

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

**Potřeba seberealizace u pacientů během hospitalizace
Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková

Autor: Ivana Vachtová

9.5.2008

Abstract

Human personality is a dynamic and organized set of characteristics which are in a special relation. Personality is thought to be determined largely by either genetics and heredity, or by environment and experience, or both. The personal needs are dependent on sex, age, education and differ in different generations. The personality is developed through interaction of life situation, life conditions and the place. Self-fulfillment means to fulfill one's potential. It refers to ability to realize one's own needs and plans. According to Maslow the need of self-actualization belongs to growth needs. Self-realization evokes feelings of happiness and joy. It surpasses everyday routine, it is a spiritual need.

The first objective of my thesis was to examine the need of self-realization in hospitalized patients. The second objective was to compare the needs of patients hospitalized in intensive care units to those of patients admitted to planned medical interventions and to those of patients in long-term care facilities. The third objective was to find out nurses' attitude to hospitalized patients with needs of self-realization. To find relevant data patients hospitalized in intensive care units, patients in long-term care facilities and patients with planned medical interventions were addressed. Nurses taking care of those patients were also asked to take part in the research. Data were collected by the questionnaire method. The hypothesis I suggests that patients treated in intensive care units prefer the treatment which leads to feelings of security and alleviates pain. This hypothesis was confirmed. The hypothesis II suggests that patients admitted to planned medical intervention have more intensive needs of self-realization than patients treated in intensive care units. This hypothesis was not confirmed – patients expecting interventions feel the same need of security and pain management as patients hospitalized in intensive care units. The hypothesis III that patients admitted to planned interventions have more intensive needs of self-realization than patients staying in long-term care facilities was not confirmed. According to the data collected, patients in long-term care facilities need pain management and feelings of security, but they also need to be respected as personalities. They prefer to have the strength to fight the disease to the

need of having the bed properly made. The hypothesis IV that nurses do not show enough interest in hospitalized patients' needs of self-realization was not confirmed. Nurses are informed enough about patients' needs. They usually try hard to find the time to talk to patients.

The results should make nurses be more aware of the need of lifelong learning despite their enormous workload and care for their own mental and physical health by following principles of mental hygiene.

Key words: needs self- fulfillment patient environment relations communication

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Potřeba seberealizace u pacientů během hospitalizace vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 9.5.2008

.....

Poděkování

Děkuji PhDr. Andree Hudáčkové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	str.7
1 SOUČASNÝ STAV.....	str.8
1.1 Potřeby.....	str.8
1.1.1 Klasifikace potřeb.....	str.9
1.1.2 Hierarchie hodnot podle Maslowa.....	str.12
1.1.3 Potřeby a jejich uspokojování.....	str.13
1.1.4 Potřeby v závislosti na životní situaci.....	str.15
1.2 Seberealizace.....	str.16
1.2.1 Seberealizace z pohledu historického vývoje	str.16
1.2.2 Charakteristika seberealizace.....	str.17
1.2.3 Teorie motivace v humanistické psychologii.....	str.18
1.2.4 Potřeba seberealizace ve zdraví.....	str.19
1.2.5 Duševní zdraví a seberealizace.....	str.21
1.2.6 Potřeba seberealizace v nemoci.....	str.22
1.3. Pacient.....	str.24
1.3.1 Osobnost člověka.....	str.24
1.3.2 Zdravá osobnost a vliv sebepojetí.....	str.25
1.3.3 Sebevýchova.....	str.26
1.3.4 Člověk v krizi.....	str.27
1.3.5 Frustrace.....	str.29
1.3.6 Nemoc jako náročná životní situace.....	str.31
1.4 Prostředí.....	str.33
1.4.1 Léčebně ochranný režim.....	str.35
1.4.2 Hospitalismus.....	str.36
1.4.3 Psychologie návštěv.....	str.38
1.4.4 Klid na lůžku a zaměstnávání pacientů.....	str.39
1.5 Vztahy a jejich vliv na potřebu seberealizace.....	str.39
1.5.1 Vymezení lidské komunikace.....	str.39
1.5.2 Role sestry ve vztahu k pac. a její ovlivnění potřeby seberea. str.41	

1.5.2.1	Kompetence sester v ošetrovatelské praxi.....	str.41
1.5.2.2	Naslouchání.....	str.42
1.5.2.3	Empatie ve vztazích.....	str.43
1.5.2.4	Etika v práci sestry.....	str.44
1.5.2.5	Stresové faktory v práci sestry.....	str.45
1.5.3	Vliv komunikace lékaře s pacientem na potřebu seberealizace.....	str.46
1.5.4	Interper. vztahy a možnost ovlivnění potřeby sebereal.....	str.48
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	str.50
2.1	Cíl práce.....	str.50
2.2	Hypotézy.....	str.50
3	METODIKA PRÁCE A CHARAKTERISTIKA VÝZK. SOUBORU.....	str.51
3.1	Metodika práce.....	str.51
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	str.52
4	VÝSLEDKY.....	str.53
4.1	Výsledky dotazníku pro pacienty.....	str.53
4.2	Doplňkové grafy.....	str.66
4.2	Výsledky dotazníku pro sestry.....	str.70
5	DISKUZE.....	str.90
6	ZÁVĚR.....	str.102
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	str.105
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	str.107
9	PŘÍLOHY.....	str.108

Úvod

Osobnost člověka je uspořádaný systém dílčích složek, které stojí v určitých vazbách a vztazích. Není dána jednou provždy, ale vzniká, utváří se a vyvíjí na základě vrozených předpokladů a ve vztahu k podmínkám v životě. Člověka je třeba chápat v kontinuitě toho, co je, s tím, co bylo a s tím, kam se jeho život ubírá. Mozek člověka je schopen v sociálních podmínkách odrážet svět pomocí pojmů a přetvářet ho v souladu se svými potřebami, zájmy a ideály. Lidské vědomí uschopnilo člověka nejen poznávat, pracovat, rozhodovat se a rozumě jednat, ale také uvědomit si sebe sama. Sebeuvědomování pak je vrcholem vývoje člověka a úzce souvisí se seberealizací. Tématem této bakalářské práce je potřeba seberealizace během hospitalizace. Vybrala jsem si její proto, že pracuji na oddělení, kam přivážejí pacienty s úrazem přímo z ulice. Těmto lidem se ve vteřině změní život a tudíž i žebříček hodnot. Výzkum by měl zjistit, zda tito pacienti do té doby, než se dostali do nemocnice, dospěli v uspokojování potřeb až k seberealizaci a pokud ano, jaký vliv na její uspokojování má svízelná situace, kterou úraz, či nemoc spojené s pobytem v nemocnici bezesporu jsou. Dále je cílem této práce zjistit, zda sestry mohou svým chováním a vystupováním ovlivnit uspokojování potřeby seberealizace člověka hospitalizovaného v nemocnici. V neposlední řadě by měly být zjištěny informace o tom, jaké mají sestry znalosti o potřebě seberealizace a jestli mají zájem na tom, aby pacienti tuto potřebu uspokojovali. V této práci je sledována potřeba seberealizace a její uspokojování na akutních lůžkách v porovnání s lůžky plánovaných výkonů a lůžky následné péče.

1 Současný stav

1.1 Potřeby

Proces motivace je iniciován výchozím motivačním stavem, v jehož obsahu se odráží nějaký nedostatek ve fyzickém nebo sociálním bytí jedince. Směřuje k odstranění deficitu, které člověk prožívá jako určitý druh uspokojení. Motivační stav lze označit také jako potřebu. Potřebovat znamená mít něčeho nedostatek nebo udržovat takový stav věcí, který je nutný k bezporuchovému fyzickému nebo sociálnímu fungování. Smyslem chování je potom udržet tento stav nebo jej obnovit, pokud došlo k jeho narušení. Chování je aktivita, která zprostředkovává vztah mezi potřebou a jejím uspokojením, motiv pak vyjadřuje obsah tohoto uspokojení. Lze to dobře ilustrovat na příkladě alimentárního jednání vycházejícího z pocitu hladu nebo chuti na něco, respektive z alimentárních návyků, které předcházejí pocitu hladu. Alimentární chování může vycházet i z apetitu, ne jen z fyziologické potřeby potravy. Složitější jsou motivy, které se vztahují k sociálním podmínkám lidského bytí. Tady se uplatňují životní standardy vytvořené historicky i kulturním prostředím. Člověk se necítí dobře nejen když žije osaměle, ale také když nedosahuje určité úrovně prestiže a společenského postavení. (4)

Základními činiteli motivace jsou tedy emoce. Příkladem toho, že není citu bez snahy je strach, motivující únik ze situace, která ho vyvolala, ale také dovršující reakce, k níž chování směřuje (pocit nasycení, bezpečí, úspěchu ...) Chování a uspokojení je účelné. Člověk touží po určitých účincích svého chování a zaměřuje se na jejich dosažení. Tyto touhy jsou také důsledkem určitých stavů a situací, ve kterých se člověk nachází. Změny vyvolávají určité účinky, potřeby vyvolávají instrumentální chování, směřující k uspokojení. O potřebách a motivech lze říci, že potřeby vyjadřují výchozí motivační stav, který zkušeností nachází určitý objekt činnosti a s ním spojený instrumentální vzorec chování. Motivů pak vyjadřují obsah uspokojení a jsou to dále neanalyzovatelné psychologické příčiny chování. (15)

1.1.1 Klasifikace potřeb

Rozdělení potřeb odpovídá pojetí člověka jako bytosti bio psycho sociální. Z pohledu ošetřovatelství odpovídá holistickému přístupu k člověku. V psychologii se potřeby dělí na biogenní, fyziologické a psychogenní, sociogenní, psychologické. Základním biogenním motivem je jedení, jako reakce na potřebu potravy a jako návykový projev chuti na něco. Příjem potravy je nezbytnou podmínkou reprodukce života. Energie, kterou člověk získává z potravy je nezbytným předpokladem jeho aktivity

Lidské tělo potřebuje vedle potravy také vodu. Aktivita zajišťující příjem tekutin je pití. Stav nedostatku vody je signalizován pocitem žízně. Vtom smyslu je třeba rozlišovat „žízeň těla” jako jeho fyziologický stav a žízeň jako pocit, který je reakce na tento stav. Tyto potřeby jsou hodnoceny jako nedostatky vedoucí k příjmu. Dýchání umožňuje důležitou reprodukci života, výměnu plynů mezi krví a vnějším prostředím. Když má organismus potřebu příjmu kyslíku a vylučování kysličníku uhličitého, nedostatek kyslíku nepocítuje a neuvědomuje si potřebu jeho příjmu. Dýchání je řízeno centrem v prodloužené míše, které reaguje na změny parciálního tlaku kyslíku v krvi. Popud k dýchání probíhá za normálních okolností jako reflexní děj, není tedy dán potřebou kyslíku, ale nadbytkem kysličníku uhličitého v krvi. Lépe je hovořit o potřebě dýchání, protože dýcháním se výměna plynů organismem a prostředím reguluje. Potřeba dýchání spolu s potřebou mikce a defekace patří k tenzím směřujícím ke zbavení se něčeho.

Život člověka je spojen s různými činnostmi, tedy i s výdejem energie a s ní spojenou potřebou spánku a odpočinku. Proti úplnému vyčerpání zásob energie se organismus člověka brání únavou, která je signálem k potřebě odpočinku. Je třeba rozlišovat únavu jako fyziologický stav a únavu jako pocit, jehož intenzita nemusí odpovídat skutečné potřebě odpočinku. Co je fyziologickou podstatou únavy, není spolehlivě známo. Důležitý je pocit únavy jako popud k odpočinku, který nastoupí i bez vynaložení energie a nemusí tedy být reakcí na vyčerpání zásob energie.

Pocit únavy je spíše reakcí na stresové situace a vede k celkovému snížení výkonu fyzického a psychického.

Stavem umožňujícím obnovení zásob energie v buňkách je odpočinek. Znamená především uvolnění vnitřního napětí. Neznamená to vždy nicnedělání, ale především aktivní reakci ve změněném prostředí spolu se změněnou činností (záměna duševní činnosti za fyzickou). Potřeba spánku, jako zvláštního druhu odpočinku nervových buněk mozku, je zdrojem fyzického i duševního osvěžení. Potřeba spánku závisí na věku. Novorozenec prospí většinu dne, dospělý asi 8 hodin, starší člověk už jen asi 6 hodin v noci. Spánek je druh útlumu, který ale neznamená inaktivitu mozku. Mozek je ve spánku jinak aktivní, než v bdělém stavu. V zásadě se rozlišují dva druhy spánku. Ortodoxní, který je přechodem ze stavu bdělosti a paradoxní, který na něj navazuje a vyznačuje se aktivitou mozku spojenou s tvorbou snů. Každý člověk má určitý rytmus bdění a spánku. Na narušení tohoto stereotypu si musí zvykat a řešit situace, kdy bojuje s potřebou spánku. Při určité míře spánkové deprivace se člověk může dostat do situace, kdy se nachází bez vlastní vůle a přeje si jenom spát.

Lidská sexualita představuje komplexní fenomén s biologickými kořeny, který je determinován kulturními faktory a zkušeností tak, že má spíše povahu návykové apetence. Potřeba sexu má své biologické základy, ale je také socializována v rámci určité kultury a je určována osobními zkušenostmi. Sexuální chování člověka je řízeno vývojově vyššími psychickými funkcemi, což platí pro sebeovládání, tak i pro náborové strategie a jiné aktivity, ale vliv volní regulace je zde omezen.

K nejsilnějším motivům člověka patří vyhýbání se bolesti a nepříjemným zážitkům, protože bolest je signálem poškození organismu a vyvolává reflexní obranné reakce. Bolest zamlžuje člověku jasný pohled do světa, zužuje jeho obzor. Snižuje tělesnou výkonnost a zdatnost, mění jeho duševní schopnosti, dokonce i jeho mravní podstatu. Není – li bolest překonána nebo alespoň zmírněna - udělá z člověka trosku, která je zahleděna pouze do své bolesti a ve světě i pro svět je ztracená. Být bez bolesti, vyvarovat se nebezpečí nebo ohrožení

zahrnují potřeby jistoty a bezpečí. Specifický a málo prozkoumaný je problém duševní bolesti například žalu, který člověk prožívá při ztrátě blízké osoby.

U každého způsobu chování se uplatňuje sociální determinace, protože vztažnost člověka je jeho podstatnou charakteristikou. Za sociálně motivované chování lze pokládat chování, které má zřejmý sociální cíl, například potřeba komunikovat, sdružovat se. Obecně lze říci, že jde o sociálně vztažné motivy. V psychologii se objevila celá řada sociálně vztažných potřeb (např. potřeba afiliace, kontaktu, uznání, přijetí, závislosti, něžnosti...) H. Heckhausen se zabývá několika koncepty sociální motivace se širší empirickou základnou. Patří sem pohotovost k moci, motivace připojení a intimity a motivace moci. K motivům mající sociální aspekty patří také úzkost, motivace výkonu a agrese.

Na rozdíl od strachu, který vždy má konkrétní předmět, je úzkost obava z něčeho neurčitého. Je to pocit hrozby, který není specifikovaný. S. Kierkegaard (1844) rozlišuje vitální úzkost, která má formu „stenokardické úzkosti“ při angině pectoris a „úzkost z dušení“ při pocitu nedostatku vzduchu. Úzkost doprovází existenci člověka od narození až do smrti. Nelze ji zcela vyloučit ze života, ale lze proti ní bojovat odvahou, důvěrou, poznáním, nadějí, vírou a láskou. Pojem úzkost zavedl do psychologie S. Freud (1926), který rozlišoval úzkost reálnou jako reakci na skutečně hrozící nebezpečí, neurotickou úzkost vycházející z pocitu jedince, že neovládne své pudové sklony a pocit viny jako formu úzkosti. Pocit viny bývá spojen s očekáváním trestu. Podle Freuda byla původně úzkost chápána jako reakce na porodní trauma (přechod z bezpečí mateřského lůna do studeného a tvrdého světa).

Potřeba výkonu je chápána jako očekávání určitých afektivních změn ve vztahu k dosažení nebo nedosažení cíle. Jde o motivační vliv naděje na úspěch a strachu z neúspěchu. Tato potřeba je závislá na zkušenostech, které pramení z výchovy v rodině. Všichni lidé touží po úspěchu, ale liší se silou motivu výkonu. Ta je dána poměrem touhy po úspěchu ke strachu z neúspěchu. Čím je strach větší, tím je motiv výkonu slabší.

Výrazným znakem dětské mentality je egocentrismus, jehož přirozenou složkou je egoismus. Teprve okolo pátého roku věku je dítě ochotné vzdát se něčeho příjemného ve prospěch osoby, kterou má rádo nebo kterou lituje. Láska, lítost umožňují přechod od egoismu k altruismu, od sebelásky k lásce k bližnímu.

Podstatou prosociálního chování je schopnost člověka vzdát se vlastního blaha ve prospěch druhého. Čtosti lidí jsou často pouze skryté neřesti. V psychologii vzniká otázka, čím je altruistické (prosociální) jednání nebo také „pohotovost k pomoci“ motivováno. Jde často o cíle, jimiž se jedinec identifikuje (např. dobročinnost). Je tak činěno pro vlastní satisfakci a stav satisfakce je nepřirozenou emocionální konsekvencí dosažení sobě vytčených cílů nebo-li realizace hodnot, které jsou pro člověka v životě významné. Jde tady o regulaci hodnot podmíněnou systémem hodnot, nezávislou na biologických potřebách. Definice altruismu - jde o chování ve prospěch druhého člověka, napovídá, že tady fungují vnitřní odměny, které mají povahu vyšších citů. Přirozenou vazbu na motiv sociálního kontaktu má potřeba připojení, která je charakterizována jako touha přimknout se k přátelům a dělit se s nimi o své zážitky. Tato potřeba nabývá na síle s prohlubováním se pocitu osamělosti. Jedna s nejsilnějších potřeb člověka je potřeba akceptace. Znamená to náležet určité skupině a být jí současně akceptován. (21) (15)

1.1.2 Hierarchie hodnot podle Maslowa

Podle Maslowa je smysluplnost motivační silou lidského života tam, kde nižší potřeby jsou uspokojeny. Je však vnitřní intrinsickou vlastností člověka. Neexistuje mimo něho. Každý si může svůj smysl života vybrat či podle své přirozenosti a svobodné vůle vymyslet podle toho, co mu vyhovuje. Existenciální smysl je drobným motivům nadřazeným metamotivem. Má-li člověk normálně fungovat, potom tento metamotiv potřebuje naplnění. Když naplněn není, člověku není dobře a často upadá i do nemoci. (12).

Hierarchistická teorie potřeb Abrahama Maslowa vychází z teorie motivace, kterou vytvořil. Je v ní zdůrazněno propojení filozofie a psychologie a Maslow v ní navrhuje, aby se předmětem zájmů psychologů stala také filozofie hodnot. Filozofie člověka je podle něj součástí jeho světového názoru, který nazývá názorem „holisticko-dynamickým“. Každý jedinec má individuální systém motivů, který je hierarchisticky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než ty druhé a z těch silných jsou některé ještě silnější. Hierarchie potřeb zahrnuje potřeby filozofické, potřeby bezpečí a filiace, uznání a seberealizace. Lidský jedinec je organizovaný celek a každá jeho potřeba je vždy výrazem jeho celého. Lidé mají své potřeby a jen málokdy dosahují plného uspokojení. Jakmile se jim podaří jednu potřebu uspokojit, dostaví se potřeba jiná. Potřeby jsou v životě člověka organizovány podle své naléhavosti (člověk nemá touhu pořizovat si nové oblečení má-li prázdný žaludek a pociťuje hlad). Hierarchistické uspořádání vede k tomu, že neuspokojené nižší potřeby vždy převládnu a zvítězí nad neuspokojenými vyššími potřebami. Potřeba seberealizace postavená nejvýše v žebříčku hodnot vyžaduje uspokojení všech nižších potřeb. S potřebou seberealizace se poprvé setkáváme až na prahu adolescence. Plně jsou touto potřebou ovládáni lidé až v dospělosti. (14)

1.1.3 Potřeby a jejich uspokojování

Potřeby bývají klasifikovány do několika druhů a tříd. Psycholog Murray si připisuje termín potřeba, kterou odlišil od pudu (instinktu). Řada potřeb nemá primární původ, ale jsou získané v důsledku civilizačních a kulturních procesů a existujících možností okolí. Potřeby nejsou stejné ve všech zemích a různých etnických skupinách. Vznikají s ohledem na pohlaví, věk, vzdělání a různé generace. Jejich vznik, i to jak zanikají, je závislé na místě, na životní situaci a životních podmínkách.

Potřeby mohou mít emoční složky, ale jistě existuje i racionalita a učení ve vzniku a řízení potřeb. Lidé vědí, že nemohou svá přání uplatňovat při každé

příležitosti, že existují sociální normy a zvyklosti. Ne všichni jsou ochotni tyto normy přijímat. Potřeby mohou být hodnoceny podle různých hledisek. Psychologie své hodnocení doplňuje o pohled biologie, medicíny, sociologie, pedagogiky, ekonomie a řady dalších oborů.

V útlém věku mají lidé potřeby pohybu, poznání, sociálního kontaktu a komunikace. Je to pro ně nezbytné k přežití. V dospělosti mohou mít někteří lidé potřebu úspěchu, uznání a obdivu, dále potřebu bohatství, ale to s sebou přináší napětí a stres. Jiné skupiny populace mohou mít spíše potřebu volného času, udržení zdraví nebo potřebu věnovat se rodině. Preferování hodnot se mění historicky, ale i v různých vrstvách společnosti. Potřeby poznání, explorační a tvořivostní vykazují během života široké spektrum. Potřeba pohybové aktivity se mění s věkem, po 35 roku života klesá zájem o sport. Rozmanitou podobu mohou mít potřeby spojené s city, které souvisejí se sebezáchovou a sebeprosazováním, sebeláskou a s rozvojem vlastní osobnosti. Protikladné k nim jsou potřeby, které se zakládají na pomoci druhým a na soucítění. Potřeby afiliace, to jsou potřeby společenského kontaktu.

Potřeby vstupují do psychiky lidí jako součást celkové motivační struktury a aktivity v interakci s prostředím. U různých lidí vykazují stránku typickou a individuální. Potřeby žádají o uspokojení, ale mohou i spontánně zaniknout, když se lidé přesvědčí o jejich bezvýznamné hodnotě, přijmou místo nich jiné, ty původní odsunou do pozadí nebo na ně úplně zapomenou.

Uspokojování potřeb při plném účelu nebo dosažení cíle zahrnuje rozmanité procesy a procedury, které probíhají na různých úrovních psychiky a jsou spojeny s citovými, poznávacími a snahovými procesy a regulacemi jednání. Uspokojení je provázeno pocitem libosti, někdy i pohody a štěstí, specifickým nebo obecným poklesem napětí. Má objektivní základnu a odezvu nejen v endokrinním a tělesném systému, ale i v dalším jednání. Kritéria uspokojení mívají složku poznávací a morální, neboť nelze najít uspokojení ve špatném řešení nebo provedení úkolu. Těšit se mohou lidé z maličností a naopak jsou lidé trvale

nespokojení, Záleží na tom, jaké mají nároky na život a jaké nároky si kladou sami na sebe. (8)

1.1.4 Potřeby v závislosti na životní situaci

O co jde ve smysluplném konání člověka lze zjednodušeně znázornit orientovanou šipkou, která směřuje odněkud někam. Člověk si něco plánuje, něco si předsevzal, má úmysl. Když pochopíme cíl jeho snah, máme příležitost lépe porozumět jemu a tomu, co dělá. Cíl obrazně řečeno člověka nestrká, ale táhne. Zdůrazněním motivačního působení cílů jde nejen o to, že cíl přitahuje, ale i o to, že cíl dává zpětnou vazbu k tomu, co se na cestě k dosažení cíle děje. (12)

Po celý život se uplatňuje okruh osobních vztahů a rolí v různých podobách ve škole, v zaměstnání, v partnerských vztazích, ve vztazích se sousedy, se spolupracovníky a ve veřejném životě vůbec. Vedle souhry potřeb, zájmů, životních hodnot a jejich vzájemného respektování, je život plný nedorozumění, sporů a konfliktů i kompromisů. Okolí nemusí chápat vlastní motivy člověka vždy shodným způsobem. Pokud nedojde na té či oné straně k uznání reality nebo ke zvýšení tolerance, může dojít ke konfliktu.

Ne vše, co si člověk přeje, se realizuje nebo může realizovat. Prosazování cílů člověka ve společnosti není zdaleka jednoduché a bezkonfliktní. Rovněž existují individuální rozdíly v sebeprosazování. Člověk je omezován fyzikálními, fyziologickými, biologickými, časovými a prostorovými i společenskými bariérami. Přijetí určitého cíle, zvláště pak jeho dosažení cílesměrným jednáním je charakterizováno nadějí. Dodává sílu zvláště tam, kde se toto jednání setkává s překážkami. Naděje je zdrojem pozitivních emocí. Naopak překážky, které blokují cestu k cíli nebo také to, co zdržuje na cestě k cíli, je pro člověka zdrojem negativních emocí. Maslowova hierarchistická soustava potřeb, která zahrnuje pět úrovní potřeb, na jejímž vrcholu stojí potřeba seberealizace, se stala předmětem kritiky pro předpokládanou univerzálnost potřeb. Stupeň závažnosti potřeby nelze stanovit podle předpisu, protože záleží na vnější i osobní situaci,

osobních preferencích a na jiných okolnostech. Žebříčky hodnot jsou velmi relativní, nikoliv univerzální. Nelze přesvědčit o výhodách seberealizace člověka, který se zrovna nachází ve svízelné situaci. Nemoc nebo každá jiná újma na zdraví, znamená vždy negativní zásah do života člověka. Zásah týkající se také psychické stránky osobnosti a motivace člověka. Hodnotí ji a prožívá tím hůře, čím nepříjemnější subjektivní dopad nemoc přináší (bolest, upoutání na lůžko), čím menší je perspektiva uzdravení a také tím, čím je člověk bezmocnější a závislý na okolí. Protože jedna nejzákladnější tendence lidského organismu je směřování ke zdraví a plné funkčnosti, tedy k rozvinutému životu, lze se spolehnout na to, že se nemocný chce uzdravit. Uzdravit za předpokladu, že si uvědomuje svůj stav, důvěřuje lékaři a ví, jakým způsobem si bude počínat.

Vážné onemocnění podporuje v člověku regresivní tendence. Vyvolává touhu po bezpečí a jistotě, po psychickém zázemí. Čím je nemoc vážnější, tím více ohrožuje základní potřeby. Obrazně řečeno se člověk ve svém prožívání a nastavenosti vůči sobě a ostatním stává „dítětem“ a vyžaduje, aby vedle něj byl někdo, kdo bude průběžně uspokojovat jeho potřeby a poskytovat mu to, čeho se mu nedostává. Čím více jsou v důsledku nemoci ohroženy základní lidské potřeby člověka, tedy sám život, tím lze očekávat větší regresi. V takové situaci člověk musí vědět, že je přijímán se vším všudy a že nebude opuštěn. Nemoc znamená také zásah do sebepojetí a sebeúcty člověka, protože jí trpí to, čím se pozitivní obraz tvoří a udržuje. Zde je myšleno například vykonávání běžných povinností života, pozitivní odezvu v okolí a sexuální život. (12)

1.2 Seberealizace

1.2.1 Seberealizace z pohledu historického vývoje a kultury

Hodnoty a normy dané společnosti vznikají v rámci určité kultury a jako takové jsou samozřejmě podmíněny historicky, to je úrovní vývoje celé lidské společnosti i konkrétními podmínkami života té které sociální skupiny. Kulturou

rozumíme souhrn idejí, obyčejů a podmíněných emočních odpovědí, které jsou dané společností. Určuje tedy, co je považováno za žádoucí či nežádoucí, kultura také ovlivňuje posuzování jevů a členů určité společnosti. V průběhu historického vývoje a v závislosti na místě vzniku kultury se tyto hodnoty liší. Hodnoty, normy a postoje, které jsou součástí psychiky jednotlivce vlivem socializace, určují, co je správné či nesprávné a ochraňují jedince před neznámým světem mimo vlastní skupinu. Zabezpečuje mu přežití a spokojenost, přináší mu bezpečí a ochranu. (24)

1.2.2 Charakteristika seberealizace

Neexistuje jediná definice seberealizace. Každý člověk si musí najít svůj smysl tohoto slova. Tak, jako má každý své tělo, má také možnost uskutečnit své poslání. Seberealizovat se. Potřeba seberealizace tvoří vrchol pyramidy. Podle Maslowa má tuto potřebu silně vyvinutou asi jedna desetina lidí. Ti se snaží naplňovat cíle jako jsou dobro, smysl pro spravedlnost, pravdu a dokonalost. Seberealizace přináší člověku pocit uspokojení a povznesení se nad běžné starosti života. Vývoj seberealizačních potřeb je celoživotní záležitostí.

Seberealizovat znamená: Být respektován druhými lidmi rodinou a společenstvím, ve kterém člověk žije. Mít rodinnou sounáležitost, radovat se a těšit z rodinného života. Zachovávat rodinné tradice, žít podle zvolených hodnot. Sledovat spirituální, kulturní, duchovní nebo intelektuální cíle. Udržovat své tělesné a duševní zdraví - nezávisle fungovat, nebýt druhým lidem břemenem. Být materiálně zabezpečený, být úspěšný ve všech možných oblastech života. Životní spokojenost odvozovat z toho, co se člověku podařilo dokázat. Realizovat to, co leží mimo oblast egocentrického zájmu.

Seberealizací rozumíme realizování vlastního potenciálu. Je to snaha realizovat své schopnosti a plány, člověk chce být tím, kým si myslí, že by mohl být. Podle Maslowa se potřeba seberealizace řadí k metapotřebám, nebo k potřebám růstu, které vyjasňují specifické snahy člověka, který se seberealizuje.

Potřeba seberealizace, stejně jako ostatní metapotřeby, je méně naléhavá. Její uspokojování posiluje pocit štěstí a radosti. Je vyjádřením možnosti ne skutečnosti, překročením každodenní zkušenosti, potřebu vyššího duchovního života. (21)

1.2.3 Teorie motivace v humanistické psychologii

Humanistická psychologie je „třetí cestou v psychologii,” stojící vedle behaviorismu a psychoanalýzy. Humanistická je proto, že věří v uskutečňování lidského potenciálu a je dobromyslně antropocentrická. Opouští rámec empirie, je deklarativní a místo faktů prezentuje direktivy. V tomto ohledu plně odpovídá současnému pojetí humanizace společnosti, která se vyznačuje četnými paradoxy. Uvažuje o postavení člověka v dnešní společnosti, plně osobnost devastujících faktorů. Na rozdíl od psychoanalýzy neklade humanistická psychologie přílišný důraz na nevědomí, připouští sice jeho existenci, ale rozhodující je vůle. Na rozdíl od behaviorismu zdůrazňuje, že člověk je bytost aktivní a jeho jednání není určováno minulostí, ale vztahem k budoucnosti. Lze ji zařadit mezi teorie hodnoty - očekávání. Klíčovým pojmem humanistické psychologie se stává seberealizace či sebeaktualizace. Do popředí se zde dostává vůle, jako biologicky založená autonomie organismu. To, co tady nazýváme vůlí, reprezentuje sebevládu symbolického já, kdy symbolické já se stává stavem ve stavu. Základem je konflikt lidské přirozenosti, zakořeněné ve struktuře organismu. Jde o překonání „nepravého bytí”. V situaci člověka je obsažena výzva na možnosti jeho vývoje k plnému životu a jde o uskutečnění člověka jako člověka, o rozvíjení jeho biogenního potenciálu.

Maslow v teorii seberealizace rozlišuje deficitní nižší potřeby a vývojově vyšší potřeby růstu, které vrcholí v komplexu sebeaktualizace. Zdůrazněna je tu subjektivní stránka motivace. Člověk je motivován, když pociťuje touhu nebo potřebu, žádost, přání nebo nedostatek. Podle Maslowa cítí-li se člověk zdravý a existenčně zabezpečen, to znamená, je-li relativně uspokojen ve svých deficitních

potřebách, má tendenci k uplatnění svých tvořivých sil a schopností. Podle Maslowa to není fráze, ale projev tendence, která je v samé podstatě lidského bytí, jež tvoří vrozenou „základní povahu člověka“. Je to jeho vnitřní určení, potence, které může realizovat a po jejichž realizaci touží za výše uvedených podmínek.

