nové úkoly proměny. Vývoj, dospívání a zrání mají tedy mnoho společného s překonáním úzkosti a každý věk má sobě odpovídající kroky zrání i úzkostmi, které k tomu patří, které je třeba zvládnout, má-li se krok podařit.

Jakkoliv rozmanitý je tedy fenomén strachu u různých lidí – neexistuje prakticky nic, z čeho bychom nemohli mít strach – jde při přesnějším pohledu stále o varianty určitých strachů, které můžeme označit „základní formy strachu“. Všechny vůbec myslitelné úzkosti mají něco společného s těmito základními formami strachu. Jsou to buď jejich extrémní varianty a deformace, nebo i přesuny na jiné objekty. Máme totiž sklon přesouvat nezpracované, nezvládnuté úzkosti na neškodnější náhradní objekty, kterým se lze snadněji vyhnout než vlastním spouštěčům strachu, jímž se vyhnout nemůžeme. (Reimann, 1999, s. 11)

Zatímco úzkost (anxieta) obvykle nemá určitý stálý objekt, s nímž je tento pocit spojen, někdy se hovoří o volně plynoucí úzkosti, je strach (fobie) vázán na určitý objekt, prostředí nebo situaci. Úzkost představuje krystalizační jádro fobie.

V rámci fobické reakce nebo fobické neurózy však strach ztrácí svoji původní účelnost, svoji signalizační a ochranou funkci. Typickým znakem fobie je trvalý a nereálný strach z neurčitého předmětu, situace nebo činnosti, který vede k naléhavé potřebě vystříhat se takového zdroje strachu. Skrytým, nevědomým smyslem fobie je dát vlastním agresivním impulsům přijatelnější podobu. Nedojde-li ke zvládnutí strachu spontánně nebo psychoterapeutickým zásahem, může se zafixovat jako fobická neuróza s dlouhodobým a v některých případech velmi úporným průběhem. Úzkostné a agresivní impulsy jsou přeneseny z nitra na objekt v okolí, jehož přítomnost vyvolává strach, nepřiměřený a přehnaný vzhledem k úrovni reálné nebezpečnosti takového předmětu, jednání nebo situaci.

Rozvinutou fobii obvykle nelze zvládnout pomocí metod krizové intervence, na místě je psychiatrická konzultace (Klimpl, 1998, s. 37).

Strachu se v psychologii připisuje zvláštní význam. Strach a úzkost nejsou v prožívání a v chování pevně ohraničenou jednotou, ale znamenají soubor nejrůznějších reakcí a způsobů chování. Pod pojmem strach spíše rozumíme emocionální reakci na vnímané signály nebezpečí. Tyto signály mohou být vnější, ale i vnitřní: strach při život ohrožujících nemocech nebo při symptomu ohrožení (např. signalizující srdeční infarkt). Pro vyvolání strachu má tedy velký význam vnímání a hodnocení situace, která strach vyvolává. Ale také očekávání nebezpečných situací, popř. signálů, poukazujících na pozdější nebezpečí, má při vyvolávání strachu velký význam. Strach a úzkost jsou zároveň také velmi silně působící motivy: vedou k úniku nebo k zabránění určitému chování. Reakce strachu tedy neznamená jenom fyziologické vzrušení

a kognitivní zachycení ohrožení, nýbrž zároveň také určitou připravenost chování. Během reakce strachu dochází zároveň k tlumící reakci, která strach moduluje a tlumí a tím poskytuje ochranu před extrémní stimulaci: teorie dvou procesů (Epstein). Vyhýbat se něčemu ze strachu je v lékařství běžné.

Stav strachu jako aktuálního děje (state) musíme odlišovat od dispozice člověka ke strachu ve smyslu trvající vlastnosti (trait), což je úzkostlivost. Čím je někdo úzkostlivější, tím více situací pociťuje jako ohrožujících a s tím větším strachem reaguje. Existují lidé, kteří vnímají známky nebezpečí již předem, jiní, kteří svoje vnímání spíše potlačují.

Podněty strachu mohou být naučeny. Strach může být reakcí i na neutrální podněty, které samy o sobě strach nevyvolávají. To je důležité pro pochopení neuróz ze strachu, ale i pro generalizaci reakcí strachu: přenos strachu na podobné vyvolávající podněty. Při neurózách, popř. fobiích (panický strach z objektů a situací) má strach symptomu nemoci. Také v psychologii učení hraje strach svoji roli. Důsledky chování, které vyvolávají strach, působí ve smyslu trestu a tím chování deaktivují. Jejich odstranění naproti tomu působí jako odměna a posiluje chování, které redukuje strach.

Mnohé léky, drogy a alkohol mají účinek, že redukují strach (např. napití na kuráž), takže u lidí, kteří se cítí být ohroženi, může dojít k zesílenému přijímání těchto látek, až k jejich zneužívání.

Strach z operace, strach před chirurgickým zákrokem, je většinou strachem před omezením vědomí, protože to znamená ztrátu vlastní kontroly. Kromě toho se větší operace pociťují jako operace ohrožující existenci (konfrontace se smrtí). Míra strachu z operace však nekoreluje s obtížností zákroku (Feldmann, 1994, s. 61).

Předmětem strachu může být:

- bolest – kterou člověk zná z předchozích onemocnění, vyšetření nebo dokonce vyprávění
- ztráta životních možností – bojí se neschopnosti pracovat, bavit se, starat se o rodinu, zvláště jedná-li se o delší dobu
- odloučení od svých nejbližších – pobytem v nemocnici nebo jiném léčebném, sociálním či rehabilitačním zařízení
- vzhled – bojí se, že ho nemoc trvale poznamená (např. různé kožní choroby)

- nutnost změny způsobu života – vyřazení z dosavadního způsobu života a ze společnosti, obava ze ztráty vážnosti a života v ústraní
- strach ze smrti a umírání – stojí v pozadí i lehčích forem nemoci, protože lidé si některá onemocnění nedovedou vysvětlit a bojí se, jaké komplikace mohou vzniknout
- strach z léčení – má každý nemocný člověk. Jedná se hlavně o různá nepříjemná vyšetření, kdy strach může být silnější než nemoc samotná. Psychický stav nemocného může být někdy umocněn i nevhodnou atmosférou čekárny/ambulance.

Zdroje strachu:

- vrozená přecitlivělost na prudší a silnější zevní podněty
- úzkostlivá hyperprotektivní výchova
- přehnané zdůrazňování zdravotních rizik
- vyprávění strašidelných historek, zvláště před spaním (u dětí)
- sledování nevhodných filmů
- strašení lékařem, injekcemi, pohybem v nemocnici
- popisování lékařských výkonů, pobytu v nemocnici
- sdělování nepříjemných zážitků a zkušeností se zdravotníky a léčbou

3.2.1 Strach z bolesti

V literatuře se setkáváme s mnoha modely, které se snaží vysvětlit vzájemné vztahy mezi strachem a bolestí, případně strachem, bolestí a vyhýbavým chováním.
Běžná je představa, že primární je strach. Ten předchází bolesti, a když už bolest nastoupí, pak zesiluje, potencuje zážitek bolesti. Dramatizuje vnější projevy bolesti, způsobuje, že bolestivé chování je výraznější, intenzívnější.

Platí to především u dětí, u nichž je strach zpravidla větší stresor než bolestivý podnět samotný. Z pohledu zdravotníků jedinec „vyvádí“ i v situacích, kdy vlastně „nemá důvod“, kdy se mu ještě nic neděje. Dokládají to např. výzkumy dětského reagování na stomatologické zákroky (Mareš, Hesová et al., 1997).
Pokud uklidníme jedince, nebude bolest tak prožívat.

Druhý model akcentuje zkušenost s bolestí a říká: je to právě naopak, primární je bolest. Nejprve musí jedinec prožít opakovanou bolest, opakované zážitky bolesti postupně navodí strach z každé další situace, která může přinést bolest. Pokud se budou zdravotníci

snažit, aby jedinec netrpěl bolestí, pokud výrazně utlumí bolest, pak zážitky spojené s nemocí či lékařskými výkony budou spíše neutrální a jedinec nebude mít důvod se bolesti bát.

Třetí model definuje vzájemné vztahy jako oboustranné. V lidském životě jsou situace, kdy bolest předchází strach a jsou situace, kdy strach předchází bolest. Zdá se nám, že tento model je (v principu, nikoli v detailech) nejblíže skutečnosti.

Pokusy na zvířatech signalizují, že vztah mezi strachem a bolestí je jiný než vztah mezi úzkostí a bolestí. Strach, který zvíře prožívá, spíše tlumí jeho bolest, zatímco prožívaná úzkost bolest spíše zesiluje. První experimenty na lidských dobrovolnících podle autorů zjišťují analogické vztahy: strach tlumí reaktivitu na bolest (Rhudy a Meagher, 2000). Myslíme si, že tento závěr není úplně korektní, neboť nešlo o jakoukoli bolest, nešlo o bolest obecně. Strach byl navazován třemi krátkými šoky, tedy akutní bolestí, úzkost byla navozována vyhrožováním šoky, tedy opět akutní bolestí. U chronické bolesti jsou mechanismy působení strachu zřejmě odlišné. Jisté snad je jedno: emocionální stavy modulují lidskou reaktivitu na bolest. Pokud by strach skutečně snižoval zážitek z bolesti, pak zřejmě proto, že v daný okamžik má jedinec – obrazně řečeno – „Jiné starosti“, takže strach funguje jako jistý distraktor a odvádí pozornost od bolesti. Až dosud jsme brali v úvahu jen dvě proměnné: strach, bolest a vyhýbavé chování.

Jeden z možných modelů navrhla Philipsová (1987), a její model reprezentuje kognitivně-behaviorální přístup. Podstata modelu spočívá v tom, vyhýbání se bolesti je determinováno tím, čemu jedinec dává přednost při snižování zážitku diskomfortu a bolesti, dále je určováno jedincovým myšlením, uvažováním a konečně jedincovými postoji, přesvědčeními. Posledně zmíněná přesvědčení zahrnují jedincovo očekávání, jak se bude bolest vyvíjet, dále jedincovo vnímání vlastní kompetence (self–efficacy, viz Bandura, 1997;Mareš, 1998) zvládnout danou situaci a konečně jedincovu paměť pro minulé bolestivé situace. Jakmile je jedinec opakovaně exponován určitým zážitkům nebo jsou od něj vyžadovány takové činnosti, u nichž si uvědomuje, že může následovat bolest, pak použije vyhýbavého chování. Strach z bolesti není v tomto modelu výslovně uveden, právě proto, že jde o kognitivně-behaviorální schéma; musel by se vytvořit samostatný blok „emoce“ umístěný vedle bloku „kognice“.

Druhý z možných modelů navrhli Asmundson a Pylor (1996), Asmundson et al. (1997, 1999 a,b); reprezentuje více afektivně-behaviorální přístup.

Model naznačuje, že vyhýbání se bolesti je determinováno jednak intenzitou dříve zažité nebo aktuálně prožívané bolesti, jednak jedincovou osobnostní zvláštností – zvýšenou senzitivitou k obavám. Právě tato senzitivita zesiluje strach z bolesti, který má téměř každý člověk; strach z bolesti pak aktivuje vyhýbavé chování nebo snahu jedince utéci ze situace, která hrozí bolestí. Ani tento model nevystihuje plně klinickou realitu. Pokročme tedy ke třetímu modelu. Už v roce 1983 upozornil Lethem se spolupracovníky, že dvě tradičně uvažované složky bolesti, tj. senzoricko-diskriminační a afektivně-motivační zpravidla probíhají současně, ale v určitých případech mohou být v čase asynchronní. Afektivně-motivační složka se dá ještě jemněji členit na a) zážitek, prožitek bolesti, b) bolestivé chování, c) fyziologickou odpověď na bolest. Také tyto tři aspekty afektivně-motivační složky bolesti mohou probíhat za určitých podmínek asynchronně. Může se stát, že chybí zážitek bolesti a přesto člověk dává najevo bolestivé chování a v jeho organismu vzniká příslušná fyziologická odpověď.

Centrálním pojmem v Lethemově modelu je strach z bolesti. Ten hraje klíčovou roli v afektivně-motivační složce bolesti (dodejme na okraj, že zmiňovaný model ignoruje třetí důležitou složku bolesti kognitivně-interpretační, která zase dominuje ve výše uvedeném modelu Philipsové). Lethemův model bývá nazýván modelem strachu z bolestí a vyhýbání se bolestí (far-avoidance model). Strach z možné bolesti způsobuje, že člověk anticipuje bolest; očekává jí, připravuje se na ni, „vyhlíží“ ji, často aktivně „vyhledává“ její souvislosti, příznaky. Anticipace a exspektance činí člověka senzitivnějším k vnímání bolesti, zesiluje případný pocit bolesti a posiluje chování, jehož cílem je vyhnout se bolesti. Nemusí jít jen o fyzické vyhýbání se bolesti a jedincovou pamětí pro předchozí bolestivé zážitky a situace kolem nich.
Uvedený model tedy počítá s pacientovým očekáváním bolesti (její pravděpodobnou intenzitou, trváním, senzorickou kvalitou, jejími důsledky) (Strach z bolesti: Teorie a empirické výzkumy, Mareš, LF UK Hradec Králové)

3.2.2 Smutek a deprese

Termín deprese často užívají pacienti i zdravotníci, aniž by bylo mimo psychiatrii dosaženo všeobecné praktické shody, co všechno zahrnuje. Tento téměř módní termín spadá pod extrémně široké spektrum stavů od dysthymní rozlady trvající hodiny, po vleklou léta se táhnoucí depresi (Klimpl, 1998, s. 38).

Deprese neboli sklíčenost se pohybuje v rozmezí od zdravého smutku k smutku chorobnému, který není jen intenzívním smutkem, nýbrž „stavem neschopnosti city, zvláště pak smutek či agresi, prožívat“. Deprese řadu tělesných onemocnění doprovází a další řadu jich napodobuje. Mezi nejčastěji vyjádřené tělesné příznaky deprese patří vysílenost, slabost, ztráta čilosti, závratě, poruchy srdečního rytmu, suchost v ústech, zácpa, potíže s dechem, poruchy spánku, bolesti svalů, kloubů, hlavy, pocity tlaku, chladu, změna chuti k jídlu a váhy, menstruační poruchy, potíže s erekcí.

Jako soubor příznaků má deprese poměrně jednolitý obraz a výrazně nejednotnou etiologii. Člověk si stěžuje na smutnou náladu a ztrátu zájmů, psycholog dotazy zjistí narušení spánku a chuti k jídlu, pocity viny, únavu, obtíže se soustředěním, případně sebevražedné myšlenky, pozorovat může neklid nebo zpomalení pohybů a řeči.

V každém případě deprese řadu onemocnění provází, ať už jako následek (a hypoteticky jako příčina), jako psychická reakce na onemocnění a také jako projev vedlejšího účinku některých léků. Přítomnost deprese ztěžuje zotavení z nemoci.

Úzkost i depresi bychom měli dobře rozpoznávat a rozlišovat od řady dalších stavů – například demence, truchlení, vyčerpání. Deprese a její významy se proměňují v čase.

Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Hlubší pohled, např. sociální aspekty vnímání bolesti, ukazuje, že označení bolesti jako multidimenzionálního fenoménu je na místě. Bolest má své kladné i záporné důsledky. Řada studií ukazuje, že vztah mezi tím, jak profesionální zdravotníci hodnotí bolest nemocného člověka, a tím, jak jí hodnotí sám nemocný, je velmi problematický. Úzkost a strach jsou častými prožitky a stavy nemocného a zároveň i dobrý příkladem psychosomatické jednoty člověka. Strach bývá označován jako reakce na poznané nebezpečí, úzkost jako reakce na tušení nebezpečí.

Bolest, strach a úzkost provázejí člověka celý život a mívají různý obsah a podobu. Každý zdravotnický pracovník se denně setkává s těmito projevy nemoci, a to jak u lůžka nemocného, tak v ambulantní sféře. Sestra si musí vytvořit vztah s pacientem a to především vhodnou a citlivou komunikací. Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem není vždy snadná, ale přesto je nedílnou součástí každodenní práce. Na komunikaci mezi sestrou a pacientem velmi záleží.

4. Umění komunikace a jednání s lidmi

Komunikace při vytváření vztahů

Téměř všichni lidé (kromě velmi postižených) komunikují od narození a mluví od raného dětství. Avšak poměrně málo lidí (a mezi ně patří i sestry) si uvědomuje, kdy komunikují nevědomě a kdy záměrně (Lemon, 1996, s. 44).

Pro péči o pacienty se skutečnými i potenciálními zdravotními potřebami má velký význam, jak s nimi sestry komunikují. Velmi hluboce – kladně i negativně – to na ně působí (Lemon, 1996, s. 44).

Komunikace v ošetřovatelství by neměla být považována za něco automatického. Existuje rozdíl mezi bezděčnou a záměrnou komunikací. Dobrá komunikace je základem úspěšné ošetřovatelské péče. Při mnoha ošetřovatelských činnostech, např. při příjmu nemocného, převozu a propouštění pacientů, předoperační a pooperační péči, instruování pacienta a přípravě na všechny ošetřovatelské zákroky, musí sestra zahajovat, podněcovat a udržovat vhodnou komunikaci s pacientem a musí tak činit jasně a jednoznačně (Lemon, 1996, s. 44).

Pacienti, případně klienti, mohou mít nejrůznější potřeby komunikace. Potřebují radu, ujištění, konzultaci nebo společenský kontakt. Jak sestra dokáže splnit tyto potřeby, záleží na jejích komunikačních dovednostech a zkušenostech, avšak musí poznat, kdy pacient nebo klient potřebuje informace, společenský kontakt nebo má ke komunikaci jiný důvod. Dobrá komunikace není snadná – vyžaduje mnoho dovedností – naslouchat, ptát se, povzbuzovat a být srdečným (Lemon, 1996, s. 44).

4.1 Složky komunikace při vytváření vztahů

Komunikace se skládá z mnoha složek: účasti, naslouchání, vnímání, zájmu o druhého, objevování, akceptování, empatie, autentičnosti a úcty.

Účast, nebo věnování pozornosti někomu, znamená vidět druhého člověka v širokém smyslu. Pozorností vyjadřuji, že mám o nemocného zájem a že ho akceptuji. Pozornosti se nedosáhne okamžitě, potřebuje čas.

Naslouchat znamená být otevřený slovům, myšlenkám a pocitům druhého člověka, ať už je vyjádří nebo ne. Naslouchání vyžaduje citlivost, porozumění a neodsuzování

druhého, není to jen pasivní přijímání (poslouchání). Vyžaduje mnoho soustředění, nezaujatosti a zájmu o to, co bylo řečeno, nejen pouhé pochopení významu vyslovených slov. Abyste byli dobrými posluchači, musíte na druhého zaměřit celou svou pozornost, musíte potlačit všechny své předsudky, zaujatost, své starosti a všechny další vnitřní i vnější rušivé vlivy. Sestře naslouchání pomáhá poznávat pacientovi potřeby, ať už jsou či nejsou slovně vyjádřeny. Sestra, která umí pozorně naslouchat, nejen slyší, co pacient říká, ale také hledá opakující se „témata“ v pacientových slovech, která pacient naznačuje, ale konkrétně nevyslovuje (Lemon, 1996, s. 45).

Komunikace se zakládá na úctě k vnímání (představám) druhého člověka. Skutky jsou přímým výsledkem představ člověka nebo z nich vycházejí, takže chcete-li pochopit druhého, musíte chápat jeho stanovisko (Lemon, 1996, s. 45).

Zájem o druhého znamená pomáhat druhému růst a realizovat se. Pro správný zainteresovaný vztah je zapotřebí sdělovat informovanost, trpělivost, poctivost, opravdovost, důvěru, naději a odvahu. Zájem o druhého znamená, že vyjdete sami ze sebe. Zainteresovanost je důležitou složkou ošetřovatelské praxe. Pro sestru to znamená, že se o toho , o koho pečuje, také osobně zajímá.

Objevení (odhalení) je proces, ve kterém se člověk druhému otevře. Je to oboustranný proces nutný pro rozvoj zdravé osobnosti. Sebeodhalení je důležité pro sebepoznání a rozvoj je nutným předpokladem komunikace a dále je zde potřební terapeutických vztahů. Akceptovat druhého znamená pomáhat růst. Opakovaně se uvádí, že pokud projevujeme druhému vztah, který se vyznačuje úctou k němu, shodou a akceptováním jeho pocitů, bude druhý člověk zcela přirozeně směřovat k ozdravění, zralosti a odpovědnosti. Akceptování je podobné odpuštění: zvažujete chování druhého a uvědomujete si nežádoucí a negativní aspekty jeho chování, ale záměrně na ně při komunikaci nekladete důraz a snažíte se více zaměřit na vlastnosti, které jsou příjemnější a povzbuzující. Akceptujete-li druhého člověka, nic mu nevnucujete, ale necháte vše vyplynout z toho, co bylo sděleno. Akceptováním by sestra měla pacientovi pomoci, aby se sám akceptoval.

Empatie je vcítění se do situace druhého, abyste chápali, co dělá a cítí. Empatická sestra reflektuje pacienta a je mu blízko. Je naladěna na myšlení a pocity pacienta a verbálně i neverbálně vyjadřuje toto pochopení. Nejen pozorně naslouchá každému vyslovenému slovu a citlivě vnímá, co nemocný říká, ale současně neustále hodnotí a hledá

skrytý význam řečeného. Empatie je důležitá pro navázání interpersonálního vztahu usnadňujícího komunikaci. V atmosféře porozumění pacient snadněji odhaluje své nitro, rozvíjí se a nachází nové významy, které mohou být přesnější a pozitivnější, snáze se zapojí do učení.

Autentičnost je nutným předpokladem vztahu založeného na důvěře. Autentičnost nebo opravdovost znamená, že člověk je pravdivý při sdělování svých myšlenek, pocitů a zkušenosti druhým. Člověk si nenasazuje žádnou masku. Je-li opravdu tím, čím se zdá být, je komunikace opravdová. Autentický, neboli opravdový člověk je takový, který si je vědom svých niterních pocitů a myšlenek a přesně je vyjadřuje – verbálně i neverbálně. Tato opravdovost je potřebná pro smysluplnou komunikaci. Podporuje a udržuje sebedůvěru i důvěru mezi sebou a druhým člověkem. Tato důvěra postupně vyvolává otevřenou komunikaci bez zábran.

