

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# **Uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče**

Bakalářská práce

Autor práce: Radka Roubíčková

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Vachtová

Datum odevzdání práce: 14.8.2012

## **Abstrakt**

Potřeba člověka je projevem určitého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Úraz narušuje obvyklý způsob života člověka, mění jeho stereotyp a omezuje ho v běžných činnostech. Sestra pracující na oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti s úrazy, by měla mít dostatečné znalosti o dané problematice, u pacienta musí dát najevo porozumění a také individuální zájem o jeho osobu.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda jsou u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče uspokojovány vyšší potřeby. Druhým cílem bylo porovnat uspokojování potřeb vyšší úrovně u hospitalizovaných pacientů s úrazem na akutních lůžkách dle věku a pohlaví. Třetím cílem bylo zjistit znalosti sester o vyšších potřebách člověka, a zda přistupují se zájmem k jejich uspokojování u hospitalizovaných pacientů s úrazem.

Šetření bylo provedeno kvantitativně za pomoci dotazníkové metody sběru dat. Dotazníky byly distribuovány 55 sestřím pracujících na chirurgických odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s. a Nemocnice Tábor, a.s. a 60 pacientům hospitalizovaných s úrazem také na chirurgických odděleních ve stejných nemocnicích. Výsledky kvantitativního výzkumu byly hodnoceny pomocí grafů.

V souladu s cíli práce byly stanoveny tyto hypotézy: Hypotéza 1 Pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší úrovně. Tato hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 2 Sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem hospitalizovaných na lůžkách akutní péče. Tato hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 3 Ženy hospitalizované s úrazem na lůžkách akutní péče mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než muži. Hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 4: Pacienti vyššího věku mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně, než mladší pacienti. Hypotéza byla vyvrácena.

Poznatky získané šetřením by mohly být využity jako informace pro střední management oddělení nemocnic, kde šetření probíhalo a vytvořit vzdělávací materiál pro sestry, které zde pracují, protože je důležité dozvědět se více o potřebách pacientů, aby se usnadnilo a zlepšilo uspokojování jejich potřeb.

Klíčová slova: hospitalizace, komunikace, lůžka akutní péče, pacient, úraz,  
uspokojování potřeb, vyšší potřeby.

## **Abstract**

Human need is a manifestation of a certain deficiency the removal of which is desirable. An injury disrupts the usual way of a person's life, changing daily routines and reducing regular activities. A nurse working in the department where patients with injuries are hospitalized should have sufficient knowledge on the subject, must show patients her understanding and a personal interest in them as individuals.

The first objective of study was to determine whether patients with injuries in acute care beds are met higher needs. The second objective was to compare the satisfaction of higher level needs in hospitalized patients with injuries in acute care beds by age and sex. The third objective was to determine the knowledge of nurses of higher human needs, and whether nurses are concerned about meeting needs in patients hospitalized with injuries.

The survey was carried out quantitatively using the questionnaire method of data collection. Questionnaires were distributed to 55 nurses working in surgical departments of České Budějovice Hospital, plc, and Tábor Hospital, plc, and to 60 patients hospitalized with injuries in surgical departments of the same hospitals. The results of the quantitative research were evaluated using graphs.

In accordance with the study objectives, the following hypotheses were stated: Hypothesis 1 Patients hospitalized with injuries in acute care beds show a need for meeting higher level needs. This hypothesis has been confirmed. Hypothesis 2 Nurses are concerned about meeting higher level needs of patients hospitalized with injuries in acute care beds. The hypothesis has been confirmed. Hypothesis 3 Women hospitalized with injuries in acute care beds have a greater need for meeting higher level needs than men. This hypothesis has been confirmed. Hypothesis 4 Elderly patients have a greater need for meeting higher level needs than younger patients. This hypothesis has been refuted.

The findings obtained by the research could be used as information for the middle management of the hospitals departments where the research took place

and the creation of educational material for nurses working there because it is important to learn more about the needs of patients in order to facilitate and improve meeting their needs.

Keywords: hospitalization, communication, acute care beds, patient, nurse, injury, meeting needs, higher level needs.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (14.8.2012)

.....

(Radka Roubíčková)

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivaně Vachtové za odborné vedení, velkou trpělivost, profesionalitu a konzultace, které přispěly významnou měrou ke zpracování této práce.

# OBSAH

Úvod.....	str.3
<b>1 SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>str.4</b>
<b>1.1 Uspokojování potřeb.....</b>	<b>str.4</b>
1.1.1 <i>Potřeby a jejich uspokojování.....</i>	str.4
1.1.2 <i>Faktory, které ovlivňují uspokojování potřeb.....</i>	str.5
1.1.3 <i>Uspokojování potřeb v nemocnici.....</i>	str.7
<b>1.2 Potřeby člověka.....</b>	<b>str.9</b>
1.2.1 <i>Charakteristika potřeb.....</i>	str.9
1.2.2 <i>Vztah motivace a potřeb.....</i>	str.10
1.2.3 <i>Klasifikace potřeb.....</i>	str.10
1.2.4 <i>Hierarchie potřeb dle Maslowa.....</i>	str.12
<b>1.3. Potřeby vyšší úrovně.....</b>	<b>str.14</b>
1.3.1 <i>Charakteristika vyšších potřeb.....</i>	str.14
1.3.2 <i>Maslowovy teze o vyšších potřebách.....</i>	str.15
1.3.3 <i>Potřeba lásky a souměřitosti.....</i>	str.15
1.3.4 <i>Potřeba uznání a sebeúcty.....</i>	str.16
1.3.5 <i>Potřeba seberealizace.....</i>	str.17
<b>1.4 Pacient.....</b>	<b>str.18</b>
1.4.1 <i>Zdraví.....</i>	str.18
1.4.2 <i>Nemoc.....</i>	str.19
1.4.3 <i>Bolest.....</i>	str.20
1.4.4 <i>Pobyt pacienta v nemocničním prostředí.....</i>	str.22
<b>1.5 Úrazy.....</b>	<b>str.25</b>
1.5.1 <i>Charakteristika úrazů.....</i>	str.25
1.5.2 <i>Klasifikace úrazů a jejich příčiny.....</i>	str.25
1.5.3 <i>Únava – nejvýznamnější faktor vzniku úrazu.....</i>	str.26
1.5.4 <i>Prevence úrazů.....</i>	str.27
1.5.5 <i>Reakce pacienta na úraz.....</i>	str.27



<b>1.6 Lůžka akutní péče.....</b>	<b>str.28</b>
1.6.1 <i>Charakteristika Úrazového oddělení.....</i>	<i>str.28</i>
1.6.2 <i>Ošetrovatelská péče na Úrazovém oddělení.....</i>	<i>str.29</i>
1.6.3 <i>Úloha sestry v péči o nemocné na Úrazovém oddělení.....</i>	<i>str.30</i>
1.6.4 <i>Komunikační dovednosti sester.....</i>	<i>str.31</i>
<b>2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>str.34</b>
2.1 <i>Cíl práce.....</i>	<i>str.34</i>
2.2 <i>Hypotézy.....</i>	<i>str.34</i>
<b>3 METODIKA PRÁCE A CHARAKTERISTIKA VÝZK. SOUBORU.....</b>	<b>str.35</b>
3.1 <i>Metodika práce.....</i>	<i>str.35</i>
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru.....</i>	<i>str.35</i>
<b>4 VÝSLEDKY.....</b>	<b>str.37</b>
4.1 <i>Výsledky dotazníku pro sestry.....</i>	<i>str.37</i>
4.2 <i>Výsledky dotazníku pro pacienty.....</i>	<i>str.47</i>
4.3 <i>Doplňkové grafy pro patientský dotazník dle věku pacientů.....</i>	<i>str.57</i>
4.4 <i>Doplňkové grafy pro patientský dotazník dle pohlaví pacientů.....</i>	<i>str.63</i>
<b>5 DISKUZE.....</b>	<b>str.69</b>
<b>6 ZÁVĚR.....</b>	<b>str.83</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>str.85</b>
<b>8 KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>str.87</b>
<b>9 PŘÍLOHY.....</b>	<b>str.88</b>

## Úvod

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice uspokojování vyšších potřeb u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče. Toto téma jsem si vybrala proto, že jsem několik let pracovala na úrazovém oddělení, kde jsem se neustále setkávala s pacienty, kterým se během chvíle změnil život a hospitalizace se stává nevyhnutelnou situací. Právě samotná hospitalizace v nemocnici je pro většinu pacientů spojena s nepříjemnými prožitky, s omezením ve všech sférách potřeb a také změnou v jejich žebříčku hodnot. Pro pacienta se toto období stává náročným, kdy je závislý na ošetrovatelském personálu, odloučený od rodiny, v cizím prostředí, a hlavně se musí vyrovnat se svým úrazem. Sestra je často pro pacienta oporou a pacient od ní očekává chápavý a lidský přístup, který mu pomáhá zmírňovat jeho psychické strádání.

Úraz je jedním z mnoha faktorů, které znesnadňují a narušují uspokojování potřeb. Do popředí se dostává pacient se svými potřebami, od kterých se odvíjí celá zdravotní péče. Má praxe na úrazovém oddělení mi umožnila pozorovat chování sester k pacientům a jejich potřebám. U některých sester jsem se setkávala s neochotou a hlavně neznalostí pojmu „uspokojování vyšších potřeb pacienta“. Na základě těchto poznatků je cílem bakalářské práce zjistit zda jsou u pacientů s úrazem uspokojovány potřeby vyšší úrovně, porovnat uspokojování vyšších potřeb u hospitalizovaných pacientů s úrazem dle věku a pohlaví, zjistit znalosti sester o vyšších potřebách člověka a hlavně, zda přistupují se zájmem k jejich uspokojování u hospitalizovaných pacientů s úrazem. Výzkum by měl dále zjistit, zda pacienti s úrazem hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování vyšších potřeb.

Problematika potřeb pacientů byla, je a bude i nadále v centru zájmu ošetrovatelství. Podklady pro mou práci jsem čerpala nejen z literatury, ale také ze své praxe zdravotní sestry na úrazovém oddělení.

# 1 Současný stav

## 1.1 Uspokojování potřeb

### 1.1.1 Potřeby a jejich uspokojování

Základní potřeby jsou společné všem lidem, ale jsou ovlivněny sociálními a kulturními zvyky. Člověk uspokojuje své potřeby podle vlastních priorit. I přesto, že se základní potřeby musí uspokojit, některé je možné odložit. Selhání v uspokojování potřeb může vyústit až do nemoci. Když je člověk izolovaný od vnějšího prostředí, usiluje o to, udržet si fyziologickou rovnováhu adaptací na toto prostředí. Osoba, která pocítuje potřebu, může na její uspokojení odpovědět různými způsoby, např. při únavě po práci poslechem hudby, prací na zahradě, sledováním TV. Potřeby jsou ve vzájemném vztahu, některé z nich nelze uspokojit, dokud se neuspokojí jiné příbuzné potřeby (4).

Uspokojování potřeb je proces, který ovlivňují obecné faktory, jako je výchova, vzdělání, rodinný stav, společenské faktory, kam patří hlavně životní standard, a patologické stavy, kterými může být horečka, bolest apod. K procesu uspokojování potřeb dochází v situaci nedostatku nebo nadbytku něčeho uvnitř organismu nebo kolem nás. To vyvolává nepříjemný pocit, který má buď konkrétní podobu, jako je hlad a žízeň, nebo se může projevit pocitem nespokojenosti. Tento pocit vyvolaný touhou uspokojit konkrétní potřebu vyvolá reakci vedoucí k činnosti, při které se naplní tato potřeba.

Ošetrovatelská péče musí být zaměřena na naplnění všech primárních i sekundárních potřeb v plném rozsahu tak, jak je nemocný člověk prezentuje a je schopný je akceptovat. Po uspokojení základních potřeb může nastat proces uspokojování potřeb vyšších. Je třeba mít na paměti, že kvalitu uspokojení základních potřeb ovlivňuje, jsou-li současně uspokojovány i potřeby vyšší. Pocit uspokojení je vyšší, když uspokojíme primární i sekundární potřebu najednou, tzn. stravovat se dá i kulturně. Hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské péče je uspokojení potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného. Dalším cílem je správná informovanost a

komunikace s nemocným. Pacient, který je dostatečně informován o své léčbě, snáší nemoc klidněji. Nejistota a neinformovanost ztěžuje naplnění jak primárních, tak i sekundárních potřeb.

Najde-li se překážka v uspokojování potřeb, vzniká u člověka dlouhodobý stav nespokojenosti, který se nazývá frustrace, dále stres a deprivace. Takovou překážkou v naplňování potřeb může být nemoc a nepříjemné pocity s ní spojeny, jako je ztráta soběstačnosti nebo imobilizační syndrom. Frustrace se projevuje pocitem zklamání z nemožnosti dosáhnout určité potřeby. Vzniká psychický, a mnohdy i fyzický diskomfort. Frustrace v oblasti základních potřeb negativně ovlivňuje průběh nemoci a často se projevuje agresivitou. Stres je reakce organismu na psychickou nebo fyzickou zátěž, která je nad psychické síly člověka, proto ji obtížně zvládá. Je přetížen a postupně se s ní vyrovnává různými způsoby. Tato vzniklá situace znamená pro člověka ohrožení a reaguje na ni také fyziologicky. Deprivace je nedostatečné uspokojování smyslových a citových potřeb, nastává, když se člověku nedostane něčeho, co je pro něj vysoce významné, někdy i nezbytné. Vede k pocitům opuštěnosti a může být provázena somatickými problémy. Dospělý člověk může v některých případech přednostně uspokojit vyšší potřeby, příkladem je, že zapomene jíst, pokud nemá dokončenou práci, kterou začal, nebo je ochoten riskovat svůj vlastní život pro záchranu druhých lidí (9, 21, 27).

### *1.1.2 Faktory, které modifikují uspokojování potřeb*

Konečnou fázi naplnění potřeb ovlivňuje celá řada faktorů, které znesnadňují, narušují nebo mění způsob uspokojování potřeb člověka. Tyto faktory dělíme na objektivní a subjektivní.

Objektivní faktory ovlivňují naplnění potřeb viditelných, objektivně hodnotitelných. Patří sem především potřeba dostatku tekutin a jídla, potřeba pomoci při hygieně a pohybu, uspořádání sociálního prostředí apod. Mezi další objektivní faktory patří věk člověka, jeho vývojové stadium, pohlaví, vzdělání, rodinné zázemí a společenské postavení. Každý člověk se v průběhu vývoje učí důvěře k lidem a na

základě této schopnosti je pro něj snadněji dosažitelné naplnění potřeby jistoty a bezpečí. Mezilidské vztahy sice řadíme mezi faktory subjektivní, ale lze je hodnotit i objektivně, neboť pomáháme při řešení nově vzniklých situací mezi členy rodiny. Vztahy k rodině a přátelům narušují uspokojování potřeb.

Mezi subjektivní faktory řadíme kladnou a narušenou sebekoncepci. Kladná sebekoncepce se objevuje u lidí, kteří mají rádi sami sebe a dobře se znají. Díky tomu snadněji přijímají vnitřní změny, snadněji poznají své potřeby a lépe najdou cesty, jak je uspokojit. Tito lidé lépe přijímají onemocnění a také se snadněji přizpůsobí změnám v hierarchii osobních hodnot. Narušená sebekoncepce se projevuje u lidí tím, že ve většině případů nejsou schopni samostatně uspokojovat své potřeby a vyžadují větší péči a pozornost. Sem patří individualita člověka. Zde hraje velkou roli emocionální labilita, odolnost proti zátěži a typologie člověka - introvert je člověk tichý, zaměřený do svého nitra, na sebe samého a na svůj vnitřní svět, myšlenky, prožitky a city, raději má knihy než lidi, je rezervovaný a drží si odstup, hodně plánuje dopředu, nemá rád vzrušení, lepší je pro něj určitý řád a pravidla, kterých se drží, city drží pod kontrolou, není agresivní, je trpělivý a spolehlivý, klade důraz na etické normy, a často je i pesimistický, v patologické míře může i ztratit kontakt s realitou, extrovert má povahové rysy člověka, které vedou k zaměření osobnosti navenek, jde o člověka, který je otevřený, má rád společnost kolem sebe, snadno se adaptuje na kontakt s lidmi, je výřečný, nerad studuje sám, má mnoho přátel, často riskuje, má rád legraci a změnu, je bezstarostný a stále v pohybu, není moc trpělivý a hodně se prosazuje, nekontroluje silně své city a není na něj vždy spolehnutí.

Dalším z faktorů je nemoc, která brání lidem v uspokojování jejich potřeb. V nemoci se člověk zaměřuje na potřeby fyziologické, které jsou důležité k přežití, ale s postupem uzdravování chce nemocný uspokojovat potřeby vyšší úrovně. Vliv na uspokojování potřeb mají také okolnosti, za kterých nemoc vznikla. Ovlivňuje potřeby a jejich psychickou odezvu. Rozdíl je v uspokojování potřeb v domácí péči, v nemocničním zařízení nebo v cizině (6, 21, 22).

Ovlivňovat naplnění potřeb také mohou různé typy bariér. Jednou z těchto bariér je osobní bariéra, kdy se nemocný ostýchá vyslovit své přání, nemá dostatek důvěry

k druhému člověku, bojí se zklamání nebo se podceňuje. Další bariérou je psychická bariéra. Člověk je neschopný přijmout pomoc při naplňování potřeb od druhého. Dále jazyková bariéra, kdy se může jednat jen o nedorozumění volbou nevhodně zvolených slov. Další bariéra při naplňování potřeb může vzniknout také při změně prostředí (21).

### *1.1.3 Uspokojování potřeb v nemocnici*

Člověk se stále vyvíjí, a to samé se týká i jeho potřeb. Nemoc ohrožuje základní potřeby, a čím je horší, tím jsou touhy po uspokojování základních potřeb vyšší. Při ohrožení základních potřeb je možné očekávat od nemocného člověka regresi, tj. návrat do dětských let, proto je velmi důležitá spolupráce s jeho rodinou, která mu neustále dodává pocit jistoty a bezpečí, že tam bude mít stále své místo a také její náklonnost. Nemocný musí vědět, že ho rodina přijímá se vším všudy a že nebude opuštěn. Nemoc proto hůře snáší lidé osamělí, bez rodiny a bez domova. V takových případech se rodinu snaží nahradit zdravotníci.

Pacient a sestra si musí seřadit potřeby podle priorit, tedy podle toho, co je v dané situaci nejdůležitější. V závislosti na situaci může sestra pomoci nemocnému uspokojit jeho potřeby ihned nebo po částech, kdy postupuje od jedné potřeby k další. Potřeby, které vychází ze situace ohrožující život, mají vždy prioritu. Někdy není jednoznačné, která potřeba má větší prioritu, a je třeba uvážit více faktorů, mezi ně patří zdraví a názor pacienta. Způsob, jakým lidé seřazují potřeby, je ovlivňován socio-kulturními zvyky, např. upřednostňováním potřeby jít do práce. Sestra může využít své poznatky o lidských potřebách na uklidnění pacienta ve stresu, a tak uspokojit jeho potřebu a změnit pocit tísně. Někteří lidé o svých potřebách nevědí, sestra je může usměrňovat nebo jim pomoci v jejich uspokojování.

Uspokojování potřeb pacienta závisí na jeho individualitě a je zaměřeno na zlepšení zdravotního stavu. Pacient si přeje uzdravit se, často nepociťuje potřebu aplikace léků, ani odborného terapeutického nebo ošetrovatelského výkonu. Sestra by měla vědět, co působí na pacienta, jak nemoc ovlivňuje jeho uspokojování potřeb, jak nemoc působí na jeho sociální poměry, do jaké míry ovlivňuje vznik nových potřeb, a díky tomu může

sestra předcházet komplikacím. Cílem práce sestry je pomoci pacientovi aby, se co nejdříve adaptoval na změněné prostředí a získal samostatnost v uspokojování potřeb.

Uspokojování biologických potřeb souvisí s bezprostředním přežitím člověka, a také má vliv na úroveň pobytu pacienta v nemocnici a ovlivňuje jeho psychickou stránku. Uspokojování biologických potřeb v nemocnici je zaměřeno především na péči o tělo, pravidelnou hygienu a prevenci proleženin, na péči o příjem potravy a tekutin, o vyprazdňování, protože poruchy močení a defekace ovlivňují tělesné i psychické pocity pacienta, na péči o spánek a odpočinek, o komfort a pohodlí, tj. čistota prostředí a pomůcek, soukromí při vyšetření, o dodržování průměrného pohybového režimu, na péči o polohu, tedy správné uložení pacienta na posteli, jeho částí těla ve fyziologické poloze, a na péči o polohování a o včasnou mobilizaci.

Uspokojování psychických potřeb vychází z individuálního vnímání světa, ze síly a schopností zpracovávat motivace k našemu chování. Jedná se o potřeby uspokojování rozvoje osobnosti, potřeby jistoty a psychického bezpečí. Je zaměřeno především na psychický stav pacienta, odstraňování a zmírňování bolesti, předcházení a zmírňování strachu, úzkosti a nejistoty z neznámého a zabraňování ztráty sebeúcty. Nemocní lidé potřebují mít soukromí a necítit se osamělí. Důležité je pochopení důvodu hospitalizace.

Sociální potřeby jsou potřeby informovanosti o sobě a okolním světě, péče o své zdraví a také zdraví blízkých, soužití s lidmi a příslušnost k nějaké skupině. Jejich uspokojování se překrývá s psychickými potřebami a řadíme mezi ně nutnost komunikace a pozitivního kontaktu. Zaměřujeme se na zmírnění sociální izolace a na řešení problémů souvisejících se ztrátou zaměstnání, na péči o následnou léčbu a možnosti další seberealizace.

Uspokojování kulturních potřeb se zaměřuje především na možnost sledování společenského a kulturního dění, tisku, rozhlasu a TV a na estetiku prostředí, jako je teplota, vlhkost, barva, osvětlení, hluk a vzduch. Zvláště dobře působí na člověka sluneční paprsky, které osvítlí celý pokoj. Uspokojování duchovních a spirituálních potřeb je zaměřeno na respektování náboženské svobody, poskytnutí možnosti zúčastňovat se náboženských úkonů.

Pobyt v nemocnici je mimořádně emočně a vztahově náročný, proto je důležité průběžně pacienta informovat o všem podstatném, projevovat zájem o jeho prožitky a pocity a snažit se pochopit jeho situaci. Také duševní stav pacienta by měl být pro lékaře důležitý a měl by se o něj dostatečně zajímat. V případě hospitalizovaných pacientů hraje významnou roli první kontakt lékaře s nemocným. Vztah lékaře s pacientem je do značné míry určován vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry jsou tato očekávání naplněna oběma stranami. Pacient očekává od lékaře zvýšený zájem o svoji osobu a především, že mu bude rychle pomoheno zmírněním příznaků onemocnění a posléze i jejich odstraněním. Dále očekává ze strany lékaře podporu, spolehlivost a dostatek informací. Lékař je pro pacienta člověkem, kterého si váží, a zároveň i obává. Míra a kvalita uspokojování všech potřeb pacienta vytváří kvalitu jeho života, na kterou je nutné myslet a dbát po celou dobu hospitalizace do okamžiku, kdy pomine bezprostřední ohrožení života člověka. Při uspokojování všech potřeb je třeba respektovat práva pacienta (4, 27).

## **1.2 Potřeby člověka**

### *1.2.1 Charakteristika potřeb*

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce“ (22, str. 10).

Potřeba a její definice podle různých autorů: K. Lewin: „Potřeba je chápána jako motiv, síla, která uvádí do chodu a udržuje chování.“, H. H. Kendler: „Potřeba vyjadřuje odchylku od biologické homeostázy, tj. chápání potřeby jako vrozeného motivu.“, M. Nekonečný: „Potřeby jsou základní motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí, a cíle chování, které je s nimi spojeno jako instrumentální aktivita, je reakcí potřeb“ (4, str. 62).



Vědomé vnímání potřeby vzniká díky pocitu nedostatku neplnění určité potřeby, pocitu nadbytku naplnění určité potřeby a touze něčeho dosáhnout. Množství a intenzita potřeb závisí na věku člověka, jeho pohlaví, kulturní a společenské úrovni, na jeho inteligenci, na prostředí, ve kterém žije, na zdravotním stavu, životních zkušenostech a jiných okolnostech (21, 22).

### *1.2.2 Vztah motivace a potřeb*

Motivace je důležitá pro naplnění potřeb a je definována jako hybná síla, která ovlivňuje naše jednání a konání. Pro naplnění potřeb je důležitá její síla a schopnost člověka překonávat překážky. Motivací míníme skutečnost, že lidské chování vychází z určité aktuální potřeby a není náhodné. Když je motivace silná, dodává člověku sílu a odvalu k naplnění cílů. Touha člověka po uspokojení potřeby ho aktivizuje k činnosti a tato aktivizace trvá do doby, než je potřeba uspokojena, nebo dokud se člověk nesmíří s tím, že tato potřeba být uspokojena nemůže. Poté si hledá náhradní cíl za potřebu, která nemůže být uspokojena. Proces motivace startuje stav organismu, který trpí určitým nedostatkem. Motivace se dá vyjádřit také termínem „hybná síla chování“. Proces motivace určuje směr, sílu a trvání určitého chování. Lidské chování je téměř vždy něčím motivováno. Motivace i potřeby člověka podléhají sociálnímu a kulturnímu prostředí, kde žije, a hlavně vlivům výchovy (21, 22, 27).

### *1.2.3 Klasifikace potřeb*

V době nemoci dělíme potřeby do tří skupin. Potřeby, které se nemocí nemění (jsou stejné jak u zdravého, tak u nemocného člověka, tyto potřeby nesouvisí s nemocí, každý člověk si je pokryje sám, patří mezi ně potřeby fyziologické, potřeba bezpečí a jistoty).

Potřeby, které se nemocí modifikovaly (potřeby, které se nemocí změnily, patří sem strava, sociální potřeby, kam se řadí potřeba tvořivé práce, do níž patří všechny potřeby týkající se určité profese, dále potřeba poznání světa a sebe samého, kdy je potřeba zaměřená převážně na pochopení pacientovy situace a na dostatek informací, potřeba

sociálních styků, do kterých patří vztahy s ošetřujícím personálem a spolupacienty, a potřeba vytvoření kulturnějšího prostředí, která zahrnuje uměleckou výzdobu, vhodné barvy stěn a nábytku a také čistotu prostředí). Potřeby, které nemocí vznikly (jejich vznik závisí na charakteru, závažnosti a průběhu onemocnění, na stavu nemocného v závislosti na onemocnění, na osobnosti nemocného, na vztazích s ošetřovatelským personálem, na předešlé zkušenosti s onemocněním a na změně prostředí, patří sem potřeba navrácení zdraví, potřeba zmírnění bolesti, potřeba znovuvrácení do života před nemocí apod.) (1, 2).

Další dělení potřeb může být na potřeby biologické, psychické, sociální a duchovní. Biologické potřeby jsou potřeby vrozené a také potřeby nižší, fyziologické, a též i primární. Jejich uspokojování je důležité pro zachování života jedince, případně rodu, zahrnují potřeby organismu jako celku a jsou zajišťovány instinktivními mechanismy. Tyto potřeby motivují člověka k tomu, aby se staral o své tělo z fyziologického hlediska. Mezi biologické potřeby patří vzduch, tekutiny, strava, pudy, tišení bolesti, zdraví, stálá teplota, vylučování, spánek, aktivita, mateřská péče, uspokojování sexuálních potřeb apod.

Psychické, sociální a duchovní potřeby jsou potřeby získané, vyšší, psychogenní a také sekundární. Jsou utvářené převážně na základě zkušenosti. Uspokojování těchto potřeb vede k rozvoji osobnosti člověka a činí život bohatším a příjemnějším. Způsob naplňování těchto potřeb vytváří v životě každého člověka určitou hodnotovou hierarchii, kdy její naplnění souvisí se životními motivacemi, s vůlí překonávat překážky a s vyspělostí jedince. Potřeby psychické vycházejí z individuálního vnímání světa. Mezi psychické potřeby se řadí láska, štěstí, porozumění, úcta, respekt, sebeuplatnění, vlastní identita, obrana, agrese, zdokonalování se, vyhnutí se ponížení apod. Do sociálních potřeb patří komunikace, přátelství, sociální kontakt, sociální komunikace, seberealizace, kulturní potřeby, sociální zabezpečení atd. Sociální potřeby jsou naplňovány aktivitou a prožitky. Mezi duchovní potřeby řadíme smysluplnost existence, smrt, utrpení, víru, náboženskou svobodu, odpuštění a jiné (19, 21, 27).

#### 1.2.4 Hierarchie potřeb dle Maslowa

„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“ (22, str. 14).

Nejnámější a nejužívanější dělení potřeb je klasifikace dle Abrahama H. Maslowa. Maslow byl americký psycholog (1908-1970). Vytvořil teorii motivace, ze které následně vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Klade v ní důraz na propojení filozofie a psychologie a snaží se o to, aby předmětem zájmů psychologů byla filozofie hodnot. Podle Maslowa má každý člověk systém motivů, který je individuální a hierarchicky uspořádaný. Některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z nich jsou nejsilnější. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Lidské potřeby jsou sestaveny v hierarchickém systému podle své naléhavosti, to vede k tomu, že nižší neuspokojené potřeby zvítězí nad vyššími neuspokojenými potřebami. Nejvyšší potřeba seberealizace vyžaduje uspokojení všech nižších potřeb, tedy seberealizující se lidé musí být zdraví a plně uspokojeni.

Vyšší potřeby se objevují v pozdějším vývoji. Život člověka může být popsán jako stoupání výš jednotlivými vrstvami pyramidy potřeb. Mezi nejmenšími dětmi mají převahu potřeby nižší úrovně, tedy potřeby fyziologické a potřeba bezpečí a jistoty. Děti předškolního věku nejvíce pociťují potřebu bezpečí a lásky. Pro starší děti je již nejdůležitější potřeba lásky a uznání. V období adolescence se poprvé setkáme s potřebou seberealizace, ale plně jsou touto potřebou ovládnuti až lidé v dospělosti.

Nejnižší příčka pyramidy potřeb patří potřebám fyziologickým a zároveň potřebám, jejichž uspokojení je nezbytné k zachování biologické existence, neboli životně důležitých potřeb. Objevují se při porušení stálosti vnitřního prostředí a vyjadřují potřeby organismu. Slouží k přežití. Člověk dělá vše proto, aby tyto potřeby uspokojil dříve, než se stanou aktuálními. Jestliže se stanou aktuálními, ovlivňují chování a jednání člověka. V popředí zájmů člověka zůstávají po dlouhou dobu nemoci.

Pokud jsou základní fyziologické potřeby uspokojeny, vystupuje do popředí potřeba bezpečí a jistoty. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, osvobození od

strachu apod. Je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Nejčastěji se tato potřeba objevuje tam, kde chybí pořádek a řád. Často se objevuje v situaci ztráty pocitu životní jistoty, která přichází s onemocněním. Nemocný člověk chce vědět, že nebude opuštěn. Můžeme ji běžně pozorovat u dětí, například při reakci na cizího člověka.

Je-li uspokojena i potřeba bezpečí, přichází na řadu další, třetí stupeň pyramidy, který zahrnuje potřebu lásky a sounáležitosti. Tato potřeba vystupuje v situacích samoty a opuštění. Je to potřeba být milován, potřeba náklonnosti a potřeba patřit k určité skupině lidí. Pro zdravý vývoj člověka je důležité, aby si uchoval vzpomínky na své dětství a další životní etapy. V knize Psychologie bytí Maslow říká: „Nyní bude člověk cítit ostře, tak jako nikdy předtím, nepřítomnost přátel, milovaného člověka, ženy, dětí. Bude hladovět po láskyplných vztazích s lidmi vůbec, zejména po místě ve skupině, do níž patří, a bude s velkou intenzitou usilovat o dosažení tohoto cíle. Bude toužit po zaujetí takového místa více než po čemkoli na světě, a snad i zapomene, že kdysi, když trpěl hladem, ohrnoval nos nad láskou jako nad něčím neskutečným, nepotřebným“ (19, str. 107). Pacient nemůže od ošetřujícího personálu očekávat lásku, ale má právo na empatii, porozumění a pochopení. Projevujeme toleranci k nemocnému a k jeho potřebám a individuální zájem o jeho osobu. To vše jsou určité formy lásky.

Další v hierarchii je potřeba uznání a sebeúcty. Tato potřeba vyjadřuje touhu po stálém a pevně založeném hodnocení sebe, po důvěře, nezávislosti, touze po respektu druhých lidí, sebevědomí a sebedůvěře, po kladném hodnocení, prestiži uprostřed sociální skupiny a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty. V nemoci sebeúcty posilujeme tím, že nemocnému dáváme najevo, že nás neobtěžuje o něj pečovat a dbát na jeho soukromí.