Člověk osvobozený od deficitních potřeb touží po kráse, dobru, spravedlnosti. Touží po zážitcích, jejichž zdrojem jsou kulturní hodnoty. Je to druh potřeb, které Maslow označuje jako metapotřeby, vyjadřující potřebu sebezdokonalování. Za základní pohnutky v životě člověka Maslow považuje jistotu a růst. „Zdravý růst“ definuje jako nikdy nekončící sérii situací svobodné volby, s kterými je člověk konfrontován v každém bodě svého života a v nichž musí volit mezi radostí jistoty a růstu, závislostí a nezávislostí, regresí a pokrokem, nezralostí a zralostí. Člověk má v sobě dvě síly. Jedna vychází ze strachu o jistotu, směřuje k regresi a k minulosti, je to strach vzdálit se z mateřského lůna, úzkost z rizika ohrožení toho, co již člověk vlastní, strach z nezávislosti a svobody a z odloučení. Druhá síla ho žene kupředu k celostnosti a jedinečnosti já, k důvěře vůči vnějšímu světu v době, kdy lze akceptovat nejhlubší, skutečné a nevědomé já. Hodnoty, s nimiž se lidé vnitřně ztotožňují nazývá Maslow B-hodnoty (od being – bytí) a ztotožňuje je s morálně volnými vlastnostmi – metapotřebami. Tyto potřeby se nachází na samém vrcholu zkušeností a v procesu sebeaktualizace. Mají biologické kořeny, je jen nutné umožnit jejich projev. (15)

1.2.4 Potřeba seberealizace ve zdraví

Jednání člověka je zorganizováno tak, že se snaží dosahovat určitých cílů. Ty se snaží buď dosáhnout nebo se jim vyhnout. Cíle ovlivňují jeho myšlenky, emoce a jednání. Jsou v jeho pojetí organizovány hierarchisticky, to znamená, že existují cíle nadřazené a podřazené. Cíle jsou dostupné vědomí člověka, i když není potřeba, aby byly neustále přítomny v bdělém stavu jeho vědomí.

Smysluplnost si člověk nemusí vymýšlet. Může ji nalézt i mimo člověka. Neexistuje přesná definice toho, co se nazývá smysluplností nebo smyslem. Existuje ale povědomí o tom, že v životě člověka existuje určitý řád a pořádek a na tento řád je možno se ve světě spolehnout. Ve svém životě stojí člověk v každém okamžiku před požadavkem najít a chápat smysluplnost toho, co právě dělá nebo co se děje. Když se to podaří, je to zdrojem zdraví těla i duše a síly k životu. Člověk, který má potřebu realizovat vlastní potenciál je realista, vidí život jasně a umí být objektivní ve svých hodnoceních. Umí rozpoznat správné od nesprávného a je rozhodný. Umí naslouchat druhým. Je oddaný určité práci či povolání. Nemá snížený pocit sebedůvěry a sebeúcty Má vyváženou osobnost, která nemá časté vnitřní konflikty. Je přátelský a přijímá svět takový, jaký je. Uspokojování vyšších potřeb má k seberealizaci blíž nežli uspokojování potřeb nižších, vede k větší, silnější a opravdovější individualitě. Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm ontogenetického vývoje. Čím vyšší potřeba je, tím méně je důležitá pro přežití. Proto může být její uspokojení odkládáno a tím snáze se může tato potřeba ztratit. Žítí na úrovni vyšších potřeb vede k větší biologické efektivnosti, delšímu životu, k menšímu počtu nemocí, lepší kvalitě spánku, chuti k jídlu atd. Sledování a uspokojování vyšších potřeb současně znamená směřování ke zdraví, t.j. tendenci směřující dál od psychopatologie. Člověk, u kterého dochází k uspokojení vyšších i nižších potřeb, cení si obvykle vyšších potřeb více, než těch nižších. Jestli člověk ve svém životě dospěje k potřebě seberealizace, je ovlivněno několika faktory. Patří sem individualita člověka, osobnostní vlastnosti, modifikující potřeby. Určující je, zda je člověk introvert nebo extrovert. Mezilidské vztahy, zvláště vztahy mezi nejbližšími. Čím je vyšší úroveň potřeby, tím je širší okruh identifikace láskou. Potřeba seberealizace je také ovlivněna vývojovým stádiem člověka. U starého člověka stojí v popředí uspokojování nižších potřeb před vyššími, podobně problematické bude vyjádření potřeb dítěte. (21)

1.2.5 Duševní zdraví a seberealizace

Obecně bývá zdraví definováno nejen jako stav, kdy se člověk cítí subjektivně tělesně, duševně i společensky dobře a nejsou u něj objektivně zjišťovány žádné strukturální a funkční poruchy, ale je navíc požadována jistá rezerva pro možné stavy zvýšené zátěže.

Zdraví je dynamickým stavem v životě člověka.(9) V tomto smyslu se pak hovoří o pozitivním zdraví, ne jen o pouhé nepřítomnosti poruchy. Člověk „pozitivně duševně zdravý“ je v dospělosti charakterizován řadou aktivit, vlastností a postojů. Má vytvořené realistické sebepojetí, které souvisí s jeho minulými zkušenostmi a také s tím, jak jej vnímají druzí lidé. O tyto lidi se zajímá a je schopen se pro ně a jejich zájmy obětovat, ne bezvýhradně, protože má rád sebe - jinak by totiž sotva mohl mít rád druhé. Odmítá posuzovat svou hodnotu měřítky jiných, má svá vlastní. Většinou nepotřebuje podporu a utěšování, ale potřebuje komunikaci, která je součástí jeho racionálního a sociálního zájmu. Hledá v životě radost a uspokojení svých potřeb materiálních, poznávacích a emočních v určitých sociálních skupinách. Tady respektuje práva druhých a vytváří ve vztazích dobrou atmosféru. Má dostatečně vysoký práh frustrační tolerance. Pakliže nemá uspokojeny některé potřeby, nejdříve zjišťuje, zda je možné situaci zlepšit či ne a v záporném případě tuto situaci přijme a akceptuje ji. Respektuje právo na omyly, je tolerantní vůči omylům svým i druhých. Je otevřený vůči změnám svého myšlení a svých postojů. Je flexibilní, neztuhne v neměnných zvycích a pravidlech, dovede je změnit, když nevyhovují novým situacím a rolím. (Tento proces nazývá americký psychiatr M.S. Peck „duchovním růstem“). Akceptuje rozumově i emočně skutečnost, že neexistují absolutní jistoty, že žije ve světě pravděpodobností a náhod. Pohroužení se do tvořivé činnosti mu přináší pocit radosti a zdraví. Nepotřebuje si navozovat štěstí drogami, ale vytváří si je aktivitami a vztahy. Nesnaží se svým emocem za každou cenu velet racionality, ale racionálnost dokáže naopak použít jako štít před emočními poruchami. Přiměřeně riskuje, aniž by hazardoval. Preferuje větší radost v budoucnu před menší, ale okamžitou radostí teď hned. Znamená to, že

dokáže odložit uspokojení svých potřeb na pozdější dobu, pokud je to strategicky výhodné. Vnímá zodpovědnost za své emoční pocity, za své chování a myšlenky.

Popsané atributy pozitivního duševního zdraví představují spíše celoživotní výzvu cíle, k němuž v životě směřujeme, i když každý jinými cestami. Zahrnují nejen psychickou stabilitu a odolnost, ale také sebekázeň a zdravé interpersonální vztahy a společenskou přizpůsobivost. (22)

1.2.6 Potřeba seberealizace v nemoci

Nemoc je překážka v uspokojování potřeb člověka a sama určuje způsob vyjádření a možnosti jejich uspokojování. Člověk v souvislosti s nemocí často zaměřuje svou pozornost na uspokojování nižších potřeb a potřebami vyšší úrovně se zabývá pouze přechodně. Potřeby a jejich psychická odezva bývá ovlivněna okolnostmi, za kterých nemoc vzniká a také prostředím, ve kterém se člověk v nemoci nachází. Jinak bude vyjadřovat a uspokojovat potřeby člověk v domácí péči a jinak v nemocničním prostředí. K tomu, aby nemocný člověk dospěl k uspokojování vyšších potřeb, na jejímž vrcholu stojí seberealizace, potřebuje, mimo jiné, naději. Naděje představuje doprovodný projev jednání člověka. Dodává mu sílu hlavně tam, kde se setkává s překážkami. Je zdrojem pozitivního myšlení při přijetí i při dosažení cíle. Důležitým jevem v životě člověka je hledat, nacházet nebo přetvářet smysl žití a bytí.

Z filozofického hlediska je existence člověka charakterizována zvláště tím, že jej chápe jako bytost směřující k určitému cíli. Bytost, která přijímá podněty zvenku, reaguje na ně, ale má své vlastní záměry, které se snaží realizovat jako bytost směřující k určitému cíli. Ohrožení životních hodnot lze spatřovat ve třech směrech: Ohrožení realizace hodnoty. V této svízelné životní situaci je nutno zmobilizovat odvahu. Bud se podaří prolomit překážku a situaci zachránit, nebo při nezdaru dochází ke ztrátě. Druhým stupněm mezních situací je, když hrozí ztráta realizace hodnoty. Průvodním znakem druhého stupně mezních situací je, že původní stav nelze obnovit. V této situaci je nutná maximální mobilizace

naděje. Nejtěžším stupněm mezních situací je zpochybnění platnosti hodnoty. V takových situacích hledá člověk odpověď na otázku, proč žít a do čeho v životě investovat. Tady je kladen důraz na mobilizaci moudrosti.

Nemoc v životě člověka zcela jistě patří mezi svízelné životní situace. Z pohledu každého z nás může mít odpověď na otázku co je to nemoc mnoho podob. Ve všech kulturách je označována jako něco, co se týká bezprostředně dané osoby. Stav jedince je v nemoci narušen, dochází k malfunkci a maladaptaci jeho zdraví. Nemoc je opakem zdraví, jakožto plného tělesného, duševního, sociálního a duchovního blaha člověka. Na počátku nemoci bývají prvořadě biologické potřeby, při chronickém průběhu často nabývají na důležitosti potřeby spirituální, tedy otázky duchovního blaha. Tady jsme u otázky, co lze rozumět pod pojmem spiritualita. Je to nezbytná součást lidské psychiky. Každý člověk potřebuje mít víru, mít smysl svého života. Člověk v nemoci se ocitá v nové, jemu neznámé situaci. Ztrácí životní jistoty, práci, volnost pohybu a životní rytmus. Do jeho myšlenek se vkrádá strach, bolest a obava. Na takovou situaci reaguje člověk různě a má na to právo.

Krize a životní zvraty provází člověka celým jeho životem. Ke stáru se kumulují a jsou tedy pravděpodobnější. Krize není deprese, ale má s depresí řadu shodných nebo podobných symptomů – např. smutek, pocit zmaru, ztrátu motivace a energie, pocity bezcennosti. Krize není nemoc, je to normální reakce na nenormální situaci. Mezi nejzávažnější krize patří nemoc. Zdravotní krize nejen že vedou k vysokému emocionálnímu, fyzickému i psychickému vypětí u postižených jedinců i u jejich blízkých, ale také významně korelují se suicidálními úvahami. Zdravotní krize úzce souvisí s krizí emocionální, kdy hněv, vztek, smutek, sklíčenost i zoufalství mohou vést ke krizi kdy se jedná o vážné ohrožení jedince. (20)

1.3 Pacient

1.3.1 Osobnost člověka

Člověk žije v neustálém kontaktu s okolním světem. Protože prostředí, které ho obklopuje, je značně rozmanité a proměnlivé, vyznačuje se chování člověka také rozmanitě a proměnlivě. Ale i tak se v jeho chování může najít něco stálého, trvalého, co ho nějak charakterizuje. Trvalejší charakteristiky chování umožňují odhadnout, jak se člověk zachová v určitých životních situacích. Třeba v situaci konfliktu nebo v náročných životních situacích, jako je nemoc. Vyskytují-li se určité chování v určitých situacích opakovaně, přisuzujeme mu určitou vlastnost. Není-li vlastnost vyhrazena, uplatňují se v chování situační činitelé. Člověk se může chovat přátelsky a umírněně mezi blízkými a v jiných sociálních situacích se chová nenápadně a je mlčenlivý. Východiskem úvah o osobnosti člověka je představa o tom, že každého člověka lze charakterizovat z hlediska osobnostních dimenzí, které se v různé míře a různém stupni vyskytují u všech lidí. Pohledy na základní osobnostní dimenze nemají jen hodnotu teoretickou, ale jsou přínosem při praktickém rozpoznávání vlastností osobnosti. Mohou být i vodítkem při pro zdravotnické pracovníky, pro objasňování chování nemocných a pomoci jim při zvažování osobního přístupu k nim.

Specifickým rysem osobnosti je vědomí jeho vlastního „já“, které určuje identitu člověka a její kontinuitu v čase. „Já“ jako subjekt poznávající, který se projevuje v selekci a zpracování informací a v rozhodování a regulaci informací. „Já“ jako objekt, který prezentuje sebe sama jako obraz. Bývá obtížné obě „já“ od sebe oddělit, protože spolu úzce souvisejí a jsou ve vzájemné interakci. Zkušenost s vlastní bytostí se vytváří na základě sebeprožívání, dále vlivem sociálních reakcí jiných lidí a prostřednictvím uvažování o sobě. Člověk veškeré informace nějak prožívá, zpracovává je a hodnotí. Výsledkem je potom obraz vlastního „já“, ve kterém lze rozlišit dvě složky. Tělesné „já“ a psychické „já“. Člověk své tělo vnímá, pociťuje a vědomě reguluje jeho aktivitu. Tělesná identita

je pro člověka významnou součástí sebepojetí. Psychickým „já“ rozumíme souhrn individuálně typických duševních procesů a vlastností.

„Já“ je funkcí, která určuje identitu člověka i její kontinuitu v čase. Je centrem osobnosti, zpracovává a sjednocuje veškerou zkušenost, integruje a koordinuje většinu projevů člověka. Může fungovat zároveň jako aktivní činitel i jako pasivní objekt vlastního hodnocení, tj, obraz vlastního „já.“ (23) (8)

1.3.2 Zdravá osobnost a vliv sebepojetí

Potřebě orientace a zároveň potřebě bezpečí a jistoty slouží sebepojetí. Tlak na změnu sebepojetí bývá prožíván jako zátěžová situace. Člověk ve svém životě preferuje stabilitu i v oblasti sebepojetí. Pocit vlastního „já“ je vytvářen v průběhu života. V kojeneckém věku jde hlavně o uvědomění hranic vlastního těla. K rychlému rozvoji v dalších složkách sebepojetí dochází v batolecím věku. Vědomí sebe sama se odráží zvláště v sebezprosování, které může mít až charakter negativismu. Značná část osobní identity v tomto věku souvisí s působením rodiny. Ve školním věku hraje značnou roli pro vývoj identity příslušnost k dětské skupině. V dospívání se v sebepojetí mění význam identifikace s rodinou, která zůstává na symbolické úrovni. V dospělosti dosahuje osobní identita žádoucí varianty a dochází k její stabilizaci.

Zdravý člověk prožívá svůj život zpravidla spokojeně v pracovní i zájmové činnosti, s pocitem pohody a jistoty, má vytýčené blízké i vzdálené cíle. Svou současnou situaci prožívá příznivě, cítí se fyzicky i duševně zdravý. Svůj pocit zdraví si příliš neuvědomuje a ve svém systému hodnot nezařazuje zdraví na nejvyšší stupeň. Někdy mohou vztah ke zdraví dokonce podceňovat. Může se stát, že nejsou ani ochotni vhodným způsobem dbát na prevenci a udržování zdraví. Neudržují si dobrou fyzickou kondici, neotužijí se, podléhají nevhodným návykům. Na utváření správného postoje k udržování zdraví má velký vliv rodina a její životní styl. Udržování fyzického i duševního zdraví se podílí významně i sebevýchova. (5) (14)

1.3.3 Sebevýchova

Člověk jako aktivní tvor působí svou činností nejen na své okolí, ale také sám na sebe. K činnosti ho vedou určité potřeby (děti a dospívající se někdy snaží získat více času pro svou oblíbenou činnost na úkor plnění svých povinností). Tím, že si upravují denní režim, snaží se rozvíjet některou svoji vlastnost, která je potřebná k dosažení cíle, působí sám na sebe.. Rozvíjí se tak jeho sebevýchova. K autoregulaci u aktivního jedince dochází snadněji, jestliže byla správná jeho výchova v dětství. Znamená to, že na něj působil vzor s aktivním postojem k práci a zájmovým činnostem, vyrůstal v kladné citové atmosféře, byly na něj kladeny přiměřené požadavky a měl dostatek příležitostí k činnostem. Autoregulace, sebevýchovy závisí na správném poznání vlastních schopností a zkušeností, předností a nedostatků v rysech osobnosti, na vlastní zralosti či nezralosti. (4)

Dospívající se snaží najít podporu ve složitém hledání sebe sama u toho, kdo ho vidí jinak, než ostatní. Nepříznivě na formování člověka působí, je-li posuzován okolím podle současné úrovně svých projevů, bez přihlídnutí k jeho možnostem a předpokladům. Je nutno projevovat mu důvěru, soustředit se na jeho kladné vlastnosti a ukazovat mu perspektivy. Sebevýchova vyžaduje sebepoznání. Člověk potřebuje znát, jaký byl dřív, jak se měnil a proč a jaké možnosti má v dalším vývoji. Mladého člověka vede neodpovídající sebehodnocení k nepřiměřeným cílům. Takový člověk bývá nespokojený, náchylný ke konfliktům s druhými lidmi, k chybování v životě. Cíl je představa, která je zaměřena do budoucna. Aby člověk dosáhl cíle, musí učinit předsevzetí a své předsevzetí uskutečnit. Jinak se nejedná o cíl, ale o plán nebo představu. (2)

Nedílnou součástí sebevýchovy je duševní hygiena, která obsahuje zásady a poznatky k upevnění psychického zdraví jednotlivce a společnosti. Člověk by měl znát základy duševní hygieny, aby chránil své psychické zdraví. V sebevýchově hraje významnou roli autoregulace, jako cesta k udržení duševního zdraví. Znamená to nemyslet na starosti a subjektivní nesnáze, protože někdy pod vlivem negativních myšlenek může dojít až k sebevraždě. Je důležité znát příčinu nesnázi a nepřecenit ji, člověk, který se bojí má tendenci vidět nebezpečí i tam ,

kde není. Objektivizovat vlastní starosti a subjektivizovat nesnáze. Čím přesněji známe objektivní příčiny, tím lépe je zvládnáme. Zamezit zúžení zorného pole. Neupnout se na ohroženou hodnotu, ale vnímat i ostatní, které život přináší. Zaujmout k problému citově nezúčastněné stanovisko, dívat se z nadhledu. Zvýšit pružnost myšlení, vidět věci ve vývoji, neúspěch i úspěch jako něco dočasného. Neklást zbytečně důraz na budoucnost a nevracet se příliš do minulosti. Neidealizovat nedosažitelné a neznámé věci. Zlepšit své poznání, protože sebepoznání vede k vymýcení vlastních chyb. Nesoustředit se pouze sám na sebe. Zbavit se hypochondrie. Čelit rozpornosti svých potřeb, nevytvářet fiktivní potřeby a nemít příliš velký rozsah potřeb. Respektovat morální hodnoty, má-li člověk čisté svědomí, nepodléhá tolik strachu a úzkosti. Zvyšovat schopnost koncentrace, soustředit se na právě vykonávanou práci, zapomenout na starosti. Využívat autosugesci, nenahlížet na sebe jako na někoho, komu se v životě nedaří. Šetřit svou energii, fyzicky a psychicky se otužovat – být ukázněný, nepropadat afektům, nevyvolávat konflikty, nezávidět, nerozčilovat se. Hledat vhodný způsob odreagování se svěřením se blízké osobě. Citové přeladění - znamená to večer před spaním nemyslet na starosti. Zbavovat se špatných návyků.

(5)

1.3.4 Člověk v krizi

Umět unést rány osudu, útoky druhých lidí, neštěstí a nemoc, není lehké. Člověk má však zázračnou schopnost přežít a vyrovnat se i s těmi nejtěžšími ztrátami a smutek je dar, který mu při tom pomáhá. (6)

Zátěžové situace tvoří přirozenou součást života, dokonce můžeme mluvit o nezbytné a přirozené součásti normálního utváření osobnosti. Kdyby takové situace v životě vůbec neexistovaly, byl by plnohodnotný vývoj osobnosti narušen. Pokud se však takové situace stanou neúměrně silnými, případně se kumulují v časově omezeném úseku, není v silách jedince se na ně přiměřeně adaptovat. Psychika zdravého jedince je odlišná od psychiky nemocného. Problém

je tedy v míře a kvalitě zátěže, s ohledem na adaptivní možnosti jedince. Lidé se od sebe liší v tom, co je pro ně přijatelnou a nepřijatelnou zátěží. Problém zátěže úzce souvisí se schopností adaptace.

V běžném životě se člověk každý den setkává se svízelnými situacemi, které většinou zvládá bez větších problémů. Jsou to drobné starosti všedního dne. Chyby, zanedbatelné ztráty, nedorozumění, tedy situace, k jejichž zvládnutí je člověk většinou vybaven, umí je předvídat a řešit. Tyto situace se mohou kumulovat, přidají-li se k nim situace nové a nečekané. Tuto zvýšenou zátěž člověk většinou zvládne. „Pokud ale objektivní požadavky na interakci jedince s prostředím narůstají a ocitají se v rozporu s jeho subjektivními předpoklady, začíná se člověk vyrovnávat se situací pouze s vypětím svých sil, při značném rozkolísání a obětování některých integrujících funkcí. To je provázeno souborem nespecifických a specifických reakcí, směřujících k zachování vnitřní integrity jedince na určité úrovni, funkčními poruchami různého stupně, kvality a různé doby trvání.” (1)

K zátěžovým situacím patří nepřiměřené úkoly a požadavky. Nepřiměřenost může pramenit z nerespektování fyziologických nebo psychických možností jedince, důsledkem čehož bývá nechuť pokračovat v činnosti, podrážděnost až agrese nebo naopak dojde k rezignaci, apatii, únikům od aktivit k útlumovému chování nebo náhradnímu cíli. Problémové situace jsou spojeny s potřebou orientovat se v neznámých situacích nebo provádět úplně neznámé činnosti. Mnohé tyto situace zejména v rámci pracovní činnosti bývají popudem k tvořivosti. Překážky zabraňují v dosažení cíle, omezují možnosti v tomto směru. Prožitek bývá charakterizován emocemi jako zlost, vztek, lítost. Tyto reakce se označují jako frustrace (zmaření, zmarnění)

Konflikt souvisí s procesem rozhodování. Konflikt mezi vnějšími požadavky a vnitřními tendencemi jedince nazýváme vnějším konfliktem (konflikt mezi dvěma osobami). Vnitřním konfliktem nazýváme situaci, kdy se jedná o střet protichůdných zájmů nebo motivů jedince. Bývá doprovázen váháním, nerozhodností, zvýšeným napětím. Cílem je ukončení konfliktu za

každou cenu. Stresové situace vznikají působením rušivé okolnosti při průběhu nějaké činnosti (působení časového stresoru, atypického prostředí). Typickým příznakem působení stresu je úzkost a nejistota. (15)

1.3.5 Frustrace

Selžou-li adaptační mechanismy člověka, změní se jeho chování. Uchyluje se k projevům, kterými se brání tlaku dané situace. Ostatním lidem se může takové chování zdát nepochopitelné. To, čeho je člověk v takové situaci schopen, záleží na míře odolnosti vůči zátěži – na frustrační toleranci. Frustrace pochází z latinského slova *frustra* – nadarmo. Rozumíme jí nemožnost dosažení přání nebo potřeby. Dlouhodobá nemožnost dosáhnout uspokojení může mít zdravotní následky. Frustrací také rozumíme psychický stav a chování člověka v situaci, kdy je z nějakého důvodu zablokováno uspokojování potřeb nebo dosažení vytčeného cíle. Frustrovaným se může stát člověk v nemoci. Hospitalizace v nemocnici je jistě pro každého z nás svízelná situace. Takovou situací může být chronické onemocnění, které omezuje kvalitu života nebo člověka ohrožuje nepříznivou prognózou. Onemocnění, která postihují intimní části těla, dále zásadní zásahy do organismu jako jsou dilacerující poranění nebo amputace končetiny, zlomeniny kostí a úrazy, které přivedou člověka z plného zdraví na nemocniční lůžko, stane se imobilním a zcela závislým na ošetrovatelském personálu.

Nemoc klade zvýšené nároky na psychiku člověka. Jde o přijetí faktu, že je nemocný, musí překonávat problémy, které s sebou nemoc přináší. Dále musí akceptovat a přijímat jako fakt nepříjemné a někdy i bolestivé diagnostické a léčebné výkony. Psychologická problematika chronicky nemocných je velmi složitá. Jsou to onemocnění, která výrazně omezují kvalitu života a jsou spojena s nepříznivou prognózou, s úbytkem životní síly a s blízkostí smrti. Takto se posuzují nádorová onemocnění, ischemická choroba srdeční, onemocnění ledvin, cévní mozkové příhody... Pacient je zahrán do situace, kdy mu schází

perspektiva uzdravení, dochází ke střídání remisí a relapsů. Vyrovnat se s takovou svízelnou situací je pro člověka jistě velmi nesnadné, někdy mohou potřebovat i odbornou intervenci. Je žádoucí, aby člověk ve svízelné situaci, jakou nemoc zcela jistě je, nebyl frustrován a docházelo u něj k přirozenému uspokojování potřeb. To je závislé také na přístupu nemocného k nemoci. Může mít přístup přirozený, který odpovídá závažnosti onemocnění i stupni informovanosti. Při nozofóbním přístupu má nepřiměřený strach z nemoci a jejích následků. Nozofilní přístup k nemoci charakterizuje kladný vztah k nemoci (sociální výhody, pozornost okolí). Přístup bagatelizující znamená podceňování závažnosti onemocnění s porušováním léčebného režimu. Přistupuje-li k nemoci účelově, může potíže předstírat, zastírat nebo zveličovat. Člověk se může chovat útočně vůči zdroji frustrace. Jde o zastřenou agresi, mimiku, slovní výhrůžky až po fyzické napadení. Reakcí na frustraci může být únik a to v době, kdy je prožívání frustrace snesitelnější. Fakticky utíká člověk z ordinace zubního lékaře, symbolicky utíká člověk z místa nebo situace, která ho ohrožuje, fantazijně uniká člověk do snění ze situace, kterou nedokáže unést, pomocí drogy, kdy člověk dokáže řešit situaci pouze potlačením strachu drogou. Do nemoci utíká, když mu nemoc může poskytnout útočiště. Může řešit situaci únikem ze života, když je pro něj situace neřešitelná a rozhodne se pro tento druh úniku, například při ztrátě blízkého člověka.

Pokud je člověk silně vázán k nějakému cíli, nedokáže jej opustit a překážku nelze překonat, nedovolí mu jeho emocionální cítění nalézt vhodnější řešení situace, než ustrnutí. Někdy může pomoci vytěsnění, rozumíme jím uvědomovaný děj, který člověka zbaví nepříjemných pocitů nebo zážitků. Ke tlumení nepříjemných pohnutek nebo přání se nechá použít úmyslné potlačení. Nepříznivá realita, například sdělení infaustní diagnózy, hrozba trvalého tělesného defektu po úrazu nebo smrt blízkého člověka, to jsou události, kterého mohou člověka v životě potkat. Nemusí tuto situaci přijmout a odmítne ji (popře ji). Tento stav má ochranný charakter, protože poskytuje čas k přiměřeným formám adaptace.

Člověk může racionalizovat a tím si zdůvodnit své chování, které nebylo v souladu s představami o sobě. Projekce chrání člověka před přiznáním si jeho nežádoucích vlastností a myšlenek tím, že je připisuje druhým lidem. Přesunutí znamená, že potřeba, která nemůže být uspokojena je přesunuta na jiný objekt (pacient, který se bojí svoji agresi vybit na ošetřovatelském personálu z obavy zhoršené péče, obrátí svou agresi na spolupacienty). Intelektualizací se člověk může pokoušet o získání citového odstupu od stresové situace tím, že se s ní vyrovnává použitím abstraktních intelektuálních termínů. (17)

1.3.6 Nemoc jako náročná životní situace

Být zdravý představuje pro člověka významnou životní hodnotu. Když je zdravý, snese celkem snadno větší fyzickou zátěž, vydrží určitou dobu bez jídla, odpočinku a spánku. Není omezován v různých aktivitách, které mu přináší uspokojení a radost. Limitujícím faktorem v uspokojování potřeb je jistě věk. Pokud člověka netrápí nějaká choroba, není příliš omezena kvalita jeho života..

S věkem se mohou dostavit různé problémy, ale pokud významně nezasahují do běhu života, člověk je většinou akceptuje jako součást svého života. Přijímá změny jako fakt a ne jako handicap. Pojem pozitivní zdraví zahrnuje cesty a způsoby, jak si posilovat a udržovat zdraví. Zdraví není samostatným cílem života, ale je předpokladem a podmínkou pro běžný život. Je to pozitivní pojem, který zdůrazňuje sociální a individuální podmínky a zdroje stejně jako fyzické kapacity. Cítí-li se člověk zdravý a není výrazně nespokojený, nemá potřebu něco konkrétně pro zdraví dělat. Většina lidí se začne věnovat péči o své zdraví teprve tehdy dostaví-li se první potíže nebo příznak choroby. Zdá se, že teprve když člověk onemocní a má bolest nebo je jinak omezeno jeho fungování, začne být motivován k tomu, aby věnoval úsilí zlepšení svého zdravotního stavu. Na psychiku člověka působí nepříznivě jakékoliv onemocnění. Nemoc není obvyklý způsob života. Omezuje člověka v jeho činnostech a zvyklostech, snižuje nebo přímo znemožňuje výkon v povolání, mnohdy narušuje mezilidské vztahy.

Nemoc vyžaduje schopnost adaptace na novou situaci. Vyžaduje vyrovnání se s nepříznivými a bolestivými projevy změněného stavu. Adaptace na nemoc a pobyt v nemocnici závisí na vyspělosti osobnosti před onemocněním. Proč se chování nemocných při zdánlivě stejných podmínkách liší lze vysvětlit na postoji jedince k sobě samému – já jsem, umím, patřím, chci. Každé onemocnění ovlivňuje chování a reakce člověka, může ovlivnit i některé rysy osobnosti. Se změnami emocí a nálad se setkáváme u běžných onemocnění, jakými jsou drobná nachlazení. U dětí, které ještě nedovedou vyjádřit potíže slovy, se objevuje plačtivost, mrzutost a poruchy spánku. Intenzita emočního prožívání u některých lidí nemusí odpovídat vážnosti onemocnění. Tito lidé přijmou daleko klidněji sdělení závažnější diagnózy, zvláště, když jim onemocnění nepůsobí větší somatické potíže. Při častém opakování některých onemocnění se organismus vyčerpá, unavený organismus může mít prudší emoční reakce, které neodpovídají stavu onemocnění.

Emoční reakce souvisejí s prožíváním bolesti. Bolest jako signál, že v organismu není něco v pořádku. Vnímání bolesti je individuální u různých jedinců, zároveň je různé u téhož člověka v různých situacích. Bolest je prožívána silněji, když je organismus unaven, je-li provázena strachem (z operace, nevléčitelné choroby), doléhá-li na člověka dřívější zkušenost s bolestí. Nejistí a neurotičtí lidé bývají k bolesti citlivější, méně citliví k bolesti bývají lidé depresivní. Co člověk prožívá v době onemocnění je závislé na věku. Dítě prožívá nemoc citově (nepříjemné příznaky, omezení aktivity, separace od rodiny), dospělý racionálně, (rozumově) je schopný posuzovat nemoc jako přirozenou součást života. Snaží se o rychlé vyléčení. U starého člověka převládá citová složka, bojí se sociálního dopadu (osamělosti, závislosti na někom). Prožívání nemoci závisí na zdravotním uvědomění. Jak si člověk svého zdraví váží, jak posuzuje své zdravotní problémy kdy vyhledává odbornou pomoc, jak se snaží spolupracovat na vyléčení. Člověk s racionálním zdravotním uvědoměním se snaží nemocem předcházet, v případě závažnějších potíží vyhledá lékařskou pomoc. Důležitou roli v prožívání nemoci hraje typ osobnosti. Záleží na typu osobnosti před onemocněním

Extroverti se lépe vyrovnají s nemocí, dokáží o svých problémech mluvit, problematičtější jsou lidé typu cholera a melancholika. U melancholických typů se zvyšuje uzavřenost a tím se prožitek z nemoci zhoršuje. U lidí, kteří byli citlivější na vnější podněty před onemocněním, se zvyšuje přecitlivělost. Nemalou roli v prožívání nemoci hraje stupeň inteligence, který umocňuje schopnost přijímat a správně chápat důležité informace k léčbě. Inteligence je označením pro vyšší formy organizace a rovnováhy poznávacích strukturací. Základní úlohou inteligence je zabezpečovat pružnou a strukturální rovnováhu v duchovním životě i v životě samotného organismu. (18)

Rozdílně prožívají lidé nemoc akutní a chronickou. Konzervativní léčba bývá nemocnými lépe přijímána na rozdíl od operativní, kterou doprovází nepříjemné pocity strachu, bolesti, nejistoty, závislosti, obava z narkózy, z operativního nálezu, strach ze smrti. Prožívání nemoci ovlivňuje v neposlední řadě osobní zkušenost z předchozí choroby, rodinné zázemí, domácí prostředí je ve většině případů lépe přijímané, než hospitalizace. Jinak je prožívána nemoc v místě bydliště, jinak v cizím prostředí. Nemocničním prostředím, změnou režimu dne a separací od rodiny může být výrazně ztížena adaptace na nemoc. (16)

1.4 Prostředí

Nemocnice je značně odlišným zařízením od těch, na které je člověk zvyklý v běžném životě. Má specifické úkoly. Prvním z nich je pacienta vyšetřit, stanovit diagnózu a začít léčit. Podstatou léčení je pak úplné vyléčení nebo alespoň podstatné zlepšení zdravotního stavu. Jiným úkolem je tzv. zdravotnická péče. Je tím myšlena humanistická stránka zdravotnictví, tedy péče o to, aby pacient zůstal v dobrém psychickém stavu, aby se nezhroutil emocionálně a aktivně se zapojil do léčebného procesu. Pro generaci našich prarodičů představovala nemocnice místo posledního pobytu člověka. V povědomí zvláště starších lidí toto pojetí stále ještě existuje. Nemocnice je rozdělena na mnoho specializovaných oddělení, jejichž názvy mohou být zcela cizí a jejich účel pro člověka nesrozumitelný. Jsou

zde zřizována lůžka akutní péče, to jsou oddělení úrazové chirurgie. Chronicky nemocní se umisťují mimo hlavní komplex nemocničních budov, ve specializovaných zařízeních pro dlouhodobě nemocné.

