

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Biopsychosociální potřeby pacientů hospitalizovaných na JIP

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Bc. Renata Kvapilová

Jana Matysová, DiS.

2009

Abstract

The thesis is focused on biopsychosocial needs of patients hospitalized on Intensive Care Unit. The thesis is divided into two parts.

Theoretical part of the thesis is focused on satisfying biopsychosocial needs and its problems. This part tries to specify the meaning of satisfying biopsychosocial needs of patients hospitalized on Intensive Care Unit, because every single patient felt his own needs differently and had different requirements for their satisfying. The aim of this work was being set to find out, if biopsychosocial needs of patients hospitalized on Intensive care unit are being satisfied. In theoretical part of the thesis is described Intensive Care Unit of Žatec hospital, c.s.o. also, where the survey took place.

Three hypotheses are set in practical part of the thesis. First hypothesis was “The patients hospitalized on Intensive care unit of Hospital Žatec, c.s.o. don’t have satisfied their biological needs.” Second hypothesis was “Patients hospitalized on Intensive care unit have satisfied their psychological needs.” Third hypothesis was “Patients hospitalized on Intensive care unit have satisfied their social needs.”

Questionnaire method was used in research survey. One kind on anonymous questionnaire was used and contained 26 closed and half-open questions. Initial questions had identifying character. The other questions were focused on biological, psychological and social needs of patients in time of their hospitalization on Intensive care unit.

Research group contained patients hospitalized on surgery and internal departments of Intensive care unit. 55 questionnaires were distributed on above mentioned departments. Conclusions were processed to percentage graphs from properly filled questionnaires only. A discussion is confronted with scientific literature, where author expressed his opinion on existing problem.

In conclusion is overall summarization of confirmation or negation of hypothesis and possible suggestions of improvements of biopsychosocial needs satisfying of patients hospitalized on Intensive care unit.

Keywords: Intensive Care Unit; biopsychosocial need; patient; needs satisfying

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem Bakalářskou práci na téma „Biopsychosociální potřeby pacientů hospitalizovaných na JIP“ vypracovala samostatně a použila pramenů, které cituji a uvádím 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 ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Poděkování

Dovoluji si touto cestou poděkovat Bc. Renatě Kvapilové i celému kolektivu katedry za cenné rady a připomínky během přípravy mé bakalářské práce a za vytvoření příjemných pracovních podmínek. Mé velké díky patří nejbližší rodině za všestrannou pomoc a podporu v průběhu celého studia.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Potřeby nemocného.....	5
1.1.1. Charakteristika potřeb.....	5
1.1.2 Dělení potřeb.....	5
1.1.2.1 Biologické potřeby.....	7
1.1.2.2 Psychologické potřeby.....	8
1.1.2.3 Sociální potřeby.....	8
1.1.3 Uspokojování potřeb v nemoci.....	9
1.2 Zajištění péče o nemocné na JIP.....	9
1.2.1 Vývoj JIP.....	9
1.2.2 Obecná charakteristika JIP.....	10
1.2.3 Vybavení JIP.....	11
1.2.4 Příjem nemocného na JIP.....	11
1.2.5 JIP v Žatci.....	12
1.3 Uspokojování potřeb nemocných na JIP.....	13
1.3.1 Uspokojování biologických potřeb nemocných.....	13
1.3.2 Uspokojování psychických potřeb nemocných.....	16
1.3.3 Uspokojování sociálních potřeb nemocných.....	18
1.4 Role sestry při péči o nemocné na JIP.....	19
1.4.1 Význam komunikace u nemocných na JIP.....	20
1.4.2 Význam edukace u nemocných na JIP.....	20
1.4.3 Význam citové opory při uspokojování potřeb pacienta na JIP.....	21
1.4.4 Překážky v uspokojování potřeb nemocných na JIP.....	21
1.5 Kvalita péče na JIP.....	22
2. Cíle práce a hypotézy.....	24
2.1 Cíl práce.....	24
2.2 Hypotézy.....	24

3. Metodika.....	25
3.1 Popis metodiky.....	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	25
4. Výsledky.....	26
5. Diskuse.....	48
6. Závěr.....	54
7. Seznam použité literatury.....	55
8. Klíčová slova.....	58
9. Přílohy.....	59

Motto:

Jak anděl, který slétá z výše,
ty pohlédla jsi v moji noc
zářícím zrakem, který tiše
mi přišel na pomoc.

V. Hugo

Úvod

Každý z nás se jednou v životě ocitne v situaci, kdy se stává nemocným a hospitalizace v nemocnici se rázem stane nevyhnutelnou situací. Již samotná hospitalizace v nemocnici je pro většinu pacientů spojena s nepříjemnými prožitky, pocity a v neposlední řadě také s omezením ve všech sférách potřeb. Pro pacienta se takové období stává náročným, kdy je závislý na personálu oddělení, odloučený od rodiny, v cizím prostředí, kdy se musí vyrovnat s nemocí svou a mnohdy i svých spolupacientů. Na jednotce intenzivní péče (dále jen JIP) existuje mnoho faktorů, které znemožňují, znesnadňují a narušují uspokojování potřeb. Jedním z těchto faktorů je právě nemoc. Hospitalizace pacienta na JIP, kde je neustále pod dozorem zdravotnického personálu, může vyvolávat pocity úzkosti, nejistoty a samozřejmě také strach o své zdraví. Do popředí se náhle dostává člověk se svými potřebami, od kterých se odvíjí veškerá zdravotní péče. Proto je nezbytné si uvědomit, že hospitalizace na JIP má vždy příčinu v nedostatečných základních vitálních funkcích nebo se pacient ocitá v ohrožení, kdy hrozí selhání základních životních funkcí. Takový pacient je obklopen velice moderní technikou a nejnovějšími léky, ale je to také pacient, který je pod všemi přístroji a hadičkami odkázán na naši péči. Vlivem této zkušenosti si člověk začíná uvědomovat zásadní význam potřeb v nemoci, důležitost spolupráce zdravotnického personálu a vliv nemocničního prostředí na psychiku člověka (11).

Má víceletá praxe na JIP a stáže v jiných nemocnicích mi umožnila pozorovat, posuzovat a přemýšlet nad možnostmi a postoji zdravotníků k potřebám nemocných,

což se také stalo důvodem zvolení tématu mé bakalářské práce. Často se setkávám s lhostejností, neochotou a arogancí nejen ze strany personálu, ale i nemocných. Opakem jsou pak empatičtí a obětaví zdravotníci, kteří se snaží vyplnit někdy až nesplnitelná přání a tužby pacientů, jen aby uspokojili jejich potřeby.

1. Současný stav

1.1 Potřeby nemocného

1.1.1. Charakteristika potřeb

Potřebou se rozumí projev určitého nedostatku nebo chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba vnitřně motivuje k vyhledávání nějaké podmínky nezbytné k životu nebo varuje před potřebou nepříznivou pro život. Prožívání nedostatku něčeho ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka. Příkladem je pozornost, myšlení, emoce, volní procesy. Takovým způsobem se vytváří určité chování jednotlivce. Každá osoba vyjadřuje neuspokojení a uspokojení potřeby svým způsobem. Potřeby jedince se v průběhu života mění. Jednak podle žebříčku hodnot, dále pak z hlediska kvality a kvantity. Velice důležité je uvědomit si, že všichni lidé mají stejné potřeby, ale tyto potřeby jsou uspokojovány mnoha různými způsoby. Stejně tak i pacienti na JIP mají své potřeby a je velice důležité umět je uspokojit. Takový způsob má být ve shodě se sociálně kulturními hodnotami jedince a je prováděn v mezích zákona. Potřeby každého jedince jsou závislé na osobnosti člověka, která je jednotou intelektu, temperamentu, charakteru a těla (příloha 2). Tím určuje jedinečné individuální přizpůsobení se prostředí a adaptaci každého jedince (6).

Potřeba může být aktuální nebo potenciální. Vyjadřuje trvalou nebo dočasnou závislost člověka na pomoci jiných lidí při běžných a pravidelných činnostech všedního života. Nenaplnění potřeby vede k frustraci nebo k deprivaci (15,19).

1.1.2 Dělení potřeb

Potřeby se dělí na biologické, které jsou primární, dále sociální, které jsou sekundární a metapotřeby, do které patří seberealizace. Dělení potřeb odpovídá holistickému pojetí člověka jako celku (23).

Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Hierarchie potřeb obsahuje

potřeby filosofické, potřeby bezpečí, afiliace nebo také náklonnosti, uznání a seberealizace. Hierarchii lidských potřeb obvykle zobrazuje jako pyramidu (příloha 3), kde jsou obsaženy fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, jistoty, potřeba lásky, sounáležitosti, potřeba uznání, úcty, potřeba seberealizace a potřeby estetické (23).

Podle Ebersova květu zdraví se potřeby dělí na potřeby duchovní nebo také spirituální, dále potřeby poznávací, společenské, biologické a emocionální. Tyto všechny potřeby se navzájem prolínají a ovlivňují (14).

Murray popisuje tři kategorie potřeb. Viscerogenní potřeby, které jsou vrozené a zahrnují potřeby orientované na stavy nedostatku, přebytku, obrany a útoku. Potřeby psychogenní spojuje s neživými předměty a skryté potřeby, mezi které řadí obavu zůstat bez pomoci, ponížení a narcismus.

Index psychogenních potřeb podle Hilgarda rozděluje potřeby na materiální potřeby, ambice, projevy síly, poškozování nebo naopak potřebu náklonnosti k lidem a sociální potřeby (14,23).

K rozlišení, zda je stav potřeb pacienta v normě nebo zda z této situace vybočuje, je možné využít poznatky výzkumných a vývojových aktivit mezinárodního odborného seskupení nazvaného *NANDA-International* (North American Association for Nursing Diagnosis International – Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku). Potřeby pacienta, rodiny nebo komunity, které spadají do jednotlivých domén, je nutné při diagnostice seriózně posoudit. Domény jsou členěny na třídy, z nichž každá obsahuje podklady pro diagnostiku problémů v rámci jedné lidské potřeby (13).

Dalším důležitým aspektem je vývojový stupeň jedince, protože každý člověk reaguje svým určitým způsobem v závislosti na věku, pohlaví a prostředí. Tím jsou také ovlivněny nejen základní potřeby lidí, ale také psychologické a sociální potřeby. Z tohoto pohledu je velice důležité dbát na vzdělávání každého zdravotníka v oblasti psychologie člověka. Ani s pomocí těchto různých dělení nelze výlučně potřeby rozdělit. Jsou spolu spojené a úzce spolu souvisí (4).

1.1.2.1 Biologické potřeby

Biologická potřeba se projevuje narušením fyziologické rovnováhy. Mezi biologické nebo také fyziologické potřeby patří například dostatek vzduchu, jídla, potřeba tepla, sucha, odpočinku a potřeba vylučování. Nejsilnější je potřeba v době před uspokojením nebo před snížením nadbytku k normě. Pokud je biologická potřeba aktuální, může ovlivnit celkové chování a jednání člověka (23).

Potřeba vzduchu je potřebou dýchání. Uspokojena je aplikací kyslíku a odstraněním kysličníku uhličitého.

Potřeba najíst se vzniká při pocitu hladu, aby člověk dosáhl uspokojení, tedy nasycení, musí se najíst.

Potřeba napít se vzniká při pocitu žízně, aby člověk uspokojil tuto potřebu, musí doplnit tekutiny.

Potřeba odpočinku je vnímána při pocitu únavy a je saturována vhodně doplněnou energií v organismu, který je poté odpočinutý.

Na *potřebu spánku* upozorňuje také únava, která se po uspokojení potřeby změní v osvěžení a člověk se cítí odpočinutý.

Potřeba činnosti, jejímž impulzem je pocit nudy, neschopnost sebepéče nebo nesoběstačnost jedince. Může být uspokojena vhodným pohybem a zábavou (příloha 4).

Potřeba močení, způsobená tlakem v močovém měchýři, bývá uspokojována vyprázdněním močového měchýře fyziologickým procesem nebo pomocí jednorázového či permanentního močového katétru.

Potřeba defekace, způsobená tlakem v konečníku, bývá uspokojována vyprázdněním tlustého střeva fyziologicky, digitálně nebo pomocí čípku a klyzmatu.

Při *potřebě nedostatku tepla* je vnímán pocit chladu a odstranit lze tím, že se organismus zahřeje.

Potřeba nadbytku tepla je naopak vnímána pocitem horka a její odstranění je závislé na ochlazení organismu (23).

Většina biologických potřeb má subjektivní charakter. Pokud nemocný sám na potřebu neupozorní, jiný člověk si takového problému ani nevšimne. Erudovaný

zdravotník musí podle postoje pacienta a jeho úlevové polohy poznat možný deficit určité potřeby (23).

1.1.2.2 Psychologické potřeby

Psychologický význam potřeby je spojen s potřebami sociálními a s pocity vyjadřujícími nedostatky zejména v sociálním životě. Mezi psychologické potřeby patří například potřeba být bez bolesti, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba seberealizace, potřeba víry a životní hodnoty jedince (23).

Potřeba být bez bolesti se objeví s pocitem bolesti, který člověk nemá pouze v případě, pokud se bolest odstraní.

Potřeba jistoty a bezpečí je vyvolána pocitem nejistoty, úzkostí a strachem. Takovou potřebu člověk pociťuje, pokud se ocitá v ohrožení a nebezpečí.

Potřeba seberealizace, jako metapotřeba, je v žebříčku potřeb mezi posledními. Deficit této potřeby značí jen mírný nebo žádný deficit potřeb nižšího řádu.

Potřeba víry a životních hodnot jedince je účelově umístěna pod seberealizací. V případě ztráty životní hodnoty nebo nenaplnění víry, dochází k frustraci a deprivaci. Tím jsou ovlivněny zpětně nižší potřeby, jako je pocit jistoty, bezpečí a všechny fyziologické potřeby (23).

1.1.2.3 Sociální potřeby

Sociální potřeby se s psychologickými úzce prolínají. Psychologický význam v sociálních potřebách je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, který se odráží z nedostatku potřeb. Psychologický význam je spojen s významem sociálním, který vyjadřuje nedostatky v sociálním životě jedince (23).

Potřeba sociální interakce je vnímána jako vzájemné působení dvou nebo více činitelů na člověka v rámci sociální skupiny. Jedincem může být vnímána při pocitu méněcennosti, opuštěnosti a nedostatečné komunikaci. Spolupráce dvou lidí je v pozitivním směru základem k předávání zkušeností a vzájemné pomoci. Negativně však tato potřeba narušuje přátelství a omezuje svobodu.

Potřeba komunikace je vnímána jako pocit chybění naslouchání a porozumění

ve verbální i neverbální složce. Je saturována poskytnutím informací, rady, ujištěním se, nasloucháním, vnímáním, zájmem o druhého, akceptováním a empatií (příloha 5).

Ekonomická potřeba obvykle vyjadřuje nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt. Příkladem je barevný televizor, boty, šaty nebo byt. Tato skutečnost poukazuje spíše na to, že potřebou je míněn určitý prostředek k dosažení nějakého psychologického cíle (23,24).

1.1.3 Uspokojování potřeb v nemoci

Každý člověk prožívá nemoc různými způsoby. Má zkušenosti s běžnými dětskými nemocemi a s rutinními infekcemi. Pokud je zdravý, může si do určité míry dělat co chce, necítí se na nikom závislý, své běžné denní činnosti zvládá dobře a samostatně. Ve svém sociálním prostředí se pohybuje s jistotou, je schopen řešit a zvládat mnoho překážek a potíže každodenního života (7,8).

V situaci, kdy člověk onemocní, stává se závislým na svém okolí, na pomoci rodiny a celého zdravotnického týmu, včetně lékařů. Ti se pak stávají hlavními osobami, které zasahují do jeho života. Jistotu nahrazuje nejistota, nedůvěra a strach, snižuje se sebedůvěra a člověk se jako pacient ocitá v sociální izolaci nemocničního prostředí. Známé tváře rodinných příslušníků vystřídají neznámí zdravotníci, cizí prostředí a ostatní pacienti. Rozdílná adaptace na nemoc je dána závažností onemocnění, prognózou nemoci, náročností léčby, osobností jedince a jeho sociální situací. Základním předpokladem pro úspěšnou léčbu je důvěra, kterou musí pacient mít k ošetřujícímu personálu. Pokud člověk důvěřuje a svěří se s problémy, pak se následně musí řešit (7,11).

1.2 Zajištění péče o nemocné na JIP

1.2.1 Vývoj JIP

Do roku 1846 se bolest a infekce stává velkým nepřítelem medicíny, zejména operačních oborů. V tomto roce nechává americký lékař *William Thomas Green Morton* (1819 - 1868) patentovat éterovou narkózu. O rok později, v roce 1847, *Ignaz Philipp*

Semmelweis (1818 - 1865) začíná prosazovat dezinfekci jako prevenci rané infekce. Tímto zlomem se nastartuje vlna rychlého vzestupu medicíny a oboru anesteziologicko-resuscitační a intenzivní péče. *Florence Nightingalová* (1820 – 1910) a *Nikolaj Ivanovič Pirogov* (1810 - 1881) se stávají průkopníky v ošetrovatelské péči. Oba, každý na jiné straně fronty, v roce 1854, na počátku Krymské války se svými družinami žen ošetrovatelek, pečují o raněné. V tomto období se snaží uspokojovat základní lidské potřeby s minimálními možnostmi, které válka nabízí. Vojáci mají teplo, jídlo, tekutiny a pochopení žen ošetrovatelek. Díky tomuto úsilí se rozvíjí obor ošetrovatelství. Dnes má většina medicínských oborů své specializované lékaře a sestry se specializací. Jinak tomu není ani v oboru resuscitační a intenzivní péče, která se stává jedním ze základních oborů (9,21).

1.2.2 Obecná charakteristika JIP

Na pracoviště intenzivní medicíny (dále jen PIM) jsou umístěni nemocní s potenciálním nebo již probíhajícím selháním jednoho nebo více orgánů. Tato pracoviště poskytují možnost diagnózy, prevence a léčby multiorgánového selhání. Na všech typech intenzivní péče je stav pacientů nepřetržitě sledován sestrou a veškeré informace zaznamenávány do dokumentace. Pacienti jsou na oddělení přijímáni z jiného zdravotnického zařízení, od rychlé záchranné služby, z ostatních oddělení nemocnice, z ambulance, po dohodě s vedoucím lékařem JIP nebo s lékařem, který slouží lékařskou pohotovostní službu, kdy dostupnost lékařů musí být okamžitá (8,22).

PIM je rozdělena do tří stupňů, podle kterých je poskytována komplexní intenzivní péče, včetně specializovaných a náročných diagnostických, monitorovacích a terapeutických postupů. Na PIM třetího stupně je vždy přítomen specializovaný lékař intenzivista, jedna nebo více specializovaných sester na jednoho pacienta, pomocný ošetrovatelský personál a po celou dobu jsou dostupné všechny další klinické, zobrazovací a laboratorní obory. PIM druhého stupně nemá možnost z výše uvedeného poskytnout úplnou komplexní podporu orgánů ani plné spektrum monitorování. Jedná se například o hemodiafiltraci nebo monitorování nitrolebního tlaku. PIM prvního stupně může být označena jako jednotka intermediální péče, která umožňuje pečlivé

sesterské sledování, základní monitorování, neodkladnou resuscitaci a krátkodobou umělou plicní ventilaci (dále jen UPV). Je považována za přestupnou stanici mezi PIM vyššího stupně a standardním oddělením. Její umístění musí být co nejbližší všem akutním pracovištím (8,22).

1.2.3 Vybavení JIP

Podle stupně je na PIM kladen důraz z hlediska vybavení. Jak je výše uvedeno JIP musí být vybavena přístroji a pomůckami pro monitorování pacientů, neodkladnou resuscitaci a zajištění krátkodobé UPV. Monitorování pacienta je základní činností sester v intenzivní péči. Sledování a monitorování pacienta slouží výhradně k jeho bezpečnosti a všechna tato opatření musí plně odpovídat jeho potřebám. Parametry, které jsou monitorovány, závisejí především na rizikových faktorech pacienta (příloha 6, 7).

Dnešní vybavení umožňuje kontrolu a monitorování základních životních funkcí jako je pulz, dechová frekvence, elektrokardiogram (dále jen EKG), saturace kyslíku, centrální žilní tlak nebo sledování krevního tlaku v hodinových a minutových intervalech. Standardně vybavené JIP mají k dispozici monitory, včetně monitorovací centrály, injekční a infuzní dávkovače a pumpy, nebulizátory, plicní ventilátory, defibrilátor, centrální rozvod plynů, pojízdný ultrazvukový a rentgenový přístroj, dostatečné materiální a medikamentózní vybavení (12,22).

1.2.4 Příjem nemocného na JIP

Na pracovišti intenzivní péče jsou šatny pro personál, hygienický filtr, příjmová část, sesterna, část lůžková a skladové prostory. V lůžkové části nemocní pobývají v boxech po jednom nebo dvou pacientech. Další možností je pobyt v pokojích po čtyřech až šesti pacientech s přidruženými jednolůžkovými boxy pro pacienty, které je potřeba izolovat (8).

Příjmová část JIP je místnost, kam je pacient převezen ihned po předání základních informací. Je zde resuscitační lůžko, monitor, pohotovostní lékárna, defibrilátor, plicní ventilátor a pomůcky pro zajištění základních životních funkcí a základní ošetrovatelské

péče. Podle celkového stavu pacienta je během příjmu nutné zajistit dýchací cesty, monitoraci základních životních funkcí, invazivní a neinvazivní vstupy, odběr biologického materiálu na všechna vyžádaná a dostupná vyšetření, natočení dvanáctisvodového EKG, diagnostické vyšetřovací metody, konziliární vyšetření, vstupní hygienický filtr a veškerou ošetrovatelskou a lékařskou péči, která vede ke stabilizaci stavu nemocného (8).