Vrchol trojúhelníku tvoří potřeba seberealizace. Vystupuje jako tendence realizovat své záměry, schopnosti a plány. Neznamena soustředění na sebe. Právě naopak. Seberealizace je méně naléhavá než potřeby předchozí. Její uspokojování posiluje pocit štěstí a radosti. Člověk, který nemá osobní starosti, přestává myslet na sebe a zaujme nějaký nadosobní cíl, ve kterém se realizuje. Každý, kdo chce svou práci dělat dobře, musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že tuto práci dělá dobře. Tento člověk uspokojí potřebu seberealizace. Dochází k pracovnímu uspokojení a k

pocitu naplnění života ve společenském postavení. Seberealizovaný člověk vidí život jasně a je ve svých hodnoceních objektivní, má správný názor na lidi, rozpozná, co je správné a co špatné, rozumí umění a politice, je pokorný a umí naslouchat druhým, je vstřícný novým myšlenkám, přijímá svět, jaký je, touží po soukromí, je nezávislý, má sebedůvěru a sebeúctu, je flexibilní a spontánní a velmi přátelský. Potřeba seberealizace v nemoci zaniká. Člověk, který je nemocný, nechce slyšet, jak by se mohl realizovat, ale chce být ubezpečen, že se mu něco povedlo a něco sám dokázal (19, 21, 22).

### ***1.3 Potřeby vyšší úrovně***

#### *1.3.1 Charakteristika vyšších potřeb*

Vyšší a zároveň sekundární potrzeby vytvářejí pocit fyzické a psychické pohody. Vyvíjejí se na základě nižších nebo primárních potřeb a jsou individuální. Vyšší potrzeby vytvářejí v životě každého člověka určitou hodnotovou orientaci a jsou utvářené především na základě zkušenosti (27).

Uspokojení vyšších potřeb přináší radost, pocit, že chovat se správně je dobré, estetické zážitky, pocit začlenění do lidské společnosti a pocit, že život má nějaký smysl. Pokud je prostředí, ve kterém žijeme, šedivé, nudné a neuspořádané, můžeme se v něm cítit nepříjemně, a může nás i stresovat. Neestetické prostředí může vyvolávat smutek a pocity marnosti. Člověk, který dosáhne stadia seberealizace, se mění. Nepotřebuje už lásku lidí, protože on sám miluje více než předtím. Je to však láska, která spíše obdivuje, než touží vlastnit, a spíše dává, než by dary čekala, nezná žárlivost ani strach. Je to láska realistická, kdy přijímáme druhého takového, jaký skutečně je, a s plným respektem. Podle principu hierarchie je uspokojení nižších potřeb podmínkou k tomu, abychom měli zájem také o uspokojování potřeb vyšších. Vzájemné působení všech oblastí lidských potřeb ale působí i opačně – neuspokojení vyšších potřeb může ovlivňovat uspokojování potřeb nižších.

K vyšším potřebám se řadí tzv. metapotřeby, které vysvětlují určité tendence osoby seberealizující se. Patří sem potřeby porozumění, harmonie, individuality, smysluplnosti

a další. Tyto potřeby jsou méně naléhavé ve srovnání s potřebami základními, ale díky jejich uspokojování cítí člověk pocit vyššího štěstí a radosti. Mezi vyšší potřeby se řadí potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání, ocenění a sebeúcty a potřeba seberealizace (9, 19, 21, 22).

### *1.3.2 Maslowovy teze o vyšších potřebách*

Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm vývoje člověka. Čím je potřeba vyšší, tím je méně důležitá pro přežití, můžeme déle odkládat její uspokojování, a tím se někdy potřeba ztrácí. Vyšší potřeby jsou subjektivně méně naléhavé a žít na jejich úrovni vede k větší biologické účinnosti, delšímu životu, chuti k jídlu a lepšímu spánku. Jejich uspokojování má za následek kladné subjektivní výsledky, vnitřní klid a štěstí. Sledování i uspokojování vyšších potřeb současně je důležité pro naše zdraví. Ke vzniku vyšších potřeb je důležité mít příznivé vnější podmínky. Lidé, u kterých došlo k uspokojení vyšších i nižších potřeb najednou, si více cení potřeb vyšších. Uspokojování vyšších potřeb má kladné i společenské důsledky, má blíž k seberealizaci a vede k větší a silnější individualitě. Nižší potřeby jsou více lokalizované, hmatatelné a omezené, než potřeby vyšší (22).

### *1.3.3 Potřeba lásky a sounáležitosti*

Tato potřeba je někdy nazývána také jako potřeba afiliační. Je to potřeba být někým milovaný a milovat, potřeba sounáležitosti a náklonnosti. Nejvíce ji pociťujeme v situacích, kdy jsme osamoceni a opuštěni. Každý člověk potřebuje být milován. Při jejím uspokojování ve vztazích se uzavírá manželství. Také sem patří přátelství. Potřeba lásky se zpravidla objevuje až po uspokojení potřeby bezpečí a jistoty. Zahrnuje obě strany, poskytování i přijímání. Tato potřeba je významnou složkou lidské motivace. V dětství se nejdříve projevuje citovým poutem k matce, postupně se vytváří vztah k ostatním lidem, které dítě obklopují (13, 22).

Láska je cit, který člověk nedostává za odměnu. Například láska k dítěti. Nemilujeme ho kvůli jeho modrým očím, ale milujeme ho proto, že je jedinečné a hlavně naše. Tomu se říká nepodmíněná láska. Citový vztah nelze naprogramovat. Někdo je nám sympatický více a jiný méně.

Při neuspokojení potřeby lásky může člověk pociťovat lítost, smutek, nejistotu, pocit osamělosti a zbytečnosti, ale také hněv. Snaží se získat něčí pozornost za každou cenu. Někteří lidé o to usilují pozitivním chováním. Pokud se tak nepodaří, přistupují i k velmi negativnímu chování. Pro takového člověka je i negativní zájem o jeho osobu více než lhostejnost k němu. Neúspěšná snaha získat si lásku může vést k cynismu a odmítání emocí. U pacienta dáváme najevo porozumění, snažíme se pomoci. Projevujeme toleranci k jeho potřebám a také individuální zájem o jeho osobu (9, 21).

#### *1.3.4 Potřeba uznání a sebeúcty*

Tato potřeba je spojením dvou potřeb. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení, vyjadřuje přání nezávislosti na názoru druhých lidí, přání kompetence a důvěry. Druhá je potřeba touhy po respektu ostatních lidí a prestiže. Člověk ji pociťuje v situacích ztráty důvěry a respektu. Projevuje se snahou získat zpět ztracené sociální hodnoty a postavení. Potřebu sebeúcty si člověk vytváří v průběhu života. Jde o představu sama sebe. Vytváří se v nitru člověka na základě posouzení silných a slabých stránek svého já. Pozitivní sebeúcta je výsledkem vývoje člověka a na jejím základě, máme-li rádi sami sebe, jsme schopni mít kladný vztah ke svému okolí. Sebeúcta se může zařadit pod pojem sebevědomí. Narušení sebeúcty je spojené s pocity bezcennosti, nespokojenosti a beznaděje.

Sebeúcta se tvoří postupně od raného dětství a je nezbytná pro duševní zdraví. Umožňuje také najít štěstí v životě a lépe se orientovat v náročných životních situacích jako je úraz, ztráta zaměstnání apod. Vysoká sebeúcta je znakem zralé osobnosti. Budování sebeúcty má význam pro kvalitu vztahů mezi lidmi, pro rozvoj kompetencí, pro prevenci sociálně patologických jevů. Pozitivní vztah k sobě samému a pozitivní emoce dodávají důvěru, optimismus a energii ke zvládnání životních úkolů. Pociť vlastní

hodnoty má ochranný účinek na naše sociální, tělesné a duševní zdraví. Sebeúcta se vztahuje k tomu, kdo jsme, jakou máme hodnotu jako lidé. Dále znamená mít se rád, vážit si sám sebe a zasloužit si být šťastný. Člověk s vysokou sebeúctou dokáže ocenit sebe i druhé. Se sebeúctou souvisí svědomí člověka a to, do jaké míry svým životem naplňuje lidské hodnoty zakotvené v etických a morálních zásadách. U nemocného člověka posilujeme sebeúctu tím, že dáváme najevo, že nás neobtěžuje starat se o něj. Dbáme na jeho soukromí a osobní čistotu (9, 21, 22, 27).

### *1.3.5 Potřeba seberealizace*

Potřeba seberealizace tvoří vrchol pyramidy. Tuto potřebu má silněji vyvinutou asi jedna desetina lidí. Přináší člověku pocit uspokojení. Seberealizací rozumíme realizování vlastního potenciálu. Je to snaha realizovat své schopnosti a plány, člověk chce být tím, kým si myslí, že by mohl být. Kdo chce dělat dobře své povolání, musí u sebe nacházet uspokojení z práce a být přesvědčen, že danou činnost dělá správně. Seberealizace je potřeba, do které patří snaha pochopit sám sebe i druhé, a naplnit své možnosti růstu a vývoje. Meze schopností, jsou dány člověku při narození, a jestliže člověk nemá v nějaké oblasti určité schopnosti vrozené, k jejich dosažení během vývoje nemůže dojít. Je to něco jako strop, kterého během života můžeme dosáhnout, ale nemůžeme ho přerůst.

Potřeba seberealizace zahrnuje několik oblastí. První oblastí je potřeba objevovat a porozumět světu, ve kterém žijeme. Potřebujeme pochopit, jak věci ve světě fungují a přijít jim na kloub. V podstatě to znamená učit se novým věcem. Rozdíl mezi lidmi je v tom, jak moc do hloubky se učit chtějí. Další oblastí je potřeba něco v životě dokázat. Člověk potřebuje v životě něco dělat a hlavně vědět, že to má smysl. Dokončení díla přináší pocit uspokojení. Potřeba něco vytvořit je jednou z dalších oblastí. Tuto potřebu má v sobě každý člověk, ale velmi silně se projevuje hlavně u dětí a umělců. Zahrnuje také například mít útulný domov, uvařit dobré jídlo apod. Další oblastí je potřeba identity. Každý člověk potřebuje být jedinečný. Projevuje se to navenek stylem oblékání, řečí, mimikou, stylem učení a práce a spoustou dalších věcí. Potřeba identity



znamená dělat věci po svém. Je propojena s potřebou sebeúcty – potřebujeme věřit, že jsme něčím odlišní od druhých, že máme svou důstojnost a lidskou hodnotu, a že se nám dostává přijetí a uznání od ostatních.

Seberealizovat znamená být respektován, těšit se z rodinného života, zachovávat tradice, udržovat své tělesné a duševní zdraví, nebýt lidem břemenem, být materiálně zabezpečen a být úspěšný ve všech možných oblastech života. Seberealizovaný člověk je realistický, vidí život jasně a je ve všem objektivní. Je rozhodný, má správný názor na lidi a dobře rozpozná, co je správné a co je špatné. Tento člověk také většinou rozumí umění, hudbě a filozofii, je tvořivý a vstřícný novým myšlenkám. Dále umí naslouchat druhým, je přátelský, vyrovnaný a nezávislý. Přijímá svět takový, jaký opravdu je. Podle Maslowa se potřeba seberealizace řadí k tzv. metapotřebám (9, 22).

## ***1.4 Pacient***

### *1.4.1 Zdraví*

Definice zdraví je složitá a někteří autoři se domnívají, že nejde jednoznačně vymezit. Zdraví je pro všechny lidi nejvýznamnější hodnotou. Člověk potřebuje být zdravý, aby mohl dělat to, co chce, a dosáhl tím všech svých cílů, tedy i uspokojení potřeb. Zdraví je podstatné pro spokojenost a naplnění životních tužeb člověka. WHO popisuje zdraví jako ideální stav tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost choroby. Také zdraví definuje tak, že je stav, který na jedné straně umožňuje lidem poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně se vyrovnávat se změnami a se svým prostředím. Zdraví je tedy chápáno jako zdroj každodenního života, a ne jako životní cíl.

V současné době není cílem pouze zbavit člověka nemoci, ale musíme brát také zřetel na potřebu rozvíjení a využívání všech jeho pozitivních biologických, psychických a sociálních vlastností. Zdraví je tedy proces, ve kterém je možný maximální rozvoj daný možnostmi organismu. Tento proces zdraví se mění každým okamžikem spolu se změnami prostředí (12, 28).

#### 1.4.2 *Nemoc*

Nemoc je stav, ve kterém se člověk necítí být zdravý. Je to porucha v normálním fungování lidského jedince jako biologického systému. Při nemoci člověk není schopen plnit očekávané úkoly a role. Nemoc je odchylkou od normální sociální role a přináší potíže. Pro většinu lidí je náročnou životní situací, která je vnímána občas jako nevládnutelná a klade nárok na adaptaci a také na své okolí.

Nemoc narušuje obvyklý způsob života člověka, mění jeho stereotyp a denní program, omezuje člověka v běžných činnostech, a tím dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Důležitou roli hraje míra adaptace na novou situaci a vyrovnání se s bolestí. Nemoc často narušuje mezilidské vztahy, protože dochází k menšímu kontaktu s blízkými lidmi. V případě hospitalizace s nemocí naopak přináší nové vztahy k personálu a ostatním pacientům. V neposlední řadě nemoc přináší i zhoršení sociální a ekonomické situace, což hodně působí na psychiku člověka.

Postoj k nemoci nemusí být jen negativní. V některých případech může jít o příjemné a pozitivní prožívání, například když nemoc vyvolá u okolí větší ohleduplnost a pozornost, nebo nemocného zbaví určitých pracovních povinností, na které třeba svými schopnostmi nestačil. V tomto případě můžeme hovořit o „úťeku do nemoci“. Nemocný má právo na odpočinek a okolí po nějakou dobu přebírá jeho úkoly. Okolí se snaží nemocného šetřit, nesděljuje mu nepříjemné zprávy, snaží se přinášet mu jen dobré zprávy. Pro nemocného je pobyt v nemocnici ojedinělá sociální zkušenost. Nemocný může pocítit strach ze závislosti na druhých. V dnešní době má velký význam soběstačnost a individualita člověka v jeho sebepojetí. Tělesné změny zhoršují kvalitu života nemocného, omezují jeho možnost rozvoje, komplikují soběstačné fungování a ovlivňují možnost komunikace s nemocným. Psychické změny souvisí s přijetím nemoci, se změnami role, se zvýrazněním rysů osobnosti vlivem dlouhodobé zátěže. Psychické změny se často projevují emočně, např. pláčem, úzkostí, hněvem, smutkem, až depresí (10, 24, 28).

### 1.4.3 Bolest

Bolest je nepříjemným smyslovým a emočním zážitkem spojeným s poškozením tkání, které souvisí s onemocněním nebo s vnějším násilím. Bolest je vždy subjektivní, je varovným signálem a má ochrannou funkci. Upozorňuje člověka, že došlo k poškození organismu, a nutí ho k odstranění příčiny bolesti. Bolest tvoří smyslový a emoční zážitek, jehož intenzita je dána předchozí zkušeností s bolestí, je spojen s významem, který je bolesti přikládán, a propojen se způsobem, jakým se s nemocí vyrovnává. Každý člověk pocítuje bolest jinak. Sportovci, kteří pocítí bolest při zápasu, který musí dohrát, popíší bolest jako menší. Lidé, kteří jsou osamělí, popíší stejnou bolest jako velkou, a člověk, který žije s obavami z nějakého onemocnění, popíše tutéž bolest jako nesnesitelnou. Silněji je bolest prožívána, je-li organismus unaven a vyčerpán, je-li doprovázena strachem z vyšetření nebo z budoucnosti. Lidé, kteří jsou úzkostní a neurotičtí, jsou na bolest více citlivější než lidé psychicky dobře naladěni. Ve stavu těžké deprese jsou lidé naopak velmi málo citliví vůči fyzické bolesti. Důležité je také, je-li bolest způsobena vlastní osobou nebo někým jiným, při jaké činnosti.

Bolest je zážitek, který se projevuje jak v oblasti biologické, tak i v psychologické a sociální. Psychologická rovina bolesti je určena lidskou emocionalitou. Každý člověk se snaží zvládat bolest podle svých strategií, např. modlitbou, meditací, fyzickou aktivitou, léky. Sociální rovina bolesti je dána tím, jak se k ní staví nejbližší okolí. Základy jsou v dětství při formování rolí. Okolí povolí spíš bolestivé chování dívkám než chlapcům. Bolest je individuální záležitostí související s celou řadou faktorů, mezi které řadíme hlavně práh bolesti. Dalšími faktory jsou životní situace, určitá část dne, přikládání významu bolesti, známá a neznámá bolest, kulturní rozdíly, psychický stav a vztahy v rodině (7).

Mezi další funkce bolesti patří regulační schopnost. Ta usměrňuje jednání člověka, kdy ho přinutí ke změně polohy, aby byl postižený orgán v klidu, nebo při silné únavě ho donutí k odpočinku. Můžeme ji rozdělit podle způsobu vzniku a délky působení na bolest akutní, chronickou, psychogenní a procedurální. Hranice akutní bolesti je 6 měsíců. Jde o náhlý a krátkodobý signál, že došlo k poškození tkáně. Provází převážně chirurgická onemocnění a úrazy. Lokalizace této bolesti je většinou dobře určitelná a

člověk se snaží odstranit její zdroj, pokud to jde. Její silnější intenzita představuje velkou zátěž, na kterou člověk může reagovat i agresivitou, aby bolesti unikl.

Chronická bolest je dlouhodobé vyčerpávající působení nepříjemných podnětů v organismu, trvající déle než 6 měsíců. Příčina nemoci často není známa. Člověk je těmito podněty vyčerpan a unaven, je skleslý a apatický a má špatnou náladu. Kvůli těmto faktorům je člověk fyzicky, psychicky a společensky omezován, a může upadnout i do depresivních stavů. Vyskytují se poruchy spánku, snižuje se chuť k sexuálnímu styku, člověk mění své chování, omezuje sociální kontakty a uzavírá se do sebe. Tato bolest se nejčastěji vyskytuje u lidí s onkologickým, neurologickým, ortopedickým a interním onemocněním.

Člověk, kterého něco bolí, nám může svou bolest říci, ale také nám může sdělit svou bolest beze slov, tj. neverbálně. Tento neverbální projev se týká například mimiky obličeje nebo pohybů končetin a paralingvistických akustických projevů, mezi které patří například vzdechy a nářek. Můžeme si všimnout také odchylek chování mezi pacientem, kterého něco bolí, a pacientem, který bolest necítí. Toto chování souvisí s druhem a lokalizací bolesti. Snášení bolesti je zcela individuální záležitost. Tolerance bolesti záleží na očekávání velikosti nastávající bolesti na základě předchozí zkušenosti s bolestí, na reálné naději, na úzkosti, což je nepříjemný prožitek a stav, který je reakcí na neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho neznámého je horší než ona událost sama. Dále záleží na strachu, který můžeme definovat jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět, který v člověku vyvolá obavu z ohrožení, a tedy je reakcí na poznané nebezpečí a má obrannou funkci, a na dalších faktorech.

Při léčbě bolesti, která je nejčastěji farmakologická, fyzioterapeutická nebo chirurgická, je žádoucí, aby lékař dodržoval zásady psychologického přístupu k nemocnému a vytvořil atmosféru důvěry, která ho zbaví strachu a zlepší jeho spolupráci. Psychologický přístup lékaře činí léčbu účinnější, protože nemocný dodrží lékařovy pokyny, je upřímný a lépe snáší vedlejší nepříjemné účinky léčby.

Intenzitu bolesti lze snižovat psychologickou cestou. Při tišení bolesti je významný vliv slova. Pacienti s úrazy bývají svou silnou bolestí zaskočeni, mají strach, že budou

déle trpět a svou bolest nevydrží. Za svůj projev bolesti se stydí, potlačují ji a snaží se ji ovládat. Bolest se zmírní, jakmile se začne pacient volně projevovat a podaří-li se dosáhnout svalového uvolnění. Pacientovi nemůžeme slíbit, že bolest zmizí, ale že bude postupně slábnout a bude snesitelnější. Další způsob zmírnění bolesti je odvedením pozornosti, projevením empatie, kterou dáme pacientovi najevo, ubezpečením pacienta, že bolest je jen přechodná záležitost, a navázáním psychické vazby nejčastěji pohlazením nebo chycením pacienta za ruku. Vhodné je i zaměstnávání pacienta četbou, sledováním televize, poslechem rozhlasu nebo vyprávěním (11, 27, 28).

#### *1.4.4 Pobyť pacienta v nemocničném prostředí*

Pacient je definován jako osoba v lékařské péči a jako léčící se nemocný člověk. Pacientem se nerodíme, ale stáváme se jím. Při narušení zdraví dochází k biologickým a sociálním změnám, které jsou pro člověka velmi nepříjemné.

Hospitalizace je pro pacienta zážitkem nového druhu. Většina lidí se odevzdá do rukou zdravotníků s obavami, které nedokážou přesně popsat. Strach ze všeho neznámého je přirozený a tento stav odpovídá potřebě bezpečí a jistoty. Každý člověk na tuto situaci reaguje jinak. Jeho pocity může zhoršovat ještě předešlá špatná zkušenost s pobytem v nemocnici. Člověk se dostává do nemocnice buďto přímo po nějaké nehodě, nebo je sem poslán praktickým lékařem. Návštěva nemocnice v roli pacienta je pro člověka zážitek nového druhu. Mnohé se mění jak v pacientově těle, tak i v jeho psychice. Důležitý je první dojem, myšlenka nebo pocit, který v pacientovi vyvolá lékař při prvním setkání. Většina lékařů opomíjí možnost pomoci pacientovi svým nasloucháním a zájmem. Zapomínají na to, jakou útěchu přináší pacientovi lékařovo porozumění. Tímto způsobem je možné poznat pacientovu osobnost a také to, jakou roli v jeho životě nemoc hraje (3, 12).

Prostředí nemocnice má svá specifika. Mezi ně patří hlavně sociální prostředí, kde není možné uspokojovat potřeby pacientů podle jejich zvyklostí. Nemocnice je pro hospitalizovaného člověka zařízením, do kterého vstoupil, aby zde našel pomoc, a také pro něj představuje dočasný domov. Lidské a sociální vztahy v nemocnici jsou

ovlivněny širšími společenskými souvislostmi, ve kterých se léčebný proces odehrává. Pacient je hodně ovlivněn rodinou a její výchovou. Vstupem do nemocnice se vliv rodiny ještě více posiluje. Pacient se v nemocnici dostává do situace, ve které s ním jiní lidé manipulují, má omezený styk s okolním světem a je závislý na ošetřujícím personálu, který má kontrolu nad jeho jednáním (2).

Onemocnění znamená zásah do sebeúcty pacienta, protože trpí to, z čeho se obraz sebe sama tvoří a udržuje, tj. vykonávání běžných životních „povinností“, sexuální život apod. Zdravotnický personál by měl vědět, že pacient je lidská bytost a potřebuje sociální kontakt, protože omezení v této oblasti způsobuje smutek, úzkost a jiné intenzivní pocity, které berou nemocnému chuť k životu. Někteří pacienti své pocity zastírají, jiní sami sebe přesvědčují o neškodnosti obtíží, někdo trpí tichem a někdo dává své pocity otevřeně najevo a stěžuje si. Zdravotníci by se proto měli učit kdy a kde projevit účast s pacientem, kdy obrátit nepříjemnou situaci v žert, kdy a jak dát najevo, že je pacientovo jednání mrzí, a kdy jeho projevy ignorovat. Důležité je nenechat se vyprovokovat a udržet si vnitřní rovnováhu.

Dále pacient potřebuje bezpečí a jistotu, protože tyto pocity mají velký vliv na pacientovu psychiku. Nemocnému člověku chybí v nemocnici pohyb a vadí mu omezení v určitých činnostech. Je vázán na omezené prostory, upoutání na lůžko a začíná projevovat pocit nudy. Bývá mrzutý, kritický, náladový a často vyhledává konfliktní situace. Chybí mu nové informace a podněty, které by ho alespoň částečně aktivizovaly. V nemocnicích jsou proto denní místnosti pro pacienty s knihovnou, kde se mohou nemocní volně pohybovat.

Při hospitalizaci v nemocnici je předem určený denní program a pacient se snadno přizpůsobí pasivitě. Hospitalizace zužuje jeho okruh zájmů, který pacient denně vykonával, rychle si zvyká na nemocniční stereotyp a odmítá ho opustit. Tento negativní stav na pobyt v nemocnici se nazývá hospitalismus. Jde o silnou reakci na hospitalizaci. Ne každý pacient hospitalismu propadne. Velký význam při jeho vzniku má také nucená nečinnost. Čím déle je pacient hospitalizován, tím je u něj vyšší možnost vzniku hospitalismu. Postihuje pacienty všech věkových kategorií, ale nejčastěji staré a chronicky nemocné. Často bývají hospitalismem postiženy i děti. Dítě

do půl roku netrpí odloučením od matky, pokud se mu dostává láskyplné péče. Pro děti školního věku může být pobyt v nemocnici příjemným zpestřením. Avšak pro děti předškolního věku je nepřítomnost matky velmi škodlivá. V současném období se proto doporučuje přijmout s dítětem i jeho matku. Reakce dětí na hospitalizaci probíhá nejdříve protestem, kdy je dítě neklidné, hlasitě pláče, volá matku a jiné dospělé odmítá. Další stádium je zoufalství, kdy dítě ztrácí naději, že matka přijde, pláče, protože si myslí, že ho matka opustila, a často se uzavírá do sebe. Posledním stádiem je odpoutávání se od matky. Dítě potlačuje své city k matce, upoutává se na sestru, k matce se chová lhostejně, nepláče po návštěvách. Po návratu dítěte domů se objevuje nespavost, pomočování, noční děsy, úzkost a problémy ve vztahu k rodičům. Není-li pacient po přijetí do nemocnice dostatečně nucen k tomu, aby zůstal co nejvíce soběstačný, stane se rychle závislým. Řešením je spolupráce s rodinou. Prevence hospitalismu je velmi důležitá. Spočívá v přiblížení nemocničního režimu běžným životním podmínkám a v zajištění dostatečné činnosti nejen pro dospělé, ale i pro dětské pacienty. K prevenci hospitalismu také patří zkrácení hospitalizace po dobu nezbytně nutnou k léčbě, úprava nemocničního režimu a prostředí, zajištění sociálního kontaktu s blízkými osobami a aktivizace pacienta.

Důležitý ve vztahu s pacientem je psychologický přístup, při kterém se utváří optimální vztah mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou. Zdravotníci, pacient i příbuzní mají zájem na pozitivním průběhu a výsledku léčby, všichni jmenovaní vzájemně spolupracují, jsou sdílní a pravdomluvní. Mezi zdravotníky a pacientem by měla být vzájemná důvěra, ze které plyne atmosféra bezpečí, přijetí a intimity. S pacientem se má jednat stejně tak, jako bychom si přáli, aby bylo jednáno s námi, a proto bychom měli na pacienta pohlížet jako na plnohodnotnou bytost nám rovnou, již si vážíme. I přesto s pacientem nemusíme ve všem souhlasit, a může nám být i nesympatický, ale musíme se k němu chovat s úctou a respektem k jeho lidské jedinečnosti.

Porozumění je významná součást psychologického přístupu k nemocnému člověku. Lidské porozumění může být založené na schopnosti empatie, pomocí vcítění se snažíme pochopit člověka a jaké jsou motivy jeho jednání, zajímá nás, co cítí a proč

věci hodnotí svým způsobem, a ne jinak. Psychologicky porozumět znamená hlavně porozumět lidsky. Empatický zdravotník je důvěryhodný, chápatel, uklidňující a vnitřně posilující. Při ošetřování nemocných musíme mít na paměti, že pracujeme s člověkem, jehož prožívání i chování je ovlivněno uspokojováním potřeb, a proto musíme dbát, aby tyto potřeby byly plně uspokojeny (2, 11, 28).

## **1.5 Úrazy**

### *1.5.1 Charakteristika úrazů*

„Úraz je dočasná nebo trvalá porucha tělesného nebo duševního zdraví v důsledku zevní události, na vůli postižené osoby nezávislé, působící náhle nebo poměrně krátkou, časem omezenou dobu“ (14, str.5).

### *1.5.2 Klasifikace úrazů*

Úrazy rozlišujeme podle toho kde a při jaké činnosti úraz vznikne na pracovní, průmyslové, zemědělské, dopravní, domácí, sportovní a kriminální.

Pracovní úrazy vznikají při organizované pracovní činnosti. Jde o poruchu zdraví, která je způsobená zaměstnanci při plnění pracovních úkolů. Za pracovní úraz se považuje úraz, který měl pracovník na pracovišti, v prostorách pracovní organizace, při jiné činnosti než je daný úkol v zaměstnání. Vznikají nejčastěji díky špatným podmínkám pracovního prostředí a také díky nedostatečnému zajištění bezpečnosti na pracovišti. Mezi nejčastější pracovní úrazy patří silniční havárie, havárie pracovních strojů, pády předmětů, zasažení elektrickým proudem, pády z lešení, popáleniny, úrazy motorovou pilou a vtažení částí těla do pracovního stroje. Nejčastěji jde o poranění horních končetin, na kterých vidíme řezné a bodné rány, devastující a ztrátové poranění.

Průmyslové a zemědělské úrazy mohou být pracovní i nepracovní. Vznikají v průmyslových závodech, dílnách a při zemědělské činnosti nejčastěji se zemědělskými stroji.



Dopravní úrazy vznikají nejčastěji při pozemní, letecké a námořní dopravě. Patří k největšímu problému úrazů ve všech zemích. Stoupá počet dopravních úrazů i jejich závažnost. Při dopravních úrazech bývá postiženo více lidí najednou. Nejčastěji jde o poranění hlavy, hrudníku, dolních končetin, pánve a páteře. Úrazy cyklistů vznikají nejvíce při střetu s auty. Důležitou roli zde hraje použití bezpečnostní přilby. K dopravním úrazům řadíme i úrazy chodců, které jsou nejčastější při přecházení vozovky.

Domácí úrazy vznikají při domácích a rekreačních pracovních aktivitách. Také při pádech a zahrádkaření. Právě pády, řezné rány a popáleniny jsou nejčastějšími domácími úrazy. V domácím prostředí jsou nejvíce ohroženi rizikem úrazů starší lidé a děti.

Sportovní úrazy vznikají při rekreační i profesionální pracovní činnosti. Zranění vrcholových, ale i rekreačních sportovců jsou velmi častá. Nejvíce bývají postiženy úrazem končetiny. U profesionálních sportovců je časté přetržení Achillovy šlachy a u rekreačních sportovců poranění míchy a páteře při skocích do vody, které mají největší tragické následky.

Kriminální úrazy vznikají při nezákonné činnosti. Poslední dobou těchto úrazů přibývá. Hlavní příčinou bývají rvačky, při kterých převládají bodná a střelná zranění (15, 18).

### *1.5.3 Únava – nejvýznamnější faktor vzniku úrazu*

Únava nastává po každé práci a slouží jako ochranný mechanismus organismu proti přetížení a samozničení. Jde o fyziologický stav, při kterém tělo zpracovává zplodiny, vznikající během určité práce. Únava vzniká náhle a vhodnou formou regenerace ji jde zvládnout rychle. Pokud není únava dostatečně a správně léčena, může přejít do chronicity a omezit výkonnost nebo ohrozit život člověka. K úrazům dochází častěji, pokud je organismus již unavený. Zhoršuje se předvídatost vzniku úrazu i koordinace pohybů. Na vzniku únavy mají vliv centrální mechanismy, tj. útlum center v mozku, a

místní mechanismy, tj. změny metabolismu v nejvíce zatěžovaných částech těla, což jsou svaly (17).

#### *1.5.4 Prevence úrazů*

Úrazy jsou čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí dospělých a u dětí jsou příčinou hlavní. Prevence vzniku úrazů je proto velmi důležitá, zejména ve smyslu snížení rizika pádů. Abychom mohli aplikovat preventivní opatření, musíme znát epidemiologii úrazů a pádů, jejich příčinu, komplikace a možnosti preventivních opatření. Mezi možnosti preventivních opatření ale nepatří omezení pacienta. Účelem prevence je zvláště to, aby k úrazu vůbec nedošlo. Důležitý je nácvik vstávání po pádech i úrazech. Při pracovní činnosti je důležité používání ochranných pomůcek, dodržování bezpečnostních pokynů, pořádek na pracovišti a výcvik nebo školení zaměstnanců. Prevence před dopravními úrazy spočívá v používání bezpečnostních pásů, air-bagů v dopravních prostředcích a přileb u cyklistů. U sportovců v prevenci úrazů hraje velkou roli trénink. Prevence úrazů u starých lidí spočívá hlavně v bezpečnostním opatření, které zabraňuje pádům. Podlaha nesmí být kluzká, dveře bytů mají být bez prahů, na toaletě a ve sprše jsou vhodná madla, ve sprše i protiskluzová podložka, do vany patří sedačka. Dbá se na osvětlení místností, správnou výšku postele apod. Důležitá je edukace příbuzných a člověka samotného. Při hospitalizaci jsou důležité postranice (zejména u neklidných pacientů), všechny potřebné věci a signalizační zařízení mít na dosah (5, 19, 23, 26).