Bylo zjištěno. Že pouze 2 % nemocných se do nemocnice dostávají přímo (např. po autohavárii). V 98 % jsou lidé posíláni do nemocnice prostřednictvím odborného lékaře. V takových případech se jedná o rozhodnutí autority a na toto rozhodnutí má člověk jen malý vliv. Chce se od něj, aby byl trpělivý, poslušný a relativně pasivní nemocniční pacient. Umístění a léčení člověka v nemocnici (hospitalizace) bývá pro člověka zážitkem nového druhu. Mnohé se změnil nejen v jeho těle, ale i v jeho duševním životě. Člověk ve zdraví aktivní, se změnil v pasivního, protože hlavními aktéry v jeho životě v nemocnici se stávají zdravotníci. Relativně nezávislý člověk se tady stane závislý na druhých lidech, kteří mu určují, jak a co má dělat. Zdravý člověk si sám určuje životní rytmus. V nemocnici je mu zatěžko řídit se takovým rytmem, který je mu zde předkládán. Značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení dává zdravému člověku to, že podává ve svém životě dobré výkony v činnostech, pro které má předpoklady. Za hospitalizace musí dělat činnosti, které neumí a neovládá a to devalvuje jeho sebedůvěru. V běžném životě žije člověk v kruhu své rodiny, mezi přáteli a známými, které dobře zná. Nemocnice je pro něj relativní sociální izolace. Kontakt s blízkými je mu značně omezen a je zde uzavřen do poměrně neznámého prostředí. Poměrně stabilizovaný rozsah zájmů se v nemocnici zužuje především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny. Zdravý člověk běžně zvládá problémy, které mu život stavěl do cesty. V nemoci ztrácí vládu nad svým fyzickým i psychickým stavem, kterému moc nerozumí a ztrácí nad ním vládu (neví, co se s ním děje). V životě dosud zdravého člověka většinou převládají kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života. Má určitou míru jistoty a naděje. Emocionální stav pacienta je charakterizován souborem negativních citů, jako je strach, bolest, obava a nejistota. Zdravý člověk žije v dosti široké časové dimenzi. Uvědomuje si minulost, žije v přítomnosti s pohledem do budoucna.

Pacient žije jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá. (26)

1.4.1 Léčebně ochranný režim

Prostředí jako léčebný režim se snaží vytvořit co nejvíce vlivů, které by kladně působily na psychiku pacienta. Zdravotnické prostředí má stránku sociální, lidskou a emoční, která se prolíná s materiální, technickou a estetickou stránkou. Z těchto hledisek lze pozorovat jisté situace. Převoz sanitním vozem, který převáží pacienty někdy s větší časovou prodlevou, bývá v nesouladu se zdravotním stavem čekajícího pacienta. Řada zdravotnických zařízení se pro pacienty stává doslova bludištěm svou nepřehledností a provozní složitostí. Zdravotníci by měli nemocnému, který se nevyzná, vlídně poradit, protože hledající pacient, navíc odbývaný personálem, nemůže být dobře připraven na spolupráci se zdravotníky. Prostředí příjmové ambulance má být upraveno tak, aby čekání na první kontakt s lékařem bylo pro něj pokud možno příjemným. Mohou zde být připraveny časopisy ke čtení nebo televize. Důležité je první oslovení sestrou, která informuje pacienta o tom, jak dlouho bude asi čekat. Sestra zajistí nerušené odebrání anamnézy a pružně zařizuje pomocná vyšetření, aby byl pobyt v ambulantní péči zkrácen na minimum, zvláště jedná-li se o akutní příjem. Na začátku hospitalizace je důležitý způsob přijetí sestrou. Bez ohledu na její pracovní vytíženost nebo pokročilou noční hodinu u akutního příjmu, má být přívětivé. Pacient je seznámen s denním řádem a provozem oddělení. Dále je seznámen s právy a povinnostmi pacientů. Při porušování svých práv se může obrátit na vedení zdravotnického zařízení, na svou zdravotní pojišťovnu, na lékařskou komoru nebo na ministerstvo zdravotnictví.

U těžkých stavů je důležité pružné zvládnutí formalit, aby nemocného nezatěžovaly a nezdržovaly pomoc. Pacient je umístěn na pokoji, kde by mělo být vhodné osvětlení, aby bylo možno číst. Na oddělení má být zajištěna potřebná míra klidu (klid pomáhá léčit). Hluk jisté intenzity se stává pro pacienta obtěžující

tím více, čím vážnější jejich zdravotní stav je. Zdrojem hluku může být i běžná technika (stroje na vytírání podlah). Problémem může pro pacienta být dlouhodobý klid na lůžku. Je jí narušena sebek péče a ohrožuje nemocného imobilizačním syndromem (např. v souvislosti s vážným úrazem).

V lůžkové části zdravotnického zařízení vznikají vztahy mezi nemocnými. Pacienti umístění na jednom pokoji se mohou vzájemně povzbuzovat a pomáhat si. Může se rozvinout vzájemná sympatie, respekt nebo soucit, ale i nedůvěra, rivalita a hostilita (nepřátelství). Vyrovnanější bývají vztahy mezi muži, kteří vystupují méně submisivně vůči ošetřujícímu personálu. Ve vztahu mezi ženami se spíše projevují antipatie, soucit prožívaný, ale i hraný. Ženy jsou obětavější ve spolupráci s personálem a iniciativnější než muži. Ženy si přinášejí do nemocnice více osobních věcí a potřeb, které je obtížnější uspořádat na malém prostoru. To může budít dojem, že na mužském pokoji je lepší pořádek. Za hospitalizace se mohou pacienti setkat se spolupacienty zmatenými, depresivními, s nemocnými s nesnesitelnými bolestmi. Výjimkou nejsou pacienti neukáznění, hádaví nebo chrápající. Nespokojenost se situací nedávají pacienti najevo přímo, ale spíše zhoršením potíží, poruchami spánku, nechutenstvím. Mohou se dostavit i projevy hospitalismu. (26)

1.4.2 Hospitalismus

Hospitalizace nemocného je vážnou změnou ve způsobu života. Nemocný se musí podřídit nemocničnímu řádu, sdílí pokoj s jinými pacienty, je brzy buzen, nemusí mu vyhovovat brzké usínání. Program je daný, ve všem za něj rozhoduje ošetřující personál, protože vše okolo rozhodování je složité, že je vhodnější dát se vést. Pobyt v nemocnici také zužuje okruh zájmů a zvyklostí, na které byl nemocný dosud zvyklý v běžném životě. Pacient může snadno podlehnout pasivitě, adaptovat se na tuto situaci a nemíní ji opustit. Nemocniční stereotyp může začít představovat normální život a stát se tak hrozbou. Celou situaci zhoršuje ztráta kontaktu s rodinou, právě kvůli delší hospitalizaci. Hospitalismus

je pojem zahrnující nepříznivé, především psychické podmínky nemocničního prostředí, které mohou působit na duševní stav i tělesné zdraví nemocného. Nejčastěji a nejvýrazněji jsou projevy hospitalismu (pro bezmocnost a sociální závislost) pozorovány u dětí, ale mohou postihnout nemocného v každém věku. Vlivy, které k hospitalismu vedou, se shrnují pod pojem psychická deprivace. Je to stav, kdy je psychika nemocného na delší dobu ochuzena o zevní podněty. Deprivace senzorická vzniká ochuzením o podněty smyslové, emoční, citové a intelektové, o podněty pro myšlení a úsudek. Do konkrétních forem deprivace patří deprivace experimentální (v kabině, kde je naprostý klid a ticho, při zajištění veškerého hygienického a fyziologického pohodlí). Sociální deprivace u dětí přechovávaných ve sklepě nebo ústavní výchova v nedobře vedených ústavech . Záporný vliv hospitalizace je zvyšován anonymitou nemocného, který je oslovován číslem nebo chorobou (stehno ze Strakonice). Pacient může být nepřesně informován nebo je informací mnoho a zapomene je. Stává se součástí systému. Naslouchá nemocničnímu jazyku a ne všemu dobře rozumí. Je izolován od běžného života, který teď představuje pouze pokoj, lůžko, pocit osamocení a strádání bez rodiny. Přispívá také obava z vlastní nemoci, odpor k exkrementům druhých i svých. Často vidí těžce nemocné a smrt. Na projevy hospitalismu pacient reaguje depresí a pláčem. Může také protestovat, stát se agresivním nebo se uzavřít do sebe. Hospitalismem bývají postiženi starší pacienti, kteří jsou sociálně izolovaní nebo pacienti s chronickou chorobou, dlouhodobě hospitalizovaní. Z pacientů středního věku mají sklon k hospitalismu neurotici a někteří psychotici, které pobyt v nemocnici chrání před problémy života. Projevy hospitalismu může zmírnit přístup ošetřujícího personálu, spočívající mimo jiné v dostatečném odvedení pozornosti od prostředí, ve kterém se nachází. Snaha o zmírnění bolesti co nejdříve. Nabízením dostatečného množství podnětů, poslouchání radia, sledování televize, umožněním návštěv. Samozřejmě zvažovat možnosti domácí péče. (26)

1.4.3 Psychologie návštěv

Psychologické působení příbuzných a návštěv je dána jejich osobností, také jejich postojem k nemocnému včetně zájmů, které ve vztahu k němu sledují. Zčásti také jejich zážitky s nemocí a léčením. Většinou mají zájem přispět k brzkému uzdravení jejich nejbližšího, ale bývají bezradní a nevědí, jak k tomu přispět. Někdy bývají znepokojeni více než nemocný, také snadno podléhají emocem a pláčou, čímž celou situaci spíše zhoršují. Sbírají různé, někdy i nepřesné informace o léčení nemoci a snaží se něco podniknout ve prospěch nemocného. Psychologické problémy vznikají většinou v kontaktu s příbuznými dlouhodobě nemocných pacientů, zvláště s jejich dětmi. Opakovaně vymáhají informace od lékaře. Jde o projevy starosti nebo nedůvěry, někdy vyplývající i z pocitu viny, že něco zameškali. Snaží se něco tímto způsobem napravit. Vhodné pro pacienta jsou návštěvy, které ho navštěvují často, ale příliš ho neunavují. Nenosí mu nadbytek jídla nebo dokonce léky bez vědomí a souhlasu lékaře. Neprobírají s pacientem donekonečna jeho potíže, ale naopak ho příjemně rozptylují. Tyto požadavky porušují příbuzní bez empatie, také nedůvěřiví netrpěliví a egocentričtí příbuzní. Pokud je návštěvou spolupracovník, neměl by pacienta zatěžovat pracovními problémy. O pracovních problémech nemůže nemocný rozhodovat, ani nic podepisovat. V případě pracovní neschopnosti jsou podpisy služebních dokumentů neplatné. Důsledkem nevhodného chování návštěv může dojít i ke zhoršení stavu pacienta. Pokud ošetřující personál pozoruje problematické situace kolem pacienta a jeho návštěv, chová se taktně v zájmu nemocného, rozpory se snaží tlumit a neroznášet je mezi jiné nemocné. Důležité je informovat o nich spolupracovníky a lékaře. Nemocný osamělý nebo příbuznými opuštěný vyžaduje psychologickou, někdy i sociální péči. Pro upevnování rodinných kontaktů bývají pacientům povolovány návštěvy doma o víkendu i v pracovní dny, pokud to dovoluje jejich zdravotní stav. (26)

1.4.4 Klid na lůžku a zaměstnávání pacientů

Klid na lůžku klade značné nároky na trpělivost pacientů, zvláště pak takových, kteří oplývají vzrušivým temperamentem. Přesáhne-li míra klidu adaptační schopnosti pacienta vzniká psychická tenze až úzkost a agresivita. Ta se u nemocných projevuje většinou pouze slovně, mimikou a gesty. Při dlouhodobém omezení v lůžku lze z fyziologického hlediska pozorovat pokles cévní reaktivity, poruchy zažívání se zácpou, zvýšenou únavu i svalové napětí. Nevyžaduje-li nemoc přísný klid na lůžku, ordinuje se tolik pohybu, kolik organismus pacienta bez nebezpečí snese. Po operacích se doporučuje pohyb dříve, než v minulých dobách, je v zájmu nemocného, aby se během uzdravování připravoval na návrat do domácího prostředí a do pracovního života. Zaměstnávání je součástí vlastní terapie a obnovy funkce orgánu nebo systému (např. rehabilitace po úrazu). Má význam podpůrný zvláště u starých nemocných lidí. Celkově má zaměstnávání povzbudivý vliv na psychiku a na somatickou aktivitu. Vytváří zdravější způsob chování, tlumí patologické stereotypy, odvádí pozornost od potíží, posiluje pocit užitečnosti, snižuje pocit izolace a méněcennosti. Zaplňuje volný čas. Vybranou činnost lze umožnit i pacientům mající přísný klid na lůžku, navíc má u nich daleko větší význam než u chodících. Činnost se doporučuje podle stavu nemocných, v souladu s jejich zájmy a schopnostmi. Ordinance a vedení činností je věcí týmové spolupráce ošetřujícího personálu, lékaře a rehabilitačního pracovníka, někdy i ve spolupráci s psychologem. (26)

1.5 Vztahy a jejich vliv na potřebu seberealizace

1.5.1 Vymezení lidské komunikace

Společnost lidí je v podstatě sít' vztahů mezi lidmi. Když si ji představíme jako rybářskou sít', pak uzly představují lidi a provázky či lana vztahy mezi nimi.

Co to vlastně je - toto lanoví v lidském světě? Jedna odpověď je, že je to komunikace. (25)

Pojmu komunikace lze rozumět jako proudění informací ze zdroje k příjemci nebo také přenos znalostí. *Communicare* - společně něco sdílet. Hausenblas (1971) definoval komunikaci jako společné podílení se na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu. Někteří psychologové chápou komunikaci jako sdělování i sdílení. To znamená, že komunikuje i člověk, který jen přihlíží. Účelem komunikace je dopad na příjemce, potom dostává smysl. Mezi funkce komunikace patří informovat – předat zprávu, instruovat – naučit, přesvědčit – získat někoho na svou stranu, vyjednat – dospět k dohodě a mimo jiné také pobavit – rozveselit druhého.

Motivaci komunikovat má každý z nás v různé intenzitě. Kolísá a závisí na řadě okolností. Zda je nám dotyčný sympatický. na naší svěžesti nebo únavě, také na tom, zda ovládáme jazyk partnera a zda si s ním rozumíme. Záleží na tom, aby obsahy v naší hlavě byly dostatečně naléhavé a my se o ně chtěli podělit. K tomu, abychom komunikovali, potřebujeme motivaci kognitivní, to znamená, že chceme vyjádřit něco o sobě či druhých. Ptáme se, abychom se co nejlépe vyznali v názorovém světě druhého člověka nebo v tématu, o němž je řeč. K tomu potřebujeme motivaci zjišťovací a orientační. Častou motivací komunikovat je uspokojit potřebu bližšího kontaktu. Tato potřeba spoluvytváří základní pyramidu lidských potřeb. Spokojenost lidí je závislá právě na naplnění potřeby komunikovat. Člověk potřebuje opakovaně zažívat pocit sounáležitosti, mít jistotu, že někam patří a že není na světě sám. Důležitá je motivace sebepotvrzovací. Komunikováním s druhým nalézáme, potvrzujeme a rozvíjíme svou identitu. Komunikací vyjadřujeme svou pozici v sociálním světě nebo svou profesní (životní) roli. Lidé komunikují z potřeby uplatnit se, upoutat na sebe pozornost nebo také předvést to, o čem jsou přesvědčeni, že jim získá obdiv a úctu. Motivací pozitivní se rozumí, že se chce člověk rozptýlit, odpočinout si. Komunikací člověk uspokojuje smysl života udržuje si psychické zdraví. (25)

1.5.2 Role sestry ve vztahu k pacientovi a její ovlivnění potřeby seberealizace

Z historického hlediska se role sestry mění. Z pasivního vykonavatele příkazů se stává plnoprávný člen týmu s vlastní profesní náplní a odpovědností. Sestra plní svou roli samostatně, nezávisle a koordinovaně s ostatními odborníky.

Ošetřovatelství a sestry dnes znamená, že jsou zapojeny do širších společenských změn, stávají se jejich součástí. Někdy jsou jejich původci a změny samy popohánějí nebo jsou jimi hnány. Pokud se od sester očekává, že změní ošetřovatelskou praxi tak, aby bylo dosaženo cílů „Zdraví pro všechny“, potřebují znalosti a dovednosti. Nejen to, potřebují osobní růst, sebevědomí a komunikační dovednosti. Sestra by měla být asertivní, uvědomělý a kvalifikovaný propagátor změn. Sestra je osoba, která úspěšně dokončila předepsané studium a získala profesní kvalifikaci. Je uznávaná, registrovaná a vlastní zákonné povolení pro poskytování ošetřovatelské péče. V ošetřovatelství se zaměřuje na podporu a zachování zdraví. Je to její poslání. Snaží se zapojit pacienta do péče a umožnit mu, aby převzal zodpovědnost za své zdraví. Vynakládá úsilí na uspokojování potřeb nemocného. Je součástí multidisciplinárního týmu, kde spolupracuje na zajištění kvality péče. Být sestrou není jednoduché. Předpokládá se, že je zároveň andělem, technicky zdatným silákem, psychologem a šikovnou sekretářkou. Je hezké být nablízku lidem, ulehčit jim tíhu nemoci a starostí s ní spojených. Ne všechny jsou však připraveny na velkou emocionální zátěž, kterou praxe přináší. Je-li zátěž příliš, lze oddálit se lidem a být víc bojovník s nemocí, než ten, který doprovází nemocné. Jiným řešením je opuštění profese. (13)

1.5.2.1 Kompetence sester v ošetřovatelské praxi

Úkolem profesionální ošetřovatelské péče je zajištění a uspokojení potřeb pacienta. Výsledkem tohoto úsilí je zlepšení jeho fyziologických a verbálních reakcí a projevů. Tento pocit zlepšení obsahuje určitou míru uzdravování ve vztahu k pocitu nepohodlí – neuspokojení fyziologických potřeb, strachu,

bezmoci. Zlepšení stavu pacienta umožní sestře zhodnocení jejího profesionálního úkolu, zda byl splněn a bylo tak dosaženo smysluplného výsledku. Plnění odborného úkolu slouží profesionalizaci ošetrovatelské péče. Pomáhá získat další informace nutné k vyjasnění a posouzení kompetencí, které jsou nutné pro plnění profesionálního úkolu sestry. Z toho vyplývá funkční rámec a odpovídající zákonná norma stanovující kompetence kvalifikovaných sester, potřebné pro organizaci práce v multidisciplinárním týmu. Sestra by měla být schopná zavádět a realizovat opatření pro zlepšení zdraví, převzít odpovědnost za vlastní činnost v ošetrovatelské péči, spolupracovat při ošetrování pacienta, informovat a vést pacienty, zajišťovat kvalitu poskytované péče, plánovat svoji práci a práci skupiny a zapojit se do spolupráce při řešení zdravotních problémů. Sestra zjišťuje a hodnotí potřeby pacienta, sestavuje ošetrovatelský plán, při čemž zohledňuje jeho přání a zachovává jeho důstojnost. Ošetrovatelský plán následně realizuje a kontroluje plánovaná opatření. Při péči o pacienta se snaží nasloucháním vybudovat důvěrný vztah, aby zajistila jeho spoluúčast na ošetrování. (3)

1.5.2.2 Naslouchání

Slyšení, jako fyziologická záležitost, je schopnost zachycovat uchem zvuky. Zvuky jsou uchem zachyceny, vedeny vnitřním uchem až k bubínku. Dále zvuk prochází třemi kůstkami k zařízení, které vypadá jako harfa. To přemění zvuk na nervový vzruch a ten je veden do mozku, kde hlásí, že je něco slyšet.

Příklad: „, Jsem u lůžka nemocného. Ten se snaží z posledních sil něco mi říci. Slyším, že něco říká, ale jeho blábolení nerozumím”.

Naslouchání navazuje na slyšení, ale je záležitostí psychologickou ne fyziologickou.. Jde v něm o pochopení a porozumění tomu, co slyšíme. Jinak řečeno jde o interpretaci toho, co slyšíme. Na začátku procesu naslouchání je záměr – motivace, chtění. Má-li ten, kdo naslouchá porozumět, musí mít vyřčené slovo pro oba tentýž význam. Zároveň je potřeba správná interpretace (výklad).

Je-li výsledek interpretace porozumění slyšenému, zbývá pochopit záměr hovořící osoby (čeho tím, co řekl, chce dosáhnout).

Příklad: „Jsem u lůžka těžce nemocného člověka. Je to s ním zlé. Blábolí. Není mu rozumět. A přece jsem nakonec pochopil, že má žízeň”.Zdalo se mi, že volá – vodu”.

Na rozdíl od slyšení nás naslouchání nenechá v klidu.. Nasloucháním se vytváří podmínky pro další rozvinutí rozhovoru. Umožňuje splnění přání tomu, komu nasloucháme. Nasloucháním dáváme druhému najevo ochotu pomoci mu nejen tím, že ho vyslechneme, ale že budeme hledat cestu, jak problém řešit.

Psychoanalytik Theodor Reik mluví o naslouchání jako o poslouchání „třetím uchem”.

Naslouchat druhému však s sebou přináší určité riziko. Ten, kdo naslouchá je zranitelnější, než hovořící, který vede a určuje, kam se co zatočí, kdy se bude končit. Naslouchající se musí často podvolit. Důležité je, aby při naslouchání nedošlo k nedorozumění (nepochopení). Pacient (hovořící) se při rozhovoru nemusí cítit dobře. Prožívá vnitřní tlak, který ho motivuje k exploraci svých problémů. Společným jmenovatelem jeho vyprávění jsou pocity související s jeho problémem, které převládají v jeho prožívání. Sestra (terapeut) při komunikaci nabízí oční kontakt, dává tak najevo svůj zájem o sdělení pacienta. Dává najevo své nastavení jednoslovně (hm, ano, aha). Nevstupuje zbytečně do hovoru a nepřebírá iniciativu. Společným mlčením se pro pacienta otvírají nové možnosti, jiná souvislost, jiný úhel pohledu. Na základě zkušeností sestra ví, jak jsou odmlčení důležitá pro zachycení prožívaného významu.. V této fázi se projevuje empatie. (7)

1.5.2.3 Empatie ve vztazích

Empatií (vcítění) rozumíme uvědomování si pocitů, potřeb a zájmů ostatních lidí. Hovoří se o ní zejména ve sféře komunikace sestra-pacient. Je to emocionální ztotožnění s viděním, slyšením i chápáním jednání druhých. Empatie

úzce souvisí se schopností naslouchat a správně si vysvětlovat, co si kdo myslí, o co mu jde. Skutečnost, že empatické schopnosti jsou zčásti vrozené potvrzuje fakt, že děti dovedou sledovat neverbální projevy druhých, rozumět jim a reagovat na ně. Empatické dovednosti se dnes diagnostikují a trénují. Ke zdokonalování empatických dovedností se používá metoda hraní rolí. Vybere se určitá situace, například rozhovor sestry s pacientem a zjišťuje se, do jaké míry se sestra ve svých verbálních i neverbálních projevech blíží tomu, co prožívá pacient (například, když bude pacientovi provádět nepříjemný výkon). Jde o vcítění se do pocitů pacienta a také o vyjádření tohoto zážitku slovně přiměřeným způsobem. Tady se ukazuje, že když člověk prošel podobnou situací a měl podobný zážitek, lépe porozumí druhému. V práci sester je empatie velmi důležitá. Je to snaha nezapírat v sobě lidství a možnosti, které nám dává. I když je každému z nás od narození dána schopnost dbát na osobní zájmy, přeci jen je v jádru lidství skrytá schopnost tento egocentrismus překonávat. Uvědoměním toho, že vedle nás stojí někdo, kdo má podobné potřeby jako my, pokusíme se vidět svět jeho očima. Vidět, jak druhý člověk chápe naše vlastní jednání a jak na něj působí. (10) (11)

1.5.2.4 Etika v práci sestry

Úcta k lidem je morálně správná. Je špatné, jednáme-li s pacientem jako s věcí. To, že ho respektujeme, mu dává možnost přemýšlet o tom, co má dělat a zvážit výhody a nevýhody. Zvážit, co považuje za užitečné. Formulovat určité záměry. Rozhodnout se a směřovat k vytýčeným cílům. Může-li pacient rozhodovat a jednat podle těchto kritérií, může mít morální odpovědnost za to, co dělá. Morálně odpovědný člověk nesmí dělat to, o čem druzí tvrdí, že je správné, aniž by přemýšlel, zda to správné je. Musí jednat správně ze své svobodné vůle. Povinností sestry je jednat správně. Považovat všechny lidi za stejně hodnotné bez ohledu na věk, pohlaví, barvu pleti nebo pohlavní orientaci. Úcta k lidem je považována za základ veškerého morálního myšlení. Morálka je sama sobě odměnou.

Ošetrovatelská etika je odlišná od biomedicínské etiky. Je specificky zaměřena na činnosti profesionální sesterské péče. Ta dosáhla samostatného postavení vedle odborných činností lékařů a liší se rolemi i postavením těch, kteří tyto činnosti vykonávají. Mezi základními pojmy v ošetrovatelské etice patří autonomie, úcta k lidem, obhajoba práv pacienta a odpovědnost. Kvalita ošetrovatelské péče je založená na profesionálním přístupu, který je charakterizován zaměřením na pacienta a na spolupráci se členy ošetrovatelského týmu. Etické požadavky na práci sester jsou vyjádřeny v etickém kodexu sester. (13)

1.5.2.5 Stresové faktory v práci sestry

Fyzická zátěž je charakterizovaná jako pracovní zátěž pohybového systému, srdečně cévního a dýchacího systému s odrazem v metabolismu. Sestra tráví s pacientem mnohem více času, než lékař. Přejímá na sebe stále náročnější profesionální úkoly, díky nimž stoupají nároky na její kvalifikaci. Poskytuje nemocnému také porozumění a oporu. Podceněním psychologického vztahu sestry k nemocnému by se stalo, že i když je o něj po tělesné stránce dobře postaráno, je pacient nespokojen.. Práce sestry je náročná a odpovědná. Fyzicky velmi náročná je práce s imobilními pacienty na odděleních následné péče, kde se sestra často setkává se smrtí. Na odděleních akutní péče a na odděleních úrazové chirurgie zatěžují psychiku sester pacienti s ohrožením vitálních funkcí, se zrátočným poraněním končetin a ostatní těžké úrazy přivezené „z ulice“. Pracuje v noci, kdy má lidské tělo odpočívat a mobilizovat síly na další den. Je vystavována riziku vzniku alergií při práci s antibiotiky. Díky pracovní vytíženosti se nepravidelně stravuje. Ze stejného důvodu nemá čas čerpat si pravidelně přestávky. Nedodrhuje dostatečně pitný režim. Po celou dobu své služby bývá v časové tísní. Na všech úsecích mohou být problémy s nedostatkem léků, přemíra administrativy a v neposlední řadě také nedostatek sester, z kterého

plyne jejich přepracovanost a vyčerpání. Navíc rytmus střídavých směn lze jen těžko sloučit s péčí a povinnostmi v rodině.

Sestra může ve svém povolání podávat dobré výkony pouze tehdy, je-li v dobré psychické pohodě. Potřebuje také dostatek síly a energie. Aby tomu tak bylo, musí splnit řadu podmínek. Jednou z nich je hořet a nevyhořet. Jako oheň, který hoří a hřeje. Hoří však jen tehdy, pokud má dostatek suchého dřeva. Když se do stavu vyhoření dostane, může proti tomu bojovat. Daleko lepší však je této situaci předcházet. Syndrom vyhoření je větším rizikem pro sestry nadšené. Hrozí více těm, které se umějí vcítit do jiných, ale na sebe příliš nedbají. Pokud je práce na prvním místě, chybí rodinné zázemí, ani přátel není mnoho, když není čas a o víkendu se slouží. Pak se mohou dostavit pocity prázdnoty, bezcennosti a únavy. Je třeba o syndromu vyhoření přemýšlet dříve, než se sestra cítí špatně. Pomoci mohou také kolegyně, které si všimnou. Dříve, než se objeví alarmující signály jako nechut' jít do práce, ztráta zájmu o obor, nedostatek energie časté tělesné potíže, nervozita a podrážděnost. (17) (19)

1.5.3 Vliv komunikace lékaře s pacientem na potřebu seberealizace

Pacienta neléčí jen farmakologický přípravek, lékařův nástroj nebo moderní technologie, ale v jisté míře také osoba lékaře. Ten vstupuje do interakce s pacientem jako někdo, kdo je žádán, vyhledán a osloven. Na lékaře se pacient obrací s prosbou a očekává, že ho lékař vyslechne. Pacient ho vidí jako člověka vysoce vzdělaného a má představu, že lékař má znalosti a dovednosti týkající se nejen jeho somatické stránky, ale i stránky psychické. V důsledku nadřazenosti somaticky orientovaného studia lékařů nad studiem problémů psychologických, lékař nemá moc chut' pouštět se na tenký led - na půdu psychologie, která mu není tak blízká. Je přesvědčen o tom, že je zapotřebí zaměřit se jednoznačně na organickou stránku pacienta. Opomíjí proto pacientovy stesky jiné, než somatické, staví se k takovým „nevida a neslyše“. Pacient velice rychle pochopí, že obtěžovat lékaře s tímto druhem problémů nemá cenu. Přestane s tím, ale naruší to jeho obraz „dobrého lékaře“. Lékař se naučil dlouhými roky studia mluvit jinou

řečí (z pohledu běžného člověka). Naučil se mluvit tak, že si osvojenou řečí dobře rozumí. Rozumí, ale pouze s lékaři, popřípadě se sestrami. Ne však s pacienty. Lékař vstupuje do interakce s pacienty s určitým sebevědomím. To je jistě na místě. Mnoho ví a mnoho umí. Pacient si je toho vědom a chová se k němu s úctou. Ve vztahu lékaře k pacientovi platí určitá pravidla, která by měl lékař dodržovat. Měl by pacienta vždy pozorně poslouchat. Vysvětlovat jasně a srozumitelně a vyptat se na všechno, co by mohlo znemožňovat vzájemnou spolupráci (obavy, odmítání nebo vliv druhé osoby). Lékař respektuje pacientova přání, zachovává vždy důvěrnost informací a nekritizuje veřejně pacienta. Měl by umět dát pacientovi najevo emoční podporu. Nezbytnou samozřejmostí je upravený oděv lékaře a snaha vystupovat vždy v co nejlepším světle.

Pacienti přistupují k lékaři jako k člověku, který je erudovaný, schopný, laskavý a dobrý. To lékaře do určité míry nutí takovým skutečně být (zachovat image). Od lékaře očekává pacient zájem o svoji osobu, hlavně to, že mu bude rychle pomoheno zmírněním a posléze odstraněním jeho symptomů. Spoléhá na lékařské tajemství a je proto ochoten svěřit lékaři vše, co souvisí s jeho nemocí. Očekává, že ho bude lékař informovat o všem důležitém a že se na něj může plně spolehnout. Většinou nevěří, že by jej lékař informoval o velmi špatné prognóze, očekává spíše nějakou milosrdnou lež. To spolupráci komplikuje. Čím víc se pacient cítí nemocen, tím víc je ochoten podřídit se a plnit lékařova nařízení. Lékař je pro pacienta někdo, koho si váží, ale zároveň se ho také obává. Měl by svému lékaři důvěřovat a nedělat si nepřiměřené nároky na jeho čas. Má se ptát lékaře na všechno, co považuje za nejasné nebo nesrozumitelné. K požadavkům na pacienta patří pečlivé dodržování lékařových pokynů a poskytování všech nutných informací, bez kterých lékař nemůže vědět, co, kde a jak bolí a který postup má zvolit.