Respekt nebo pozitivní vztah je popisován jako pocit, že je člověk kladně hodnocen. Respekt znamená vřelost, sympatii a akceptování druhého člověka jako někoho hodnotného, pozitivní vztah znamená hluboký zájem o druhého člověka navzdory jeho slabým stránkám. K respektu také patří zájem o rozvoj druhého člověka a víra v jeho schopnost řešit problémy a rozhodnout se pro pozitivní jednání. Pozitivní vztah k druhému může být ještě silnější než sebeúcta. Pocit, že je člověk respektován, je důležitý pro zdraví a osobní růst.

Složky komunikace umožňují navodit správnou atmosféru pro pochopení druhého i sebe. Jsou základem pro naslouchání a reakci na ně (odpovídání) (Lemon, 1996, s. 46).

4.2 Komunikace mezi pacientem a zdravotníkem

Na účelné komunikaci závisí úspěch léčby a spokojenosti obou stran. Stížnosti a stezky pacientů se nejčastěji týkají právě toho, že nebyli vhodným způsobem nebo dostatečně informováni tak, jak by si přáli (Rozsypalová, 1986, s. 110)

Informační potřeby pacientů

Jsou nemocní – zvláště ze starší generace nebo s omezeným vzděláním a rozhledem – kteří od zdravotníků nevyžadují žádné informace, kromě pokynů, co mají v nejbližších dnech nebo hodinách dělat, kam se dostavit, jaké léky užívat atd.. Většina nemocných však má zájem o celou řadu informací, které se jejich nemoci týkají (Rozsypalová, 1986, s. 110).

4.3 Verbální a neverbální komunikace

O správné a nesprávné komunikaci s nemocným toho již bylo mnoho napsáno. Učíme se pravidlům verbální komunikace, víme, že existuje komunikace neverbální. Verbální (slovní) a neverbální komunikace tvoří jeden celek. Neverbální projev buď potvrzuje, nebo může být v rozporu či dokonce vypovídá o něčem jiném, než je to, co je obsaženo ve verbálních sdělení. I když jsme dnes již solidně teoreticky vybaveni psychologickými poznatky o tom, jak jednat s nemocným, mnohdy si neuvědomujeme, že i jejich mlčení, postoje, tvář, doteky jsou významnou součástí jejich komunikace, kterou tyto prvky nejen neobyčejně pozitivně umocňují, ale naopak mohou být zdrojem nepříjemných pocitů a nekomunikativního chování pacientů. Odhaduje se, že první dojem je až ze sedmdesáti procent tvořen řečí těla – tzv. neverbální komunikací. Chceme-li porozumět druhým lidem, musíme sledovat nejen to, co říkají, ale i to, co vyjadřují svým chováním. V řeči se člověk lépe kontroluje, neverbální sdělení již pod takovou kontrolou nemá.

Vynořuje se několik základních otázek: Uvědomuji si, jak se nemocnému jevím, i když nic neříkám? Používám řeči těla záměrně k tomu, abych posílila svou důvěryhodnost a navázala s nemocným úzký vztah? Umím rozklíčovat verbální projevy nemocného a číst z verbálních projevů? Přemýšlím o tom, co mi chce říct, i když nic neříká? Rozhodně proto neuškodí na některé otázky jednání s nemocným znovu upozornit (Staňková a kolektiv, 2003, s. 5).

4.4 Typy komunikace

- kruhová: jde o komunikaci bezprostřední s nejbližšími sousedy
- řetězová: komunikace pouze s jedním sousedem, ten s dalším
- ohnisková: klíčová je jedna osoba, jejímž prostřednictvím komunikují další
- vertikální: informace jde shora dolů a zdola nahoru

- horizontální: informace proudí mezi členy skupiny na téže úrovni hierarchie

Komunikační formy

Verbální – slovy. Základem řeči (mluvené, psané) nejsou jenom slova, ale především věty. Seřazení slov do vět dává řeči smysluplný, přesný a úplný význam. V interakci „ já a ty“ si navzájem nesdělujeme jen slovy, ale také mimoslovně, neverbálně.

Neverbální – (nonverbální) mimoslovní komunikace. Touto komunikací sdělujeme 60 až 80 % informací o sobě a můžeme si „ přečíst“ informace o jiných lidech. Patří sem mimika, gesta, pohledy očí, ale i úprava zevnějšku a další.

Činem – činy za nás a druhé hovoří mnohem srozumitelnější řečí než komunikace verbální a neverbální. K řadě vykonaných činů nejsou slova vůbec potřebná. Činy slovem na nás působí pozitivně, ale i negativně, hovoříme o evalvaci a devalvaci (Křivohlavý, 1988).

4.5 Řeč těla

O tom, zda si lidé vyjdou vstříc, budou ochotni spolupracovat, jeden druhému bude naslouchat, nebo vzniknou problémy, jedna strana se stane lhostejná a druhá se uzavře a nebude chtít spolupracovat, rozhoduje z velké části první dojem. Někdo je prostě o samého začátku sympatický, jiný mu „nepadne do oka“. Sestra toho ani nemusí mnoho říci a pacient, aniž by si to uvědomoval, odhaduje zda je nerudná, rozčílená, nedůtklivá nebo zda je klidná, vstřícná a spolehlivá. Teprve později se ukáže, zda byl odhad pacienta správný. Psychologie prvního dojmu působí dost dlouho. Uvědomuje si to zdravotník při prvním kontaktu s nemocným např. v ordinaci, v ambulanci, při příjmu vždy nejistého a vystrašeného nemocného? Totéž samozřejmě platí naopak. Avšak pacient je vždy v submisivním postavení a chová se převážně tak, aby mu zdravotníci raději neměli co vytknout (Staňková a kolektiv, 2003, s. 7).

Oční kontakt

Důležitým momentem neverbální komunikace je oční kontakt. Četnými pokusy je prokázáno, že nedostatek pohledu do očí působí na druhého velmi nepříjemně, avšak zrovna tak nepříjemný je dlouhotrvající a setrvalý pohled do očí. Ukazuje se, že nejpříjemněji se cítí člověk, s kterým udržujeme oční kontakt po dobu přibližně

padesáti procent času s ním stráveného. Tam, kde se vyskytuje dostatek očního kontaktu, vyskytuje se méně agresivních útoků. Kde je oční kontakt znemožněn, je více agresivity.

Celkově lze uzavřít, že oční kontakt sestry vyjadřuje zájem o pacienta, přátelství, náklonnost, sympatie. Vyhledávejme proto pohled do očí často. Nesmí být ale ulpívavý a nesmí přetrvávat dlouho poté, co náš protějšek svůj zrak sklopí. Rovněž tak nesmí být naše pohledy přelétavé a těkavé. Těkavým pohledem dává sestra při řeči nemocného najevo svůj nezájem. Naslouchejme pozorně. Ideální jsou společná setkání a společné odklony pohledů. Jednáme-li s více lidmi, rozdělujeme oční kontakty „spravedlivě". V takové situaci se sestra může často ocitnout, tráví-li mezi nemocnými, či na pokoji delší čas (Staňková a kolektiv, 2003, s. 7-8).

Úsměv

Jedním z nejúčinnějších prostředků komunikace je úsměv. I když je zdravotnické prostředí prostředím seriózním, důstojným a vážným, má zde vlídný úsměv na správném místě a ve správný čas své nezastupitelné místo. Snižuje obavy, strach a úzkost, zvyšuje pocit bezpečí a jistoty. Při rozhovoru o nepříjemných tématech dává komunikaci s nemocným „lidskou" dimenzi. Nesmí být ale přehnaně nucený, nadřazeně přezíravý, „umělý", ani koketně vyzývavý (Staňková a kolektiv, 2003, s. 8).

Gesta a pozice těla

Do neverbální komunikace dále patří řada gest a pozic těla. Existují gesta vstřícně otevřená a gesta bariérová. Na našem těle totiž existují některá více a některá méně zranitelná místa. Více zranitelná místa, zejména hlavu, vnitřní orgány a pohlavní orgány při komunikaci s druhými člověk bezděky chrání tím, že překříží nohy, zkříží ruce před tělem, skloní obličej apod. Tato gesta můžeme pociťovat jako nedůvěru, distanční odtažitost ke spolupráci. Naopak gesta podobná otevřené náruči, kdy zranitelná místa člověk před druhým pomyslně rozkrývá, můžeme pociťovat jako vyjádřenou důvěru, vstřícnou ochotu a srdečnou výzvu ke spolupráci. Sestra by měla vůči nemocnému i jeho rodině vždy používat gesta otevřená.

Při jednání jsou lidé od sebe různě daleko. Rozeznávají se čtyři druhy vzdáleností:

- vzdálenost veřejná (5 metrů a více) – vzdálenost poskytující možnost úniku a skýtající pocit anonymity
- vzdálenost sociální (170 cm až 5 m), na které se lidé setkávají, zdraví a jednají
- vzdálenost osobní (35 cm až 170 cm), která je určena pro jednání se skutečnými přáteli a pro důvěrná sdělení

vzdálenost intimní (0 cm až 35 cm) je vzdálenost, do které člověk vpouští své intimní partnery a své nejbližší osoby (rodinné příslušníky) (Staňková a kol., 2003, s. 8).

Z hlediska neverbální komunikace je nejproblematičtější intimní vzdálenost. Vstupuje-li sestra do intimní zóny, vnímá ji pacient jako vetřelce, má nepříjemný pocit a zakouší fyzický odpor. „Jemnějším" povahovým typům pacientů je vhodné umožnit, aby si vzdálenost nastavily samy tak, jak jim vyhovuje, „razantnějším" typům ji můžeme nastavovat sami, bývá spíše kratší. Pokud je však pacient dominantním člověkem vůdčího typu, je jednání s ním náročnější. Když hovoříme, musíme se mu po většinu času dívat do očí. Hovoří-li on, nedíváme se mu naopak do očí příliš často, ale neklopíme zrak. Doporučuje se odklon pohledu mírně vpravo do jakéhosi vzdálenějšího místa při zemi. Tento pohled signalizuje, že si o věci myslíme své, že se opíráme o jistotu o své znalosti. Náš názor ho začne zajímat, přisoudí nám větší míru samostatnosti myšlení a autonomie osobnosti. Začne nás vnímat jako rovnocenného partnera (Staňková a kolektiv, 2003, s. 9).

4.6 Komunikace s handicapovaným pacientem

Handicapovaný pacient – pacient, který není schopen sledovat náš postup a který zpracovává informace jiným způsobem než my, ale není hloupý, ani nechápavý, prostě pracuje jiným způsobem než tím, který my sami považujeme za normu. Pro nezbytnou dohodu je pak nutná naše profesionalita, nikoliv tlak na nemocného, aby se přizpůsobil.

Postižení může být sluchové, zrakové, tělesné, mentální a popřípadě kombinované (Honzák, 1997, s. 90).

4.7 Problémoví pacienti

Zdravotník a pacient se setkávají jako lidé, kde nemocný žádá o pomoc a zdravotník ji poskytuje, kde každý má svá práva a povinnosti a jsou v určitém profesním vztahu. Ve většině případů tento vztah nevyvolává větší problémy.

Existují však jedinci, kteří ani z nejrůznějších důvodů stanovená pravidla nedodržují. Pokud se jedná o akutní onemocnění, dokáže většinou zdravotník situaci zvládnout. Pokud jde o chronicky nemocné, stává se každé setkání nejen pro lékaře značnou zátěží, vyvolává nejrůznější negativní pocity, jejichž kumulace může vést až k syndromu vyhoření (Honzák, 1997, s. 106).

4.8 Agresivní pacient

Ze všech typů nepřizpůsobivého jednání vyvolává agresivita nejnepříznivější odezvu. Agresivní jednání pacienta může mít různé zabarvení: od afektu provázaného fyzickým napadáním osob nebo destrukcí předmětů přes slovní výpady a vyhrožování až po hostilitu maskovanou ledovou zdvořilostí. Agresivní pacient signalizuje nejen nespolupráci, ale také ohrožení. Vyvolává proto okamžitou instinktivní reflexní odpověď, která má charakter stresové reakce typu „útok nebo útěk“.

Pacient může mít na svou agresi tzv. oprávněný nárok. To znamená, že po určité frustrační zátěži považuje za přirozené se ohradit proti dalším nepřízním (Honzák, 1997, s. 106).

4.9 Úzkostný pacient

Úzkost je v jistém smyslu nepříjemný prožitek, který má svou symptomatologii psychosociální (projevující se navenek především v jednání) a symptomatologii vegetativní či somatickou.

Na viditelné sociální úrovni se takovýto pacient dožaduje pocitů bezpečí a jistoty, ochrany, uklidnění a podpory.

Již prostředí ordinace a čekárny má působit co nejvíce uklidňujícím dojmem. Pocit uklidnění nabízí prostředí co nejcivilnější, protože připomíná spíše domov než operační sál. Chróm se sice blýská a dobře vypadá, avšak na úzkostnější osoby příliš mnoho studeného kovu působí tísnivě. Stejně stresující může být dobře míněná zdravotní výchova.

Přístup k úzkostným pacientům má být spíše vlídný a pevný, neboť jen tak dává naději, že pacient nebude pokračovat na své regresivní cestě (Honzák, 1997, s. 109).

4.10 Staří lidé

Staří lidé jsou povahově rozmanití jako ostatní lidé, nejde o nějaký zvláštní typ osobnosti. Specifická problematika ve stáří je však dána procesem stárnutí spojeným s řadou změn organismu. To s sebou často přináší sníženou schopnost orientace v aktuálních problémech života a obtíže při sebeovládání. Ztráta životního smyslu pak může vést i k rezignaci na dodržování společenských, kulturních a hygienických pravidel. Popudlivost starších lidí je často dána vědomím vlastního handicapu a pocity, že druzí jsou na tom lépe a na ostatní neberou ohledy. Proto může starší pacient zastávat názor, že si svá musí vydobýt (Staňková a kolektiv, 2003, s. 33).

Komunikace je důležitým momentem pro práci sestry, pro vytvoření klidné a přátelské atmosféry. Sestra by měla umět pacienta vyslechnout, být empatická a pochopit jeho psychické pochody. Avšak nikdo z nás není mechanický stroj vždy naladěný na druhého člověka, tím spíšena na pacienta změněného nemocí. Součástí komunikace je i dodržování zdravotnické a společenské etiky. V těchto chvílích by si měla sestra uvědomit důležitost etického kodexu v ošetřovatelství a přistupovat k pacientovi s profesionálním nadhledem. Etika a její znalost patří nevyhnutelně k práci zdravotní sestry.

5. Etika v ošetřovatelství

5.1 Ošetřovatelská etika

Ošetřovatelská etika se zabývá etickými problémy všech ošetřovatelských aktivit a je součástí zdravotnické a společenské etiky.

Ošetřovatelská etika klade zdravotníkům za úkol:

- Akceptovat pacienta takového, jaký je, lépe řečeno tak, jak se nám jeví. Brát pacienta se všemi jeho změnami v nemoci, nezlehčovat jeho potíže, vyslechnout jeho názor na nemoc, respektovat sdělení jeho předchozích zkušeností.
- Považovat nemocného člověka za partnera, zejména v respektování jeho individuality, chápat, že i nemocný má svůj názor na léčbu, má právo na vysvětlení podstaty onemocnění, má následně i svoje právo spolurozhodovat o léčebném postupu.
- Poučit pacienta o jeho zdravotním stavu v takovém rozsahu a tak srozumitelně, aby byl skutečně podle svých možností schopen vyjádřit svůj souhlas nebo nesouhlas s léčbou a péčí.

Profesionalita ošetřovatelské péče je vyjádřena v Etickém kodexu pro práci sester. Etický kodex stanovila Mezinárodní rada sester, International Council of Nursing, ICN. Etický kodex vyjadřuje základní standart pro jednání sestry s pacientem a jeho rodinou, má kapitoly zaměřené též na profesionalitu v ošetřovatelské praxi (Kutnohorská, 2007).

5.2 Mezilidské vztahy na pracovišti

Nejen naše vztahy k nemocným ale i vzájemné jednání a důvěra v pracovním týmu vytvářejí u každého pracovníka pocit pracovní spokojenosti či nespokojenosti, vytváří dobrou či špatnou pracovní atmosféru.

Na každém pracovišti existují formální a neformální mezilidské vztahy. Formální vztahy jsou dány cílem a úkoly pracoviště, řádem a organizačními normami jeho provozu, pracovní náplní a funkcemi lidí. Neformální vztahy jsou určeny pocitem blízkosti, který vůči sobě lidé mají. Může je sbližovat věk, vzdělání, počet dětí, stejné místo bydliště,

společná dovolená či účast na školení, podobné záliby, životní styl, vzájemná sympatie a další. To pak vede k různým formám skupinaření.

Existence neformálních skupin, provázená vědomím sounáležitosti vůči jedněm a distance vůči druhým spolupracovníkům, je zcela přirozeným a běžně se vyskytujícím jevem. Při špatném řízení pracoviště však může přerůst únosnou míru, narušovat mezilidské vztahy, vést k nežádoucím motivům jednání, může snižovat výkonnost lidí (Staňková a kolektiv, 2003, s. 35).

5.3 Týmová spolupráce

Řešit problémy na zdravotnických pracovištích znamená utvářet mezilidské vztahy na principech týmové spolupráce. Tým je skupinou pracovníků rozdílné specializace či víceúrovňové klasifikace. Ústředním motivem týmu je společný cíl a vysoký pracovní výkon. Tomu jsou podřízeny veškeré dílčí motivace jednotlivců.

Aby člověk prosperoval, měl dobré výsledky a byl, jak se říká, v pohodě, musí si vážit sám sebe. Pocity méněcennosti vedou k chybám, nedostatkům a krachům (Staňková a kolektiv, 2003, s. 35)

Sestra pracuje většinou samostatně, ale přesto je nedílnou součástí týmu. Dobrý tým pracovníků je důležitý pro správný chod pracoviště. Nastávají situace, kdy je nutná spolupráce, nepostradatelnost týmu je např. na operačních sálech. Tento tým se skládá z anesteziologického týmu, kde je sestra a lékař a dále z operačního týmu, který je složen z chirurgů a sester instrumentářek. Dále jsou součástí i pomocný personál, jako jsou sanitáři. Důležitým momentem při odstraňování stresu u pacienta před operačním výkonem je i volba vhodné anestezie a včasné řešení následné pooperační bolesti. Pacient se může sám po poradě s anesteziologickým lékařem rozhodnout jaký typ anestezie a analgezie bude pro něj nejvhodnější. Svým rozhodnutím se i podílí na své další pooperační léčbě bolesti.

6. Anestezie v chirurgii

Anestezie je léčebný postup, jehož výsledkem je vyřazení vnímání všech podnětů. Podání každé anestezie je doprovázeno určitým rizikem. Abychom mohli redukovat toto riziko na minimum, je třeba pacienta před každým výkonem podrobně vyšetřit a připravit.

6.1 Lokální anestezie čili místní znecitlivění

Při lokální anestezii se jedná o znecitlivění buď přímo operovaného místa, nebo oblasti, ve které se operované místo nachází. Tento typ znecitlivění je vhodný pro malé zákroky, při kterých se nezasahuje příliš hluboko do tkání, a je velmi vhodný pro výkony ortopedické či v plastické chirurgii. Pacient je při vědomí, cítí pouze tupý, neurčitý tlak v operovaném místě. Vnímá dění na operačním sále, může operujícímu sdělit své pocity a vjemy v průběhu výkonu. To je výhoda, neboť lékař tak může bezprostředně rozptýlit úzkost, kterou někteří pacienti trpí.

Lokálního znecitlivění lékař dosáhne použitím látky, kterou vpichuje většinou do bezprostředního okolí operační rány, a která zabrání převodu bolestivých signálů z místa operace do mozku. Největší bolestí je tedy pouze tento vpich. Nejčastěji používané lokální anestetikum u nás je mesocain, chemicky podobný známému procainu. Jeho hlavním účinkem je zvýšení prahu vnímání bolesti v místě aplikace. Existuje řada používaných derivátů pod nejrůznějšími výrobními názvy, např. lidocain, v poslední době se za nejefektivnější považuje marcain (Trč, Ryska, 1994, s. 16).

6.2 Další typy lokální anestezie

Látky používané k lokální anestezii je možné použít rovněž pro znecitlivění větší oblasti těla, jako například celé končetiny, a to tím způsobem, že se látka aplikuje do místa, kde se sbíhají nervy vedoucí bolestivé podněty do mozku. Je možné tedy znecitlivit celý nervový kmen či nervovou dráhu. Tomuto způsobu se říká svodné znecitlivění. Znamená to, že zásah lokálního anestetika proběhl mimo operační pole.

Dle místa podání a okrsku, který je touto aplikací znecitlivěn, můžeme hovořit o svodné anestézii:

- okrskové (field block), kdy je znecitlivěn např. celý prst vpichem anestetika při kořeni prstu
- blokové, kdy vpichem anestetika např. do podpažní jamky znecitlivíme celou horní končetinu
- spinální, kdy aplikujeme anestetikum do páteřního kanálu a můžeme znecitlivit dolní část těla nemocného

Spinální druh anestezie je vysoce specializovaným výkonem a podle hloubky aplikace anestetika můžeme hovořit o subarachnoidálním či epidurálním znecitlivění. Při subarachnoidálním způsobu se látka vstřikuje do prostoru mezi míšní obaly, většinou pod třetím či čtvrtým bederním obratlem. Anestetikum zde umrtvuje kořeny nervů vstupujících do míchy a přivádějících bolestivé podněty z dolní poloviny těla. Tento druh znecitlivění nastupuje velmi rychle a umožňuje bezbolestně operovat na dolních končetinách, prostatě apod. Při epidurálním typu anestetikum neproniká míšním obalem, dostává se ke kořenům nervů pomaleji, znecitlivění nastupuje později, ale trvá déle. Výhoda svodného znecitlivění, byť je pro anesteziologa mnohdy technicky náročné, vystupuje do popředí všude tam, kde nelze užít celkové anestezie vzhledem k možnosti poškození již před operací nemocných orgánů, např. jater, plic, srdce nebo jiných. Při svodném způsobu znecitlivění je pacient opět při vědomí a necítí celou oblast, kde lékař operuje. Na přání může anesteziolog pacienta celkově utlumit nitrožilně podaným preparátem a odstranit mu tak nepříjemné vjemy z prostředí operačního sálu (Trč, Ryska, 1994, s. 17).

6.3 Celková anestezie

Úkolem celkové anestézie je především odstranění vnímání bolesti při chirurgickém výkonu. Tím chrání nemocného od reflektoricky vznikajících poruch homeostázy vnitřního prostředí.