Veškeré vybavení této místnosti je po každém příjmu pacienta vždy doplněné a jednou týdně v rámci pravidelné kontroly vybavení zkontrolované. Do pravidelné kontroly patří také expirace a desinfekce povrchů. V dokumentaci pacienta nesmí chybět podepsaný informovaný souhlas s hospitalizací. Pokud porucha vědomí nebo špatný celkový zdravotní stav neumožní pacientovi podepsat informovaný souhlas s hospitalizací, vyplní se patřičný formulář, který se nejpozději první následující pracovní den odešle faxem na příslušný obvodní soud. Formulář je spolu s potvrzením o odeslání založen do složky pacienta a soudem je zahájeno detenční řízení (8).

1.2.5 JIP v Žatci

Jednotka intenzivní péče v Nemocnici Žatec o.p.s. je svou funkcí zařazena do PIM prvního stupně. V této nemocnici je nejvyšším lůžkovým pracovištěm, protože zde není lůžkové anesteziologicko-resuscitační oddělení. Dostupnost diagnostických metod je přizpůsobena možnostem nemocnice. JIP má k dispozici pojízdný rentgenový a ultrazvukový přístroj. Monitorování pacientů je zajištěno zdrojovým mostem do centrálního monitoru (příloha 8).

Celá JIP je vybavena klimatizací, elektricky ovládanými dveřmi a antistatickou podlahou. Příjmová část JIP (příloha 9) je vybavena jedním lůžkem, monitorem pro měření krevního tlaku (dále jen TK), pulzu (dále jen P), pulzní oxymetrie (dále jen SpO₂), kapnografie (dále jen ETCO₂), dechové frekvence (dále jen D), tělesné teploty (dále jen TT), centrálního žilního tlaku (dále jen CVP) a invazivního systémového arteriálního tlaku (dále jen IBP), plicním ventilátorem, defibrilátorem, infuzní pumpou, injekčním dávkovačem, EKG přístrojem, nebulizátorem, zdrojovým mostem s medicínskými plyny a dále roztoky, léky a materiálem pro lékařskou a ošetrovatelskou

péči. Vstupní filtr je vybaven zabudovanou germicidní ultrafialovou lampou a hygienickou podložkou. Koupelna (příloha 10) je vybavena protiskluzovými dlaždicemi, madly, vanou pro imobilní pacienty, bezbariérovým sprchovým koutem se sedátkem a toaletou. Čistící místnost je vybavena desinfikátorem a pomůckami pro vylučování moče a stolice pacientů. Ze sesterny (příloha 11), umístěné ve středu JIP, má sestra možnost sledovat všechna lůžka. V jednolůžkovém, dvojlůžkovém (příloha 12) a třílůžkovém boxu jsou elektrická resuscitační lůžka. Přístrojovým vybavením pro všechna lůžka jsou infuzní pumpy, injekční dávkovače, vyhřívaný nebulizátor, vlhčený kyslík a vakuová odsávačka. Jednolůžkový box je navíc vybaven druhým plicním ventilátorem a přístrojové vybavení se plně shoduje s vybavením příjmové části JIP. Monitory na dvojlůžkovém a trojlůžkovém boxu jsou vybaveny pouze měřením základních životních funkcí. Jedná se o monitoraci TK, P, D, SpO₂, TT a EKG křivky. Personálem JIP je vedoucí lékař, staniční sestra s vyšší odbornou školou, která v současné době dokončuje vysokoškolské bakalářské studium, devět sester ve směnném provozu, jedna ošetřovatelka a jeden sanitář. Nově vystavěná JIP v Žatci se nachází v nově zrekonstruovaném traktu mezi chirurgickým, interním a gynekologickým oddělením v blízkosti operačních sálů.

1.3 Uspokojování potřeb nemocných na JIP

1.3.1 Uspokojování biologických potřeb nemocných

K posuzování základních životních funkcí má vliv denní režim a mobilita jak zdravého, tak i nemocného člověka. Pohyb podporuje dýchání, zlepšuje prokrvení tkání, podporuje odstraňování sekretů z dýchacích cest, okysličení organismu, snižuje hromadění krve v žilách, čímž se snižuje riziko vzniku trombů a následné plicní embolie, zlepšuje funkční reziduální kapacitu plic, snižuje ochabování svalů a možnost vzniku psychického neklidu, pocitů beznaděje nebo deprese. Tím vším je ohrožen pacient upoutaný na lůžko při hospitalizaci na JIP. Kdy a jak musí pacient vstát z lůžka, se rozhoduje individuálním zhodnocením spolu s pacientem, sestrou, lékařem a fyzioterapeutem. Sestra musí od nemocného přebírat jen tu část aktivit, které není

schopen vykonávat sám a podporuje nezávislost pacienta v maximální možné míře. Soběstačnost lze zhodnotit pomocí Barthelova testu základních všedních činností (příloha 13), (23).

Provedení komplexní péče u pacienta, který potřebuje pouze dopomoc, je pro sestru rychlejší a mnohdy pohodlnější, ale rozhodně tato situace nemá příznivý dopad na psychiku pacienta. Snižuje se tím i motivace, která pomáhá nalézat a rozšiřovat nový smysl života, radovat se z činnosti, posilovat a udržovat kognitivní a motorické funkce. V případě, že je pacient imobilní, stává se zcela závislý na zdravotnickém personálu. Je důležité zdůraznit potřebu správné a časté změny polohy pacienta na lůžku. Sníží se tím riziko vzniku dekubitů, poškození nervů, ochabnutí svalů se ztrátou svalové hmoty a zkrácení šlach. Jestliže k těmto stavům dochází, náprava je dlouhodobá a v některých případech i víceletá. Péče o pacienta v bezvědomí spočívá ve snaze zachovat život a předejít možným komplikacím. V tomto období je pacient zcela závislý na sestře, která zajišťuje jeho pohodlí a základní potřeby, ke kterým patří polohování jako součást prevence komplikací (17).

S upoutáním na lůžko úzce souvisí omezení jedné ze základních biologických potřeb, kterou je vylučování moče a stolice. Způsob uspokojování potřeby vyprazdňování je individuální. Každý člověk má jiné nároky na intimitu, diskrétnost a respektování studu při vyprazdňování. Tím se biologická potřeba stává psychosociální. Nedostatečné nebo žádné uspokojení této potřeby je provázeno somatickými obtížemi, jako je bolest, nadýmání, pocit plnosti, ale také psychickými obtížemi jako je nervozita, napětí, špatná nálada, úzkost, popřípadě strach. Mikce nebo také močení, může být ovlivněna medikamenty. V případě, kdy se pacient není schopen vymočit, může zdravotnický personál pomoci jednorázovým vycévkováním nebo zavedením permanentního močového katétru. Při změně pohybového režimu nebo návratu schopnosti spontánní mikce se močový katétr odstraní. Pokud je zaveden permanentní močový katétr, je následně využit při sledování bilance tekutin a při kontrole vzhledu moče. Defekace, tedy vyprazdňování stolice u hospitalizovaného pacienta na JIP, který je upoutaný na lůžko, je intimní, společenský a celo-zdravotnický problém. Pacient ze strachu před touto potřebou odmítá jíst, přijímat tekutiny

a pohybovat se. Hladovění může vyvolat paradoxní průjem, který většinou způsobí jen další sebezapření pacienta. Při dlouhodobé hospitalizaci může tento postoj vést k malnutrici a následným komplikacím. Odpadní látky zůstávají v těle, hromadí se, pacient slábne a upoutání na lůžku se tak prodlužuje (17,23).

Vylučování souvisí s výživou jako základní biologickou potřebou člověka. Výživa je nezbytným předpokladem k udržování homeostázy v organismu a předpokladem k udržení života. Výživa neslouží pouze k uspokojení trávicího ústrojí a energetických nároků organismu, ale také k uspokojení psychosociální potřeby. Výživa se dělí na enterální a parenterální. Enterální výživa je nej přirozenější způsob příjmu potravy. Ústí je potrava zpracovávána a živiny přijímány gastrointestinálním traktem. Jestliže není pacient schopen přijímat potravu ústy nebo v případě, že jeho stav je natolik vážný, je jedním z možných způsobů gastrická nebo jejunální cesta. Takovému pacientovi se zavádí sonda nebo se zhotoví punkční či chirurgická gastrostomie nebo jejunostomie. V případě, že je enterální výživa podávána jinou než enterální cestou, může být aplikována bolusově nebo kontinuálně pomocí speciální pumpy. Kontinuální aplikace může mít intermitentní charakter s denními nebo nočními přestávkami (2,8).

Komplikace související s enterální výživou mohou být časné, kdy je špatně zavedena sonda nebo když dochází k dislokaci s následnou možnou aspirací. Mezi pozdní komplikace patří eroze a otlaky na sliznici v okolí sondy, možná aspirace, průjem při netoleranci výživy, porucha resorpce s následnou hypovolémií, která souvisí se sekvestrací tekutiny do střeva při velké osmotické zátěži. Dále může dojít k metabolickým komplikacím při používání nesprávného přípravku. Je velice důležité znát obsah podávané enterální výživy, pravidelně kontrolovat mineralogram a při dysbalanci vhodně doplňkově hradit (2).

Parenterální výživa je metoda, při které jsou podávány všechny nezbytné nutriční složky mimo gastrointestinální trakt přímo do cévního řečiště. Parenterální výživa se může aplikovat samostatně jako jediný zdroj výživy nemocného nebo jako doplnění výživy perorální nebo enterální. Je indikována tam, kde nemocný nemůže být živěn enterální cestou nebo když je enterální výživa kontraindikována. Jakmile je to jen trochu možné, musí se pacient vyživovat přirozenou cestou. Cesta podávání parenterální

výživy je dvojí. Periferní žilní cestou, pokud je plánovaná nutriční intervence kratší než pět dní a v případě, kdy jsou periferní žíly vhodné pro podání parenterální výživy. Další možností podání je centrálním žilním řečištěm v případech, že stav pacienta vyžaduje podávání roztoků s větší koncentrací. Nutriční intervence se plánuje na déle než pět dní a také v situacích, kdy pacient nemá periferní žíly vhodné pro podávání parenterální výživy. Prostřednictvím centrálního žilního katétru je pacient vyživován a navíc je monitorován centrální žilní tlak, který ukazuje stav vodního hospodářství v organismu. Veškeré katétry a sondy, které má pacient zavedené v těle, ovlivňují částečně i celkově jeho psychický stav, pohybový režim a samotný přístup k léčbě (2).

1.3.2 Uspokojování psychických potřeb nemocných

Potřebu jistoty a bezpečí je možné rozdělit na potřebu vyhnout se ohrožení, potřebu ochrany, obrany a důvěry. Důležitou roli hraje soběstačnost nemocného, množství podaných informací a schopnost nemocného se v informacích orientovat. Je velice důležité si uvědomit, že jistota může pro mnohé z nás znamenat potřebu vlastnictví a hromadění majetku nebo naopak potřebu míru, klidu, naděje a víry (7).

Tyto potřeby vyjadřují touhu po ochraně, spolehlivosti, ekonomickém zajištění a stabilitě. Pocit jistoty a bezpečí ovlivňuje fyziologickou stránku člověka, umožňuje člověku získat důvěru, životní hodnoty, nezávislost a orientaci v mezilidském světě. Potřeba jistoty a bezpečí, jako základní lidské potřeby, souvisí s přežitím jedince a sebezáchovou. Právo na život, jistotu a svobodu osobnosti, právo na sociální jistoty a právo na jistoty v případě nezaměstnanosti, nemoci, stáří a invalidity jsou zakotveny také v Listině základních práv a svobod. Psychickou odezvou na neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí může být strach, úzkost, hněv a smutek (7,8).

Bolest je subjektivní prožitek a ovlivňuje radost ze života. Jestliže dosáhne určité intenzity, může sama o sobě zničit lidský život. Pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče je důležité si pamatovat, že bolest existuje vždy, pokud nemocný říká, že ji má. Akutní bolest se objeví okamžitě po bolestivém podnětu. Může být pálivá, ostrá a vychází z kůže, svalů a kloubů. Krátkodobá bolest s vyšší intenzitou pro nemocného znamená velkou zátěž. Je tedy možné předpokládat častější výskyt neadekvátních

reakcí. V takovém případě má obvykle ochranný charakter a upozorňuje na situaci ohrožení. V bolestivé oblasti se může u pacienta objevit zvýšený svalový tonus a prokrvení. Celkově dochází k tachykardii, hypertenzi, tachypnoei, dilataci zorniček, zvýšenému pocení na dlaních a ploskách nohou nebo ke snížení motility gastrointestinálního traktu. Pacient se stává úzkostný, nejistý, má strach a je podrážděný. Chronická bolest trvá déle než 6 měsíců a nemá ochranný ani signalizační význam. K této bolesti patří bolesti v oblasti pohybového aparátu, hlavy, obličeje, fantomové bolesti a bolesti při nádorovém onemocnění. K chronické bolesti bývá přidružena porucha spánku, podrážděnost, nechutenství, zácpa, snížená tolerance bolesti, psychomotorická retardace a celkové snížení motorické aktivity. Pacienta, který se na bolest postupně adaptuje, však taková situace velice unavuje a obtěžuje. Takový pacient může být frustrovaný, v depresi, beznaděži a většinou trpí tím, že mu nikdo nevěří. Důležitým úkolem pro ošetrovatelský personál je zjistit lokalizaci, intenzitu a typ bolesti. U dětských a dospělých pacientů nám může posloužit široká řada škál bolesti (příloha 14). Na základě zjištění intenzity bolesti, musí být pacientovi poskytnuta vhodná a dostačující léčba bolesti (5,7,8).

Vnímání potřeb se odráží ve vývojovém stupni jedince, v psychické zralosti, vyrovnanosti, ale také ve víře. Potřeba víry neznačí pouze náboženské potřeby, ale poukazuje na potřebu lásky, milovat a být milován, mít naději, bezpečí, jistotu a víru. Neznamená nutnou potřebu Boha, ale potřebu mít nebo najít nějaký smysl bytí, nemoci a umírání. Jestliže se pacient cítí v bezpečí, má důvěru v ošetrovatelský personál a nebojí se projevit přání v otázce víry. Pro mnohé to znamená nebýt izolován a být v kontaktu se známými se stejnými potřebami, v určité věkové skupině, s určitými mravními normami a zvyky. Pro pacienta je to velice důležité setkání s duchovním, které může nemocnému přinést uspořádání myšlenek, smíření a uklidnění (1).

1.3.3 Uspokojování sociálních potřeb nemocných

Komunikovat s pacientem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní nebo nazlobený, není jednoduché. Je to důležitá oblast sociálních dovedností a interakce dvou nebo více lidí navzájem. Schopnost komunikovat slouží sestře k navázání

a rozvíjení kontaktu s pacientem. Při denním kontaktu s pacientem, poskytuje sestra oporu a pomoc v těžkých chvílích, jelikož pacient v nemocniční péči má omezenou možnost sociálních kontaktů. Možnosti k rozhovoru přijímá většinou pozitivně. K sestře se pacient upíná s osobními, rodinnými, zdravotními, pracovními a jinými problémy. Proto také očekává profesionální přístup. Většinou se pacient potřebuje vypovídat, očekává radu nebo vysílá signál o pomoc. Vhodné řešení pak záleží na komunikačních zkušenostech a schopnostech sestry. Pro komunikaci platí několik pravidel. Vhodné je mluvit přirozeným jazykem, srozumitelně a v kratších větách, nepoužívat cizí slova a odborné výrazy, kterým pacient nerozumí. Vhodná komunikace se volí také podle věku, schopností jedince a vždy je nutné se snažit o zpětnou vazbu (1,24).

Spolupráce pacienta záleží především na vzájemném vztahu a vzájemné komunikaci. Ideální spolupráce je tam, kdy pacient informuje o všem lékaře a ošetřující personál, zajímá se o svoji léčbu a dodržuje stanovená doporučení. Dobrá spolupráce s pacientem probíhá také v důvěře. Pokud pacient vnímá, že má o něj zdravotník zájem, naslouchá mu a umožňuje mu volně se vyjadřovat, je více ochoten brát jeho rady a doporučení, pokud nejsou v příliš velkém rozporu s jeho zvyky a životním stylem. Naopak špatná spolupráce nastává ve vztahu nedůvěry pacienta k zdravotnickému personálu. Panuje zde napětí nebo je nemocný v regresi, kterou buď zdravotník nevidí nebo ji podporuje nevhodným oslovením a tónem. Kvalita komunikace a vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, má značný význam nejen pro průběh, ale také výsledek léčby (7,16).

S potřebou komunikace souvisí informovanost pacienta. Podle etických zásad má pacient vždy právo na pravdivé informace. V některých otázkách je však takové téma diskutabilní. Jak se chovat v případech, kdy lékař trvá na tom, že se pacient nemá dozvědět pravdu o svém zdravotním stavu nebo v situaci, kdy žádá pravdu před pacientem zatajit rodina. Sám pacient si může přát setrvávat v psychickém stavu popření. Pak zdravotníci pacientovi neříkají pravdu. Tímto jednáním se ztrácí důvěra pacienta a zvyšuje se riziko, že se dozví skutečnosti nešetrně od jiného člověka, což může způsobit psychickou, fyzickou i sociální újmu. Pravdivá informace sama o sobě může poškodit pacienta jen vzácně. Z mravního hlediska je lékař oprávněn nesdělít

pacientovi informaci o jeho závažném zdravotním stavu jen vzácně. Chování pacienta v nemocnici je závislé na interakci, reakci a sociální percepci nejen zdravotníků, ale také pacienta samotného. Pomocí sociální percepce si jedinec vytváří obraz druhé osoby v určité situaci (3,27).

1.4 Role sestry při péči o nemocné na JIP

Podle chování a jednání sestry si pacient i veřejnost vytváří obraz o kvalitě práce sester. Nemocný velice citlivě vnímá způsob ošetřování a profesionální dovednosti personálu. Pokud je sestra ve svém oboru dostatečně erudovaná, má zájem, zdravé sebevědomí, sebeúctu, přiměřenou vážnost a skromnost, vzbuzuje úctu a důvěru u pacientů, spolupracovníků i na veřejnosti. Naopak sestra povýšená nebo ponížená, která pomlouvá své spolupracovníky, nadřízené nebo také pracoviště, není v očích pacienta ani veřejnosti důvěryhodná. Nejen chování, ale také vzhled a přístup jsou velice důležité v posuzování sestry pacientem. Na místě je vhodná nálada a smysl pro humor, ale především bez ironie a cynismu. Důvěra pacienta je velice křehký cit a jakákoli křivda, kterou pacient pociťuje, jej hned zlomí. Sestra proto musí být v jednání nejen čestná, poctivá, upřímná, ohleduplná, pozorná a jemná, ale musí být také schopna sebekritiky, mít soucit, shovívavost a takt.

Rozsah poskytované ošetrovatelské péče na JIP je závislý na diagnóze a zdravotním stavu nemocného. Tak jako se neustále vyvíjí zdravotní stav nemocného, vyvíjejí se také jeho potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči. Sestra má obvykle s nemocným daleko bližší vztah než lékař. Pacient je na její péči částečně nebo zcela závislý. Pro sestru je velice důležité znát dokonale všechny jeho potřeby, trpělivě pacienta vyslechnout, poradit a neudílet jen příkazy a zákazy. Musí vždy podporovat jeho soběstačnost a zároveň plně saturovat jeho potřeby (8).

1.4.1 Význam komunikace u nemocných na JIP

Komunikace je dovednost, kterou člověk může rozvíjet během života. Sestra poskytuje denně nemocným oporu a pomoc v těžkých chvílích. Velmi důležitá je v komunikaci možnost reagovat na sdělení. Tato možnost je podstatná pro aktuální

zdravotní stav nemocného a následně ovlivňuje vhodný způsob komunikace, správné porozumění situaci a celému významu sdělení. Sestra musí znát vývojový stupeň a úroveň jedince, kterému informace sděluje a vhodně je umět přizpůsobit. Rychlost řeči musí být úměrná nejen naší znalosti tématu, ale zejména v schopnosti pacienta je pochopit. Ošetrovatelský personál musí vážit hlasitost mluvy podle povahy sdělení a také podle toho, komu a za jakých podmínek je obsah sdělení určen. Sestra má volit vhodná slova a tón hlasu nejen v komunikaci s kolegy, ale také s jedním pacientem nebo s více pacienty. Podle uvážení volí šepot a rozhodně nesmí zlehčovat situaci, při které nezná reakci osoby, se kterou komunikuje. Velice důležité je zvolit vhodné prostředí, zejména pro sdělení závažných informací. U pacientů upoutaných na lůžko je tato velice důležitá potřeba často opomíjena. Při předávání informací má zdravotnický personál mluvit stručně, jasně a zřetelně. Ověřuje, zda nemocný sdělené informaci porozumí a zda pochopí podstatu věci (24).

1.4.2 Význam edukace u nemocných na JIP

Jedním z druhů komunikace je edukace nemocného. Jejím prostřednictvím je pacient zapojen do léčby své nemoci. Sestra školitelka, jako edukátorka pacienta, něčemu učí. Není to jen předávání informací, jedná se o názornou ukázkou, opakování a možnost pro pacienta vyzkoušet si rozsáhlou škálu situací dříve než nastanou. Příkladem je chůze o berlích před plánovanou výměnou kolenního kloubu nebo správný postup při čištění zubů jako prevence zubního kazu. V edukativním rozhovoru se sestra snaží zaktivizovat a motivovat nemocného. V případě, že se pacient nemůže dopředu na vzniklou situaci připravit, prolíná se edukace s informativním rozhovorem. V těchto situacích převládá u pacienta stránka emocí, kdy se musí vyrovnat s nemocí. Velice důležitá je podpora, vidění problému jeho očima, ale také nastínění problému z jiného než jeho pohledu. V edukaci mohou pomoci edukační materiály nebo pomůcky, na které má pacient možnost si sáhnout, prohlédnout si je a vyzkoušet. Vhodný je také kontakt s lidmi se stejným problémem. Podle schopností, soběstačnosti a věku pacienta je důležité přizvat si k edukaci člena rodiny, kterému nemocný plně věří, a kterého

si přeje zasvětit do svých problémů. Rodinný příslušník je jedním z nejdůležitějších aspektů při sdělování závažných informací a také při edukaci s nimi související (10,24).