Je samozřejmé, že v mezilidském vztahu postrádá trpící především porozumění. Cítí tuto potřebu daleko naléhavěji, než rychlý technický zákrok, který lékaři nabízejí daleko snáze a častěji. Není pravda, že mluvit s pacientem znamená ztrácet drahocenný čas, který lze efektivněji využít nabídnutím

racionální biomedicínské pomoci. Výjimku tvoří urgentní medicína, ale i tady se vyplácí být s nemocným v dobrém kontaktu, protože ten poskytuje lékaři bezpečí a v pacientovi vyvolává pocit důvěry. (26)

1.5.4 Interpersonální vztahy a možnost ovlivnění potřeby seberealizace

Neměli bychom zapomínat, že empatie je důležitá také v komunikaci mezi pracovníky. V pracovním týmu má velký význam pro prevenci vyhoření. Problematika empatie na pracovišti představuje především porozumění a pochopení, umění napomáhat ke zlepšování výkonu a péče o rozvoj osobnosti. Schopnosti předvídat, rozpoznat a splnit přání. Využívání rozdílů mezi lidmi k dosažení společných cílů. Mít cit pro rozvíjení kladných vztahů na pracovišti. Kolektiv může být pro člena zdrojem energie nebo naopak jeho pohlcovačem.

Sestry jsou členy multidisciplinárního týmu. Je to skupina odborníků, kteří společně pracují a snaží se o dosažení co nejlepšího léčebného postupu u nemocného. Umožňuje specializovanou lékařskou péči, při které pomáhá týmová spolupráce pokrýt potřeby pacienta z hlediska fyzického, duševního, sociálního i náboženského. Cílem takové péče je především zvýšení spokojenosti pacienta s poskytovanou péčí. Důležitá je efektivní spolupráce a koordinace činností léčebného týmu. To vyžaduje dobrou komunikaci mezi všemi členy. Prostředkem k dosažení efektivní komunikace jsou mezioborová setkání, kde se probírá léčebný postup a členové společně hledají optimální řešení. Ne každá skupina je však fungující tým – sehraný, motivovaný, ve kterém každý nese svou část zodpovědnosti. Pro správné fungování je nutné trvalé vzdělávání každého člena týmu na pracovištích nebo absolvováním speciálního semináře. Sestra jako odborník spolupracuje s ostatními odborníky a postupují systematicky k dosažení nejlepšího výsledku. Navzájem se respektují a pomáhají si. Při tom je třeba omezit riziko přenosu individuálních záměrů a cílů jednotlivce.

Lékař a sestra by měli být spojenci na cestě za společným cílem. K vykonávání funkce zdravotnického pracovníka je třeba mít určité osobní

předpoklady. Patří sem tvůrčí přístup. Řešit svěřené úkoly, být schopen vnímat a realizovat nové podněty. Aby byl zdravotník schopný vytvářet na pracovišti kladné vztahy, má být dostatečně sebekritický s velkou dávkou empatie a porozumění ostatním. Má být klidný, ne povýšený, rozvážný a přiměřeně sebevědomý. Velký význam je kladen na trpělivost a umění ovládat se. Odpoutat se od svých zájmů a nálad. Má mít smysl pro humor a vyhýbat se aroganci. V popředí jeho činností by měl být především zájem o pacienta a jeho zdraví. Nemocný vnímá sestru a lékaře jako součást celého léčebného týmu. Proto by péče jednotlivých členů měla tvořit jednolitý celek. Lékař a sestra tvoří základ ošetrovatelského týmu a jejich vztah by měl být založen na vzájemné důvěře a respektu k práci druhého. Toto harmonické jednání pak může odrážet klidné a příjemné pracovní prostředí a kvalitu mezilidských vztahů. (26)

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit výskyt potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů

Cíl 2 Porovnání potřeby seberealizace u pacientů hospitalizovaných na lůžkách akutní péče s pacienty přijatými k plánovanému výkonu a pacienty hospitalizovanými na ONP

Cíl 3 Zjistit, zda sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů

2.2 Hypotézy

H 1 Pacienti hospitalizovaní na lůžkách akutní péče nevykazují potřebu uspokojení potřeby seberealizace

H 2 Pacienti přijatí k plánovanému operačnímu výkonu mají větší potřebu uspokojení potřeby seberealizace než pacienti hospitalizovaní na lůžkách akutní péče

H 3 Pacienti přijatí k plánovanému operačnímu výkonu mají větší potřebu uspokojení potřeby seberealizace než pacienti hospitalizovaní na ONP

H 4 Sestry nepřistupují se zájmem k uspokojování potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů

3 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru

3.1 Metodika práce

Pro zjištění výsledků této práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Údaje nutné pro zhodnocení vytýčených cílů a potvrzení, či vyvrácení hypotéz, byly získány metodou dotazování a sběr dat technikou dotazníku. Dotazníky byly použity dva.

První dotazník (příloha č. 1). byl určen pacientům a obsahoval 15 otázek uzavřených a dvě polouzavřené. Celkem bylo rozdáno 52 dotazníků, po 13 dotaznících pacientům na TRO, JIP, chirurgii a ONP. Zpět se vrátilo všech 52 dotazníků. A byly anonymní. Otázky č. 5 – 9 byly kladeny tak, aby daly odpověď na výskyt potřeby seberealizace u pacientů ve zdraví. Otázky č. 10 – 12 měly dát odpověď na to, jaké potřeby pacienti upřednostňují v době nemoci a při pobytu v nemocnici. Zda sestry přistupují k problémům pacientů se zájmem a svým chováním a vystupováním poskytují oporu a dávají pacientům pocit naděje, měly zodpovědět otázky č. 13 -17. Dotazník tvořily otázky uzavřené, pouze otázky č. 6 a 7 byly polouzavřené, dávaly tak při kladné odpovědi možnost písemného doplnění, které pacienti využívali minimálně.

Druhý dotazník (příloha č.2) byl určen sestrám a obsahoval 23 otázek uzavřených a jednu otevřenou. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na TRO, JIP, Chirurgii a na ONP. Celkem bylo rozdáno 52 dotazníků, po 13 dotaznících na jednotlivá oddělení. Zpět se jich vrátilo 52. Dotazníky byly rozdány osobně a byly anonymní. Otázky č. 5 -9 byly položeny tak, aby bylo z odpovědí možno vyčíst, jaké informace o potřebě seberealizace sestry mají. Otázky č. 10 -11 byly zaměřeny na potřeby uspokojované přednostně v nemoci. Odpovědi na otázky č. 13 – 15 vypověděly názor sester na jejich pracovní vyčerpání. Otázky č. 16 -22 byly zaměřeny na názory sester v problematice přístupu k pacientovi, důležitosti komunikace s ním a schopnosti dávat naději. Polouzavřená otázka č. 22 dávala možnost vyjádření v případě kladné odpovědi. Otevřené otázky bylo použito pouze v případě otázky č. 23, za účelem možnosti volného vyjádření se sester k otázce naslouchání.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na Traumatologii, Jednotce intenzivní péče, Chirurgii a na Oddělení následné péče

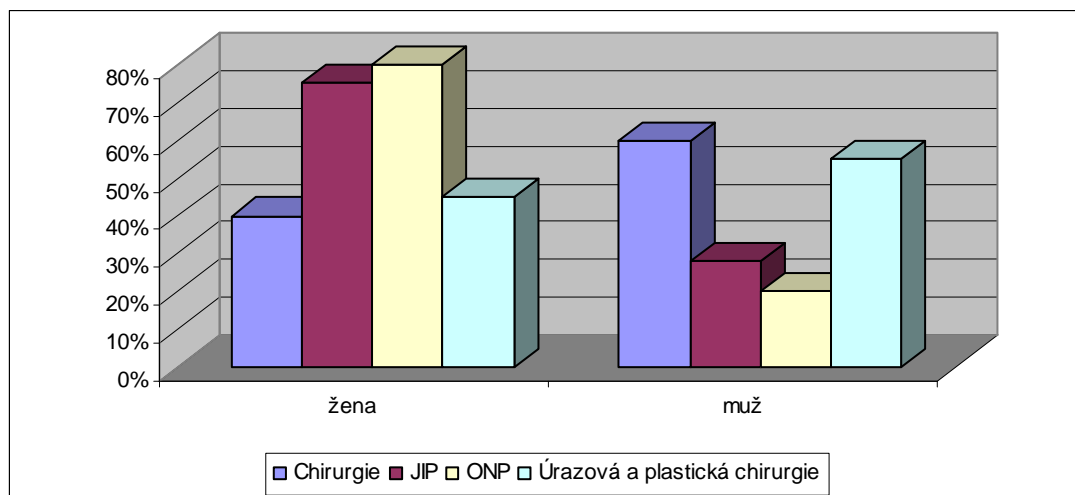
Druhý výzkumný soubor tvořily sestry pracující na Traumatologii, Jednotce intenzivní péče, Chirurgii a na Oddělení následné péče

Po zpracování dat dotazníků byly z výsledků sestaveny grafy.

4 Výsledky

4.1 Výsledky dotazníku pro pacienty

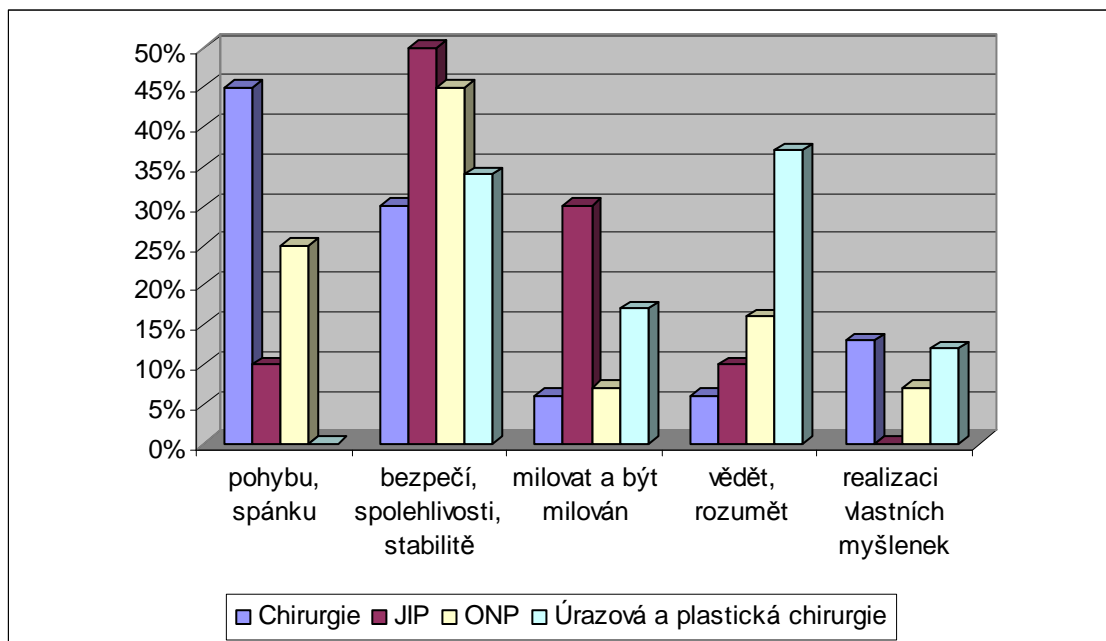
Graf 1 Pohlaví respondentů



Celkem odpovídalo 34 žen a 18 mužů z celkového počtu 52 pacientů.

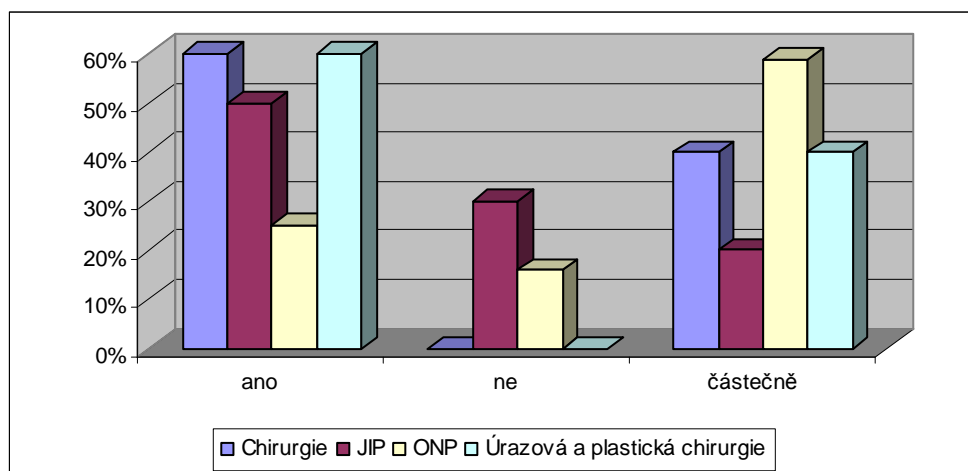
Z toho odpovídalo na chirurgickém oddělení 6 (35 %) žen a 7 (65 %) mužů, na JIP 10 (80 %) žen a 3 (20 %) muži, na ONP odpovídalo 10 (80 %) žen a 3 (20 %) muži. Na TRO 5 (40 %) žen a 8 (60 %) mužů.

Graf 2 Potřeby upřednostňované v životě



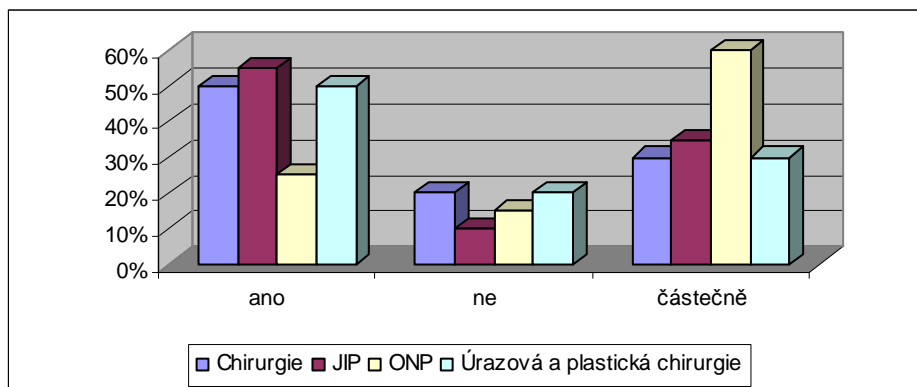
Z celkového počtu 13 pacientů na chirurgii dává přednost pohybu a spánku 6 (45 %), bezpečí, spolehlivosti a stabilitě 5 (30 %), milovat a být milován 1 (6 %), vědět a rozumět 1 (6 %). Z celkového počtu pacientů 13 na JIP pohybu a spánku 2 (10 %), bezpečí 7 (50 %), milovat 4 (30 %), vědět 2 (10 %), realizaci vlastních myšlenek 0 %. Z celkového počtu 13 pacientů ONP pohybu a spánku 3 (25 %), bezpečí 6 (45 %), milovat a být milován 1 (6 %) vědět 2 (16 %), realizaci vlastních myšlenek 1 (6 %). Z celkového počtu 13 pacientů TRO pohybu a spánku (0 %), bezpečí a stabilitě 4 (34 %), milovat 2 (17 %), vědět 5 (37 %), realizaci vlastních myšlenek 2 (12 %) pacientů.

Graf 3 Spokojenost v životě



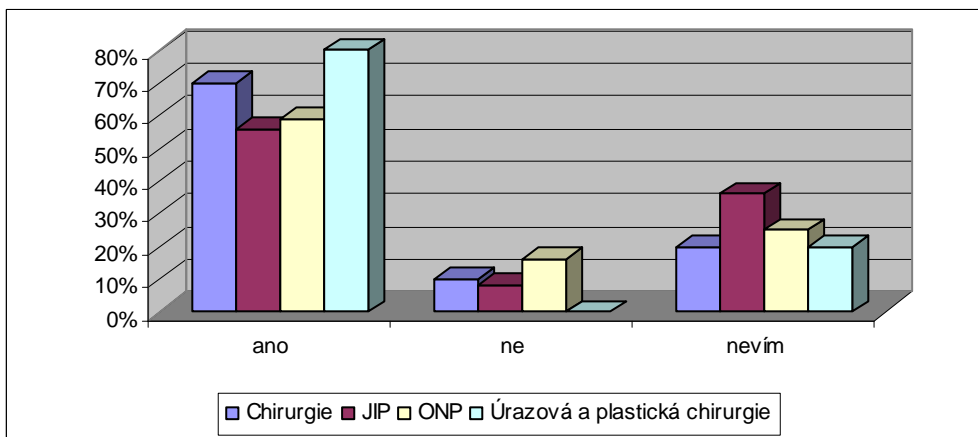
Z celkového počtu 13 pacientů na každém z porovnávaných oddělení jsou spokojeni se svým životem - na chirurgii 9 (60 %) pacientů, nespokojeno 0 (0 %), částečně 4 (40 %). Na JIP spokojeno 6 (50 %), ne 4 (30 %), částečně 3 (20 %) pacientů. Na ONP ano 3 (25 %), ne 2 (16 %), částečně 8 (59 %) pacientů. Na TRO spokojeno 9 (60 %), ne 0 (0 %), částečně 4 (40 %) pacienti.. V případě odpovědi ano, jsem v životě šťastný/á pouze 8 (17 %) pacientů z celkového počtu 50 napsalo, proč jsou v životě spokojení. Psali, že důvodem spokojenosti je fungující rodina a spokojenost v pracovním životě.

Graf 4 V životě dosažené cíle



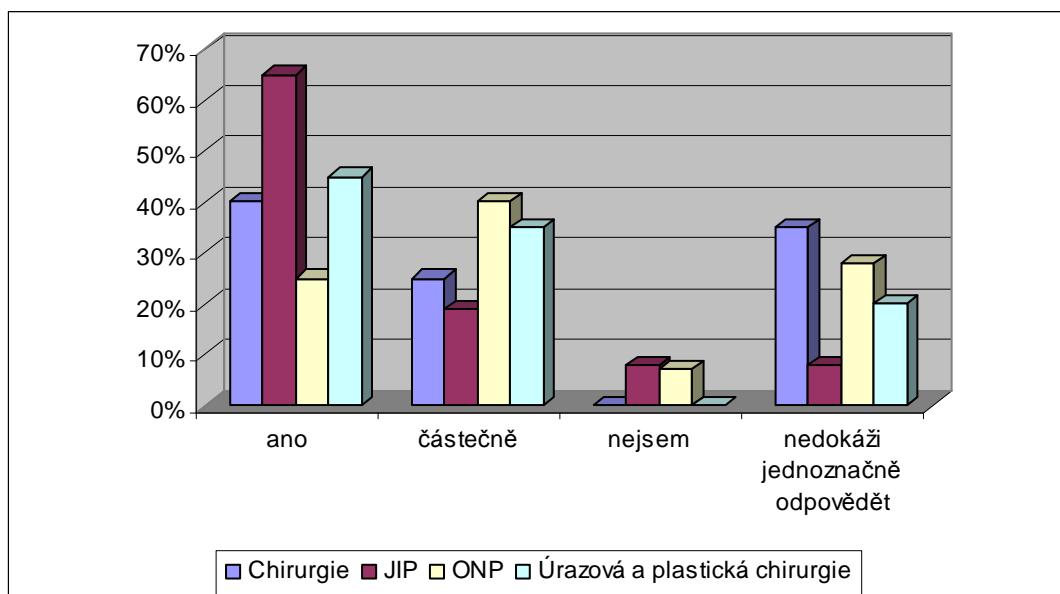
Z celkového počtu 13 pacientů na každém z porovnávaných oddělení se podařilo něčeho v životě dosáhnout - na chirurgii 6 (50 %) pacientům, nepodařilo 3 (20 %), částečně 4 (30 %) pacientům. Na JIP ano 7 (52 %), ne 1 (10 %), částečně 5 (35 %). Na ONP ano 3 (25 %) pacientům, nepodařilo se 2 (15 %), částečně 8 (60 %) pacientům. Na TRO podařilo 6 (50 %), ne 1 (15 %), částečně 6 (60 %) pacientům.

Graf 5 Využívání schopností k dosažení cíle v životě



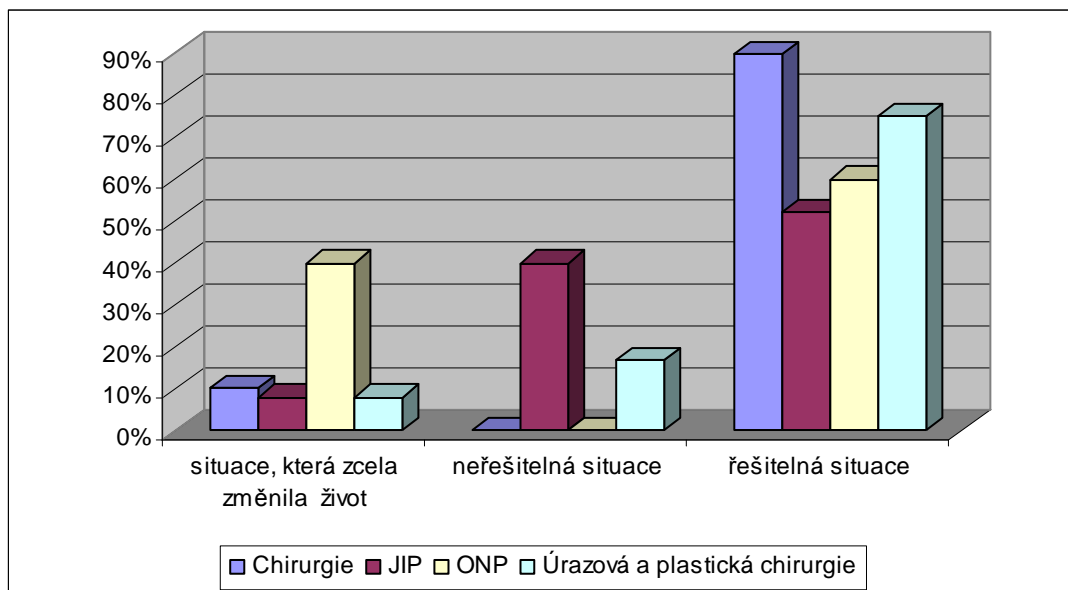
Na všech sledovaných odděleních z celkového počtu 13 pacientů na každém z porovnávaných oddělení využívají svých schopností k dosažení cíle. Na chirurgii 9 (70 %), JIP 7 (56 %), na ONP 9 (59 %) a na TRO 10 (80 %) pacientů. Nevyužívají na chirurgii 1 (10 %), na JIP 1 (8 %) a na ONP 2 (16 %) pacientů. Neví 3 (20 %) na chirurgii, 5 (36 %) na JIP, 3 (25 %) na ONP a 3 (20 %) na TRO.

Graf 6 Pocit štěstí v životě



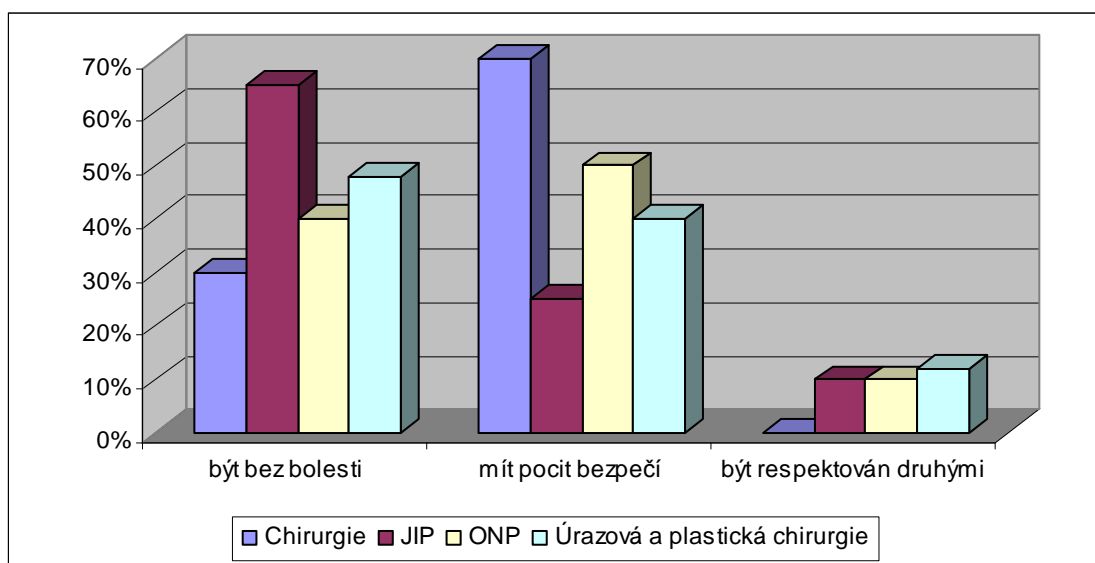
Z celkového počtu 13 pacientů na každém z pozorovaných oddělení je šťastných – na chirurgii 5 (40 %) pacienti, částečně 3 (25 %), nejsou šťastni 0 (0 %), nedokáží odpovědět 5 (35 %). Na JIP ano 9 (65 %), částečně 2 (19 %), ne 1 (8 %), nedokáží odpovědět 1 (8 %) pacient. Na ONP ano 3 (25 %), částečně 5 (40 %), není šťastných 1 (7 %), nedokáží odpovědět 4 (28 %) pacientů. Na TRO ano, jsou šťastných 6 (45 %) pacientů, částečně 5 (35 %), nedokáží odpovědět 3 (20 %) pacienti.

Graf 7 Nemoc a pobyt v nemocnici s ní spojený



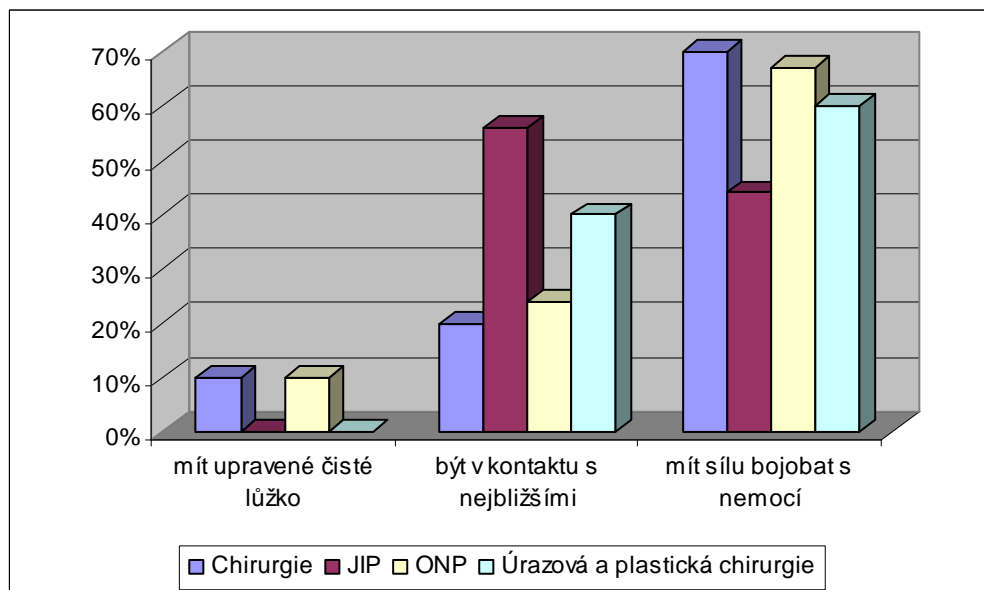
Pro většinu pacientů z celkového počtu 13 na každém ze zkoumaných oddělení je nemoc a pobyt v nemocnici s ní spojený situace, která se může stát a nechá se řešit. Odpovídali tak pacienti na chirurgii 11 (90 %), JIP 7 (52 %), ONP 8 (60 %), TRO 10 (75 %). Pro 5 (40 %) pacientů na JIP a 2 (17 %) na ONP je to nečekaná situace, o které neví, zda se vyřeší. Situace, která pacientům zcela změnila život je pro 1 (10 %) pacienta na chirurgii, 1 (8 %) na JIP, 5 (40 %) na ONP a 1 (8 %) na TRO.

Graf 8 Potřeby, které pacienti upřednostňují v souvislosti s nemocí



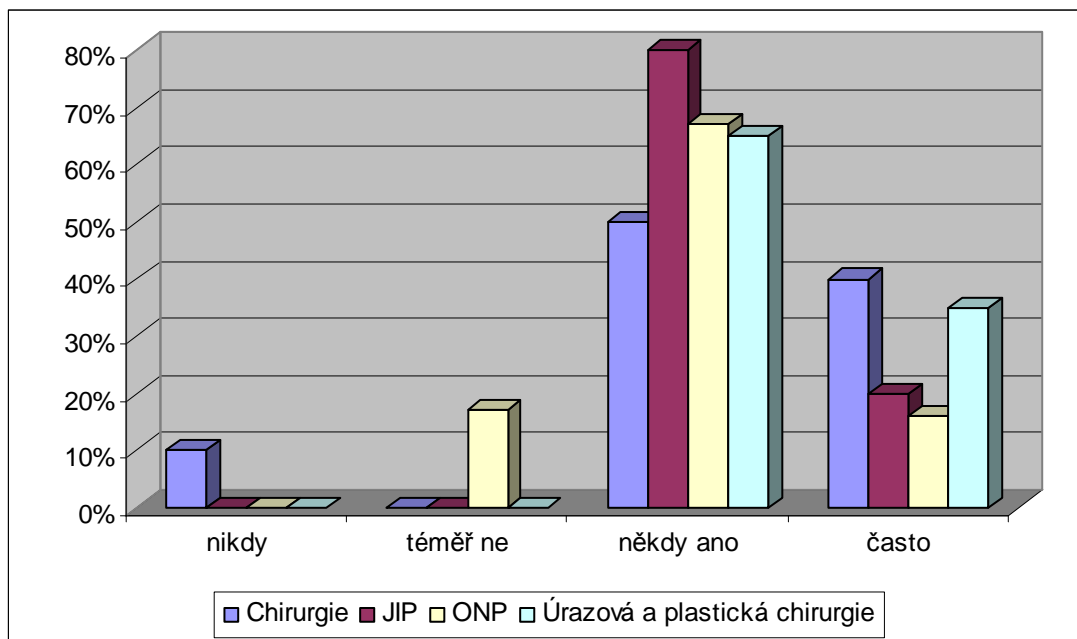
Z celkového počtu 13 pacientů na každém ze zkoumaných oddělení dávají v nemoci přednost. Na chirurgii potřebě být bez bolesti 4 (30 %) pacientů, pocitu bezpečí 9 (70 %), být respektován druhými 0 (0 %) pacientů. Na JIP 8 (65 %) pacientů, potřebě být bez bolesti, pocitu bezpečí 3 (25 %), být respektován druhými 1 (10 %) pacient. Na ONP být bez bolesti 5 (40 %) pacientů, pocitu bezpečí 7 (50 %), být respektován druhými 1 (10 %) pacient. Na TRO 6 (48 %) potřebě být bez bolesti, 5 (40 %) pocitu bezpečí a 2 (12 %) pacienti. chtějí být respektováni druhými.

Graf 9 Nejdůležitější potřeby při pobytu v nemocnici



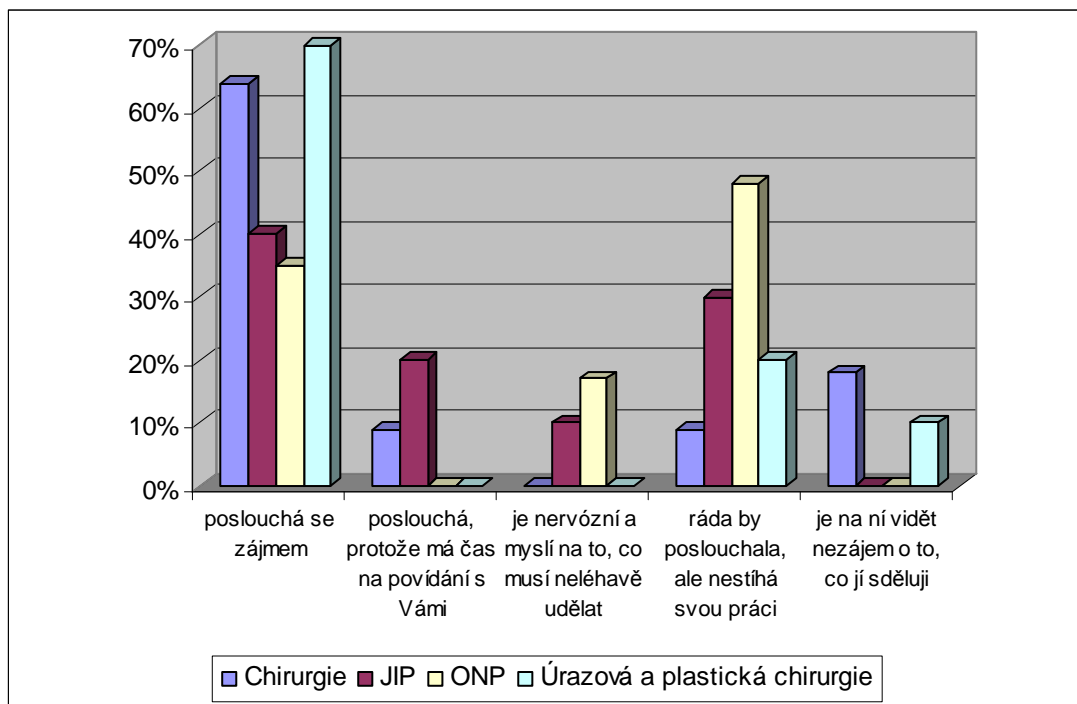
Z celkového počtu 13 pacientů na každém zkoumaném oddělení, je při pobytu v nemocnici nejdůležitější. Pro pacienty na chirurgii mít sílu bojovat s nemocí 9 (70 %) pacientů, být v kontaktu s nejbližšími 3 (20 %), mít upravené lůžko pro 1 (10 %) pacienta. Na JIP potřebuje nejvíce pacientů být v kontaktu s blízkými 7 (56 %) pacientů, mít sílu bojovat s nemocí chce 6 (44 %) pacientů. Nikdo z pacientů na JIP neoznačil možnost mít upravené lůžko. Na ONP mít sílu bojovat s nemocí potřebuje 9 (67 %) pacientů, 3 (24 %) potřebuje být v kontaktu s nejbližšími a pro 1 (10 %) pacienta je nejdůležitější mít upravené lůžko. Na TRO je pro pacienty nejdůležitější mít sílu bojovat s nemocí 8 (60 %) pacientů, být v kontaktu s blízkými 5 (40 %) pacientů. Nikdo z pacientů na TRO neoznačil možnost, že je pro něj nejdůležitější mít upravené lůžko.