Celková anestezie má dvě základní složky: analgetickou

a hypnotickou

Základem navození anestezie je ovlivnění ústřední nervové soustavy farmakem, kam je daný preparát dopraven krevním oběhem.

Dle místa vstupu anestetika do organismu dělíme anestezii na:

- inhalační, nitrožilní, rektální, nazální, nitrodřeňovou

Dle klinického charakteru dělíme anestezii na:
a) inhalační
b) TIVA (totální intravenózní anestezii)
c) kombinovanou („balanced“)

Celková anestezie - při tomto typu znecitlivění anesteziolog uvede pacienta do bezvědomí takového stupně, při kterém vymizí i vnímání hlubokých bolestivých podnětů. Vedlejším projevem takto navozeného bezvědomí by však mohly být např. poruchy dýchání. Navíc při operacích je třeba užívat látky snižující svalovou stažlivost, tzv. myorelaxancia. Je proto někdy nezbytné, aby anesteziolog během výkonu nahradil dočasně nefungující spontánní dýchání pacienta tzv. umělou ventilací plic. Je na anesteziologovi, aby v průběhu operačního výkonu zajišťoval a hlídal základní životní funkce organismu, tj. dýchání a krevní oběh, a vůbec aby usiloval o co nejlepší stav organismu po celou dobu operace i bezprostředně po ní. Typy celkové anestezie se liší podle způsobu, jakým se do těla pacienta vpravuje anestetikum – látka, která je použita k celkovému znecitlivění. Před celkovou anestezií nesmí pacient minimálně 6 hodin nic jíst a pít (Trč, Ryska, 1994, s. 18).

6.4 Komplikace spojené s anestezií

V časném pooperačním období se mohou vyskytnout komplikace, které ohrožují život nemocného a to především obstrukce dýchacích cest zapadlým jazykem, aspirace zvratků a krve, laryngospazmus dále se může objevit útlum dýchání přetrvávající vlivem opioidů, útlum dýchání z přetrvávající nebo obnovené nervosvalové blokády (Ferko a kolektiv, 2002, s. 85), alergická reakce na lokální anestetika a toxické projevy - podáním nadměrné dávky lokálního anestetika (Ferko a kolektiv, 2002, s. 86).

6.5 Probuzení z celkové anestezie

Po probuzení z celkové anestezie může pacient ucítit nejprve jakýsi cizí předmět v krku. Jde o dýchací kanylu, která zabezpečovala plicní ventilaci pacienta během operačního výkonu. Anesteziolog ji odstraní až ve fázi, kdy si je jist, že nemocný již bude dostatečně dýchat sám, bude ovládat krční svaly a jazyk. V opačném případě by při předčasném odstranění dýchací kanyly hrozilo zapadnutí jazyka a zhoršené dýchání pacienta. Na tuto fázi probouzení z celkové anestezie si většina pacientů nevzpomíná, protože je při ní ještě pod doznívajícím vlivem anestetik. Lékař nechává pacienta převést na dospávací pokoj, kde je ještě pod kontrolou sestry a lékaře, je zde zvýšený dohled na nemocného. Po plném probuzení odjíždí pacient zpět na oddělení.

Pokud je pacient po větším operačním výkonu, popř. pokud se během výkonu objevily nějaké komplikace, je pacient převezen na jednotku intenzivní péče. V případě užití lokální anestezie je možné s pacientem hovořit ihned po výkonu. Bývá plně probuzen a může odjet na oddělení přímo z operačního sálu (Trč, Ryska, 1994, s. 34).

Anesteziologický lékař rozhodne o nejvhodnějším způsobu anestezie pro operační výkon. Musí zvážit druh operačního výkonu, délku , morbiditu pacienta. Lékař informuje pacienta o možnostech a průběhu operačního výkonu. U plánovaných výkonů je možnost výběru, ale jiná situace nastává u výkonů akutních při ohrožení života pacienta.

7. Operace

7.1 Plánovaný operační výkon

„Musíte jít na operaci“. Věta, která v každém člověku na chvíli zarazí dech a v břiše způsobí nepříjemný tlak.

Okamžitě se téměř každý z potenciálních pacientů cítí zaskočen, zachvátí jej úzkost z neznámého prožitku s víceméně nejistým výsledkem. Představy operace tak, jak jsou zprostředkovány filmem či televizí, tj. tajemné prostředí operačního sálu s podivnými přístroji, zakrvácené ruce operatéra, zakuklené osoby vydávající nesrozumitelné úsečné pokyny, blýskání lesklých přístrojů, nikomu na klidu nepřidají. Připočteme-li strach z pooperačních bolestí a obavu, zda se operace vůbec podaří (a pokud ano, zda nezanechá následky), není situace člověka-pacienta právě záviděníhodná. I tak „banální“ záležitost, jakou je pobyt v cizím nemocničním prostředí, je dalším zdrojem obav a stresů. V každém člověku dříme obava, zda se dobře zhostí role pacienta, zda se bude umět přizpůsobit neznámému prostředí, spolupacientům na pokoji, zda se nesetká s posměchem či dokonce s agresí nebo naopak s lhostejností. V zátěžové situaci, jakou je nemoc a operace rozhodně jsou, i maličkosti nabývají hrozivých rozměrů. Platí to však i naopak: i drobnosti nás dokáží v těžké chvíli potěšit a pomoci nám. K takovým důležitým „drobnostem“, které v této situaci mohou velmi pomoci, patří dobrá informovanost o tom, co nás očekává. Podaří-li se nám vytvořit si představu nejen o vlastním operačním výkonu, který podstoupíme, o jeho výhodách i případném riziku, ale i prostředí, ve kterém budeme nuceni kratší či delší dobu pobývat, podaří se nám to nejdůležitější: zbavit se iracionálního strachu z neznáma. Více vědět znamená méně se bát. Psychické rozpoložení pacienta (a obvykle bohužel ani prostředí na ambulanci) nebývá příznivé k tomu, aby pacient kladl lékaři všechny otázky, na které by potřeboval znát odpověď. Také se stává, že se pacient na něco nedokáže zeptat, aby „neobtěžoval“. A nezřídka se stává, že teprve když takový člověk sedí v autě či tramvaji, nebo když už je doma v křesle a ptají se jej jeho blízcí, zjišťuje, že se měl zeptat na to či ono, že by ho ještě zajímalo něco více, než se stačil dozvědět. Někdy si může připadat až tak bezradný, že se odhodlá k nové návštěvě lékaře, aby si ověřil, zda všechny informace pochopil správně, a upřesnil, co mu bylo doposud nejasné. Již tato zcela běžná scénka je dokladem toho, jak je potřebné být informován, a to nikoliv jen ve smyslu nastíněné modelové situace, ale obecně o systému zdravotnictví

a zavedeném vztahu mezi člověkem-pacientem na straně jedné a zdravotníky na straně druhé (Trč, Ryska, 1994, s. 7)

7.1.1 Chirurgický výkon

Pro chirurgické výkony používá laická veřejnost výraz „operace“ a obecná představa je, že se jedná o výkon pomocí skalpelu. Chirurgie však má ve svém rejstříku mnohem širší škálu výkonů. Některé nemocné léčí bez porušení povrchu těla. Patří sem například nápravy vymknutí nebo některé zlomeniny. Když chirurg s pomocí nástrojů vniká do lidského těla, nemusí se jednat o léčebný zákrok – může se jednat o výkon diagnostický, jehož cílem je zjistit charakter a rozsah onemocnění. Mnohdy v sobě jeden výkon zahrnuje diagnostickou i léčebnou část. Převažují však operace léčebné. Vlastní léčebné operace lze ještě rozdělit na naléhavé, neboli akutní, a nenaléhavé. Naléhavé operace nesnesou odkladu, protože stav pacienta je vážný, často život ohrožující, a nelze jej řešit jiným způsobem než chirurgickým výkonem. V řadě případů se však onemocnění vyvíjí postupně a po jeho odhalení je možné chirurgický výkon předem naplánovat. Každá operace, naléhavá či plánovaná, je nefyziologickým, tj. nepřirozeným zásahem do organismu. Obyčejně se uvádí, že organismus nemocného reaguje až po operačním výkonu. Ve skutečnosti nemocní myslí na operaci od chvíle, kdy se o nutnosti chirurgického výkonu dozvědí. Obavy narůstají a mnohdy kulminují právě v okamžicích před operací. Nezřídka se také stává, že pacient ze strachu operaci oddaluje, a může si tím přivodit zbytečné komplikace.

Dobře fungující chirurgické pracoviště by mělo nejen garantovat ošetření na co nejvyšší možné odborné úrovni, ale i co nejlépe nemocného psychicky připravit. Není však třeba zastírat, že u každého, byť sebemenšího chirurgického výkonu mohou nastat komplikace buď jako důsledek zátěže organismu vlastním chirurgickým výkonem, nebo v důsledku znecitlivění. Pacientův stav také může zhoršovat další vnitřní onemocnění, například cukrovka či ischemická choroba srdeční. Nemocní mohou reagovat na podané anestetikum, být alergičtí na některé léky. U závažných operačních výkonů je nutno zvážit i možnost pozdních komplikací. Proto každý chirurgický výkon musí být odůvodněn neboli tzv. indikován. Odůvodněný návrh či indikace k operaci je absolutní nebo relativní. O absolutní indikaci hovoříme tehdy, když pro daný stav neexistuje zatím žádný jiný léčebný způsob. Relativní indikace znamená, že od chirurgického výkonu lze očekávat

rychlejší nebo lepší výsledek než od jiných léčebných metod. V současné době je snahou chirurgů maximálně snižovat operační zátěž pacienta, a tím omezovat možnost vzniku operačních či pooperačních komplikací. Rozvíjí se celé nové odvětví chirurgie – tzv. minimálně invazivní terapie. Tento směr je umožněn moderním technickým přístrojovým vybavením, které má současná medicína k dispozici (Trč, Ryska, 1994, s. 11).

7.1.2 Plánovaná operace

U plánovaných operací je možné, na rozdíl od akutních výkonů, nemocného k operaci co nejlépe připravit a načasovat výkon tak, aby pro pacienta představoval nejmenší riziko. Před plánovanou neboli elektivní operací má pacient daleko více času a možností, jak se zapojit do zdárného procesu svého léčení. Samozřejmě zde velkou roli hraje dobrá spolupráce mezi lékařem a nemocným. Lékař může pacientovi např. doporučit vhodnou dietu, která příznivě ovlivní předoperační stav, doporučit některé zásady životosprávy, popř. vhodnou zdravotní gymnastiku. Dodržování těchto rad dává pacientovi příležitost aktivně se podílet na svém léčení a urychlit jeho průběh. Jednou z výhod plánovaného výkonu je možnost autotransfuze (Trč, Ryska, 1994, s. 13).

7.1.3 Plánovaný příjem pacienta na oddělení

„ K operačnímu výkonu nastoupíte dne…“, dozví se pacient. Tato věta bývá často už vysvobozením z období váhání, zda se smířit s obtížemi, které nám způsobuje nemoc, či zda zvolit radikální řešení, které představuje operace. Období rozhodování je jistě nejobtížnější v celém průběhu nemoci. Proto následující etapu, přípravu na operaci, by už měl pacient absolvovat v relativním klidu.

Odpovídající příprava k operačnímu výkonu znamená jednak dobrou spolupráci pacienta s chirurgem, anesteziologa a dalších. Podceňovat nemůžeme ani psychickou stránku přípravy pacienta. K získání optimální pohody před nástupem k chirurgickému výkonu by měla dopomoci jeho rodina a nejbližší okolí.

Pacient přichází k hospitalizaci po řádném objednání a stanovení termínu nástupu. Proto si s sebou přináší:

- výsledky všech požadovaných vyšetření
- osobní hygienické potřeby
- používané zdravotní pomůcky či pomůcky pro pooperační období

- léky, které trvale užívá
- doklady i zdravotní průkazy
- průkaz příslušné pojišťovny

V podstatě platí, že s sebou si pacient může vzít jakékoliv věci, které by mu mohly zpříjemnit pobyt v nemocnici, pokud jejich užívání nebude v rozporu s léčebným režimem pacienta nebo ostatních pacientů na pokoji. Často si dnes pacienti přinášejí vlastní přenosnou televizi. Proti tomu rozhodně nelze nic namítat, avšak je žádoucí, aby se majitel televize nezapomněl ujistit, zda – zejména v nočních hodinách – provoz televize neruší ostatní spolupacienty. Ona totiž situace pacienta, který se má ráno podrobit operačnímu výkonu a je nucen hluboko do noci sledovat televizní program či video, nemusí být vždy příjemná (Trč, Ryska, 1994, s. 21).

7.1.4 Předoperační vyšetření

Předoperační vyšetření pacienta je nedílnou součástí přípravy na výkon ať již v celkové nebo místní anestézii. Rozsah vyšetření se třídí:

- celkovým zdravotním stavem pacienta
- rozsahem a závažností operačního výkonu
- časovou naléhavostí operačního výkonu
- typem plánované anestezie

Cílem předoperačního vyšetření je zhodnocení zdravotního stavu pacienta, posouzení stupně rizika a navržení případných terapeutických zásahů k optimalizaci zdravotního stavu před operačním výkonem. Důkladná anamnéza, klinické vyšetření a zhodnocení pomocných laboratorních vyšetření umožňují identifikaci rizikových faktorů, stanovení jejich závažnosti a pokud je to možné snížení rizika pramenícího ze základního nebo přidruženého onemocnění či orgánové dysfunkce. Umožňují také zařazení pacienta do rizikové skupiny podle ASA (American Society of Anesthesiologists) klasifikace (Zemanová, 2005, s. 31).

7.1.5 Premedikace

Operační výkon představuje ve většině případů pro pacienta nepříjemnou stresovou situaci (strach, obavy, nejistota).

Cílem premedikace je:

- sedace, snížení tělesné i duševní aktivity
- snížení základní látkové výměny
- snížení reflexní dráždivosti, oslabení tonu parasympatiku a tím i pokles nežádoucích účinků vagových reflexů (bradykardie, asystolie, laryngospasmus)
- utlumení salivace a bronchiální sekrece
- potenciace účinku anestetik
- zajištění analgezie (trpí-li pacient bolestí před výkonem)

Večerní premedikace:

- v předvečer operačního výkonu je podáváno hypnotikum. Pokud má pacient bolesti je premedikace rozšířena o analgetickou složku.

Premedikace v den operačního výkonu:

- ráno v den operačního výkonu je per os podána chronická medikace (nejčastěji nitráty, antagonisté kalcia, beta blokátory, ...) a v případě anxiózních pacientů premedikace – sedativa, hypnotika, anxiolytika. Vlastní premedikace je aplikována 30 – 45 min. před operačním výkonem i.m.. Alternativou je premedikace p.o., i.v., i.n., bukálně nebo per rectum. Pokud je indikována vagolytická – parasympatolytická složka premedikace je většinou realizována podáním Atropinu i.m. (0,01 mg/kg t. hm.) (Zemanová, 2005, s. 33).

7.1.6 Lačnění před výkonem

Lačnost před anestezií přispívá k bezpečnosti pacienta, protože vytváří příznivou situaci pro snížení nebezpečí zvracení či regurgitace žaludečního obsahu. U plánovaných operačních výkonů se zásadně požaduje, aby byl pacient lačný. U dospělých pacientů je třeba dodržet interval 6 – 8 hodin od příjmu potravy do operačního výkonu. Popíjení

tekutin (sipping) končí 2 – 4 hod. před plánovaným výkonem. U pacientů, kde není předpoklad zpomaleného vyprazdňování zažívacího traktu se v liberálních režimech přípravy pacienta povoluje sipping ještě 2 hod. před výkonem (Zemanová, 2005, s. 34).

7.1.7 Operace

Teprve teď se pacient dostává k meritu věci, tj. k vlastní operaci. Otázka nejčastěji kladená je: Jaká bude moje operace? Odpověď může být pro lékaře obtížná. Má odpovědět – malá, velká, těžká, lehká, snadná či obtížná, rychlá nebo zdlouhavá? Ne, to jistě není odpověď, jakou by pacient očekával. Proto je lepší se zeptat: Co se bude při operaci dělat?

Odpověď by měla být velmi konkrétní a pokud možno přesná. Nemocný má právo být náležitě informován nejen o navrhovaném způsobu chirurgického zákroku, ale i možném riziku nebo komplikacích. Může si vybrat chirurgické zařízení, o kterém si myslí, že bude pro něj nejvhodnější. Vždy by měl být informován o možných pooperačních komplikacích a hlavě o možnostech, jak se může sám podílet na jejich předcházení.

Každý operatér by měl nemocnému vysvětlit, jak bude operace probíhat a jakým způsobem chce odstranit či napravit důsledky onemocnění, které si vynutilo chirurgické řešení (Trč, Ryska, 1994, s. 25).

7.1.8 Operační sál

Kdo má představu, že moderní současný chirurg potřebuje pouze operační stůl, ostrý skalpel a šikovné ruce, se velmi mýlí.

Vybavení operačního sálu je dnes velmi nákladnou záležitostí. Umožňuje provádět náročné operační výkony, na kterých se podílí celé týmy odborníků. Do vybavení standardního operačního sálu patří operační stůl a lampa, odsávačka, elektrokoagulace a dýchací přístroj. Jistě nebude na škodu zmínit se o tomto základním vybavení poněkud obšírněji.

Operační stůl. Nejedná se o pouhé lehátko, na které je pacient uložen a po skončení operace opět sundán. Takovýto stůl musí splňovat celou řadu funkcí, především musí být dokonale omyvatelný a dezinfikovatelný. Dále musí umožňovat dokonalé polohování pacienta, včetně udržování končetin v optimální poloze pro výkon. Ne každá, či spíše jen málo operací se provádí v nejjednodušší poloze, v leže na zádech. Operační stůl musí

umožňovat změnu polohy i během operace: natočení pacienta na bok, zvednutí hlavy či nohou. Provádí se to pomocí mechanismů buď na ruční ovládání, či na pohon elektrický.

Operační lampa. Světelné pole osvětlované lampou musí být dostatečně veliké a dostatečně jasné. Proto jsou operační lampy skutečně velmi výkonné a většinou obsahují několik halogenových výbojek.

Elektrokoagulace. Přístroj, který umožňuje pomocí elektrického proudu koagulovat drobné cévy, tím stavět krvácení a bránit velkým krevním ztrátám. Přístroj musí být absolutně bezpečný a pro chirurga snadno ovladatelný.

Odsávačka. Odsávačka je přístroj, který umožňuje odsávat tekutiny z oblasti operační rány. Nemusí se jednat pouze o krev. Používá se buď elektrická odsávačka či prostá vodní vývěva. Důležité je, aby odsávaná tekutina procházela přes sběrač, kde je možné sledovat kvalitu i kvantitu odsávané tekutiny.

Instrumentační stolky. Jedná se o kovové stolky, na kterých má sestra – instrumentářka rozložené operační nástroje. Je jich takový počet, aby bylo možné na nich rozložit a uspořádat všechny nástroje, které by eventuálně chirurg při operaci mohl použít.

Sterilizační přístroje. V blízkosti operačního sálu musí být přístroje, které dokážou zbavit vše, co přijde do styku s tělem pacienta, bakteriálních zárodků – sterilizační přístroje (Trč, Ryska, 1994, s. 26).

7.1.9 Pacient na operačním sále

Především je třeba říci, že pacient se na sále nemusí ničeho obávat. Na sál je doprovázen či přivezen nemocničním sanitářem či sestrou a od sálového personálu se mu dostane veškerých pokynů v pravý čas. První se pacienta ujímá anesteziolog a anesteziologická sestra (Trč, Ryska, 1994, s. 33).

Je vhodné, když se pacientovi sestra i lékař představí. Je nutné zkontrolovat pacientovu dokumentaci, tzn. zda je na sále opravdu ten pacient, který se má podrobit operaci, zda mu byla podána vhodná premedikace. Dále musí mít pacient podepsaný souhlas s operačním zákrokem a s volbou anestezie, verifikační protokol v případě stranové operace, písemný souhlas s transfuzí, popřípadě s možnými následnými riziky. Je nutné se pacienta vyptat, zda nejedl, nepil a nekouřil. Pokud trpí pacient nějakou alergií je nutné tuto skutečnost včas zjistit. Pacient je uložen na přípravně před operačním sálem. Tato místnost patří k anesteziologické přípravně. Jsou zde pomůcky k zajištění žilního vstupu a další k vedení anestezie, farmakologické přípravky. Anesteziologická sestra

s pověřením lékaře zajistí intravenózní vstup pomocí kanyly, kape infuze většinou Hartmannův roztok 1000 ml, dále připraví anesteziologický záznam. Provádí se zde lokální umrtvení před operačním výkonem. Pacient leží na úzkém operačním stole, popřípadě vozíku. Delší čas strávený na této přípravně může být pro pacienta vnímán jako diskomfort a psychicky traumatizující záležitost. Pacient musí být zajištěn proti případnému pádu. Je nucen zůstat ve stále stejné poloze, což může být po delším čase značně nepohodlné.

7.1.10 Zmírnění stresu pacienta před operačním výkonem

Cesta pacienta na operační sál je dlouhá a s tím souvisí moment, kdy poprvé se objevují silnější náznaky stresu u pacienta. Snad bychom mohli prvopočátek začátek zachytit v okamžiku, kdy se pacient necítí dobře a navštíví svého lékaře. Ten po důkladné prohlídce oznámí nemocnému: „musíte na operaci“. Již v tomto momentě se započnou v hlavě nemocného rojit myšlenky a otázky. Jak bude velký výkon, bude to bolet po operaci, probudím se z narkózy? Budu mít po operaci nějaké zdravotní následky? A ještě mnoho dalších věcí začne pacienta trápit.

Pokud má pevné rodinné zázemí má částečný klid, tuší, že ho rodina podpoří a pomůže mu. Pokud tato sociální opora chybí, vyskytnou se další starosti související s tímto problémem. Nastává proces změny „role“ ze zdravého člověka na pacienta. Je důležité si vyřešit např. pracovní neschopnost. Většina zaměstnavatelů nenese pozitivně pracovní neschopnost svého zaměstnance. Je nutné, aby měl nemocný předoperační vyšetření, které musí mít před vstupem do anesteziologické ambulance. Nemocný navštíví svého praktického lékaře, popřípadě jiné lékaře specialisty.

Jeho cesta pokračuje právě přes anesteziologickou ambulanci, kde by se měl dozvědět bližší informace týkající se operace, analgezie. Zde má pacient možnost řešit s lékařem pooperační bolest a zeptat se na případné nejasnosti.