1.4.3 Význam citové opory při uspokojování potřeb pacienta na JIP

Pacient má právo chovat se svým způsobem, který odpovídá jeho postižení. Na míře postižení je závislá míra stesků a potřeby citové opory. Pokud je léčba vhodná, dojde po určité době k úlevě, ale pokud adekvátně neodpovídá pocitům nemocného, nářky se prohlubují a jsou četnější (5).

Emocionální tíseň, stres a celkový psychický obraz pacienta může být způsoben nejen neuspokojením jedné ze základních potřeb, ale také prostředím a chováním zdravotnického personálu, spolupacientů a rodinných příslušníků. Pacient v těžké životní situaci potřebuje oporu. Tato opora může vycházet z prostředí, personálu zdravotnického zařízení, ale zejména z rodiny samotného nemocného. Pacient potřebuje pocítit lásku, užitečnost a určitou roli, kterou může v rodině zastávat. Jedině tak vidí smysl a cíl ve snaze uzdravit se. Pokud cítí ztrátu citové opory, ztrácí smysl bytí, propadá beznaději a odmítá spolupracovat nejen s rodinou, ale zejména s celým týmem zdravotníků (7).

1.4.4 Překážky v uspokojování potřeb nemocných na JIP

Každý jedinec se v nemocnici stává pacientem. Ať už si to připustí nebo ne. Tento fakt je z psychologického hlediska deprimující. Člověk se náhle ocitá v cizím prostředí, mezi cizími lidmi. Na jedné straně se jedná o zdravotníky, kteří se neustále na něco vyptávají a provádějí různá vyšetření. Na druhé straně jsou to ostatní pacienti, ať už se stejnými nebo úplně jinými problémy. Celá řada rušivých vlivů, jako je hluk, světlo, přístroje, upoutání na lůžko, změna denního režimu, změna stylu stravování a k tomu všemu ještě sama nemoc. Rodina je daleko, návštěvní doba se zdá být krátká a ještě starosti, které pacient má, protože není doma, ale v nemocnici. To všechno jsou překážky, které narušují uspokojování potřeb pacienta hospitalizovaného na JIP. Sociální izolace je spojena s každou hospitalizací a vzhledem k intenzivnímu

a neustálému kontaktu ošetrovatelského personálu s pacientem, je pacient rušen, nemá klid, je neustále pod dohledem a přesto je izolovaný (18).

1.5 Kvalita péče na JIP

Zdraví je podle WHO stav úplné psychické, biologické a sociální pohody a ne jen nepřítomnost nemoci. Aby lidé mohli dělat to, co chtějí, potřebují být zdraví. Zdraví je tedy podstatnou věcí pro naši spokojenost. Zdraví je chápáno jako důležitý prostředek k dosažení cíle, i když tyto cíle bývají velmi rozdílné. Existují i taková pojetí zdraví, kde se zdraví stává cílem samo o sobě a mnohdy nejdůležitější hodnotou pro daného člověka vůbec. Je tomu tak nejen u lidí, kteří mají velké bolesti, u těžce handicapovaných a chronicky nemocných lidí, ale také u lidí, kde se blíží odchod ze života, tedy smrti. Dobré zdraví je výsledkem multifaktoriálních vlivů. Jedním z nich je stres. Déletrvající stres může být příčinou špatného hojení ran. Lidé, kteří žijí dlouhodobě ve stresu, se postupně dostávají do dalšího stresu, a tím může dojít k oslabení imunitních činností organismu. Opuštěnost a osamocenost je dalším z vlivů, které se podílejí na obranyschopnosti jedince. V opačném případě sociální opora pomáhá jedinci vyrovnat se jak se stresem, tak s nemocí. V takovém případě má nezastupitelný vliv na zdraví nebo nemoc také celková nálada (10,11).

Kvalita poskytované ošetrovatelské péče je dána kulturním a sociálním prostředím. Je ovlivněna hodnotami dané společnosti a dále hodnotami těch, kteří ošetrovatelskou péči zajišťují. Medicína výrazně zastiňuje obor ošetrovatelství a dlouho určuje směr kvality péče. Díky důrazu, který je kladen na uspokojování potřeb nemocného a na erudovanost sester, je ošetrovatelská péče od medicínské oddělena, ač spolu úzce souvisí a vzájemně se prolínají. Kvalitní péče se může dosáhnout v případě, že se vytvoří systém, jehož cílem je neustálé zlepšování poskytované péče. Standardy a jejich dodržování zaručují společnost a odborníky danou ošetrovatelskou péči. Vzdělání a počet sester na JIP se specializací anesteziologicko-resuscitační, zaručuje odbornost nejen jejich, ale také celého ošetrovatelského týmu. Dostatečné množství vhodných pomůcek, které jsou nutné pro základní, ale i rozšířenou péči o nemocného a dále samotné přístrojové vybavení JIP, pak umožňuje péči v určité kvalitě, která

odpovídá možnostem nemocnice. Musí však být dodržována v souladu se standardy ošetrovatelské péče. Nejspolehlivějším ukazatelem kvality poskytované ošetrovatelské péče jsou spokojení pacienti. Jedním ze způsobů, jak zjistit spokojenost pacientů na JIP, je vypracování dotazníku, který je zaměřen na spokojenost v určitých oblastech poskytované péče. Dalším způsobem může být využití zápisové knihy „Přání a stížností“ pro pacienty, kde mají možnost projevit pozitivní, ale také negativní postoje k řešení jednotlivých úkonů, které se týkají péče o ně samotné (16,20).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, zda jsou u pacientů hospitalizovaných na JIP Nemocnice Žatec o.p.s. uspokojovány biopsychosociální potřeby.

2.2 Hypotézy

H1/ Pacienti hospitalizovaní na JIP Nemocnice Žatec o.p.s. nemají uspokojovány biologické potřeby.

H2/ Pacienti hospitalizovaní na JIP Nemocnice Žatec o.p.s. mají uspokojovány psychologické potřeby.

H3/ Pacienti hospitalizovaní na JIP Nemocnice Žatec o.p.s. mají uspokojovány sociální potřeby.

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

Potřebné údaje ke zpracování bakalářské práce byly zjišťovány pomocí kvantitativního šetření. Použit byl anonymní dotazník (Příloha 1). Dotazník obsahoval 26 otázek, které byly zavřené a polootevřené. Polootevřené otázky doplňovaly stručné odpovědi.

V dotazníku měly úvodní otázky identifikační charakter. Další otázky byly zaměřeny na biopsychosociální potřeby pacientů hospitalizovaných na JIP a jejich uspokojování.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

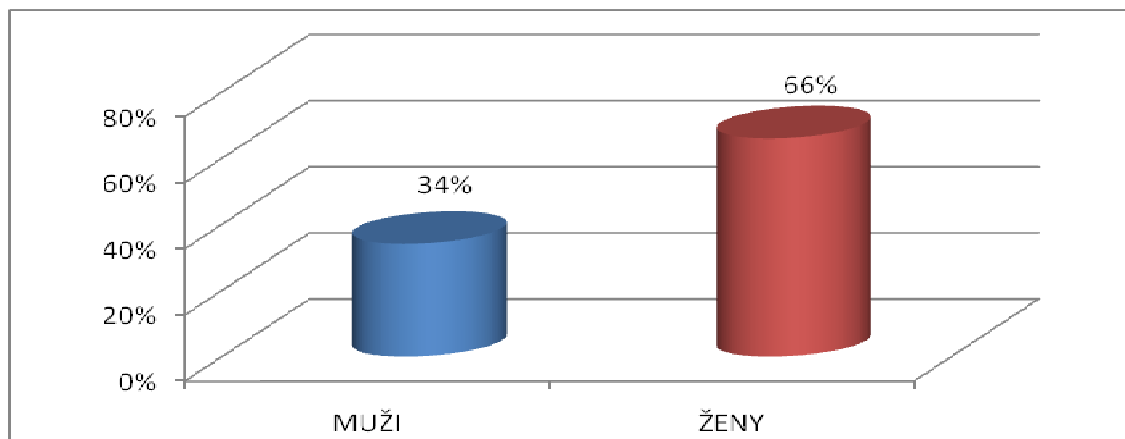
Výzkumné šetření pomocí anonymního dotazníku bylo uskutečněno na základě domluvy s vrchními sestrami chirurgického a interního oddělení Nemocnice Žatec o.p.s. Na těchto odděleních bylo rozdáno 55 dotazníků.

Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na JIP Nemocnice Žatec o.p.s. Dotazník byl předložen pacientům chirurgické JIP mladším 18 let a pacientům interní JIP ve věku od 18 let, aby bylo zjištěno uspokojování biopsychosociálních potřeb pacientů na těchto odděleních.

Z celkového počtu rozdaných dotazníků (55), se jich 5 vrátilo prázdných. Pro neúplnost byly 3 dotazníky vyřazeny. Výzkumný vzorek tedy tvořilo 47 dotazovaných respondentů.

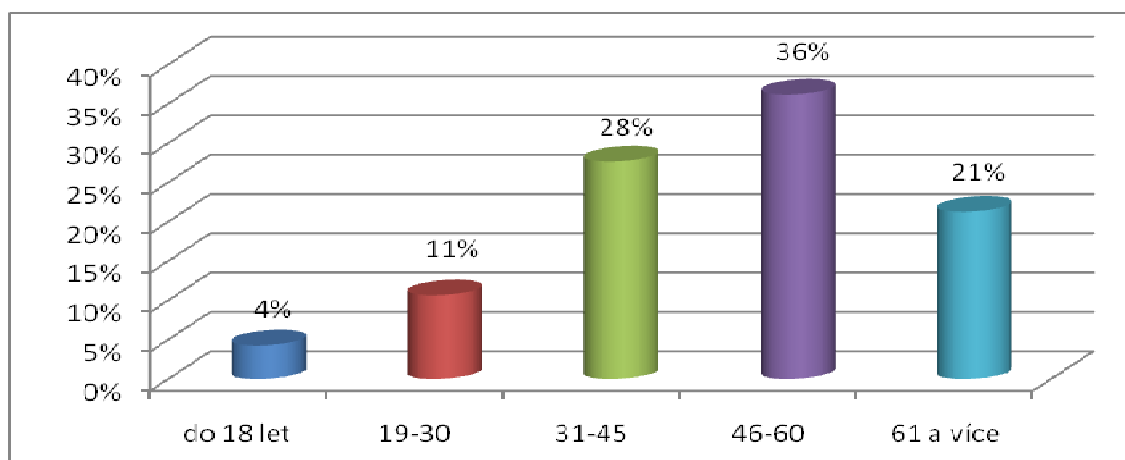
4. Výsledky

Graf 1 - Pohlaví pacientů (graf k otázce č. 1)



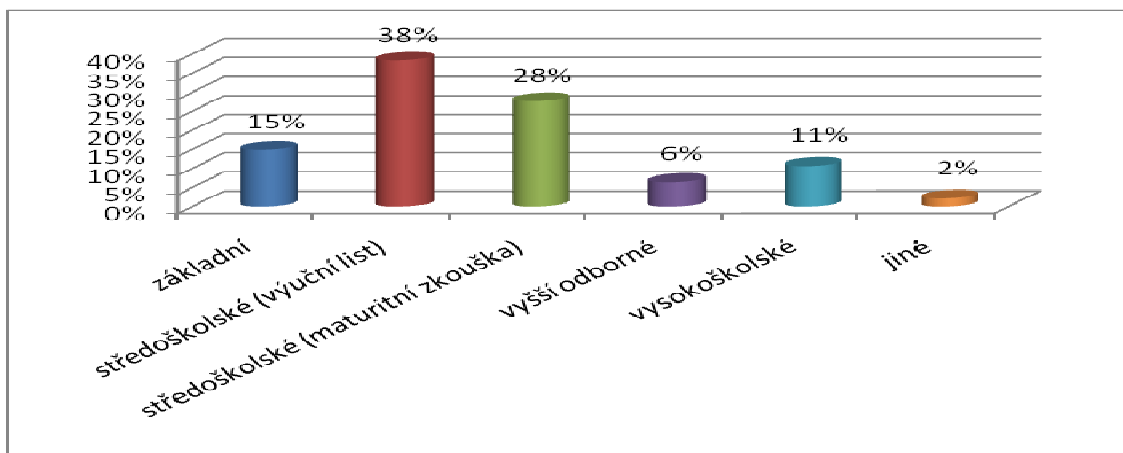
Z celkového počtu dotazovaných respondentů bylo žen 31 (66%) a mužů 16 (34%).

Graf 2 - Věkové kategorie pacientů (graf k otázce č. 2)



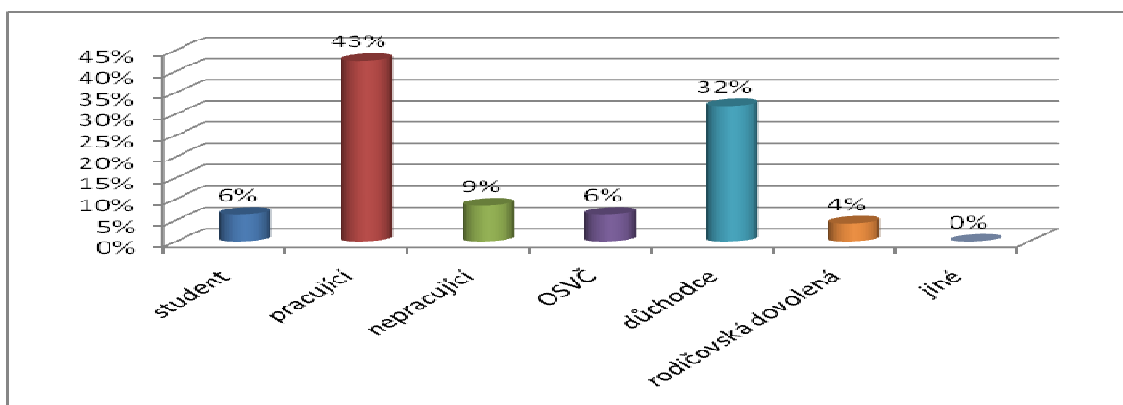
Z celkového počtu dotazovaných respondentů je 17 (36%) v rozmezí věku 46-60 let, 13 (28%) respondentů je v rozmezí věku 31-45 let, 10 (21%) respondentů dosáhlo 61 a více let, 5 (11%) respondentů je ve věku 19-30 let a 2 (4%) respondentům ještě nebylo 18 let.

Graf 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání pacientů (graf k otázce č. 3)



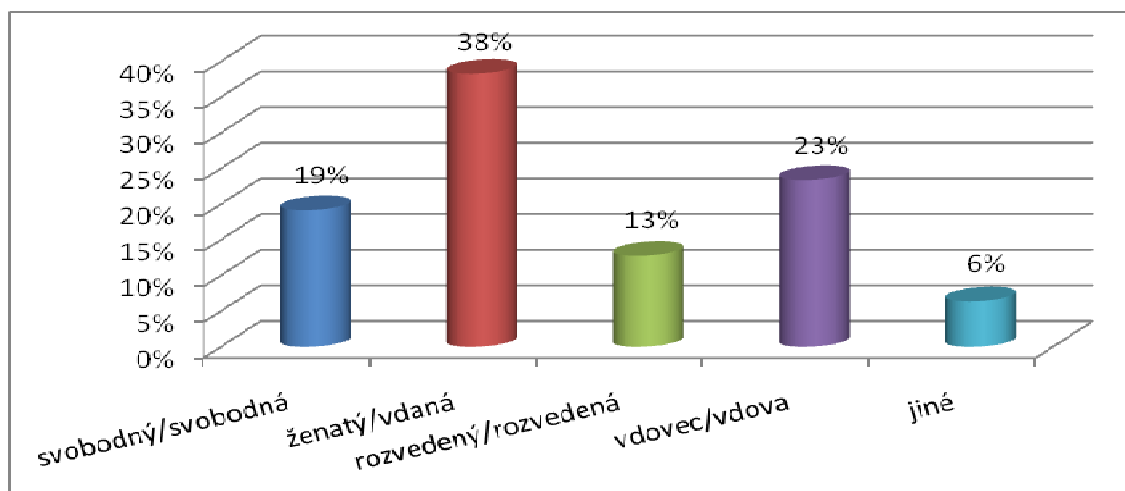
Z celkového počtu dotazovaných respondentů dosáhlo 18 (38%) středoškolské vzdělání ukončené výučním listem, středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou dosáhlo 13 (28%) respondentů, 7 (15%) respondentů dokončilo základní vzdělání, 5 (11%) respondentů dokončilo vzdělání vysokoškolské, 3 (6%) respondentů dokončilo vzdělání vyšší odborné a 1 (2%) respondentů uvedlo možnost jiné odpovědi, což bylo nedokončené základní vzdělání.

Graf 4 - Sociální situace pacientů (graf k otázce č. 4)



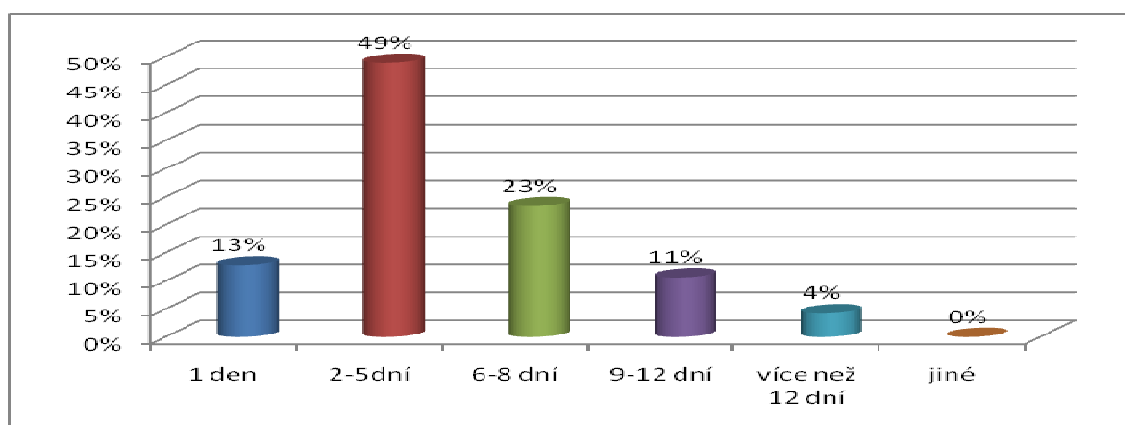
Z celkového počtu dotazovaných respondentů bylo pracujících 20 (43%), respondentů v důchodu 15 (32%), nepracujících 4 (9%), 3 (6%) respondentů byli studenti, 3 (6%) respondentů OSVČ, 2 (4%) uvedli rodičovskou dovolenou a možnost jiné neuvedl žádný z respondentů.

Graf 5 - Rodinný stav pacientů (graf k otázce č. 5)



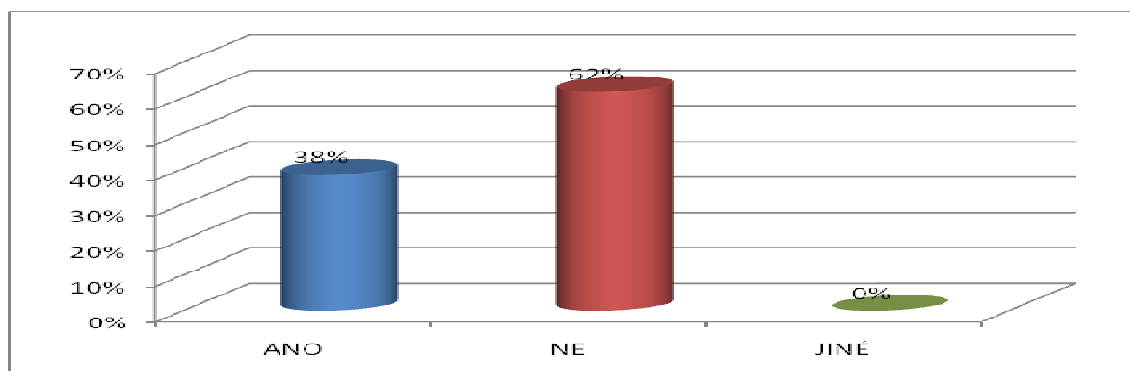
Z celkového počtu dotazovaných bylo 18 (38%) respondentů ve svazku manželském, 11 (23%) respondentů ovdovělých, 9 (19%) respondentů svobodných, 6 (13%) respondentů rozvedených a 3 (6%) respondentů uvedlo jinou odpověď, což bylo vztah druh/družka.

Graf 6 - Délka pobytu pacientů na oddělení (graf k otázce č. 6)



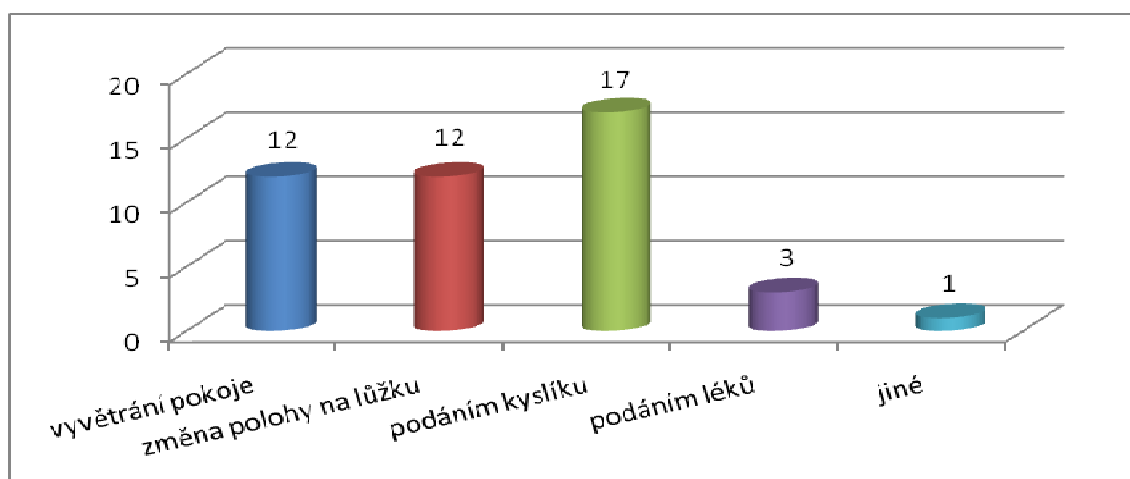
Z celkového počtu dotazovaných bylo na JIP hospitalizováno 2-5 dní 23 (49%) respondentů, 6-8 dní bylo hospitalizováno 11 (23%) respondentů, 6 (13%) respondentů bylo hospitalizováno 1 den, 5 (11%) respondentů bylo hospitalizováno 9-12 dní, 2 (4%) respondentů byla hospitalizována déle než 12 dní a možnost jiné neuvedl žádný z respondentů.