#### *1.5.5 Reakce pacienta na úraz*

Úraz vyvolává silnou emoci, která velmi ovlivní pacientovo chování. Úraz přeruší náhle veškeré pacientovy sociální aktivity. Čím je úraz závažnější, tím vše pacient prožívá hůře. Díky úrazu může člověk reagovat jinak, než se běžně chová, a nezáleží na jeho vzdělání, ani na věku a pohlaví. Záleží na pacientově osobnosti, tj. na povaze pacienta, na schopnosti snášet negativní změny včetně bolesti apod., a také na sociálním zázemí. Úraz člověku změní jeho dosavadní život a těžce se přizpůsobuje nové roli

pacienta. Tato nově vzniklá situace vede k fyzickému, emociálnímu a psychickému vypětí, které je těžké jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. Pacient s úrazem často přemýšlí nad budoucností, doufá v brzké zmírnění obtíží a také v rychlé uzdravení. Jeho okolí se snaží být tolerantní a vyčkává na jeho návrat k běžnému životnímu stylu. I přesto se v chování pacienta může objevit nejen agresivita, ale i pasivita. V případě úrazů s vážnými následky je vhodná spolupráce s psychologem.

Úraz je ve většině případů viditelný a jeho projevy pacient vnímá jako neestetické, např. zápach, deformace, rány. Někteří lidé se mylně domnívají, že pacient je zodpovědný za vznik onemocnění a délku jeho léčení. Velkou roli zde hraje psychologický přístup lékaře a ostatního ošetřujícího personálu. Pokud se bere neustále zřetel na psychiku pacienta, stává se jeho úraz snesitelnějším. V některých případech je úraz pocíťován i pozitivně. Pacient bývá litován, nemusí plnit běžné domácí „neoblíbené“ úkoly, dostává dárky, má dostatek pozornosti ze strany okolí, nemusí chodit do zaměstnání, ve kterém se necítí dobře (11, 24, 27).

## **1.6 Lůžka akutní péče**

### *1.6.1 Charakteristika Traumatologie v Nemocnici ČB*

Hlavním úkolem úrazového oddělení je ošetřování všech úrazů včetně polytraumat v celém Jihočeském kraji. Úrazové oddělení disponuje akutním příjmem, nepřetržitým provozem operačních sálů, hyperbarickou oxygenoterapií, 8 lůžky na JIP a 72 standardními lůžky. Plastičtí chirurgové zabezpečují plastické operace včetně mikrochirurgických výkonů.

Oddělení úrazové a plastické chirurgie je součástí budějovického Traumacentra, kde zajišťují léčbu týmy specialistů. Pacienti přivezení s úrazem jsou dle závažnosti stavu hospitalizováni na Úrazovém oddělení nebo na Dětském oddělení, popř. na ARO. Lékaři na těchto odděleních zajišťují po dohodě s ostatními specialisty definitivní léčbu.

Mezi další týmy specialistů spolupracujícími s Traumacentrem patří například Hrudní a Cévní chirurgie, Urologie, Neurochirurgie, ORL, Stomatochirurgie a

Ortopedie. Dále s Traumacentrem úzce spolupracují laboratoře, Transfuzní stanice a Radiologické oddělení (16).

### *1.6.2 Ošetrovatelská péče na Úrazovém oddělení*

Ošetrovatelská péče o pacienty s úrazy vyžaduje velké psychologické poznatky, protože u pacientů po úrazech nastávají velké psychické změny. Při pourazových stavech jde o přizpůsobení se novému stavu, o prožívání úrazu, o tělesné postižení v duševním životě pacienta. U chirurgických zákroků je přirozený předoperační strach, který většinou vyplývá z obav před následnými komplikacemi a z obav, že operace nebude úspěšná. Tento strach lze ovlivnit dostatečnou informovaností pacienta, podporou ze stran zdravotnického personálu, a v některých případech i přípravou nemocného na změnu vzhledu po operaci.

Ošetrování pacientů s úrazy je zaměřeno hlavně na rozvoj soběstačnosti, zmírňování bolesti a rychlé navrácení do normálního života. Hlavním cílem poskytování ošetrovatelské péče je využití všech terapeutických a podpůrných prostředků, které jsou zaměřené na uspokojování potřeb pacienta. Ošetrovatelská péče o pacienty s úrazy by měla být zaměřená individuálně podle druhu úrazu. Nejdůležitějšími složkami v péči o pacienta jsou zajištění bezpečného prostředí a podpora pacientovy rodiny a také vztahy s ní. Do ošetrovatelské péče o pacienty s úrazy patří také následné rehabilitační ošetrovatelství, spolupráce, komunikace, empatie, edukace a hlavně dostatečné znalosti v ošetrování pacientů s úrazy. U pacientů s úrazy se objevují problémy sociální, zdravotní a psychické a to vše ovlivňuje jeho léčbu, proto se v péči o tyto pacienty zaměřujeme na individualitu pacienta (8, 20, 28).

### *1.6.3 Úloha sestry v péči o nemocné na Úrazovém oddělení*

Zdravotnické povolání patří mezi náročná povolání jak z hlediska odborného, tak i konkrétního profesionálního výkonu. Objektem práce je nemocný člověk. Od zdravotníka se očekává, že zvládne odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou i psychickou zátěž své práce, dovede ovlivnit chování a prožívání nemocných a je schopen se vypořádat se svými pracovními a rodinnými problémy. Předpokladem pro tuto práci je značná dávka empatie, schopnost řešit svěřené úkoly, porozumění problémům nemocných, klidné, sebevědomé a pohotové vystupování, smysl pro humor, vztah k nemocným a vyrovnaná osobnost.

Velký význam v péči o pacienty s úrazy má i psychická pohoda. Dostatečně informovaný pacient se lépe vyrovnává s danou situací a také je s ním lepší spolupráce. Sestra musí umět včas poznat známky ve změně psychického stavu pacienta, jako je deprese, úzkost a strach. Tyto změny se nejčastěji dostaví při nedostatečné informovanosti pacienta a při špatném sociálním a rodinném zázemí.

Pro práci sestry na Úrazovém oddělení je důležitá stálá pohotovost ke zvládnutí aktuálních potřeb pacientů v souvislosti s příjmem pacienta, s nutností operačního výkonu, pooperační péče a rekonvalescence. Práce sestry je ovlivněna druhem úrazu, stavem pacienta a léčbou. Příjem pacienta na akutních lůžkách vyžaduje rychlost, maximální pohotovost a dostatek znalostí. Sestra musí umět odhalit příznaky vedoucí k ohrožení života pacienta. Léčba pacientů na Úrazovém oddělení je převážně operační a tak sestra musí zvládat urgentní předoperační přípravu pacienta a musí umět pacienta připravit k operaci nejen somaticky, ale i psychicky.

U pacientů s úrazem se snažíme uspokojit potřeby, které jsou tímto úrazem omezeny, nejčastěji ekonomické a sociální problémy. Při hospitalizaci se potřeby mění, některé zanikají a jiné se objevují. Proto je žádoucí, aby sestra pracující na Úrazovém oddělení měla dostatečné znalosti o dané problematice (25).

#### *1.6.4 Komunikační dovednosti sestry*

Mezi další role sestry patří komunikační dovednosti, které přispívají k navázání a rozšíření kvalitnějšího kontaktu s pacientem. Dostatečně vzdělaná sestra tedy nezapomíná na důležitost komunikace s pacientem, při které zjišťuje také pacientovy potřeby. Základem komunikace mezi sestrou a pacientem je hluboký lidský postoj k druhým. Mezi komunikační dovednosti sestry patří naslouchání, to znamená aktivně vnímat pacienta, kdy sestra vnímá, co pacient říká, jak to říká, a také sleduje jeho mimiku a pohyby. Díky těmto všem podnětům sestra lépe pozná skutečný smysl pacientova sdělení. Doporučuje se nejen naslouchat pacientům, ale i sama sobě, zvláště sledovat, co se v nás odehrává při setkání s pacientem, jaké máme pocity při rozhovoru s ním, a co nás napadá za myšlenky. S nasloucháním souvisí respekt, který je patrný z jednání sestry. Respekt je totiž známkou spoluúčasti a zájmu na pacientově situaci a výrazem naší důvěry k němu, proto se v době vyhrazené pro pacienta věnujeme pouze jemu.

Další komunikační dovedností sestry je empatie, která tvoří základy psychoterapeutického přístupu. „Empatie znamená vcítění se do duševního stavu druhé osoby“ (3, str. 54). Znamená umět pozorovat duševní stav pacienta, jeho náladu a co prožívá. Znamená také poznání vnitřního světa druhého člověka a umění dívat se na svět jeho pohledem. Díky empatii poznáme pacienta a lépe mu porozumíme. Porozumění vychází z toho, co nám pacient sděluje, a my ho musíme dát pacientovi najevo. Projevit porozumění je pro pacienta odměna za vynaložené úsilí a motivuje ho k další spolupráci při jeho vlastní léčbě, musí se projevit s určitou dávkou taktu a opatrnou volbou slov, aby je pacient unesl.

Výklad také patří ke komunikačním dovednostem sestry a rozumíme jím objasnění souvislostí a vztahů, kterých si pacient dosud nebyl vědom. Týká se vztahu mezi obrazem nemoci a pacientovým vnitřním světem. Pacient by měl z výkladu cítit podporu sestry. Výklad nesmí mít agresivní povahu a musí být podán s citem, aby nezranil, ale pomohl. Důležitá je formulace výkladu i vhodný okamžik. Pacient výkladu porozumí nejlépe, když už je sám blíže poznání, co výklad obsahuje. Důkazem přijetí výkladu pacientem je uvolnění napětí a pocit úlevy. Pokud ale pacient výklad nepřijímá,

bývá to proto, že zatím neodpovídá pohledu pacienta, tedy byl sdělen předčasně. V těchto případech se doporučuje na pacienta nenaléhat a nepřesvědčovat ho o jeho správnosti. Je vhodné se k tomuto výkladu vrátit po určité době.

Mezi další komunikační dovednosti sestry patří zájem, podpora, mlčení a rady. Zájem o pacienta projevujeme neverbálně, např. pohledem nebo přikyvováním hlavy. Musíme dát pozor, aby zájem nepřesáhl určitou hranici a nepůsobil jako naléhání. Podporou připomínáme pozitivní stránky pacientova života a jeho aktuální situace. Podpora je důležitá nejvíce v krizových životních situacích. Mlčení patří mezi důležité části lidské komunikace a může patřit mezi známky podpory. Mlčení nemusí mít jen kladný vliv na pacienta, proto musíme odhadnout, kdy je vhodné mlčet a kdy ne. Pacientovo mlčení může znamenat, že nechce navazovat žádný kontakt se sestrou ani s lékařem. Rady pacientovi udělujeme při řešení jeho psychologické problematiky, aby sám dokázal najít řešení a rozhodl se pro ně. Rady sestry nesmí na pacienta působit jako příkazy a zákazy (3).

K roli sestry patří také vedení rozhovoru s pacientem, kdy to, co sestra říká, má určitý záměr. Při vedení rozhovoru si sestra musí uvědomit, že předmětem jejího zájmu je nemocný člověk, nikoli jeho obtíže. Rozhovor je velmi důležitý pro získání pacientovy důvěry. Při vedení rozhovoru se musí dodržovat dané zásady: úcta znamená vážit si pacienta jako člověka a zároveň i rovnocenného partnera při vedení rozhovoru, důvěryhodnost můžeme získat pouze vlastním správným chováním a přesvědčit pacienta, že jsme hodni jeho důvěry, ochota dávat a nejen přijímat znamená naslouchat pacientovi stejně tak, jako naslouchá on nám, ochota odložit masku znamená nehrát si na někoho jiného a nic nepředstírat, odkrývat překážky v rozhovoru citlivě a hlavně taktně, přátelskou atmosféru vytvořit vzájemným přijetím. Rozhovor můžou brzdit i některé faktory, např. strach, abychom se neshodili tím, co řekneme, namyšlenost, pochybování o sobě i o druhých, odlišné chápání významu používaných slov, příliš velké očekávání od rozhovoru, spěch, touha odlišovat se od druhých nebo nezralost osobnosti.

Sestra přichází za pacientem do bezprostřední blízkosti velmi často. V rozhovoru hrají roli hlavně pocity pacienta, mezi které nejčastěji patří strach, úzkost, smutek, vztek

a tíseň. Pacienti nacházející se v náročné životní situaci neprožívají jen negativní emoce, ale k jejich pocitům patří i radost, láska, klid, potěšení. Při rozhovoru by sestra neměla hodnotit pocity druhých, ani je chlácholit. Při informačním rozhovoru, např. při přijetí pacienta, by neměla sestra ani pacient vést monolog, je důležité si o všech informacích s pacientem promluvit a ověřit si, jestli vše pochopil tak, jak měl. Hlavním znakem informačního rozhovoru je srozumitelnost, jasnost, stručnost, citlivost, správné místo a čas.

V dnešní době se klade stále větší důraz na zapojení pacienta do své vlastní léčby, a na sestře je tedy, aby pacienta všemu naučila. Důležité je, aby sestra vše, co bude pacienta učit, sama perfektně ovládala. Při učení pacienta nesmíme zapomenout na opakování, trpělivý přístup, motivaci, empatii a závěrečné shrnutí, kdy se přesvědčíme, že pacient vše správně pochopil. Dobré je používání otázek, protože to, co člověk sám vysloví, si lépe zapamatuje. Nesmíme ale spěchat na odpověď, pacient musí mít dostatek času na přemýšlení, než odpoví (24).



## **2 Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

**Cíl 1** Zjistit, zda jsou u pacientů s úrazem na akutních lůžkách uspokojovány vyšší potřeby

**Cíl 2** Porovnat uspokojování potřeb vyšší úrovně u hospitalizovaných pacientů s úrazem na akutních lůžkách dle věku a pohlaví

**Cíl 3** Zjistit znalosti sester o vyšších potřebách člověka, a zda přistupují se zájmem k jejich uspokojování u hospitalizovaných pacientů s úrazem

### **2.2 Hypotézy**

**H 1** Pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší úrovně

**H 2** Sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem hospitalizovaných na lůžkách akutní péče

**H 3** Ženy hospitalizované s úrazem na lůžkách akutní péče mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než muži

**H 4** Pacienti vyššího věku mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než mladší pacienti

### **3 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru**

#### ***3.1 Metodika práce***

Informace, které byly potřebné pro zpracování bakalářské práce byly získány formou kvantitativního výzkumu. Byla použita dotazníková metoda sběru dat. Dotazníky byly použity dva a byly anonymní.

První dotazník byl určen sestřám a obsahoval 19 uzavřených otázek. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na chirurgických odděleních v Nemocnicích Tábor, a.s. a na Traumatologii v Nemocnici České Budějovice, a.s. Celkem bylo rozdáno 55 dotazníků. Zpět se jich vrátilo 53 a 5 z nich bylo neúplných. Dotazník obsahoval 3 identifikační otázky na pohlaví respondenta, délku jeho praxe ve zdravotnictví a na nejvyšší dosažené vzdělání. Dále obsahoval 16 dotazníkových otázek, které se přímo týkaly zkoumaného problému. První polovina otázek byla zaměřena na znalosti sester o potřebách pacientů a druhá polovina otázek zjišťovala zájem sester o pacienty.

Druhý dotazník byl určen pacientům a obsahoval 19 otázek uzavřených a 1 otázku polouzavřenou. Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní s úrazem na chirurgických odděleních Nemocnice Tábor, a.s a na Traumatologii v Nemocnici České Budějovice, a.s. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků. Zpět se jich vrátilo 56 a 6 z nich nebylo vyplněných úplně. Dotazník obsahoval tři identifikační otázky, které byly zaměřeny na pohlaví pacienta, věk a na druh úrazu, se kterým byl hospitalizován. Dále obsahoval 17 otázek, které se týkaly přímo zkoumaného problému. V první části dotazníku byly otázky zaměřeny na potřeby hospitalizovaných pacientů a v druhé části dotazníku otázky zjišťovaly, jak hodnotí pacienti zájem sester o ně samé a zda sestry svým chováním poskytují pacientům oporu.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Předpokládaný počet respondentů v prvním výzkumném souboru bylo 55 sester pracujících na chirurgických odděleních v Nemocnici Tábor, a.s a na Traumatologii v Nemocnici České Budějovice, a.s. Dotazníků bylo rozdáno celkem 55 během měsíce

června. Osobně bylo rozdáno 45 dotazníků a 10 bylo rozesláno elektronickou poštou. Z toho se vrátilo pouze 48 zcela vyplněných. Návratnost sesternských dotazníků byla 87 %. Ke zpracování údajů bylo zařazeno 48 dotazníků.

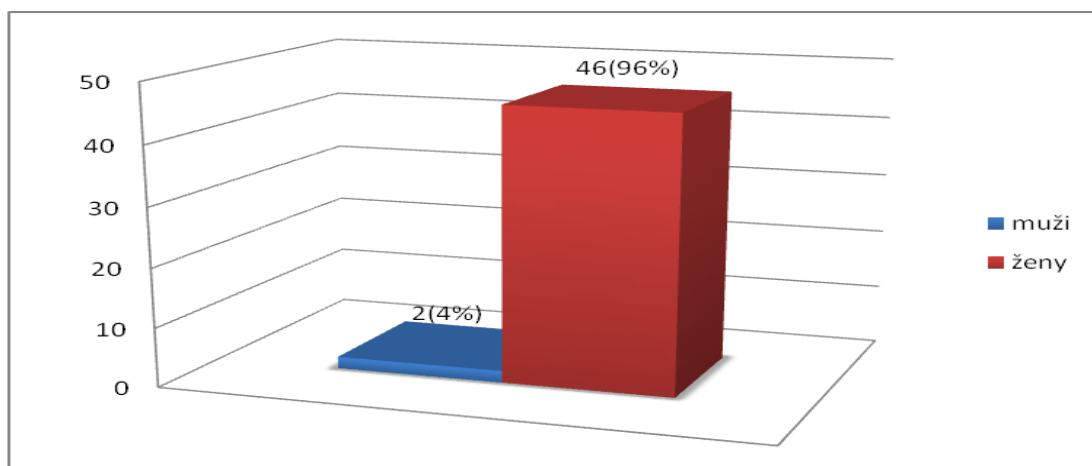
Předpokládaný počet respondentů ve druhém výzkumném souboru bylo 60 pacientů hospitalizovaných na chirurgických odděleních v Nemocnici Tábor, a.s a Traumatologii v Nemocnici České Budějovice, a.s. Dotazníků bylo rozdáno celkem 60 během měsíce června. Zpět se vrátilo 56 dotazníků, z toho jich 6 muselo být vyřazeno pro neúplnost. Ke zpracování údajů bylo zařazeno 50 dotazníků. Návratnost patientských dotazníků byla 93 %.

Po zpracování dotazníků byly z výsledků sestaveny grafy.

## 4 Výsledky

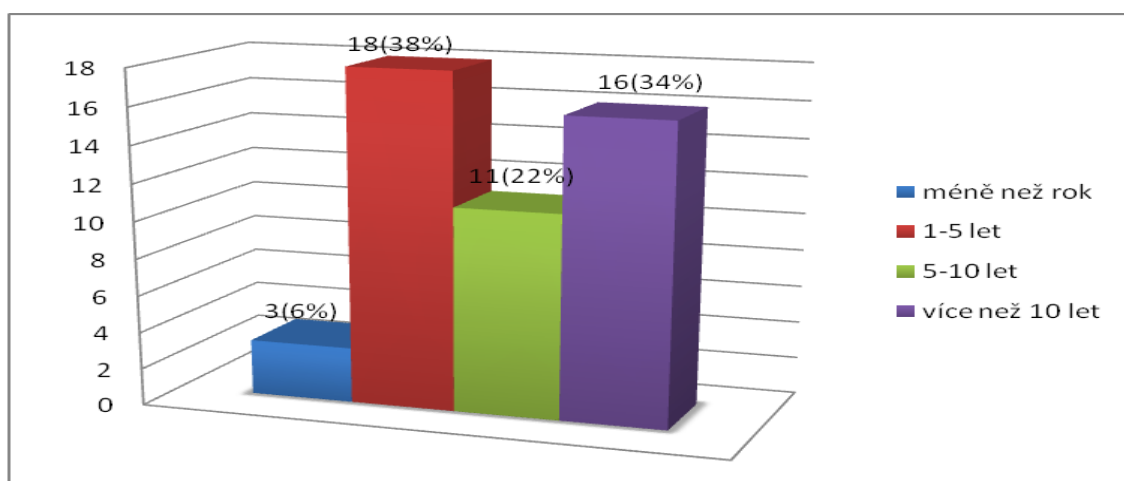
### 4.1 Výsledky dotazníku pro sestry

**Graf 1 Pohlaví respondentů**



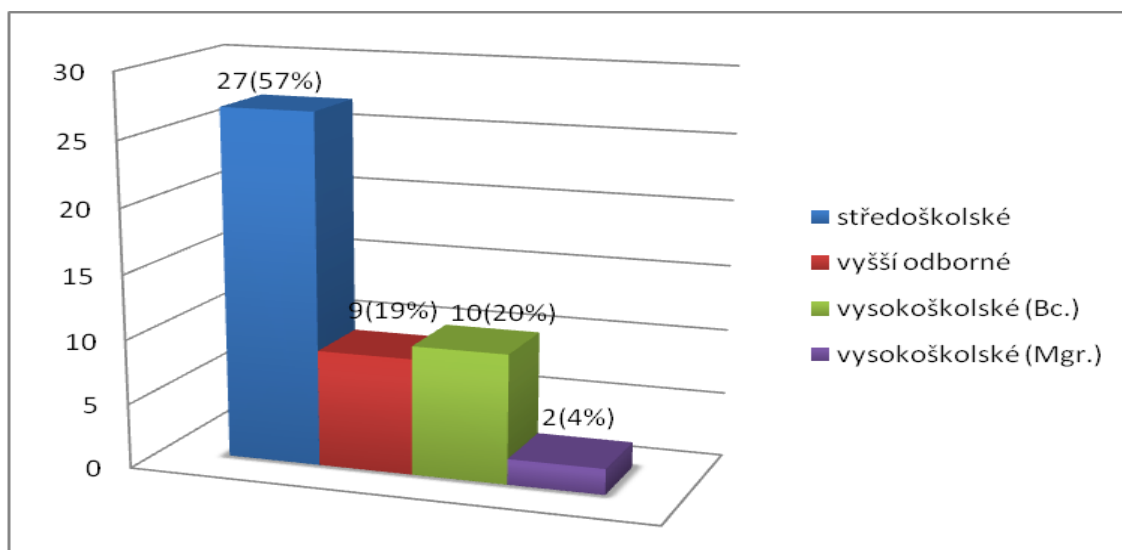
Z celkového počtu 48 (100 %) dotazovaných sester bylo 46 (96 %) žen a 2 (4 %) muži.

**Graf 2 Délka praxe respondentů**



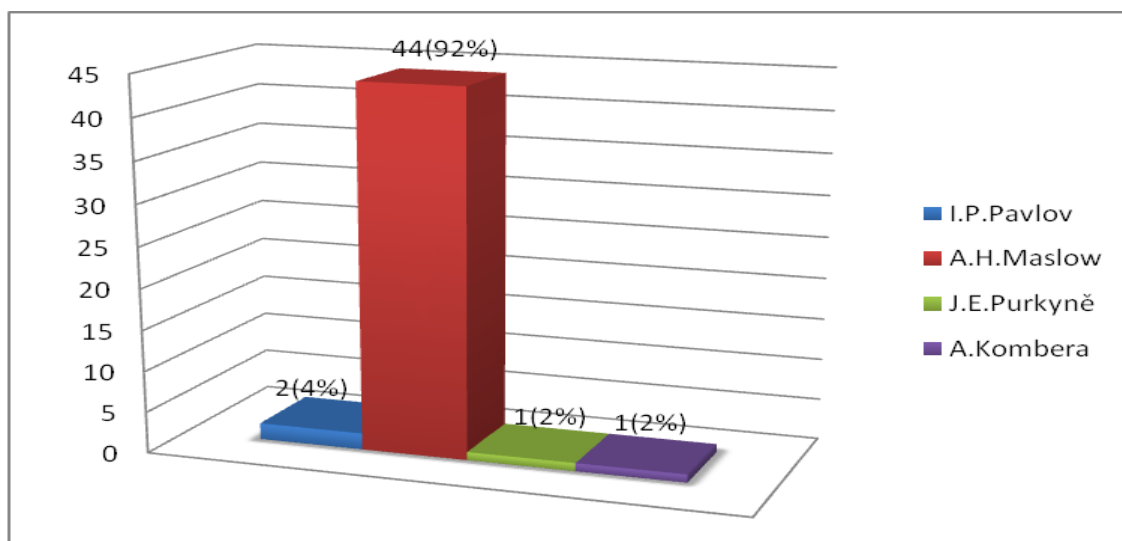
Z celkového počtu 48 (100 %) sester pracujících na chirurgických odděleních mají 3 (6 %) sestry méně než 1 rok praxe, 18 (38 %) sester uvedlo 1-5 let praxe, 11 (22 %) sester má 5-10 let praxe a 16 (34 %) sester již pracuje ve zdravotnictví již více než 10 let.

**Graf 3 Vzdelání respondentů**



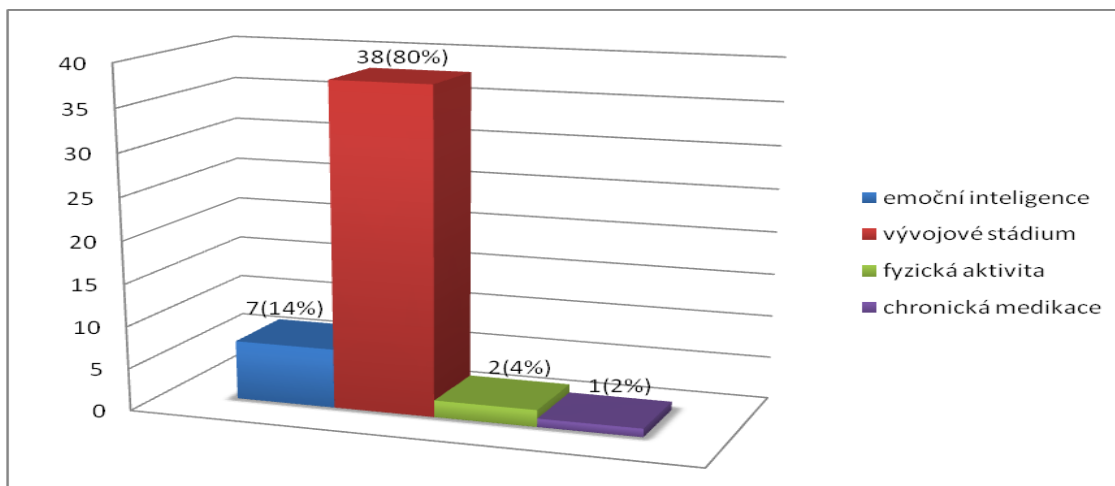
Z celkového počtu 48 (100 %) sester dosáhlo 27 (57 %) středoškolského vzdělání, 9 (19 %) sester vyššího odborného vzdělání, 10 (20 %) sester bylo s vysokoškolským bakalářským vzděláním a 2 (4 %) sestry s magisterským vysokoškolským vzděláním.

**Graf 4 Představitel studia potřeb**



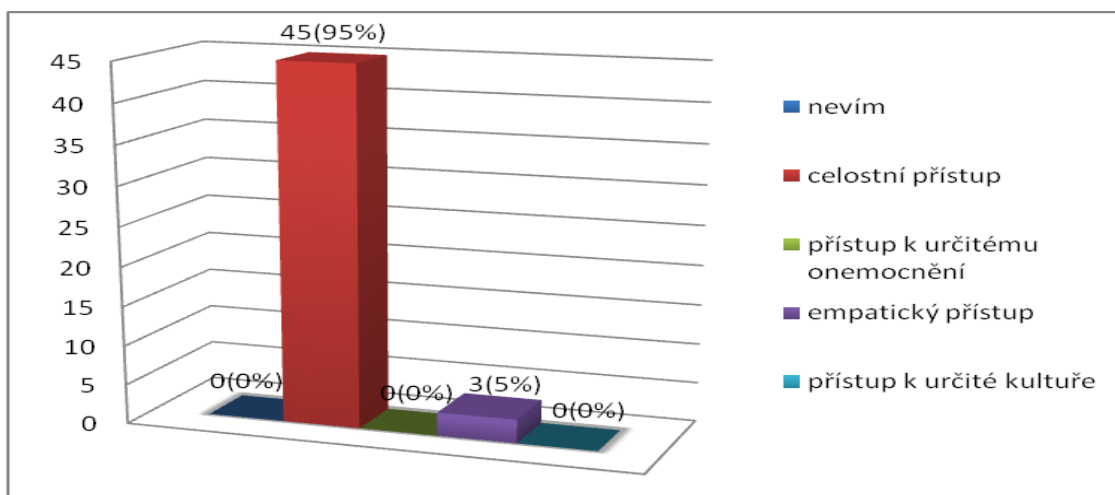
Z celkového počtu 48 (100 %) sester odpověděly 2 (4 %), že se studiem potřeb zabýval I.P.Pavlov 44 (92 %) sester uvedlo A.H.Maslowa, 1 (2 %) sestra uvedla odpověď J.E.Purkyně a podle 1 (2 %) sestry se studiem potřeb zabýval A.Kombera.

**Graf 5 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb**



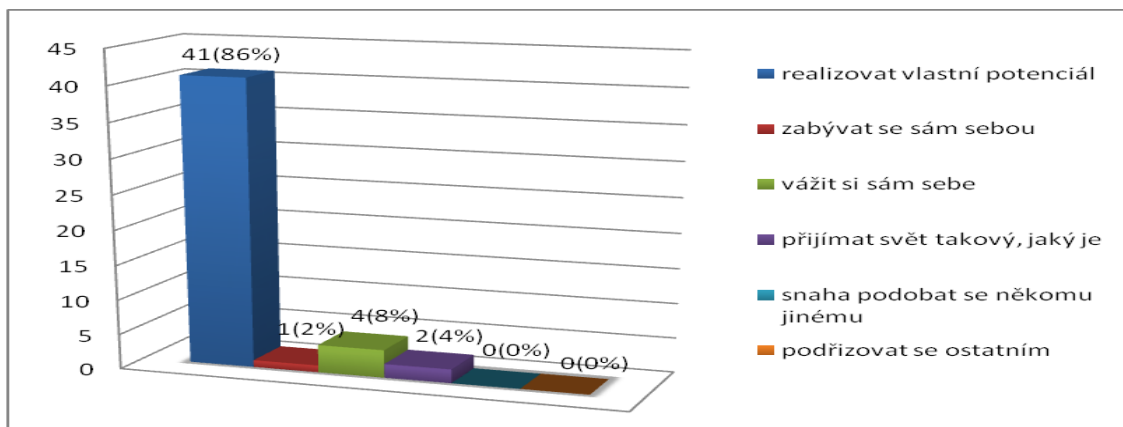
Z celkového počtu 48 (100 %) sester uvedlo 7 (14 %), že mezi faktory ovlivňující uspokojování potřeb patří emoční inteligence, 38 (80 %) sester odpovědělo vývojové stádium, 2 (4 %) z dotazovaných sester uvedlo fyzickou aktivitu jako faktor ovlivňující uspokojování potřeb a 1 (2 %) sestra si vybrala odpověď chronická medikace.

**Graf 6 Holistický přístup**



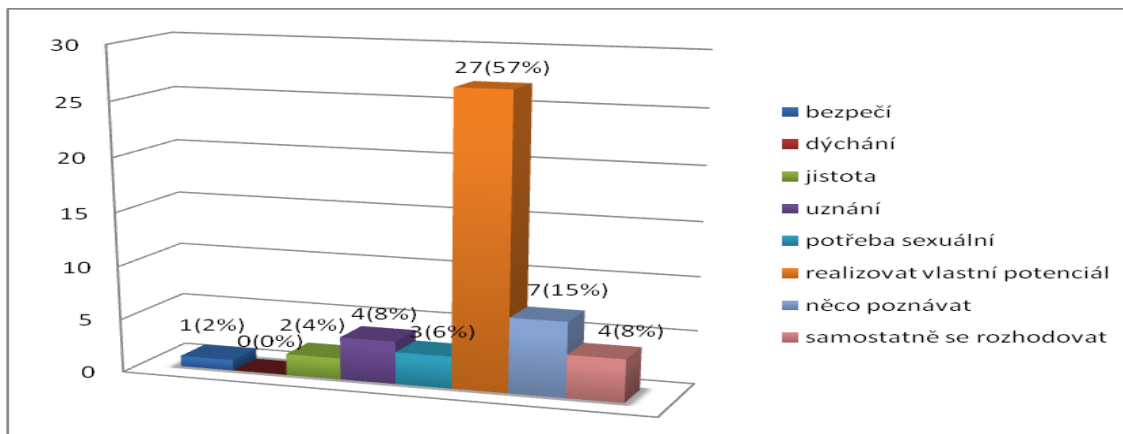
Z celkového počtu 48 (100 %) sester odpověděly 3 (5 %) z nich, že pojem „holistický přístup“ znamená empatický přístup, 45 (95 %) sester vybralo odpověď celostní přístup a žádná z dotazovaných sester nevybrala odpovědi nevím, přístup k určitému onemocnění a přístup k určité kultuře.