Poté je přijat na lůžkové oddělení a postupně připravován k operačnímu výkonu. I zde by měl být pacient dostatečně informován, o tom, která vyšetření a procedury budou následovat. Na pacienta se valí více a více informací. Je stanoven termín operačního výkonu. Měl by prožít klidnou noc před výkonem.

Ráno se pokračuje v přípravách na operační sál. Je aplikována premedikace a pacient odjíždí na operační sál. S odjezdem na operační sál si již nemocný silně uvědomuje strach z blížícího se výkonu. Personál může mít spoustu práce a pacient je se svým stresem sám, leží na předsálí a čeká. Někdy déle než je to nutné, předchozí operace

se může prodloužit a on stále čeká. Pokud bychom chtěli nahlédnout do myšlenkového pochodu nemocného, možná bychom nevěřili, co všechno ho v tento moment trápí. Bezpočet otázek, pud sebezáchovy funguje a velí dostat se z místa, který vyvolává nadměrný stres. Jenže momentálně není cesta zpět, vzhledem ke zdravotním potížím pacient výkon neodmítá.

Pacient je navezen přímo na operační sál. Odevzdaně leží a přijímá, co se s ním děje. Na operačním stole leží nahý, přikrytý pouze velkou operační rouškou. Bývá umístěn do poloh, které mu nemusejí být příjemné, mohou ho začít bolet záda, objevují se křeče v dolních končetinách.

Pacientovi jsou podána farmaka k navození hypnotického spánku. Usíná a tím přestává vnímat svět kolem sebe, svůj strach. Stres prozatím zmizel. Po operaci se objevují u pacienta bolesti a tím opět i stres. Je nutné bolesti u pacienta tlumit.

Závěrem nelze přesně určit moment začátku stresu u pacienta před operačním výkonem. Každý člověk reaguje na stres jinak. Muž či žena mohou reagovat rozdílně, taktéž mladí a staří lidé.

Můžeme se domnívat, že na vzniku stresu se podílí nejvíce strach z operačního výkonu, z probuzení z anestezie, strach z bolesti, dále může mít vliv nedostatečná informovanost a komunikace.

7.1.11 Operační tým

Jako první se pacienta ujímá anesteziologický lékař a anesteziologická sestra. Pacient nevidí celou operační skupinu. Většinou se chirurgické výkony provádějí v týmu – chirurgie je typická týmová práce. Hovoříme o tzv. operační skupině. Vedoucí operační skupiny je operatér – lékař, který výkon provádí, je zodpovědný za indikaci k výkonu a za jeho provedení. Pomáhá mu obvykle další lékař, první asistent. U složitějších výkonů mohou asistovat další jeden až dva lékaři.

Neodmyslitelným členem operačního týmu je sestra, tzv. instrumentářka, která podává nástroje, připravuje sterilní tampóny, šicí materiál a další potřebné věci. Sleduje operační skupinu a dbá na dodržování sterilního režimu (Trč, Ryska, 1994, s. 33).

7.2 Zmírnění stresu pacienta po operačním výkonu

Pokud budeme přemýšlet o tom, co způsobuje pooperační stres u pacienta po operačním výkonu, jednoznačně zde bude převládat bolest. Pacient již před operací může projevovat strach z bolesti související s operačním výkonem. Tento strach může pacient prožívat již na začátku svého pobytu v nemocnici.

Do ovlivnění pooperační analgezie lze už zasáhnout předoperačně vhodnou premedikací. Velký vliv na bolest po operačním výkonu má volba anestezie a anestetik. Kvalitní peroperační analgezie je v rukou anesteziologa, který volí podle typu a délky operačního výkonu některý z opioidů, jejichž účinek je potencován dalšími anestetiky.

Jestliže je výkon proveden v regionální anestezii nebo kombinací regionální a celkové anestezie, pak právě díky přetrvávající regionální anestezii lze zlepšit pooperační komfort pacienta, posílit a prodloužit analgezii v pooperačním období a současně snížit spotřebu dalších analgetik a tím i zmírnit stres vznikající u bolestivých stavů po operaci.

Pokračující epidurální blokáda je schopna u náročných výkonů zajistit lepší analgezii než systémová analgetika. Tento fakt byl potvrzen řadou studií. Ty mimo jiné ukázaly, že tito pacienti opouštějí nemocnici v lepším psychickém stavu a s lepším funkčním výsledkem operace (Málek a kolektiv, 2009, s. 63).

7.2.1 Zvládání stresové situace

Při působení nové zátěže se člověk nejdříve chová náhodným způsobem. Po zprvu náhodném chování jedinec záhy pozná, že při určitém způsobu chování je subjektivně negativní dopad zátěžové situace menší. Na základě principu podmiňování potom jeví tendenci chovat se v obdobných situacích ne už náhodným způsobem, ale i způsobem osvědčeným – naučeným. Tak se jedinec naučí zvládat určité typy zátěží tím, že si osvojí oblíbené techniky chování pro určité situace a ty potom poměrně stereotypně uplatňuje v náročných životních situacích. Tyto techniky se stávají osobnostní výbavou jedince. Za základní techniky zvládání stresu považujeme adaptaci a coping (Hrstka, Vosečková, 2008).

Důležité je si uvědomit zda jde stres ovládnout, zda je to v pacientově moci. Pokud zátěž vyvolávající stres u pacienta vychází ze strany např. zdravotnického personálu, je zde možnost zamyslet se nad tímto faktem a snažit se pacienta pochopit, ubrat mu jeho

psychickou zátěž vlídným slovem, vhodnou komunikací. S empatií přistupovat k jeho potřebám, včas se snažit tlumit pacientovu bolest. Být s pacientem v kontaktu a stále s nemocným spolupracovat.

Pokud stres vychází přímo subjektivně od pacienta, mohli bychom nabídnout pacientovi pomoc např. tím, že budeme posilovat jeho vnitřní zdroje ke zvládnutí stresové situace. Měli bychom mezi pacientem a zdravotníkem upevnit mezilidský vztah tím, že mu dáme najevo, že ho chápeme, že jsme tu právě pro něho. Dále se můžeme pokusit jeho individuální vnímání situace zmírnit a nabídnout postup přesvědčení, že danou situaci pacient zvládne. Další pomoc ke zvládnutí stresu u pacienta může vycházet od jeho blízkých, od rodiny či přátel.

7.2.2 Zvládací strategie

Protistresové dýchání – obecně známou skutečností je, že v situaci akutního stresu se mohou objevit nepravidelnosti v dýchání. Může jít jak o „změlčení“ dechu, tak i o nepříjemné zvýšení či naopak snížení frekvence dechové aktivity. Stres člověka nepříznivě ovlivňuje často natolik, že doslova zapomíná dýchat. Dech je zvláštním spojovacím prvkem mezi psychikou a tělem. Jeho působení se odehrává na principu zpětné vazby: nejen psychika působí na dech, ale také dech působí na naše tělo a na naši psychiku. A právě proto je možné i vhodné využít dechu jako „ cesty“ k ovlivnění, tj. snížení jak svalového, tak psychického napětí (Hrstka, Vosečková, 2008).

Chvilková tělesná relaxace – při stresu bývá zvýšené napětí svalstva, zvláště pak svalstvo mimické. Dokážeme-li příznivě ovlivnit, tj. snížit tento stresový svalový tonus, ovlivníme tím i blahodárně i svoji psychiku. Jedná se např.: uvolnění sevření čelistí, uvolnění úst a ústních koutků, navlhčení rtů jazykem, jazyk leží volně v ústech, uvolnění veškerého dalšího obličejového svalstva (Hrstka, Vosečková, 2008).

Koncentrace na „kredenc“ – v této formě protistresové první pomoci vlastně symbolizuje jakýkoli emočně neutrální, člověku zcela lhostejný předmět. Efekt koncentrace na „kredenc“ je podmíněn tím, že člověk není obvykle schopen mít v centru pozornosti jakýkoli emočně indiferentní předmět stresoru. Tím snížíme své psychické napětí. Doporučuje se tedy zaměřit se na místo (místnost), kde se právě nacházíme,

prohlédnout si ji, probrat jeden předmět po druhém, pomalu, nespěchat a doprovázet tuto prohlídku vnitřní řečí (Hrstka, Vosečková, 2008).

Odejít a zůstat chvíli sám – nejčastější příčinou našeho stresu bývají druzí lidé. Ať už formou či obsahem svého chování nebo jednání, či svými názory, postoji, představami, někdy třeba jen svým oblečením či celkovou (ne) upraveností. Nám všem je totiž do určité míry vlastní sklon spíše přijímat to, na co jsme zvyklí, co očekáváme, co si přejeme, a spíše odmítat, na co zvyklí nejsme, co nečekáme, co si nepřejeme.
Je-li stresorem druhý člověk nebo jeho chování, bývá vhodné – pokud je to ze společenského hlediska jen trochu možné – odejít z místnosti někam, kde můžeme být chvíli sami (např. na chodbu, na toaletu). Tam se popřípadě soustředit na „kredenc“ (Hrstka, Vosečková, 2008).

Změna činnosti – vlastní efekt této techniky spočívá ve dvou skutečnostech. První z nich je - podobně jako u koncentrace na „kredenc“ – nenásilné, přirozené odvedení pozornosti od zdroje aktuální zátěže na novou činnost. Nejlepší je v takovém případě začít něco dělat, něco, co je spojeno s fyzickým pohybem a co není zcela zautomatizováno. Druhou významnou skutečností je již samotný pohyb, tělesná aktivita. Jde vlastně o přirozenou formu odbourávání bojových hormonů – adrenalinu a noradrenalinu, které se začaly do organismu z nadledvinek vylučovat již od počátku stresu a které by jinak mohly vyvolat agresivní či únikové reakce jedince (Hrstka, Vosečková, 2008).

Poslech relaxační hudby – v dnešní době existuje hudba přímo označována jako relaxační, komponována již předem se záměrem zklidňujícího působení na psychiku. Je rovněž snadno dostupná (Hrstka, Vosečková, 2008).

Rozhovor s někým třetím – tím máme na mysli rozhovor s osobou, která s vaším stresem nemá nic společného, a to ani jako jeho původce či spouštěč, ani jako jeho (byť jen pasivní) účastník či svědek. Jednou ze základních lidských potřeb je potřeba sociální kontaktu. K nim patří zvláště pozitivní lidské kontakty na bázi dobrých mezilidských vztahů. Pokud máte dobrého přítele či kamaráda a jste ve stresu, běžte ho navštívit, zatelefonujte mu a popovídejte si (Hrstka, Vosečková, 2008).

Počítání – podstat této techniky spočívá v převedení pozornosti k sice jednoduché, ale zato zcela racionální činnosti, v níž nemají místo emoce. Můžete například spočítat, kolik dní ještě schází do konce 21. století, nebo kolik dní (minut, sekund) jste již na světě apod. (Hrstka, Vosečková, 2008).

Tělesné cvičení – fyzické cvičení ve stresové situaci působí blahodárně hned několika způsoby. Může být prostředníkem k odvedení pozornosti od zátěžového podnětu. Protože jde o tělesnou aktivitu, vede také k odbourávání nežádoucích látek z organismu nahromaděných vlivem stresu. Důležitý je dobrý zdravotní stav a podmínky, které cvičení v momentální situaci umožňují (Hrstka, Vosečková, 2008).

Každý pacient by si měl osvojit techniku zvládání, která mu bude vyhovovat a bude pro něho vhodná. Některé metody jsou vhodné se naučit a procvičit například před plánovanou hospitalizací.

Výkladem o zvládání stresu končíme teoreticko-přehledovou část a můžeme přejít ke konkrétnímu empirickému šetření.

II. Empirická část

Cíle výzkumného šetření:

Cíl 1: Zjistit zda je stres u pacientů před operačním výkonem ovlivněn věkem

Hypotézy:

1. Předpokládám, že na stres u pacientů před operačním výkonem má vliv věk respondentů.
2. Předpokládám, že u mladších hospitalizovaných pacientů do 35 let bude prožívání stresu výraznější než u starších pacientů.

Cíl 2: Zjistit zda na stres u pacientů před operačním výkonem má vliv pohlaví respondentů

Hypotézy:

1. Předpokládám, že na stres u pacientů má vliv pohlaví respondentů.
2. Předpokládám, že ženy jsou více citlivé prožívat strach z bolesti.
3. Předpokládám, že muži jsou méně citliví prožívat strach z bolesti.

Cíl 3: Zjistit zda mají pacienti strach z operačního výkonu

Hypotézy:

1. Předpokládám, že více než 50% pacientů bude mít strach z operačního výkonu.

Cíl 4: Zjistit zda nedostatek informací od zdravotníků může mít vliv na stres u pacientů před operačním výkonem

Hypotézy:

1. Předpokládám, že nedostatek informací od lékaře může mít vliv na stres u pacienta před operačním výkonem.
2. Předpokládám, že nedostatek informací od sester může mít vliv na stres u pacientů před operačním výkonem.
3. Předpokládám, že nedostatek informací podaných v anesteziologické ambulanci může mít vliv na stres u pacientů před operačním výkonem.

Cíl 5: Zjistit zda opakovaná hospitalizace u pacientů může mít vliv na mírnějším prožívání stresu spojeným s operačním výkonem

Hypotéza:

1. Předpokládám, že pacienti, kteří již byli v minulosti hospitalizováni v nemocnici neprožívají tak výrazný stres jako pacienti, kteří jsou poprvé hospitalizováni v nemocnici.

8. Výzkum v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem

Výzkum jsem prováděla v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem se svolením hlavní sestry Mgr. Markéty Svobodové a vrchních sester chirurgických oddělení. K výzkumu jsem vytvořila dotazníky, které byly určeny pacientům na chirurgických odděleních, kteří se měli podrobit operačnímu výkonu.

8.1 Krajská zdravotní, a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Po celou svou historii byla nemocnice největším zdravotnickým zařízením na severu Čech a a nepochybně patří i mezi nejvýznamnější nemocnice v České republice. Poskytuje základní, specializovanou i superspecializovanou zdravotní péči. V nemocnici se hospitalizuje okolo 45 000 pacientů ročně a provádí se cca 160 tisíc ambulantních vyšetření. Masarykova nemocnice využívá jeden z nejmodernějších nemocničních areálů, budovaný postupně od poloviny 80. let minulého století. Člení se na 40 specializovaných oddělení, disponuje celkem 1 246 lůžky a je se svými 2 294 zaměstnanci největším zaměstnavatelem ve městě Ústí nad Labem i v širokém okolí a drží i mnoho primátů v nejen ve zdravotnických oborech (první operace s videopřenosem, první filmless nemocnice atp.).

Masarykova nemocnice zaznamenala v minulých letech další posun v rozvoji zavedeného systému řízení kvality. Prošla úspěšně dozorovým auditem britského certifikačního orgánu United Registrar of Systems Ltd. a jako jedna z mála nemocnic v ČR může i nadále používat certifikát jakosti podle normy ISO 9001:2000. Šetření auditorů se zaměřilo na kvalitu poskytované péče vybraných oddělení a na plnění doporučení z předchozího šetření. V úrovni kontrolovaných služeb nebyly shledány žádné zásadní nedostatky. Závěry auditu jednoznačně vnímáme jako společný úspěch všech zaměstnanců. Auditoři ocenili obrovský kus práce, který se v nemocnici udělal v posledním roce, zejména s ohledem na náročné stěhování do nových prostor. Jako naprosto nezávislí pozorovatelé nám potvrdili, že jdeme správnou cestou a naše služby se zkvalitňují.

Dne 1. září 2007 vznikla transformací pěti nemocnic Ústeckého kraje do jednoho celku Krajská zdravotní, a.s. a Masarykova nemocnice stala jedním z jejich odštěpných závodů. O vytvoření Krajské zdravotní, a.s. rozhodlo na konci loňského roku Zastupitelstvo Ústeckého kraje. Realizaci a způsob naplnění tohoto rozhodnutí přeneslo zastupitelstvo na Radu Ústeckého kraje, která tak zahájila vlastní transformační proces, vrcholící založením společnosti Krajská zdravotní, a.s. a největších nemocnic, spadajících do té doby, coby samostatné subjekty, pod kompetenci Krajského úřadu Ústeckého kraje, se tak z příspěvkových organizací stalo odštěpnými závody nově založené Krajské zdravotní, a.s. Konkrétně se jedná o Nemocnici Děčín, Masarykovu nemocnici v Ústí nad Labem, Nemocnici Teplice, Nemocnici Most a Nemocnici Chomutov.

S ohledem na geografické rozmístění v regionu tvoří nemocnice jednu páteřní síť zdravotnických zařízení pro celý Ústecký kraj. Transformací nemocnic bylo rozhodnuto o významné změně způsobu organizace a zabezpečení poskytování zdravotní péče v kraji. Nově tak vzniklo unikátní zdravotní zařízení, jehož prostřednictvím je pro občany Ústeckého kraje zajišťována dostupná a přitom maximálně efektivní a hospodárná síť, poskytující zdravotní péči, která by měla svou kvalitou odpovídat nejmodernějším trendům v medicíně.

V souladu se stanovami společnosti stojí v jejím čele valná hromada, představenstvo, dozorčí rada a ředitel společnosti, kterého přijímá do zaměstnaneckého poměru představenstvo společnosti. Funkci valné hromady zastává Rada Ústeckého kraje. V čele vedení společnosti stojí ředitel Krajské zdravotní, a.s. Jediným vlastníkem akcií společnosti Krajská zdravotní, a.s. je Ústecký kraj.
Společnost Krajská zdravotní, a.s. je se svými bezmála šesti tisíci třemi sty zaměstnanci jedním z největších poskytovatelů zdravotní péče v České republice a jedním z největších zaměstnavatelů v Ústeckém kraji (Infolisty MN UL, 2010).

9. Výzkumné metody

9.1 Výběr respondentů

Výzkum se uskutečnil u pacientů, kteří byli přijati na chirurgická oddělení Masarykovi nemocnice v Ústí nad Labem k plánovaným operačním výkonům. Jednalo se o různé operační výkony. Zúčastnili se muži i ženy různých věkových kategorií.
Nejčastější operační diagnózy byly:

- varixy
- kýly tříselné, pupeční, skrotální, v ráně
- strumy
- ablace prsu
- cholecystitis
- amputace DK
- appendicitis
- F-P by pass

9.2 Metodika výzkumu

V tomto výzkumu jsem použila dotazníkovou metodu. Vytvořila jsem dotazník, který jsem poté rozdala na chirurgická oddělení CH1, CH2 v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Dotazníky jsem rozdala v období od 11. ledna 2010 a shromáždila 23. února 2010. Dotazníky byly anonymní, pacientům byly osobně předány a po vyplnění je pacienti vhazovali do sběrných nádob. Pacienti odevzdávali dotazníky po proběhlém operačním výkonu. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, z toho se jich vrátilo 77. Z oddělení CH1 se jich vrátilo 48 dotazníků a z oddělení CH2 byla jejich návratnost 52 dotazníků.

Dotazník se skládal z 20 otázek, z toho jsou v úvodu požadovány základní údaje, tzn. věk a pohlaví. Na odpovědi se odpovídalo zakroužkováním zvolené odpovědi. Pacienti odpovídali pomocí pětistupňové škály (ano – spíše ano – těžko říci – spíše ne – ne). Vyjadřovali tak míru svého souhlasu s nabídnutým tvrzením. Na závěr dotazníku mohli volně napsat svůj názor na danou problematiku.

Získaná data byla převedena do excelovské tabulky a zpracována jednak pomocí popisné statistiky, jednak pomocí náročnějších statistických metod. Významnost rozdílu byla testována pomocí chí-kvadrát testu nebo (pokud nebyly splněny podmínky korektního použití chí-kvadrát testu a vyskytovaly se malé četnosti) pomocí Fisherova přesného testu. Výpočty provedla RNDr. Eva Čermáková z oddělení výpočetní techniky Lékařské fakulty UK v Hradci Králové. Tímto děkuji za odbornou pomoc a konzultace.

10. Zkoumaný soubor pacientů

10.1 Rozdělení respondentů podle věku a pohlaví

Výzkumu se zúčastnilo celkem 55% mužů a 45% žen. Průměrný věk respondentů byl 45,06 let. Nejstarší respondent byl ve věku 86 let. Nejmladší respondent byl ve věku 16 let. Směrodatná odchylka byla 14,7 let. Průměrný věk respondentů ženského pohlaví byl 42,2 let, nejstarší respondent ženského pohlaví byl ve věku 69 let a nejmladší byl ve věku 18 let. Směrodatná odchylka byla 12,2 let. Průměrný věk respondentů mužského pohlaví byl 47,45 let, nejstarší respondent mužského pohlaví byl ve věku 86 let a nejmladší byl ve věku 16 let. Směrodatná odchylka byla 16,3 let.

10.2 Zkušenosti respondentů s hospitalizací v nemocnici

Ot. č. 1 : Byl/a jste již někdy v minulosti hospitalizován/a v nemocnici?

Podle výsledku výzkumu u ot. č 1 bylo patrné, že zkušenosti s hospitalizací má téměř 92%. Pouhých 8% uvádí, že nemá zkušenosti s hospitalizací v nemocnici.

10.3 Zkušenosti respondentů s hospitalizací v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem

Ot. č. 2 : Byl/a jste někdy hospitalizován/a v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem

Podle tohoto výzkumu vyplývá, že 58 lidí z dotazovaných, kterému odpovídá 75% má zkušenosti s hospitalizací v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. A 19 respondentů nemělo s hospitalizací v Masarykově nemocnici zkušenosti, kterému odpovídalo 25% dotazovaných.