Graf 7 - Potíže pacientů s dýcháním (graf k otázce č. 7)



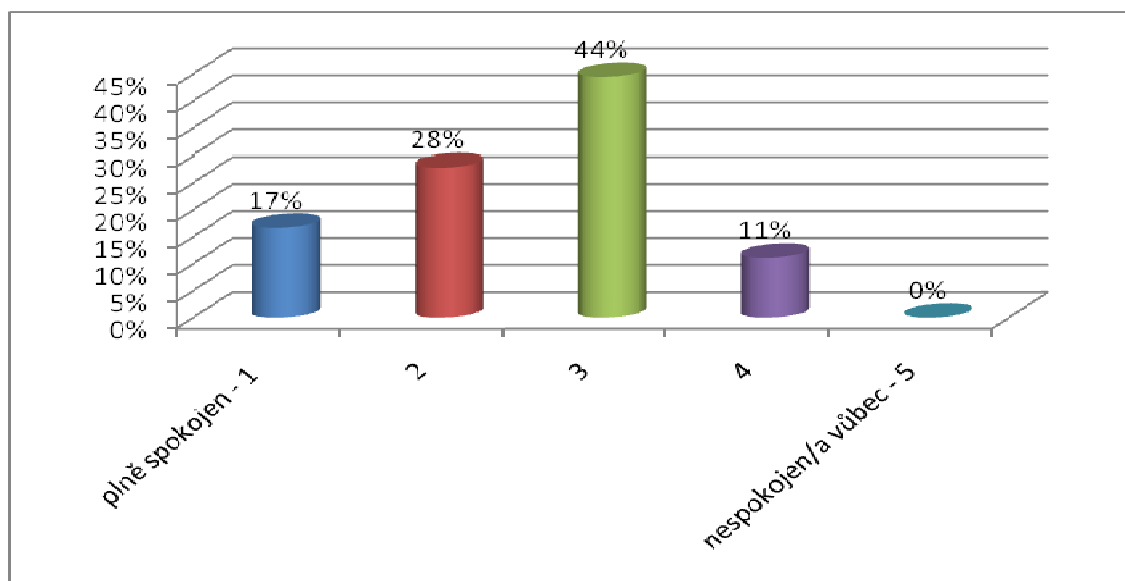
Z celkového počtu dotazovaných respondentů nemělo 29 (62%) potíže s dýcháním, 18 (38%) respondentů potíže s dýcháním mělo a možnost jiné neuvedl žádný z respondentů.

Graf 8 - Způsoby napomáhající uspokojení potřeby dýchání (graf k otázce č. 7)



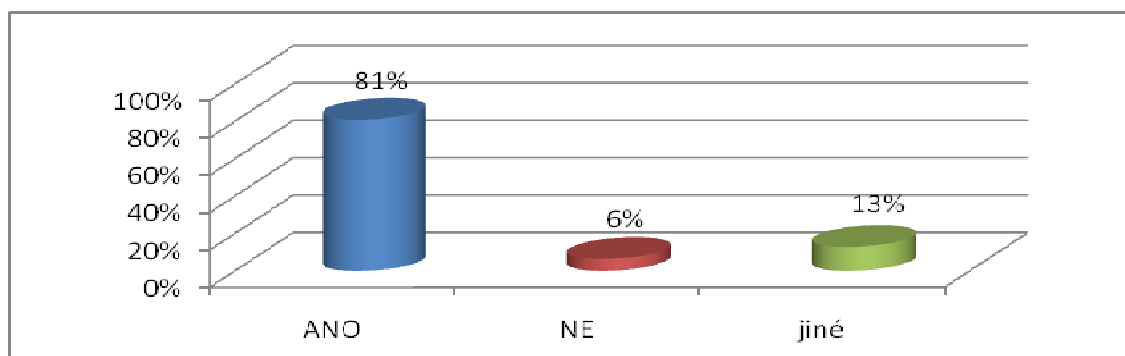
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 7. Graf znázorňuje četnost odpovědí, kde respondenti uvedli jako způsob napomáhající uspokojení potřeby dýchání podání kyslíku (17), změnu polohy na lůžku (12), vyvětráním pokoje (12), podání léků (3) a 1 respondent zvolil možnost jiné odpovědi, což bylo, že nic nepomohlo.

Graf 9 - Uspokojení potřeby dýchání u pacientů na oddělení (graf k otázce č. 7)



Z celkového počtu dotazovaných respondentů bylo spokojeno 21 (44%), spíše spokojeno bylo 13 (28%), plně spokojeno bylo 8 (17%), spíše nespokojeno bylo 5 (11%) a možnost nespokojen vůbec neoznačil žádný z respondentů.

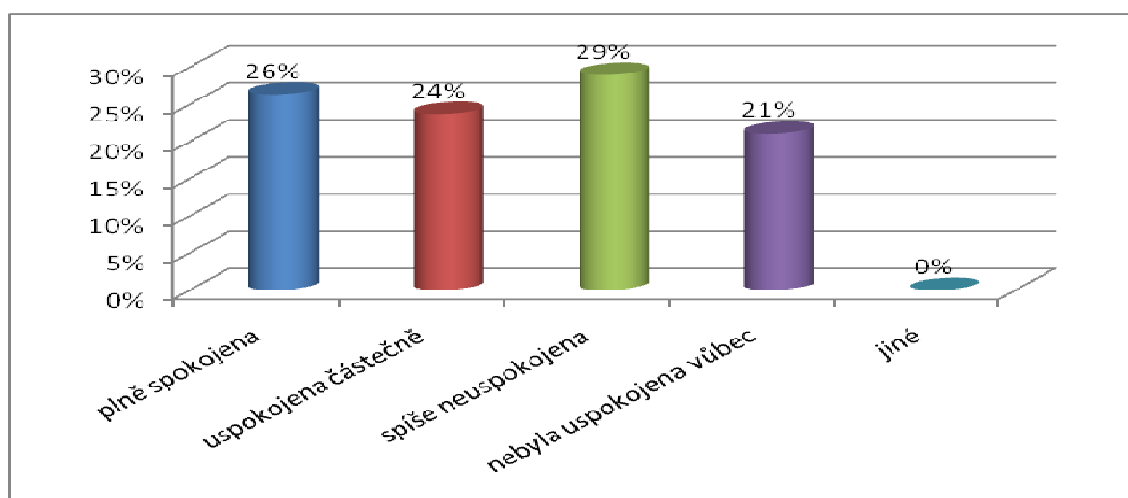
Graf 10 - Potíže pacientů s příjmem stravy (graf k otázce č. 8)



Z celkového počtu dotazovaných respondentů uvedlo 38 (81%) potíže s příjmem stravy, 6 (13%) respondentů zvolilo možnost jiné odpovědi, což bylo nemohu posoudit, 3 (6%) respondentů nemělo potíže s příjmem stravy.

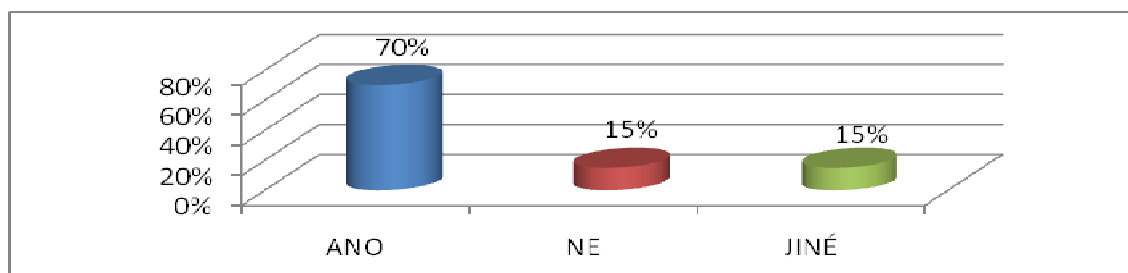
Graf 11 - Uspokojení potřeby příjmu stravy u pacientů na oddělení

(graf k otázce č. 8)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 10. Z celkového počtu dotazovaných respondentů bylo spíše nespokojených 11 (29%), plně spokojených bylo 10 (26%), částečně uspokojených bylo 9 (24%), uspokojených nebylo vůbec 8 (21%) a možnost jiné neuvedl žádný z respondentů.

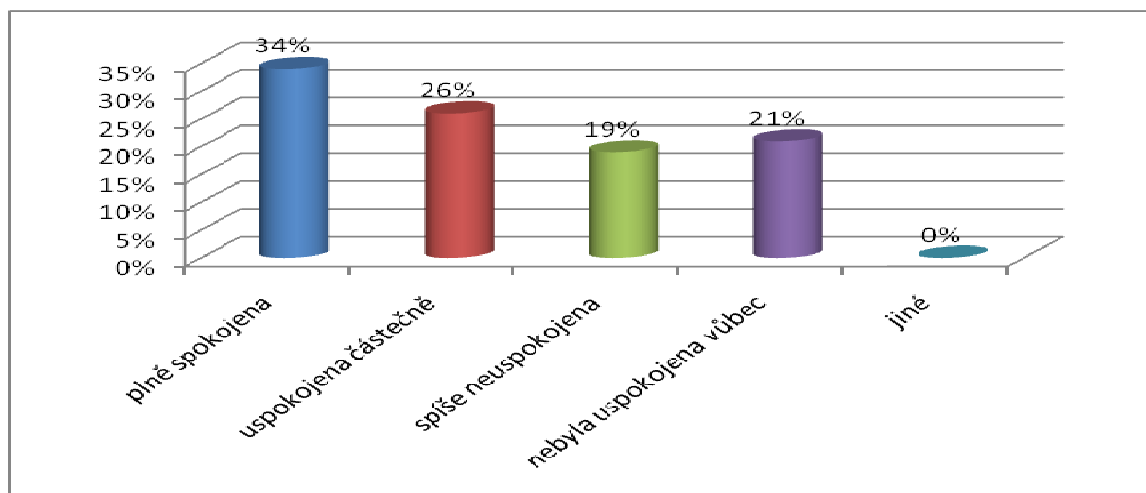
Graf 12 - Potíže pacientů s příjmem tekutin (graf k otázce č. 9)



Z celkového počtu dotazovaných respondentů uvedlo potíže s příjmem tekutin 33 (70%), 7 (15%) respondentů potíže nemělo a 7 (15%) respondentů zvolilo možnost jiné odpovědi, což bylo nehodnotím pro zákaz příjmu tekutin ústy.

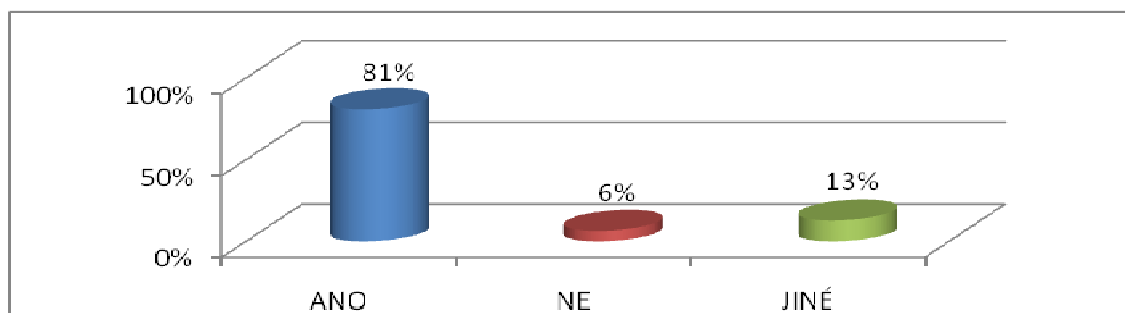
Graf 13 - Uspokojení potřeby příjmu tekutin u pacientů na oddělení

(graf k otázce č. 9)



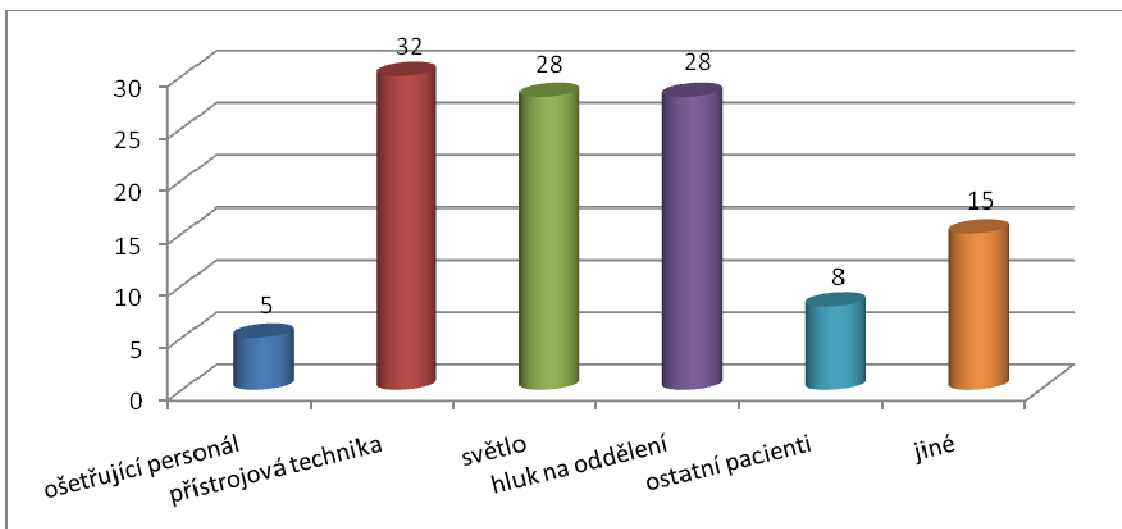
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 12. Z celkového počtu dotazovaných respondentů bylo plně spokojeno 16 (34%), uspokojeno jen částečně bylo 12 (26%), uspokojeno nebylo vůbec 10 (21%), spíše nespokojeno bylo 9 (19%) a možnost jiné neuvedl žádný z respondentů.

Graf 14 - Potíže pacientů se spánkem (graf k otázce č. 10)



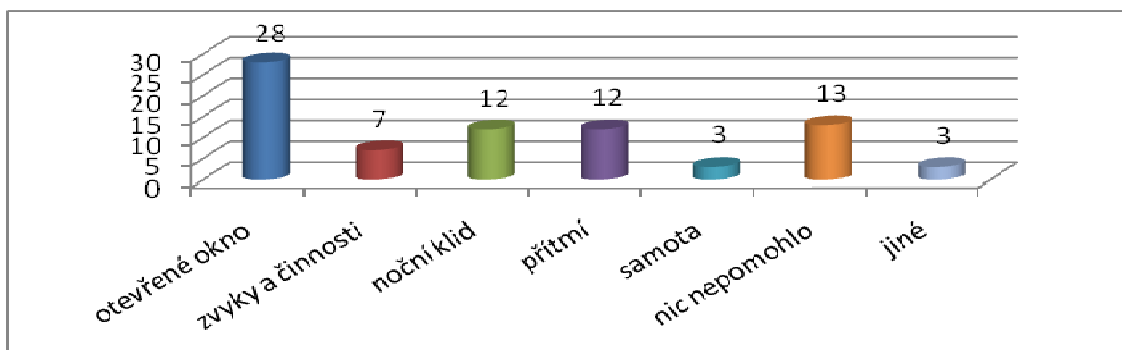
Z celkového počtu dotazovaných respondentů uvedlo potíže se spánkem 38 (81%), 6 (13%) respondentů uvedlo možnost jiné odpovědi, což bylo, že na tomto oddělení nespali a 3 (6%) respondentů potíže se spánkem nemělo.

Graf 15 - Příčiny narušeného spánku pacientů (graf k otázce č. 10)



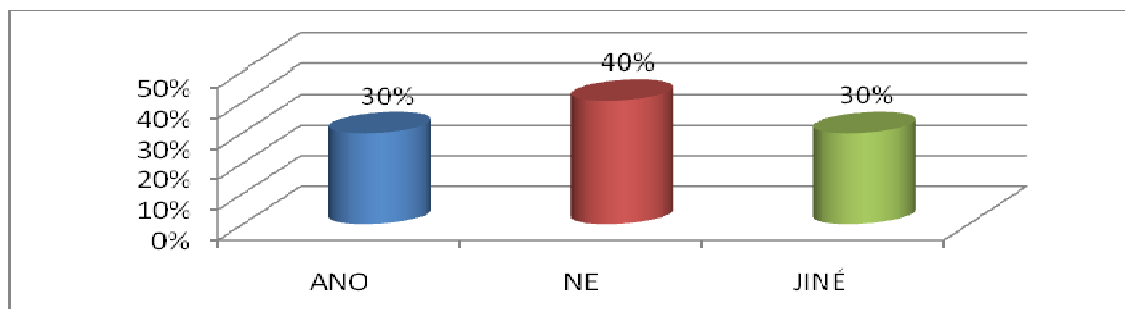
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 14. Graf znázorňuje četnost odpovědí, kde respondenti jako příčinu narušeného spánku uvedli přístrojovou techniku (32), světlo (28), hluk na oddělení (28), možnost jiné odpovědi, což bylo teplotní rozdíly v místnosti (15), ostatní pacienty (8) a ošetřující personál (5).

Graf 16 - Způsoby napomáhající uspokojení potřeby spánku (graf k otázce č. 11)



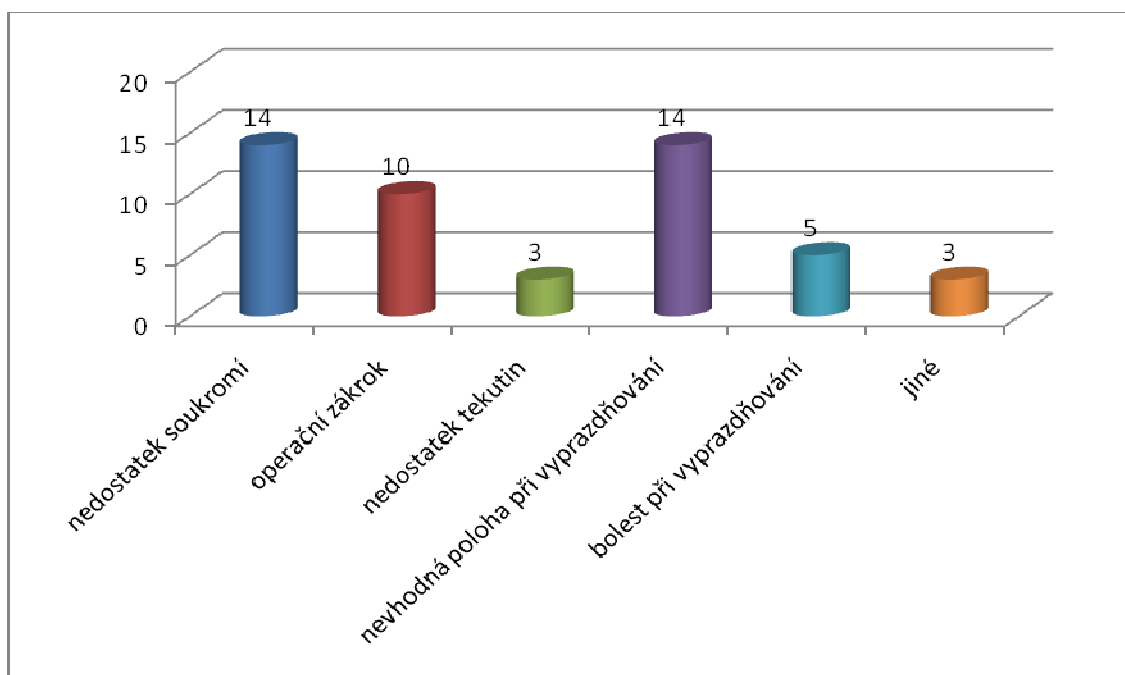
Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí k uspokojení potřeby spánku napomohlo otevřené okno (28), nepomohlo nic (13), noční klid (12), přítomí (12), zvyky a činnosti spojené s běžným spánkovým režimem (7), samota (3) a jako možnost jiné odpovědi léčiva (3).

Graf 17 - Potíže pacientů s vyprazdňováním moče (graf k otázce č. 12)



Z celkového počtu dotazovaných respondentů nemělo potíže s močením 19 (40%), 14 (30%) respondentů potíže s močením mělo a 14 (30%) respondentů zvolilo možnost jiné odpovědi, což bylo, že měli zavedený permanentní katétr.

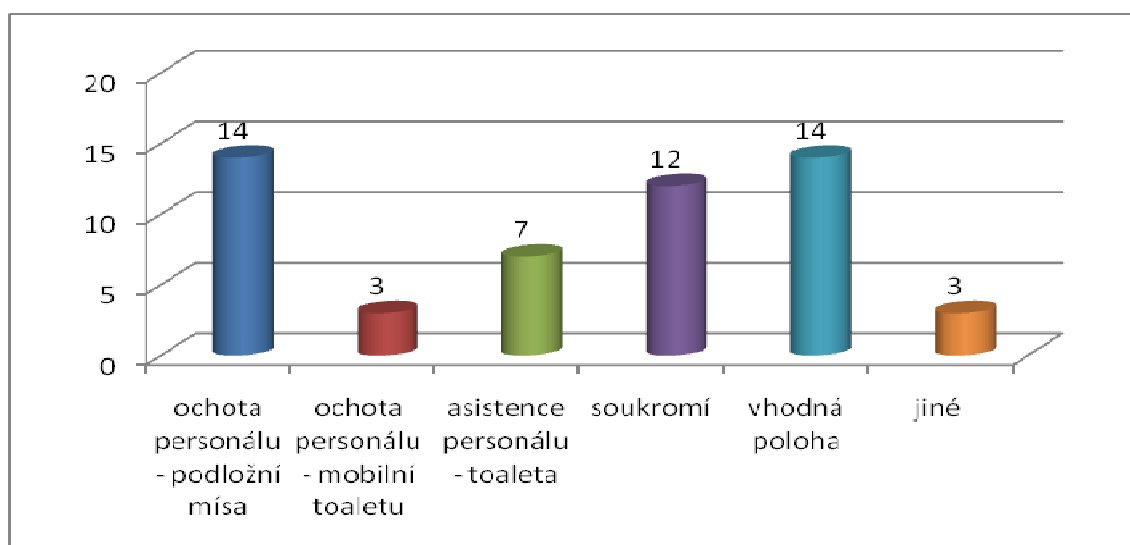
Graf 18 - Příčiny poruchy močení u pacientů na oddělení (graf k otázce č. 12)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 17. Graf znázorňuje četnost odpovědí, kde příčinou poruchy močení byl nedostatek soukromí (14), nevhodná poloha při močení (14), operační zákrok (10), bolest při vyprazdňování (5), problém s nedostatkem tekutin (3) a možnost jiné odpovědi, což bylo, že zatím nemočili (3).