**Graf 7 Seberealizace**



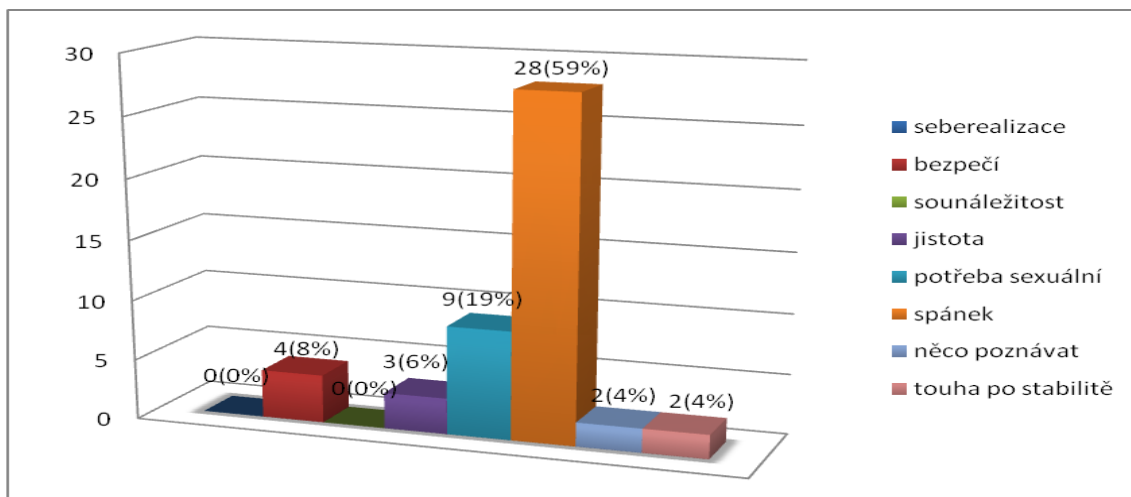
Z celkového počtu 48 (100 %) sester uvedlo 41 (86 %), že potřeba seberealizace znamená realizovat vlastní potenciál, 1 (2 %) uvedla odpověď zabývat se sám sebou, 4 (8 %) z dotazovaných sester odpověděly vážit si sám sebe, 2 (4 %) uvedly přijímat svět takový, jaký je a žádná ze sester nevybrala odpovědi snaha podobat se někomu jinému a podřizovat se ostatním.

**Graf 8 Rozpoznání vyšší potřeby**



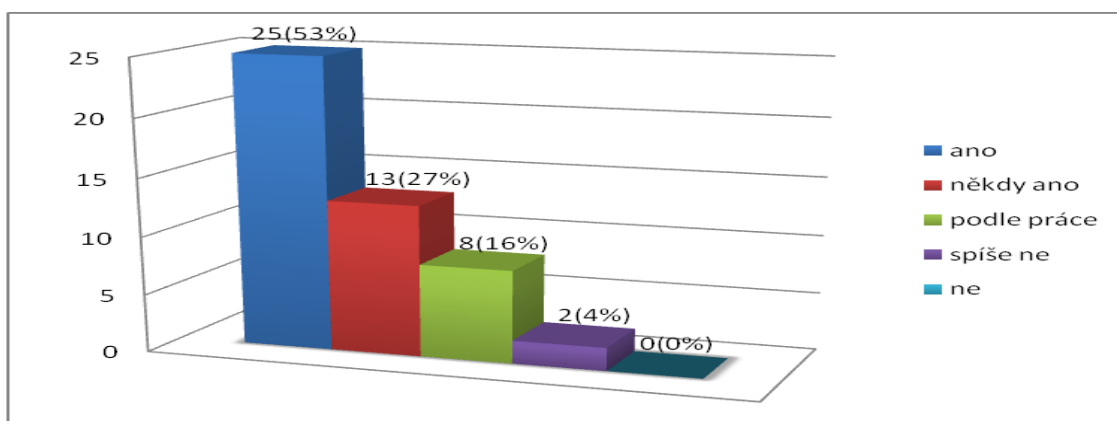
Z celkového počtu 48 (100 %) sester odpověděla 1 (2 %), že do vyšších potřeb patří potřeba bezpečí, 2 (4 %) sestry uvedly potřebu jistoty, podle 4 (8 %) se do vyšších potřeb řadí potřeba uznání, 3 (6 %) sestry odpověděly potřeba sexuální, 27 (57 %) si myslí, že se mezi vyšší potřeby řadí realizování vlastního potenciálu, 7 (15 %) řadí do vyšších potřeb touhu něco poznávat, 4 (8 %) sestry uvádí samostatně se rozhodovat a žádná z dotazovaných sester neodpověděla potřeba dýchání.

**Graf 9 Rozpoznání nižší potřeby**



Z celkového počtu 48 (100 %) sester uvedly 4 (8 %), že do nižších potřeb člověka patří potřeba bezpečí, 3 (6 %) sestry uvedly potřebu jistoty, podle 9 (19 %) sester patří do nižších potřeb potřeba sexuální, 28 (59 %) sester vybralo potřebu spánku, 2 (4%) sestry odpověděly touha něco poznávat, 2 (4 %) sestry si myslí, že do nižších potřeb patří touha po stabilitě a žádná z dotazovaných sester nevybrala z odpovědí potřebu seberealizace a sounáležitosti.

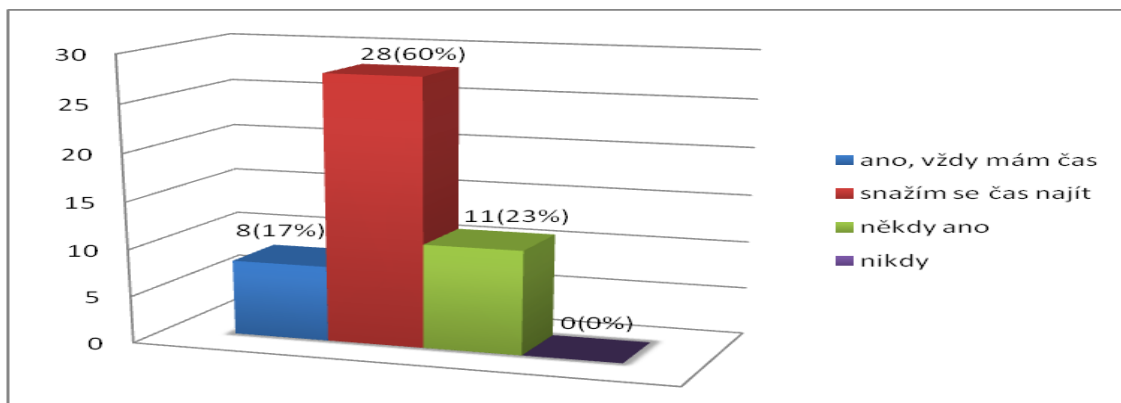
**Graf 10 Kontrola pacienta i bez jeho volání**



Z celkového počtu 48 (100 %) sester odpovědělo 25 (53 %) z nich, že za pacientem přijdou, i když je zrovna nevolá, 13 (27 %) sester uvedlo někdy ano, 8 (16 %) z dotazovaných sester přijde za pacientem podle toho, kolik mají ještě práce, 2 (4 %) sestry odpověděly, že spíše nepřijdou a žádná ze sester nevybrala odpověď ne.

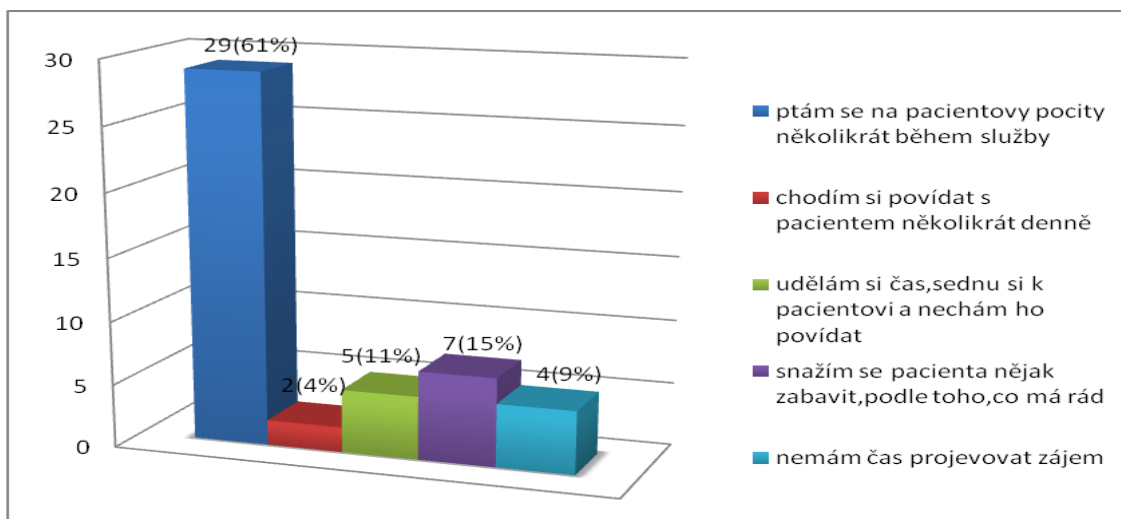


**Graf 11 Čas na komunikaci s pacientem**



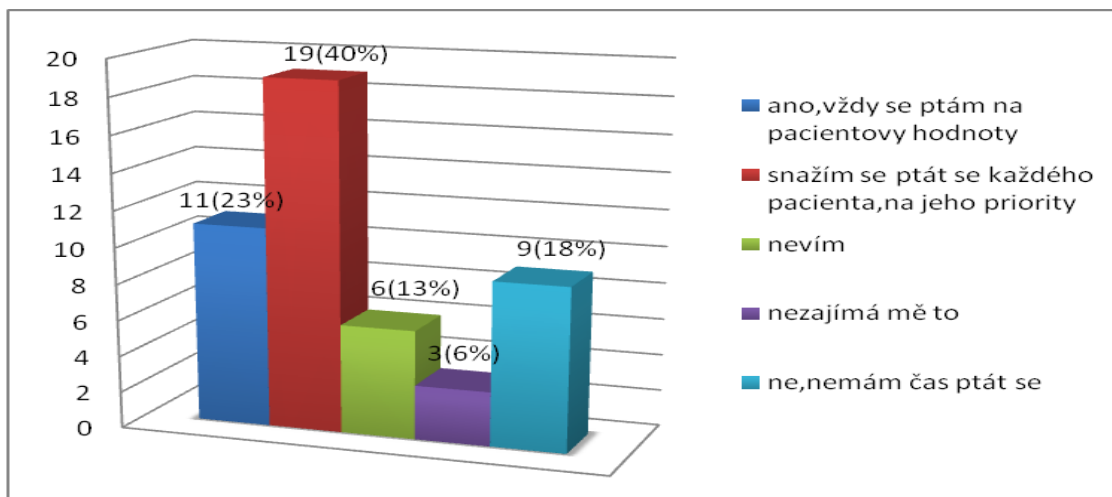
Z celkového počtu 48 (100 %) sester odpovědělo 8 (17 %), že mají čas s pacientem si povídat vždy, 28 (60 %) sester zvolilo možnost, že se snaží čas na povídání najít, 11 (23 %) sester odpovědělo, že čas na povídání mají jen někdy a žádná ze sester si nevybrala odpověď, že nemají čas si povídat s pacientem nikdy.

**Graf 12 Projevení zájmu o potřeby pacientů**



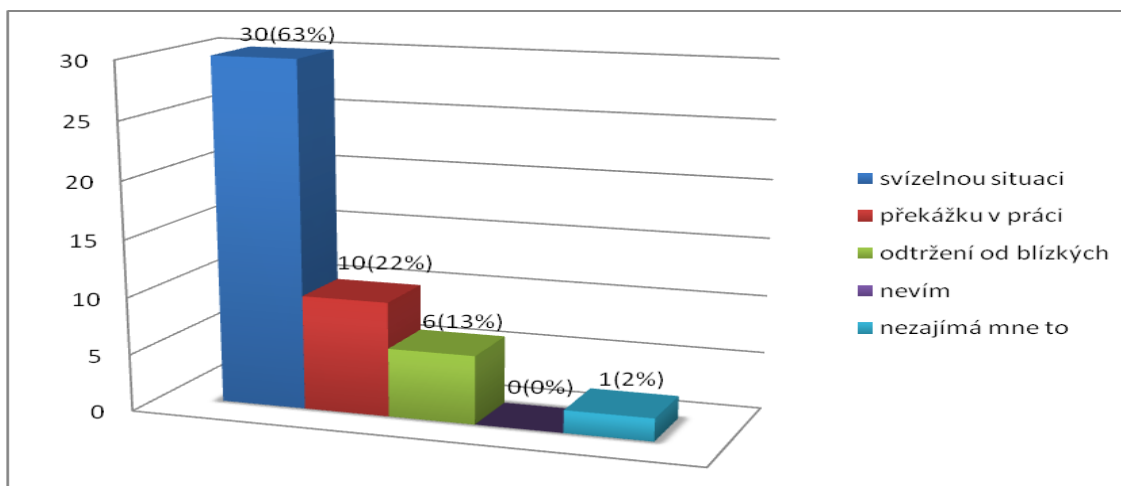
Z celkového počtu 48 (100 %) sester odpovědělo 29 (61 %) z nich, že zájem o potřeby pacientů projevují tak, že se ptají na pacientovy pocity několikrát během jejich služby, 2 (4 %) sestry si chodí za pacientem povídat několikrát denně, 5 (11 %) sester si udělá čas, sednou si k pacientovi a nechají ho povídat, 7 (15 %) sester se snaží pacienta zabavit podle toho, co má rád a 4 (9 %) z dotazovaných sester uvedly, že nemají čas projevovat zájem.

**Graf 13 Zájem o priority pacientů**



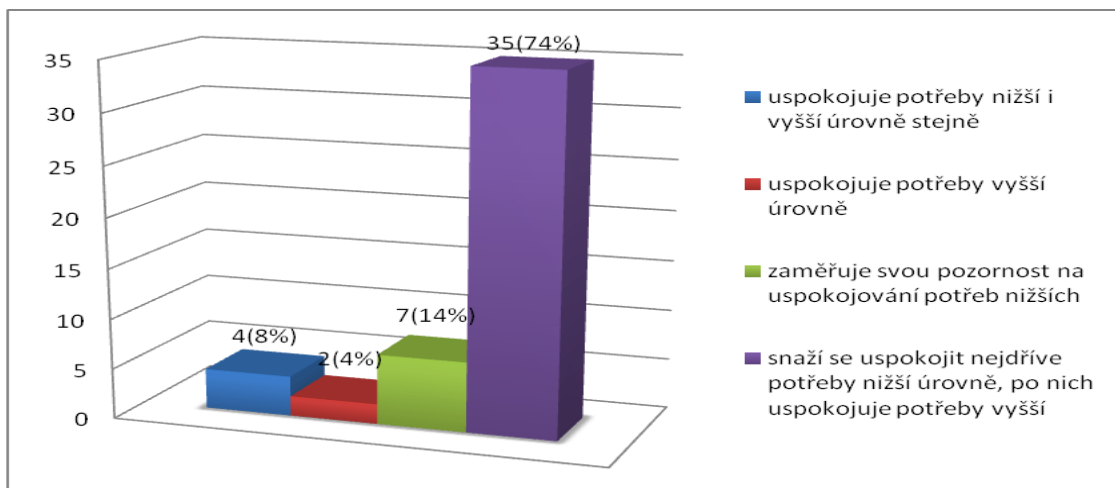
Z celkového počtu 48 (100 %) dotazovaných sester se 11 (23 %) z nich zajímá o pacientovy hodnoty, 19 (40 %) sester se snaží ptát na priority pacientů, 6 (13 %) uvedlo, že neví, 3 (6 %) z dotazovaných sester odpověděly, že je to nezajímá a 9 (18 %) sester na to nemá čas.

**Graf 14 Význam hospitalizace pro pacienty**



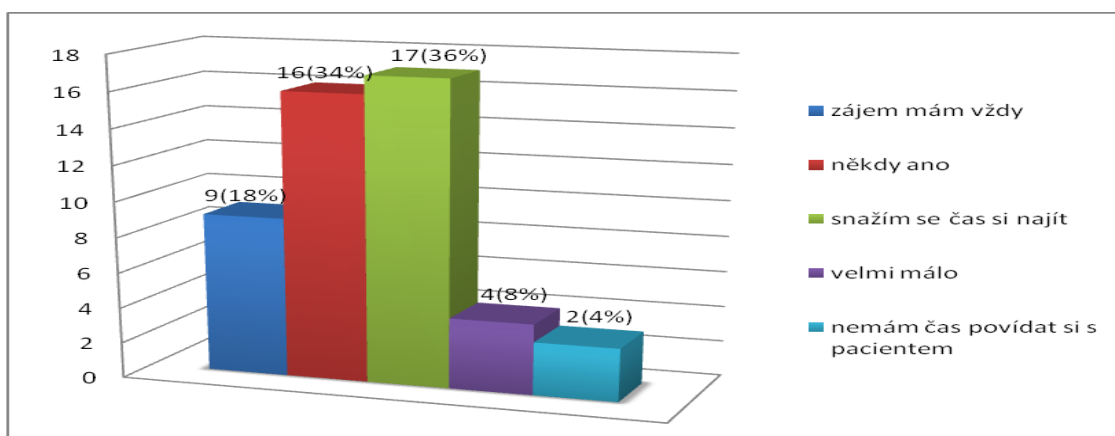
Z celkového počtu 48 (100 %) sester odpovědělo 30 (63 %), že hospitalizace pro pacienty znamená svízelnou situaci, 10 (22 %) sester si myslí, že překážku v práci, 6 (13 %) sester uvedlo, že pro pacienta znamená hospitalizace odtržení od blízkých, 1 (2 %) sestru to nezajímá a žádná z dotazovaných sester neodpověděla, že neví.

**Graf 15 Uspokojování potřeb v době hospitalizace**



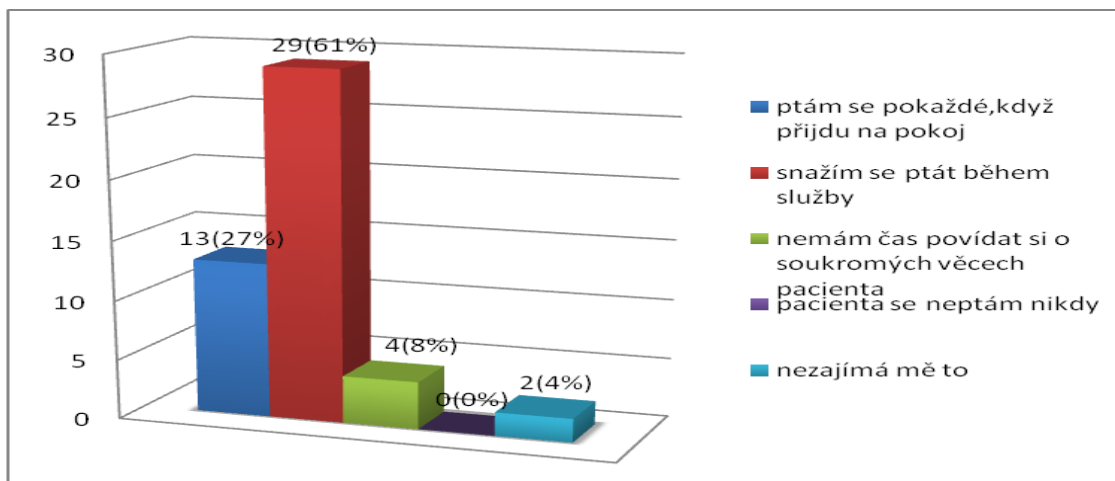
Z celkového počtu 48 (100 %) sester odpověděly 4 (8 %), že pacient uspokojuje potřeby nižší i vyšší úrovně stejně, 2 (4 %) sestry si myslí, že pacient uspokojuje potřeby vyšší úrovně, 7 (14 %) sester uvedlo, že pacient zaměřuje svou pozornost na uspokojování potřeb nižších a podle 35 (74 %) sester se pacient snaží uspokojovat nejdříve potřeby nižší úrovně, po nich uspokojuje potřeby vyšší úrovně.

**Graf 16 Komunikace s pacientem o jeho blízkých**



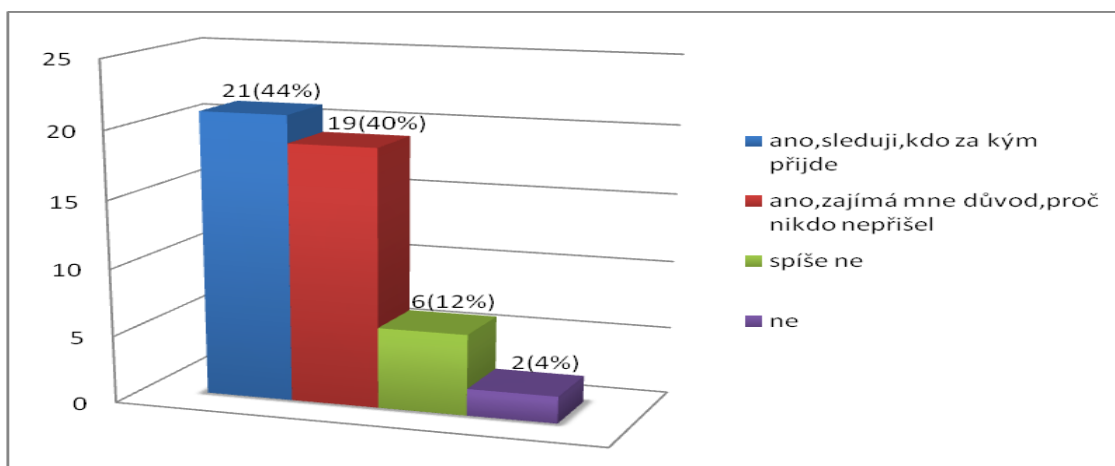
Z celkového počtu 48 (100 %) sester odpovědělo 9 (18 %), že mají zájem komunikovat s pacientem o jeho blízkých, 16 (34 %) sester má zájem jen někdy, 17 (36 %) se snaží čas na povídání s pacientem najít, 4 (8 %) si s pacientem povídá o jeho blízkých velmi málo, 2 (4 %) z dotazovaných sester nemají čas na povídání s pacientem.

**Graf 17 Projevení zájmu o pocity pacienta**



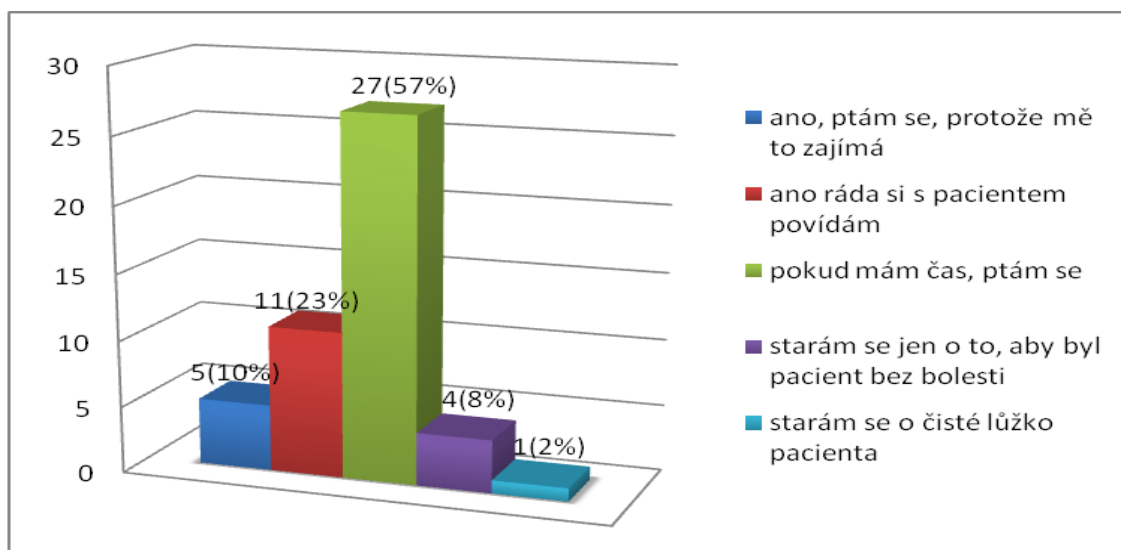
Z celkového počtu 48 (100 %) dotazovaných sester se 13 (27 %) z nich ptá na pocity pacientů pokaždé, když přijdou na pokoj, 29 (61 %) se snaží ptát během služby, 4 (8 %) sestry nemají čas povídat si o soukromých věcech pacienta, 2 (4 %) ze sester uvedly, že je to nezajímá a žádná z dotazovaných sester si nevybrala odpovědi, že se pacienta neptají nikdy.

**Graf 18 Projevení zájmu o kontakt pacienta s blízkými**



Z celkového počtu 48 (100 %) dotazovaných sester 21 (44 %) z nich sleduje návštěvy pacientů, 19 (40 %) zajímá důvod, proč za pacientem nikdo nepřišel, 6 (12 %) sester spíše nezajímá kontakt pacienta s blízkými a 2 (4 %) se nezajímají vůbec o kontakt pacienta s rodinou.

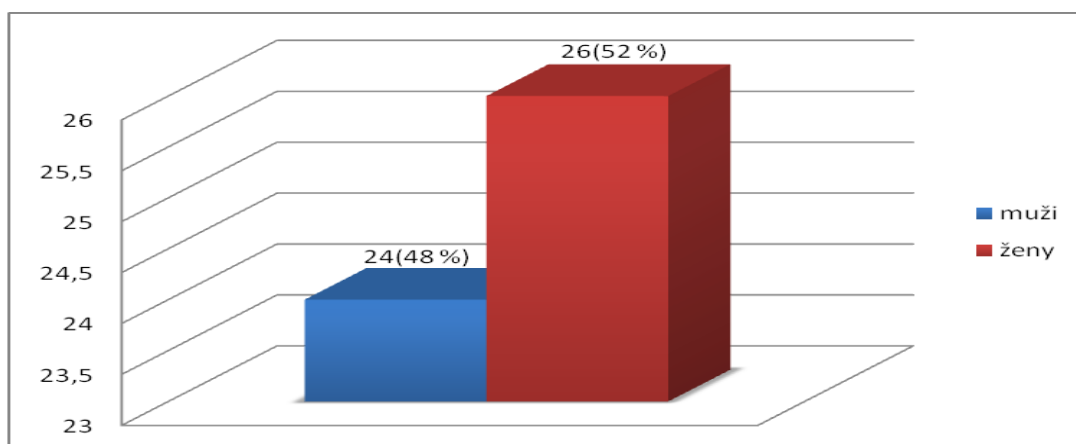
**Graf 19 Projevení zájmu o záliby pacienta**



Z celkového počtu 48 (100 %) dotazovaných sester se 5 (10 %) z nich ptá na zájmy pacientů, protože je to zajímavá, 11 (23 %) si rádo povídá s pacientem, 27 (57 %) sester uvedlo, že pokud mají čas, tak se pacientů ptají na jejich zájmy, 4 (8 %) z dotazovaných sester odpověděly, že se starají jen o to, aby byl pacient bez bolesti a 1 (2 %) sestra se stará jen o čisté lůžko pacienta.

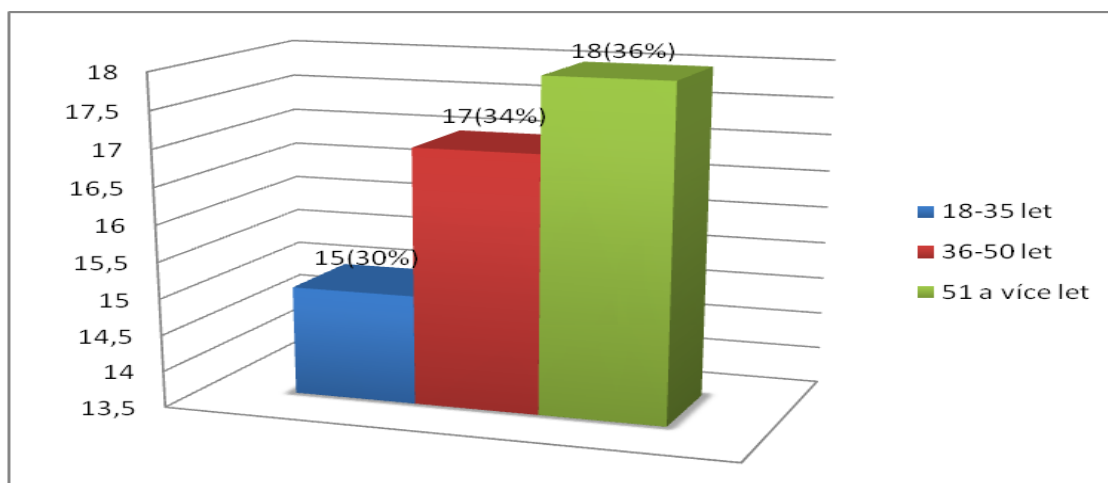
## 4.2 Výsledky dotazníku pro pacienty

**Graf 20 Pohlaví pacientů**



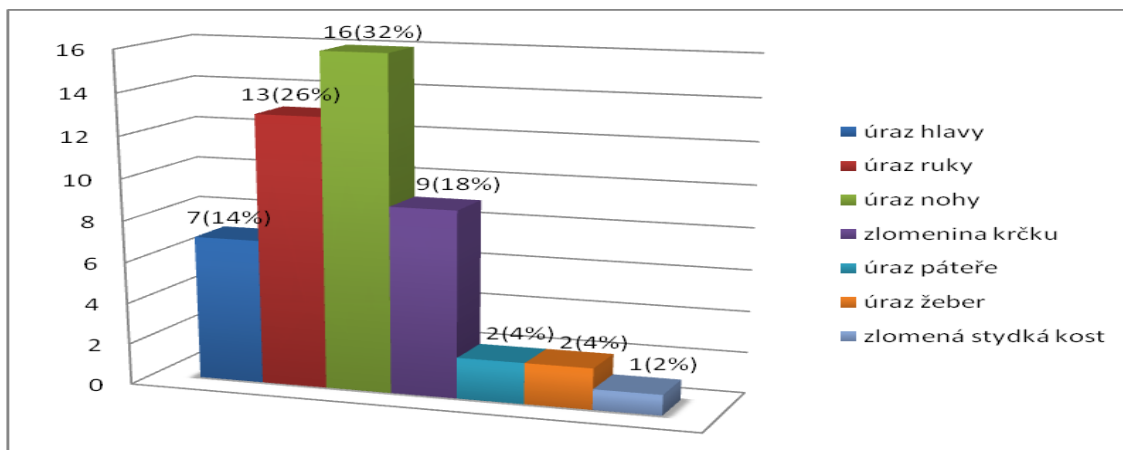
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů odpovídalo 24 (48 %) mužů a 26 (52 %) žen.

**Graf 21 Věkové kategorie pacientů**



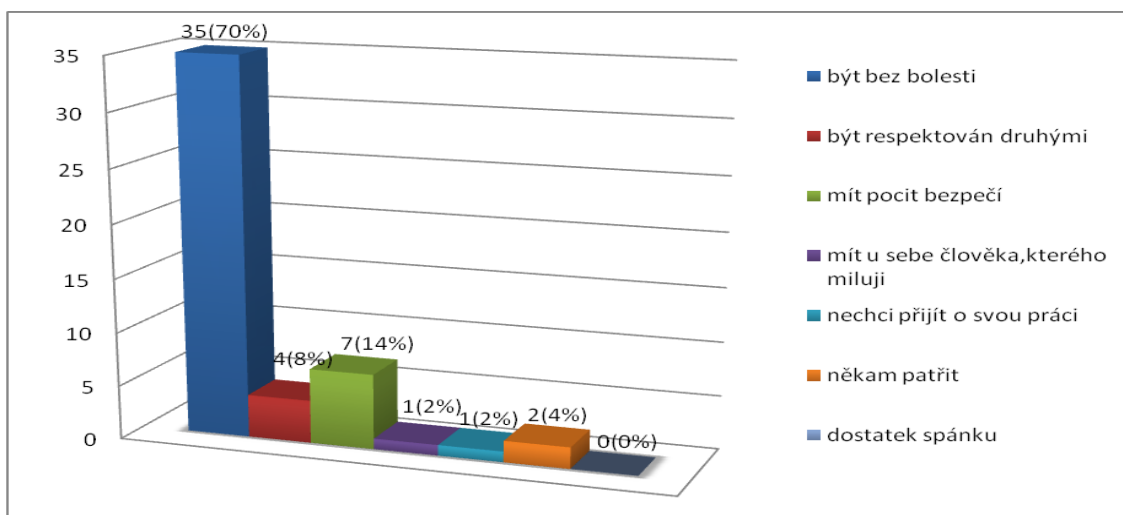
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů odpovídalo 15 (30 %) pacientů ve věku 18-35 let, ve věkové kategorii 36-50 let 17 (34 %) a 18 (36 %) pacientů, kteří odpovídali na dotazník, patřili do kategorie 51 a více let.