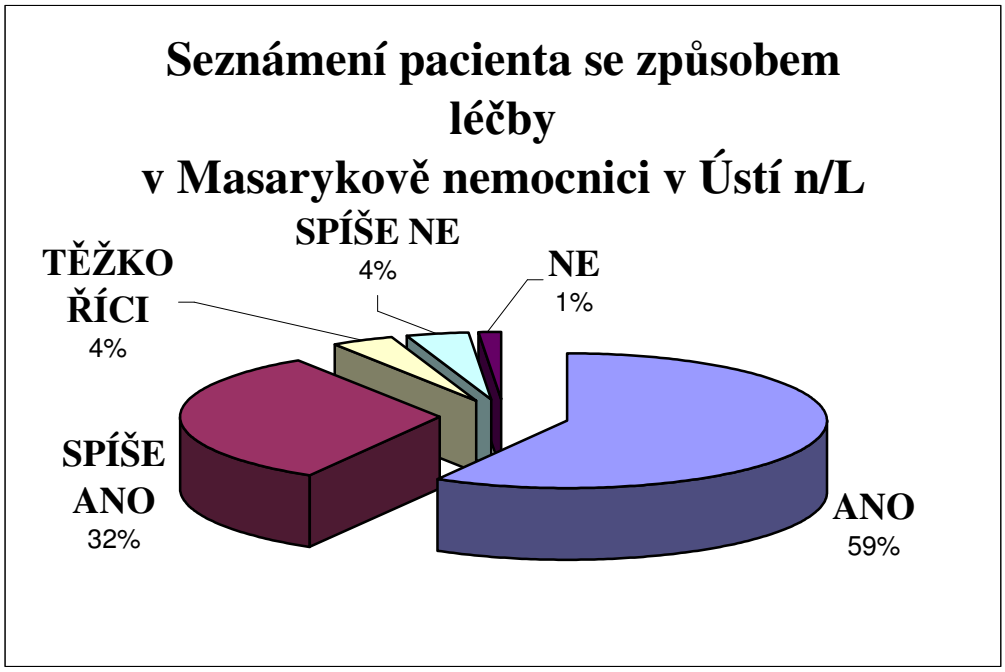
11. Výsledky výzkumu

Seznámení pacienta se způsobem léčby v Masarykově nemocnici v UL

Ot. č. 3 : Byl/a jste dostatečně seznámen/a se způsobem léčby v naší nemocnici?

Tabulka č. 1 – Seznámení pacienta se způsobem léčby v MN UL

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	45	59%
SPÍŠE ANO	25	32%
TĚŽKO ŘÍCI	3	4%
SPÍŠE NE	3	4%
NE	1	1%
CELKEM	77	100%



Graf č. 1 – Vyjádřeno v procentech

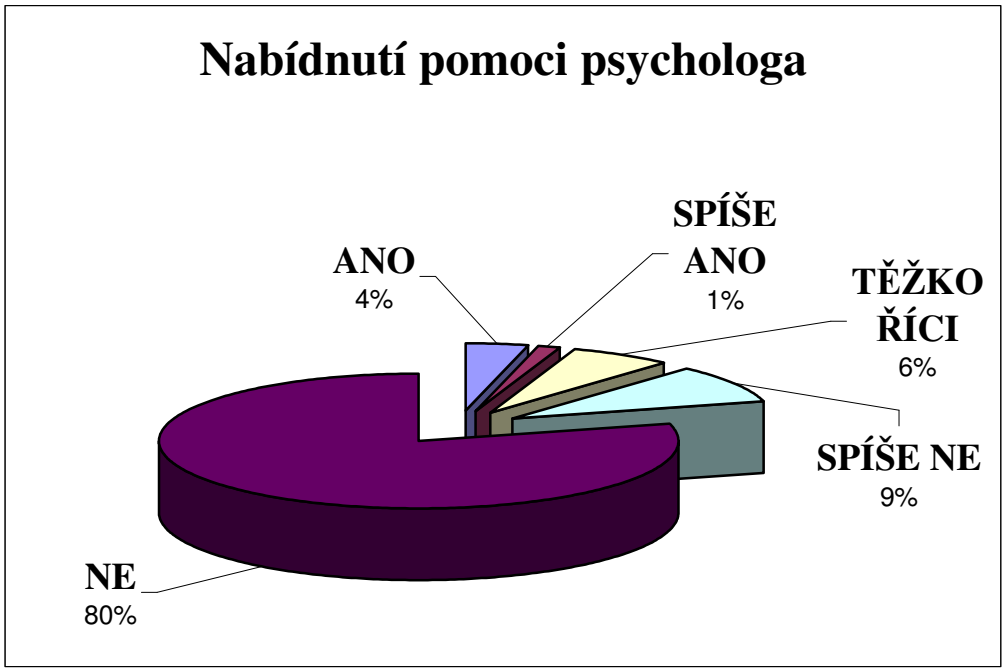
Podle grafu č. 1 je patrné, že 59% dotazovaných bylo seznámeno se způsobem jejich léčby, 32% odpovědělo spíše ano, těžko říci odpovědělo 4% a se stejným výsledkem odpovědělo 4% spíše ne, a 1% odpovědělo, že nebylo seznámeno se způsobem léčby v Masarykově nemocnici.

Nabídnutí pomoci psychologa

Ot. č. 4: Byla Vám nabídnuta pomoc psychologa?

Tabulka č. 2 Nabídnutí pomoci psychologa

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	3	4%
SPÍŠE ANO	1	1%
TĚŽKO ŘÍCI	5	6%
SPÍŠE NE	7	9%
NE	61	80%
CELKEM	77	100%



Graf č. 2 – Vyjádřeno v procentech

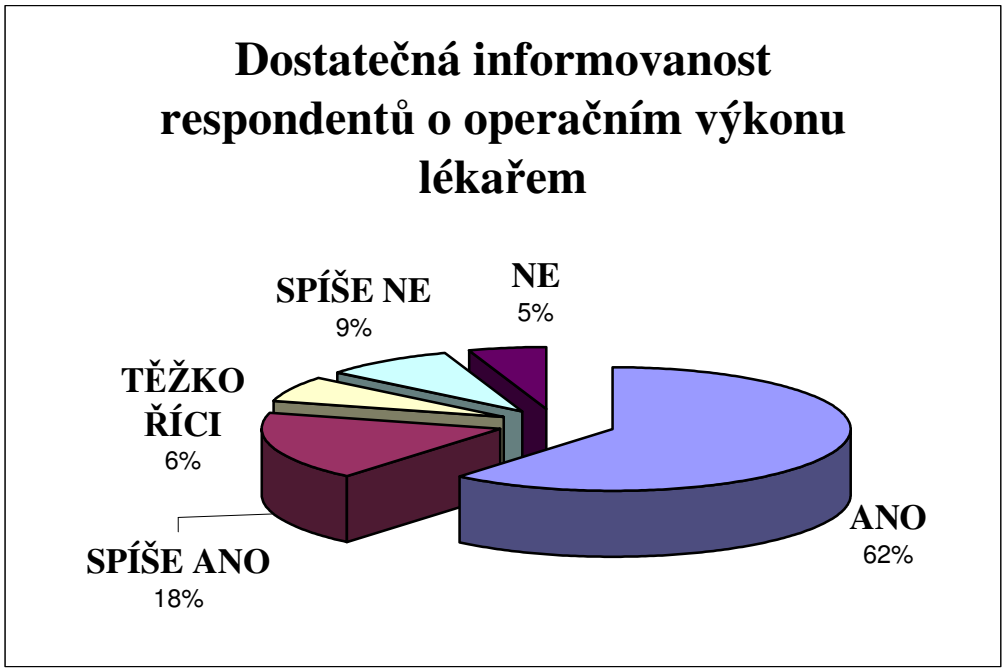
Z grafu č. 2 vyplývá, že 80% uvedlo, že jim nebyla nabídnuta pomoc psychologa, spíše ne odpovědělo 9%, těžko říci odpovědělo 6%, spíše ano 1% a ano odpovědělo 4%.

Dostatečná informovanost respondentů o operačním výkonu lékařem

Ot. č. 5 : Vysvětlil Vám někdo z lékařů podrobněji operaci, na kterou jste měl/a jít?

Tabulka č. 3 Dostatečná informovanost respondentů o operačním výkonu lékařem

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	47	62%
SPÍŠE ANO	14	18%
TĚŽKO ŘÍCI	5	6%
SPÍŠE NE	7	9%
NE	4	5%
CELKEM	77	100%



Graf č. 3 - Vyjádřeno v procentech

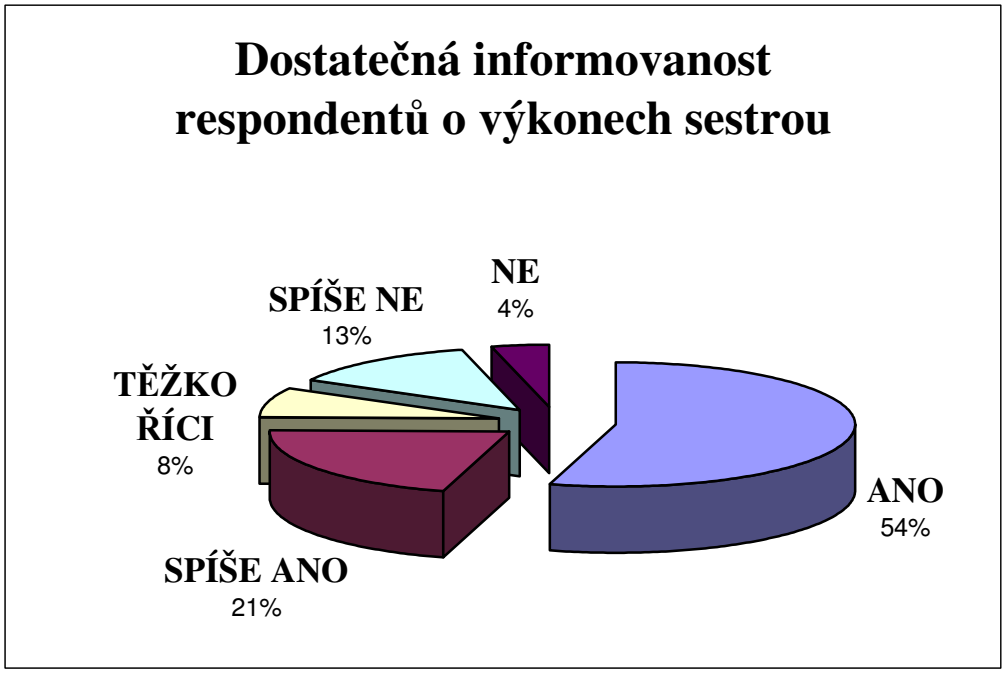
Podle grafu č. 3 vyplývá, že 62% respondentů bylo dostatečně seznámeno s operačním výkonem, 18% odpovědělo spíše ano, 6% odpovědělo těžko říci, spíše ne 9%, ne odpovědělo 5%.

Dostatečná informovanost respondentů o výkonech sestrou

Ot. č. 6: Informovala Vás sestra na oddělení dostatečně o výkonech, které Vás čekají?

Tabulka č. 4 – Dostatečná informovanost respondentů o výkonech sestrou

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	42	54%
SPÍŠE ANO	16	21%
TĚŽKO ŘÍCI	6	8%
SPÍŠE NE	10	13%
NE	3	4%
CELKEM	77	100%



Graf č. 4 – Vyjádřeno v procentech

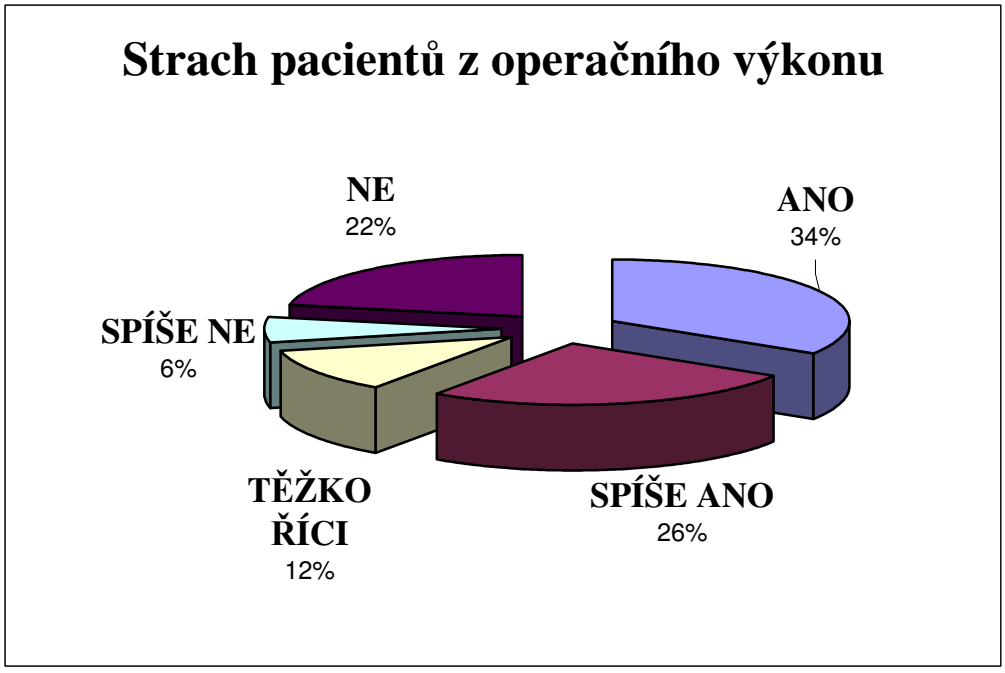
Z grafu č. 4 je patrné, že 54% respondentů bylo dostatečně informováno sestrou o výkonech, které je čekali, 21% uvedlo spíše ano, těžko říci označilo 8%, spíše ne 13%, 4% respondentů uvedlo odpověď ne.

Strach pacientů z operačního výkonu

Ot. č. 7: Míváte strach z operačního výkonu?

Tabulka č. 5 - Strach pacientů z operačního výkonu

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	26	34%
SPÍŠE ANO	20	26%
TĚŽKO ŘÍCI	9	12%
SPÍŠE NE	5	6%
NE	17	22%
CELKEM	77	100%



Graf č. 5 – Vyjádřeno v procentech

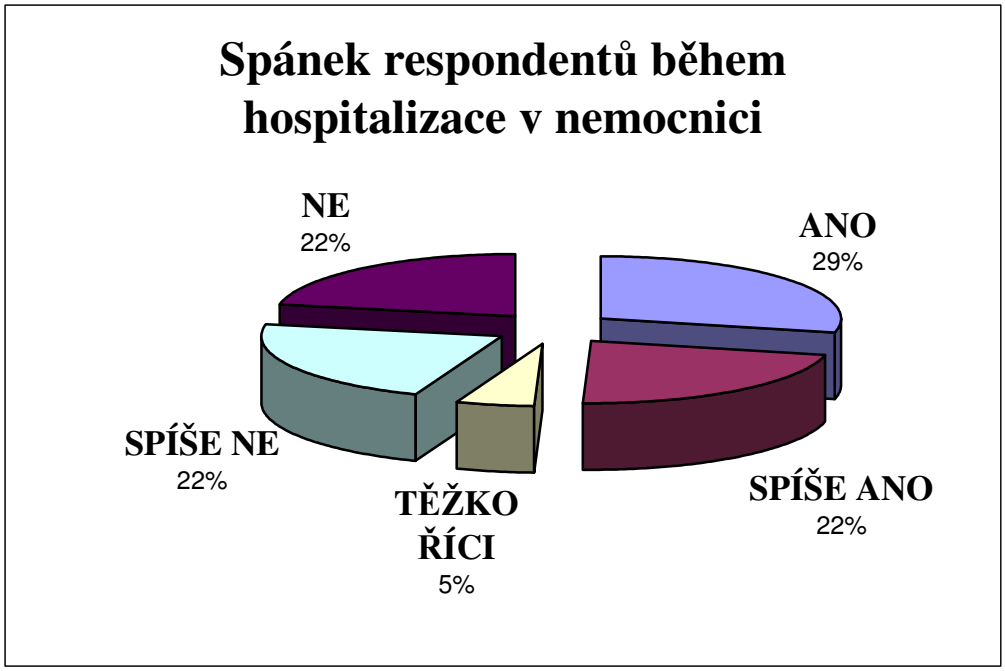
Graf č. 5 znázorňuje obavy pacientů z operačního výkonu, 34% respondentů má strach z operačního výkonu, 26% spíše ano, 12% uvedlo těžko říci, spíše ne uvedlo 6% a 22% uvedlo ne.

Spánek respondentů během hospitalizace v nemocnici

Ot. č. 8: Spíte dobře během hospitalizace v nemocnici dobře?

Tabulka č. 6 – Spánek respondentů během hospitalizace v nemocnici

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	22	29%
SPÍŠE ANO	17	22%
TĚŽKO ŘÍCI	4	5%
SPÍŠE NE	17	22%
NE	17	22%
CELKEM	77	100%



Graf č. 6 – Vyjádřeno v procentech

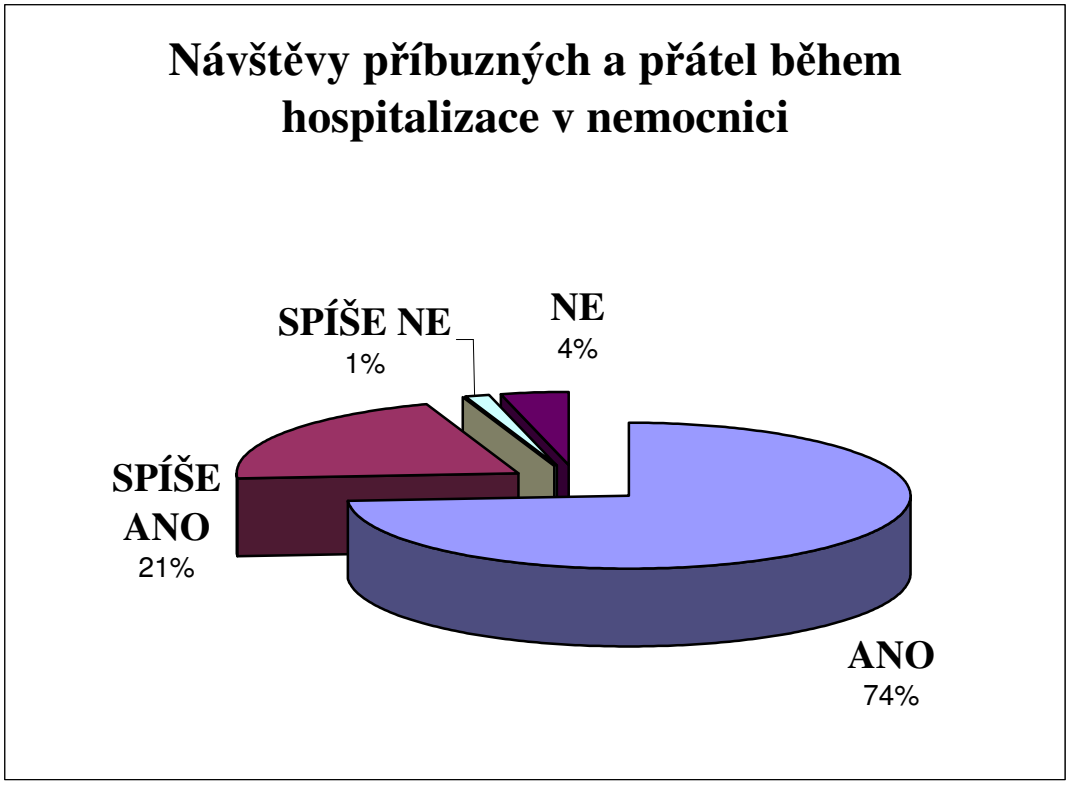
Z výsledku výzkumu v grafu č. 6 vyplývá, 29% respondentů odpovědělo, že spí v nemocnici dobře, 22% odpovědělo spíše ano, 5% odpovědělo těžko říci, 22% respondentů odpovědělo spíše ne, 22% odpovědělo ne, tzn., že nespí v nemocnici dobře.

Návštěvy příbuzných a přátel během hospitalizace v nemocnici

Ot. č. 9: Navštěvují Vás příbuzní a přátelé během Vašeho pobytu v nemocnici pravidelně?

Tabulka č. 7 – Návštěvy příbuzných a přátel během hospitalizace v nemocnici

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	57	74%
SPÍŠE ANO	16	21%
TĚŽKO ŘÍCI	0	0%
SPÍŠE NE	1	1%
NE	3	4%
CELKEM	77	100%



Graf č. 7 – Vyjádřeno v procentech

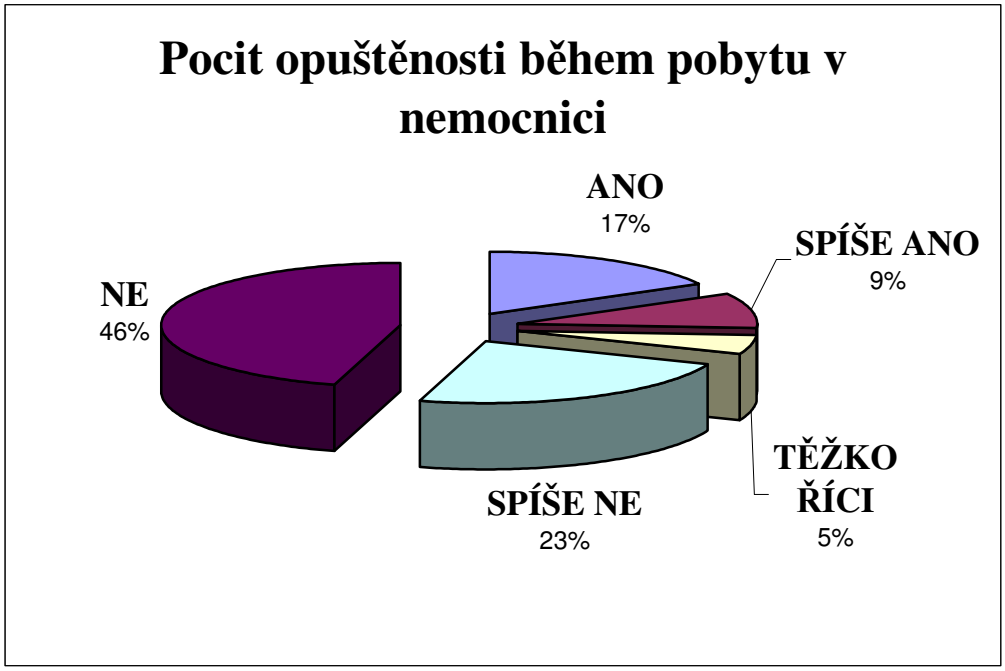
Podle grafu č. 7 je patrné, že 74% respondentů uvedlo ano, 21% respondentů uvedlo spíše ano, spíše ne 1% a ne uvedlo 4%, těžko říci neuvedl nikdo z dotazovaných.

Pocit opuštěnosti během pobytu v nemocnici

Ot. č. 10: Cítíte se v nemocnici opuštěný/á?