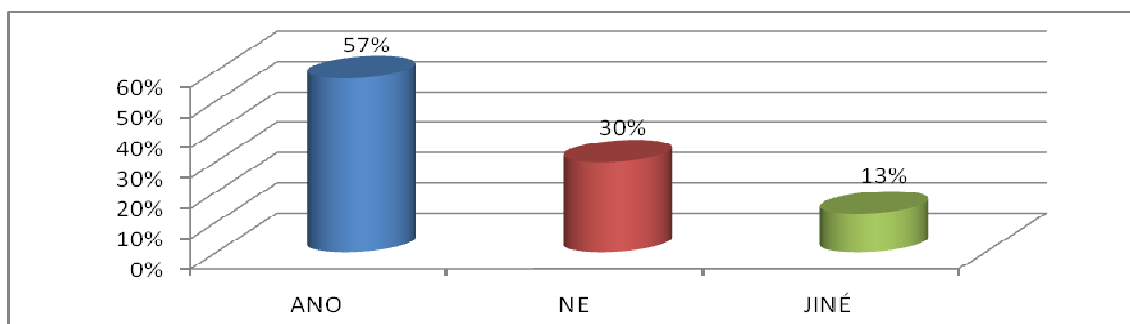
Graf 19 - Způsoby napomáhající uspokojení potřeby vyprazdňování moče

(graf k otázce č. 13)



Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí v uspokojení potřeby vyprazdňování moče byla u možnosti ochota personálu při vysazování na podložní mísu (14) a vhodná poloha (14), možnost soulkromí (12), asistence personálu při vyprazdňování na toaletě (7), ochota personálu při vyprazdňování na mobilní toaletu (3) a možnost jiné odpovědi, což bylo nevím (3).

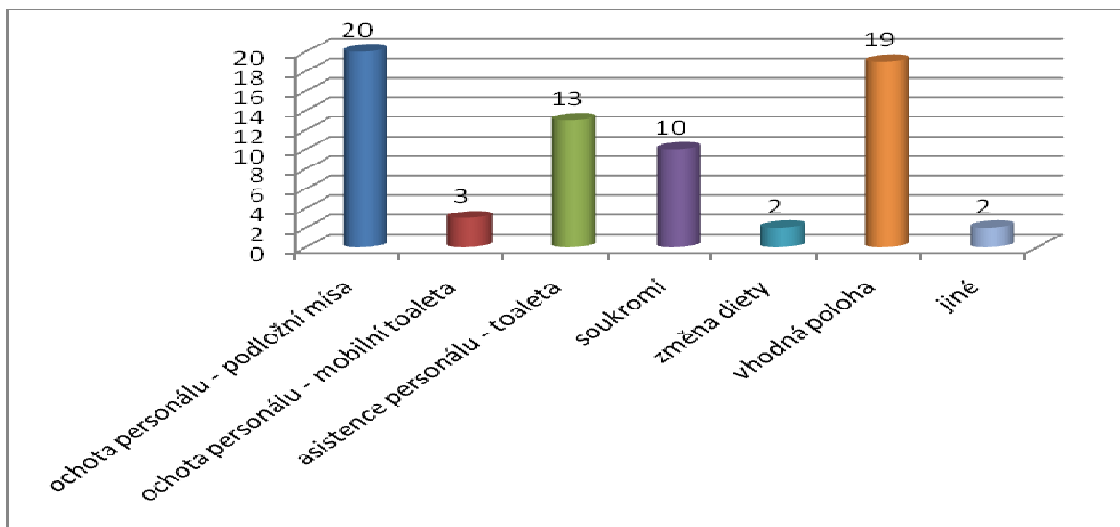
Graf 20 - Potíže pacientů s vyprazdňováním stolice (graf k otázce č. 14)



Z celkového počtu dotazovaných respondentů mělo potíže s vyprazdňováním stolice 27 (57%), 14 (30%) respondentů nemělo potíže s vyprazdňováním stolice a 6 (13%) respondentů uvedlo možnost jiné odpovědi, což bylo, že nepotřebovalo na stolicí.

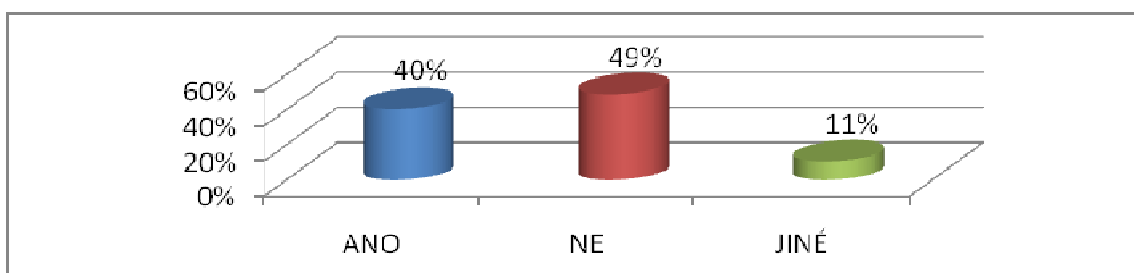
Graf 21 - Způsoby napomáhající uspokojení potřeby vyprazdňování stolice

(graf k otázce č. 14)



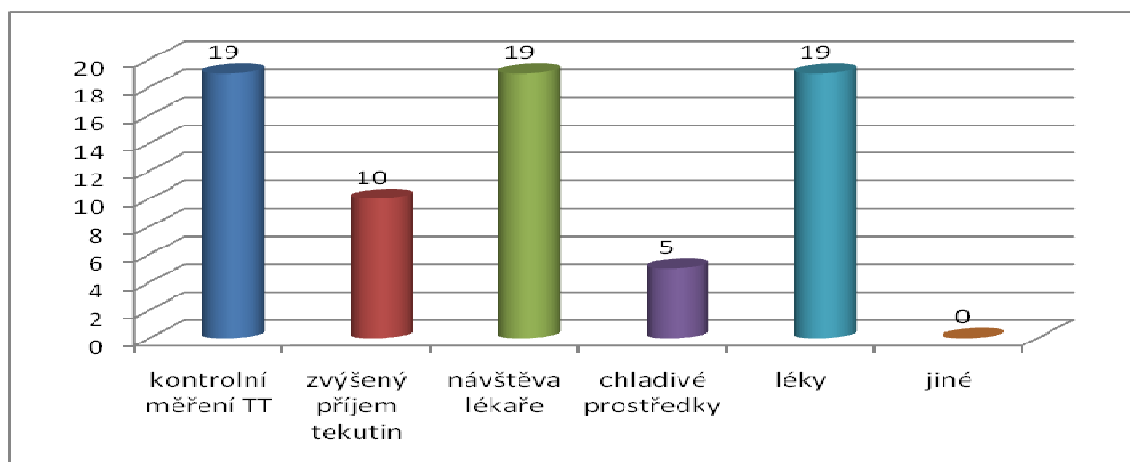
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 20. Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí, jako způsob uspokojení potřeby vyprázdnit se, byla u možnosti ochota personálu při vysazení na podložní mísu v lůžku (20), vhodná poloha (19), asistence personálu při vyprazdňování na toaletě (13), soulkromí (10), ochota personálu při vyprazdňování na mobilní toaletu (3), možnost jiné odpovědi, což bylo, že nepomohlo nic (2) a změna diety (2).

Graf 22 - Zvýšená tělesná teplota pacientů na oddělení (graf k otázce č. 15)



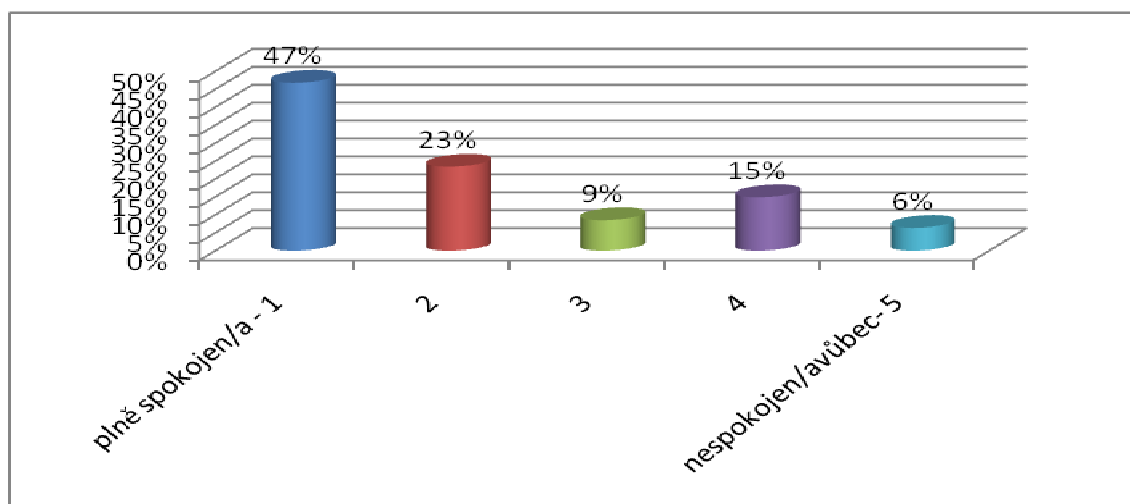
Z celkového počtu dotazovaných respondentů nemělo zvýšenou tělesnou teplotu 23 (49%), zvýšenou tělesnou teplotu mělo 19 (40%) respondentů a 5 (11%) respondentů zvolilo možnost jiné odpovědi, což bylo nevím.

Graf 23 - Možnosti napomáhající snížit tělesnou teplotu (graf k otázce č. 15)



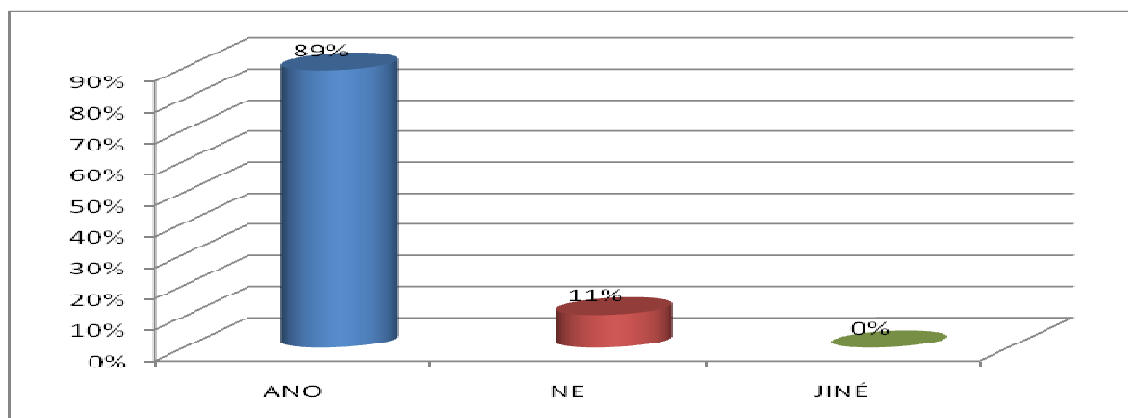
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 22. Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí, jako možnost řešení tohoto problému, byla u možnosti kontrolní měření teploty (19), návštěva lékaře u lůžka (19) a léky (19), zvýšení příjmu tekutin (10), chladivé prostředky (5) a možnost jiné neuvedl žádný z respondentů.

Graf 24 - Uspokojení potřeby být bez teploty (graf k otázce č. 16)



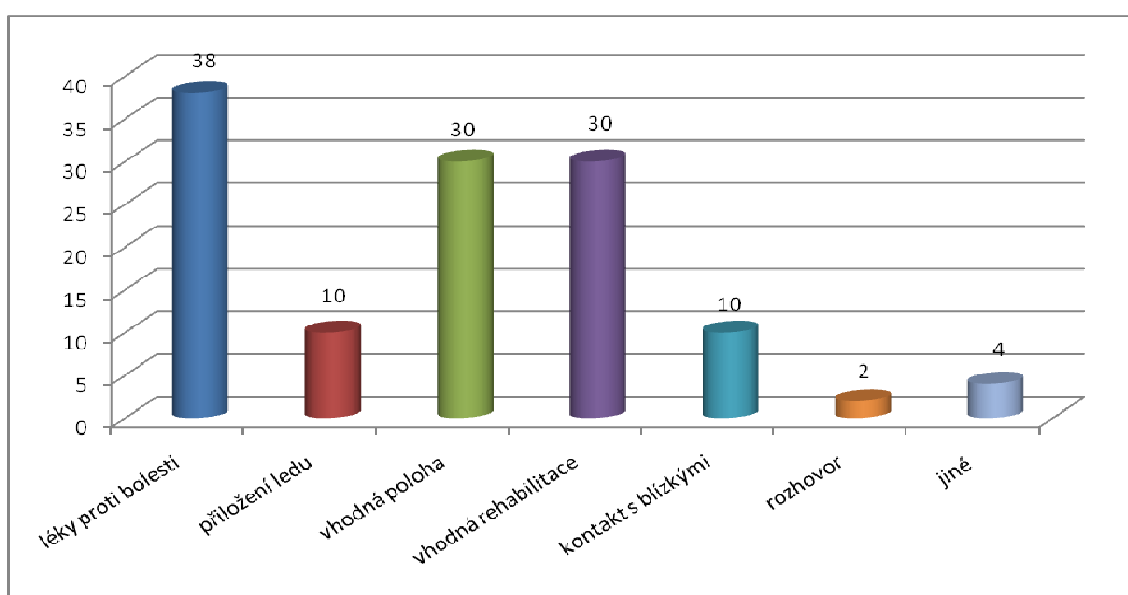
Z celkového počtu dotazovaných bylo plně spokojených v uspokojení potřeby být bez teploty 22 (47%), spíše spokojených bylo 11 (23%), spíše nespokojených bylo 7 (15%), spokojeno bylo 4 (9%) a 3 (6%) respondentů nebylo spokojeno vůbec.

Graf 25 - Výskyt bolesti u pacientů na oddělení (graf k otázce č. 17)



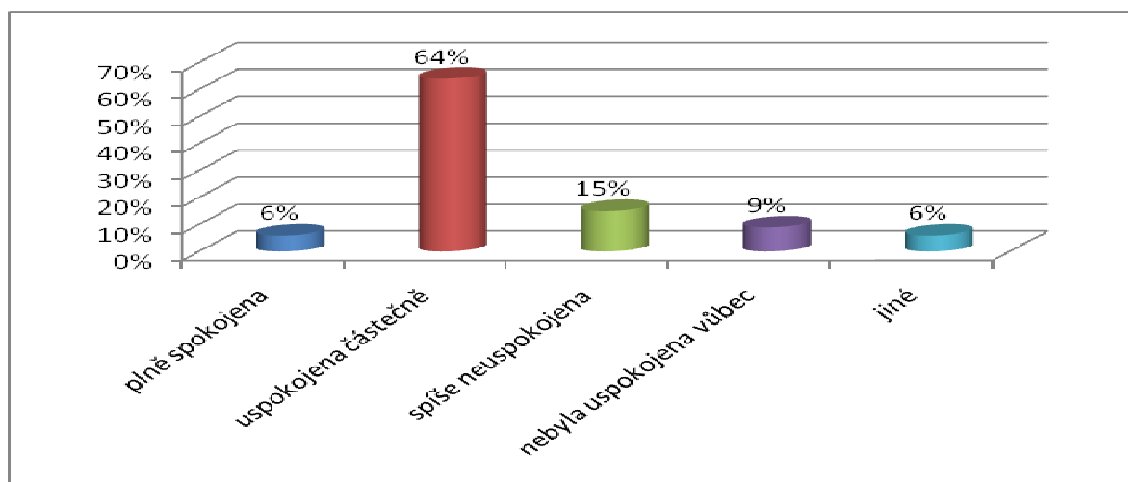
Z celkového počtu dotazovaných respondentů bolest označilo 42 (89%) pouze 5 (11%) respondentů bylo bez bolesti a možnost jiné neuvedl žádný z respondentů.

Graf 26 - Způsoby napomáhající tišení bolesti (graf k otázce č. 17)



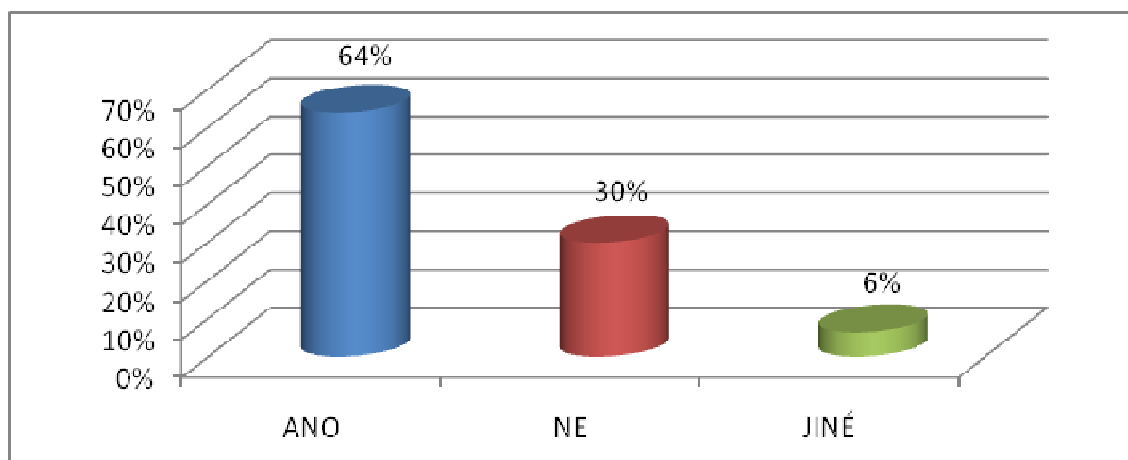
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 25. Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti léky proti tišení bolesti (38), vhodná poloha (30) a rehabilitace (30), možnost přiložení ledu (10) a kontakt s blízkými (10), možnost jiné odpovědi zněla bolest nebyla tišena (4) a rozhovor (2).

Graf 27 - Uspokojení potřeby být bez bolesti (graf k otázce č. 18)



Ze celkového počtu dotazovaných bylo částečně uspokojeno 30 (64%), spíše nespokojeno bylo 7 (15%), uspokojeno nebylo vůbec 4 (9%), plně spokojeno bylo 3 (6%) a 3(6%) respondentů uvedlo možnost jiné odpovědi, což bylo nevím.

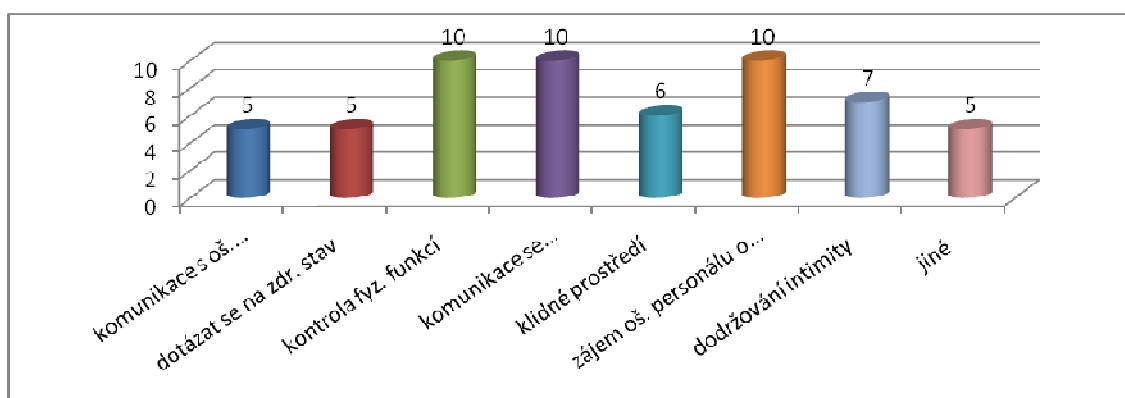
Graf 28 - Pocit bezpečí pacientů na oddělení (graf k otázce č. 19)



Z celkového počtu dotazovaných respondentů se na oddělení cítilo bezpečně 30 (64%), pocit bezpečí nemělo 14 (30%) respondentů a 3 (6%) respondentů zvolilo možnost jiné odpovědi, což bylo nevím.

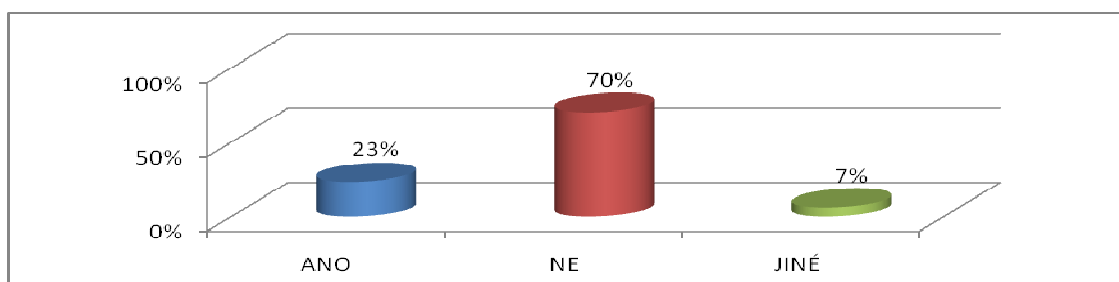
Graf 29 - Způsoby vedoucí k uspokojení potřeby pacientů být v bezpečí

(graf k otázce č.19)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 28. Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti kontroly fyziologických funkcí (10), komunikace s ostatními pacienty (10) a zájem ošetrovatelského personálu o zdravotní stav (10), možnost dodržování intimity (7), klidné prostředí (6), komunikace s ošetřujícím personálem (5), dotaz na svůj zdravotní stav (5) a možnost jiné odpovědi byla, že k uspokojení potřeby být v bezpečí nepomohlo nic (5).