Graf 10 Ochota sester najít si čas na povídání s pacientem



Z celkového počtu 13 pacientů na každém ze zkoumaných oddělení, odpovídalo na otázku, zda si sestry najdou čas povídat si s nimi na chirurgii 1 (10 %) pacient odpověděl, že si sestry nenajdou čas na povídání s nimi, někdy ano odpovědělo 6 (50 %) pacientů, často 5 (40 %) pacientů. Na JIP odpovědělo 10 (80 %) pacientů, že si sestry někdy najdou čas a 3 (20 %) pacienti odpověděli, že často. Na ONP označili 2 (17 %) pacienti odpověď, že si sestry s nimi téměř nepovídají, 9 (67 %) někdy ano a 2 (16 %) řekli, že si sestry často najdou čas na povídání. Na TRO odpovědělo 8 (65 %) pacientů, že si sestra někdy najde čas na povídání, 5 (35 %) odpovědělo, že si sestra často najde čas na povídání.

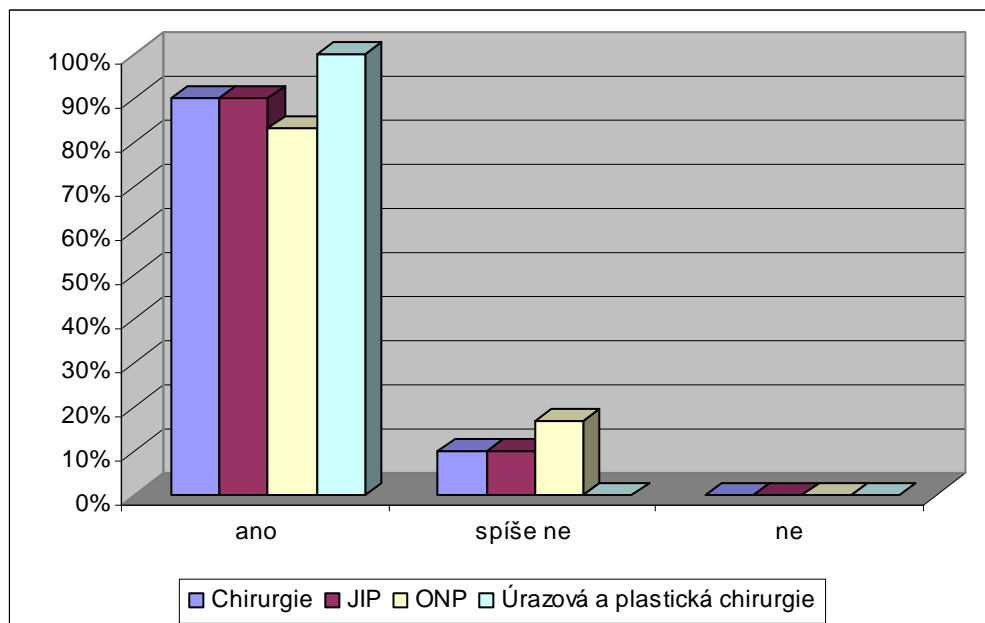
Graf 11 Pocity pacientů při rozhovoru se sestrou



Z celkového počtu 13 pacientů na jednotlivých odděleních odpovídali pacienti na otázku, jaké mají pocity, když si s nimi sestra povídá takto.

Na chirurgii 8 (64 %) pacientů řeklo, že sestra poslouchá se zájmem, 1 (9 %) že poslouchá, má čas, 1 (9 %) že by sestra poslouchala, ale nestíhá práci, 2 (18 %) že je na sestře vidět nezájem o to, co jí pacient sděluje. Na JIP 5 (40 %) pacientů odpovědělo, že poslouchá se zájmem, 3 (20 %) poslouchá, má čas, 1 (10 %), že je při rozhovoru nervózní, protože musí naléhavě něco udělat, 4 (30 %), nestíhá svou práci, 0 (0 %) pacient ne zvolil odpověď, že je vidět na sestře nezájem. Na ONP 5 (35 %) odpovědělo, že poslouchá se zájmem, 2 (17 %) je nervózní, musí naléhavě něco udělat, 6 (48 %) že nestíhá svou práci, 0 (0 %) pacient ne zvolil odpověď, že je na sestře vidět nezájem. Na TRO 10 (75 %) pacientů odpovědělo, že poslouchá se zájmem, 0 (0 %), poslouchá, má čas, 0 (0 %) je nervózní, musí naléhavě něco udělat, 3 (20 %) že by ráda poslouchala, ale nestíhá svou práci, 1 (10 %) pacient odpověděl, že je na sestře vidět nezájem.

Graf 12 Názor pacienta na poskytování porozumění a opory sestrou

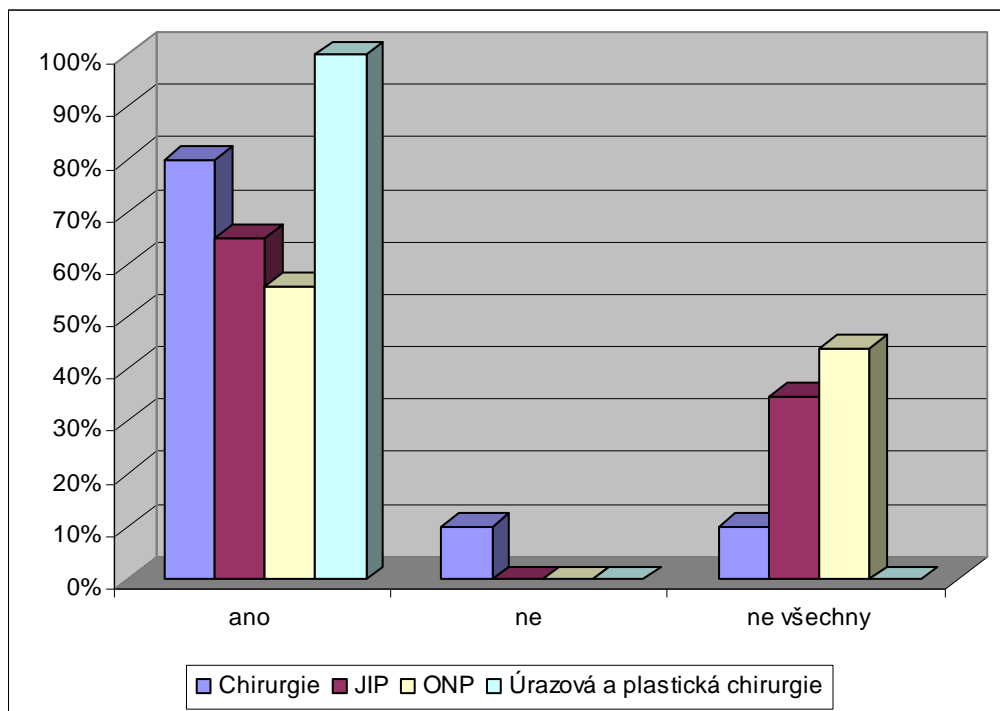


Z celkového počtu 13 pacientů na každém ze zkoumaných oddělení, vyjadřovali pacienti názor na to, zda jim sestra poskytuje také porozumění a oporu.

Všichni pacienti na TRO odpověděli 13 (100 %), že jim sestra poskytuje porozumění a oporu. Na chirurgii si totéž myslí 11 (90 %) pacientů, na JIP 11 (90 %) a na ONP 10

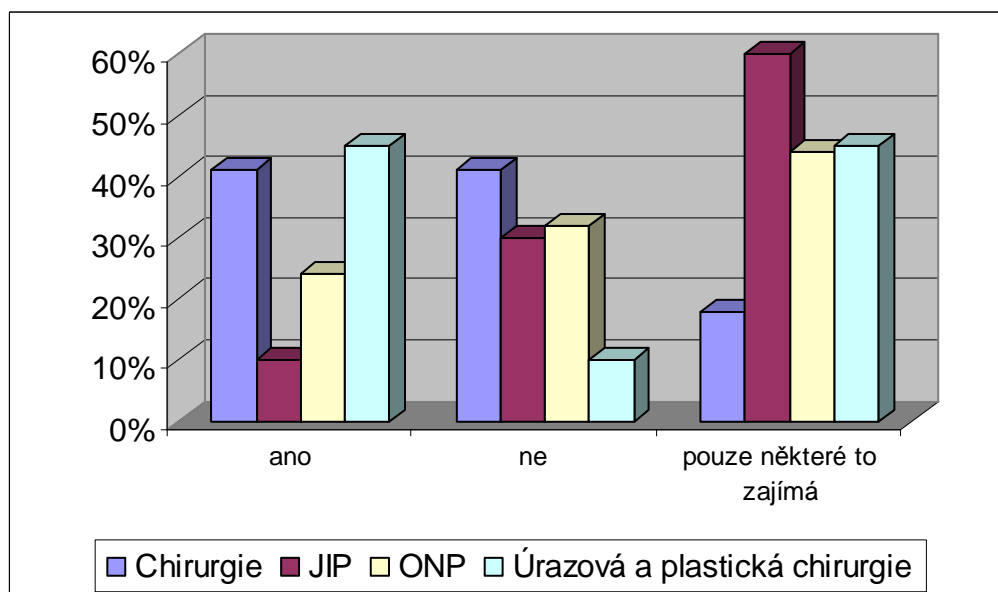
(83 %) z dotazovaných pacientů. Minimálně pacientů se přiklonilo k možnosti spíše ne, na chirurgii a JIP 2 (10 %), na ONP 3 (17 %). Žádný z dotazovaných pacientů na všech sledovaných odděleních neoznačil odpověď ne, nemyslím si, že by mi sestra neposkytovala porozumění a oporu. 0 (0 %)

Graf 13 Schopnost sester dávat svým chováním a vystupováním pocit naděje



Na každém ze sledovaných oddělení odpovědělo na tuto otázku 13 pacientů. Z odpovědí vyplývá, že sestry dávají pocit naděje, na chirurgii 11 (90 %), na JIP 11 (90 %), na ONP 10 (83 %), na TRO 13 (100 %). Na chirurgii odpověděl 1 (10 %) pacient, že sestra svým chováním a vystupováním naději nedává. 1 (10 %) pacient na chirurgii říká, že ne všechny sestry dávají pocit naděje, na JIP 5 (35 %), na ONP 6 (44 %) pacientů odpovědělo, že dostává pocit naděje pouze od některých sester.

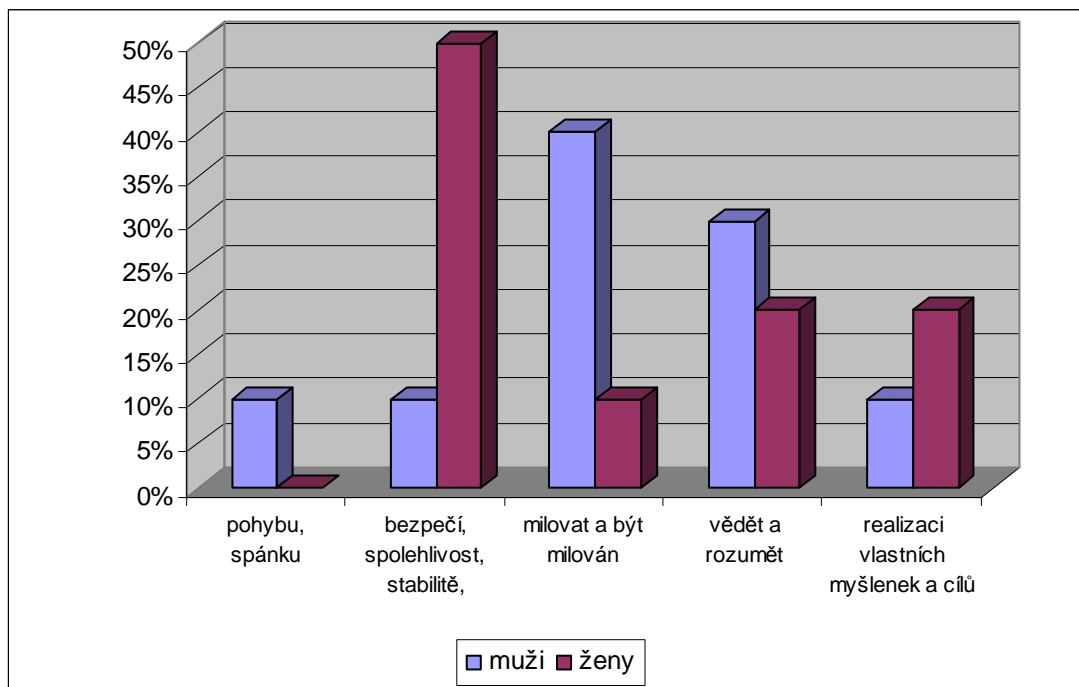
Graf 14 Zájem sester o to, co je pro pacienta v době nemoci nejdůležitější



Z celkového počtu 13 na chirurgii tvrdí pacienti, že se sestry ptají, co je pro ně v době nemoci nejdůležitější 5 (40 %), neptají se 5 (41 %), pouze některé to zajímá odpověděli 3 (18 %) pacienti. Z celkového počtu 13 pacientů na JIP ptají se odpověděl 1 (10 %) pacient, že se sestry neptají odpověděli 4 (30 %) pacienti, 8 (60 %) pacientů odpovědělo, že pouze některé to zajímá. Z celkového počtu 13 na ONP odpověděli pacienti, že se sestry ptají 3 (24 %), neptají se 4 (32 %), pouze některé to zajímá 6 (44 %) odpovědí. Z celkového počtu 13 na TRO pacienti odpověděli, že se sestry ptají 6 (45 %), neptají se 1 (10 %), pouze některé to zajímá 6 (45 %) odpovědí.

4.2 Doplnkové grafy k dotazníkům pro pacienty

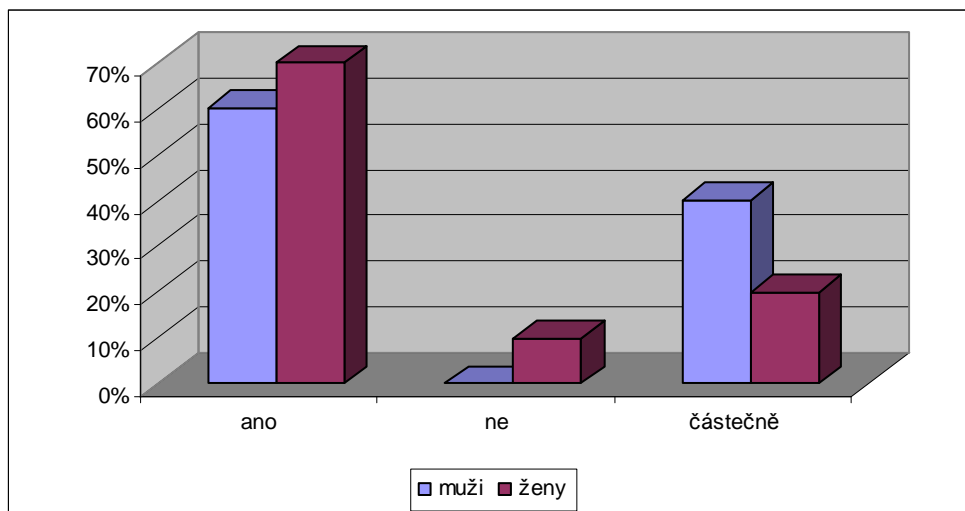
Graf 15 Upřednostňované potřeby mužů a žen ve zdraví



Z celkového počtu 18 mužů ze zkoumaného vzorku, dává přednost pohybu a spánku

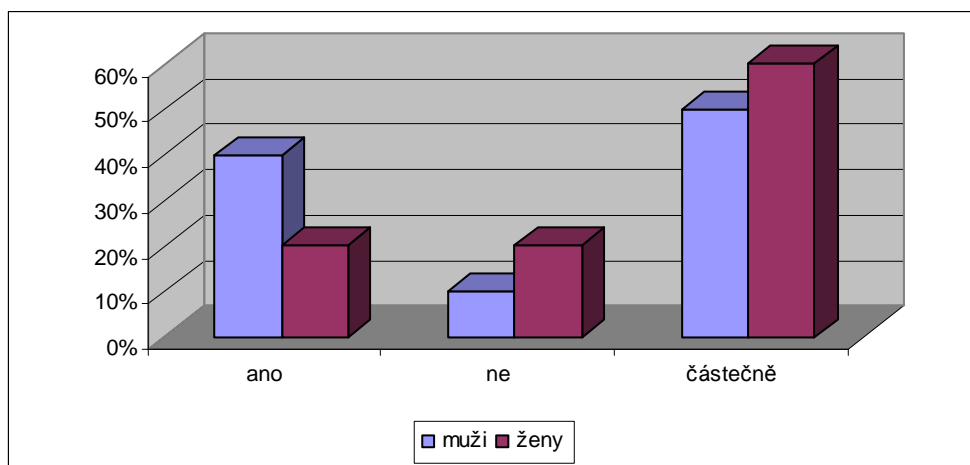
2 (10 %) muži, bezpečí 2 (10 %).milovat a být milován 6 (40 %) mužů, vědět a rozumět 4 (30 %) muži a realizaci vlastních myšlenek 2 (10 %) muži. Z celkového počtu 34 žen dává přednost bezpečí 17 (50 %) žen, milovat a být milována 3 (10 %) ženy, vědět a rozumět 6 (20 %), realizaci vlastních myšlenek 6 (20 %) žen. Ženy neupřednostňují potřebu spánku a odpočinku.

Graf 16 Rozdílnosti ve spokojenosti mužů a žen ve zdraví



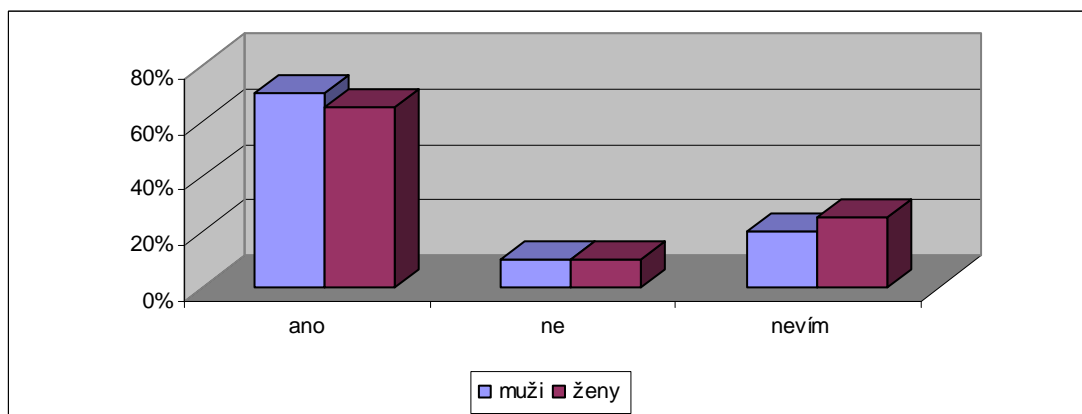
Z celkového počtu 18 mužů je v životě spokojeno 8 (60 %), částečně spokojených 6 (40 %) mužů. Možnost nespokojeni v životě muži nezvolili. Z celkového počtu 34 žen, jsou v životě spokojené 24 (70 %) ženy, že nejsou v životě spokojené, odpověděly 3 (10 %) ženy, částečně spokojené je 5 (20 %) žen. Jsou spokojeni v rodinném a pracovním životě. Tak odpovídali muži i ženy.

Graf 17 Dosažené cíle



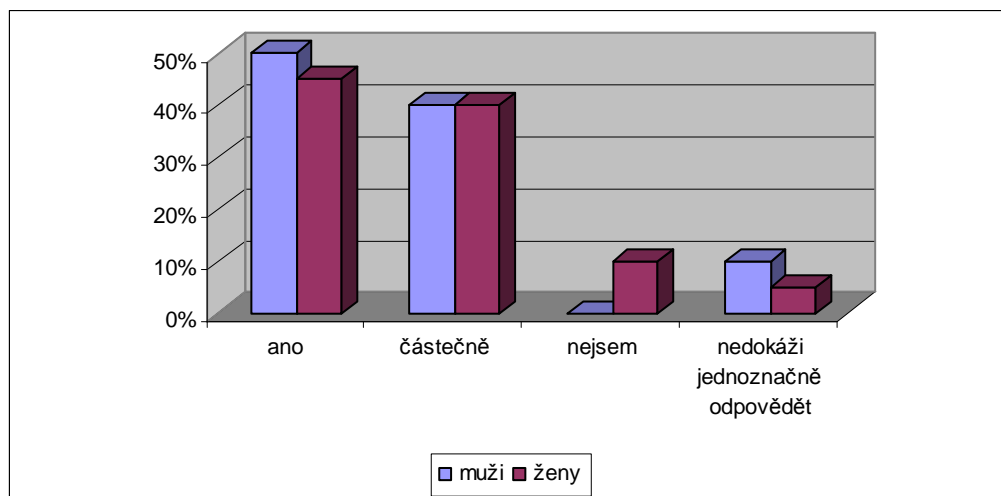
Z celkového množství 18 mužů dosahují svých cílů v životě 6 (40 %) mužů, svých cílů nedosáhli 2 (10 %), částečně podařilo 7 (50 %) mužů. Z celkového počtu 34 žen dosáhlo svého cíle 5 (20 %) žen, nepodařilo 5 (20 %) ženám a částečně podařilo 18 (60 %) ženám.

Graf 18 Využívání svých schopností k dosažení cíle



Z celkového počtu 18 mužů využívá své schopnosti 11 (70 %) mužů, nevyužívá 2 (10 %) muži, neví, zda využívají 3 (20%) muži. Z celkového počtu 34 žen využívá své schopnosti 19 (65 %) žen, nevyužívá 3 (10 %) žen, neví 6 (25 %) žen.

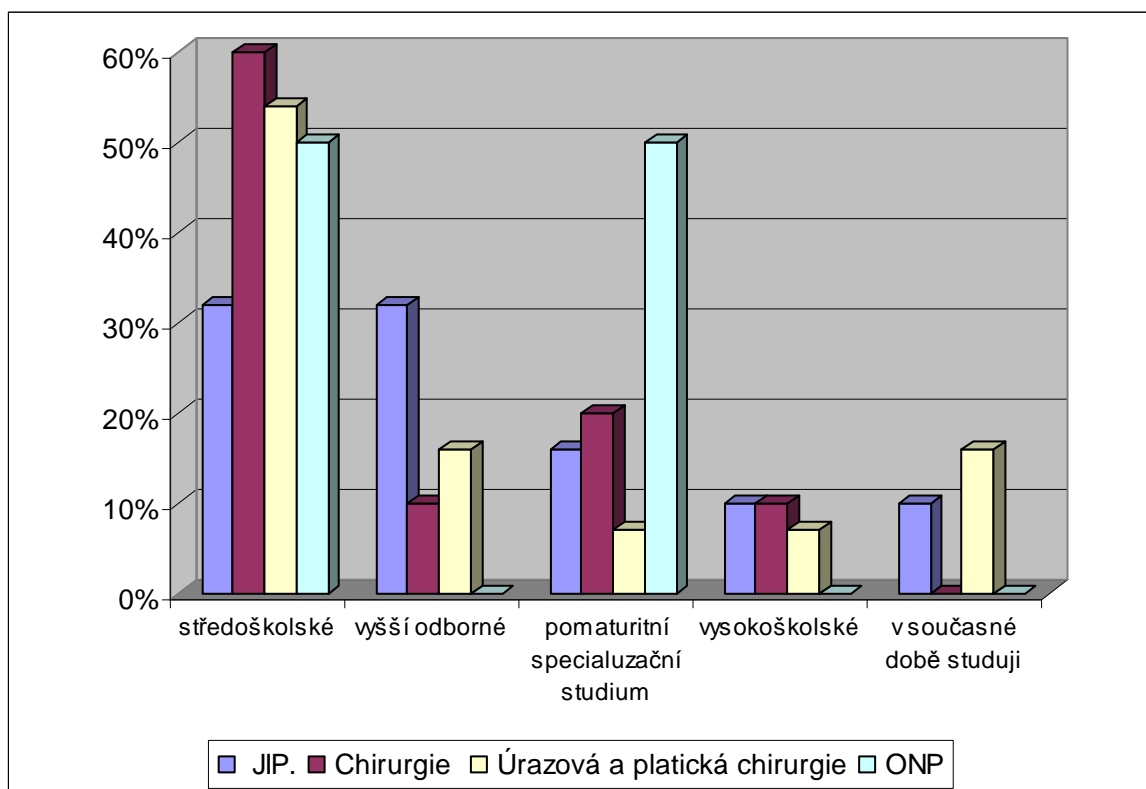
Graf 19 Pocit štěstí v životě



Z celkového počtu 18 mužů je šťastných 8 (50 %), částečně 6 (40 %), nedokáže jednoznačně odpovědět, 2 (10 %) muži. Z celkového počtu 34 žen je šťastných 15 (45 %) žen, částečně 14 (40 %) žen, nedokáže jednoznačně odpovědět 1 (5 %) žena. Ani jeden muž nezvolil možnost nejsem šťastný. Že nejsou v životě šťastné, odpověděly 2 (10 %) ženy.

4.3 Výsledky k dotazníku pro sestry

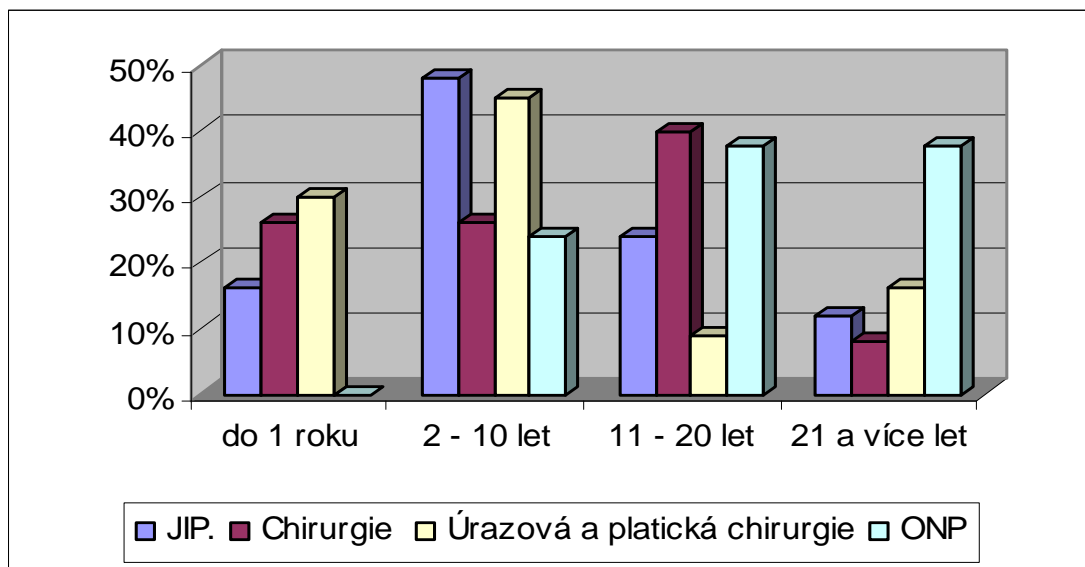
Graf 20 Nejvyšší dosažené vzdělání



Z celkového počtu 52 sester, odpovídalo 13 sester na každém ze zkoumaných oddělení.

Na JIP pracují 4 (32 %) středoškolsky vzdělané sestry, 4 (32 %) sestry s vyšším odborným vzděláním, PSS mají 3 (16 %) sestry, vysokoškolsky vzdělaná je 1 (10 %) sestra, studuje 1 (10 %) sestra. Chirurgie má 8 (60 %) středoškolsky vzdělaných sester, vyšší odborné má 1 (10 %), PSS 3 (20%) sestry, vysokoškolsky vzdělaná je 1 (10 %) a současně studuje 0 (0%) sester. Na TRO je 7 (54 %) středoškolsky vzdělaných sester, 2 (16 %) s vyšším odborným vzděláním, PSS má 1 (7 %) sestra, vysokoškolské vzdělání má 1 (7 %) sestra, studují 2 (16 %) sestry. ONP středoškolské 6 (50 %) sester, 7 (51 %) má PSS.

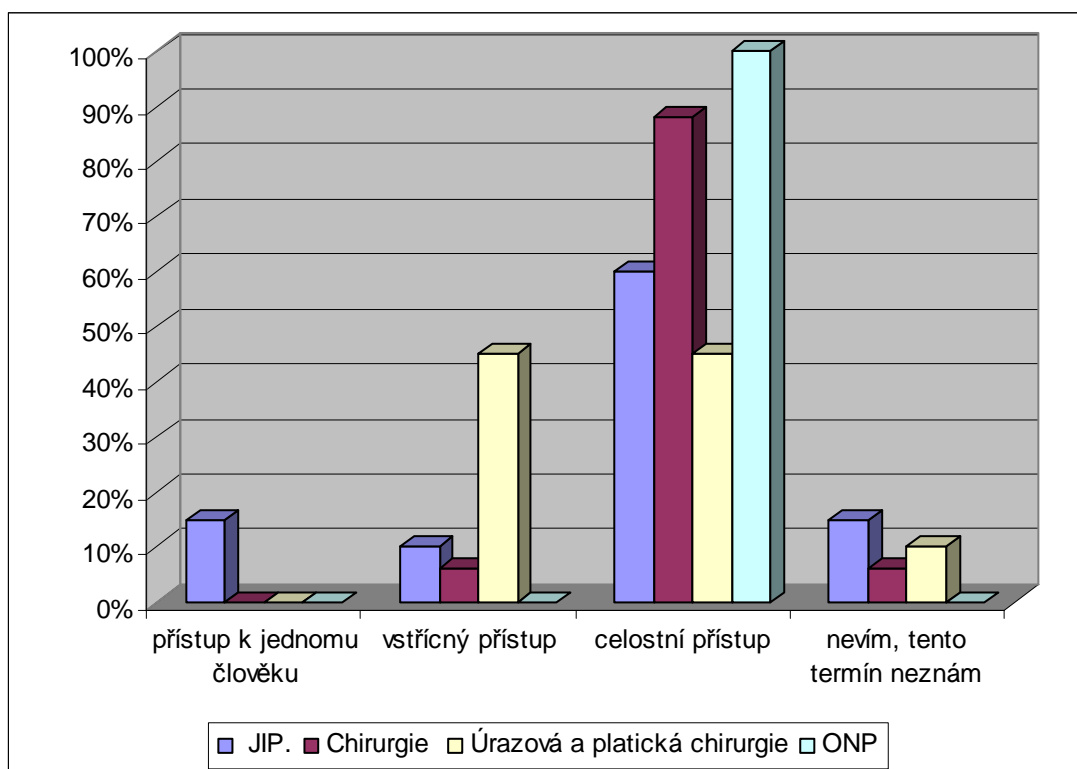
Graf 21 Délka praxe sester



Graf popisuje, kolik sester s různou délkou praxe pracuje na jednotlivých odděleních.

Na každém ze zkoumaných oddělení odpovědělo 13 sester. JIP praxe do 1 roku 3 (16 %) sester, 2-10 let 6 (48 %), 11-20let 3 (24 %), 21 a více let 1 (12 %) sestra. Chirurgie do 1 roku zde pracují 3 (26 %) sestry, 2-10let 3 (26%) sestry, 11-20 let 5 (40 %) sester, 21 a více let 2 (8 %) sestry. TRO do 1 roku 4 (30 %) sestry, 2-10 let 5 (45 %), 11-20 let 1 (9 %) sestra, 21 a více let 3 (16 %) sestry. Na ONP 2-10 let 3 (24 %) sestry, 11-20 let 5 (38 %), 21 a více let 5 (38 %) sester.