**Graf 22 Druhy úrazů pacientů**



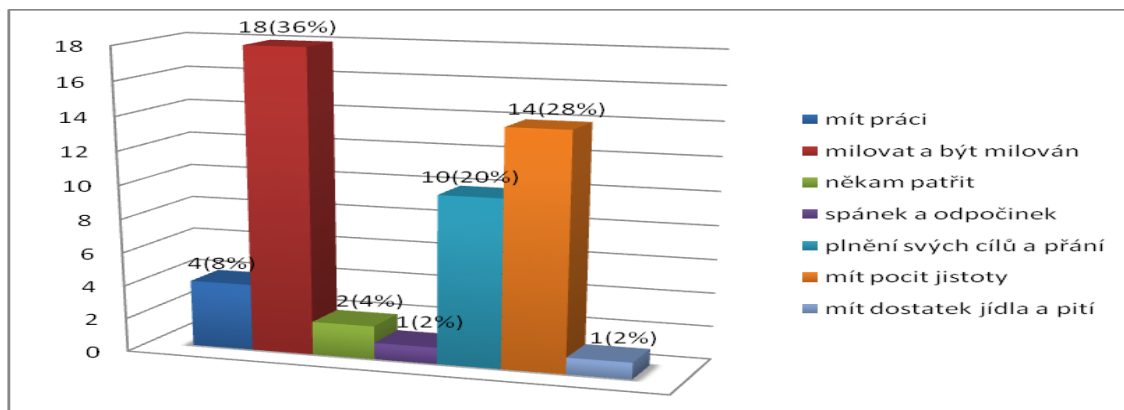
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů bylo hospitalizováno s úrazem hlavy 7 (14 %), s úrazem ruky 13 (26 %), 16 (32 %) pacientů s úrazem nohy, 9 (18 %) se zlomeným krčkem, 2 (4 %) pacienti s úrazem páteře, 2 (4 %) s úrazem žeber a 1 (2 %) pacient se zlomenou stydkou kostí.

**Graf 23 Potřeby pacientů v souvislosti s hospitalizací**



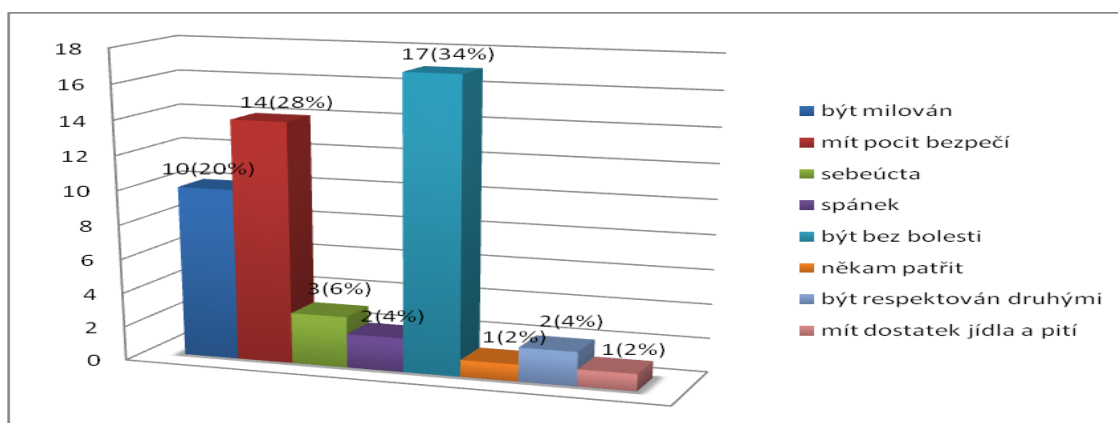
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů 35 (70 %) vykazuje potřebu být bez bolesti, 4 (8 %) upřednostňují potřebu být respektován druhými, dalších 7 (14 %) pacientů touží po pocitu bezpečí, 1 (2 %) pacient vykazuje potřebu mít u sebe milovaného člověka, 1 (2 %) pacient nechce přijít o svou práci, 2 (4 %) chtějí někam patřit a žádný z pacientů si nevybral odpověď potřeba spánku.

**Graf 24 Životní priority pacientů**



Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů vykazují 4 (8 %), že v životě je pro ně nejdůležitější mít práci, 18 (36 %) pacientů dává přednost lásce, další 2 (4 %) chtějí někam patřit, pro 1 (2 %) z dotazovaných pacientů je důležitý spánek a odpočinek, 10 (20 %) pacientů upřednostňuje v životě potřebu plnit si své cíle, 14 (28 %) uvedlo, že pro ně je nejdůležitější mít pocit jistoty a pro 1 (2 %) pacienta je nejdůležitější mít dostatek jídla a pití.

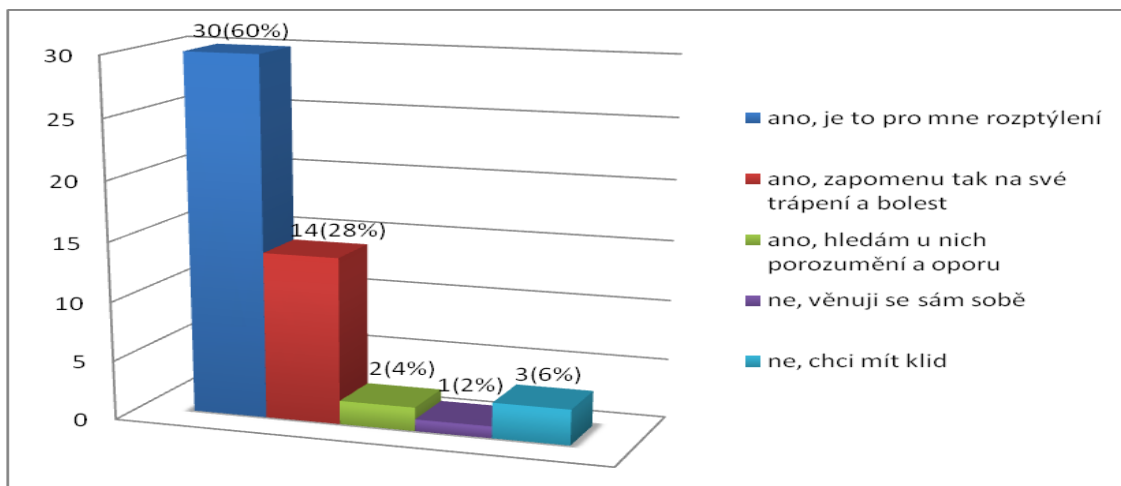
**Graf 25 Aktuálně nejvýznamnější potřeby pacientů**



Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů upřednostňuje aktuálně 10 (20 %) potřebu být milován, pro dalších 14 (28 %) pacientů je aktuálně nejdůležitější mít pocit bezpečí, 3 (6 %) pacienti odpověděli, že je pro ně momentálně nejdůležitější sebeúcta, spánek je důležitý pro 2 (4 %) pacienty, potřeba být bez bolesti pro 17 (34 %) pacientů, 1 (2 %) pacient chce někam patřit, 2 (4 %) pacienti odpověděli, že je pro ně aktuálně nejvýznamnější být respektován druhými a 1 (2 %) touží mít dostatek jídla a pití.

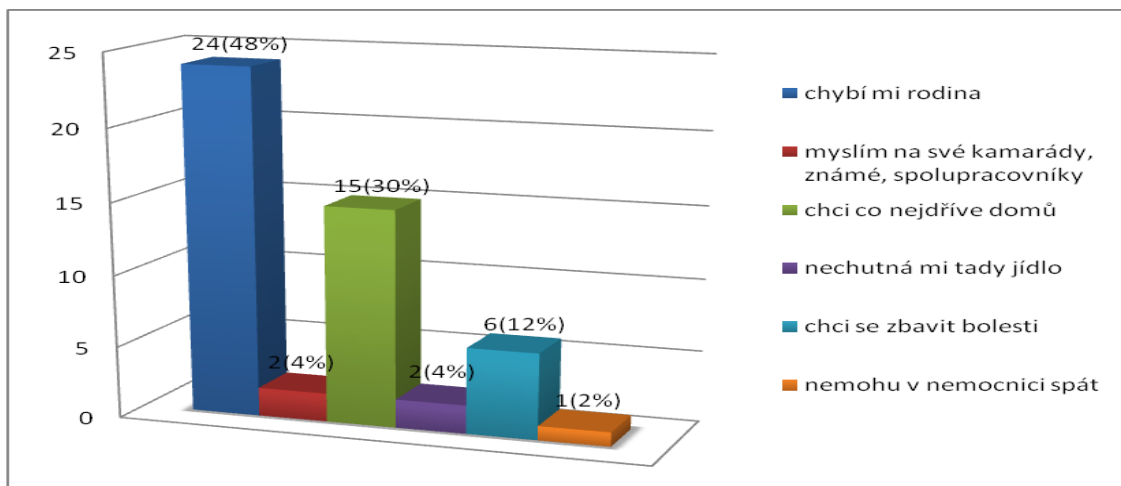


**Graf 26 Komunikace s ostatními pacienty**



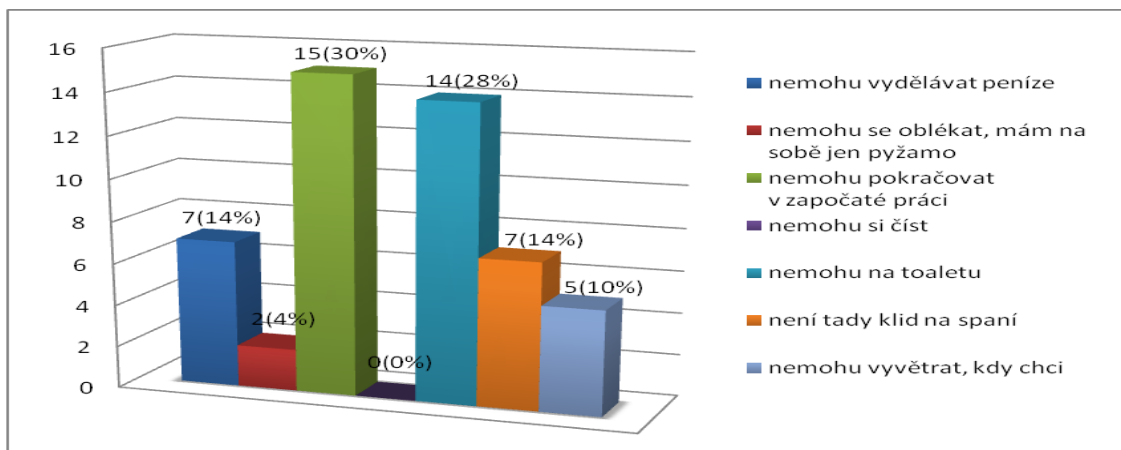
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů uvádí 30 (60 %), že komunikace s ostatními pacienty je pro ně rozptýlením, 14 (28 %) pacientů díky komunikaci zapomene na své trápení, 2 (4 %) hledají u ostatních pacientů oporu a porozumění, 1 (2 %) pacient se věnuje pouze sám sobě a 3 (6 %) pacienti chtějí mít klid.

**Graf 27 Pocity pacientů při hospitalizaci**



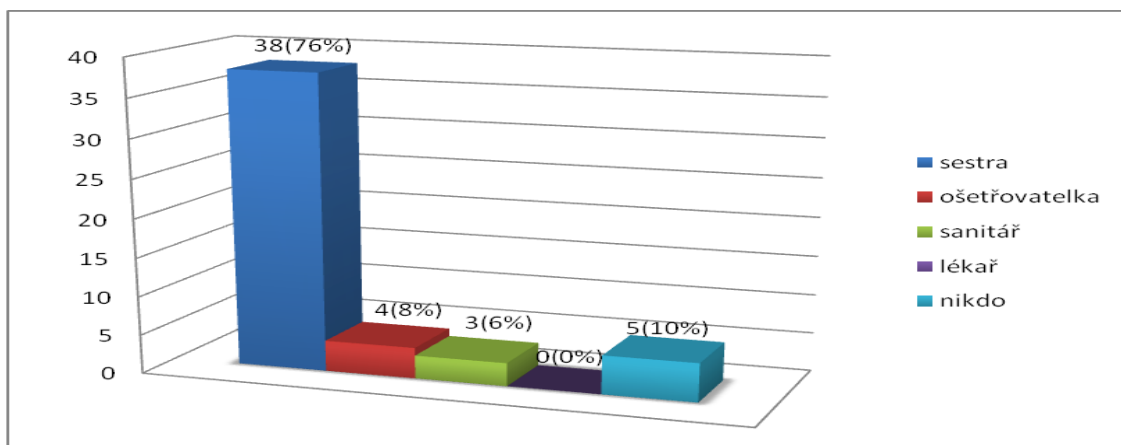
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů uvádí 24 (48 %), že jim při hospitalizaci chybí rodina, 2 (4 %) myslí na své kamarády, dalších 15 (30 %) chce co nejdříve domů, 2 (4 %) pacientům nechutná jídlo, 6 (12 %) pacientů se chce zbavit bolesti a 1 (2 %) pacient se nemůže v nemocnici vyspat.

**Graf 28** Negativa při hospitalizaci



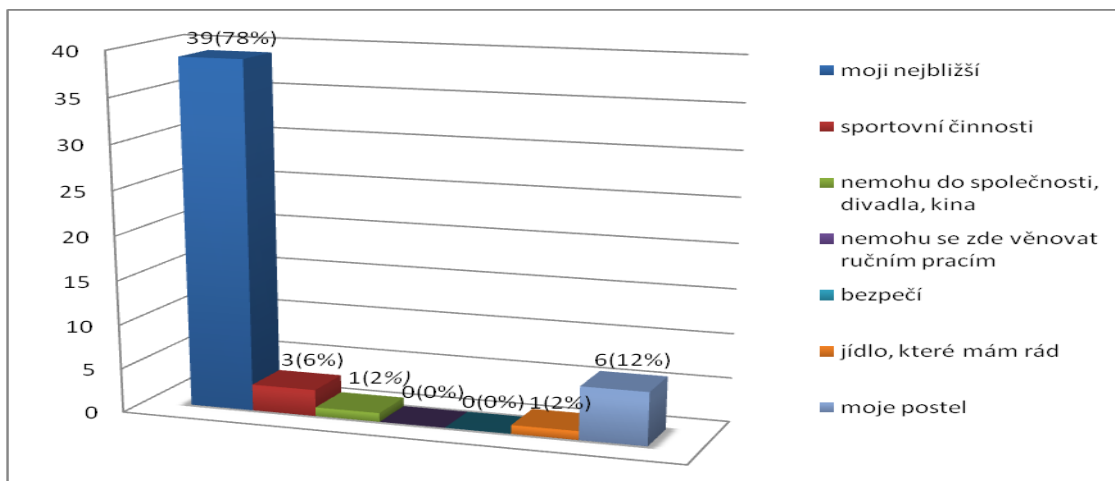
Z celkového počtu pacientů 50 (100 %) odpovědělo 7 (14 %), že jim při hospitalizaci nejvíce vadí, že nemohou vydělávat peníze, pro 2 (4 %) pacienty je nejhorší, že se nemohou oblékat a mají na sobě pouze pyžamo, 15 (30 %) pacientů uvedlo, že jim vadí, že nemohou pokračovat v započaté práci, pro 14 (28 %) pacientů je nejhorší, že nemohou na toaletu, 7 (14 %) chybí klid na spaní, 5 (10 %) pacientů by rádo větralo, jak se jim chce a žádný z dotazovaných pacientů si nevybral odpověď nemohu si číst.

**Graf 29** Zájem o potřeby pacientů



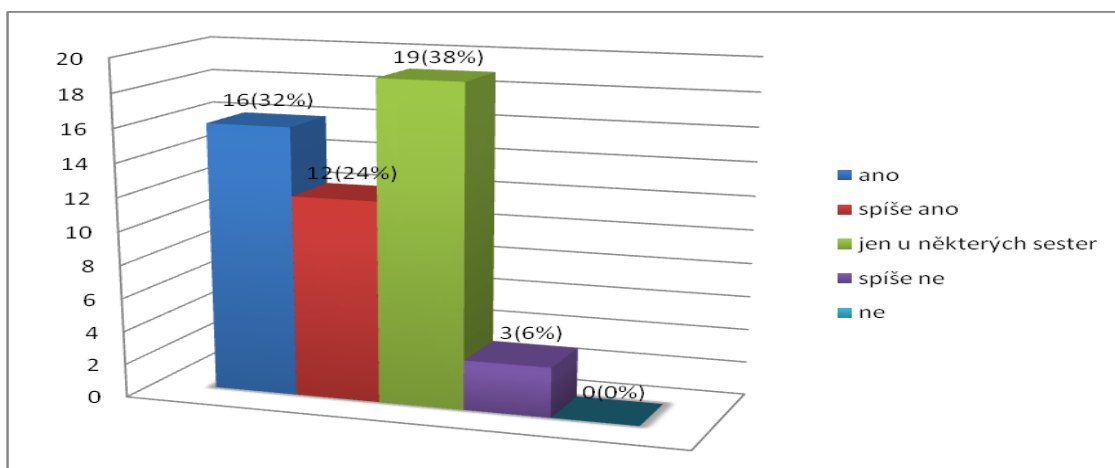
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů uvádí 38 (76 %), že největší zájem o jejich potřeby mají sestry, 4 (8 %) odpověděli, že ošetřovatelka, podle dalších 3 (6 %) pacientů má největší zájem o jejich potřeby sanitář, 5 (10 %) pacientů odpovědělo, že nikdo a žádný z dotazovaných pacientů si nevybral možnost lékaře.

**Graf 30 Touha pacientů při hospitalizaci**



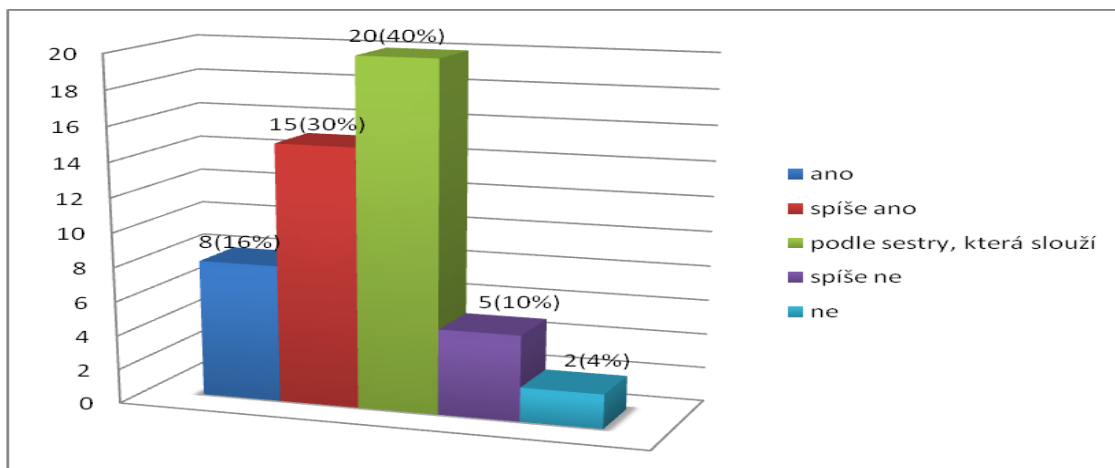
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů odpovědělo 39 (78 %), že jim při hospitalizaci nejvíce schází jejich nejbližší, 3 (6 %) pacientům chybí sport, 1 (2 %) pacient by rád do divadla, dalšímu 1 (2 %) pacientovi schází jídlo, které má rád, 6 (12 %) pacientů touží po své posteli a žádný z dotazovaných pacientů si nevybral možnosti nemohu se věnovat ručním pracím a toužím po bezpečí.

**Graf 31 Pocity pacientů z péče sester**



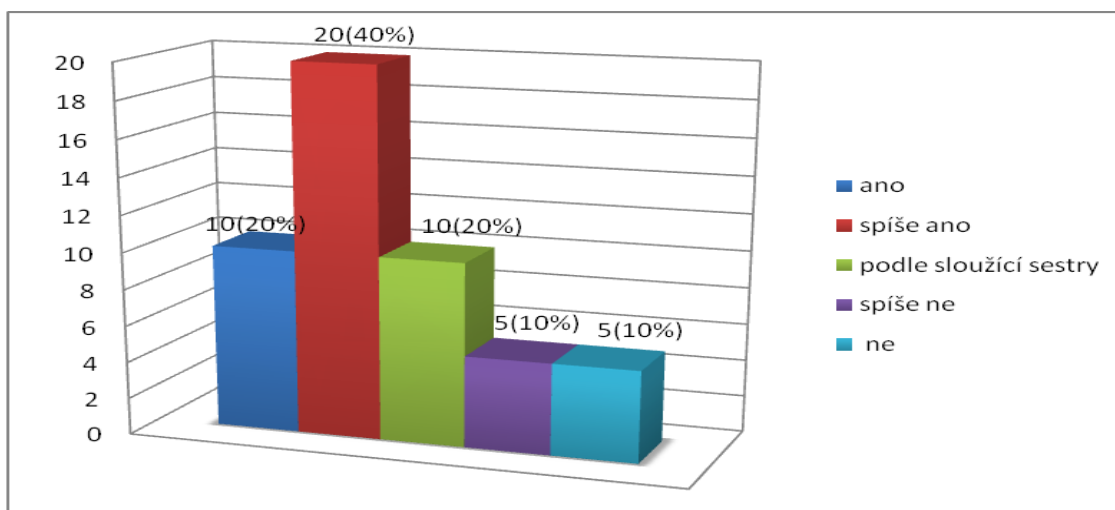
Z celkového počtu 50 (100 %) respondentů má 16 (32 %) pacientů pocit, že se o ně sestry rády starají, podle 12 (24 %) pacientů se sestry spíše rády starají, 19 (38 %) pacientů uvedlo pouze některé sestry, 3 (6 %) odpověděli, že se o ně sestry spíše nerady starají a žádný pacient neodpověděl, že má pocit, že by se o něj sestry nestaraly rády.

**Graf 32 Čas sester na povídání s pacienty**



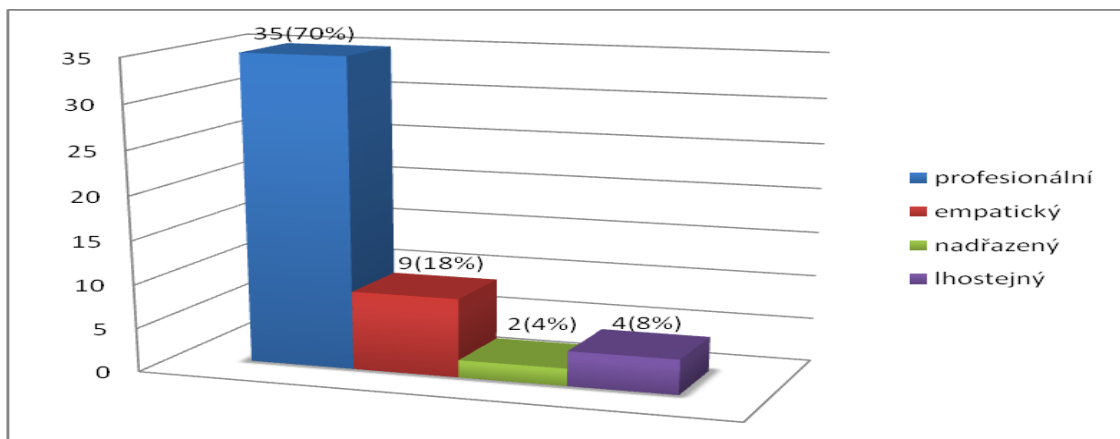
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů si podle 8 (16 %) najdou sestry čas na komunikaci s nimi, 15 (30 %) uvedlo, že si sestry spíše čas najdou, podle 20 (40 %) pacientů záleží na sloužící sestře, 5 (10 %) odpovědělo, že sestry si čas spíše nenajdou a podle 2 (4 %) pacientů sestry čas na povídání nemají.

**Graf 33 Zájem sester o pocity pacientů**



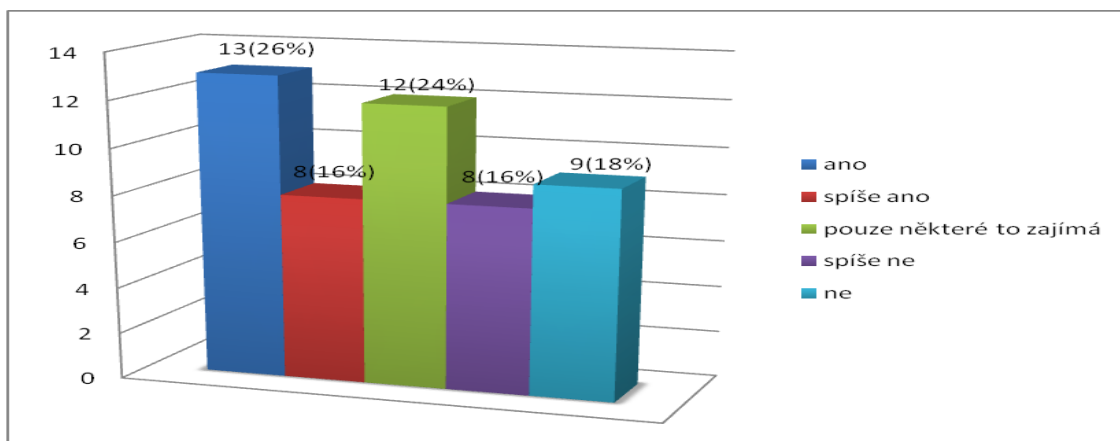
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů uvádí 10 (20 %), že se sestry ptají na jejich pocity, 20 (40 %) se o jejich pocity spíše zajímají, podle 10 (20 %) pacientů záleží na sloužící sestře, dalších 5 (10 %) uvádí, že se sestry o jejich pocity spíše nezajímají a podle 5 (10 %) pacientů se sestry nezajímají vůbec.

**Graf 34 Přístup sester**



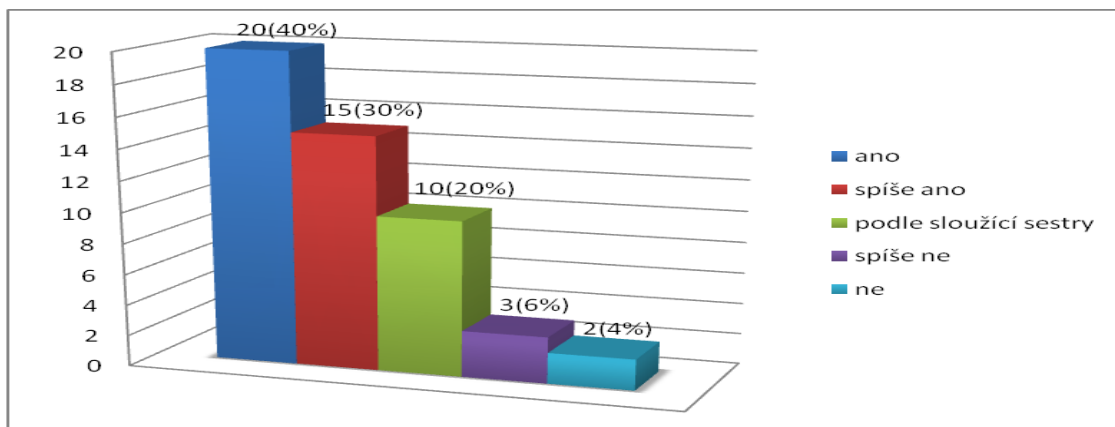
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů se 35 (70 %) z nich zdá, že mají sestry k nim profesionální přístup, 9 (18 %) pacientů vybralo odpověď empatický přístup, další 2 (4 %) si myslí, že se sestry chovají nadřazeně a podle 4 (8 %) pacientů se sestry vůči nim chovají lhostejně.

**Graf 35 Zájem sester o priority pacientů**



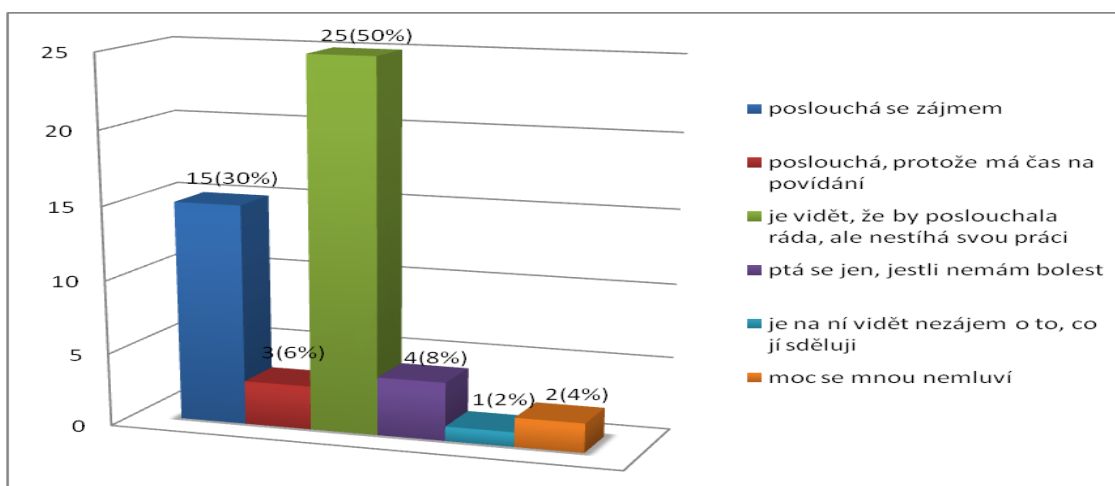
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů odpovědělo 13 (26 %), že se sestry zajímají o to, co je pro pacienty v době nemoci nejdůležitější, podle 8 (16 %) pacientů sestry spíše projevují zájem o jejich prioritní potřeby, 12 (24 %) pacientů uvedlo, že zájem projevují pouze některé sestry, 8 (16 %) pacientů odpovědělo, že sestry spíše zájem nemají a podle 9 (18 %) nemají zájem vůbec.

**Graf 36 Příklad sestry bez zavolání**



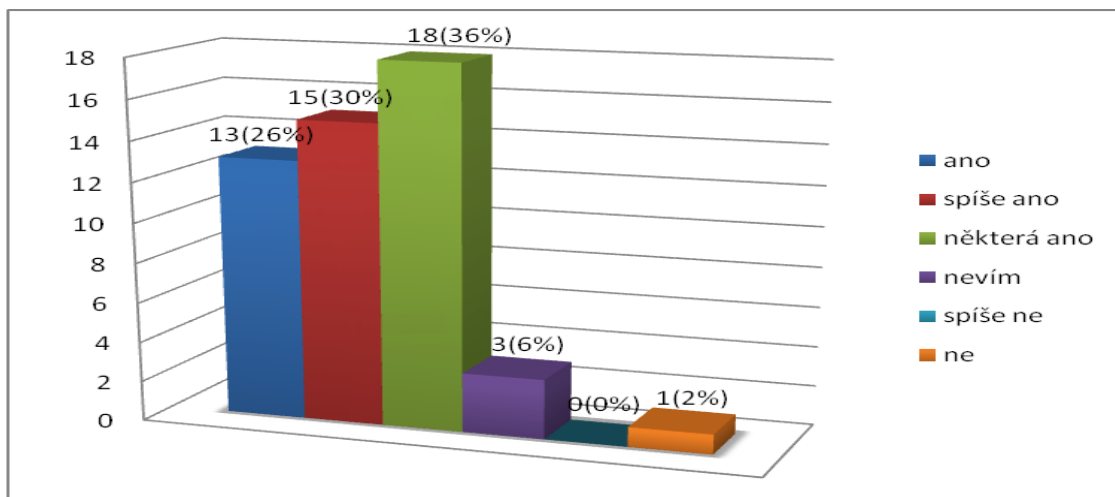
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů uvádí 20 (40 %), že sestra za nimi přijde i bez jejich zavolání, 15 (30 %) odpovědělo, že sestra spíše přijde sama, 10 (20 %) pacientů uvádí, že záleží na sloužící sestře, podle 3 (6 %) pacientů sestra spíše nepříjde a 2 (4 %) pacientů uvedlo, že pokud sestru nezavolají, tak nepříjde.