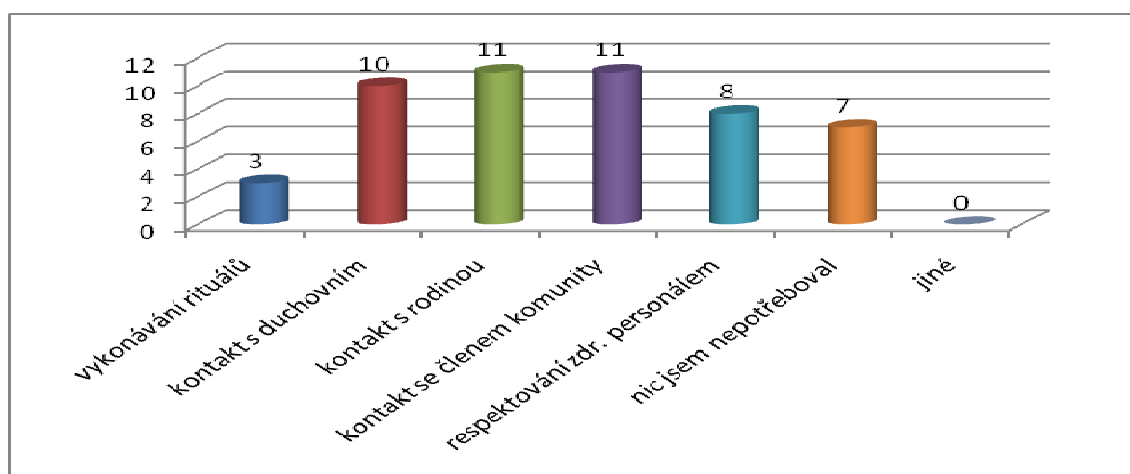
Graf 30 - Víra pacientů (graf k otázce č. 20)



Z celkového počtu dotazovaných respondentů uvedlo, že nejsou věřící 33 (70%), 11 (23%) respondentů uvedlo, že jsou věřící a 3 (7%) respondentů zvolilo možnost jiné odpovědi, což bylo, že je to jejich osobní věc.

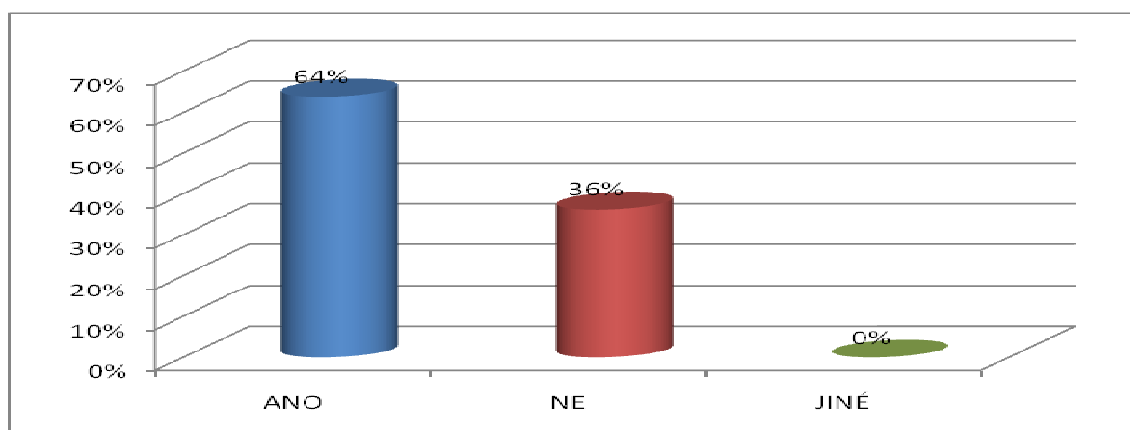
Graf 31 - Způsoby napomáhající k uspokojení potřeby víry u pacientů

(graf k otázce č. 20)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 30. Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti kontakt s rodinou (11) a kontakt se členem komunity (11), možnost kontakt s duchovním (10), respektováním ze strany personálu (8), nic nepotřebovalo (7), možnost vykonávání běžných rituálů (3) a možnost jiné odpovědi neuvedl žádný z respondentů.

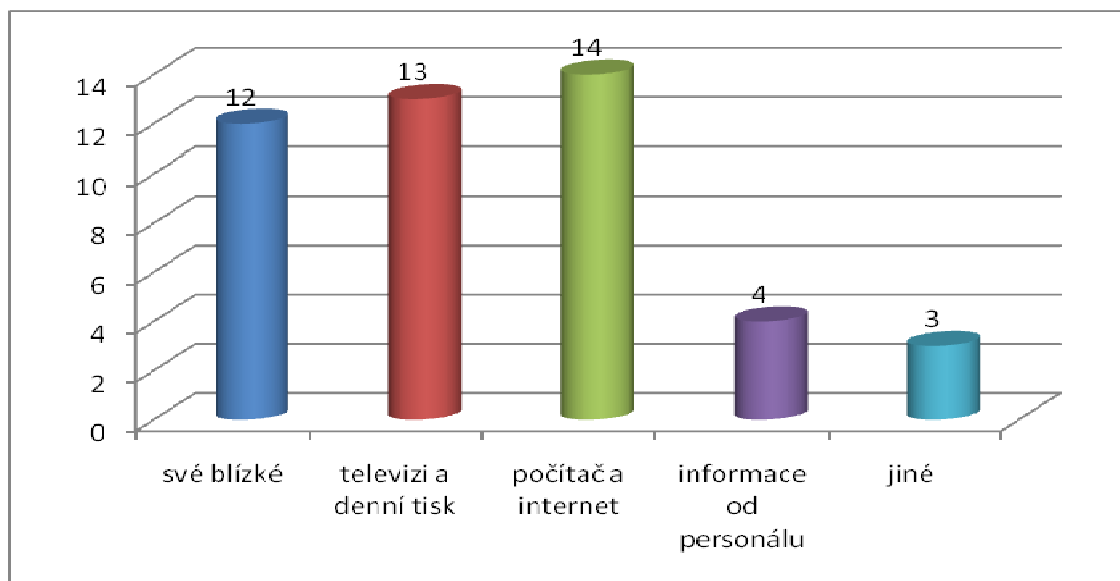
Graf 32 - Přístup pacientů k informacím (graf k otázce č. 21)



Z celkového počtu dotazovaných respondentů uvedlo 30 (64%), že měli přístup k informacím, 17 (36%) respondentů nemělo dostatečný přístup k informacím a možnost jiné neuvedl žádný z respondentů.

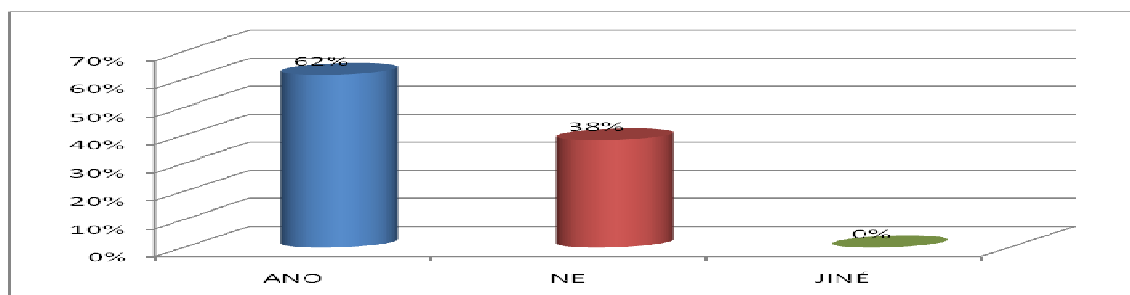
Graf 33 - Strádání pacientů v uspokojování potřeby týkající se informací

(graf k otázce č. 21)



Graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu 32. Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí, byla u možnosti počítač a internet (14), televizi a denní tisk (13), kontakt s blízkými (12), informace od ošetřovatelského personálu (4) a jako možnost jiné odpovědi uvedli respondenti tabákové výrobky (3).

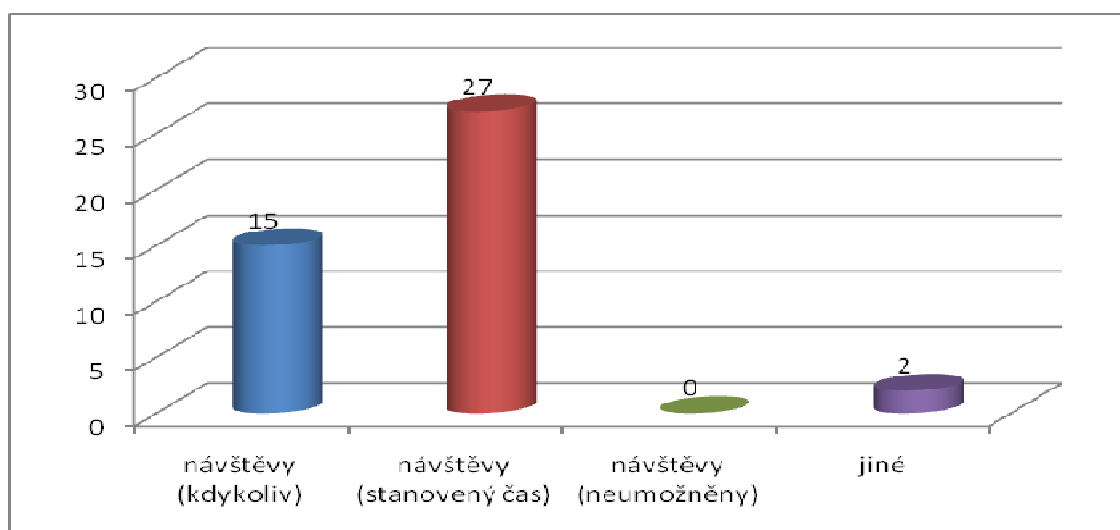
Graf 34 - Potřeba pacientů být v kontaktu s rodinou (graf k otázce č. 22)



Z celkového počtu dotazovaných respondentů mělo potřebu být v kontaktu s rodinou 29 (62%), 18 (38%) respondentů tuto potřebu nemělo a možnost jiné neuvedl žádný z respondentů.

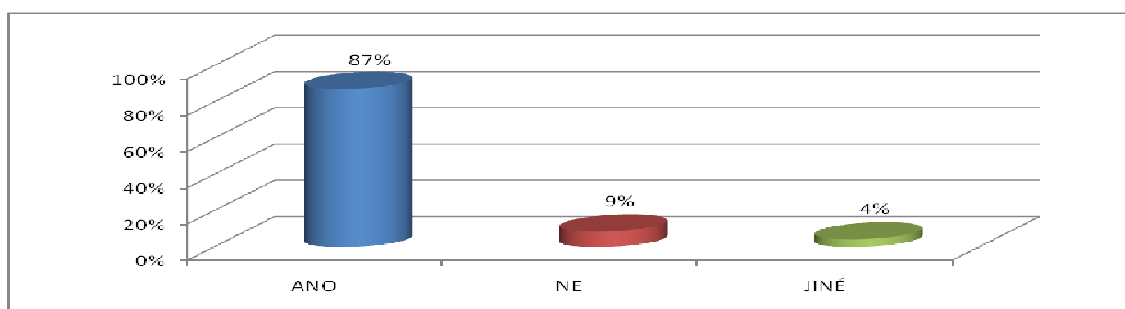
Graf 35 - Možnosti řešení potřeb pacientů být v kontaktu s rodinou

(graf k otázce č. 22)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 34. Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti, že návštěvy byly umožněny ve stanovený čas (27), možnost návštěv kdykoli (15), možnost jiné odpovědi byla, že návštěvu neměli (2) a žádný z respondentů neměl nepovolenou návštěvu.

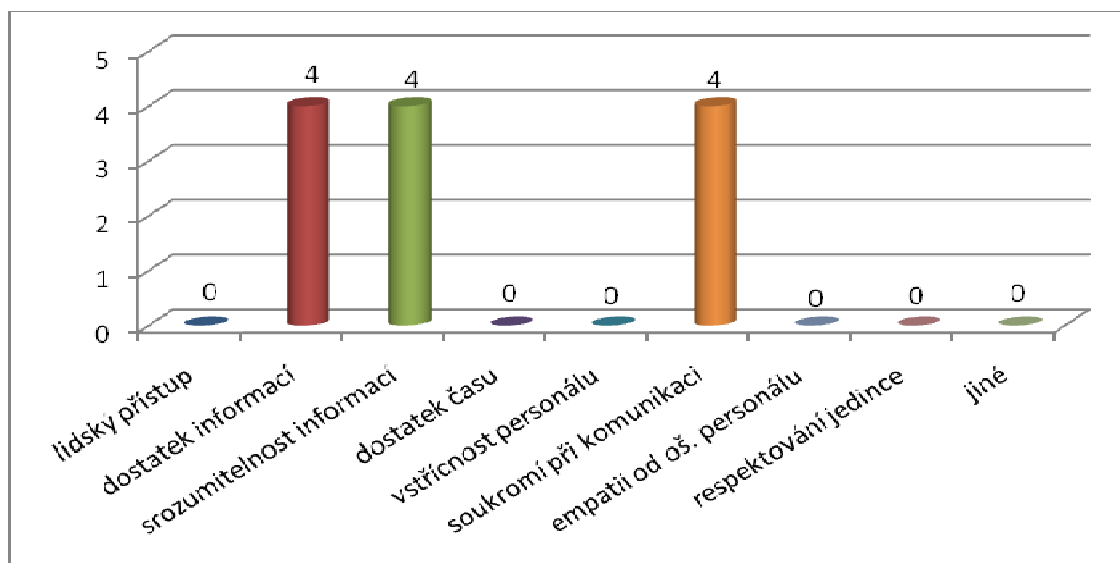
Graf 36 - Uspokojení potřeb pacientů z hlediska komunikace s ošetřovatelským personálem (graf k otázce č. 23)



Z celkového počtu dotazovaných respondentů byla uspokojena potřeba komunikace s ošetřovatelským personálem 41 (87%), potřeba komunikace s ošetřujícím personálem uspokojena nebyla u 4 (9%) respondentů a možnost jiné odpovědi byla neví 2(4%).

Graf 37 - Strádání pacientů v uspokojování potřeby týkající se komunikace

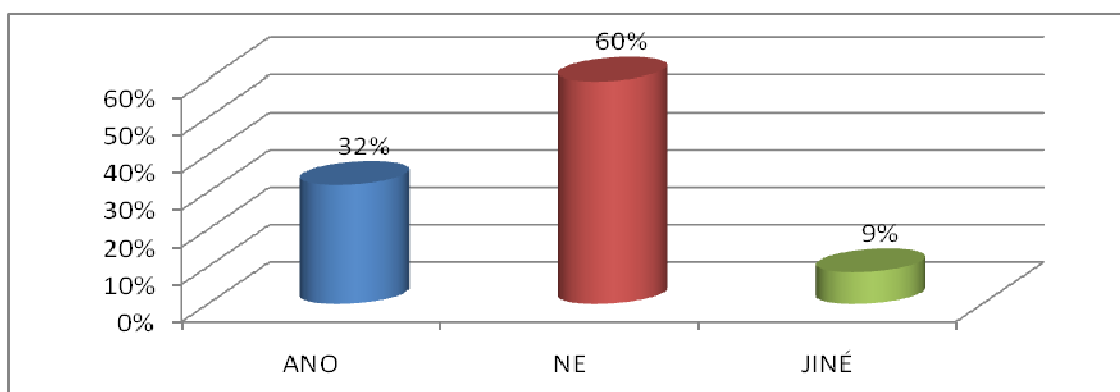
(graf k otázce č. 23)



Graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu 36. Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti, že postrádali dostatek informací (4), srozumitelnost informací (4) a soukromí při komunikaci (4), ostatní možnosti nevyužil žádný z respondentů.

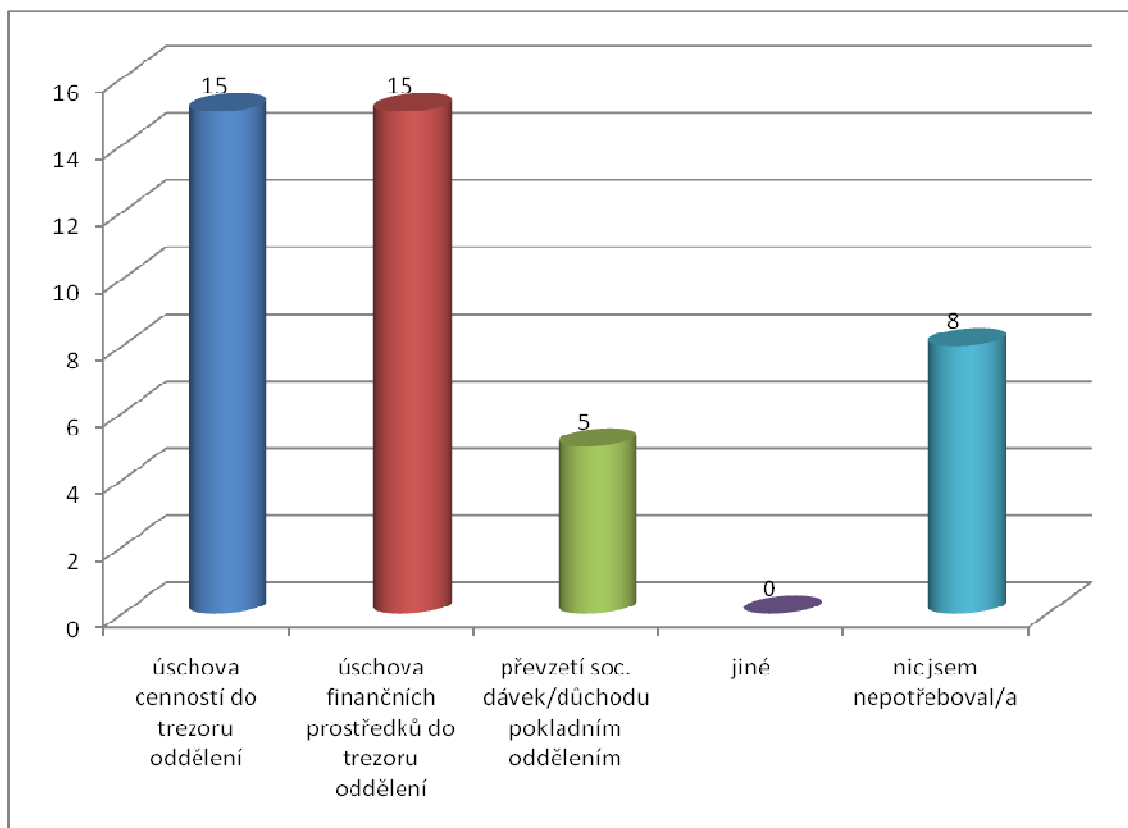
Graf 38 - Obavy pacientů z hlediska svého finančního zajištění a cenností

(graf k otázce č. 24)



Z celkového počtu dotazovaných respondentů nemělo obavy o své finance a cennosti 28 (60%), obavy mělo 15 (32%) respondentů a možnost jiné odpovědi zněla nevím 4 (9%).

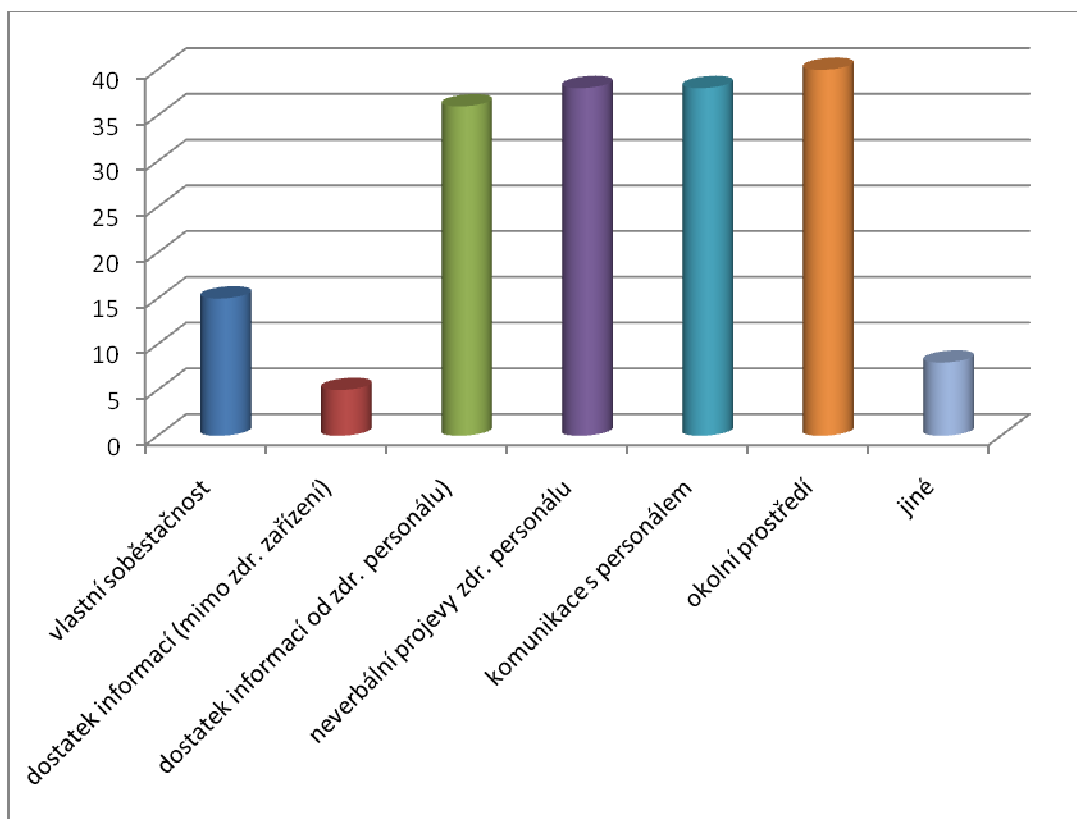
Graf 39 - Způsoby napomáhající uspokojení potřeby finančního zajištění a cenností (graf k otázce č. 24)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 38. Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti úschovy cenností do trezoru oddělení (15) a úschovy finančních prostředků do trezoru oddělení (15), možnost, že nic nepotřebovali (8), další odpovědí byla možnost převzetí sociálních dávek a důchodu při hospitalizaci prostřednictvím pokladního oddělení (5) a jinou odpověď nezvolil žádný z respondentů.