Graf 22 Holistický přístup k člověku



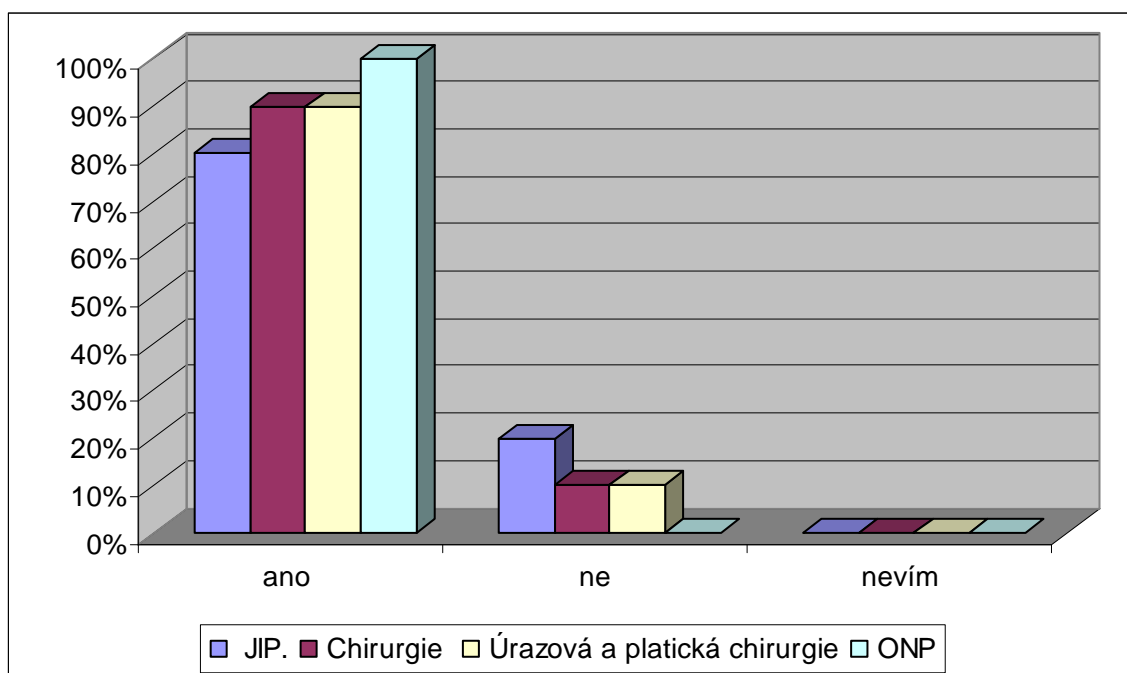
Co si sestry představují pod pojmem holistický přístup k člověku, odpovědělo 13 sester

na každém ze zkoumaných oddělení.

Na JIP odpovědělo 8 (60 %) sester, že holistický je přístup celostní, 1 (10 %) odpověď vstřícný přístup, 2 (15 %) tento termín neznají a 2 (15 %) sestry přístup k jednomu člověku. Chirurgie 11 (88 %) sester odpovědělo správně, 1 (6 %) sestra řekla, že je to vstřícný přístup, 1 (6 %) sestra tento termín nezná. 0 (0 %) přístup k jednomu člověku.

TRO 6 (45%) vstřícný přístup, 6 (45 %) celostní přístup a 1 (10 %) sestra termín nezná. 0 (0 %) přístup k jednomu člověku. Na ONP odpovědělo 13 (100 %) sester, že holistický je přístup celostní.

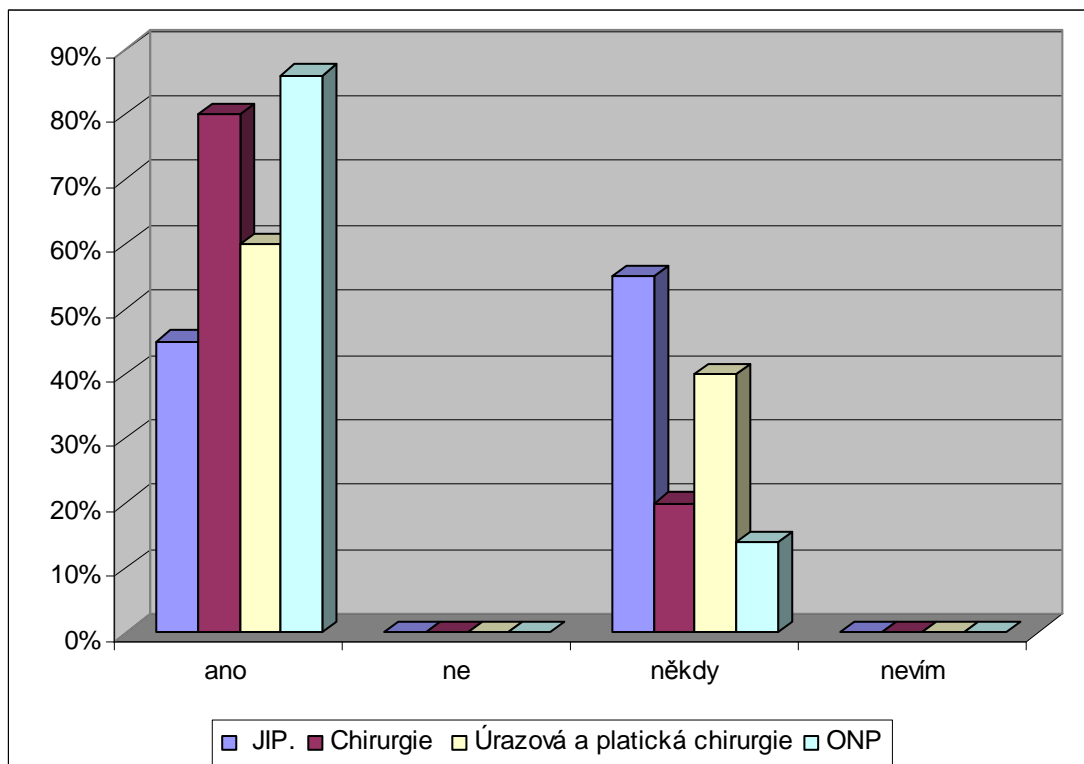
Graf 23 Potřeby a jejich organizovanost v životě člověka



Na otázku, zda si sestry myslí, že jsou potřeby člověka organizovány podle naléhavosti, odpovědělo 13 sester na každém ze zkoumaných oddělení. Že potřeby člověka jsou organizovány podle své naléhavosti odpovědělo na JIP 10 (80 %) sester, na chirurgii

11 (90 %), na TRO 11 (90 %) sester a na ONP 13 (100 %) sester. Že nejsou organizovány podle naléhavosti řekly 3 (20 %) sestry na JIP, 2 (10 %) sestry na chirurgii a 2 (10 %) na TRO. Sestry na ONP tuto možnost nevolily.

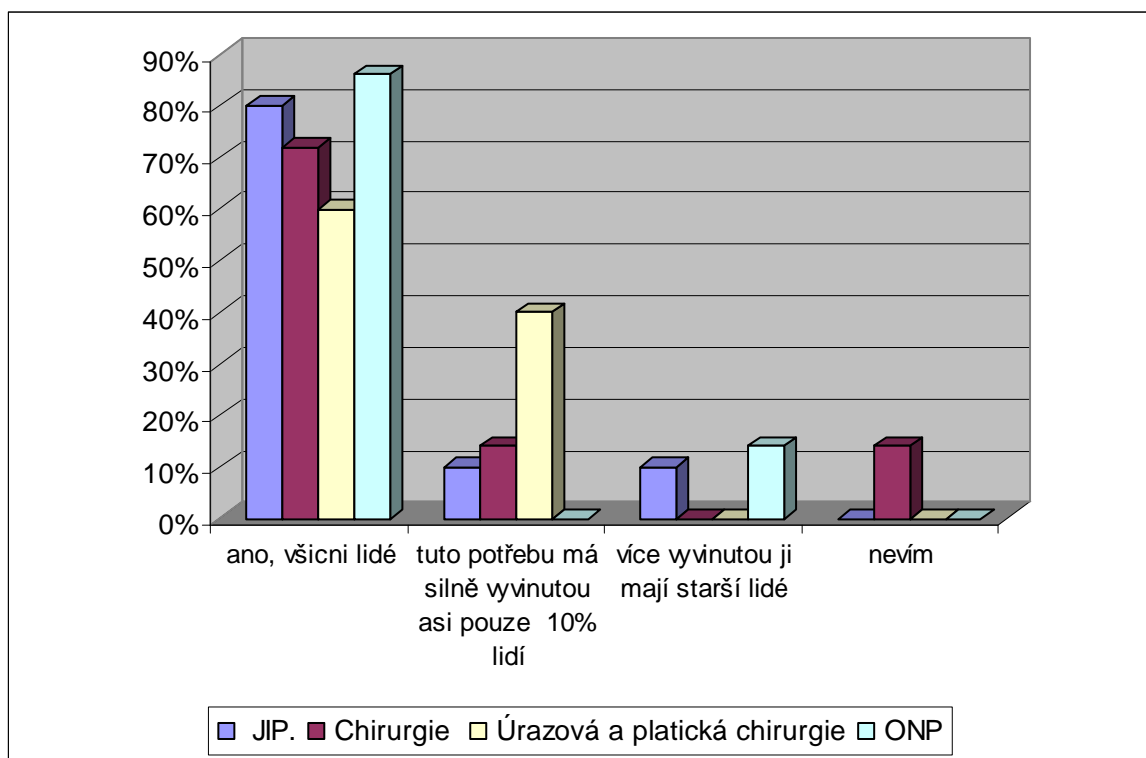
Graf 24 Potřeby člověka v závislosti na jeho životní situaci



Celkem odpovědělo 13 sester na každém ze zkoumaných oddělení.

Že potřeby člověka vznikají v závislosti na životní situaci si správně myslí na JIP 6 (45 %) sester, pouze někdy 7 (55 %) sester. Na chirurgii odpovídá ano 11 (80 %) sester, někdy 2 (20 %) sestry. Na TRO ano 8 (60 %) sester, někdy 5 (40 %) sester, na ONP 7 (86 %) sester, někdy 1 (14 %) sestra. Že potřeby nevznikají v závislosti na životní situaci ne zvolila žádná z celkového počtu 52 sester.

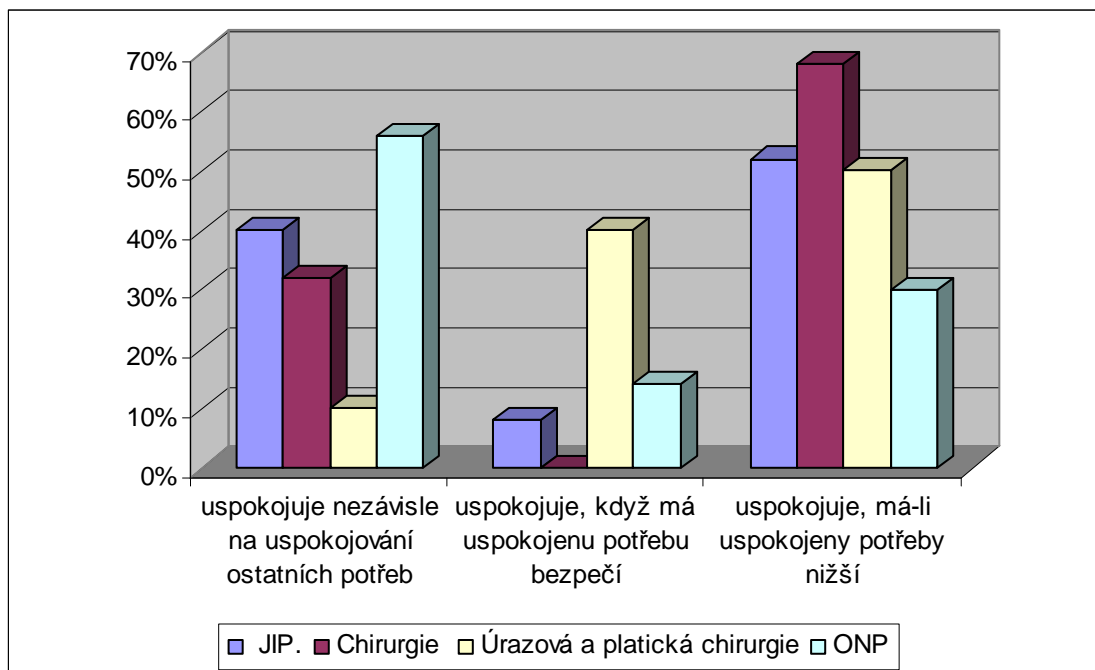
Graf 25 Výskyt potřeby seberealizace



Na otázku o výskytu potřeby seberealizace odpovídalo na každém ze zkoumaných oddělení 13 sester.

Na všech odděleních si sestry většinou myslí, že potřebu seberealizace mají všichni lidé. Na JIP 11 (80 %) sester, na chirurgii 9 (72 %), na TRO 8 (60 %), na ONP 11 (86 %) sester. Správně odpovídaly sestry na TRO 5 (40 %) sester, na chirurgii 2 (14 %), na JIP 1(10 %) sestra. Že mají tuto potřebu více vyvinutou staří lidé odpověděla 1 (10 %) sestra na JIP a 2 (14 %) sestry na ONP. Sestry z TRO a chirurgie tuto možnost vůbec nezvolily. Na chirurgii 1 (10 %) sestra odpověděla, že nezná odpověď na tuto otázku.. Sestry z ostatních oddělení tuto možnost nezvolily.

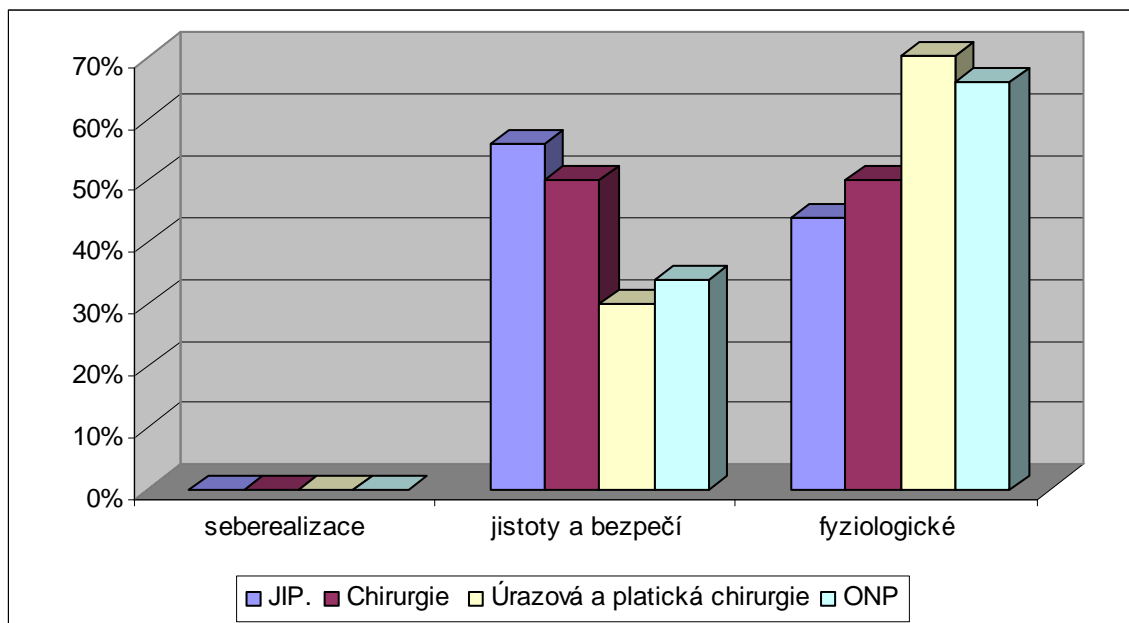
Graf 26 Potřeba seberealizace ve zdraví



Na otázku o výskytu potřeby seberealizace ve zdraví, odpovídalo 13 sester na každém ze zkoumaných oddělení.

Že potřebu seberealizace uspokojuje člověk nezávisle na ostatních potřebách, řeklo na JIP 5 (40 %) sester, na chirurgii 4 (32 %), na TRO 1 (10 %) sestra, na ONP 7 (56 %) sester. Že ji uspokojuje, když má uspokojenu potřebu bezpečí, řeklo na JIP 1 (8 %) sestra, na TRO 5 (40 %) sester, na ONP 2 (14 %) sestry. Sestry na chirurgii tuto možnost nevolily. Správnou odpověď, že člověk uspokojuje potřebu seberealizace, když má uspokojeny potřeby nižší úrovně zvolilo na JIP 7 (52 %) sester, na chirurgii 8 (68 %) sester, na TRO 6 (50 %) sester.

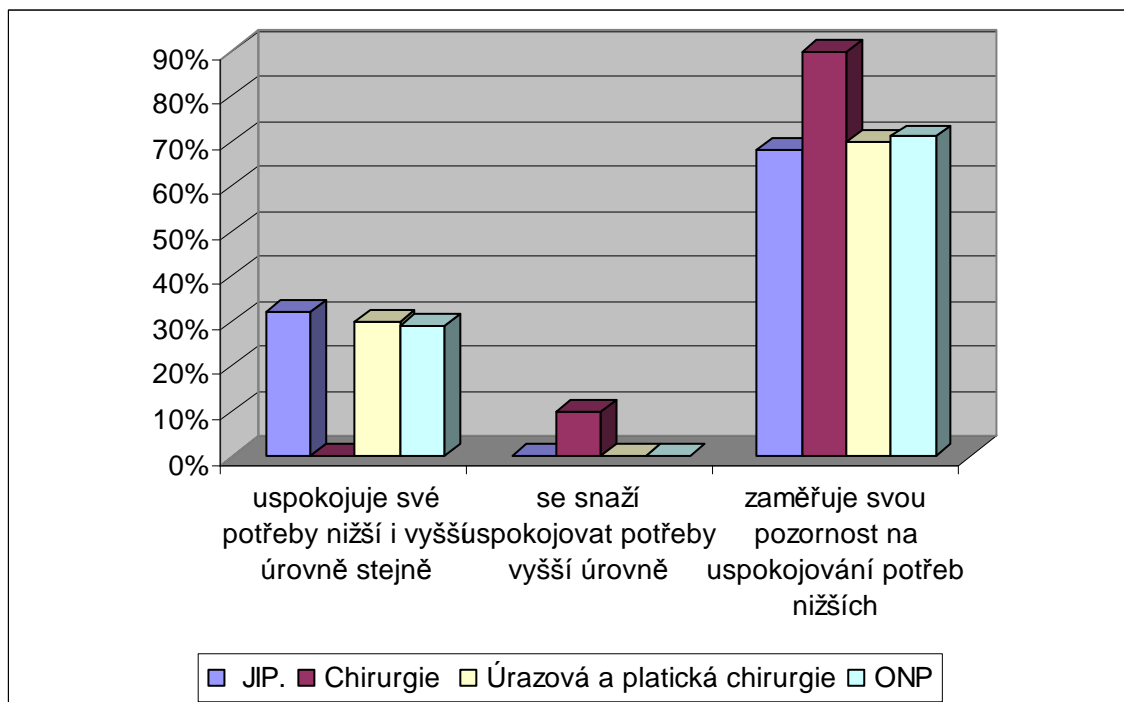
Graf 27 Potřeby a jejich uspokojování na počátku nemoci



K uspokojování potřeb na počátku nemoci se vyjádřilo 13 sester na každém ze sledovaných oddělení.

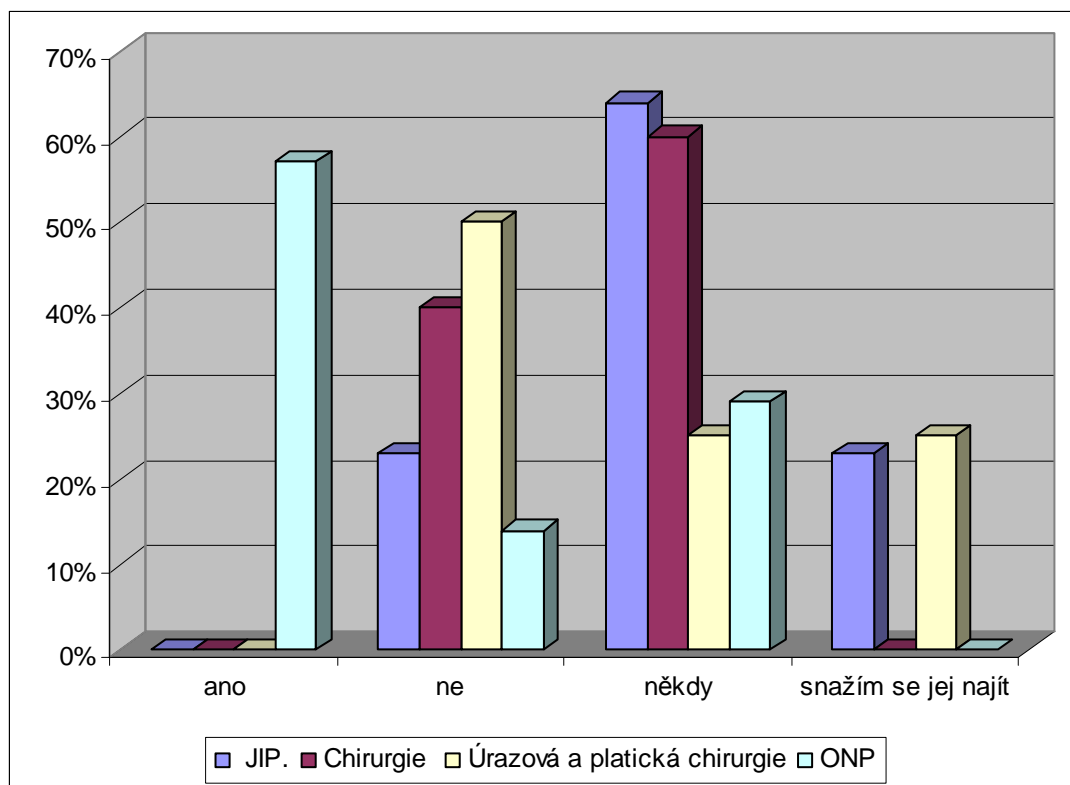
Že na počátku nemoci bývají pro člověka prvořadě fyziologické potřeby, odpovědělo, na JIP 6 (44 %) sester, na chirurgii 7 (50 %) sester, 9 (70 %) sester na TRO, 9 (66 %) na ONP. K potřebě jistoty a bezpečí se přiklonilo 7 (56 %) sester na JIP, 6 (50 %) na chirurgii, 4 (30 %) sester na TRO a 4 (34 %) sestry na ONP. Možnost, že člověk na počátku nemoci uspokojuje potřebu seberealizace, ne zvolila žádná sestra.

Graf 28 Zaměření na uspokojování potřeb v nemoci



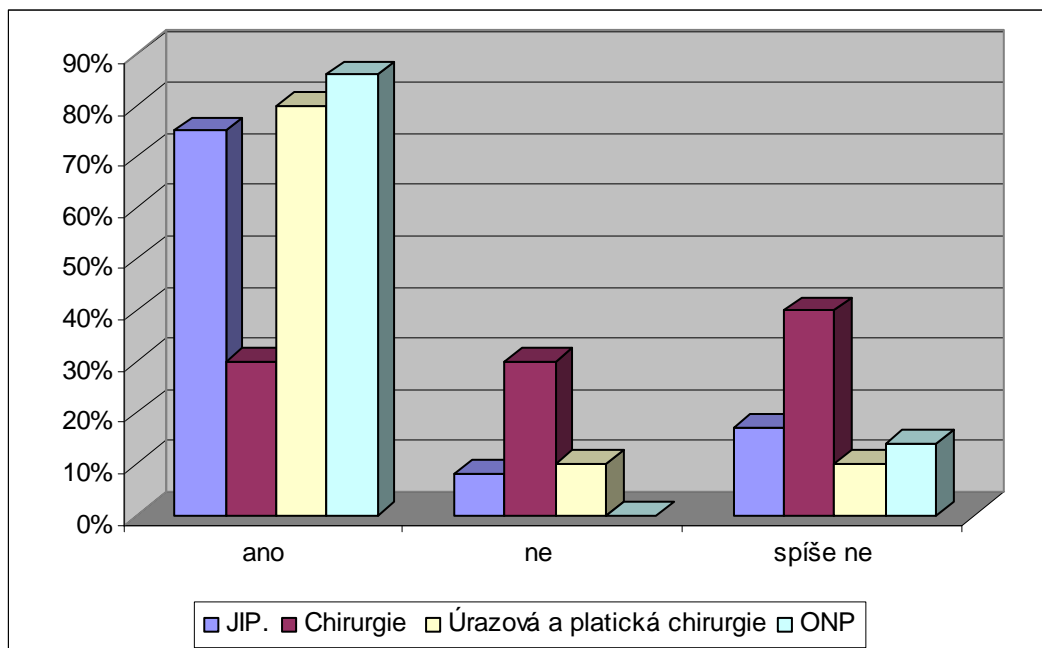
Z celkového počtu odpovídalo na každém ze sledovaných oddělení 13 sester. Že člověk v souvislosti s nemocí uspokojuje potřeby vyšší i nižší úrovně stejně, odpověděly 4 (32 %) sestry na JIP, na TRO 4 (30 %) sestry, na ONP 4 (29 %) sestry. Sestry z chirurgie tuto možnost nezvolily. Že člověk v nemoci zaměřuje pozornost na uspokojování potřeb vyšší úrovně, odpověděla pouze 1 (10 %) sestra na chirurgii. Že v nemoci zaměřuje člověk svou pozornost na uspokojování nižších potřeb odpovědělo na JIP 8 (68 %) sester, na chirurgii 12 (90 %) sester, na TRO 9 (70 %), na ONP 9 (71 %) sester.

Graf 29 Rozhovor sestry s pacientem o jeho pocitech při příjmu na oddělení



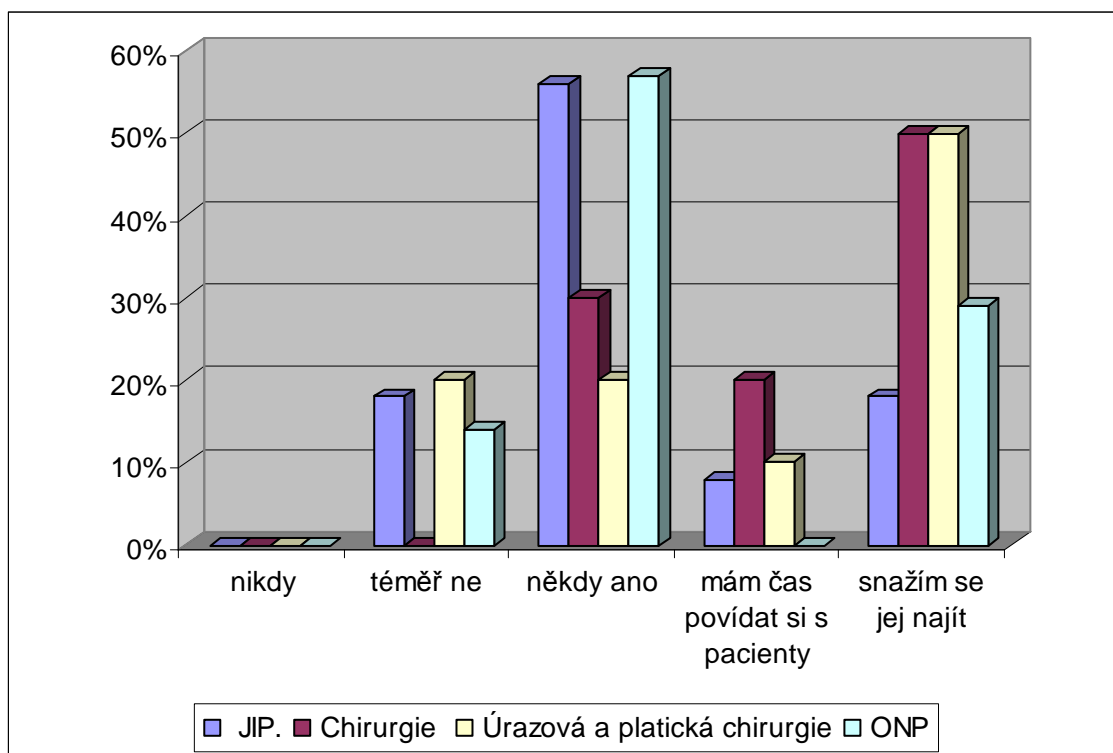
Zda je při příjmu čas na rozhovor s pacientem o jeho pocitech, odpovědělo 13 sester na každém ze sledovaných oddělení. Čas na rozhovor s pacientem při příjmu mají pouze sestry na ONP 9 (65 %). Čas na povídání s pacientem nemají sestry na JIP 3 (23 %), na chirurgii 5 (40 %) sester, na TRO 7 (50 %) sester, na ONP 1 (10 %) sestra. Někdy mají čas sestry na JIP 8 (64 %), na chirurgii 8 (60 %), na TRO 3 (25 %), na ONP 3 (25 %). Čas na rozhovor se snaží najít 3 (23 %) sestry na JIP a 3 (25 %) na TRO. Na ONP a chirurgii se čas nesnaží najít.

Graf 30 Náročnost práce sester na jednotlivých odděleních



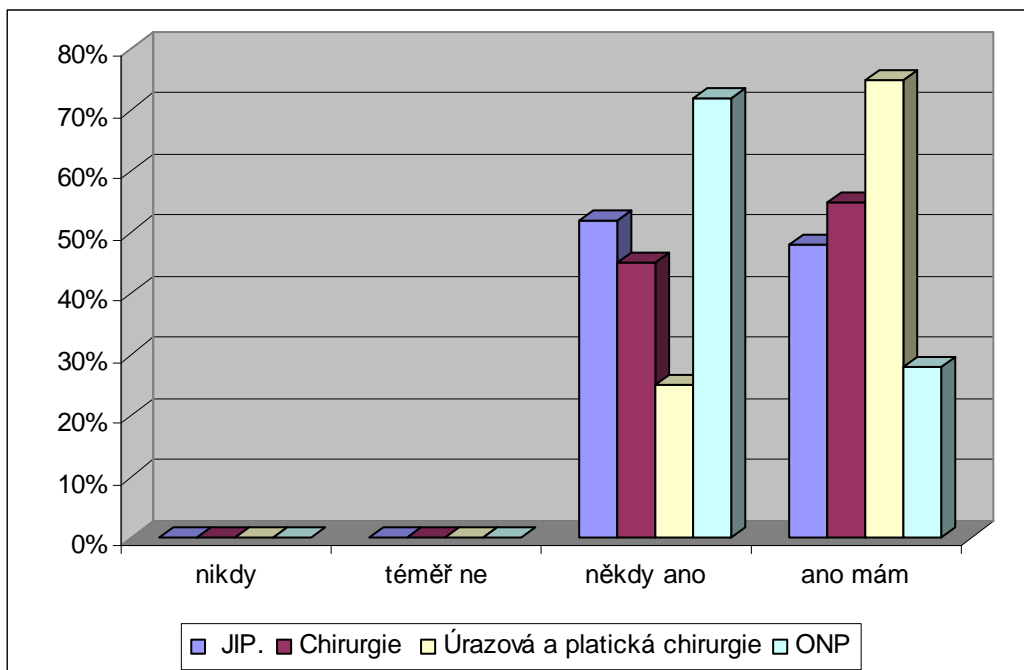
Na otázku o náročnosti práce odpovídalo na jednotlivých odděleních 13 sester. Nejvíce vyčerpávající a stresující je práce pro sestry na ONP 11 (86 %) sester a na TRO 10 (80 %) sester, na JIP 9 (75 %) sester, na chirurgii 4 (30 %). Že není vyčerpávající odpověděly na JIP 1 (8 %) sestra, 4 (30 %) sestry na chirurgii, 1 (10 %) sestra na TRO, na ONP sestry tuto odpověď neoznaly. Odpověď spíše není vyčerpávající označily 3 (17 %) sestry na JIP, 5 (40 %) sester na chirurgii, 2 (10 %) na TRO, 2 (14 %) sestry na ONP.

Graf 31 Volný čas ve službě na povídání si s pacientem



Z celkového počtu sester odpovědělo 13 na každém ze zkoumaných oddělení. Žádná ze sester nezvolila možnost, že nikdy nemá čas na povídání s pacientem. Čas na povídání ve službě téměř nemají sestry na JIP 3 (18 %), na chirurgii 0 (0 %), na TRO 3 (20 %), na ONP 2 (14 %). Někdy mají čas sestry na JIP 7 (56 %), na chirurgii 4 (30 %), na TRO 3 (20 %) sestry, na ONP 7 (57 %) sester. Čas povídat si s pacienty mají na JIP 1 (8 %), na chirurgii 3 (20 %), na TRO 1 (10 %) sestry. Na ONP sestry nezvolily tuto možnost vůbec. Na povídání s pacientem si snaží najít čas 3 (18 %) sestry na JIP, 7 (50 %) na chirurgii a 7 (50 %) na TRO, 4 (19 %) sestry na ONP.

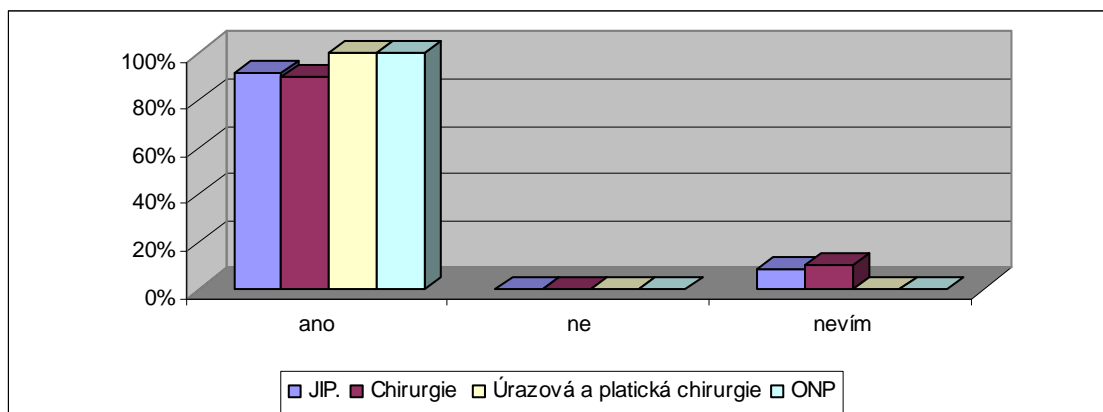
Graf 32 Zájem sester o povídání si s pacientem



Na otázku o zájmu sester o povídání s pacientem odpovědělo 13 sester z celkového počtu na jednotlivých odděleních.