Tabulka č. 8 – Pocit opuštěnosti během pobytu v nemocnici

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	13	17%
SPÍŠE ANO	7	9%
TĚŽKO ŘÍCI	4	5%
SPÍŠE NE	18	23%
NE	35	46%
CELKEM	77	100%



Graf č. 8

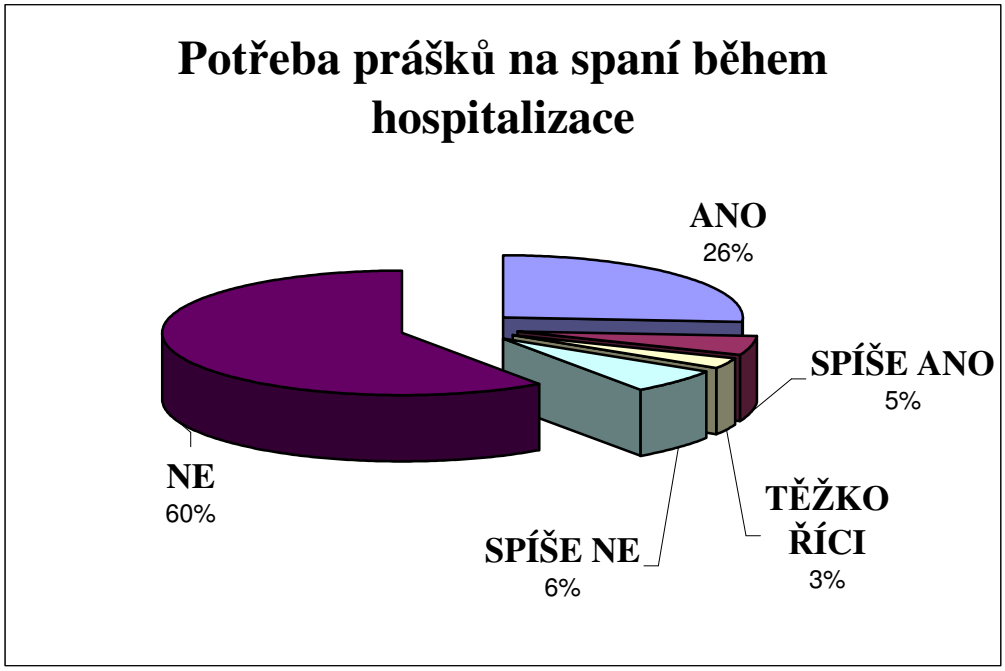
Podle grafu č. 8 vyplývá, že 46% respondentů netrpí pocitem opuštěnosti, spíše ne odpovědělo 23%, těžko říci odpovědělo 5%, spíše ano 9% a ano odpovědělo 17%.

Potřeba prášků na spaní během hospitalizace

Ot. č. 11: Požádal/a jste lékaře během hospitalizace o přášky na spaní?

Tabulka č. 9 – Potřeba prášků na spaní během hospitalizace

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	20	26%
SPÍŠE ANO	4	5%
TĚŽKO ŘÍCI	2	3%
SPÍŠE NE	5	6%
NE	46	60%
CELKEM	77	100%



Graf č. 9 – Vyjádřeno v procentech

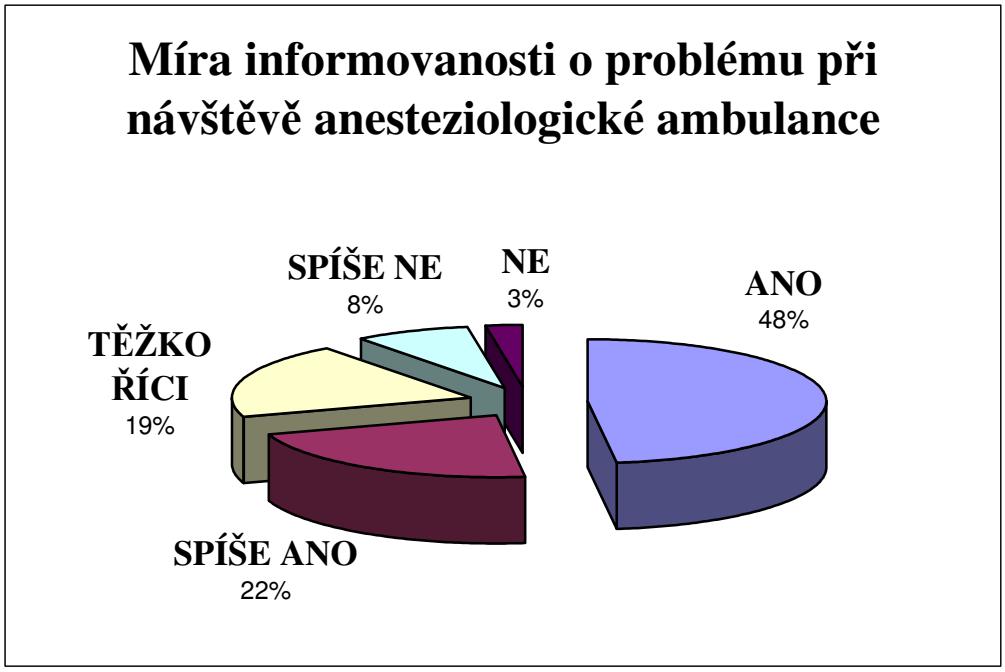
Z grafu č. 9 vyplývá, že potřebu prášků na spaní během hospitalizace nemá 60%, spíše ne odpovědělo 6%, těžko říci odpovědělo 3%, spíše ano odpovědělo 5% a ano odpovědělo 26%.

Míra informovanosti o problému během návštěvy anesteziologické ambulance

Ot. č.12: Máte pocit, že jste získal/a při návštěvě anesteziologické ambulance dost informací o svém problému?

Tabulka č. 10 – Míra informovanosti o problému při návštěvě anesteziologické ambulance

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	37	48%
SPÍŠE ANO	17	22%
TĚŽKO ŘÍCI	15	19%
SPÍŠE NE	6	8%
NE	2	3%
CELKEM	□ =SUM(ABOVE) □77□	100%



Graf č. 10

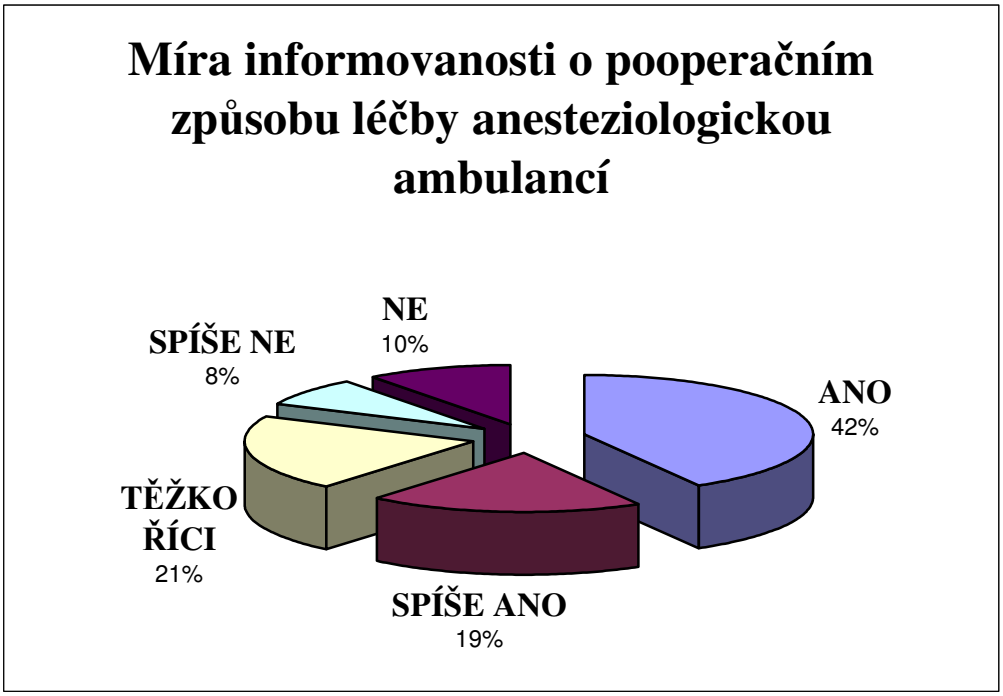
Z grafu č. 10 je patrné, že 48% respondentů dostalo dostatek informací v anesteziologické ambulanci, spíše ano odpovědělo 22%, těžko říci odpovědělo 19%, spíše ne 8%, ne odpovědělo 3%.

Míra informovanosti o pooperačním způsobu léčby anesteziologickou ambulancí

Ot. č. 13: Byl/a jste seznámen/a v anesteziologické ambulanci s tím, jak bude Vaše bolest léčena po skončení operace?

Tabulka č. 11 – Míra informovanosti o pooperačním způsobu léčby anesteziologickou ambulancí

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	32	42%
SPÍŠE ANO	15	19%
TĚŽKO ŘÍCI	16	21%
SPÍŠE NE	6	8%
NE	8	10%
CELKEM	77	100%



Graf č. 11 – Vyjádřeno v procentech

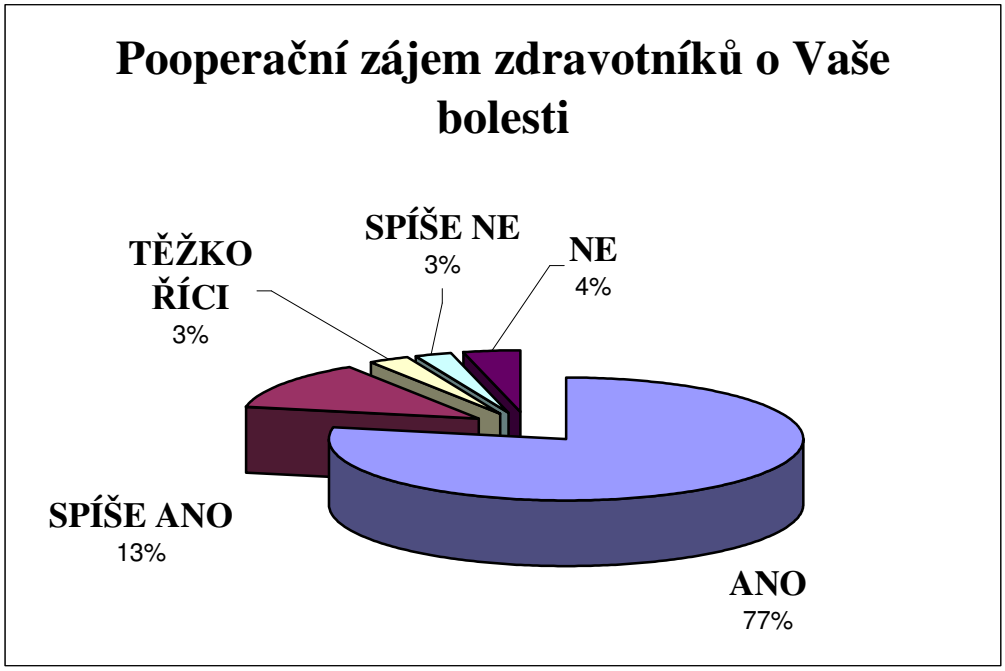
Podle grafu č. 11 je patrné, že 42% respondentů bylo v anesteziologické ambulanci dostatečně informováno o pooperačním způsobu léčby, spíše ano 19%, těžko říci odpovědělo 21%, spíše ne 8%, nedostatek informací potvrdilo 10%.

Pooperační zájem zdravotníků o Vaše bolesti

Ot. č. 14: Zajímali se zdravotníci po operaci o to, jestli máte bolesti?

Tabulka č. 12 – Pooperační zájem zdravotníků o Vaše bolesti

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	60	77%
SPÍŠE ANO	10	13%
TĚŽKO ŘÍCI	2	3%
SPÍŠE NE	2	3%
NE	3	4%
CELKEM	77	100%



Graf č. 12 – Vyjádřeno v procentech

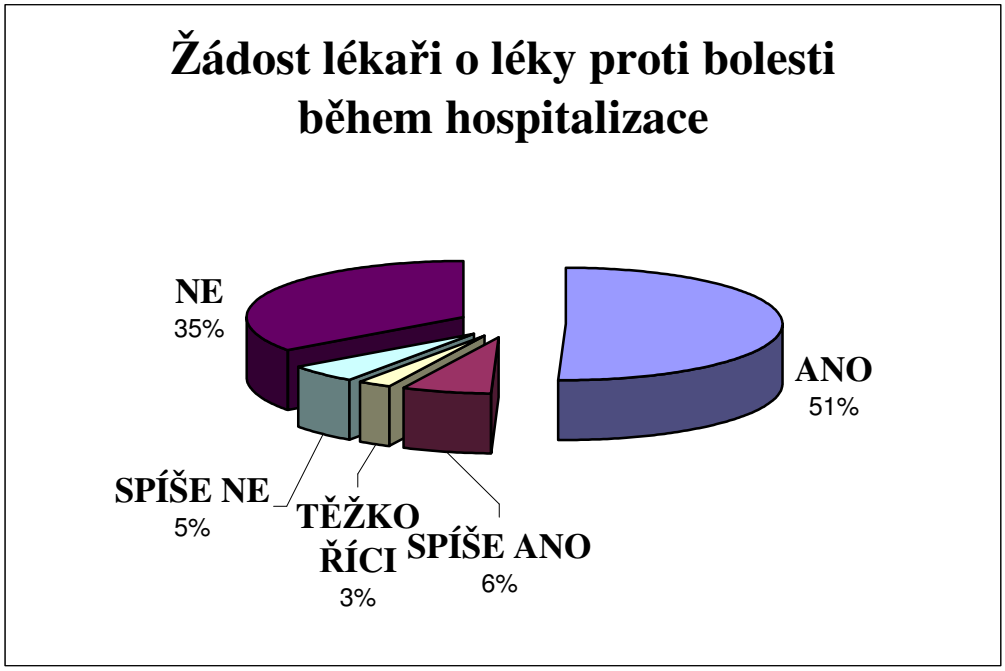
Podle grafu č. 12 je znázorněn pooperační zájem zdravotníků o bolesti, 77% uvedlo ano, spíše ano 13%, těžko říci odpovědělo 3%, spíše ne 3% a ne odpovědělo 4%.

Žádost lékaři o léky proti bolesti během hospitalizace

Ot. č. 15: Požádal/a jste lékaře během hospitalizace nějaké léky proti bolesti?

Tabulka č. 13 – Žádost lékaři o léky proti bolesti během hospitalizace

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	39	51%
SPÍŠE ANO	5	6%
TĚŽKO ŘÍCI	2	3%
SPÍŠE NE	4	5%
NE	27	35%
CELKEM	77	100%



Graf č. 13 – Vyjádřeno v procentech

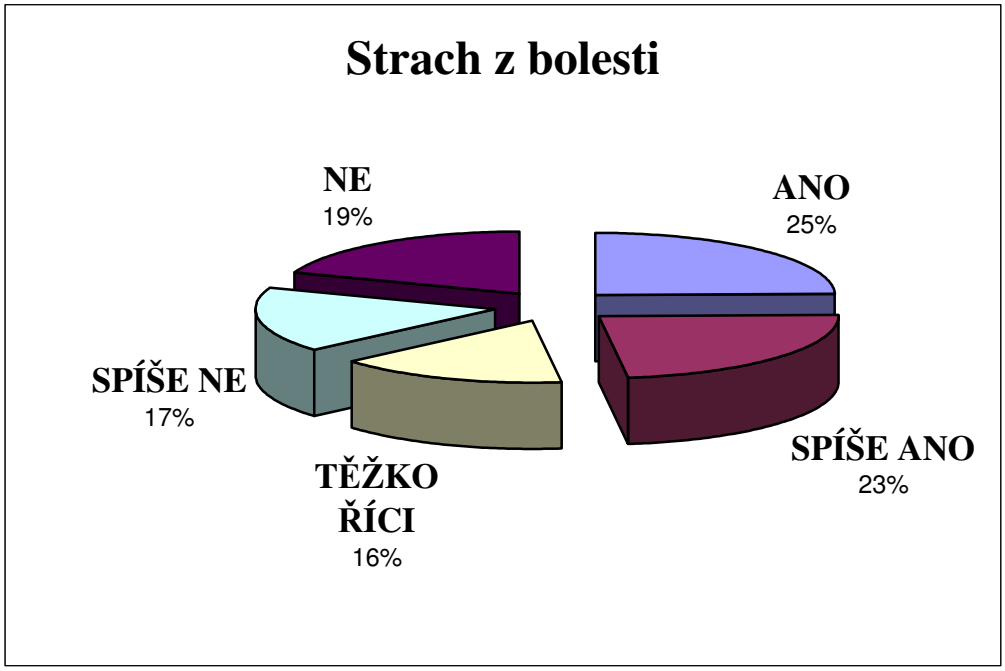
V grafu č. 13 je patrné, že 51% odpovědělo ano při otázce týkající se žádosti o léky proti bolesti během hospitalizace, spíše ano odpovědělo 6%, těžko říci odpovědělo 3%, spíše ne 5%, 35 % odpovědělo ne.

Strach z bolesti

Ot. č. 16: Míváte strach z bolesti?

Tabulka č. 14 – Strach z bolesti

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	19	25%
SPÍŠE ANO	18	23%
TĚŽKO ŘÍCI	12	16%
SPÍŠE NE	13	17%
NE	15	19%
CELKEM	77	100%



Graf č. 14 – Vyjádřeno v procentech

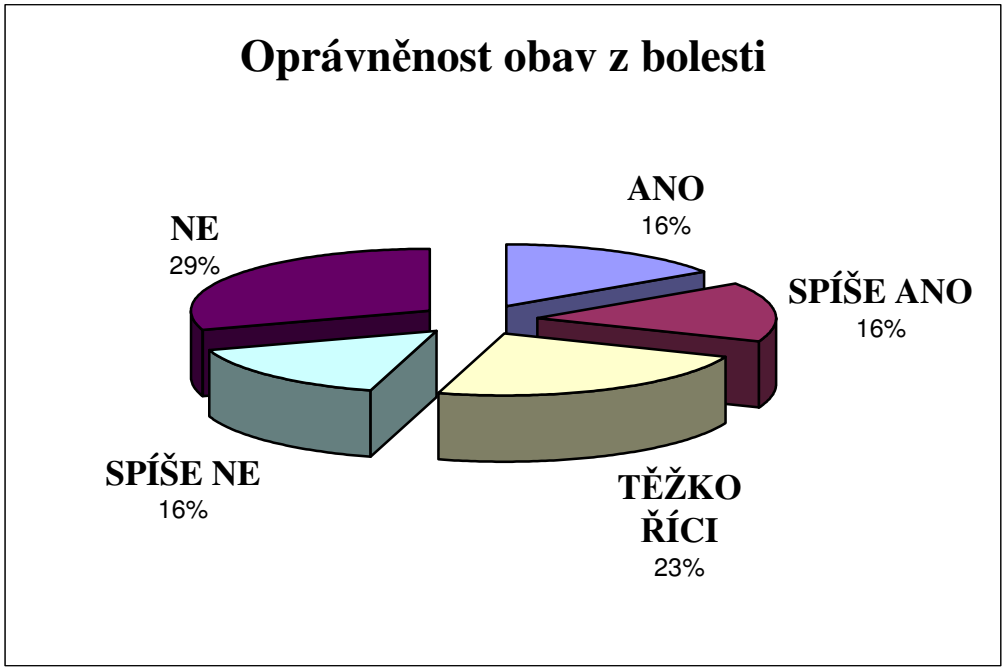
V grafu č. 14 je patrné, že na otázku týkající se strachu z bolesti odpovědělo ano 25%, spíše ano 23%, těžko říci odpovědělo 16%, spíše ne 17% a žádný strach z bolesti uvedlo 19% respondentů.

Oprávněnost obav z bolesti

Ot. č. 17: Byly Vaše obavy z bolesti oprávněné?

Tabulka č. 15 – Oprávněnost obav z bolesti

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	12	16%
SPÍŠE ANO	12	16%
TĚŽKO ŘÍCI	18	23%
SPÍŠE NE	12	16%
NE	23	29%
CELKEM	77	100%



Graf č. 15 – Vyjádřeno v procentech

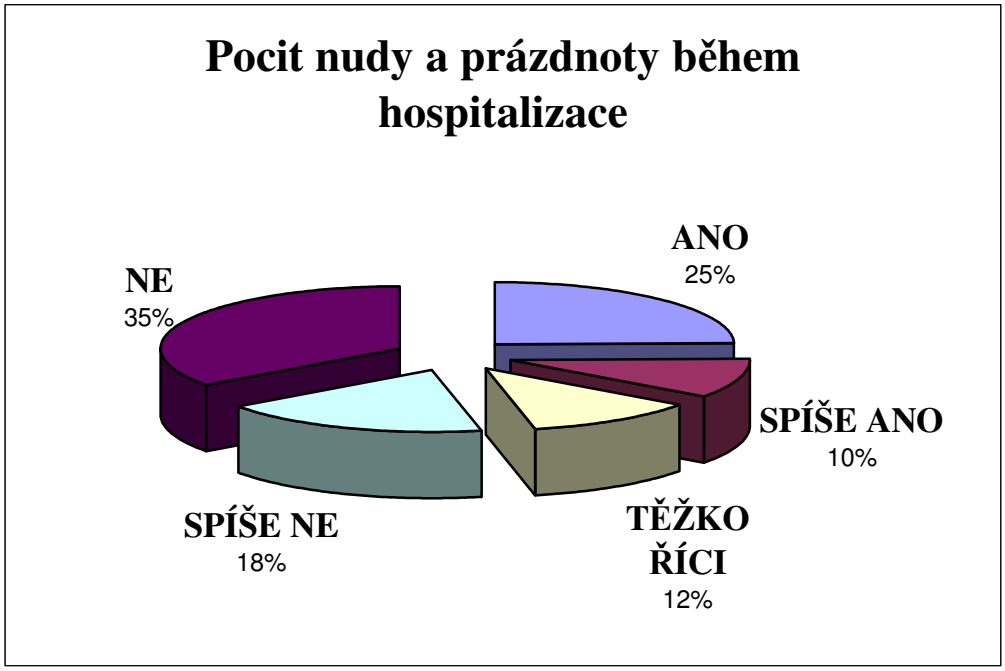
Z grafu č. 15 je patrné, oprávněné obavy z bolesti mělo 16%, spíše ano odpovědělo 16%, těžko říci 23%, spíše ne odpovědělo 16%, ne 29%.

Pocit nudy a prázdnoty během hospitalizace

Ot. č. 18: Měl/a jste při pobytu v nemocnici pocit prázdného času, nudy?