**Graf 37 Hodnocení naslouchání sester**



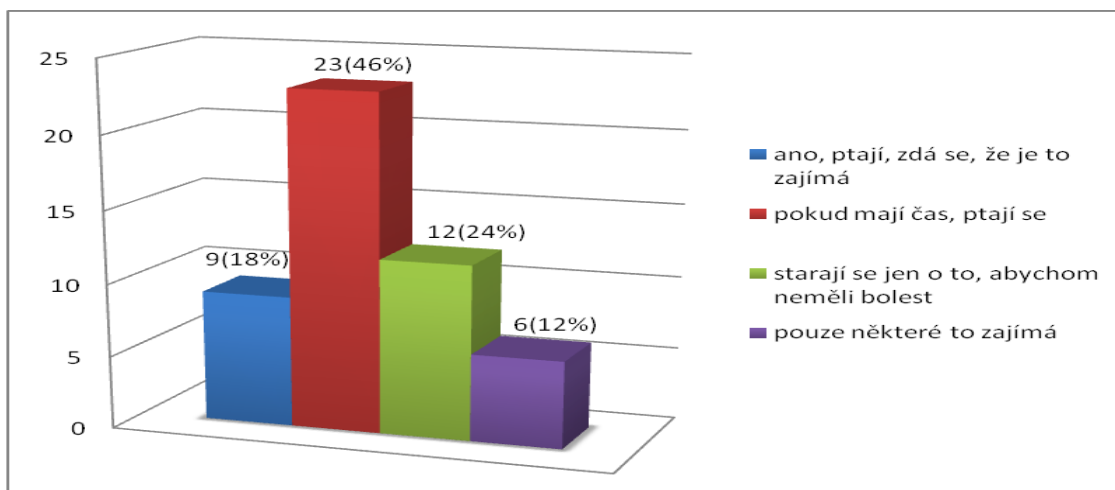
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů se 15 (30 %) z nich zdá, že sestry poslouchají se zájmem, když s nimi mluví, 3 (6 %) pacienti uvádí, že sestry poslouchají, protože mají na povídání čas, podle dalších 25 (50 %) je na sestřích vidět, že by rády poslouchaly, ale nestíhají svou práci, 4 (8 %) pacienti odpověděli, že se jich sestry ptají jen jestli nemají bolest, 1 (2 %) pacient uvedl, že je na sestřích vidět nezáměr o to, co jim pacient sděluje a 2 (4 %) pacientům se zdá, že s nimi sestry moc nemluví.

**Graf 38 Sestry oporou pro pacienty**



Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů má 13 (26 %) z nich pocit, že jim jsou sestry oporou, 15 (30 %) vybralo odpověď spíše ano, podle 18 (36 %) pacientů záleží na sloužící sestře, 3 (6 %) pacienti odpověděli, že neví, 1 (2 %) pacient uvedl, že podle něj sestry oporou nejsou a nikdo z dotazovaných pacientů si nevybral odpověď spíše ne.

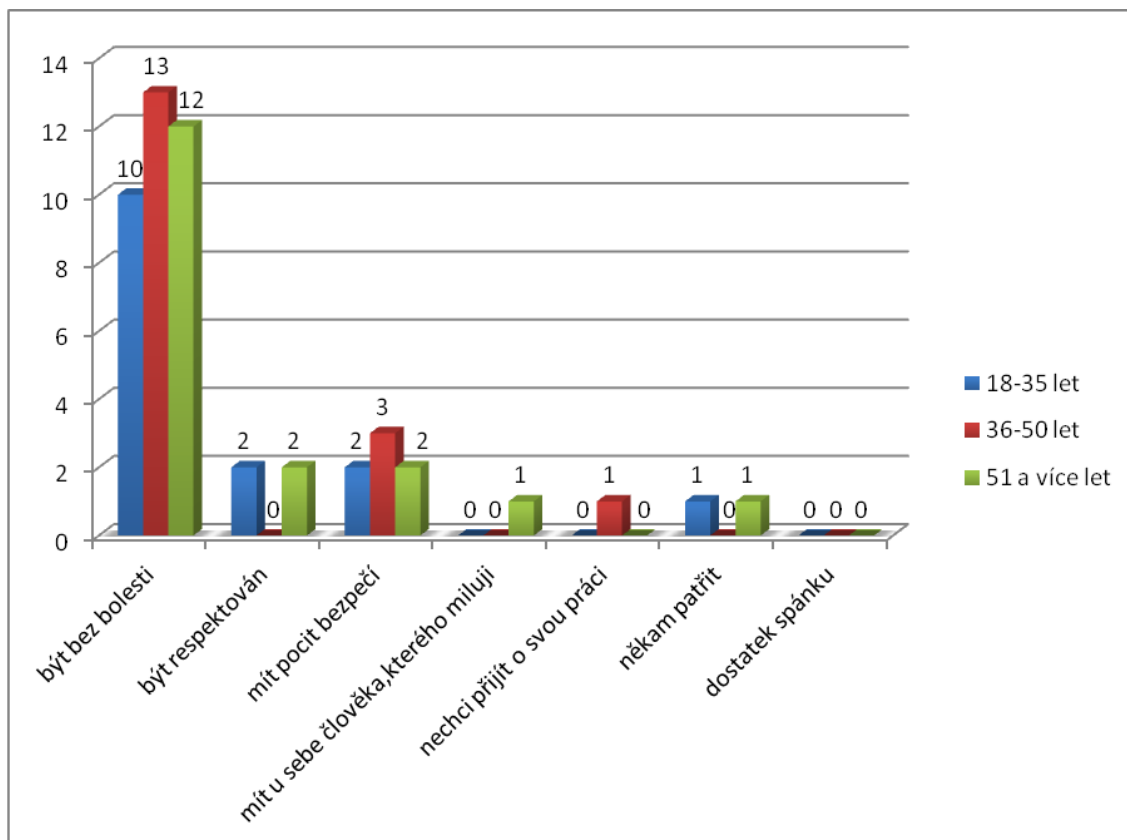
**Graf 39 Projevení zájmu sester o záliby pacientů**



Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů uvádí 9 (18 %), že se sestry ptají na jejich zájmy, podle 23 (46 %) pacientů se sestry zajímají o jejich zájmy, pokud mají čas, 12 (24 %) pacientů uvedlo, že se sestry starají jen o to, aby neměli bolest a 6 (12 %) pacientů odpovědělo, že záleží na sloužící sestře.

### 4.3 Doplnkové grafy k dotazníku pro pacienty dle věku pacientů

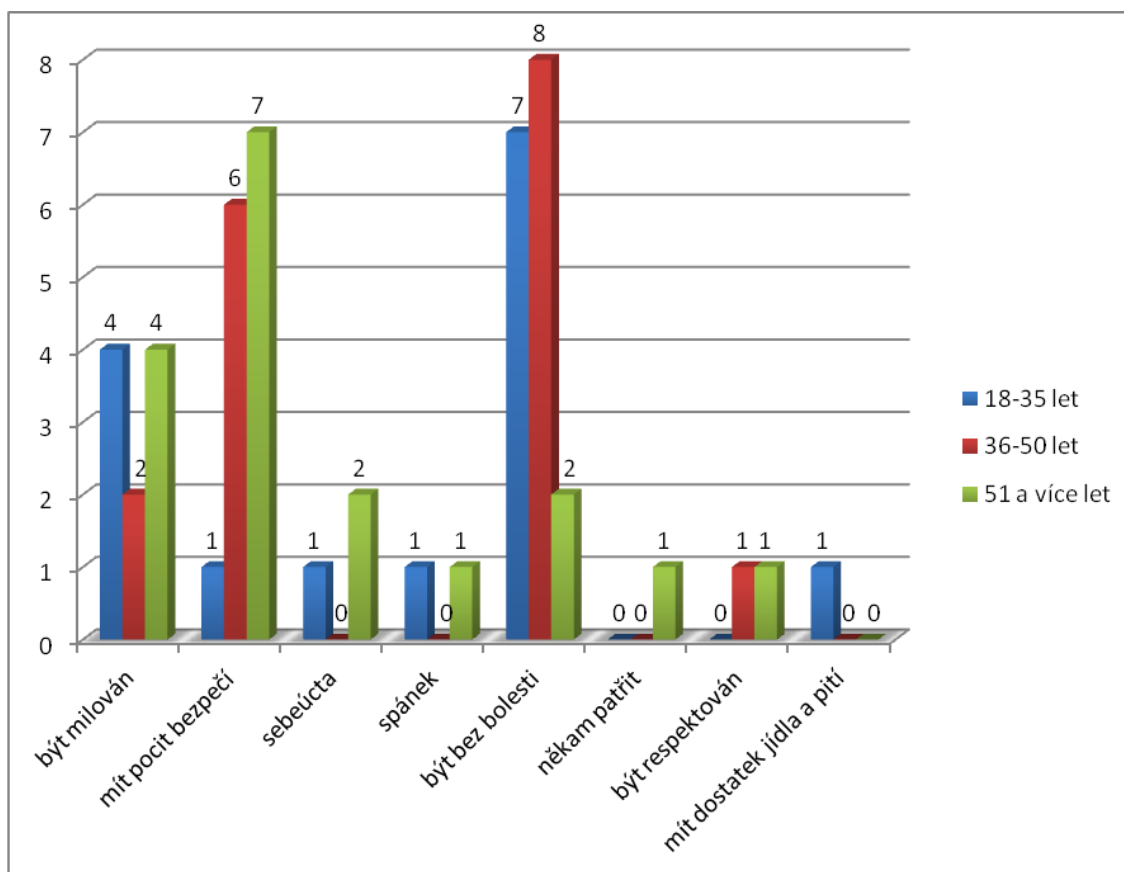
**Graf 40** Potřeby pacientů v souvislosti s hospitalizací dle věku



Z celkového počtu 15 (100 %) pacientů ve věkové kategorii 18-35 let v souvislosti s hospitalizací upřednostňuje potřebu být bez bolesti 10 (67 %), potřebu respektu vykazují 2 (13 %) pacienti, po pocitu bezpečí touží 2 (13 %) pacienti a pouze 1 (7 %) chce někam patřit. Z celkového počtu 17 (100 %) pacientů ve věkové kategorii 36-50 let dává přednost v souvislosti s hospitalizací 13 (76 %) potřebě být bez bolesti, 3 (18 %) pacienti upřednostňují mít pocit bezpečí a 1 (6 %) pacient nechce přijít o svou práci. Z celkového počtu 18 (100 %) pacientů ve věku od 51 let upřednostňuje v souvislosti s hospitalizací 12 (66 %) potřebu být bez bolesti, 2 (11 %) pacienti touží po respektu, 2 (11 %) po pocitu bezpečí, 1 (6 %) pacient chce mít u sebe člověka, kterého miluje a 1 (6 %) chce někam patřit.

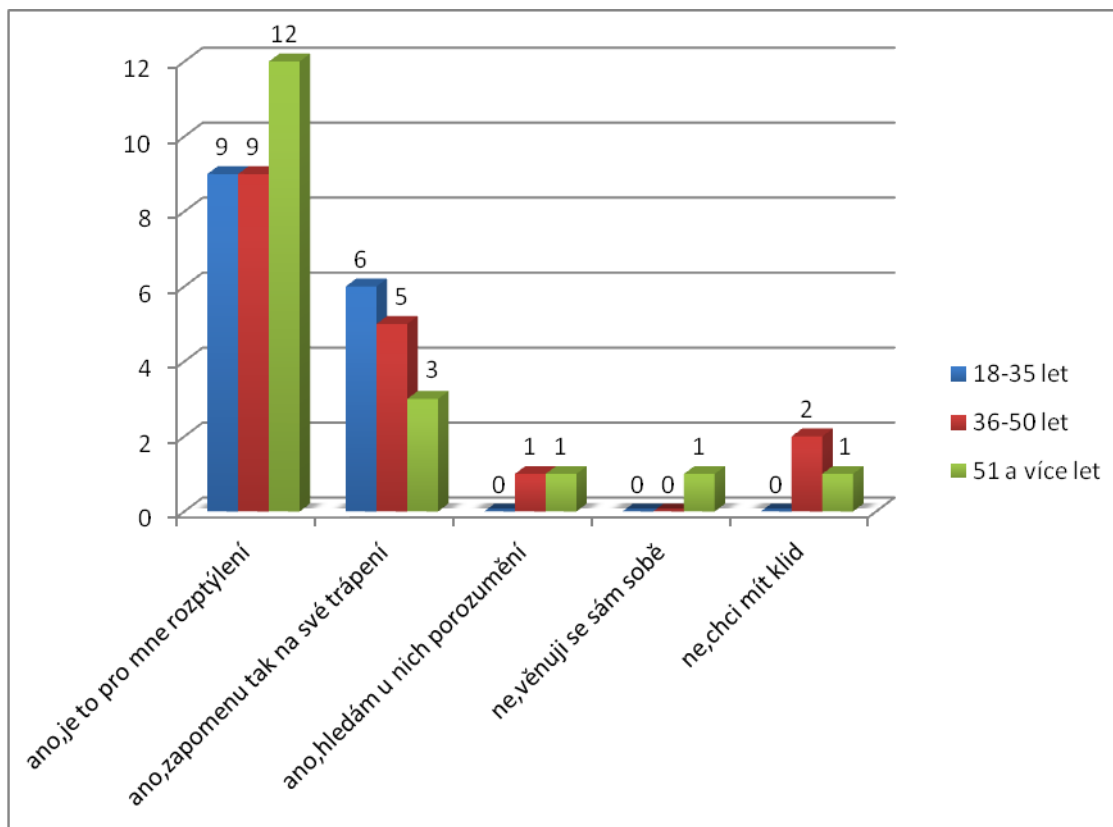


**Graf 41 Aktuálně nejvýznamnější potřeby pacientů dle věku**



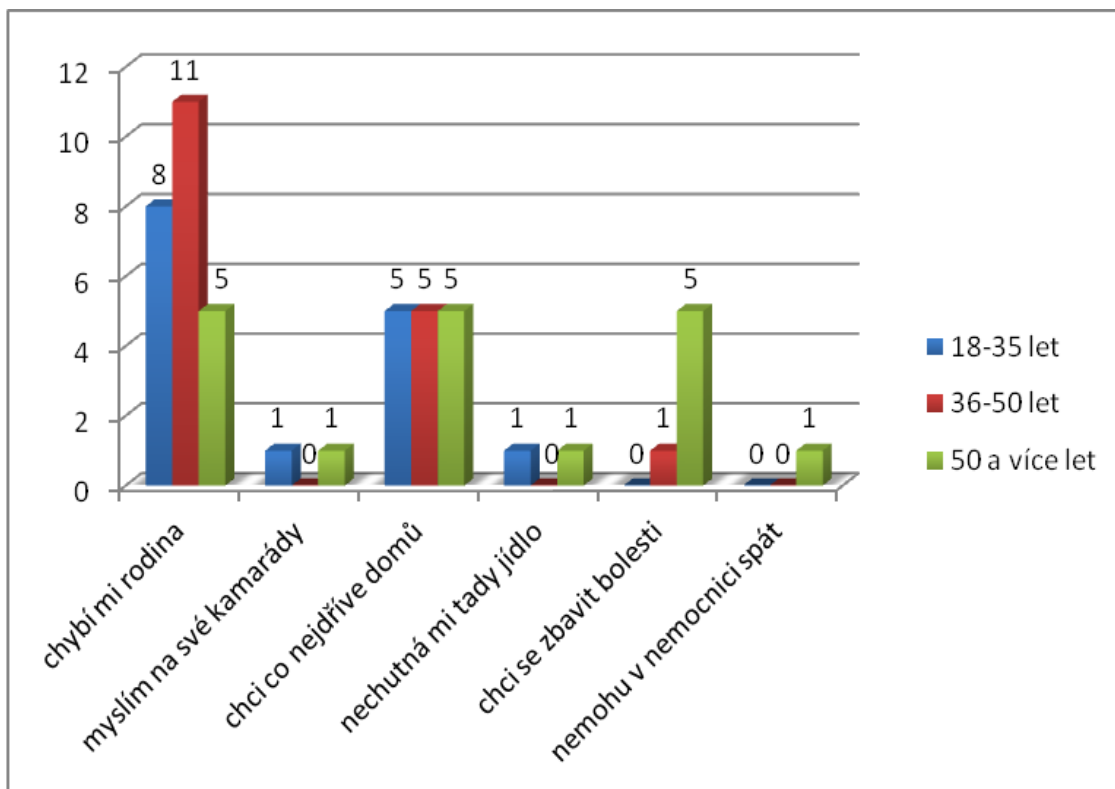
Z celkového počtu 15 (100 %) pacientů ve věkové kategorii 15-35 let je aktuálně nejvýznamnější pro 4 (26 %) potřeba být milován, pro 1 (7 %) pacienta mít pocit bezpečí, sebeúctu aktuálně upřednostňuje také 1 (7 %) pacient, další 1 (7 %) dává přednost spánku, 7 (46 %) chce být bez bolesti a dostatek jídla a pití chce mít 1 (7 %) z dotazovaných pacientů. Z celkového počtu 17 (100 %) pacientů ve věkové kategorii 36-50 let upřednostňují aktuálně 2 (13 %) potřebu být milován, 6 (35 %) pacientů aktuálně touží mít pocit bezpečí, pro 8 (46 %) je nejdůležitější být bez bolesti a 1 (6 %) pacient chce být respektován. Z celkového počtu 18 (100 %) pacientů ve věku od 51 let je pro 4 (22 %) aktuálně nejdůležitější potřeba být milován, pro 7 (38 %) mít pocit bezpečí, 2 (11 %) pacienti uvedli potřebu sebeúcty, pro 1 (6 %) je nejdůležitější spánek, 2 (11 %) chtějí být bez bolesti, 1 (6 %) pacient chce někam patřit a 1 (6 %) chce být respektován.

**Graf 42 Komunikace s ostatními pacienty dle věku respondentů**



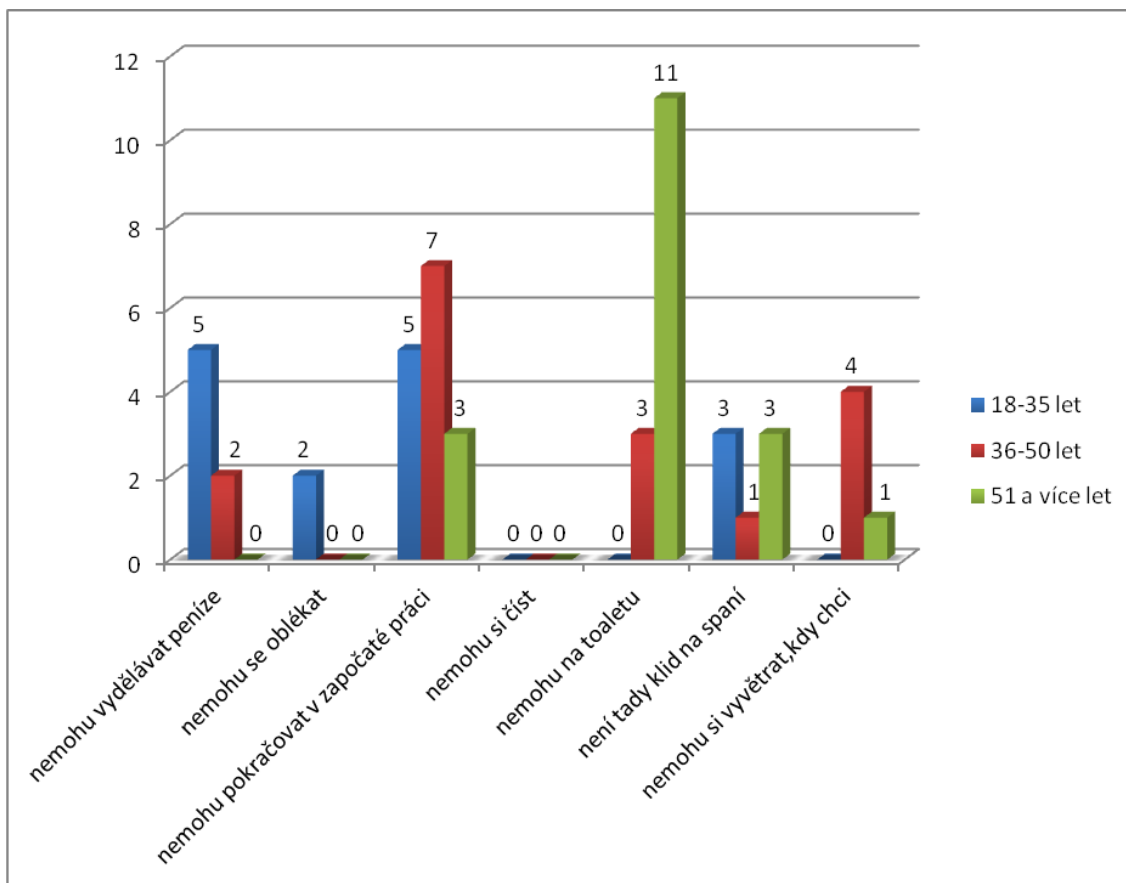
Z celkového počtu 15 (100 %) pacientů ve věku 18-35 let si 9 (60 %) povídá s ostatními pacienty, protože to je pro ně rozptýlení a 6 (40 %) pacientů zapomene při povídání na své trápení a bolest. Z celkového počtu 17 (100 %) pacientů ve věkové kategorii 36-50 let si povídá s ostatními pacienty 9 (52 %) z důvodu rozptýlení, 5 (30 %) z důvodu, že zapomenou na své trápení a bolest, 1 (6 %) pacient hledá porozumění a 2 (12 %) pacienti chtějí mít klid. Z celkového počtu 18 (100 %) pacientů ve věku 51 a více let komunikuje 12 (65 %) s ostatními pacienty, protože je to pro ně rozptýlení, 3 (17 %) pacienti tak zapomenou na své trápení, 1 (6 %) hledá u ostatních pacientů porozumění, 1 (6 %) pacient se raději věnuje sám sobě a 1 (6 %) nekomunikuje, protože chce mít klid.

**Graf 43 Pocity pacientů při hospitalizaci dle věku**



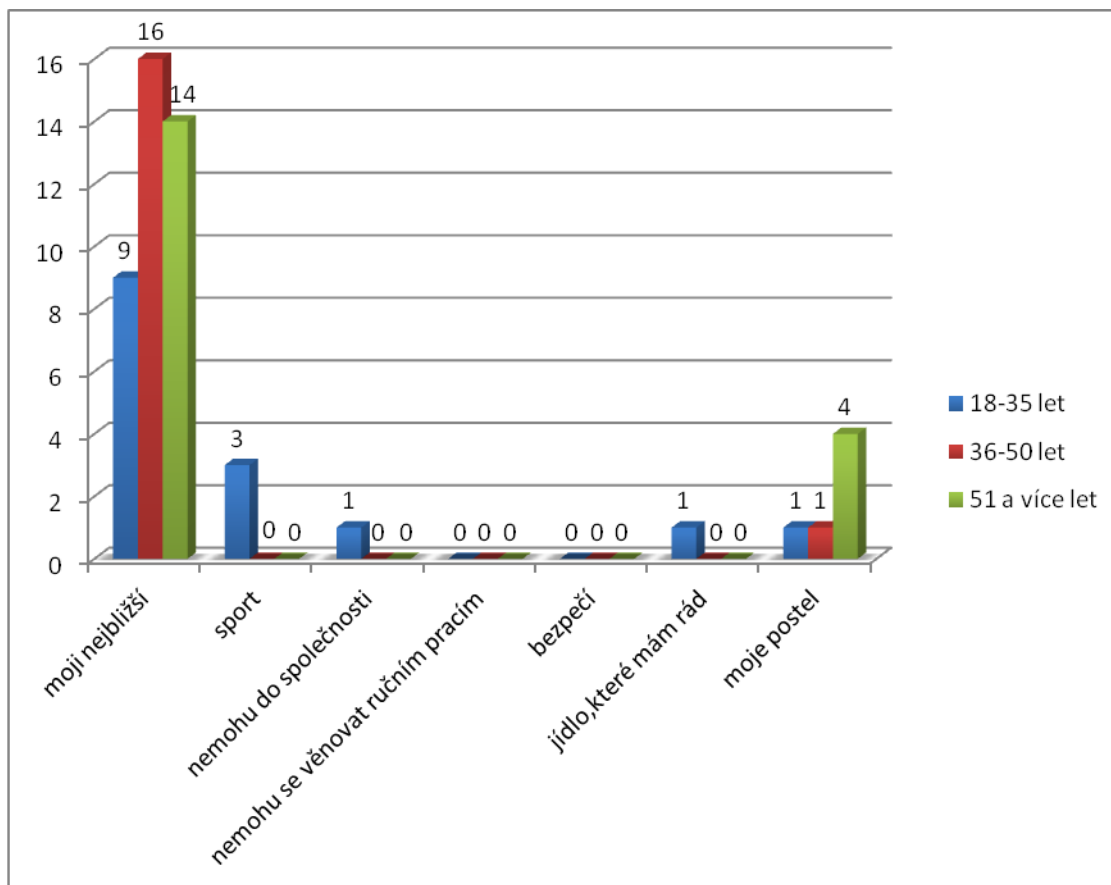
Z celkového počtu 15 (100 %) pacientů ve věku 18-35 let při hospitalizaci chybí rodina 8 (53 %) na to, že jim chybí rodina, 1 (7 %) myslí na své kamarády, 5 (33 %) pacientů chce co nejdříve domů a 1 (7 %) nechutná nemocniční jídlo. Z celkového počtu 17 (100 %) pacientů ve věku 36-50 let chybí rodina 11 (64 %), 5 (30 %) pacientů chce co nejdříve domů a 1 (6 %) se chce zbavit bolesti. Z celkového počtu 18 (100 %) pacientů ve věkové kategorii 51 a více let chybí 5 (27 %) při hospitalizaci rodina, 1 (6 %) pacient myslí na své kamarády, 5 (27 %) pacientů chce co nejdříve domů, 1 (6 %) nechutná v nemocnici jídlo, 5 (27 %) pacientů se chce zbavit bolesti a 1 (6 %) nemůže v nemocnici spát.

**Graf 44** Negativa při hospitalizaci dle věku



Z celkového počtu 15 (100 %) pacientů ve věku 18-35 let vadí na hospitalizaci 5 (33 %), že nemohou vydělávat peníze, 2 (14 %) pacientům, že se nemohou oblékat, pro 5 (33 %) je nejhorší, že nemohou pokračovat v započaté práci a 3 (20 %) si stěžují, že nemají v nemocnici klid na spaní. Z celkového počtu 17 (100 %) pacientů ve věku 36-50 let nejvíce vadí na hospitalizaci v nemocnici 2 (12 %), že nemohou vydělávat peníze, 7 (41 %), že nemohou pokračovat v započaté práci, pro 3 (17 %) je nejhorší, že nemohou na WC, 1 (6 %) pacient uvedl, že nemá v nemocnici klid na spaní a pro 4 (24 %) je nejhorší, že nemohou vyvětrat pokoj, kdy chtějí. Z celkového počtu 18 (100 %) pacientů ve věkové kategorii 51 a více let vadí 3 (17 %), že nemohou pokračovat v započaté práci, 11 (60 %), že nemohou na WC, pro 3 (17 %) pacienty je v nemocnici nejhorší, že zde není klid na spaní a 1 (6 %) vadí, že nemůže větrat pokoj, kdy chce.

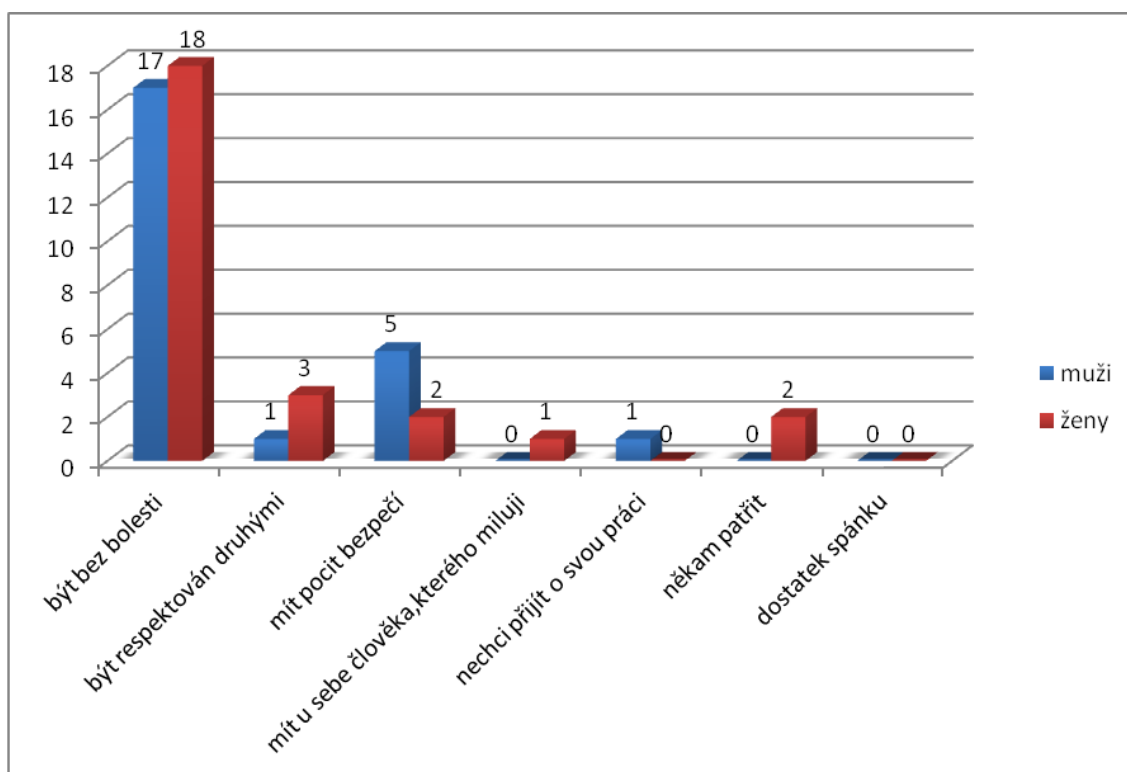
**Graf 45 Touhy pacientů při hospitalizaci dle věku**



Z celkového počtu 15 (100 %) pacientů ve věku 18-35 let chybí nejvíce v nemocnici 9 (59 %) jejich blízcí, 3 (20 %) pacientům chybí sport, 1 (7 %) schází, že nemůže do společnosti, 1 (7 %) jídlo, které má rád a 1 (7 %) chybí jeho postel. Z celkového počtu 17 (100 %) pacientů ve věkové kategorii 36-50 let chybí nejvíce v nemocnici 16 (93 %) nejvíce jejich nejbližší a 1 (7 %) pacientovi schází jeho postel. Z celkového počtu 18 (100 %) pacientů ve věku 51 a více let schází v nemocnici nejvíce 14 (78 %) jejich nejbližší a 4 (22 %) schází jejich postel.

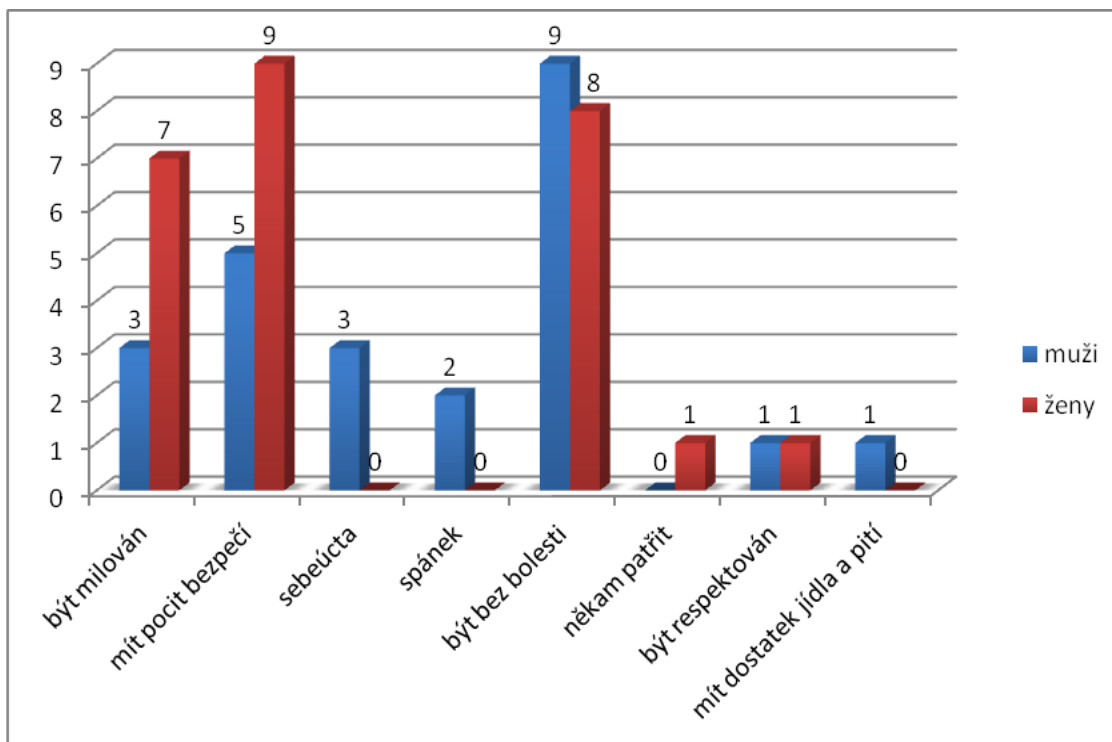
#### 4.4 Doplnkové grafy k dotazníku pro pacienty dle pohlaví pacientů

**Graf 46** Potřeby pacientů v souvislosti s hospitalizací dle pohlaví



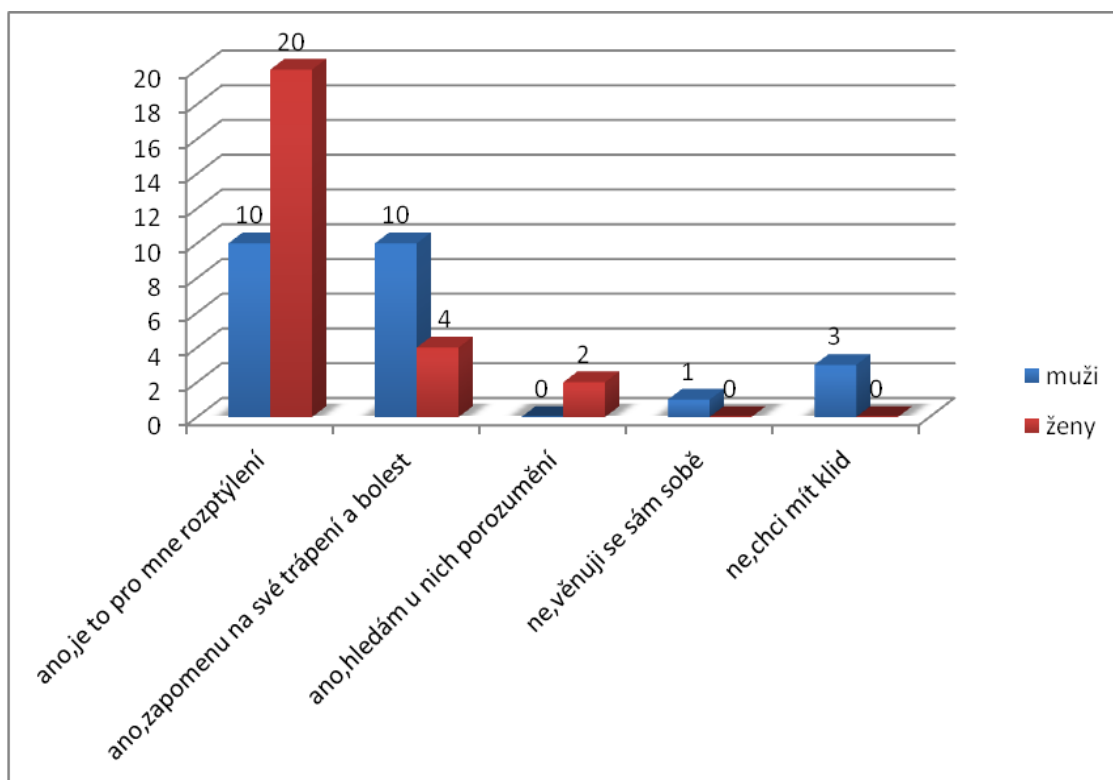
Z celkového počtu 24 (100 %) mužů upřednostňuje potřebu být bez bolesti 17 (71 %), potřebu respektu vykazuje 1 (4 %) muž, mít pocit bezpečí vykazují 5 (21 %) muži a pouze 1 (4 %) nechce přijít o svou práci. Z celkového počtu 26 (100 %) žen upřednostňuje 18 (68 %) potřebu být bez bolesti, 3 (12 %) ženy touží po respektu, další 2 (8 %) po pocitu bezpečí, 1 (4 %) žena touží mít u sebe člověka, kterého miluje a poslední 2 (8 %) ženy chtějí někam patřit.