Graf 40 - Pozitiva ovlivňující uspokojování potřeb pacientů na oddělení

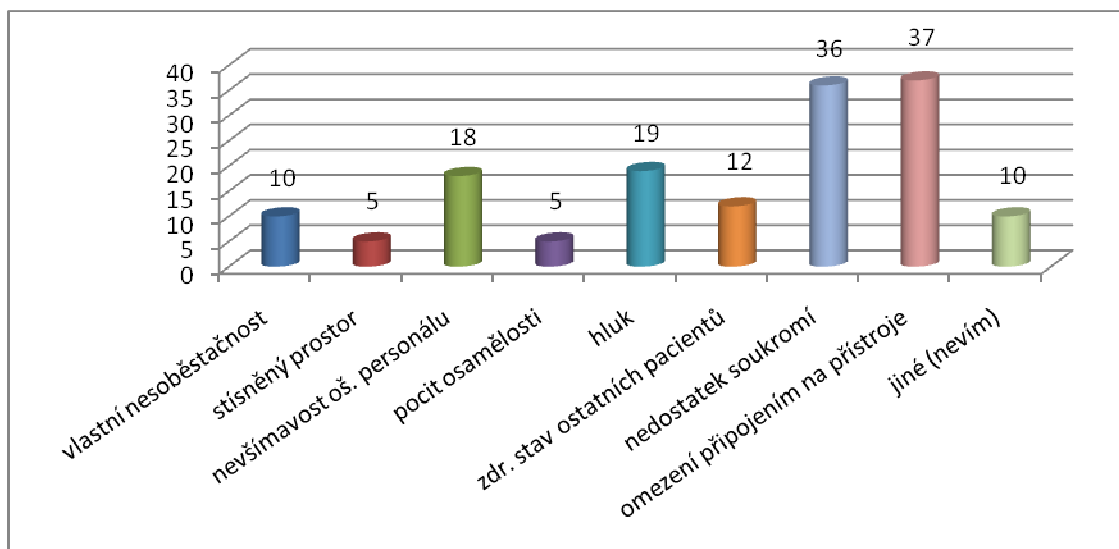
(graf k otázce č. 25)



Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti okolní prostředí (40), neverbální projevy ošetřujícího personálu (38), komunikaci s personálem (38), dostatek informací od ošetřujícího personálu (36), vlastní soběstačnost (15), možnost jiné odpovědi zněla nevím (8) a množství informací mimo zdravotnické zařízení (5).

Graf 41 - Negativa ovlivňující uspokojování potřeb pacientů na oddělení

(graf k otázce č. 26)



Graf znázorňuje, že nejvyšší četnost odpovědí byla u možnosti připojením na přístroje (37), nedostatek soukromí (36), hluk (19), nevšímavost ošetřujícího personálu (18), zdravotní stav ostatních pacientů (12), vlastní nesoběstačnost (10), respondenti uvedli jinou možnost nevím (10), dále stísněný prostor (5) a pocit osamělosti (5).

5. Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou u pacientů hospitalizovaných na JIP uspokojovány biopsychosociální potřeby.

Úvodní otázky dotazníku měly identifikační charakter. Poměr mužů a žen nebyl vyrovnaný. Ženy tvořily počtem větší skupinu, a to z 66 %, což zobrazuje graf 1. Graf 2 znázorňuje věkové zařazení dotazovaných respondentů. Největší počet respondentů (36%) byl ve věku 46-60 let. Překvapila mě věková hranice 19-30 let, která činila pouze 11% z celkového počtu dotazovaných respondentů. I taková situace však svědčí o snižující se hranici věku v otázce hospitalizace pacientů na JIP.

Třetí otázka, znázorněná grafem 3, zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných respondentů. Nejvíce zastoupenou skupinou byli pacienti se středním vzděláním (ať už ukončeném maturitní zkouškou 28% nebo výučním listem 38%). Tento počet činil 66% z celkového počtu dotazovaných respondentů. Zajímavým zjištěním bylo, že většina mužů uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné, oproti ženám, u kterých bylo vzdělání podle věkové kategorie různé. Ale u žen ve věku nad 61 let bylo nejčastěji uvedeno nejvyšší dosažené vzdělání základní a v jednom případě základní nedokončené. Z výsledků grafu 4 je patrné, že největší zastoupení hospitalizovaných pacientů na JIP je v řadě pracujících, celkem 49% (43% zaměstnaných a 6% OSVČ). Celých 32% hospitalizovaných pacientů na JIP tvořili důchodci. Myslím si, že věková hranice a sociální situace respondentů byla v řešení uspokojování potřeb jedním z rozhodujících faktorů. Tato skutečnost může ovlivnit průběh hospitalizace jedince a uspokojování jeho potřeb při hospitalizaci v nemocnici.

Graf 5 vypovídá o rodinném stavu dotazovaných respondentů, z nichž 38% respondentů bylo ve svazku manželském. Necelá čtvrtina (23%) respondentů byli ovdovělí, což odpovídá přibližně skupině respondentů důchodového věku a 19% respondentů bylo svobodných.

Graf 6 znázorňuje délku hospitalizace pacientů na JIP, kde pacienti byli v 49% hospitalizováni méně než týden, 11% respondentů bylo hospitalizováno déle než týden. Více než dvanáct dní byli hospitalizováni pouze 4% dotazovaných. I tato skutečnost je velmi důležitým faktorem při zajišťování ošetrovatelské péče a uspokojování

biopsychosociálních potřeb. Respondenti, kteří uváděli délku hospitalizace týden a déle, měli daleko vyšší nároky na uspokojování jednotlivých potřeb, kterých byl i vyšší počet, než u respondentů hospitalizovaných na JIP jen kratší dobu.

Graf 7 ukazuje, že celých 62% hospitalizovaných nemělo potíže s dýcháním, které je základní životní funkcí. Naopak 38% respondentů potíže udávalo. Z grafu 8 vyplývá, že nejčastěji uváděnou odpovědí na otázku, co nejvíce napomohlo při potížích s dýcháním, byla odpověď podání kyslíku. Druhou a třetí nejčastější odpovědí bylo, že pomohlo vyvětrání pokoje a změna polohy na lůžku. V grafu 9 hodnotili dotazovaní respondenti uspokojení své potřeby dýchání spíše kladně (17% bylo plně spokojených a 28% spíše spokojených), pouze 11% respondentů bylo spíše nespokojených. E. Trachtová v Potřebách nemocného v ošetrovatelském procesu uvádí, že dýchání je velice úzce propojeno s pocity člověka a jeho poruchy zasahují jedince až existenčně. Potřebu kyslíku si ale většina lidí neuvědomuje. Nejspíše proto nebyl při uspokojování potřeby dýchání žádný z dotazovaných respondentů plně nespokojený (23). K. Fialka říká, že hladovění nebo nedostatečná výživa je jedním z faktorů, které zhoršují stav organismu, a tím i léčebné možnosti, které u našich nemocných provádíme (2). Graf 10 znázorňuje, že celých 81% respondentů mělo potíže s příjmem stravy. To může být zapříčiněno odlišnými návyky při stravování, složením, způsobem přípravy pokrmů a dalšími faktory (dieta, nechutenství po operačním výkonu apod.). Graf 11 zobrazuje, že respondenti hodnotili uspokojení své potřeby při příjmu stravy také kladně. 10 respondentů bylo plně spokojeno a 9 respondentů bylo spíše nespokojeno. Tuto skutečnost může vysvětlit lékařem naordinovaná strava. Celých 70% dotazovaných uvádí potíže s příjmem tekutin, jak je patrné z grafu 12. Následující graf 13 hodnotí uspokojení potřeby příjmu tekutin. Výsledky byly u 28 respondentů kladné, 16 respondentů bylo plně spokojeno a 10 respondentů spokojeno nebylo. Tyto výsledky mohou vyplývat ze skutečnosti, že i pacienti po velkých operacích mají možnost požívat tekutiny oproti jídlu. M. Vokurka, ve své publikaci tvrdí, že biorytmus je biologicky vlastní cyklus změny určitého stavu. V případě denních (cirkadiánních) rytmů se jedná o fázi spánku a bdění, které jsou závislé na životosprávě, pracovních podmínkách a na zdravotním stavu. U dotazovaných respondentů hospitalizovaných na JIP byla

14 otázka zaměřena na spokojenost pacientů s dobou ranního vstávání a buzení, které probíhá po šesté hodině ranní, a s celkovou spokojeností úrovně spánku. Jak znázorňuje graf 14, celých 81% respondentů uvádí potíže se spánkem. Takové vysoké číslo je logické s ohledem na množství rušivých elementů na oddělení JIP. Světlo, hluk, přístrojová technika, ostatní pacienti, úkony personálu a v neposlední řadě bolest neumožňující hluboký a osvěžující spánek. To jsou ty nejčastější faktory, na kterých odpočinek nemocných hospitalizovaných na JIP mnohdy závisí. Z grafu 15 vyplývá, že nejčastějším důvodem pro nespokojení potřeby spánku je přístrojová technika (32 respondentů), dále světlo a hluk (shodně 28 respondentů), také teplota na pokoji, na kterou upozornilo 15 dotázaných. Jak M. Vokurka dále uvádí, spánek umožňuje odpočinek celého těla, ale zejména mozku. Při jeho nedostatku dochází k narušení psychických funkcí. Graf 16 ukazuje, co napomáhá k uspokojení potřeby spánku. Nejčastěji zvolenou odpovědí bylo otevřené okno (28 respondentů), 13 respondentů uvádí, že nepomohlo nic a dvanáctkrát byla uvedena možnost nočního klidu a přitmí.

Z grafu 17 je patrné, že potíže s močením mělo „pouze“ 30% respondentů, ale celkové číslo by s největší pravděpodobností bylo větší, protože 30% respondentů mělo zavedeno permanentní katétr. Pokud by tomu tak nebylo, tak celkový počet nespokojených pacientů by vzrostl. Graf 18 ukazuje četnost odpovědí na otázku, co bylo příčinou poruchy močení. Nejčastěji uváděnou odpovědí byla nevhodná poloha a nedostatek soukromí (obě odpovědi měly shodně po 14 respondentech), čemuž odpovídá i názor E. Trachtové, že každý člověk má nároky na respektování studu při vyprazdňování (23). Jako další příčina při poruše vyprazdňování byl uveden operační zákrok (10 respondentů) a bolest při vyprazdňování uvedlo 5 respondentů. Graf 19 vypovídá o četnosti odpovědí, co napomohlo k uspokojení potřeby týkající se vyprazdňování moče. Nejčastěji zastoupenou odpovědí byla ochota personálu a to celkem 24 odpovědí (ochota při vysazení na podložní mísu, ochota při vyprazdňování na mobilní toaletu a asistence), druhou a třetí nejčastěji uváděnou odpovědí byla vhodná poloha (14 respondentů) a soukromí (12 respondentů). Graf 20 vypovídá, že více než polovina respondentů (57%) měla problémy se stolicí. Nejčastěji uváděným způsobem, který pomáhá k uspokojení potřeby vyprazdňování, byla ochota

personálu při vysazení na podložní mísu (20 respondentů), druhým nejčastěji uváděným způsobem byla vhodná poloha (19 respondentů), třetí nejvíce zastoupenou odpovědí byla ochota personálu při vysazení na mobilní toaletu (10 respondentů), jak ukazuje graf 21. Jak je patrné, tak preference pacientů při uspokojování obou biologických potřeb jsou velmi podobné. Pacienti vyzdvihují ochotu ošetrovatelského personálu, vhodnou polohu a dále pak soukromí. Tyto tři věci jsou nejvíce nápomocny při uspokojování jejich potřeby vyprazdňování. Při čemž však potřeba soukromí byla až třetí zmíněnou odpovědí. Je zvláštní, že tato jedna z nejzákladnějších lidských potřeb je v dnešní době stále tabuizována. A přitom je úplně v pořádku omýt zadeček pokálenému dítěti, ale omytí nemohoucího dospělého člověka je pro mnohé lidi pohoršující, bohužel zejména pro pacienty, kteří to potřebují. Z grafu 22 vyplývá, že přibližně polovina pacientů neměla problémy se zvýšenou teplotou, 11% respondentů nevědělo, zda měli zvýšenou teplotu a 40% respondentů uvádí, že zvýšenou teplotu měli. Z tohoto počtu respondentů bylo nejčastěji uváděno kontrolní měření tělesné teploty, návštěva lékaře a podání léků na snížení tělesné teploty (shodně 19 respondentů), jak je patrné z grafu 23. Graf 24 zobrazuje, že respondenti hodnotí snížení tělesné teploty kladně. Nespokojení pacienti byli pouze tři (6%). Z výše uvedených výsledků vyplývá, že první hypotéza **„Pacienti hospitalizovaní na JIP nemocnice Žatec o.p.s. nemají uspokojovány biologické potřeby“** se nepotvrdila.

Dle L. Janáčkové je bolest nepříjemná, senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození (5). Graf 25 ukazuje, že 89% dotázaných mělo bolest. Takové vysoké číslo vyplývá z charakteristiky oddělení, kde jsou hospitalizováni v převážné většině vážné případy. Bolest je vždy subjektivní a graf 26 ukazuje způsob tišení bolesti pacientů hospitalizovaných na JIP. Nejčastěji byly podány léky (38 respondentů), což je i logické, neboť jsou rychlým a efektivním prostředkem k potlačení bolesti. Dalším nejčastějším prostředkem byla vhodná rehabilitace a poloha (shodně 30 respondentů). Zarážejícím faktem je, že čtyři dotazovaní respondenti uvedli, že jejich bolest nebyla nijak tišena, což by nemělo být běžnou praxí na JIP. V grafu 27 hodnotí celkem 70% pacientů potřebu uspokojení být bez bolesti kladně, což svědčí o dobrém přístupu

personálu k uspokojování bezbolestného stavu. Z grafu 28 vyplývá, že 30% dotazovaných respondentů nemá při své hospitalizaci na chirurgické JIP pocit bezpečí. Graf 29 znázorňuje, že k uspokojení pocitu bezpečí napomohla kontrola fyziologických funkcí, komunikace s ostatními pacienty a zájem ošetřujícího personálu (shodně 10 odpovědí). M. Jobánková uvádí, že je možné rozdělit potřebu jistoty a bezpečí na potřebu vyhnout se ohrožení a potřebu obrany, ochrany a důvěry (7). O spokojenosti, důvěře pacientů a o zajištění jejich bezpečí v průběhu hospitalizace vypovídá graf 38, z kterého vyplývá, že 32% dotazovaných respondentů mělo obavy o své cennosti. Zbývající počet obavy neměl. Možnost uschovat své věci, případně peníze do trezoru, využilo 15 respondentů, převzetí dávek nebo důchodu uvádí 5 respondentů.

Otázku víry řeší graf 30, kde 70% respondentů odpovědělo, že nejsou věřící, 23% respondentů vyznává nějakou formu víry a 7% respondentů to považuje za soukromou věc. Vysoké číslo pacientů bez víry je způsobeno tím, že Česká republika patří na druhý nejateističtější stát na světě. Respondenti, kteří odpověděli kladně, tak při uspokojování této potřeby uvádějí kontakt se členem komunity, s rodinou (11 odpovědí) a možnost kontaktu s duchovním (10 respondentů), dále pak vyzdvihují respektování zdravotnickým personálem (8 odpovědí), jak je patrné z grafu 31.

Podle „Úmluvy na ochranu lidských práv a svobod“ článku 5 musí být každá osoba řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích (25). Z grafu 32 vyplývá, že 64% respondentů uvádí, že během svého pobytu měli přístup k informacím. Tento výsledek svědčí o schopnosti komunikace zdravotnického personálu, jak s pacientem, tak s rodinou. Nejčastěji pacientům chybí internet, televize, denní tisk a dále postrádají své blízké. Kuriózní odpovědí bylo, že někteří hospitalizovaní postrádali hospodu a pouze čtyři respondenti uvedli, že nemají dostatek informací od ošetřujícího personálu, což je pozitivní zpráva. M. Jobánková dále uvádí, že důležitou roli v zajištění bezpečí má soběstačnost nemocného, informovanost a schopnost se v informacích orientovat (7). Z výše uvedených výsledků vyplývá, že druhá hypotéza „**Pacienti hospitalizovaní na JIP Nemocnice Zatec o.p.s. mají uspokojovány psychologické potřeby**“ se potvrdila.

Celých 62% dotázaných respondentů uvádí sociální potřebu kontaktu s rodinou, protože potřeba být v kontaktu, je u lidí vysoká. Pouze malé procento respondentů nevyhledává žádnou společnost. Čtyřicet dva respondentů uvádí, že jim bylo umožněno stýkat se s rodinnými příslušníky, a to buď ve stanovenou dobu (27% respondentů), nebo kdykoliv (15% respondentů). Pouze dva respondenti uvedli, že návštěvy neměli. Pouhých 9% respondentů vyjadřuje svoji potřebu komunikace, jak zobrazuje graf 36. Nejčastěji respondenti postrádali dostatek informací, jejich srozumitelnost a soukromí při komunikaci (shodně 4 odpovědi), jak ukazuje graf 37. Tento výsledek jen potvrzuje názor N. Hayesové, která ve své publikaci uvádí, že komunikace, vzájemný vztah zdravotníka, pacienta a jeho rodiny, podpora sociálního prostředí a důvěra jsou základním pilířem pro úspěšné navázání kontaktů a léčbu samou (4).

Graf 40 ukazuje, jaká pozitiva nejvíce ovlivňují pacienty při uspokojování potřeb na oddělení. Nejvíce si pacienti cenní prostředí (40 odpovědí), komunikace s personálem a neverbální projevy zdravotnického personálu (shodně 38 respondentů), dostatek informací od zdravotnického personálu uvádí 36 respondentů. Zde je vidět, jak je důležitý přístup ošetrovatelského personálu. Měl by komunikovat s pacienty, informovat je o jejich stavu a podporovat pacientovu duševní pohodu neverbálními projevy tak, aby se pacient cítil bezpečně a věřil, že je v „dobrých rukou“. Graf 32, jak již bylo uvedeno, vypovídá o 64% spokojenosti respondentů v přístupu k informacím a komunikaci mezi pacientem, jeho rodinou a zdravotnickým personálem.

Graf 41 mírně popírá skutečnosti zobrazené v grafu 40. Zde vidíme, že právě okolní prostředí, ovšem pojmenované v dílčích částech, je pro mnohé z dotazovaných respondentů negativním vlivem v uspokojování potřeb. Omezení, připojení na přístroje, zde označuje 37 respondentů, což je 79% z dotazovaných respondentů, osamělost označuje 36 respondentů, hluk vadí 18 dotazovaných a nevšímavost ošetřujícího personálu uvádí také 18 respondentů. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že třetí hypotéza **„Pacienti hospitalizovaní na JIP Nemocnice Žatec o.p.s. mají uspokojovány sociální potřeby“** se nepotvrdila.

6. Závěr

Uspokojování biopsychosociálních potřeb pacienta hospitalizovaného na JIP je jedna z předních otázek kvalitní ošetrovatelské péče. Biologické, psychologické i sociální potřeby spolu úzce souvisí a není tedy jednoduché každou jednotlivě ani všechny dohromady plně uspokojit. Každý pacient vnímá své potřeby jinak a jinak je uspokojuje. Důležitou roli v uspokojování potřeb pacienta hraje povaha člověka, délka hospitalizace, závažnost diagnózy, závislost jedince a erudovanost zdravotnického personálu.

Cílem práce bylo zjistit, zda jsou u pacientů hospitalizovaných na JIP uspokojovány biopsychosociální potřeby. Výsledky práce ukázaly, že cíl práce byl splněn. Byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza, že „Pacienti hospitalizovaní na JIP Nemocnice Žatec o.p.s. nemají uspokojovány biologické potřeby“ se nepotvrdila. Druhá hypotéza, že „Pacienti hospitalizovaní na JIP Nemocnice Žatec o.p.s. mají uspokojovány psychologické potřeby“ se potvrdila. A třetí hypotéza, že „Pacienti hospitalizovaní na JIP Nemocnice Žatec o.p.s. mají uspokojovány sociální potřeby“ se nepotvrdila.

Výsledky práce budou poskytnuty vedoucím pracovníkům JIP, kde výzkumné šetření probíhalo. Přínos této práce pro klinickou praxi může spočívat v zamyšlení nad budoucím zkvalitněním péče o pacienty na chirurgické a interní JIP Nemocnice Žatec o.p.s. Výsledky práce budou poskytnuty také personálu chirurgické a interní JIP Nemocnice Žatec o.p.s. V rámci ošetrovatelské konference bude s touto problematikou a zjištěnými výsledky seznámena široká zdravotnická veřejnost a bude vedena diskuse.