Tabulka č. 16– Pocit nudy a prázdnoty během hospitalizace

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	19	25%
SPÍŠE ANO	8	10%
TĚŽKO ŘÍCI	9	12%
SPÍŠE NE	14	18%
NE	27	35%
CELKEM	77	100%



Graf č. 16 – Vyjádřeno v procentech

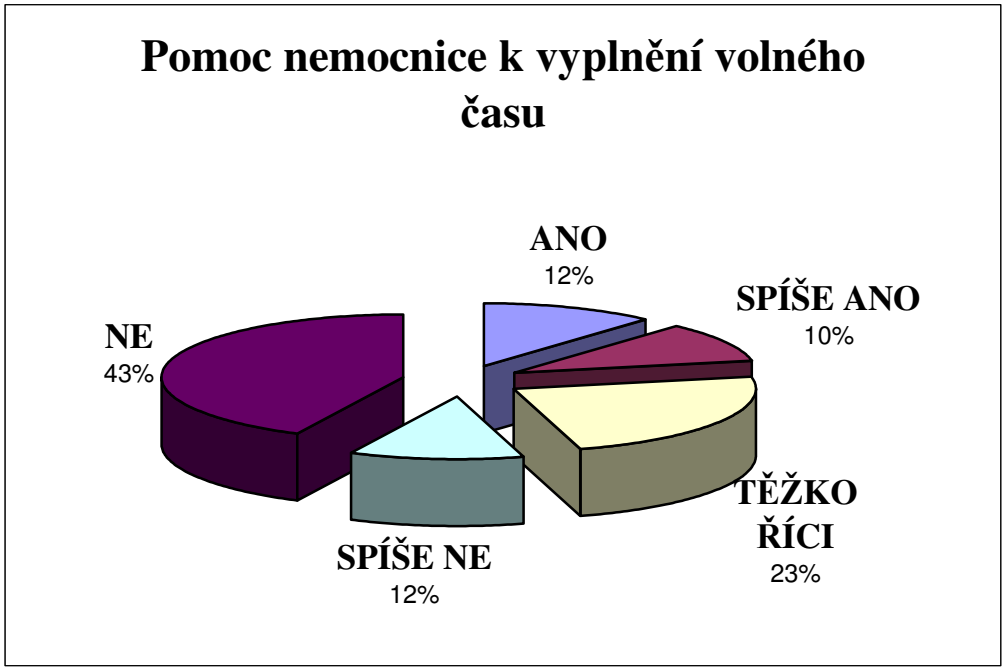
Z grafu č. 16 je patrné, že pocity nudy pociťovalo během hospitalizace 25% respondentů a odpovědělo ano, spíše ano 10%, těžko ne 12%, spíše ne 18%, ne odpovědělo 35%.

Pomoc nemocnice k vyplnění volného času

Ot. č. 19: Snažila se Vám naše nemocnice nabídnout něco k využití volného času?

Tabulka č. 17 – Pomoc nemocnice k vyplnění volného času

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	9	12%
SPÍŠE ANO	8	10%
TĚŽKO ŘÍCI	18	23%
SPÍŠE NE	9	12%
NE	33	43%
CELKEM	77	100%



Graf č. 17 – Vyjádřeno v procentech

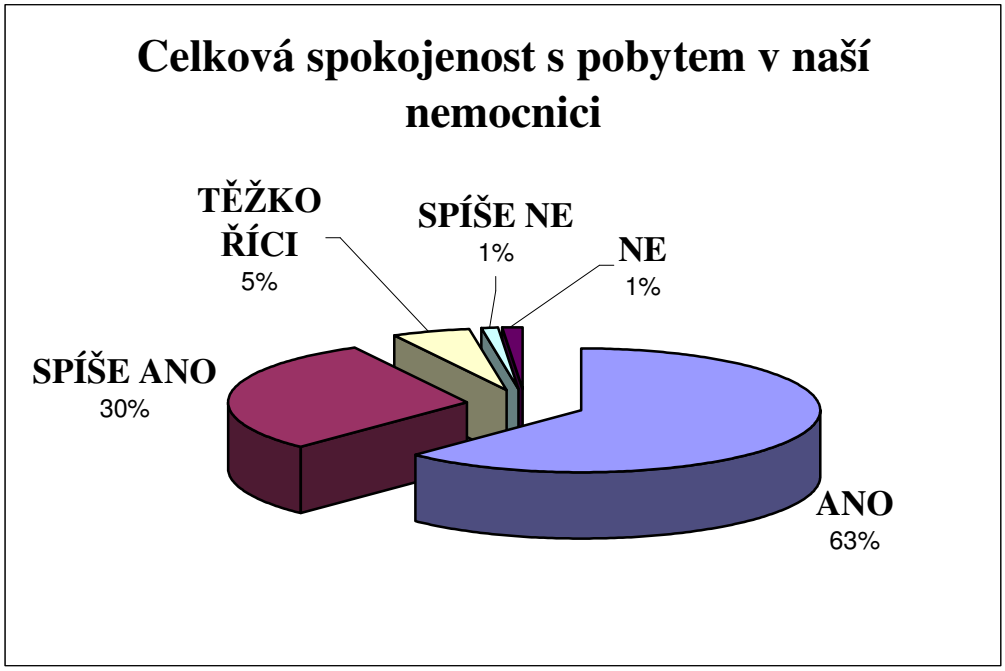
Podle grafu č. 17 nabídla nemocnice pomoc při vyplnění volného času 12% respondentům, kteří odpověděli ano na danou otázku, spíše ano 10%, těžko říci 23%, spíše ne 12% a ne odpovědělo 43%.

Celková spokojenost s pobytem v naší nemocnici

Ot. č. 20: Byl/a jste v naší nemocnici celkově spokojen/a?

Tabulka č. 18 – Celková spokojenost s pobytem v naší nemocnici

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ANO	48	63%
SPÍŠE ANO	23	30%
TĚŽKO ŘÍCI	4	5%
SPÍŠE NE	1	1%
NE	1	1%
CELKEM	77	100%



Graf č. 18 – Vyjádřeno v procentech

Podle grafu č. 18 bylo v naší nemocnici spokojeno 63% respondentů, spíše ano 30%, těžko říci odpovědělo 5%, spíše ne 1% a nespokojeno bylo 1%.

Tab. č. 19 - Srovnání odpovědí respondentů podle pohlaví
Souvisí prožívání stresu pacientů s pohlavím?

Číslo otázky	Obsah otázky	Chí-kvadrát test	Hladina významnosti	Statisticky významné
3.	Seznámení pacienta se způsobem léčby v MN UL	9,3475	0,0529	NE
4.	Nabídnutí pomoci psychologa	7,9793	0,0923	NE
5.	Dostatečná informovanost respondentů o operačním výkonu lékařem	3,6025	0,4624	NE
6.	Dostatečná informovanost respondentů o výkonech sestrou	6,6855	0,1534	NE
7.	Strach pacientů z operačního výkonu	13,4160	0,0094	ANO
8.	Spánek respondentů během hospitalizace v nemocnici	4,4269	0,3512	NE
9.	Návštěvy příbuzných a přátel během hospitalizace v nemocnici	3,1440	0,3699	NE
10.	Pocit opuštěnosti během pobytu v nemocnici	5,5947	0,2315	NE
11.	Potřeba přášků na spaní během hospitalizace	10,6341	0,0309	ANO
12.	Míra informovanosti o problému během návštěvy anesteziologické ambulance	3,8346	0,4288	NE
13.	Míra informovanosti o pooperačním způsobu léčby anesteziologickou ambulancí	2,8770	0,5786	NE
14.	Pooperační zájem zdravotníků o prožívanou bolest	2,7866	0,5941	NE
15.	Žádost lékaři o léky proti bolesti během hospitalizace	7,2951	0,1210	NE
16.	Strach z bolesti	10,4841	0,0330	ANO
17.	Oprávněnost obav z bolesti	5,0040	0,2868	NE
18.	Pocit nudy a prázdnoty během hospitalizace	4,3307	0,3630	NE
19.	Pomoc nemocnice k vyplnění volného času	6,4574	0,1674	NE
20.	Celková spokojenost s péčí v naší nemocnici	3,8702	0,4238	NE

Tab. č. 20 - Srovnání odpovědí pacientů dle věku
Souvisí prožívání stresu pacientů s věkem pacientů?

Otázka číslo	Obsah otázky	Chí-kvadrát test/Fisherův přesný test	Pravděpodobnost	Statisticky významné
1.	Předchozí hospitalizace	0,7708	0,6801	NE
2	Předchozí hospitalizace v MN UL	0,8116	0,6664	NE
3.	Seznámení pacienta se způsobem léčby v MN UL	6,5897	0,5814	NE
4.	Nabídka pomoci psychologa	8,1816	0,4159	NE
5.	Dostatečná informovanost respondentů o operačním výkonu lékařem	8,2780	0,4067	NE
6.	Dostatečná informovanost respondentů o výkonech sestrou	5,9690	0,6507	NE
7.	Strach pacientů z operačního výkonu	3,6749	0,8851	NE
8.	Spánek respondentů během hospitalizace v nemocnici	3,2826	0,9153	NE
9.	Návštěvy příbuzných a přátel během hospitalizace v nemocnici	4,4527	0,6156	NE
10.	Pocit opuštěnosti během pobytu v nemocnici	5,9765	0,6498	NE
11.	Potřeba přášků na spaní během hospitalizace	10,0196	0,2636	NE
12.	Míra informovanosti o problému během návštěvy anesteziologické ambulance	12,7204	0,1218	NE
13.	Míra informovanosti o pooperačním způsobu léčby anesteziologickou ambulancí	5,1135	0,7453	NE
14.	Pooperační zájem zdravotníků o prožívanou bolest	6,3847	0,6042	NE
15.	Žádost lékaři o léky proti bolesti během hospitalizace	9,3295	0,3152	NE
16.	Strach z bolesti	2,7879	0,9469	NE
17.	Oprávněnost obav z bolesti	6,5010	0,5912	NE
18.	Pocit nudy a prázdnoty během hospitalizace	8,0213	0,4313	NE
19.	Pomoc nemocnice k využití volného času	15,2846	0,0538	NE
20.	Celková spokojenost s péčí v naší nemocnici	4,7538	0,7835	NE

Tab. č. 21 – Srovnání odpovědí pacientů dle hospitalizace v nemocnici
Souvisí prožívání stresu se zkušenostmi s hospitalizací v nemocnici?

Otázka číslo	Obsah otázky	Chí-kvadrát test/Fisherův přesný test	Pravděpodobnost	Statisticky významné
1.	Předchozí hospitalizace	12,0458 0,2459	0,0005 0,0029	ANO
2	Předchozí hospitalizace v MN UL	-	-	-
3.	Seznámení pacienta se způsobem léčby v MN UL	5,5985	0,2312	NE
4.	Nabídka pomoci psychologa	2,6143	0,6242	NE
5.	Dostatečná informovanost respondentů o operačním výkonu lékařem	1,7309	0,7850	NE
6.	Dostatečná informovanost respondentů o výkonech sestrou	1,3951	0,8450	NE
7.	Strach pacientů z operačního výkonu	2,8062	0,5907	NE
8.	Spánek respondentů během hospitalizace v nemocnici	1,7776	0,7765	NE
9.	Návštěvy příbuzných a přátel během hospitalizace v nemocnici	5,4761	0,1400	NE
10.	Pocit opuštěnosti během pobytu v nemocnici	4,5733	0,3339	NE
11.	Potřeba přášků na spaní během hospitalizace	1,0336	0,9046	NE
12.	Míra informovanosti o problému během návštěvy anesteziologické ambulance	1,0163	0,9073	NE
13.	Míra informovanosti o pooperačním způsobu léčby anesteziologickou ambulancí	1,8119	0,7702	NE
14.	Pooperační zájem zdravotníků o prožívanou bolest	1,5872	0,8110	NE
15.	Žádost lékaři o léky proti bolesti během hospitalizace	2,4694	0,6501	NE
16.	Strach z bolesti	1,5451	0,8186	NE
17.	Oprávněnost obav z bolesti	1,3325	0,8558	NE
18.	Pocit nudy a prázdnoty během hospitalizace	2,0408	0,7282	NE
19.	Pomoc nemocnice k využití volného času	1,9418	0,7464	NE
20.	Celková spokojenost s péčí v naší nemocnici	1,8328	0,7664	NE

Tab. č. 22 – Srovnání odpovědí pacientů dle seznámení s léčením bolesti po skončení operace
Souvisí prožívání stresu s informacemi podanými v anesteziologické ambulanci

Otázka číslo	Obsah otázky	Chí-kvadrát test/Fisherův přesný test	Pravděpodobnost	Statisticky významné
1.	Předchozí hospitalizace	1,1854	0,2762	NE
2	Předchozí hospitalizace v MN UL	0,3858	0,5344	NE
3.	Seznámení pacienta se způsobem léčby v MN UL	3,7315	0,2919	NE
4.	Nabídka pomoci psychologa	2,0968	0,7179	NE
5.	Dostatečná informovanost respondentů o operačním výkonu lékařem	23,5528	0,00009 0,000081	ANO
6.	Dostatečná informovanost respondentů o výkonech sestrou	4,2225	0,3767	NE
7.	Strach pacientů z operačního výkonu	4,3438	0,3614	NE
8.	Spánek respondentů během hospitalizace v nemocnici	0,7332	0,9471	NE
9.	Návštěvy příbuzných a přátel během hospitalizace v nemocnici	1,9919	0,5740	NE
10.	Pocit opuštěnosti během pobytu v nemocnici	3,9176	0,4172	NE
11.	Potřeba přášků na spaní během hospitalizace	6,8129	0,1461	NE
12.	Míra informovanosti o problému během návštěvy anesteziologické ambulance	24,6710	0,000059	ANO
13.	Míra informovanosti o pooperačním způsobu léčby anesteziologickou ambulancí	-	-	-
14.	Pooperační zájem zdravotníků o prožívanou bolest	9,2777	0,0545	NE
15.	Žádost lékaři o léky proti bolesti během hospitalizace	9,7626	0,0446	ANO
16.	Strach z bolesti	2,3693	0,6681	NE
17.	Oprávněnost obav z bolesti	1,9219	0,7501	NE
18.	Pocit nudy a prázdnoty během hospitalizace	3,0013	0,5575	NE
19.	Pomoc nemocnice k využití volného času	4,4002	0,3545	NE
20.	Celková spokojenost s péčí v naší nemocnici	2,9911	0,5593	NE

Tab. č. 23 – Srovnání odpovědí pacientů dle míry strachu z bolesti
Souvisí prožívání stresu s mírou strachu z bolesti?

Otázka číslo	Obsah otázky	Chí-kvadrát test/Fisherův přesný test	Pravděpodobnost	Statisticky významné
Pohlaví pacienta	Muž - žena	7,2089 0,3359	0,0072 0,011746	ANO
1.	Předchozí hospitalizace	3,0115	0,0826	NE
2	Předchozí hospitalizace v MN UL	0,0039	0,9500	NE
3.	Seznámení pacienta se způsobem léčby v MN UL	3,5714	0,4670	NE
4.	Nabídka pomoci psychologa	2,2503	0,6898	NE
5.	Dostatečná informovanost respondentů o operačním výkonu lékařem	2,3852	0,6652	NE
6.	Dostatečná informovanost respondentů o výkonech sestrou	4,3321	0,3629	NE
7.	Strach pacientů z operačního výkonu	22,8895	0,0001 0,000036	ANO
8.	Spánek respondentů během hospitalizace v nemocnici	2,6911	0,6107	NE
9.	Návštěvy příbuzných a přátel během hospitalizace v nemocnici	1,4482	0,6942	NE
10.	Pocit opuštěnosti během pobytu v nemocnici	4,6816	0,3215	NE
11.	Potřeba přášků na spaní během hospitalizace	3,1296	0,5363	NE
12.	Míra informovanosti o problému během návštěvy anesteziologické ambulance	4,5316	0,2094	NE
13.	Míra informovanosti o pooperačním způsobu léčby anesteziologickou ambulancí	5,2319	0,2643	NE
14.	Pooperační zájem zdravotníků o prožívanou bolest	6,4489	0,1680	NE
15.	Žádost lékaři o léky proti bolesti během hospitalizace	5,4325	0,2457	NE
16.	Strach z bolesti	-	-	-
17.	Oprávněnost obav z bolesti	13,5847	0,0087	ANO
18.	Pocit nudy a prázdnoty během hospitalizace	2,1270	0,7123	NE
19.	Pomoc nemocnice k využití volného času	2,8208	0,5882	NE
20.	Celková spokojenost s péčí v naší nemocnici	1,9903	0,5744	NE

12. Diskuze

Tento výzkum byl zaměřen na zjišťování stresu u pacientů před operačním výkonem. Byl vytvořen dotazník, který se skládal z 20 otázek a na které odpovídali pacienti hospitalizovaní na chirurgických odděleních Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. Respondenti odpovídali zakroužkováním zvolené odpovědi pomocí pětistupňové škály. Bylo rozdáno 100 dotazníků a jejich návratnost byla 77 kusů.
S ohledem na charakteristiku zkoumaného vzorku byla provedena následující kategorizace:
- rozdělení respondentů podle věku a pohlaví.

Ke zpracování výsledků byli vytvořeny tyto věkové kategorizace (0-35, 36-55, 56- a víc). Výzkumu se zúčastnilo celkem 55% mužů a 45% žen. Průměrný věk respondentů byl 45, 06 let. Nejstarší pacient byl ve věku 86 let. Nejmladší pacient byl ve věku 16 let. Průměrný věk respondentů ženského pohlaví byl 42,2 let, nejstarší respondent ženského pohlaví byl ve věku 69 let a nejmladší respondent ženského pohlaví byl ve věku 18 let. Průměrný věk respondentů mužského pohlaví byl 47,45 let, nejstarší respondent mužského pohlaví byl ve věku 86 let a nejmladší byl ve věku 16 let. Podle cíle 1: hypotézy č. 1 jsem předpokládala, že na vznik stresu u pacienta před operačním výkonem bude mít vliv věk respondenta. Z výzkumu vyplynulo, že **není statisticky výrazný rozdíl v prožívání stresu v jednotlivých věkových kategoriích a statistická významnost z podrobného testování tuto hypotézu také nepotvrdila.** Zjistila jsem, že pacienti do věku 35 let prožívají stres stejně jako starší pacienti.

Podle cíle č. 2: hypotézy č. 1 jsem zjišťovala zda má na stres vliv pohlaví respondentů. Z výsledků výzkumu chí-kvadrátu a Fisherova přesného testu v tab. č. 19 a tab. č. 23 je patrné, že **větší strach z operačního výkonu mají ženy, ale muži mají větší strach z bolesti. Potřeba přášků na spaní byla větší u mužů než u žen.** Tyto rozdíly lze objasnit např. podle výzkumů (Gullone, 2000), kde je patrné, že muži se více bojí úrazů, poranění, selhání vystavujícího je posměchu. Ženy se více bojí tmy, neznámých objektů, pavouků, dále uvádějí vyšší počet důvodů ke strachu, větší intenzitu prožívaného strachu než muži.

V otázce č. 1 byla zjišťována zkušenost respondentů z hospitalizací v nemocnici. Z výzkumu vyplývá, že téměř 92 % pacientů má zkušenosti s hospitalizací a pouhých 8% nemá zkušenosti s hospitalizací v nemocnici. Statistická hladina významnosti z přesných testů dle tab. č. 21 nám vyjadřuje souvislost prožívání stresu se zkušenostmi s hospitalizací

v nemocnici. Podle cíle č. 5: hypotézy č. 1 se potvrdilo, že **opakovaná hospitalizace může zmírnit stres u pacienta před operačním výkonem.**

V otázce č. 2 byla zjišťována zkušenost pacientů s hospitalizací v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Podle tohoto výzkumu vyplývá, že 75% respondentů má zkušenosti s hospitalizací v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem a 25% nebylo doposud hospitalizováno v této nemocnici.

V otázce č. 3 bylo zjišťováno dostatečné seznámení lékařem se způsobem léčby u dotazovaného pacienta. Dotazovaných, kteří odpověděli ano bylo 59%, 32% odpovědělo spíše ano, těžko říci 4%, spíše ne 4% a ne 1%. Z výsledků chí-kvadrátu a přesného Fisherova testu v tab. č. 22 vyplývá, že **větší informovanost pacientů ze strany zdravotníků má vliv na zmírnění stresu pacientů před operačním výkonem. Tudíž se hypotéza potvrdila.**

V otázce č. 4 je zjišťováno zda byla respondentům nabídnuta pomoc psychologa. Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že 80% respondentů odpovědělo, že jim nebyla nabídnuta pomoc psychologa, spíše ne odpovědělo 9%, těžko říci zvolilo 6%, spíše ano 1%, ano odpovědělo 4%.

V páté otázce byla zjišťována podrobná informovanost o operačním výkonu, který měl respondent postoupit. Z výsledků vyplynulo, že 62% pacientů zvolilo ano, tudíž lze předpokládat, že tito pacienti byli dostatečně informováni o svém chirurgickém výkonu. Dalších 18% odpovědělo spíše ano, těžko říci 6%, spíše ne odpovědělo 9% respondentů a 5% pacientů odpovědělo ne, z tohoto výsledku vyplývá, že tito pacienti nebyli dostatečně informováni o operačním výkonu. V tab. č. 22 je patrný výsledek hladiny významnosti na tuto otázku. Z tohoto výzkumu vyplývá, že **nedostatečná informovanost lékařem může mít vliv na vznik stresu u pacienta podstupující operační výkon. Stanovená hypotéza se zde potvrdila.**

Otázka č. 6 řeší dostatečnou informovanost ze strany sester k respondentům. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že dostatek informací bylo poskytnuto 54% dotazovaným, spíše ano odpovědělo 21%, těžko říci zvolilo 8%, spíše ne 13% a ne 4%. U této otázky se neobjevila výrazná statistická významnost, z toho vyplývá, že **i přes nedostatek informací od sester nepociťovali pacienti výrazný stres z operačního výkonu. Stanovená hypotéza se zde nepotvrdila.**

V ot. č. 7 bylo zjišťováno zda respondenti mají obavy z operačního výkonu. Podle výsledků mělo před operačním výkonem strach 34%, spíše ano 26%, těžko říci 12%, spíše ne 6%, a vůbec žádný strach nemělo 22% dotazovaných. Z výzkumného šetření chí-kvadrátu a přesného Fisherova testu v tab. č. 19 vyplývá, že **větší strach z operačního výkonu mají ženy.** Podle cíle č. 3: hypotézy č.1 **jsem předpokládala, že více než 50% respondentů bude mít strach z operačního výkonu. Tato hypotéza se nepotvrdila.** Existují modely, které řeší např. strach z bolesti a vyhýbání se bolesti (Lethem 1983, Philipsová 1987, Asmundson a Taylor 1996, Vlaeyen a Linton 2000, Mareš a Otterová 2001).