**Graf 47 Aktuálně nejvýznamnější potřeby pacientů dle pohlaví**



Z celkového počtu 24 (100 %) mužů je pro 3 (12 %) aktuálně nejvýznamnější potřeba být milován, pro dalších 5 (22 %) mít pocit bezpečí, sebeúctu momentálně upřednostňují 3 (12 %) muži, spánek je důležitý také pro 2 (8 %) muže, 9 (38 %) chce být bez bolesti, 1 (4 %) chce být respektován a dostatek jídla a pití chce mít 1 (4 %). Z celkového počtu 26 (100 %) žen chce být 7 (27 %) milována, 9 (35 %) aktuálně touží po pocitu bezpečí, 8 (30 %) žen upřednostňuje nemít bolest, 1 (4 %) žena chce někam patřit a 1 (4 %) chce být respektována.

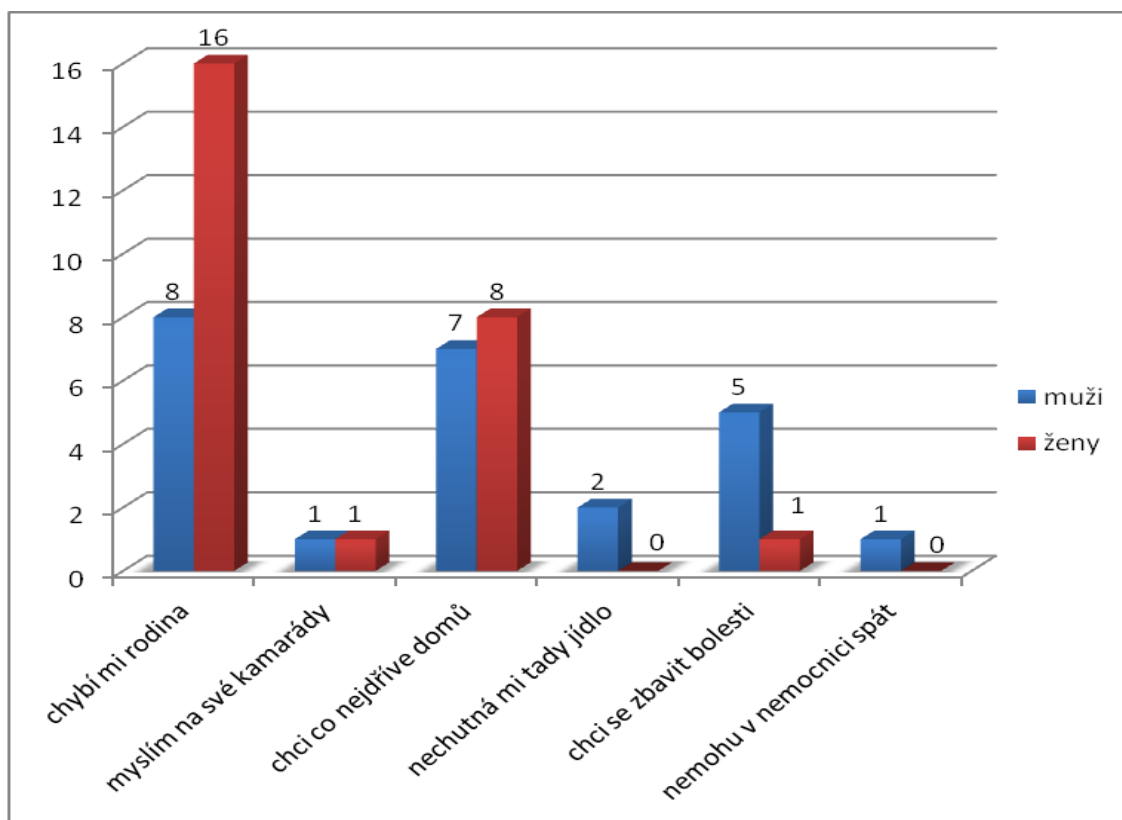
**Graf 48 Komunikace s ostatními pacienty dle pohlaví respondentů**



Z celkového počtu 24 (100 %) mužů si 10 (42 %) povídá s ostatními pacienty, protože to je pro ně rozptýlení, 10 (42 %) zapomenou při povídání na své trápení a bolest, 1 (4 %) muž se raději věnuje sám sobě a 3 (12 %) mužů chtějí mít klid. Z celkového počtu 26 (100 %) žen si rádo s ostatními pacienty povídá 20 (77 %), protože je to pro ně rozptýlení, 4 (16 %) ženy tak zapomenou na své trápení a bolest a 2 (7 %) ženy hledají u ostatních pacientů porozumění.

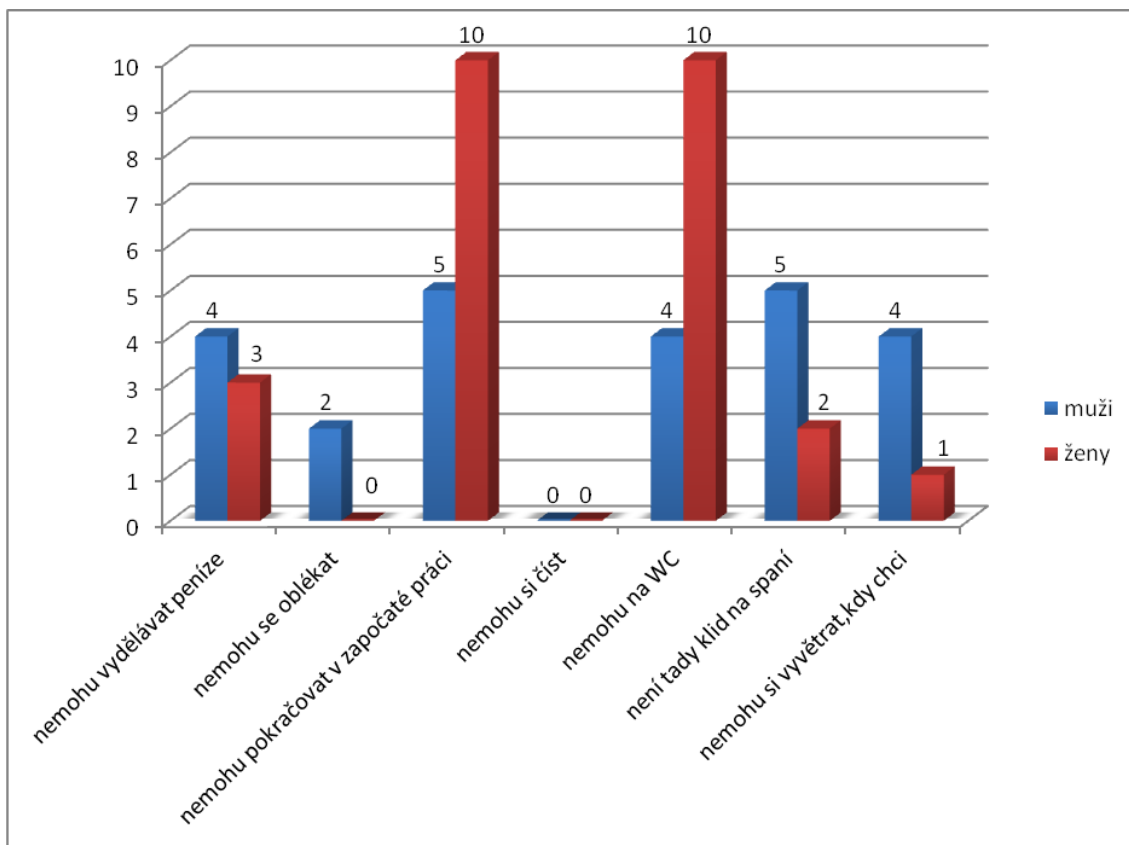


**Graf 49 Myšlenky pacientů při hospitalizaci dle pohlaví**



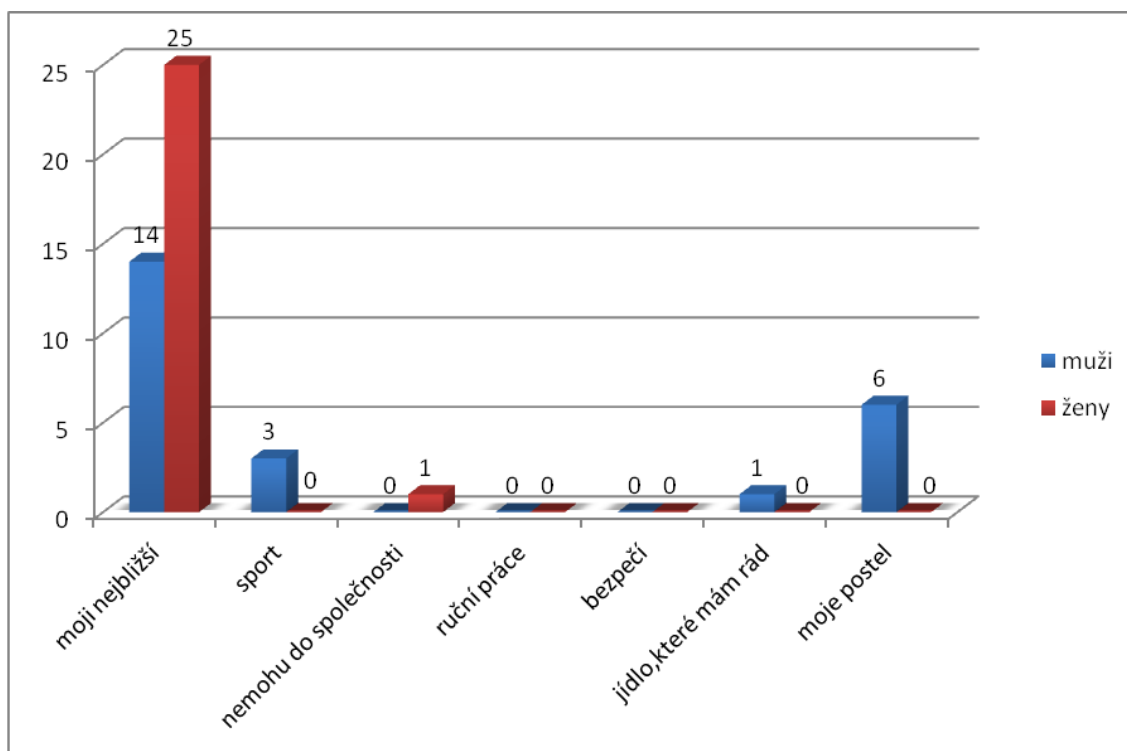
Z celkového počtu 24 (100 %) mužů myslí při hospitalizaci 8 (36 %) na to, že jim chybí jejich rodina, 1 (4 %) myslí na své kamarády, 7 (24 %) mužů chce co nejdříve domů, 2 (8 %) nechutná nemocniční jídlo, 5 (20 %) se chce zbavit bolesti a 1 (4 %) muž nemůže v nemocnici spát. Z celkového počtu 26 (100 %) žen 16 (60 %) chybí v nemocnici rodina, 1 (4 %) myslí na své kamarády, 8 (32 %) žen chce co nejdříve domů a 1 (4 %) se chce zbavit bolesti.

**Graf 50 Negativa při hospitalizaci dle pohlaví**



Z celkového počtu 24 (100 %) mužů vadí nejvíce 4 (17 %) z nich na hospitalizaci v nemocnici, že nemohou vydělávat peníze, 2 (7 %), že se nemohou obléci, pro 5 (21 %) mužů je nejhorší, že nemohou pokračovat v započaté práci, pro další 4 (17 %) že nemohou na WC, 5 (21 %) mužů uvedlo, že nemají v nemocnici klid na spaní a pro 4 (17 %) je hrozné, že nemohou vyvětrat pokoj, kdy chtějí. Z celkového počtu 26 (100 %) žen vadí 3 (11 %), že nemohou vydělávat peníze, 10 (39 %) ženám vadí, že nemohou pokračovat v započaté práci, 10 (39 %), že nemohou na WC, pro 2 (8 %) ženy je v nemocnici nejhorší, že zde není klid na spaní a 1 (3 %) vadí, že nemůže větrat pokoj, kdy chce.

**Graf 51 Co chybí pacientům při hospitalizaci dle pohlaví**



Z celkového počtu 24 (100 %) mužů chybí v nemocnici 14 (60 %) nejvíce jejich blízcí, 3 (12 %) sport, 1 (4 %) muži schází jídlo, které má rád a 6 (24 %) chybí jejich postel. Z celkového počtu 26 (100 %) žen chybí v nemocnici 25 (95 %) nejvíce jejich nejbližší a 1 (5 %) ženě schází, že nemůže do společnosti.

## 5 Diskuze

Téma práce je „Uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče“.

Šamánková (2006) píše, že uspokojování potřeb je proces, který ovlivňují obecné faktory, jako je výchova, vzdělání, rodinný stav, společenské faktory, kam patří hlavně životní standard, a patologické stavy, kterými může být horečka, bolest apod. Ošetrovatelská péče musí být zaměřena na naplnění všech nižších potřeb a po jejich uspokojení může nastat proces uspokojování potřeb vyšších.

Vyšší a zároveň sekundární potřeby vytvářejí pocit fyzické a psychické pohody. Vytvářejí se na základě nižších potřeb a jsou individuální. Vyšší potřeby vytvářejí v životě každého člověka určitou hodnotovou orientaci a jsou utvářené především na základě zkušenosti. Vymětal (2003).

Cílem práce bylo zjistit, zda jsou u pacientů na lůžkách akutní péče uspokojovány vyšší potřeby, porovnat uspokojování potřeb vyšší úrovně u hospitalizovaných pacientů dle věku a pohlaví a zjistit znalosti sester o vyšších potřebách člověka a zda přistupují se zájmem k jejich uspokojování u hospitalizovaných pacientů s úrazem. Za účelem výzkumného šetření byly vypracovány dva dotazníky – dotazník pro hospitalizované pacienty s úrazem na Úrazovém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., a chirurgických odděleních Nemocnice Tábor, a.s., a dotazník pro sestry pracujících na stejných odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s., a Nemocnice Tábor, a.s.

Dotazníkového šetření pro pacienty se zúčastnilo celkem 50 pacientů, kteří byli hospitalizováni s úrazem na chirurgických odděleních Nemocnice Tábor, a.s. (Ortopedické a Chirurgické oddělení), a na Úrazovém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Dotazování byli pacienti s různými úrazy. Z 50 (100 %) dotazovaných pacientů odpovídalo 24 (48 %) mužů a 26 (52 %) žen. Dále z 50 (100 %) dotazovaných pacientů odpovídalo ve věkové kategorii 18-35 let 15 (30 %) pacientů, ve věku od 36-50let odpovídalo 17 (34 %) pacientů a ve věkové kategorii 51 a více let 18 (36 %) hospitalizovaných pacientů. Poměr zastoupení jednotlivých pohlaví a věkových kategorií v souboru lze považovat za srovnatelný. Dotazník pro pacienty obsahoval 20 položek.

První tři položky (identifikační otázky č. 1 až 3) zjišťovaly pohlaví, věk a příčinu hospitalizace respondentů. Zbývající položky (dotazníkové otázky č. 1 až 17) byly zaměřeny na potřeby respondentů v době hospitalizace (dotazníkové otázky č. 1, 3, 4, 5, 6, 8), životní priority respondentů (dotazníková otázka č. 2) a na jejich mínění a hodnocení sester v souvislosti s uspokojováním jejich vyšších potřeb (dotazníkové otázky č. 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

V dotazníku pro sestry odpovídalo celkem 48 respondentů, pracujících na Úrazovém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. a chirurgických odděleních (Ortopedie a Chirurgie) Nemocnice Tábor, a.s. Ze 48 (100 %) dotazovaných sester odpovědělo 46 (96 %) žen a 2 (4 %) muži. Poměr zastoupení jednotlivých pohlaví v souboru sice není vyvážený, ale odpovídá situaci ve zdravotnických zařízeních, kde na pozici sestry převážně pracují ženy. Dotazník pro sestry obsahoval celkem 19 otázek. Tři z nich byly zaměřeny na pohlaví, délku praxe a vzdělávání v oboru zdravotnictví/ošetřovatelství (identifikační otázky č. 1, 2 a 3), dalších 6 otázek ověřovalo znalosti respondentů v oblasti vyšších potřeb člověka (dotazníkové otázky č. 1 až 6) a 10 otázek zjišťovalo jejich zájem o uspokojování vyšších potřeb pacientů (dotazníkové otázky č. 7 až 16).

K dosažení cílů práce byly stanoveny tyto hypotézy: **H 1** Pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší úrovně. **H 2** Sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem hospitalizovaných na lůžkách akutní péče. **H 3** Ženy hospitalizované s úrazem na lůžkách akutní péče mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než muži. **H 4** Pacienti vyššího věku mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než mladší pacienti.

K potvrzení či vyvrácení hypotézy 1, tedy že *pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší úrovně*, sloužil dotazník pro pacienty, resp. dotazníkové otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8.

Podle zjištěných výsledků v souvislosti s pobytem v nemocnici upřednostňuje 16 % respondentů potřeby vyšší úrovně a to 8 % být respektován druhými, 4 % někam patřit, 2 % milovat a být milován a 2 % nechtějí přijít o svou práci. Naproti tomu dává přednost 84 % potřeby nižší úrovně být bez bolesti 70 % a mít pocit bezpečí 14 %. Tento

výsledek je vzhledem k hospitalizaci pacientů s úrazem logický, protože úraz vždy provází bolest a tedy potřeba být bez bolesti je pro pacienty prioritní. Z šetření vyplývá, že potřeba být bez bolesti je pro většinu hospitalizovaných pacientů prioritou. Tento výsledek není překvapující a plně odpovídá již zmíněnému tvrzení Trachtové (2009), že „pacient se nejprve zaměřuje na nižší fyziologické potřeby...“. Aktuálně nejvýznamnější potřeba je pro 20 % respondentů potřeba být milován, pro 6 % potřeba sebeúcty, pro další 4 % pacientů je důležité aktuálně být respektován a 2 % chtějí někam patřit. To vše je vyjádřením uspokojování potřeb vyšší úrovně. Oproti tomu 68 % z celkového počtu dává přednost potřebám nižším a aktuálně preferují potřebu být bez bolesti 34 %, mít pocit bezpečí 28 %, mít dostatek spánku 4 % a mít dostatek jídla a pití 2 %. Zajímavé je porovnání aktuálních potřeb a životních priorit. Zatímco jsou v životě důležitější u většiny respondentů vyšší potřeby 68 % potřeba milovat a být milován a plnění svých cílů a přání nad nižšími, v průběhu hospitalizace byly naopak pro respondenty preferovány potřeby nižší 84 %, konkrétně potřeba být bez bolesti a mít pocit bezpečí a preference vyšších potřeb klesla na 16 %. Zvýšená preference potřeby být bez bolesti souvisela především s úbytkem potřeb milovat a být milován, mít jistotu a plnění svých cílů. Potřeba mít jistotu byla upřednostňována jako životní priorita u 28 % respondentů. V souvislosti s hospitalizací výskyt potřeby jistoty a bezpečí klesl na 14 %. Takové zjištění neodpovídá předpokladu, že tato potřeba je stálá, a tedy nemocí nepozměněná, jak píše ve své knize Bártlová (2005), ba naopak by se v nemocnici (vlivem nového prostředí, obavou o svůj zdravotní stav, nedůvěrou k zdravotnickému personálu) mohla projevit intenzivněji než ve zdraví. Tento výsledek byl zřejmě způsoben tím, že nemocniční prostředí a přístup personálu potřebu jistoty a bezpečí uspokojil. Respondenti tedy v souvislosti s pobytem v nemocnici upřednostňují uspokojení potřeb nižší úrovně, ale nezapomínají při tom na své potřeby vyšší úrovně, které uspokojují v životě.

60 % respondentů rádo komunikuje s ostatními pacienty, protože je to pro ně rozptýlení, dalších 28 % tak zapomene na své trápení a bolest a pro 4 % respondentů je komunikace s ostatními pacienty důležitá, protože při ní hledají porozumění a oporu. Naproti tomu pouze 6 % respondentů chce mít klid a 2 % se chce věnovat jen sobě. Tento výsledek jasně potvrzuje tvrzení autorky Šamánkové (2006), že hospitalizace

znamená pro pacienta změnu jeho denního režimu, nové sociální kontakty, odkázání na pomoc druhých, ztrátu soukromí, změnu ve společenském a kulturním životě a další. Díky této situaci začne pacient pociťovat nové potřeby, které jsou hospitalizací podmíněny. Tyto nově vzniklé potřeby se odvíjejí od druhu onemocnění a také od individuality pacienta. Kromě fyziologických potřeb to bývají zejména potřeby pocitu bezpečí, nezávislosti či sociálních kontaktů a komunikace.

Nejčastější pocity pacientů hospitalizovaných s úrazem jsou takové, že jim chybí rodina 48 %, 30 % respondentů chce co nejdříve domů a kamarádi chybí 4 %, což svědčí o touze po uspokojování potřeb vyšší úrovně, respektive po sociálním kontaktu. Oproti tomu jen 18 % respondentů dává přednost uspokojení potřeb nižších. 12 % z nich se chce zbavit bolesti, 4 % nechutná v nemocnici jídlo a 2 % v nemocnici nemohou spát. Dále odpovídali respondenti na otázku, co vidí jako negativní při hospitalizaci. Na 30 % respondentů působí negativně to, že nemohou pokračovat v započaté práci, 14 % vidí jako negativní to, že nemohou vydělávat peníze a 4 % respondentů se nelíbí, že musí v nemocnici nosit pyžamo, což je potřeba estetická, tedy potřeba vyšší úrovně. Naproti tomu vidí 28 % respondentů jako negativní, že nemohou na WC, 14 % nemá klid na spaní a 10 % pacientů potřebuje více větrat, což jim není umožněno. Po čem touží pacienti hospitalizovaní s úrazem? 78 % po svých nejbližších, 6 % si chce zahrát sport a 2 % respondentů chce jít do společnosti. Naproti tomu 12 % se chce vyspat zase ve své posteli a 2 % respondentů má chuť na jídlo, které má rád. Z uvedených výsledků je zřejmé, že hypotézu o uspokojování vyšších potřeb u pacientů hospitalizovaných nemůžeme vyvrátit. Pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší i nižší úrovně. *Hypotéza 1 Pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší úrovně,* byla potvrzena.

K potvrzení či vyvrácení hypotézy 2, tedy *zda sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče* sloužil dotazník pro pacienty, resp. dotazníkové otázky č. 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a dotazník pro sestry, resp. dotazníkové otázky č. 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16.

Autorka Trachtová (2009) říká, že s pacientem by se mělo jednat jako se sobě rovným, s respektem, důležitá je empatie, porozumění a lidský přístup, dále pak snaha pochopit, proč pacient jedná určitým způsobem.

53 % sester chodí za pacientem, i když je sám nevolá, 27 % za pacientem chodí bez jeho volání jen někdy a 16 % sester chodí za pacientem podle jejich práce ve službě. Naproti tomu 4 % dotazovaných sester za pacientem bez jeho zavolání spíše nechodí. Tento výsledek potvrzují i dotazovaní pacienti, kdy 40 % z nich odpovědělo, že za nimi sestra přijde i bez jejich volání, 30 % pacientů uvedlo, že sestry za nimi přijdu bez zavolání jen někdy a podle 20 % záleží na aktuálně sloužící sestře. Oproti tomu negativně odpovědělo 6 % z dotazovaných pacientů, že sestry spíše bez zavolání nepřijdou a podle 4 % nepřijdou určitě. Na komunikaci s pacientem si vždy najde čas 17 % dotazovaných sester, 60 % se čas na povídání s pacientem snaží najít a 23 % má čas jen někdy. Názor pacientů na komunikaci se sestrami je trochu odlišný. Pouze podle 16 % pacientů mají sestry vždy čas na komunikaci s nimi, 30 % říká, že sestry většinou čas mají a překvapivě 40 % pacientů odpovědělo, že záleží na sloužící sestře. Naproti tomu podle 10 % pacientů sestry čas na povídání s nimi spíše nemají a 4 % odpověděli, že sestry čas nemají. Podle autore Berana (2010) patří komunikace mezi důležité role sestry, díky kterým sestra lépe naváže kontakt s pacientem. Dostatečně vzdělaná sestra by tak neměla nezapomínat na důležitost právě komunikace s pacientem, při které zjišťuje jeho potřeby.

Jak projevují sestry zájem o pacienty? 61 % sester se ptá na pacientovy pocity několikrát za svou službu, 4 % si chodí s pacientem několikrát za den popovídat, 11 % sester si vždy udělá čas na pacienta, sednou si k němu a nechají ho povídat, 15 % sester se pacienta snaží nějak zabavovat podle toho, co má rád. Naproti tomu 9 % sester nemá čas na projevování zájmu pacientům. O priority pacientů vždy se zajímá 23 % sester, 40 % sester se snaží ptát každého pacienta na jeho životní priority. Oproti tomu 13 % sester neví, zda se zajímá o pacientovi priority, 6 % dotazovaných sester priority pacientů nezajímají a 18 % sester se prý nemá čas ptát pacientů na jejich priority. Pacienti tento výsledek potvrdili, podle 26 % mají sestry zájem o priority pacientů, 16 % odpovědělo, že sestry spíše zájem o jejich priority mají a podle 24 % pacientů má zájem jen nějaká



sestra. Naopak 16 % pacientů uvedlo, že sestry spíše zájem o jejich priority nemají a podle 18 % pacientů sestry zájem nemají vůbec. 63 % sester si myslí, že hospitalizace znamená pro pacienty svízelnou situaci, 22 % překážku v práci, 13 % odtržení od svých blízkých a 2 % z dotazovaných sester to nezajímá. O komunikaci s pacientem o jeho rodině má vždy zájem 18 % sester, 34 % sester má zájem o povídání o rodině pacienta jen někdy a 36 % si snaží najít čas vždy na povídání s pacientem o jeho rodině. Oproti tomu má 8 % sester čas na povídání s pacientem o jeho rodině velmi málo a 4 % na to nemají čas vůbec. A jak projevují sestry zájem o pacientovu rodinu? 44 % sester sleduje, kdo za pacientem přijde, 40 % se zajímá o důvod, proč nikdo za pacientem nepřišel. Naopak se 12 % dotazovaných sester spíše nezajímá a 2 % se nezajímají o pacientovi návštěvy vůbec. Návštěvy pacientů jsou velmi důležité pro jejich celkovou psychickou pohodu. Při hospitalizaci dochází k omezení styku s rodinou a přáteli, což bývá velmi nepříjemné hlavně pro velmi společensky orientované jedince. Návštěvy příbuzných jsou často přínosem i pro zdravotníky, protože nám jednak mohou poskytnout užitečné informace například o zvycích pacientů, které nám nechtějí přiznat a také samozřejmě pro jejich psychickou pohodu, protože pro někoho je důležitý sociální kontakt z důvodu odpoutání pozornosti od bolesti.

27 % sester projevuje zájem o pocity pacientů tak, že se ptá na pocity pokaždé, když přijde na pokoj a 61 % sester se snaží ptát během služby. Naopak 8 % z dotazovaných sester nemá čas se ptát na pacientovi pocity a 4 % sester pocity pacientů to ani nezajímají. Zájem sester potvrzují i dotazovaní pacienti, podle kterých sestry zájem o jejich pocity projevují 20 %, 40 % pacientů také říká, že sestry zájem o jejich pocity spíše mají a 20 % pacientů odpovědělo, že záleží na sloužící sestře. Oproti tomu si 10 % pacientů myslí, že sestry svůj zájem o jejich pocity spíše neprojevují a 10 % si myslí, že zájem neprojevují vůbec. Jak je to s projevením zájmu sester o záliby pacientů? 10 % sester zájmy pacientů opravdu zajímají, tak se na ně ptají, 23 % sester si rádo povídá s pacienty o jejich zájmech, 57 % dotazovaných sester se pacientů na jejich zájmy ptá, když mají ve službě čas. Oproti tomu se 8 % sester stará jen o to, aby pacient neměl bolest, a 2 % se starají jen o to, aby měl pacient čisté lůžko. Podle pacientů se 18 % sester ptá na jejich zájmy, protože je to opravdu zajímavá, 46 % pacientů si myslí, že se

sestry ptají na jejich zájmy, jen když mají čas a 12 % pacientů si myslí, že jejich zájmy zajímají jen některé sestry. Naopak 24 % dotazovaných pacientů si myslí, že se sestry zajímají jen o to, aby neměli bolest. Kdo z ošetrovatelského personálu se nejvíce zajímá o pacienty? Podle 76 % pacientů to jsou sestry. Naproti tomu tvrdí 10 % pacientů, že se o ně nezajímá nikdo, 8 % uvedlo ošetřovatelku a 6 % z dotazovaných pacientů si myslí, že sanitář. Pocit, že se sestry o pacienty rády starají, vyjádřilo 32 % dotazovaných pacientů, 24 % si myslí, že se o ně starají sestry spíše rády než nerady a podle 38 % pacientů záleží na sloužící sestře. Oproti tomu uvedlo 6 % pacientů, že se o ně sestry nestarají rády. Rozdílné vnímání zájmu sester pacienty mohlo být způsobeno jednak individualitou respondentů, kdy každý měl jiné představy a požadavky na ošetřující personál ohledně uspokojování svých potřeb, dále tím, že pacienti se nacházeli na různých nemocničních odděleních a přicházeli do styku s odlišným personálem, mohly se tedy objevit rozdíly v přístupu jednotlivých sester.