Nejvíce mají zájem povídat si s pacientem sestry TRO 10 (75 %) sester, na JIP 6 (48 %) sester, na chirurgii 7 (55 %), na ONP 4 (28 %) sester. Jen někdy mají zájem si s pacientem povídat na JIP 7 (52 %) sester, na chirurgii 6 (45 %), na TRO 3 (25 %) sestry. Na ONP 9 (72 %) sester. Ani jedna sestra nezvolila možnost, že zájem o povídání s pacientem nemá, ani možnost, téměř ne.

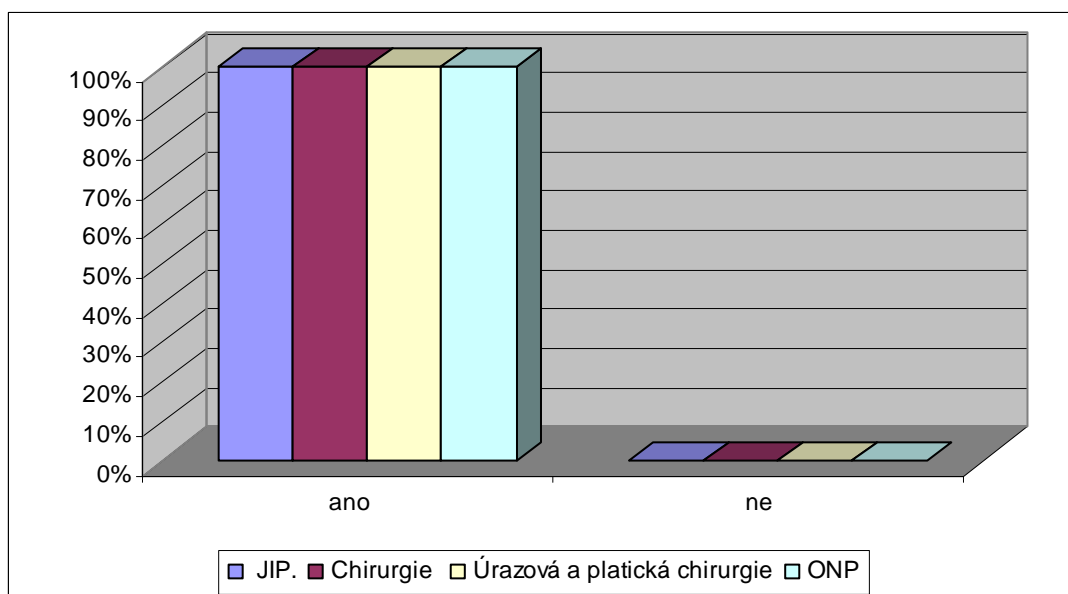
Graf 33 Přístup sester a jeho ovlivnění prožívání nemoci pacientem



Zda si sestry myslí, že mohou svým přístupem ovlivnit prožívání nemoci. Odpovědělo 13 sester z každého ze zkoumaných oddělení.

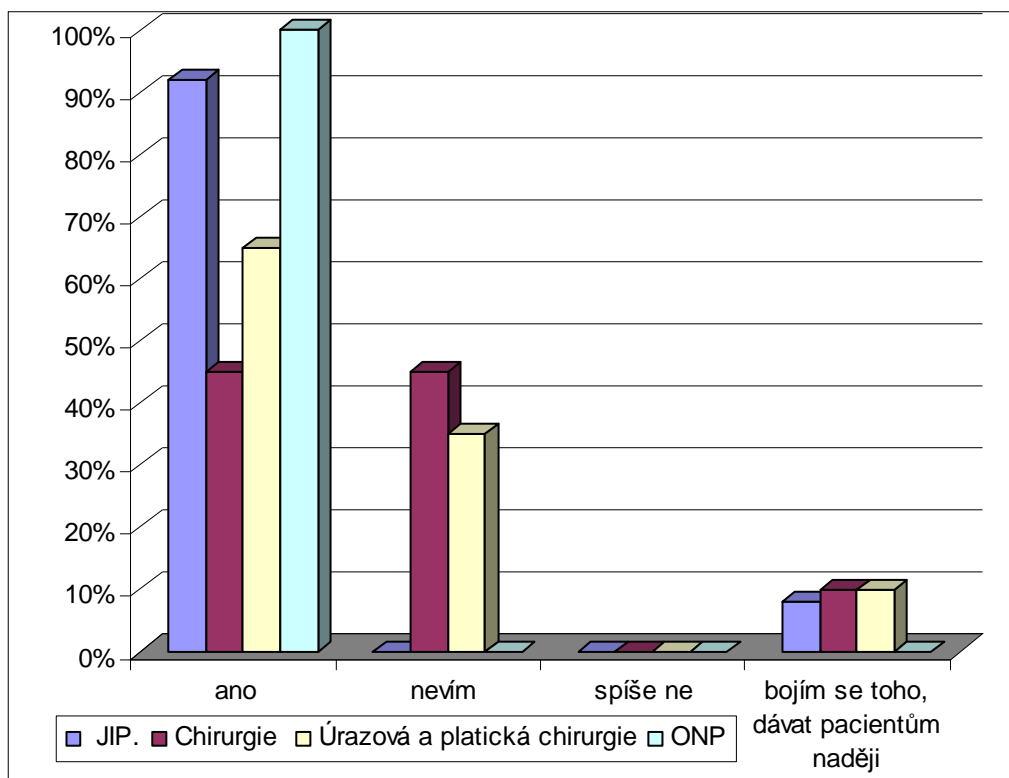
Většina sester 11 (92 %) na JIP a 11 (90 %) na chirurgii, 13 (100 %) na TRO a 13 (100 %) ONP, si myslí, že mohou svým přístupem ovlivnit prožívání nemoci pacienta. Pouze 2 (10 %) sestry na chirurgii a 2 (8 %) na JIP si tím nejsou jisté..

Graf 34 Komunikace s pacientem a její důležitost



Všech 52 sester ze zkoumaného vzorku si myslí jednoznačně, že je pro pacienta důležité komunikovat s ošetřujícím personálem.

Graf 35 Schopnost sester dávat při komunikaci pacientovi naději

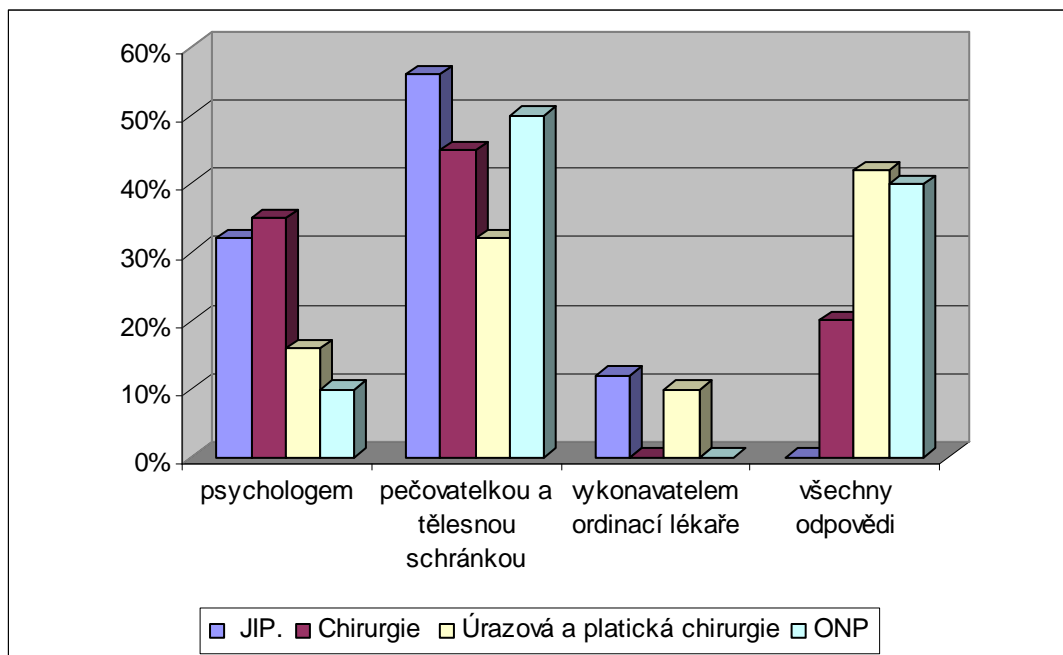


Na otázku o schopnosti sester dávat pacientovi naději, odpovědělo 13 sester na jednotlivých odděleních.

O své schopnosti dávat při komunikaci pacientovi naději je přesvědčeno nejvíce sester.

Na ONP 13 (100 %), na JIP 12 (92 %) sester, na TRO 8 (65 %) sester, na chirurgii 6 (45 %) sester. Neví, zda umí dávat naději 6 (45 %) sester na chirurgii a 5 (35 %) sester na TRO. Sestry z JIP a ONP tuto možnost nevolily vůbec. Z celkového počtu 52 sester, žádná nevolila možnost, že spíše neumí při komunikaci s pacientem dávat naději. Dávat naději se bojí sestry na JIP 1 (8 %), na chirurgii 1 (10 %) a TRO 1 (10 %) sestry. Tuto možnost nevolila žádná sestra na ONP.

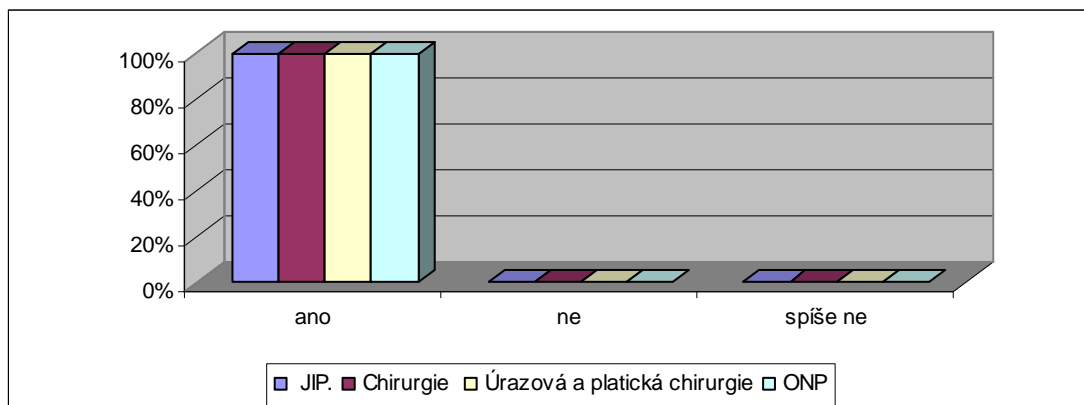
Graf 36 Postoj sestry ve vztahu k pacientovi vztahu k pacientovi



Otázku vztahu k pacientovi hodnotilo 13 sester na každém ze zkoumaných oddělení.

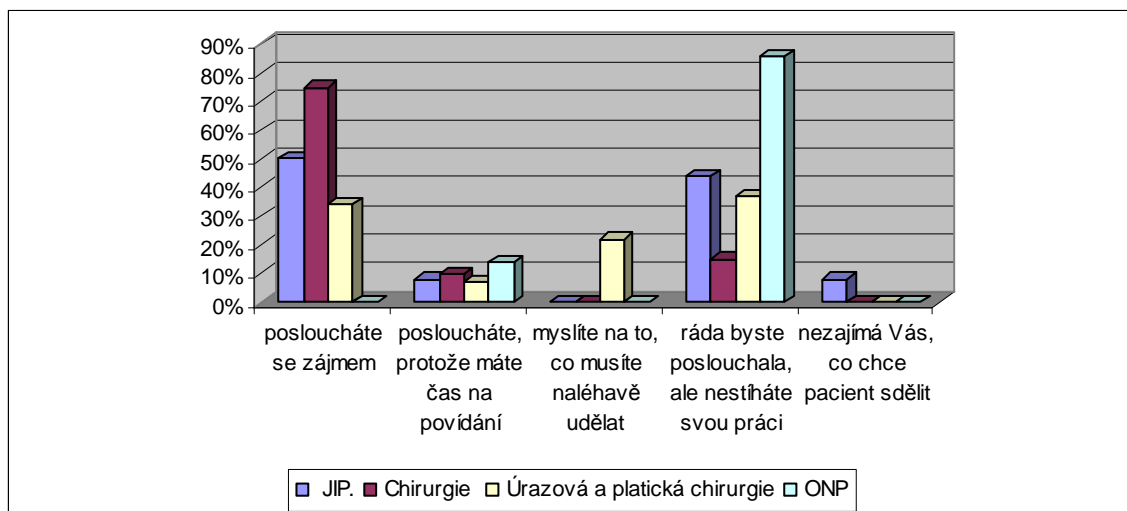
Na JIP odpovědělo 5 (32 %) sester, že jsou ve vztahu k pacientovi spíše psychologem, 7 (56 %) pečovatelkou o tělesnou schránku, 1 (12 %) sestra vykonavatelem ordinací lékaře. Na chirurgii jsou 4 (35 %) sestry psychologem, 5 (45 %) pečovatelkou o tělesnou schránku. Možnost vykonavatele ordinací lékaře sestry z chirurgie ne zvolily a 3 (20 %) sestry zvolily všechny možnosti. Na TRO jsou 2 (16 %) sestry psychologem, 4 (32 %) sestry pečovatelkou o tělesnou schránku, 1 (10 %) sestra vykonavatelem ordinací lékaře a 6 (42 %) sester označilo všechny možnosti. Na ONP 1 (10 %) sestra psychologem, 7 (50 %) pečovatelkou o tělesnou schránku a 5 (40 %) sestry označily všechny možnosti.

Graf 37 Důležitost poskytování pacientům porozumění a opory



Na otázku, zda si sestry myslí, že je důležité poskytovat pacientům oporu a porozumění, odpovědělo souhlasně všech 52 sester.

Graf 38 Přístup sester ke komunikaci s pacientem

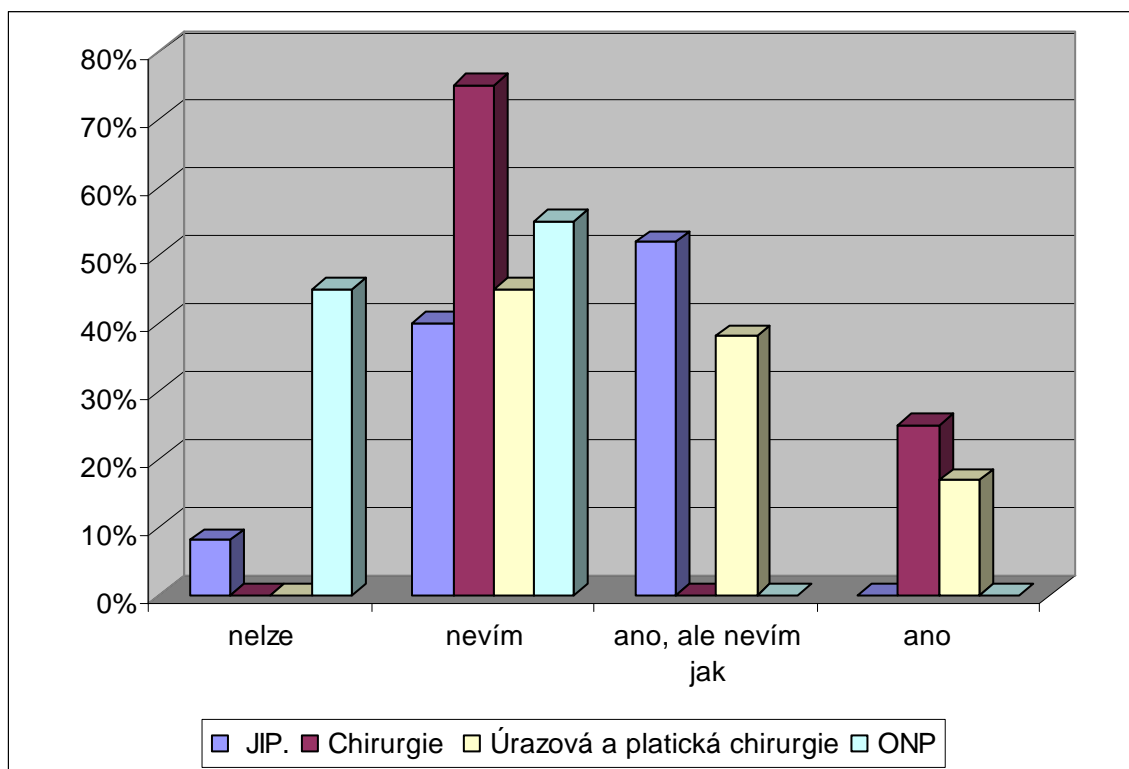


Na otázku přístupu sester ke komunikaci s pacientem odpovědělo 13 sester na každém ze zkoumaných oddělení. Na JIP 6 (50 %) sester poslouchá se zájmem, na chirurgii

9 (75 %), na TRO 4 (34 %), na ONP sestry tuto možnost ne zvolily. Poslouchá, protože má čas na JIP 1 (8 %) sestru, na chirurgii 1 (10 %), na TRO 1 (7 %), na ONP 2 (14 %) sestry. Možnost myslíte na to, co musíte naléhavě udělat označily pouze na TRO 3

(22 %) sestry. Na JIP 6 (44 %) sester by rády poslouchaly, ale nestíhají svou práci, na chirurgii 3 (15 %), na TRO 5 (37 %), na ONP 11 (86 %) sester. Možnost nezajímá vás, co chce pacient sdělit označila 1 (8 %) sestru na JIP.

Graf 39 Aktivní přístup sester k uspokojování potřeby seberealizace hospitalizovaného pacienta

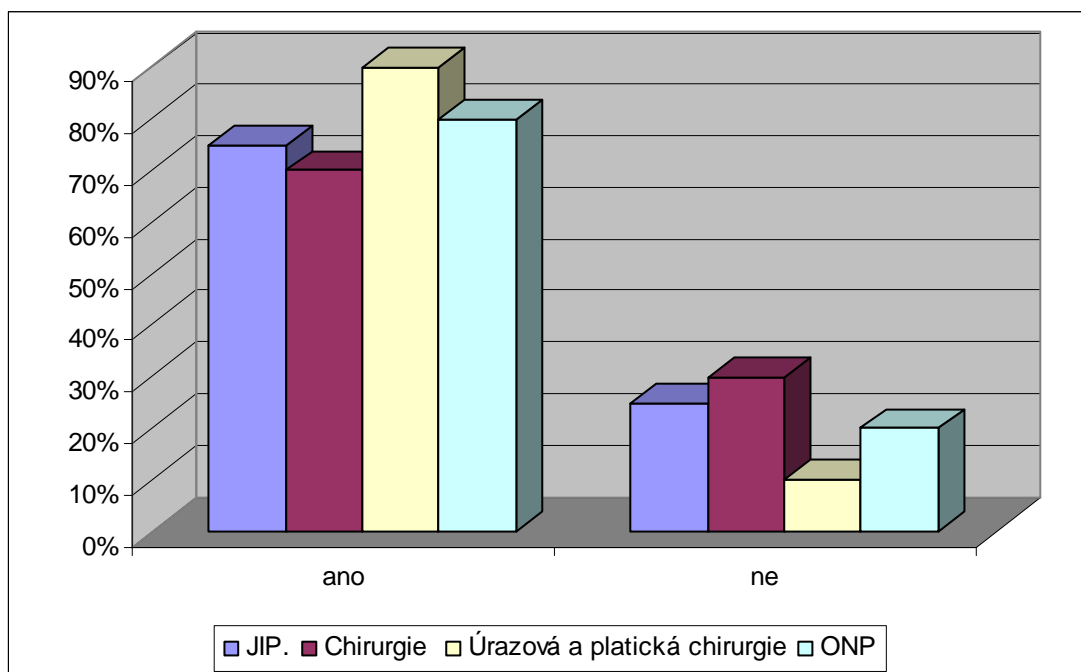


Tuto otázku zodpovědělo, z celkového počtu 52 sester, 13 sester na jednotlivých zkoumaných odděleních.

Na ONP 6 (45 %) sester odpovídá, že nelze aktivně přistupovat k uspokojování potřeby seberealizace na jejich oddělení, na JIP to tvrdí 1 (8 %) sestra. Na JIP odpovědělo 5

(40 %) sester, že neví, zda lze aktivně přistupovat k uspokojování potřeby seberealizace u pacientů během hospitalizace, na chirurgii 10 (75 %) sester neví, zda lze aktivně přistupovat, na TRO 6 (45 %), na ONP 7 (55 %) sester. Ano, ale neví jak aktivně přistupovat, odpovědělo 7 (52 %) sester na JIP a 5 (38 %) sester na TRO, sestry z ONP a z chirurgie tuto možnost nezvolily. 2 (17 %) sestry na TRO a 3 (25 %) na chirurgii označily odpověď, že lze aktivně přistupovat k uspokojování potřeby seberealizace u pacientů během hospitalizace.

.Graf 40 Vysvětlení pojmu „naslouchání“



Odpovídalo 13 sester na každém ze zkoumaných oddělení.

Správně rozumí pojmu „naslouchání“ 11 (90 %) sester na TRO, 10 (80 %) sester ONP,

9 (75 %) sester JIP a 9 (70 %) na chirurgii. Nesprávné vysvětlení poskytly sestry na TRO 1 (10 %), 2 (15 %), na ONP, 3 (25 %) sestry na JIP a 1 (10%) sestra na chirurgii.

5 Diskuse

Seberealizace je o tom, že se začneme věnovat nejen svému tělu, ale i své duši. Svoje fyzické tělo ovládáme myšlenkami, nervovým systémem a svaly. Duši, na které je tělo závislé, lze ovládat pozorností a intuicí. Intuice je nám ale otupována potřebami společnosti a jejím učením. Lze ji však také trénovat, protože se váže s vědomím v jeho zvýšeném stavu a tak vlastně začneme opět využívat svých přirozených schopností.

Bylo již řečeno, že každý člověk je jedinečný svou osobností, že nemoc, či úraz na něj kladou zvýšené nároky. Moderní ošetřovatelství se zabývá studiem potřeb člověka a jejich uspokojováním. V této práci je zvýrazněna potřeba seberealizace. Cílem bylo zjistit výskyt potřeby seberealizace u pacientů během hospitalizace. Byli dotazováni pacienti a zkoumány jejich potřeby v době, kdy byli následkem úrazu, plánovaného operačního výkonu nebo následné péče hospitalizováni na příslušných odděleních. Zkoumaný vzorek tvořilo 52 pacientů na čtyřech odděleních. Dotazníky byly rozdány pacientům na oddělení Úrazové a plastické chirurgie, JIP, chirurgickém oddělení a oddělení následné péče. Celkem bylo dotazováno 34 žen a 18 mužů. Otázky v dotazníku byly postaveny tak, aby se dalo z odpovědí zjistit, jaké potřeby upřednostňovali sledovaní respondenti ve zdraví. Zajímavé bylo srovnání potřeb, které ve zdraví uspokojují ženy a které muži. Ženy dávají v životě přednost bezpečí, spolehlivosti a stabilitě (50 %). 70 % z dotázaných žen jsou v životě spokojené, 65 % se snaží využívat své schopnosti k dosažení nějakého cíle, ale jen 20 % z celkového počtu dosáhlo vytčeného cíle. Přesto se cítí šťastných 45 % žen. Muži dávají nejvíce v životě přednost potřebě sounáležitosti a lásky 40 %. Spokojeno v životě je 60 % dotazovaných mužů.

70 % z nich se snaží využívat svých schopností k dosažení nějakého cíle. Něčeho v životě dosáhnout, se podařilo 40 % mužům a 50 % dotázaných mužů je v životě šťastných. Z výsledků vyplývá, že muži bývají v životě přibližně stejně spokojeni a šťastni jako ženy. Přibližně stejný počet mužů i žen se snaží využívat své schopnosti k dosažení nějakého cíle.

Podle Trachtové (2001) vystupuje potřeba seberealizace (sebeaktualizace) jako tendence realizovat své schopnosti a záměry. Sledovaný vzorek mužů a žen nachází v životě uspokojení a snaží se realizovat své plány a záměry, jsou tudíž v životě seberealizováni.

Další část diskuze je věnována hospitalizovaným pacientům, na čtyřech různých odděleních. Na chirurgii dává nejvíce pacientů přednost pohybu a spánku (45 %), na JIP a ONP bezpečí, spolehlivosti a stabilitě (50 %) (45 %), na TRO vědění a rozumění

(35 %). Potřebě seberealizace ve zdraví se nejvíce blíží pacienti hospitalizovaní na Traumatologii. Jak píše Trachtová (2001) seberealizace s sebou přináší pocit uspokojení, a povznesení se nad běžné starosti života. Spokojeni se svým životem jsou na chirurgii v 60 %, na JIP v 50 %, na ONP v 25 % a na TRO v 60 %. Na všech sledovaných odděleních využívají pacienti svých schopností k dosažení cíle na chirurgii 70 %, JIP

56 %, na ONP 59 % a na TRO 80 % dotazovaných pacientů. Dalo by se tedy předpokládat, že jsou pacienti v životě blízko potřebě seberealizace, když výsledky dotazníků srovnáme s tvrzením Trachtové (2001), že seberealizovat se znamená odvozovat životní spokojenost z toho, co se člověku podařilo dosáhnout. Pacienti zdůvodňují svou spokojenost v životě tím, že mají rodinu, zdravé děti a zajímavou práci.

Předcházející otázky byly zaměřeny na zjištění potřeby seberealizace ve zdraví. Zajímalo nás, zda se změnil žebříček hodnot hospitalizovaného pacienta a jaké potřeby bude upřednostňovat při pobytu v nemocnici. Nemoc je překážkou v uspokojování potřeb člověka a sama určuje způsob vyjádření a možnosti uspokojování. Trachtová (2001) píše, že nemoc a pobyt v nemocnici s ní spojený je pro člověka situace, která se může stát a lze ji řešit. Stejně odpovídají většinou pacienti na otázku v dotazníku, co pro ně nemoc a pobyt v nemocnici s ní spojený znamená. Pacienti na chirurgii 90 %, JIP

52 %, ONP 60 % TRO 75 %. Pro 40 % pacientů na JIP a 17 % na ONP je to nečekaná situace, o které neví, zda se vyřeší. Situace, která pacientům zcela změnila život je z

10 % pro pacienty na chirurgii, z 8 % na JIP, ze 40 % na ONP a z 8 % na TRO.

Další otázky byly kladeny tak, aby se z odpovědí dalo zjistit, co je pro pacienty při pobytu v nemocnici nejdůležitější a čemu dávají přednost, v souvislosti se současnou nemocí. Na chirurgii převládá v 70 % potřeba pocitu bezpečí a na ONP v 50 %. Na JIP v 60 % potřeba být bez bolesti, na TRO ve 48 %. Potřeba být respektován druhými se vyskytuje maximálně do 10 %. Na chirurgii dávali pacienti přednost pouze uspokojování fyziologických potřeb.

Hypotéza č. 1 Pacienti hospitalizovaní na lůžkách akutní péče nevykazují potřebu uspokojení potřeby seberealizace

Z odpovědí vyplynulo, že pacienti přijatí na lůžko akutní péče vykazovali před hospitalizací uspokojování potřeby seberealizace nebo se v uspokojování svých potřeb pohybovali v blízkosti vrcholu pyramidy.

Po dobu hospitalizace se pacienti na Traumatologii a na JIP přechodně věnují uspokojování potřeb nižší úrovně, ale na potřebu seberealizace nezapomínají.

Nemoc

a pobyt v nemocnici je pro ně, dle zjištěných výsledků, většinou situace, kterou lze řešit. To znamená, že racionálnost svého hodnocení a myšlení dokáží v případě potřeby užít jako štítu před emocemi Tuček (2005). Je pro ně důležité bojovat s nemocí. Je pro ně důležitá naděje, to je známka toho, že potřeba seberealizace je u nich stále důležitá, ale v době hospitalizace se věnují přechodně uspokojování potřeb nižší úrovně.

Hypotéza se potvrdila

Hypotéza č. 2 Pacienti přijatí k plánovanému operačnímu výkonu mají větší potřebu uspokojení potřeby seberealizace než pacienti hospitalizovaní na lůžkách akutní péče

Pacienti přijatí na lůžko plánovaných výkonů vykazovali před přijetím do nemocnice uspokojování vyšších potřeb, ale ne potřeby seberealizace. Pobyt

v nemocnici je pro ně situace, kterou lze řešit. Při pobytu v nemocnici upřednostňují pocit bezpečí a je pro ně důležité mít sílu bojovat s nemocí, cítit oporu a porozumění ze strany sester a je pro ně důležitý pocit naděje, který je vyjádřením vyšších potřeb. Na rozdíl od traumatologických pacientů nezmiňují, při pobytu v nemocnici, potřebu být respektován druhými.

Hypotéza se nepotvrdila.

Na všech zkoumaných odděleních pacienti, při pobytu v nemocnici, upřednostňují uspokojení potřeb nižších. Potvrzují tím teorii Nakonečného (2005), že potřeba seberealizace postavená nejvýše v žebříčku hodnot, vyžaduje uspokojení všech potřeb nižších.

Hypotéza č. 3 Pacienti přijatí k plánovanému operačnímu výkonu mají větší potřebu uspokojení potřeby seberealizace než pacienti hospitalizovaní na ONP

Pacienti hospitalizovaní na ONP dávají v životě přednost bezpečí spolehlivosti a stabilitě, pohybu a spánku. Se svým životem jsou částečně spokojeni a částečně šťastni. Téměř polovina dotázaných říká, že nemoc a pobyt v nemocnici je pro ně situace, která zcela změnila jejich život. V souvislosti s nemocí potřebují především být bez bolesti, mít pocit bezpečí, ale i bojovat s nemocí. Potřebují naději a je pro ně důležité porozumění a opora.

Na rozdíl od pacientů přijatých na lůžka plánovaných výkonů označovali potřebu být respektováni druhými. Uspokojování této potřeby spěje k seberealizační potřebě stejně, jako mít sílu bojovat s nemocí, kterou pacienti hospitalizovaní na ONP označili jako odpověď v 67 %. I v životě dávali více přednost potřebě vědět a rozumět, než pacienti přijatí na lůžka plánovaných výkonů, což je zajímavé.

Hypotéza se nepotvrdila.

Při pobytu v nemocnici je pro pacienty všech sledovaných oddělení nejdůležitější mít sílu bojovat s nemocí v 50 – 70 %. Minimálně dotázaných upřednostňuje upravené lůžko (do 10 %). Být v kontaktu s nejbližšími touží 20 % pacientů na chirurgii, 56 % na JIP, 24 % na ONP a 40 % pacientů na TRO.

Špatenková (2004) uvádí, že člověk v souvislosti s nemocí často zaměřuje pozornost na uspokojování nižších potřeb a přechodně se nezabývá potřebami vyšší úrovně. Pacienti, kteří odpovídali na otázky v dotazníku tuto teorii potvrzují. Pavlíková (1998) píše, že nemoc klade zvýšené nároky na psychiku člověka. Nemocný člověk musí překonávat problémy, které s sebou nemoc přináší, přijmout skutečnost, že je nemocný. Dále musí přijímat jako fakt bolestivé diagnostické a léčebné výkony. To, jak se člověk s takovou situací vyrovná záleží na osobnosti člověka, na jeho přístupu k nemoci a v neposlední řadě na prognóze. Je důležité, aby člověk v nemoci nebyl frustrován a docházelo u něj k plynulému uspokojování potřeb, které v nemoci upřednostňuje. Svou roli jistě hraje prostředí, které člověka v nemoci obklopuje. Myslíme si, že uspokojování potřeb hospitalizovaného pacienta může pozitivně ovlivnit léčebně ochranný režim, psychologie návštěv i zaměstnávání nemocných.

Vymětal (1999) popisuje negativní ovlivnění prožívání nemoci. Patří sem hospitalismus

a jeho projevy. Významnou roli v ovlivnění uspokojování potřeb v době hospitalizace hrají vztahy, ať už se jedná o vztahy interpersonální nebo o vztahy mezi pacientem a ošetřujícím personálem (sestrou), v neposlední řadě také o vztah pacienta a lékaře.

Další část dotazníku se zaměřuje na to, jakou roli hraje v ovlivnění uspokojování pacientovy potřeby seberealizace sestra, při své péči o něj v ošetrovatelském procesu. Otázky byly kladeny tak, aby bylo z odpovědí možné snadno vyčíst ovlivnění potřeby seberealizace sestrou z pohledu pacienta.