V otázce č. 8 byl zjišťován spánek respondentů během hospitalizace. Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že 29% spí v nemocnic dobře, spíše ano odpovědělo 22%, těžko říci 5%, spíše ne 22% a nedostatečně spí během hospitalizace 22%.

Ot. č. 9 byla koncipována na téma sociální opory. Týkala se pravidelných návštěv příbuzných a přátel během hospitalizace. Pravidelně bylo navštěvováno 74% respondentů, spíše ano uvedlo 21%, těžko říci neuvedl žádný dotazovaný respondent, spíše ne 1% a ne odpovědělo 4%.

Ot. č. 10 je pokračováním tématu sociální opory. Zde bylo zjišťováno jestli se respondenti cítí v nemocnici opuštění. Z výsledku výzkumu na tuto otázku vyplývá, že 17% odpovědělo , že cítí opuštěnost, spíše ano 9%, těžko říci 5%, spíše ne 23% a pocit opuštěnosti nepociťuje 46% dotazovaných.

V ot. č. 11 bylo zjišťováno zda respondenti žádali během hospitalizace o přášky na spaní. Z výsledků vyplývá, že 60% odpovědělo ne, spíše ne 6%, těžko říci 3%, spíše ano 5% a 26% požádalo o prášky na spaní. Z výsledku výzkumu chí-kvadrátu a přesného Fisherova testu vyplynulo, že **statisticky významně častěji o prášky na spaní žádali muži a méně ženy.**

V ot. č. 12 byla zjišťována dostatečná informovanost o pacientově problému při návštěvě anesteziologické ambulance. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že 48% bylo informováno o svém problému, spíše ano 22%, těžko říci zvolilo 19%, spíše ne 8%, a nedostatek informací pociťovala 3%. Podle chí-kvadrátu a Fisherova testu je patrná průkazná hladina významnosti, tzn. že **nedostatečná informovanost v anesteziologické ambulanci zvyšuje stres u pacientů před operačním výkonem. Stanovená hypotéza se zde potvrdila.**

Ot. č. 13 zjišťovala zda byli respondenti seznámeni v anesteziologické ambulanci jak bude léčena jejich pooperační bolest. Informace obdrželo 42% dotazovaných, spíše ano 19%, těžko říci 21%, spíše ne 8% a nedostatek informací bylo u 10% respondentů.

Ot. č. 14 zjišťovala zda se zdravotníci zajímali po operaci o to, jestli má pacient bolesti. Z dotazovaných odpovědělo ano 77%, spíše ano 13%, těžko říci 3%, spíše ne 3%, a ne 4%. Tento výsledek nám vypovídá, že nadpoloviční většina respondentů byla dostatečně dotazována ohledně své pooperační bolesti.

Ot. č. 15 zjišťovala zda pacienti museli žádat během hospitalizace o léky proti bolesti. Ano odpovědělo 51% spíše ano 6%, těžko říci 3%, spíše ne 5% a ne 35%. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že více než polovina muselo o léky žádat.

Ot. č. 16 zkoumala u respondentů strach z bolesti. Z dotazníku vyplynulo, že 25% odpovědělo ano, 23% spíše ano, těžko říci 16%, spíše ne 17%, ne 19%. Podle výsledku v tab. č. 19 a tab. č. 23 vyplývá dle chí-kvadrátu a Fisherova testu **výrazná statistická významnost.** Dle tab. č. 19 vyšlo, že **více strachu z bolesti prožívají muži a méně ženy.** Dle mé stanovené hypotézy jsem předpokládala, že muži budou strach z bolesti prožívat méně a ženy více. **Tato hypotéza se nepotvrdila.** Z tab. č. 23 vyplývá, že jsou respondenti ovlivněni strachem z bolesti.

Ot. č. 17 se týká oprávněnosti obav z bolesti. Z dotazovaných 16% pociťovalo své obavy jako oprávněné, spíše ano 16%, těžko říci 23%, spíše ne 16%, ne 29%.

Ot. č. 18 zjišťovala zda měli pacienti během hospitalizace v nemocnici pocit prázdného času a nudy. Z dotazníku vyplynulo, že ano uvedlo 25%, spíše ano 10%, těžko říci 12%, spíše ne 18%, nudu nepociťovalo 35%.

Ot. č. 19 zjišťovala zda nemocnice nabídla pacientům něco k využití volného času při jejich hospitalizaci. Ano odpovědělo 12%, spíše ano 10%, těžko říci 23%, spíše ne 12% a ne uvedlo 43%. Z tohoto výsledku vyplývá, že pacientům nebyla nabídnuta výrazná pomoc k vyplnění volného času.

Ot. č. 20 zjišťovala zda byli respondenti celkově spokojeni s péčí v Masarykově nemocnici. Z dotazníku vyplynulo, že 63% odpovědělo ano, spíše ano 30%, těžko říci 5%, spíše ne 1% a nebylo spokojeno 1%. Z tohoto výsledku vyplynulo, že byla celkem dostatečná spokojenost u pacientů hospitalizovaných v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem.

Dále mohli pacienti uvést volně svůj názor na danou problematiku. Objevily se tyto názory:

- nedostatečná informovanost, hluk, zima na pokojích, nezájem zdravotnického personálu o pacienta vzhledem k jejich přetíženosti,
- „během hospitalizace jsem se setkala se vstřícností, ochotou, pěknou komunikací ze strany personálu“,
- „až na jídlo jsem byla spokojená“,
- „dieta č. 9 není podávána tak, jak jsem byl poučen diabetologem“,
- „prázdný čas by bylo ideální prospat, ale to nelze kvůli hluku“.

V Masarykově nemocnici probíhá výzkum zjišťující spokojenost hospitalizovaných pacientů. Z hodnocení spokojenosti pacientů v tomto výzkumu je patrné, že spokojenost s lékařskými a ošetřovatelskými službami je na dobré úrovni. Výrazné zhoršení je patrné ve všech oblastech hodnocení stravy.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala zmírněním stresu u pacienta před operačním výkonem. Účelem bakalářské práce bylo ověření jak působí některé faktory na stres před operačním výkonem. Faktory byly vybrány na základě mých postřehů a zkušeností z každodenní práce s pacienty hospitalizovanými v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Toto téma jsem zvolila především proto, že pracuji jako anesteziologická sestra na operačních sálech a denně přicházím do styku s pacienty, kteří podstupují operační výkon. Dále pracuji v anesteziologické ambulanci, kde se rovněž setkávám s pacienty před operačním výkonem. Také jsem součástí analgetického týmu, který řeší pooperační bolest u pacientů.

Tímto výzkumem jsem se snažila zjistit míru stresu u pacienta před operačním výkonem a jeho negativní dopad na pacienta. Dle mého názoru je stres výrazná zátěž pro pacienta, jak po stránce psychické tak po stránce fyzické. Sestra by měla vnímat člověka jako bytost s bio-psycho-sociálnimi potřebami, které jsou důležité pro jeho spokojenost. Stres působí na člověka právě tím, že ovlivňuje jeho mysl, chování, reakce a prožívání dané situace. Záleží na mnoha momentech, tzn. kdy stres působí, jakou intenzitou, za jakých podmínek. Mou snahou bylo touto bakalářskou prací na tyto momenty upozornit a vysvětlit je.

Bakalářská práce se skládá ze dvou složek. A to z teoretické a empirické části.
V teoretické části jsem se snažila pomocí odborné literatury popsat a definovat pojem stres, dále upozornit na faktory způsobující stres u pacientů před operačním výkonem. Dále je zde charakterizován vztah mezi stresem a bolestí u pacienta, vztah mezi stresem a nedostatečnou komunikací. Zmírnění stresu pacienta před operačním výkonem také ovlivňuje vzájemná souhra zdravotnického týmu, která může vytvořit klidné prostředí, ve kterém je nucen pacient pobývat vlivem své nemoci. Není ani zanedbatelné si zde připomenout etický kodex sester. Sestra může svým vhodným přístupem, chováním a empatií zapůsobit na pacienta a jeho obavy a stres následně zmírnit. Jsou zde také popsány možnosti léčby pooperační bolesti, protože pooperační bolest se může výrazně podílet na vzniku stresu u pacienta. Popsáno je také nemocniční prostředí a jeho vliv na vznik stresu u pacienta. V závěru této části jsou popsány zvládací strategie, které by mohly pomoci pacientovi zvládnout jeho stres před operačním výkonem.

V empirické části jsem se snažila pomocí kvantitativního výzkumu zjistit nejčastější příčiny a souvislosti spojené se stresem u pacienta před operačním výkonem. Výzkum byl proveden v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem se svolením hlavní sestry Mgr. Markéty Svobodové. K výzkumu jsem vytvořila anonymní dotazníky, které byly rozdány na chirurgických odděleních. Bylo rozdáno 100 dotazníků a jejich návratnost byla 77 kusů. Stanovila jsem si jednotlivé cíle a hypotézy, které jsem si výzkumem ověřovala. Z daného výzkumného souboru vzešli tyto podstatné výsledky.

Respondenti jednoznačně potvrdili strach z bolesti a z operačního výkonu – tento výsledek byl statisticky významný. Dále pak, že věk není pro vznik stresu v tomto výzkumu rozhodující – tento výsledek není statisticky významný. U pohlaví se vyskytly rozdíly ve vnímání a prožívání stresu a strachu z bolesti. Výsledkem bylo zjištění, že ženy se sice více obávají operačního výkonu, ale muži mají větší strach z následné bolesti a inklinují k větší spotřebě prášků na spaní – tento výsledek je statisticky významný. Dále z výsledků vyplynulo, že nedostatek informací podanými chirurgickým lékařem a lékařem v anesteziologické ambulanci výrazně negativně ovlivňuje prožívání stresu u pacientů před operačním výkonem – tento výsledek je statisticky významný. Naopak nedostatek informací ze stran sester nemá na pacienta výrazný dopad a negativní vliv – tento výsledek není statisticky významný. Je zde také zkoumán vliv sociální opory u hospitalizovaných pacientů. Sociální opora může ovlivnit působení stresu u pacientů v nemocnici.

Tento výzkum mi vytvořil nový pohled na danou problematiku a s mými dosavadními zkušenostmi a znalostmi mi otevřel cestu pro zlepšení a zkvalitnění mé práce. Mou snahou bylo vytvořit výzkumný soubor, který bude přínosem i pro širší veřejnost.

Anotace

Autor: Petra Mráčková

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství

Název práce: Zmírnění stresu pacienta před operačním výkonem

Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Počet stran: 119

Počet příloh: 2

Rok obhajoby: 2010

Souhrn:

Tématem této bakalářské práce bylo zmírnění stresu pacienta před operačním výkonem. V teoretické části jsem pomocí odborné literatury definovala a snažila se objasnit pojem stres. Je zde poukázáno na vyvolávající činitele způsobující stres. Dále je zde charakterizován vztah mezi stresem a bolestí u pacienta, mezi stresem a nedostatečnou komunikací u pacienta před operačním výkonem. V další části jsou popsány možnosti léčby bolesti. Popsáno je také nemocniční prostředí a jeho vliv na vzniku stresu u pacienta. V závěru teoretické části jsou uvedeny zvládací strategie, které by mohly pacientovi zmírnit jeho stres před operačním výkonem.

V empirické části jsem se pomocí kvantitativního výzkumu snažila zjistit nejčastější příčiny a souvislosti spojené se stresem u pacienta před operačním výkonem. Soubor byl složen z pacientů různých věkových skupin a s různými diagnózami, kteří byli v té době hospitalizováni v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem.

Summary:

Main thema of this bachelor´s essay was stress de-tension of the patient efore surgery.

This thema is above all particularly elaborate in two main parts, respectively theoretical and empirical. There is definition and clarification of term stress in the theoretical part together with using of special medical literature. There is also pointed to factors evoking

and causing stress. This essay furthermore points to the relation between stress and pain at the patient,as the same as between stress and not enough communication to the patient before surgery. Next, there are described possibilities of pain treatment. Theoretical part contents also description of hospital surrounding and its influence to stressogenesis at the patient. In fine of theoretical part there are brought managing strategie, which could detend stress of the patient before surgery.

In the empirical part, I have tried to find out by quantitative research the most frequent factors and continuities matched to stress at the patient before surgery. The research file was content from patiens of different age groups and different diagnosis, whose were hospitalizated in Masaryk Hospital in Ústí nad Labem.

Seznam literatury a použitých pramenů

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství.* Brno, 2008. s. 77. ISBN 978-80-7013-467-2

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha: Karolinum, 2007. ISBN978-80-246-0139-7

FELDMANN, H. *Kompendium lékařské psychologie.* Victoria Publishing, 1994. s. 61. ISBN 80-85605-67-8

FERKO, A., VOBOŘIL, Z., ŠMEJKAL, K., BEDRNA, J. *Chirurgie v kostce.* Praha: Grada, 2002. s. 85-86. ISBN 80-247-0230-4

HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně.* Galén, 1997. s. 90, 106, 109. ISBN 80-85824-60-4

KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha: Grada, 1998. s. 37-38. ISBN 80-7169-324-3

KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest-její diagnostika a psychoterapie.* Brno, 1992. s. 7-8. ISBN 80-7013-130-6

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví.* Portál, 2001. ISBN 80-7178-774-4

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres.* Grada: Avicenum, 1994. s. 7, 29-30. ISBN 80-7169-121-6

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2

MÁLEK, J., ŠEVČÍK, P., a kol. *Léčba pooperační bolesti.* Mladá fronta a. s., 2009. s. 23-24,133. ISBN 978-80-204-1981-1

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti.* Academia, 1995. s. 9. ISBN 80-200-0525-0

REIMANN, F. *Základní formy strachu.* Portál: Edice spektrum, 1999. s. 11. ISBN 80-7178-313-7

ROZSYPALOVÁ, M. *Psychologie a pedagogika.* Avicenum, 1986. s. 110. ISBN 08-008-86

RYŠAVÁ, M. *Základy anesteziologie a resuscitace u dětí.* Brno, 2006. s. 58. ISBN 80-7013-400-3

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti. Obor v pohybu.* Praha: Grada, 2007. s. 106-107. ISBN 978-80-247-1174-4

STAŇKOVÁ, M. *Lemon 2.* Světová zdravotnická organizace, 1996. s. 43-46. ISBN 80-7013-238-8

ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. *Základy ošetřovatelství.* Praha: Karolinum, 2003. s. 67-68. ISBN 80-246-0477-9

TRČ, T., RYSKA, M. *Čeká vás operace?.* Praha: Maxdorf, 1994. s. 7-29. ISBN 80-85800-02-0

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie.* Praha: Grada, 2007. s. 43, 61-63. ISBN 978-80-247-2068-5

ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie 1. část.* Brno, 2005. s. 31. ISBN 80-7013-374-0

ZEMANOVÄ, J. *Základy anesteziologie 2. část.* Brno, 2005. ISBN 80-7013-430-5

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Seznámení pacienta se způsobem léčby v Masarykově nemocnici

Tabulka č. 2: Nabídnutí pomoci psychologa

Tabulka č. 3: Dostatečná informovanost respondentů o operačním výkonu lékařem

Tabulka č. 4: Dostatečná informovanost respondentů o výkonech sestrou

Tabulka č. 5: Strach pacientů z operačního výkonu

Tabulka č. 6: Spánek respondentů během hospitalizace v nemocnici

Tabulka č. 7: Návštěvy příbuzných a přátel během hospitalizace v nemocnici

Tabulka č. 8: Pocit opuštěnosti během pobytu v nemocnici

Tabulka č. 9: Potřeba prášků na spaní během hospitalizace

Tabulka č. 10: Míra informovanosti o problému při návštěvě anesteziologické ambulance

Tabulka č.11: Míra informovanosti o pooperačním způsobu léčby anesteziologickou ambulancí

Tabulka č. 12: Pooperační zájem zdravotníků o Vaše bolesti

Tabulka č. 13: Žádost lékaři o léky proti bolesti během hospitalizace

Tabulka č. 14: Strach z bolesti

Tabulka č. 15: Oprávněnost obav z bolesti

Tabulka č. 16: Pocit nudy a prázdnoty během hospitalizace

Tabulka č. 17: Pomoc nemocnice k vyplnění volného času

Tabulka č. 18: Celková spokojenost s pobytem v naší nemocnici

Tabulka č. 19: Srovnání odpovědí respondentů podle pohlaví

Tabulka č. 20: Srovnání odpovědí pacientů podle věku

Tabulka č. 21: srovnání odpovědí pacientů dle hospitalizace v nemocnici

Tabulka č. 22: Srovnání odpovědí pacientů dle seznámení s léčením bolesti po skončení operace

Tabulka č. 23: Srovnání odpovědí pacientů dle míry strachu z bolesti

Seznam grafů

Graf č. 1 : Seznámení pacienta se způsobem léčby v Masarykově nemocnici

Graf č. 2: Nabídnutí pomoci psychologa

Graf č. 3: Dostatečná informovanost respondentů o operačním výkonu lékařem

Graf č. 4: Dostatečná informovanost respondentů o výkonech sestrou

Graf č. 5: Strach pacientů z operačního výkonu

Graf č. 6: Spánek respondentů během hospitalizace v nemocnici

Graf č. 7: Návštěvy příbuzných a přátel během hospitalizace v nemocnici

Graf č .8: Pocit opuštěnosti během pobytu v nemocnici

Graf č. 9: Potřeba prášků na spaní během hospitalizace

Graf č. 10: Míra informovanosti o problému při návštěvě anesteziologické ambulance

Graf č. 11: Míra informovanosti o pooperačním způsobu léčby anesteziologickou ambulancí

Graf č. 12: Pooperační zájem zdravotníků o Vaše bolesti

Graf č . 13: Žádost lékaři o léky proti bolesti během hospitalizace

Graf č. 14: Strach z bolesti

Graf č. 15: Oprávněnost obav z bolesti

Graf č. 16: Pocit nudy a prázdnoty během hospitalizace

Graf č. 17: Pomoc nemocnice k vyplnění volného času

Graf č. 18: Celková spokojenost s pobytem v naší nemocnici

Přílohy

Příloha č. 1: Souhlas s výzkumem v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem

Příloha č. 2: Dotazník

Příloha č. 1

Hlavní sestra pro oš. péči
Mgr. Markéta Svobodová
Ředitelství MNUL

Věc: Žádost o povolení k distribuci dotazníků v Masarykově nemocnici

Vážená paní magistro, hlavní sestro pro ošetřovatelskou péči,
dovoluji si Vás požádat o možnost rozdání dotazníků na chirurgické oddělení MNUL,
které budou sloužit jako výzkumný materiál k mé bakalářské práci.
Dotazníky mají zjistit míru stresu u pacientů před chirurgickým výkonem.
Zároveň Vás žádám o povolení k použití informací v rámci mé bakalářské práce,
k prezentaci výsledků u státních zkoušek a k event.publikaci.
O výsledcích Vás budu ráda informovat.
Vedoucí mé práce je prof. Phdr. Jiří Mareš, Csc.

Za kladné vyřízení předem děkuji

Petra Mráčková – anesteziologické oddělení
Bydliště: Jana Zajíce 2866/8
Ústí nad Labem, 400 11
mracekp@centrum.cz

Souhlasím s výzkumem

Mgr. Markéta Svobodová

V Ústí nad Labem 4. 1. 2010

Příloha č. 2

Anonymní dotazník pro pacienty

Vážené pacientky, vážení pacienti!

Naše nemocnice chce poskytovat svým pacientům co nejlepší péči. Nejde nám jenom o finanční ukazatele, o délku hospitalizace, o spotřebu léků. Zajímá nás, jak se pacienti u nás cítí, co je z jejich pohledu v pořádku a co by bylo třeba ještě zlepšit. Proto se na Vás obracíme s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku. Neraďte se se spolupacienty, protože každý může hospitalizaci prožívat trochu jinak. Nás zajímá právě Váš pohled.

Děkujeme Vám předem za ochotu.

Odpovídá se **zakroužkováním** zvolené odpovědi, dotazník pokračuje na druhé straně. Pokud se spletete nebo změníte názor, škrtněte to, co neplatí a zakroužkujte to, co platí.

Jste:

muž žena

Váš věk: ……

1. Byl/a jste již někdy v minulosti hospitalizován/a v nemocnici?
ano - ne

2. Byl/a jste někdy hospitalizován/a v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem? ano - ne

	ano	spíše ano	těžko říci	spíše ne	ne
3. Byl/a jste dostatečně seznámen/a se způsobem léčby v naší nemocnici?	1	2	3	4	5
4. Byla Vám nabídnuta pomoc psychologa?	1	2	3	4	5
5. Vysvětlil Vám někdo z **lékařů** podrobněji operaci, na kterou jste měl/a jít?	1	2	3	4	5
6. Informovala Vás **sestra** na oddělení dostatečně o výkonech, které Vás čekají?	1	2	3	4	5
7. Míváte obavy z operačního výkonu?	1	2	3	4	5

8. Spíte během hospitalizace v nemocnici dobře?	1	2	3	4	5
9. Navštěvují Vás příbuzní a přátelé během Vašeho pobytu v nemocnici pravidelně?	1	2	3	4	5
10. Cítíte se v nemocnici opuštěný/á?	1	2	3	4	5
11. Požádal/a jste lékaře během hospitalizace o prášky na spaní?	1	2	3	4	5
12.Máte pocit, že jste získal/a při návštěvě anesteziologické ambulance dost informací o svém problému?	1	2	3	4	5
13. Byl/a jste seznámen/a v anesteziologické ambulanci s tím, jak bude Vaše bolest léčena po skončení operace?	1	2	3	4	5
14. Zajímali se zdravotníci po operaci o to, jestli máte bolesti?	1	2	3	4	5
15. Požádal/a jste lékaře během hospitalizace o nějaké léky proti bolesti?	1	2	3	4	5
16. Míváte strach z bolesti?	1	2	3	4	5
17. Byly Vaše obavy z bolesti oprávněné?	1	2	3	4	5
18. Měl/a jste při pobytu v nemocnici pocit prázdného času, nudy?	1	2	3	4	5
19. Snažila se Vám naše nemocnice nabídnout něco k využití volného času?	1	2	3	4	5
20. Byl/a jste v naší nemocnici celkově spokojen/a?	1	2	3	4	5

Možná, že jsme zapomněli na něco důležitého zeptat. Pokud chcete, napište nám to zde:

Váš názor:

.....

.....

.....

Děkujeme za Vaše odpovědi, pomohou dalším pacientům.