Přístup sester jako profesionální ohodnotilo 70 % dotazovaných pacientů a podle 18 % pacientů jsou sestry spíše empatické. Naopak 8 % pacientů ohodnotilo přístup sester jako lhostejný a 4 % jako nadřazený. Jak říká ve svém díle Beran (2010) je pro sestru důležitý lidský postoj k druhým a naslouchání, to znamená aktivně vnímat pacienta, co říká, a jakým způsobem to říká. Dále je důležitá empatie, která znamená umět pozorovat duševní stav pacienta a jeho náladu, poznání pacientova vnitřního světa a umění dívat se na svět jeho pohledem. Díky empatii sestra pozná pacienta a lépe mu porozumí. Jak hodnotí pacienti naslouchání sester? 30 % pacientů si myslí, že je sestry poslouchají se zájmem, 6 % pacientů říká, že sestry mají čas na naslouchání a 50 % dotazovaných pacientů si myslí, že by sestry poslouchaly rády, ale nestíhaly by tak svou práci. Dalších 8 % pacientů si naopak myslí, že se sestry ptají jen na jejich bolest a víc je nezajímá, 4 % si stěžují, že se s nimi sestry moc nebaví a 2 % dotazovaných pacientů říká, že je na sestrách vidět nezájem o to, co jim pacienti sdělují. Jsou sestry pro pacienty dostatečnou oporou? 26 % pacientů říká, že ano, 30 % si myslí, že spíše jsou pro ně oporou a 36 % pacientů uvádí, že záleží na sloužící sestře. Oproti tomu 6 % dotazovaných pacientů říká, že neví, jestli jim jsou sestry oporou a 2 % říká, že ne. Přístup sester k pacientovi by měl být vždy profesionální, sestra musí být tím, kdo má pochopení pro pacientovy

problémy a chce je řešit. Toto potvrzuje i Zacharová (2007), která uvádí, že sestra musí při své práci dodržovat zásady takzvaného profesního chování, kam patří znalost a dodržování práv pacienta, kladné působení na nemocného, ovládnutí negativních emocí při jednání se spolupracovníky i nemocnými a povýšení potřeb a zájmu nemocného nad své vlastní.

Z výše uvedených odpovědí sester a pacientů vyplývá, že si sestry uvědomují nutnost přistupovat k pacientovi se zájmem a také se tak většinou chovají. V praxi je to občas složité kvůli časové tísní a množství práce, která je na jednu osobu v nemocnicích udělena. Sestry i přesto jednaly s pacienty vstřícně, se zájmem a nepůsobily tak negativně na jeho pobyt v nemocnici. *Hypotéza 2 Sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče*, byla potvrzena.

Výsledky výše popsaného šetření k hypotéze 1 souvisejí i s hypotézou 3 *Ženy hospitalizované s úrazem na lůžkách akutní péče mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než muži*. Za účelem potvrzení či vyvrácení výše zmíněné hypotézy bylo použito stejných dotazníkových otázek pro pacienty č. 1, 3, 4, 5, 6, 8 jako v případě hypotézy č. 1. Výsledky byly tříděny a následně porovnávány dle pohlaví.

12 % žen touží v souvislosti s hospitalizací být respektováno druhými, 8 % žen chce někam patřit a 4 % z dotazovaných žen chce mít u sebe člověka, kterého milují. Naopak 68 % žen chce v souvislosti s hospitalizací v nemocnici být bez bolesti a 8 % dává v nemocnici přednost pocitu bezpečí. 4 % mužů chtějí být respektováni druhými a 4 % nechťejí přijít o svou práci. Naopak chce 71 % v souvislosti s hospitalizací mužů být bez bolesti a 21 % upřednostňuje v nemocnici pocit bezpečí. Pro ženy je aktuálně nejvýznamnější, aby byly milované 27 %, 4 % chtějí někam patřit a 4 % žen touží po respektu druhých. Naopak 35 % žen chce mít pocit bezpečí a nemít bolest chce 30 % dotazovaných žen. 12 % z dotazovaných mužů chce být milováno, 12 % dává přednost sebeúctě a 4 % z mužů touží po respektu. Oproti tomu 38 % mužů chce být aktuálně bez bolesti, 22 % touží po pocitu bezpečí, 8 % se chce mít kvalitní spánek a pro 4 % z dotazovaných mužů je aktuálně nejdůležitější se pořádně najíst.

77 % žen rádo komunikuje s ostatními pacienty, protože to je pro ně rozptýlení, 16 % díky komunikaci zapomenou na své trápení a bolest a 7 % žen hledá povídáním s ostatními pacienty porozumění. 42 % mužů si také rádo povídá s ostatními pacienty, protože je to pro ně rozptýlení a dalších 42 % tak zapomene na své trápení a bolest. Naopak 12 % z dotazovaných mužů si nerado povídá s ostatními pacienty, protože chtějí mít klid a 4 % mužů se raději věnují sami sobě. Komunikace je důležitá, protože má velký význam pro velkou část pacientů a jejich celkovou spokojenost, hlavně z důvodu, že úraz představuje pro pacienty novou zkušenost a určitou zátěž. Nejčastější pocity žen hospitalizovaných s úrazem jsou takové, že jim chybí rodina 60 %, 32 % žen chce co nejdříve domů a 4 % myslí na své kamarády. Oproti tomu se chtějí 4 % z dotazovaných žen co nejdříve zbavit své bolesti. Nejčastější pocity dotazovaných mužů jsou, že jim chybí rodina 36 %, dále chce 24 % co nejdříve domů a 4 % mužů myslí na své kamarády. Naopak 20 % mužů se chce zbavit své bolesti, 8 % nechutná v nemocnici jídlo a 4 % by chtěli mít kvalitní spánek, který bohužel v nemocnici nemají. Co vidí ženy a muži jako negativní při hospitalizaci v nemocnici? Pro 39 % žen je nejhorší při pobytu v nemocnici, že nemohou pokračovat v započaté práci a pro dalších 11 %, že nemohou vydělávat peníze. Naopak pro dalších 39 % je nejhorší, že si nemohou sami dojít na toaletu, 8 % vadí nejvíce, že se v nemocnici nevyspí a 3 % z dotazovaných žen vadí, že si nemohou vyvětrat na pokoji, kdy chtějí, protože jsou zvyklé na dostatečný přísun čerstvého vzduchu. Pro 21 % z dotazovaných mužů je nejhorší, že nemohou pokračovat v započaté práci, 17 % vidí negativně to, že nemohou vydělávat peníze a pro 7 % mužů je nejhorší, že se nemohou oblékat, jak chtějí, což je potřeba estetická a tedy vyšší. Oproti tomu si 21 % mužů stěžuje, že nemají v nemocnici klid na spaní, 17 % nejvíce vadí, že si nemohou sami dojít na WC a pro dalších 17 % je hrozné, že nemohou na pokoji větrat, kdy chtějí. Po čem touží ženy a po čem muži hospitalizovaní s úrazem? 95 % žen schází jejich nejbližší, což svědčí o touze po sociálním kontaktu a 5 % dotazovaných žen by šlo rádo do společnosti. Mužům schází nejvíce také jejich blízcí 60 % a 12 % dotazovaných mužů by si rádo zahrálo svůj oblíbený sport. Oproti tomu 24 % mužů by rádo leželo ve své posteli a 4 % mužů schází jejich oblíbené jídlo.

Tento výsledek lze vysvětlit tím, že ženy jsou obecně více emocionálně založeny než muži, a proto u nich převažují potřeby psychického charakteru, což jsou všechno potřeby vyšší. Muži naopak bývají zaměřeni praktičtěji na přímé řešení problému a nemoc v tomto případě jistě problém představovala. Vyléčení, a tedy s tím související potřeby být bez bolesti, mít pocit bezpečí, dostatek kvalitního spánku a čerstvý vzduch se tak proto mohlo u mužů stát prioritou. U žen jsou výraznější prioritní potřeby vyšší úrovně, jako je komunikace, mít u sebe své nejbližší, jít co nejdříve domů a pokračovat v započaté práci. Z těchto výsledků je zřejmé, že *Hypotéza 3 „Ženy hospitalizované s úrazem na lůžkách akutní péče mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než muži“*, byla potvrzena.

Věk člověka patří mezi nejdůležitější objektivní faktory, které ovlivňují potřeby člověka jejich uspokojování. Lidské potřeby se během života mění a vyvíjejí. V souvislosti s věkem hraje svou roli zkušenost, zdraví, nemoc či funkce pohybového aparátu a smyslových orgánů, které se s přibývajícím věkem zhoršují. Šamánková (2006).

*Hypotéza 4 Pacienti vyššího věku mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než mladší pacienti.* Za účelem potvrzení či vyvrácení hypotézy bylo použito stejných dotazníkových otázek pro pacienty č. 1, 3, 4, 5, 6, 8 jako v případě hypotézy č. 1. Výsledky byly tříděny a následně porovnávány dle věku.

Na základě provedeného šetření lze pozorovat v preferencích potřeb určité tendence související s věkem. V souvislosti s pobytem v nemocnici pacienti ve věku 18-35 let dávají přednost potřebě být respektován 13 % a dalších 7 % touží někam patřit. Naopak 67 % dotazovaných pacientů ve věku 18-35 let chce být bez bolesti a 13 % pacientů chce mít pocit bezpečí. Věková kategorie 36-50 let v souvislosti s pobytem v nemocnici nechce přijít o svou práci. Oproti tomu 76 % dotazovaných pacientů chce být bez bolesti a 18 % chce mít pocit bezpečí. Ve věku 51 a více let hraje důležitou roli pro 11 % dotazovaných pacientů potřeba být respektován druhými, pro dalších 6 % je nejdůležitější v nemocnici mít u sebe člověka, kterého milují, a 6 % pacientů chce někam patřit. Naopak 66 % pacientů ve věkové kategorii 51 a více let upřednostňuje potřebu být bez bolesti a 11 % dotazovaných pacientů chce mít pocit bezpečí. Kontakt

s lidmi je důležitý v každé životní fázi, nejčastěji ovšem pro lidi staršího věku, protože potřebují dostatek sociálních kontaktů, převážně se známými lidmi, přáteli či rodinou. Z toho důvodu je zřejmě preference potřeby být milován jako u jediné věkové kategorie. Jaká je aktuálně nejvýznamnější potřeba pacientů podle věku? Pro pacienty ve věku 18-35 let je aktuálně důležitá potřeba být milován 26 % a 7 % touží po sebeúctě. Naopak 46 % dotazovaných pacientů chce být aktuálně bez bolesti, 7 % chce mít pocit bezpečí, pro 7 % pacientů je aktuálně důležité se vyspat a 7 % chce mít dost jídla a pití. Ve věkové kategorii 36-50 let aktuálně dává přednost 13 % pacientů potřebě být milován a 6 % chce být respektováno. Oproti tomu chce 46 % pacientů ve věku 36-50 let být bez bolesti a pro 35 % pacientů je momentálně důležité mít pocit bezpečí. Pro pacienty ve věku 51 a více let je aktuálně důležité pro 22 % být milován, dalších 11 % dává přednost sebeúctě, pro 6 % je důležité někam patřit a 6 % pacientů chce být respektováno. Naopak pro 38 % dotazovaných pacientů ve věku 51 a více let je důležité mít pocit bezpečí, dalších 11 % nechce mít bolest a pro 6 % je aktuálně důležité se dobře vyspat. Tento výsledek potvrzuje, že potřeba citové jistoty bývá ve stáří intenzivnější. Starší lidé se cítí mnohem více ohroženi riziky, jako jsou například onemocnění a ovdovění, musí se smířovat s určitou mírou závislosti. Vazba na blízké lidi, kteří jim poskytují pomoc, jim však může dodávat pocit jistoty. Potřebě větší citové jistoty odpovídá i fixace na vlastní rodinu, partnera, děti či vnuky.

60 % dotazovaných pacientů ve věku 18-35 let si rádo povídá s ostatními pacienty, protože je to pro ně rozptýlení a dalších 30 % pacientů při povídání zapomene na své trápení a bolest. Ve věku 36-50 let si 52 % rádo povídá s pacienty, protože je to pro ně rozptýlení a 30 % pacientů zapomene na své trápení a bolest a 6 % dotazovaných pacientů hledá při povídání s ostatními pacienty porozumění a oporu. Oproti tomu 12 % z dotazovaných pacientů ve věku 36-50 let chce mít svůj klid. 65 % ve věkové kategorii 51 a více let si povídá s ostatními pacienty, protože je to pro ně rozptýlení, pro dalších 17 % je povídání důležité, protože tak zapomenou na své trápení a 6 % pacientů si povídá s ostatními, protože u nich hledají porozumění a oporu. Naopak 6 % pacientů ve věku 51 a více let se raději věnuje sobě a dalších 6 % chce mít svůj klid. Jaké jsou pocity pacientů při hospitalizaci? Pacientům ve věku 18-35 let chybí rodina 53 %, dalších 7 %

myslí na své kamarády a 53 % dotazovaných pacientů chce co nejdříve domů. Oproti tomu 7 % pacientů ve věkové kategorii 18-35 let nechutná v nemocnici jídlo. 64 % pacientům ve věku 36-50 let chybí rodina a 30 % chce co nejdříve domů. Naopak 6 % pacientů ve věku 36-50 let se chce zbavit co nejdříve bolesti. Pacientům ve věkové kategorii 51 a více let chybí rodina 27 %, 6 % pacientů myslí na své kamarády a 27 % chce co nejdříve domů. Oproti tomu se chce 27 % pacientů ve věku 51 a více let zbavit bolesti, 6 % pacientů nechutná v nemocnici jídlo a dalších 6 % nemůže v nemocnici spát. Co vidí pacienti v jednotlivých kategoriích jako negativní při pobytu v nemocnici? 33 % pacientů ve věku 18-35 let nejvíce vadí, že nemohou vydělávat peníze, pro dalších 33 % je nejhorší, že nemohou pokračovat v započaté práci a pro 14 % že se nemohou oblékat. Naopak 20 % pacientů si stěžuje, že nemohou v nemocnici spát. Že nemohou pokračovat v započaté práci, vidí nejvíce negativně 41 % dotazovaných pacientů ve věku 36-50 let a dalších 12 % si stěžuje na nemožnost vydělávání peněz. Oproti tomu je pro 24 % pacientů ve věku 36-50 let hrozné, že si nemohou na pokoji vyvětrat, kdy chtějí, protože jsou zvyklí na pravidelný přísun čerstvého vzduchu, 17 % vadí, že si nemohou dojít sami na toaletu a pro 6 % pacientů je nejhorší, že nemají v nemocnici klid na spaní. Pacienty ve věku 51 a více let vidí jako negativní, že nemohou pokračovat v započaté práci 17 %. Naopak 60 % pacientů ve věkové kategorii 51 a více let si stěžuje, že nemohou sami na WC, 17 % vidí jako negativní, že nemají klid na spaní a 6 % pacientů vadí, že nemohou větrat, kdy chtějí. Po čem touží pacienti při hospitalizaci podle věku? 59 % dotazovaných pacientů ve věku 18-35 let touží po svých nejbližších, 20 % touží po sportovních aktivitách a 7 % by šlo rádo do společnosti. Naopak 7 % pacientů ve věku 18-35 let 7 by si chtělo sníst své oblíbené jídlo a dalších 7 % by chtělo spát ve své posteli. 93 % pacient ve věkové kategorii 36-50 let touží po svých nejbližších. Oproti tomu 7 % pacientů se stejné věkové kategorie 36-50 let touží po své posteli. Pacienti ve věku 51 a více let touží po svých nejbližších 78 %. Naopak 22 % pacientů ve věkové kategorii 51 a více let schází jejich postel. Výsledky nejsou překvapující. Autorka Trachtová (2009) říká, že s narůstajícím věkem, kdy se zhoršuje zdravotní stav a pohybový aparát, člověk přestává zvládat všechny každodenní činnosti, a je často odkázán na pomoc ostatních. Všechno toto je základem nezávislosti. Lze tak

vysvětlit, proč se u starších respondentů vyskytovala ve větší míře jako preferovaná potřeba dojit si sám na toaletu.

Průzkum vyšších potřeb v závislosti na věku nepotvrdil, že by starší pacienti více toužili po uspokojování vyšších potřeb. *Hypotéza 4 Pacienti vyššího věku mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně, než mladší pacienti* se nepotvrdila.

Závěrem lze tedy říci, že první cíl práce byl na základě H 1 a položených otázek v dotazníku pro pacienty č. 1, 3, 4, 5, 6, 8 splněn. Druhý cíl práce, porovnání uspokojování potřeb vyšší úrovně u hospitalizovaných pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče dle věku a pohlaví, byl na základě H 3 a H 4 také splněn. Třetím cílem práce bylo zjistit znalosti sester o vyšších potřebách člověka, a zda přistupují se zájmem k jejich uspokojování u hospitalizovaných pacientů s úrazem. Na základě položených otázek v sesterském dotazníku č. 1, 2, 3, 4, 5, 6 a H 2 byl třetí cíl práce také splněn.

Sestry prokázaly základní teoretické znalosti týkající se potřeb. 92 % sester odpovědělo správně, že studiem potřeb se zabýval A.H.Maslow. Naproti tomu si myslí 4 % dotazovaných sester, že se studiem potřeb zabýval I.P.Pavlov, další 2 % J.E.Purkyně a 2 % sester říká A.Kombera. 80 % sester také vědělo, že vývojové stádium člověka patří mezi faktory ovlivňující uspokojování potřeb člověka 80 %. Oproti tomu si 14 % z dotazovaných sester myslí, že emoční inteligence ovlivňuje uspokojování potřeb člověka, 4 % sester říká fyzická aktivita a podle 2 % ovlivňuje uspokojování potřeb chronická medikace. Co znamená pojem „holistický přístup“? Podle 95 % sester celostní přístup. Naopak 5 % z dotazovaných sester říká, že holistický přístup znamená empatický přístup. Podle 86 % sester znamená pojem seberealizace realizovat vlastní potenciál, dalších 8 % sester si myslí vážít si sám sebe a pro 2 % je seberealizace přijímat svět takový, jaký je. Všechny tyto odpovědi vybraly sestry správně. Při výběru, která z potřeb patří mezi vyšší potřeby, zvolilo 57 % sester možnost realizovat vlastní potenciál, 15 % sester si myslí, že do vyšších potřeb patří potřeba něco poznávat, podle dalších 8 % potřeba samostatně se rozhodovat a 8 % dotazovaných sester je to potřeba uznání. Oproti tomu si myslí 6 % dotazovaných sester, že mezi vyšší potřeby patří potřeba sexuální, 4 % říká potřeba jistoty a 2 % sester do vyšších potřeb řadí potřebu bezpečí. Dalším výběrem bylo určení nižší potřeby. 59 % dotazovaných sester uvedlo



potřebu spánku, 19 % potřebu sexuální, 8 % dotazovaných sester určilo jako nižší potřebu bezpečí a 6 % sester říká potřeba jistoty. Oproti tomu si myslí 4 % dotazovaných sester, že do nižších potřeb patří touha po stabilitě a další 4 % potřeba něco poznávat. Sestry tedy mají základní teoretické znalosti ohledně potřeb pacientů a jejich uspokojování, jsou schopny klasifikovat potřeby na nižší a vyšší. Zájem sester k uspokojování vyšších potřeb u hospitalizovaných pacientů na lůžkách akutní péče byl potvrzen H 4. Třetí cíl práce byl také splněn.

Farkašová (2006) ve své knize uvádí, že se člověk stále vyvíjí, a to samé se týká i jeho potřeb. Někteří lidé o svých potřebách nevědí, sestra může využít své poznatky o lidských potřebách, může potřeby pacientů usměrňovat nebo jim pomoci v jejich uspokojování. Sestra by měla vědět, co působí na pacienta, jak nemoc ovlivňuje jeho uspokojování potřeb, jak nemoc působí na jeho sociální poměry, do jaké míry ovlivňuje vznik nových potřeb, a díky tomu může sestra předcházet komplikacím.

## 6 Závěr

Pacientům s úrazem se během vteřiny změní život. Takové období se pro pacienta stává náročným, je závislý na zdravotnickém personálu, odloučený od rodiny, v cizím prostředí a musí se vyrovnat se svým úrazem. Díky této zkušenosti si pacient začíná uvědomovat význam potřeb a důležitosti spolupráce se zdravotnickým personálem.

Ve své práci jsem se zabývala problematikou uspokojování vyšších potřeb u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče. Prvním cílem mé práce bylo zjistit, zda jsou uspokojovány vyšší potřeby u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče. Druhým cílem práce bylo porovnat uspokojování potřeb vyšší úrovně u hospitalizovaných pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče dle věku a pohlaví. Posledním a zároveň třetím cílem bylo zjistit znalosti sester o vyšších potřebách člověka a zda přistupují se zájmem k jejich uspokojování. Výsledky práce ukázaly, že cíle práce byly splněny.

V souvislosti s prvním cílem byla stanovena **Hypotéza 1**: Pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší úrovně. Dotazovaní pacienti vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší i nižší úrovně. Analýza odpovědí hypotézu potvrdila. Z třetího cíle byla stanovena **Hypotéza 2**: Sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem hospitalizovaných na lůžkách akutní péče. Analýza odpovědí hypotézu potvrdila, neboť sestry mají zájem o pacienty, jejich zájmy a potřeby. Výsledky potvrdili i odpovědi dotazovaných pacientů. Z druhého cíle byla stanovena **Hypotéza 3**: Ženy hospitalizované s úrazem na lůžkách akutní péče mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než muži. Ženy častěji vykazují touhu po uspokojování potřeb vyšší úrovně. Tato hypotéza byla potvrzena. V souvislosti s druhým cílem byla také stanovena **Hypotéza 4**: Pacienti vyššího věku mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než mladší pacienti. Uvedená hypotéza potvrzena nebyla, neboť preferenci uspokojování vyšších potřeb vykazují více pacienti nižší věkové kategorie.

Dle výsledků patientských dotazníků jsou sestry a jejich přístup k pacientům hodnoceny kladně, jak jejich přístup k pacientům, čas strávený komunikací s nimi,

projevení zájmu o jejich potřeby a také naslouchání sester. Dalším výsledkem práce je zjištění, že sestry mají dostatečné znalosti o potřebách pacienta.

Výsledky práce mohou přispět k informacím pro střední management oddělení nemocnic, kde šetření probíhalo, a k vytvoření vzdělávacího materiálu pro sestry zde pracující a také přispět k zamyšlení nad péčí sester o pacienty s úrazy na lůžkách akutní péče a uspokojování jejich potřeb.

## 7 Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
2. BÁRTLOVÁ, S., MTULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. SR. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-306-6.
3. BERAN, J. a kolektiv. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.
4. FARKAŠOVÁ, D. a kolektiv. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
5. GEBAUEROVÁ, E., KALETOVÁ, Š. Sledování pádů a úrazů. *Sestra*, 2004, ročník 14, č. 9., str. 37. ISSN 1210-0404.
6. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
7. JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnání*. 1.vyd. Praha: Portál. 2007. ISBN 978-80-7367- 210-2.
8. KOLEKTIV AUTORŮ, *Sestra a urgentní stavy*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2548.
9. KOPŘIVA, P., NOVÁČKOVÁ, J., NEVOLOVÁ, D., KOPŘIVOVÁ, T. *Respektovat a být respektován*. Kroměříž: Spirála 2007. ISBN 80-901873-7-4.
10. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1.*, 1.vyd. Martin: Osvěta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
14. MAŇÁK, P., WONDRAK, E. *Traumatologie: repetitorium pro studující lékařství*. 5. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1009-5.

15. MICHALSKÝ, R. *Kapitoly z obecné traumatologie, traumatologie končetin a první pomoci pro studující lékařství*. 1.vyd. Opava: Slezská univerzita, 2009. ISBN 978-80-7248-538-3
16. *Oddělení úrazové chirurgie* [online]. [cit.2011-11-16]  
Dostupné z WWW: <<http://www.nemcb.cz/cz/department/49/>>.
17. PILNÝ, J. a kolektiv. *Prevence úrazů pro sportovce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1675-6.
18. POKORNÝ, V. aj. *Traumatologie*, 1. vyd. Praha: TRITON, 2002. ISBN 80-7254-277-X.
19. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 5.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.
20. SLÁMOVÁ, P., SOUČKOVÁ, M., KOCHANNYJOVÁ-GORALČUKOVÁ, I. Péče o traumatologicky nemocné na standardním oddělení. *Sestra*. 2002, roč. XII, č.10, str.16 – 18. ISSN 1210-0404.
21. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum 2006. ISBN 80-246-1091-4.
22. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 80-7013-324-4.
23. VALENTA, J. et al. *Základy chirurgie*. 2 vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-403-4.
24. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
25. VYHNÁNEK, F. *Chirurgie I pro střední zdravotnické školy*, 2. vyd. Praha: Informatorium, 2007 ISBN 978-80-7333-005-7.
26. VYHNÁNEK, R. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.
27. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-740-X.
28. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

## **8 Klíčová slova**

Hospitalizace

Komunikace

Lůžka akutní péče

Pacient

Úraz

Uspokojování potřeb

Vyšší potřeby

## **9 Přílohy**

Příloha č. 1: Dotazník pro zdravotní sestry

Příloha č. 2: Dotazník pro pacienty

***Příloha č. 1***

**DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY**

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty JU, obor Všeobecná sestra. V současné době píši bakalářskou práci na téma „**Uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče**“. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je nezbytnou součástí mého výzkumu. Ujišťuji Vás, že všechna data budou přísně anonymní. Označte, prosím, jednu Vámi vybranou odpověď.

Předem velmi děkuji za Váš čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Radka Roubíčková

**IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY**

1 Jste:

- muž
- žena

2. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- méně než rok
- 1 rok – 5 let
- 5 let – 10 let
- 10 let a více



3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání?

- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské (Bc.)
- vysokoškolské (Mgr.)

#### DOTAZNÍKOVÉ OTÁZKY

1. Studium potřeb se zabýval?

- I. P. Pavlov
- A. H. Maslow
- J. E. Purkyně
- A. Kombera

2. Jaké jsou podle Vás faktory, které ovlivňují uspokojování potřeb člověka?

- emoční inteligence
- vývojové stádium
- fyzická aktivita
- chronická medikace

3. Co podle Vás znamená pojem „holistický přístup“ ?

- nevím
- celostní přístup
- přístup k určitému onemocnění
- empatický přístup
- přístup k určité kultuře

4. Co podle Vás znamená potřeba seberealizace?

- realizovat vlastní potenciál
- zabývat se pouze sám sebou
- vážit si sám sebe
- přijímat svět takový, jaký je
- snaha podobat se někomu jinému
- podřizovat se ostatním

5. Která z těchto potřeb patří mezi potřeby vyšší úrovně?

- bezpečí
- dýchání
- jistota
- uznání
- potřeba sexuální
- realizovat vlastní potenciál
- potřeba něco poznávat
- potřeba samostatně se rozhodovat

6. Kterou z těchto potřeb zařadíme mezi potřeby nižší úrovně?

- seberealizace
- bezpečí
- sounáležitost
- jistota
- potřeba sexuální
- potřeba spánku
- potřeba něco poznávat
- touha po stabilitě

7. Přijdete za pacientem, i když Vás zrovna nevolá?

- ano
- někdy ano
- podle toho, kolik mám ještě práce
- spíše ne
- ne

8. Máte ve službě čas si s pacientem povídat?

- ano, vždy mám čas si s pacientem povídat
- snažím se čas na povídání s pacientem najít
- někdy ano
- velmi málo
- nikdy

9. Jakým způsobem projevujete zájem o potřeby pacientů?.

- ptám se na pacientovy pocity několikrát během služby
- chodím si za pacientem povídat několikrát za den
- udělám si čas, sednu si k pacientovi a nechám ho povídat o jeho životě, rodině,..
- snažím se pacienta nějak zabavit, podle toho, co má rád (čtení, kreslení, hudba,..)
- nemám čas projevovat zájem

10. Zajímáte se o to, čemu dávají pacienti v životě přednost?

- ano, vždy se ptám na pacientovy hodnoty
- snažím se ptát každého pacienta, na jeho priority v životě
- nevím
- nezajímá mě to
- ne, nemám čas ptát se

11. Co podle Vás pro pacienty znamená hospitalizace v nemocnici spojená s úrazem?

- svízelnou situaci
- překážku v práci
- odtržení od blízkých
- nevím
- nezajímá mne to

12. Člověk v souvislosti s úrazem a pobytem v nemocnici podle Vás:

- uspokojuje potřeby nižší i vyšší úrovně stejně
- snaží se uspokojovat potřeby vyšší úrovně
- zaměřuje svou pozornost na uspokojování potřeb nižších
- snaží se uspokojit nejdříve potřeby nižší úrovně, po nich uspokojuje potřeby vyšší

13. Povídáte si s pacientem o jeho rodině, práci nebo přátelích?

- zájem mám vždy
- někdy ano
- snažím se čas si najít
- velmi málo
- nemám čas povídat si ve službě s pacientem

14. Ptáte se pacienta na jeho pocity během Vaší služby?

- ptám se pokaždé, když přijdu na pokoj
- snažím se ptát během služby
- nemám čas povídat si o soukromých věcech pacienta
- pacienta se neptám nikdy
- nezajímá mě to

15. Zajímá Vás, zda je pro pacienta důležitý kontakt s rodinou a přáteli?

- ano, sleduji, kdo za kým přijde
- ano, zajímá mne důvod, proč nikdo nepřišel
- spíše ne
- ne

16. Ptáte se pacienta na jeho zájmy nebo záliby?

- ano, ptám se, protože mě to zajímá
- ano ráda si s pacientem povídám
- pokud mám čas, ptám se
- starám se jen o to, aby byl pacient bez bolesti
- starám se o čisté lůžko pacienta

**Příloha č. 2**

**DOTAZNÍK PRO PACIENTY**

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty JU, obor Všeobecná sestra. V současné době píši bakalářskou práci na téma „**Uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče**“. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je nezbytnou součástí mého výzkumu. Ujišťuji Vás, že všechna data budou přísně anonymní. Označte, prosím, jednu Vámi vybranou odpověď.

Předem velmi děkuji za Váš čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Radka Roubíčková

**IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY**

1. Uveďte, prosím, Vaše pohlaví.

muž

žena

2. Uveďte, prosím, Váš věk

18 – 35 let

36 – 50 let

51 a více let

3. S jakým úrazem jste v nemocnici hospitalizován/a?

- úraz hlavy
- úraz ruky
- úraz nohy
- zlomenina krčku
- jiný .....( prosím uveďte )

#### DOTAZNÍKOVÉ OTÁZKY

1. V souvislosti s pobytem v nemocnici upřednostňujete...

- být bez bolesti
- být respektován druhými
- mít pocit bezpečí
- mít u sebe člověka, kterého miluji
- nechci přijít o svou práci
- někam patřit
- dostatek spánku

2. Co je pro Vás v životě důležité?

- mít práci
- milovat a být milován
- někam patřit
- spánek a odpočinek
- plnit si své cíle a přání
- mít pocit jistoty
- mít dostatek jídla a pití

3. Která z těchto potřeb je pro Vás aktuálně nejvýznamnější?

- být milován
- mít pocit bezpečí
- sebeúcta
- spánek
- být bez bolesti
- někam patřit
- být respektován druhými
- mít dostatek jídla a pití

4. Povídate si na pokoji s ostatními pacienty?

- ano, je to pro mne rozptýlení
- ano, zapomenu tak na své trápení a bolest
- ano, hledám u nich porozumění a oporu
- ne, věnuji se sám sobě
- ne, chci mít klid

5. Na co myslíte při pobytu v nemocnici?

- chybí mi rodina (manžel/ka, rodiče, děti, přítel/kyně,..)
- myslím na své kamarády, známé, spolupracovníky
- chci co nejdříve domů
- nechutná mi tady jídlo
- chci se zbavit bolesti
- nemohu v nemocnici spát



6. Co Vám při pobytu v nemocnici nejvíce vadí?

- nemohu vydělávat peníze
- nemohu se oblékat, mám na sobě jen pyžamo
- nemohu pokračovat v započaté práci
- nemohu si číst
- nemohu na toaletu
- není tady klid na spaní
- nemohu si vyvětrat, kdy chci

7. Kdo podle Vás nejvíce projevuje zájem o to, co potřebujete při pobytu v nemocnici?

- sestra
- ošetřovatelka
- lékař
- sanitář
- nikdo

8. Co Vám při pobytu v nemocnici schází nejvíce?

- moji nejbližší
- sportovní činnosti
- nemohu do společnosti, divadla, kina
- nemohu se zde věnovat ručním pracím
- bezpečí
- jídlo, které mám rád
- moje postel

9. Máte pocit, že se o Vás sestry rády starají?

- ano
- spíše ano
- jen u některých sester
- spíše ne
- ne

10. Najdou si sestry čas povídat si s Vámi?

- ano
- spíše ano
- podle sestry, která slouží
- spíše ne
- ne

11. Ptají se sestry na Vaše pocity během jejich služby?

- ano
- spíše ano
- podle sloužící sestry
- spíše ne
- ne

12. Charakterizujte přístup sester k Vám...

- profesionální
- empatický
- nadřazený
- lhostejný

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

- ano
- spíše ano
- pouze některé to zajímá
- spíše ne
- ne

14. Přijde za Vámi sestra, i když ji zrovna nevoláte?

- ano
- někdy ano
- podle sloužící sestry
- spíše ne
- ne

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

- poslouchá se zájmem
- poslouchá, protože má čas na povídání
- je vidět, že by poslouchala ráda, ale nestíhá svou práci
- ptá se jen, jestli nemám bolest
- je na ní vidět nezájem o to, co jí sděluji
- moc se mnou nemluví

16. Máte pocit, že jsou Vám sestry oporou?

- ano
- spíše ano
- některá ano
- nevím
- spíše ne
- ne

17. Ptají se sestry na Vaše zájmy nebo záliby?

- ano, ptají, zdá se, že je to zajímavá
- pokud mají čas, ptají se
- starají se jen o to, abychom neměli bolest
- pouze některé to zajímavá