Hypotéza č. 4 Sestry nepřístupují se zájmem k uspokojování potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů

Zajímalo nás, zda si sestry s pacienty povídají. Na chirurgii pacienti v 10 % odpovídají, že si sestry nenajdou čas na povídání vůbec. Na všech sledovaných odděleních si sestry s pacienty občas povídají (v 50 – 80 %). Často si s pacienty povídají sestry na chirurgii (40 %), někdy ano (50 %). Na TRO 35 % pacientů říká že si s nimi sestry často povídají, někdy 65 % pacientů. Na JIP odpovědělo 20

% pacientů, že si s nimi sestry povídají často, někdy 80 % pacientů. Na ONP odpovědělo 16 % pacientů, že si s nimi sestry často povídají, o 1 % více tvrdí, že si s nimi téměř nepovídají. Pacienti říkají, že sestry, které si s pacienty povídají, poslouchají se zájmem (35 % odpovědí) a 48 % sester by rádo poslouchalo, ale nestíhá svou práci. Na JIP poslouchají sestry se zájmem (40 % odpovědí) a 30 % odpovědělo, že by sestry poslouchaly, ale nestíhají svou práci. Na TRO má 70 % pacientů pocit, že je sestry poslouchají se zájmem. Na chirurgii převažují odpovědi pacientů (64 %), že sestry při rozhovoru poslouchají se zájmem. Vybíral (2005) píše, že komunikací s druhými nalézáme a rozvíjíme svou identitu. Pomocí komunikace vyjadřujeme svou pozici v sociálním světě. Uspokojujeme smysl života a udržujeme si tak psychické zdraví. Pracuji na oddělení Úrazové a plastické chirurgie. Každý den vnímám projevy vděčnosti od pacientů za komunikaci z naší strany. Je to jistě tím, že se z plného zdraví, díky úrazu, ocitnou na nemocničním lůžku. Z praxe vím, jak důležitý je pro ně pocit naděje.

Zajímalo nás tedy, jestli pacienti sledovaných oddělení, při povídání se sestrou, cítí porozumění a oporu a jestli jim sestry, svým chováním a vystupováním, dávají pocit naděje. 90 % pacientů na chirurgii má pocit, že jim sestry poskytují porozumění a oporu, 80 % odpovědělo, že jim svým chováním a vystupováním dávají také pocit naděje. Na JIP odpovědělo stejně 90 % pacientů, 65 % odpovědělo, že jim sestry dodávají pocit naděje. Na ONP řeklo 83% pacientů, že sestry poskytují porozumění a oporu, k dodávání pocitu naděje zde odpovědělo ANO 56 % pacientů. Pacienti na TRO odpověděli jednoznačně, že jim sestry dávají pocit naděje a svým postojem také poskytují porozumění a oporu (100 % odpovědí).

Ptají se sestry, co je pro Vás v době nemoci nejdůležitější? Na tuto otázku se podle odpovědí pacientů ptají sestry často na TRO 45 % odpovědí, na ONP odpovědělo kladně 24 % pacientů, na JIP pouze 10 %, na chirurgii 41 %. Z pohledu pacientů vypadá hodnocení této hypotézy č.4 tak, že si sestry často povídají na chirurgii (40 %) a na TRO (35 %), alespoň občas si povídají na všech odděleních (50 %-80 % odpovědí), kromě ONP, kde 16 % dotázaných pacientů

říká, že si s nimi sestry povídají a 17 % říká, že si sestry s pacienty nepovídají. Pokud sestry s pacientem komunikují, poslouchají, dle odpovědí pacientů, většinou se zájmem. Nejvíce sestry na TRO 70 % odpovědí, na chirurgii 64 %, na JIP 40 % a na ONP 35 % odpovědí pacientů.

Na otázku, zda si pacienti myslí, že jim sestry poskytují také porozumění a oporu, odpověděli pacienti, že ano. Na TRO 100 % odpovědí pacientů, na chirurgii a JIP 90 %, na ONP 83 % pacientů. Sestry dávají pacientům naději. Potvrdili to pacienti ve svých odpovědích. Na TRO 100 % pacientů, na chirurgii, na ONP 56 %, na chirurgii 80 %, na JIP 65 % pacientů. Z odpovědí v dotazníku plyne, že si sestry s pacienty povídají, ale nejvíce odpovídali, že pouze některé zajímá, co je pro ně v nemoci nejdůležitější. K hypotéze č. 4 se pacienti vyjádřili tak, že se sestry snaží najít čas na povídání s nimi. Většinou mají pocit, že je sestry poslouchají se zájmem, i když je na některých vidět nervozita z množství práce, kterou musí ještě udělat. Cítí oporu ze strany sester a myslí si, že jim sestry dodávají pocit naděje, i když ne všechny stejně. Zájem o to, co je pro ně v nemoci důležité, cítí pouze od některých sester.

Druhý dotazník byl určen sestřám. Otázky byly kladeny tak, aby podle odpovědí bylo možno zhodnotit, zda sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeby seberealizace hospitalizovaných pacientů. Bylo rozdáno celkem 52 dotazníků, rozděleně na oddělení Úrazové a plastické chirurgie, JIP, chirurgické oddělení, a oddělení následné péče. Návratnost dotazníků byla 100 %.

Z celkového počtu 52 pracuje na sledovaných odděleních nejvíc středoškolsky vzdělaných sester. Na TRO pracuje většina středoškolsky vzdělaných sester 54 %, PSS má 7 % sester, vysokoškolské vzdělání má 7 % sester. V současné době na TRO studuje 16 % sester. Na JIP pracuje nejvíce středoškolsky vzdělaných sester 32 % a s PSS 32 %, v současné době zde studuje 10 % sester. Na chirurgii pracují středoškolsky vzdělané sestry v 60 % zastoupení, žádná z nich v této době nestuduje. Na ONP má 50 % středoškolské vzdělání a 50 % PSS.

Na všech odděleních pracují převážně sestry s praxí 2-10 let, sestry s praxí nad 21 let jsou nejvíce zastoupeny na ONP, s praxí do 1 roku na TRO, s praxí 11-20 let na ONP.

Dotazováním se zjistilo, že ne všechny sestry si pod holistickým přístupem představují celostní přístup k člověku. Správně odpovědělo 100 % z dotazovaných na ONP, 88 % na chirurgii, 60 % na JIP, 45 % na TRO. Nakonečný (2005) uvádí, že potřeby jsou v životě člověka organizovány podle své naléhavosti. Všechny sestry odpověděly správně, že ANO, kromě 20 % dotazovaných na JIP a 10 % na chirurgii a na TRO.

Otázky byly zaměřeny na to, jakou představu sestry o seberealizaci vůbec mají. Trachtová (2001) říká, že potřebu seberealizace má silně vyvinutou asi jedna desetina lidí. Na všech odděleních převažovala odpověď sester, že tuto potřebu má vyvinutou většina lidí. JIP 80 % sester, chirurgie 72 % sester, TRO 60 % a ONP 86 % sester. Správně odpovědělo nejvíce sester TRO 40 %, na chirurgii 14 %, na JIP 10 %. Sestry na ONP tuto možnost ne zvolily. Většinou správně, odpovídaly sestry, že potřebu seberealizace člověk uspokojuje, má-li uspokojeny potřeby nižší úrovně. Správně také odpovídaly, že na počátku nemoci upřednostňují pacienti potřeby nižší úrovně, nejvíce fyziologické a že v souvislosti s nemocí zaměřují svou pozornost na uspokojování potřeb nižších.

Další otázky byly kladeny tak, aby bylo možno zjistit, jak jsou sestry na jednotlivých odděleních vytížené a zda mají při své službě čas na rozhovor s pacientem. Pavlíková (1998) poukazuje na maximální vytíženost sester. Sestry na sebe přejímají stále náročnější profesionální úkoly, díky nimž stoupají nároky na jejich kvalifikaci. Práce sester je náročná a zodpovědná, fyzicky a psychicky náročná. Díky pracovní vytíženosti se sestry nepravidelně stravují a nedodržují pitný režim. Po celou dobu své služby bývají v časové tísní.

V dotazníku byl kladena otázka, jestli mají při příjmu pacienta čas na rozhovor o jeho pocitech. Na JIP odpovídaly sestry, že mají čas jen někdy 64 % odpovědí, 23 % sester řeklo, že čas nemají, ale snaží se jej najít. Na chirurgii sestry mají čas pouze někdy 60 %, nemá čas 40 % sester. 50 % sester TRO nemá

čas na povídání při příjmu pacienta, 25 % říká, že někdy a 25 % sester se jej snaží najít. Na ONP sestry odpovídají, že je čas na povídání při příjmu pacienta. Zda je práce sester vyčerpávající, odpovídaly sestry, že ANO. JIP 75 %, chirurgie 30 %, 40 % sester na chirurgii odpovědělo, že spíše není vyčerpávající. Na TRO řeklo 80 % sester, že je práce na jejich oddělení vyčerpávající. Nejvíce vyčerpávající se jeví práce sestrám na ONP 86 % odpovědí.

Na otázku, jestli mají sestry čas ve službě chvíli si s pacientem povídat, žádná z nich neodpověděla, že nikdy. Nejvíce odpovídaly někdy ano 52 % na JIP a 45 % na chirurgii. Polovina dotazovaných sester na chirurgii a TRO se jej snaží najít. Ani jedna sestra z dotazovaných neřekla, že nemá zájem povídat si ve službě chvíli s pacientem. Největší zájem o povídání, podle zhodnocených výsledků, mají sestry na TRO 75 %, že mají zájem pouze někdy, odpovídaly nejčastěji sestry na JIP 52 % dotázaných. 72 % sester na ONP má zájem povídat si s pacientem jen někdy, zájem o povídání s pacientem, má jen 28 % sester.

Bylo potřeba zjistit, zda si sestry uvědomují, že svým přístupem mohou ovlivnit pacientovo prožívání nemoci. Sestry na TRO a ONP odpověděly jednoznačně, že ano - 100 % odpovědí. Podobně odpovídaly sestry na chirurgii 90 % a na JIP 92 % dotázaných.

Všechny sestry v dotazníku uvedly, že je pro pacienta důležité komunikovat s ošetřujícím personálem. Křivohlavý (2004) uvádí, že sestra potřebuje ke své práci psychickou pohodu. Klade důraz na duševní hygienu, jako prevenci syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření je, dle něj, větším rizikem pro sestry empatické a pro sestry nadšené. V dotazníku jsou sestry tázány, zda si myslí, že dokáží dávat pacientovi naději. K tomu, aby člověk dospěl v životě k uspokojování potřeby seberealizace, potřebuje mít naději. Proto je důležité, aby sestra byla schopná ji pacientovi dávat, aby o potřebu seberealizace, která je v době hospitalizace odsunuta do pozadí neztratil zájem. Sestry na všech odděleních si myslí, že jsou schopné dávat pacientovi naději. Chirurgie 45 % sester, TRO 65 %, JIP 92 % a ONP 100 %. 45 % sester na chirurgii a 35 % na TRO neví, jestli jsou schopné dát naději. Pouze 10 % sester na chirurgii a TRO

a 8 % na JIP se bojí dávat pacientovi naději. Na ONP sestry jednohlasně tvrdí, že jsou schopny dávat naději, stejně si myslí 92 % sester na JIP a 65 % na TRO. Na TRO si 35 % sester není jistých a 10 % se bojí naději dávat.

42 % sester na TRO řeklo, že je pacientovi zároveň psychologem, pečovatelkou o tělesnou schránku i vykonavatelem ordinací lékaře. Stejně odpovědělo 40 % sester na ONP, ale 50 % z dotazovaných odpovědělo, že je ve vztahu k pacientovi spíše pečovatelkou o tělesnou schránku. Na chirurgii nejvíce sester (45 %) pečovatelkou o tělesnou schránku, 35 % psychologem a 20 % dotázaných sester psychologem, pečovatelkou o tělesnou schránku i vykonavatelem ordinací lékaře. Na JIP jsou sestry z větší části pečovatelkou o tělesnou schránku 56 % sester, 32 % je psychologem.

Na otázku, zda si sestry myslí, že je důležité poskytovat pacientům porozumění a oporu, odpovídaly sestry na všech odděleních stejně. Myslí si, že je důležité poskytovat pacientovi porozumění a oporu.

V dotazníku měly sestry vybrat tvrzení, které nejlépe odpovídá jejich pocitům, chce-li s nimi pacient komunikovat. 50 % sester na JIP poslouchá se zájmem a 44 % by rádo poslouchalo, ale nestíhá svou práci. 75 % chirurgických sester poslouchá se zájmem a

15 % sester ale nestíhá svou práci. Sestry na TRO by rády poslouchaly, ale nestíhají práci 37 %. 22 % myslí na to, co musí naléhavě udělat a 34 % poslouchá se zájmem. Na ONP neřekla ani jedna sestra, že poslouchá se zájmem. 14 % poslouchá, protože mají čas na povídání a 86 % nestíhá svou práci, i když by rády poslouchaly.

Sestry odpovídaly na otázku zda si myslí, že lze aktivně přistupovat k uspokojování potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů na jejich oddělení. 45 % sester z ONP řeklo, že nelze aktivně přistupovat k uspokojování potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů.

Většinou sestry neví, zda lze aktivně přistupovat k uspokojování potřeby seberealizace během hospitalizace. Na chirurgii 75 % neví a 25 % říká, že to lze, ale nenapsaly jak. Sestry TRO 45 % neví, zda lze aktivně přistupovat, 18 %

sester řeklo lze, ale nevím jak a 17 % řeklo že lze aktivně přistupovat chválou, povzbuzováním, a zajištěním uspokojování nižších potřeb. Povinností sestry je jednat správně, považovat všechny lidi za stejně hodnotné. Úcta k lidem je prý považována za základ veškerého morálního myšlení. Kvalita ošetrovatelské péče je založená na profesionálním přístupu, jak říká Mastiliaková (2005). Odpovědi sester, že nelze aktivně přistupovat k uspokojování potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů, svědčí o jejich nedostatečné informovanosti o potřebě ve vrcholu pyramidy, ke které v životě nedospěje každý člověk, ale pouze jedna desetina z nás. Odpověděly tak sestry na ONP 45 % a na JIP 8 %. Možná jsou více zaměřeny na potřeby nižší úrovně, které pacienti v souvislosti s nemocí v uspokojování upřednostňují. Metapotřeby, jak je nazývá Maslow, jsou v nemoci přechodně odsunuty do pozadí a dávají prostor k uspokojování potřeb nižších, aby po jejich uspokojení mohly opět vystoupit do popředí. Na konci dotazníku byly sestry vyzvány k vysvětlení pojmu naslouchání. Tomuto pojmu sestry rozumí a většina dotázaných dobře odpověděla.

Na chirurgii odpovědělo správně 70 % sester, na JIP 75 % sester, na ONP 80 % a na TRO 90 % sester.

Hypotéza č. 4 Sestry nepřístupují se zájmem k uspokojování potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů

Sestry si pod pojmem holistický přístup k člověku představují celostní přístup. O potřebách člověka mají dostatečné informace, ví, že jsou organizovány podle své naléhavosti a že vznikají v závislosti na životní situaci. Na rozhovor s pacientem čas příliš nemají nebo pouze někdy, ale většina dotázaných se snaží jej najít. Sestry vědí, že mohou svým přístupem k pacientovi ovlivnit jeho prožívání a mají zájem s ním komunikovat. Většina sester si myslí, že je schopna dávat pacientovi naději, i když se toho některé bojí. Myslí si, že je důležité poskytovat při své péči také porozumění a oporu. Kromě sester na ONP všechny poslouchají pacienta se zájmem, ale někdy musí myslet také na to, co je třeba ještě udělat. Pojem naslouchání jim není cizí a umí jej vysvětlit. Většina sester také dobře rozumí

pojmu naslouchání. V dotazníku jej vysvětlovaly jako porozumění tomu, co jim pacient chce sdělit.

Hypotéza č. 4 se nepotvrdila

6 Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala potřebě seberealizace u pacientů během hospitalizace. Cílem práce bylo zjistit výskyt této potřeby u hospitalizovaných pacientů a porovnání potřeby seberealizace u pacientů hospitalizovaných na lůžkách akutní péče s pacienty přijatými k plánovanému výkonu a pacienty hospitalizovanými na ONP.

Z výsledků vyplynulo, že pacienti přijatí na lůžko akutní péče vykazovali před hospitalizací uspokojování potřeby seberealizace nebo se pohybovali v blízkosti vrcholu pyramidy. Nemoc a pobyt v nemocnici je pro ně, dle zjištěných výsledků, většinou situace, kterou lze řešit, většinou chtějí bojovat s nemocí a je pro ně důležitá naděje. Je to známka toho, že potřeba seberealizace je u nich stále důležitá, ale v době hospitalizace se věnují přechodně uspokojování potřeb nižší úrovně.

Pacienti přijatí na lůžko plánovaných výkonů vykazovali před přijetím do nemocnice uspokojování vyšších potřeb, ale ne potřeby seberealizace. Pobyt v nemocnici je pro ně situace, kterou lze řešit. Při pobytu v nemocnici upřednostňují pocit bezpečí a je pro ně důležité mít sílu bojovat s nemocí, cítit oporu a porozumění ze strany sester a je pro ně důležitý pocit naděje. Ve srovnání s pacienty přijatými na lůžko akutní péče, nezmiňují, při pobytu v nemocnici, potřebu být respektován druhými.

Pacienti hospitalizovaní na oddělení následné péče dávají v životě přednost pohybu a spánku, bezpečí spolehlivosti a stabilitě, Se svým životem jsou částečně spokojeni. Téměř polovina dotázaných říká, že nemoc a pobyt v nemocnici je pro ně situace, která zcela změnila jejich život. Více jak polovina ale říká, že je to situace, kterou lze řešit. V souvislosti s nemocí potřebují především být bez bolesti, mít pocit bezpečí. ale i bojovat s nemocí. Potřebují naději a je pro ně důležité porozumění a opora. Na rozdíl od pacientů přijatých na lůžka plánovaných výkonů označovali potřebu být respektováni druhými. Uspokojování této potřeby spěje k seberealizační potřebě stejně, jako mít sílu bojovat s nemocí. I

v životě dávali více přednost potřebě vědět a rozumět, než pacienti přijatí na lůžka plánovaných výkonů, což je zajímavé.

Dle výsledků lze říci, že pacienti přijatí na akutní lůžka, k plánovanému výkonu i na ONP dávají většinou přednost uspokojování potřeb nižší úrovně a potřebu seberealizace přechodně odsunují do pozadí.

H1 Pacienti přijatí na lůžka akutní péče nevykazují potřebu uspokojení potřeby seberealizace

Pacienti na lůžkách akutní péče upřednostňují uspokojování potřeby být bez bolesti a mít pocit bezpečí a jistoty. Hypotéza se potvrdila.

H2 Pacienti na plánovaných lůžkách, dle zjištěných výsledků, vykazují potřebu být bez bolesti a potřebu bezpečí a jistoty. Chtějí mít sílu bojovat s nemocí, ale v 10 % zmiňují také fyziologickou potřebu-mít upravené lůžko. Hypotéza se nepotvrdila.

H3 Dle zjištěných výsledků, pacienti přijatí na ONP upřednostňují potřebu být bez bolesti a potřebu jistoty a bezpečí, v 10% si přejí být respektováni druhými. Kladou do popředí mít sílu bojovat s nemocí proti potřebě mít upravené lůžko. Hypotéza se nepotvrdila

H4 Výsledky ukázaly, že většina sester má zájem o pacienta a jeho prožívání nemoci. Chápu důležitost komunikace s pacienty, umí jim naslouchat a jsou většinou ochotné jim naslouchat.

Hypotéza se nepotvrdila. Sestry přistupují k potřebě seberealizace po dobu hospitalizace se zájmem, i když samozřejmě ne na všech zkoumaných odděleních stejně. Z odpovědí pacientů lze vyvodit závěr, že sestry na ONP by rády poslouchaly, ale nestíhají svou práci. Poskytují nemocným také oporu a porozumění, dávají svým chováním a vystupováním pocit naděje, i když co je pro pacienty v době nemoci nejdůležitější, zajímá pouze některé.

Na JIP poslouchají sestry se zájmem. Poskytují nemocným také porozumění a oporu, dávají svým chováním a vystupováním pocit naděje. Co je pro nemocné v době nemoci nejdůležitější zajímá pouze některé sestry.

Sestry na chirurgii poslouchají se zájmem. Poskytují nemocným také porozumění a oporu a svým chováním a vystupováním dodávají nemocným pocit naděje. Ne všechny se ptají, co je pro nemocné v době nemoci nejdůležitější.

Na TRO podle pacientů sestry poslouchají se zájmem, všechny sestry ze zkoumaného vzorku poskytují porozumění a oporu a dodávají svým chováním a vystupováním pocit naděje. Ptají se nemocných, co je pro ně v nemoci nejdůležitější, i když pouze některé to zajímá. Hypotéza o tom, že sestry nepřístupují se zájmem k uspokojování potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů, se nepotvrdila, soudě podle vyhodnocených odpovědí v dotazníku pro sestry. Z odpovědí pacientů na stejné otázky lze usuzovat, že tuto teorii potvrzují.

Závěrem lze říci, že v nemalé míře záleží na péči lékařů a ošetřujícího personálu na tom, jaké bude pacientovo prožívání nemoci a zda se nezmění, vlivem hospitalizace, jeho žebříček hodnot. Sestry, které tráví s pacientem daleko více času, než lékaři, mohou svým přístupem k pacientovi mnohé ovlivnit. Snahou je, aby toto ovlivnění, ve vztahu k pacientovi, bylo pozitivní. S ohledem na pracovní vytíženost sestry, s ní související možná rizika a nákazy, každodenní setkání s nemocí a handicapem. V nemalé míře také uspokojení z práce a s etikou související úvaha, kdo si péči zaslouží. Z výsledků práce plyne, že nezáleží na jakém oddělení sestra pracuje, či jakého dosáhla ve své praxi vzdělání, ale na jejích osobnostních rysech a vlastnostech, na jejím fyzickém i psychickém zdraví. V tomto povolání nezbývá, než na sobě stále pracovat a při své obrovské pracovní vytíženosti dbát na své fyzické a psychické zdraví, věnovat se duševní hygieně. Nejlépe je, když sestra vykonává své poslání s láskou.

7. Seznam použité literatury

1. BARTOŠÍKOVÁ I., JIČÍNSKÝ V., JOBÁNKOVÁ M., KVAPILOVÁ J, *Kapitoly z psychologie pro zdravotníky*. Brno 2000. ISBN 80-7013-28-4
2. BISCHOV.A. *Aktivní sebeřízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 120s. ISBN 80-247-0647-4
3. BITZANOVÁ P. Bc. *Zdravotník jako člen multidisciplinárního týmu*. Diagnostika. Praha: 2007, roč.3, č.9, 348 s. ISSN 1801-1349.
4. ČÁP J., ČECHOVÁ V., ROZSYPALOVÁ M., *Psychologie*. 3. vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 1998. ISBN 80-86022-36-6.
5. ČECHOVÁ V., *Speciální psychologie*. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.
6. DVOŘÁK L. *Obejměte své vnitřní dítě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 181 s. ISBN 80-7178-880-5.
7. HÁJEK K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 113 s. ISBN 80-7367-1077.
8. CHALUPA B. *Psychologie dnes a zítra*. 1. vyd. Brno: Litera, 2007, 219 s. ISBN 978-80-85763-38
9. KOZIEROVÁ B. ERBOVÁ G.. OLIVIEROVÁ R.. *Ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
10. KRÁLOVÁ, J. PhDr. *Empatie na pracovišti*. Sestra. Mladá fronta a.s. Praha: 2006, roč. 16, č.10. 25 s. ISSN 1210-0404.
11. KŘIVOHLAVÝ J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*, 1 vyd. Praha, Grada Publishing, a.s. 2004. 78 s. ISBN 80-247 078-5.
12. KŘIVOHLAVÝ J. *Psychologie smysluplnosti existence*.1. vyd. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5
13. MASTILIAKOVÁ D. *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 187s. ISBN 80-246-0429 9
14. NAKONEČNÝ M. *Sociální psychologie organizace*.1.vyd. Praha: Grada, 2005. 228s. ISBN 80-247-0577-X.

15. NAKONEČNÝ M. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Akademie věd České republiky, 1997, dotisk 2004. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
16. NAKONEČNÝ M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 2003. 323 s. ISBN 80-200-0528-1
17. PAVLÍKOVÁ L. *Psychologie pro Tebe*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 1998. 120 s. ISBN 80-85427-30-0.
18. PIAGET J. *Psychologie inteligence*. Praha: Portál, 1999. 162 s. ISBN 80-7178-509-9.
19. RAINDLÓVÁ V. *Přetížení zdravotnického pracovníka – ano, nebo ne?* Mladá fronta, 2007 ročník 17, č.12. ISSN 1210-0404 .
20. ŠPATENKOVÁ N. a kolektiv, *Krize –Psychologický a sociální fenomén*. Praha: GRADA Publishing a.s. 2004. 132s. ISBN 80-247-0888-4.
21. TRACHTOVÁ Eva, *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdrav. pracovníků, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-524-8.
22. TUČEK J. CHODURA V. *Psychiatrie* (Pro posluchače ZSF JU) České Budějovice. 2005. 87s. ISBN 80-7040-786-7
23. VÁGNEROVÁ M. *Úvod do psychologie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2002. ISBN 80-246-0015-3
24. VÁGNEROVÁ M. *Psychologie handicapu* 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 230s ISBN80-7184-929-4
25. VYBÍRAL Z. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 319s. ISBN80-7178-998-4.
26. VYMĚTAL J. *Lékařská psychologie*. 1vyd. Praha: 1999.278s. ISBN 80-86123-08-1

8 Klíčová slova

Komunikace

Pacient

Potřeby

Prostředí

Seberealizace

Vztahy

.

9 Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník pro pacienty

Dobrý den.

Jmenuji se Ivana Vachtová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty JU, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o spolupráci na mé bakalářské práci, na téma „Potřeba seberealizace u pacientů během hospitalizace“.

Vyplněním tohoto dotazníku mi pomůžete k dalšímu zpracování mé práce. Po přečtení zaškrtněte prosím dle Vašeho uvážení odpověď z nabídnutých možností. Správnou odpověď zaškrtněte křížkem.

1. Jste:

- muž
- žena

2. Jaký je Váš věk?

- 18 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 a více let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

- základní
- učební obor bez maturity
- učební obor s maturitou
- středoškolské
- vysokoškolské

4. Na jakém oddělení jste hospitalizován/a ?

- na oddělení následné péče
- na chirurgickém oddělení
- na oddělení úrazové a plastické chirurgie
- na jednotce intenzivní péče

5. Čemu dáváte v životě přednost ?

- pohybu, spánku,
- bezpečí, spolehlivosti, stabilitě
- milovat a být milován
- vědět, rozumět

realizaci vlastních myšlenek a cílů

6. Jste se svým životem spokojený (á) ?

- ano
- ne
- částečně

V případě kladné odpovědi na otázku č. 6 - napište prosím proč jste se svým životem spokojený (á)

.....

7. Podařilo se Vám ve svém životě něčeho dosáhnout?

- ano
- ne
- částečně

V případě kladné odpovědi na otázku č. 7 - napište prosím čeho se Vám podařilo ve svém životě dosáhnout

.....

.....

.....

8. Snažíte se v životě využívat své schopnosti k dosažení nějakého cíle ?

- ano
- ne
- nevím

9. Jste v životě šťastný (á) ?

- ano
- částečně
- nejsem
- nedokážu jednoznačně odpovědět

10. Nemoc a pobyt v nemocnici s ní spojený je pro Vás:

- svízelná situace, která zcela změnila Váš život
- nečekaná situace, nevíte, zda se vyřeší
- situace, která se může v životě stát a dá se řešit

11. V souvislosti s Vaší současnou nemocí potřebujete především: (vyberte možnosti)

- být bez bolesti
- mít pocit bezpečí

být respektován druhými

12. Při pobytu v nemocnici je pro vás nejdůležitější:

- mít upravené, čisté lůžko
- být v kontaktu s nejbližšími
- mít sílu bojovat s nemocí

13. Najdou si sestry čas povídat si s Vámi ?

- nikdy
- téměř ne
- někdy ano
- často

14. Když si povídáte se sestrou, zdá se Vám že:

- poslouchá se zájmem
- poslouchá, protože má čas na povídání s Vámi
- je nervózní a myslí na to, co musí naléhavě udělat
- ráda by poslouchala, ale nestíhá svou práci
- je na ní vidět nezájem o to, co jí sděluji

15. Myslíte si, že Vám sestry poskytují také porozumění a oporu ?

- ano
- spíše ne
- ne

16. Dodávají Vám sestry svým chováním a vystupováním pocit naděje?

- ano
- ne
- ne všechny

17. Ptají se sestry, co je pro Vás v době nemoci nejdůležitější?

- ano
- ne
- pouze některé to zajímá

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku
Ivana Vachtová

Příloha č. 2

Dotazník pro sestry

Dobrý den.

Jmenuji se Ivana Vachtová, jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty JU obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o spolupráci na mé bakalářské práci, na téma „Potřeba seberealizace u pacientů během hospitalizace“.

Vyplněním tohoto dotazníku mi pomůžete k dalšímu zpracování mé práce. Po přečtení zaškrtněte prosím dle Vašeho uvážení odpověď z nabídnutých možností. Správnou odpověď označte křížkem.

1. Jste:

- muž
- žena

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

- středoškolské
- vyšší odborné
- pomaturitní specializační studium
- vysokoškolské
- v současné době studuji

3. Jaká je délka Vaší praxe ?

- do 1 roku
- 2 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 a více let

4. Na jakém oddělení pracujete?

- na oddělení následné péče
- na chirurgickém oddělení
- na oddělení úrazové a plastické chirurgie
- na JIP

5. Co si představujete pod pojmem „holistický přístup k člověku“:

- přístup k jednomu člověku
- vstřícný přístup
- celostní přístup
- nevím, tento termín neznám

6. Myslíte si, že potřeby člověka jsou organizovány podle své naléhavosti?

- ano

- ne
- nevím

7. Myslíte si, že potřeby člověka vznikají v závislosti na jeho životní situaci ?

- ano
- ne
- někdy
- nevím

Potřeba seberealizace podle A. Maslowa tvoří vrchol pyramidy lidských potřeb. Seberealizovat se znamená realizovat vlastní potenciál. Tak, jako má každý své tělo, má také možnost uskutečnit své poslání. Seberealizovat se.

8. Myslíte si, že potřebu seberealizace mají všichni lidé?

- ano, všichni lidé
- tuto potřebu má silně vyvinutou pouze asi 10% lidí
- více vyvinutou ji mají staří lidé
- nevím

9. Ve zdraví člověk potřebu seberealizace:

- uspokojuje nezávisle na uspokojování ostatních potřeb
- uspokojuje, když má uspokojenou potřebu bezpečí
- uspokojuje, má-li uspokojeny potřeby nižší

10. Na počátku nemoci bývají pro člověka prvořadě potřeby:

- seberealizace
- jistoty a bezpečí
- fyziologické

11. Člověk v souvislosti s nemocí:

- uspokojuje své potřeby nižší i vyšší úrovně stejně
- se snaží uspokojovat potřeby vyšší úrovně
- zaměřuje svou pozornost na uspokojování potřeb nižších

12. Je čas při příjmu pacienta na vaše oddělení na rozhovor s ním o jeho pocitech .
.. ?

- ano
- ne
- někdy
- snažím se jej najít

13. Je práce na vašem oddělení pro Vás stresující či vyčerpávající:

- ano
- ne
- spíše ne

14. Máte při své službě čas chvíli si s pacientem povídat?

- nikdy
- téměř ne
- někdy ano
- mám čas povídat si s pacientem
- snažím se jej najít

15. Máte při své službě zájem chvíli si s pacientem povídat?

- nikdy
- téměř ne
- někdy ano
- ano mám

16. Myslíte si, že můžete svým přístupem k pacientovi ovlivnit jeho prožívání nemoci?

- ano
- ne
- nevím

17. Myslíte si, že je pro pacienta důležité komunikovat s ošetřujícím personálem?

- ano
- ne

18. Myslíte, že jste schopná při komunikaci dávat pacientovi naději?

- ano
- nevím
- spíše ne
- bojím se toho, dávat pacientům naději

19. Jste ve svém vztahu k pacientovi spíše:

- psychologem
- pečovatelkou o tělesnou schránku
- vykonavatelem ordinací lékaře

20. Myslíte si, že je důležité poskytovat pacientům také porozumění a oporu?

- ano
- spíše ne
- ne

21. Vyberte prosím tvrzení, které nejlépe odpovídá Vaším pocitům

Chce-li s Vámi pacient komunikovat:

- posloucháte se zájmem
- posloucháte, protože máte čas na povídání

- myslíte na to, co musíte naléhavě udělat
- ráda byste poslouchala, ale nestíháte svou práci
- nezajímá Vás, co chce pacient sdělit

22. Myslíte si, že lze aktivně přistupovat k uspokojování potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů na vašem oddělení?

- nelze
 - nevím
 - ano, ale nevím jak
 - ano – Napište prosím jakým způsobem.
-
-

23. Vysvětlíte , prosím, co pro Vás znamená pojem „naslouchání“

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku
Ivana Vachtová