7. Seznam použité literatury

1. BERAN, J. TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské psychologie pro studenty lékařství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 191s. ISBN 80-246-0659-3
2. FIALKA, K. *Vademecum, enterální výživa, parenterální výživa, standardní roztoky*. 1. vyd. Olomouc: Maxdorf s.r.o., 2000.102s. ISBN 80-85912-34-1
3. HAYESOVÁ, N. *Aplikovaná psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 224s. ISBN 80-7178-807-4
4. HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 3.vyd. Praha: Portál, 2003. 166s. ISBN 80-7178-763-9
5. JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládání*. 1.vyd. Praha: Portál. 2007. 192 s. ISBN 978-80-7367-210-2
6. JEČNÝ, D. et al. *Psychologie v kostce rozum, cit a vůle*. 1. vyd. Třebestovice: vydavatelství Ratio. 176s. ISBN 96-06
7. JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.vyd. Brno: IDV PZ, 2006. 225s. ISBN 80-7013-390-2
8. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 + 16s. ISBN 978-80-247-1830-9
9. KASAL, E. et al. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Karolinum, 2004. 198s. ISBN 80-246-0556-2
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4

12. LARSEN, R. et al. *Anestezie*. 1. vyd. české. Praha: Grada Publishing. 1998. 936 s. ISBN 80-7169-179-8
13. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3
14. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 1999. 164 s. ISBN 80-8063-049-69
15. MÜLLER, L. *Slovník analytické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 496s. ISBN 80-7178-863-5
16. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1.vyd. Praha: Academia, 1999, dotisk 2004. 287s. ISBN 80-200-0690-7
17. RICHARDS, A. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 376s. ISBN 80-247-0932-5
18. ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*. 1.vyd. Brno: PAIDO, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6
19. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 50s. ISBN 80-7013-263-9
20. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, Etický kodex sester, Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 47 s. ISBN 80-7013-270-1
21. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 7: Galerie historických osobností*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 86s. ISBN 80-7013-329-5
22. ŠEVČÍK, P. ČERNÝ, V. VÍTOVEC, J. et al. *Intenzivní medicína*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 396 s. ISBN 80-7262-042-8
23. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 186s. ISBN 80-7013-285-X

24. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8
25. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 100s. ISBN 80-247-1198-2
26. VOKURKA, M. et al. *Praktický slovník medicíny*. 6.vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 493s. ISBN 80-85912-38-4
27. VYBÍRAL, Z. *Lži, polopravdy a pravda v lidské komunikaci*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 176s. ISBN 80-7178-812-0

8. Klíčová slova

jednotka intenzivní péče

pacient

biopsychosociální potřeby

uspokojování potřeb

9. Přílohy a seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Bio-psycho-sociální model nemoci

Příloha 3 Maslowova pyramida potřeb

Příloha 4 Rozšířená stupnice Nortonové

Příloha 5 Práva pacientů

Příloha 6 Škála poruch vědomí

Příloha 7 Škála dle Beneše a Zvěřiny

Příloha 8 Nemocnice Žatec o.p.s.

Příloha 9 Nemocnice Žatec o.p.s.

Příloha 10 Nemocnice Žatec o.p.s.

Příloha 11 Nemocnice Žatec o.p.s.

Příloha 12 Nemocnice Žatec o.p.s.

Příloha 13 Barthelův test základních všedních činností

Příloha 14 Škály bolesti

Příloha 1 – Dotazník pro pacienty

Vážený dotazovaný, dotazovaná,

jmenuji se Jana Matysová a v současné době jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: Biopsychosociální potřeby pacientů hospitalizovaných na Jednotce intenzivní péče. Údaje z dotazníku jsou anonymní, jde pouze o značení, popřípadě stručné doplnění na otázku. Pokud nebude uvedeno jinak, označte prosím odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru. Vaše spolupráce při vyplnění dotazníku je zcela dobrovolná a předem děkuji za Vaši ochotu a trpělivost.

Jana Matysová

1. Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je Vám let?

- a) do 18 let
- b) 19-30 let
- c) 31-45 let
- d) 46-60 let
- e) 61 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní dokončené
- b) středoškolské odborné, ukončené výučním listem
- c) středoškolské odborné, ukončené maturitní zkouškou
- d) vyšší odborné, ukončené absolutoriem
- e) vysokoškolské, ukončené státní závěrečnou zkouškou
- f) jiné.....

4. Jaká je Vaše sociální situace?

- a) student
- b) pracující
- c) nepracující
- d) OSVČ
- e) důchodce
- f) rodičovská dovolená
- g) jiné.....

5. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodný/svobodná
- b) ženatý/vdaná
- c) rozvedený/rozvedená
- d) ovdovělý/ovdovělá
- e) jiné.....

6. Jaká je současná délka Vašeho pobytu na tomto oddělení?

- a) 1 den
- b) 2-5 dní
- c) 6-8 dní
- d) 9-12 dní
- e) více než 12 dní
- f) jiné.....

7. Měl /a jste při pobytu na tomto oddělení potíže s dýcháním?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

**Pokud ANO, jakým způsobem byla Vaše potřeba dýchání uspokojena?
(můžete označit více možností)**

- a) vyvětráním pokoje
- b) změnou polohy na lůžku
- c) podáním kyslíku
- d) podáním léků
- e) jiné.....

Jak byste zhodnotil/a uspokojení Vaší potřeby dýchání?

plně spokojen/a -1 – 2 – 3 – 4 – 5 – nespokojen/a vůbec

8. Měl/a jste obtíže s příjmem stravy při Vašem pobytu na tomto oddělení?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud ANO, myslíte si, že potřeba příjmu stravy při Vašem pobytu na tomto oddělení byla?

- a) plně uspokojena
- b) uspokojena částečně
- c) spíše neuspokojena
- d) nebyla uspokojena vůbec
- e) jiné.....

9. Měl/a jste obtíže s příjmem tekutin při Vašem pobytu na tomto oddělení?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud ANO, myslíte si, že potřeba příjmu tekutin při Vašem pobytu na tomto oddělení byla?

- a) plně uspokojena
- b) uspokojena částečně
- c) spíše neuspokojena
- d) nebyla uspokojena vůbec
- e) jiné.....

10. Měl /a jste při pobytu na tomto oddělení potíže se spánkem?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

**Pokud ANO, jaká byla příčina Vašeho narušeného spánku?
(můžete označit více možností)**

- a) ošetřující personál
- b) přístrojová technika
- c) světlo
- d) hluk na oddělení
- e) ostatní pacienti
- f) jiné.....

**11. Co napomohlo k uspokojení Vaší potřeby spánku?
(můžete označit více možností)**

- a) otevřené okno
- b) zvyky a činnosti spojené s Vaším běžným spánkovým režimem
- c) noční klid
- d) přítmí
- e) samota
- f) nic nepomohlo
- g) jiné.....

12. Měl /a jste při pobytu na tomto oddělení potíže s vyprazdňováním moči?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud ANO, co bylo příčinou Vaší poruchy močení?

(můžete označit více možností)

- a) nedostatek soukromí
- b) operační zákrok
- c) nedostatek tekutin
- d) nevhodná poloha při vyprazdňování
- e) bolest při vyprazdňování
- f) jiné.....

13. Co napomohlo k uspokojení Vaší potřeby týkající se vyprazdňování moče?

(můžete označit více možností)

- a) ochota personálu při vysazení na podložní mísu v lůžku
- b) ochota personálu při vyprazdňování na mobilní toaletu (gramofon)
- c) asistence personálu při vyprazdňování na toaletě
- d) soukromí
- e) vhodná poloha při vyprazdňování
- f) jiné.....

14. Měl /a jste při pobytu na tomto oddělení potíže s vyprazdňováním stolice?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud ANO, co napomohlo uspokojení Vaší potřeby?

(můžete označit více možností)

- a) ochota personálu při vysazení na podložní mísu v lůžku
- b) ochota personálu při vyprazdňování na mobilní toaletu (gramofon)
- c) asistence personálu při vyprazdňování na toaletě
- d) soukromí
- e) změna diety
- f) vhodná poloha při vyprazdňování
- g) jiné.....

15. Měl /a jste při pobytu na tomto oddělení zvýšenou tělesnou teplotu?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud ANO, co Vám bylo nabídnuto pro snížení Vaší tělesné teploty?

(můžete označit více možností)

- a) kontrolní měření tělesné teploty
- b) zvýšení příjmu tekutin
- c) návštěva lékaře k lůžku
- d) chladivé prostředky (obklady, zábaly)
- e) lék na snížení tělesné teploty
- f) jiné.....

16. Jak byste zhodnotil/a uspokojení Vaší potřeby být bez teploty?

plně spokojen/a -1 – 2 – 3 – 4 – 5 – nespokojen/a vůbec

17. Měl/a jste při pobytu na tomto oddělení bolest?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud ANO, jakým způsobem byla Vaše bolest tišena?

(můžete označit více možností)

- a) léky proti bolesti
- b) přiložením ledu v místě bolesti
- c) vhodnou polohou
- d) vhodnou rehabilitací
- e) kontaktem s blízkými
- f) rozhovorem
- g) jiné.....

18. Vaše potřeba být bez bolesti byla?

- a) plně uspokojena
- b) uspokojena částečně
- c) spíše neuspokojena
- d) nebyla uspokojena vůbec
- e) jiné.....

19. Měl/a jste se při pobytu na tomto oddělení pocít bezpečí?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud Ne, co napomohlo k uspokojení Vaší potřeby být v bezpečí?

(můžete označit více možností)

- a) komunikace s ošetřujícím personálem
- b) možnost kdykoliv se zeptat na svůj zdravotní stav
- c) kontrola fyziologických funkcí přístrojovou technikou
- d) komunikace s ostatními pacienty
- e) klidné a tiché prostředí
- f) zájem ošetřujícího personálu o můj zdravotní stav
- g) dodržování intimity (respektování osobní zóny)
- h) jiné.....

20. Jste věřící?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud ANO, jakým způsobem byla uspokojena Vaše potřeba víry?

(můžete označit více možností)

- a) možnost vykonávání pravidelných rituálů
- b) možnost kontaktu s duchovním
- c) možnost kontaktu s rodinou
- d) možnost kontaktu s jiným členem Vaší komunity
- e) respektování zdravotnickým personálem
- f) nic jsem nepotřeboval/a
- g) jiné.....

21. Měl/a jste při pobytu na tomto oddělení přístup k informacím potřebných pro Váš každodenní život?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud NE, co jste postrádal/a k uspokojení potřeby týkající se přístupu k informacím? (můžete označit více možností)

- a) své blízké
- b) televizi a denní tisk
- c) počítač a internet
- d) informace od zdravotnického personálu
- e) jiné.....

22. Měl /a jste při pobytu na tomto oddělení potřebu kontaktu s rodinou?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud ANO, jak byla Vaše potřeba řešena? (můžete označit více možností)

- a) možností návštěv v jakékoliv denní době
- b) možností návštěv ve stanovenou dobu
- c) návštěvy nebyly umožněny
- d) jiné.....

23. Myslíte si, že byla uspokojena Vaše potřeba týkající se komunikace s ošetřujícím personálem?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud NE, co jste postrádal/a k uspokojení Vaší potřeby komunikace? (můžete označit více možností)

- a) lidský přístup
- b) dostatek informací
- c) srozumitelnost informací
- d) dostatek času
- e) vstřícnost personálu
- f) soukromí při komunikaci
- g) empatii ze strany ošetřujícího personálu
- h) respektování jedince
- ch) jiné.....

24. Měl/a jste při pobytu na tomto oddělení obavy o své finanční zajištění a cennosti?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

Pokud ANO, jakým způsobem byla Vaše situace uspokojena? (můžete označit více možností)

- a) možností úschovy cenností do trezoru oddělení
- b) možností úschovy finančních prostředků do trezoru oddělení
- c) možností převzetí sociálních dávek a důchodu při hospitalizaci prostřednictvím pokladního oddělení
- d) nic jsem nepotřeboval/a
- e) jiné.....

25. Jaká POZITIVA Vás nejvíce ovlivňují při uspokojování potřeb na oddělení, kde pobýváte? (můžete označit více možností)

- a) vlastní soběstačnost
- b) dostatek informací mimo zdravotnické zařízení
- c) dostatek informací od zdravotnického personálu
- d) neverbální projevy zdravotnického personálu (vlídný úsměv, dotek)
- e) komunikace s personálem
- f) okolní prostředí (ticho, klid)
- g) jiné.....

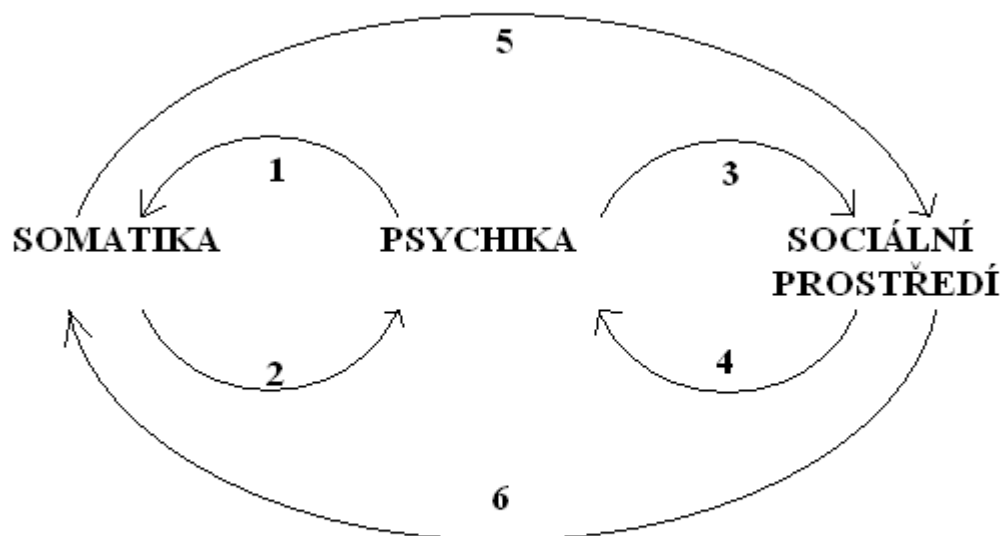
26. Jaká NEGATIVA spatřujete při upokojuvání Vašich potřeb na tomto oddělení? (můžete označit více možností)

- a) vlastní nesoběstačnost
- b) stísněný prostor na oddělení
- c) nevšímavost ošetřujícího personálu
- d) pocit osamělosti
- e) hluchost na oddělení
- f) zdravotní stav ostatních pacientů
- g) nedostatek soukromí
- h) omezení připojením na zdravotnické přístroje
- i) jiné.....

Děkuji Jana Matysová

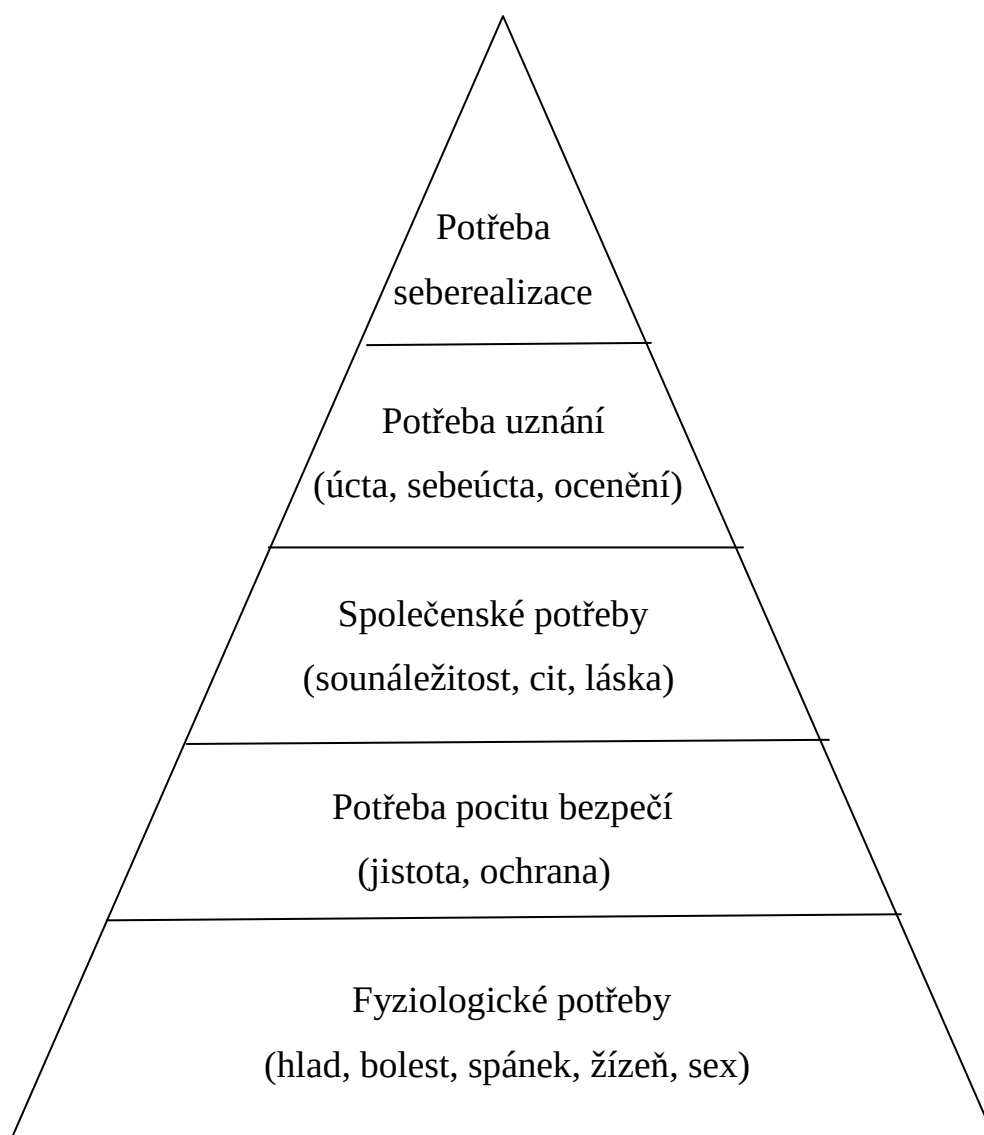
Příloha 2

Bio-psycho-sociální model nemoci - TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 186s. ISBN 80-7013-285-X



Příloha 3

Maslowova pyramida - TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 186s. ISBN 80-7013-285-X



Příloha 4

Rozšířená stupnice Nortonové -

is.muni.cz/th/204417/lf_m/Priloha_c._1_Norton_stupnice.pdf

Rozšířená stupnice Nortonové									
	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
4	• úplná	• normální	• žádné	• dobrý	• bdělý	• chodící samostatně	• úplná	• kontinentní	
3	• do 30 let	• suchá, šupinatá	• snížení imunity • horečka • diabetes mellitus	• zhoršený	• apatický	• chodící s doprovodem	• částečně omezená	• občasná inkontinence	
2	• do 60 let	• vlhká	• sklerosis multiplex • obezita • anemie	• špatný	• zmatený	• sedící na lůžku, v křesle	• velmi omezená	• inkontinence převážně moče	
1	• 60 let +	• alergie, porušená	• onemocnění cév • kachexie • karcinom	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící	• žádná	• inkontinence moče a stolice	
									Cellkem
Riziko vzniku dekubitu		nizké (25 - 24 bodů)		střední (23 - 19 bodů)		vysoké (18 - 14 bodů)		velmi vysoké (13 - 9 bodů)	

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zaslíbeně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

Příloha 6

Škála poruch vědomí - <http://www.instrumentarky.cz/si/detail-studijniho-materialu-hodnoceni-a-klasifikace-poruch-vedomi.html-230->

Glasgow Coma Scale /dle Teasdale a Jennetové/ - nepoužívanější, hodnocení probouzecí reakce a nejlepší slovní a motorické odpovědi

Probouzecí reakce – otevření očí

Spontánní	4
Na slovní výzvu	3
Na bolest	2
Chybí	1

Slovní odpověď

Orientovaná	5
Zmatená	4
Nepřiměřená	3
Nesrozumitelná	2
Žádná	1

Motorická odpověď

Vyhoví	6
Cílená obranná reakce	5
Úniková obranná reakce	4
Abnormální flexe	3
Abnormální extenze	2
Žádná	1

Příloha 7

Škála dle Beneše a Zvěřiny - <http://www.instrumentarky.cz/si/detail-studijniho-materialu-hodnoceni-a-klasifikace-poruch-vedomi.html-230->

1. Reakce na slovní výzvu:

Plné vědomí

Somnolence I. stupně – nemocný odpovídá pomalu, často jednoslovně, brzy se vyčerpá, mnohdy nepřiléhavě

Somnolence II. stupně – vyhoví několika jednoduchým výzvám

Somnolence III. stupně – vyhoví jediné jednoduché výzvě

Somnolence IV. stupně – letargie - na slovní výzvu otevře oči, otáčí nebo odvrací hlavu ve směru zvuku, případně vydá nesrozumitelný zvuk /není v původní devítistupňové škále dle Beneše a Zvěřiny/

2. Reakce na bolestivý podnět:

Sopor – provokace cílených obranných pohybů HKK a únikových reakcí končetin nebo celého těla, vyvolání mimické reakce

Semikoma – provokace necílených flekčních a extenzních pohybů HKK nebo únikových reakcí končetin

Koma – obraz dekortikační nebo decerebrační rigidity a jejich různé modifikace a z toho vyplívají dva podtypy: s dekortikační rigiditou a s decerebrační rigiditou

Hluboké koma – bez motorické aktivity, změny tepu /zachován okulokardiální reflex/ nebo dechu /zachován gag reflex – kašlací a zvracívé pohyby při manipulaci s ET kanylou/

Areaktivní koma – žádná reakce.

Obě uvedené stupnice jsou použitelné především u primárních cerebrálních komat. U sekundárních metabolických komat z extracerebrálních příčin jsou obrazy dekortikační a decerebrační rigidity vzácné – u většiny sekundárních metabolických komat musíme poruchy vědomí hodnotit i podle jiných měřítek a kvantifikační stupně obou škál přizpůsobit.

Příloha 8

JIP Nemocnice Žatec o.p.s. – Pojízdňý rentgenový a ultrazvukový přístroj - Archiv
Nemocnice Žatec o.p.s.



Příloha 9

JIP Nemocnice Žatec o.p.s. – Příjmová část - Archiv Nemocnice Žatec o.p.s.



Příloha 10

JIP Nemocnice Žatec o.p.s. – Koupelna - Archiv Nemocnice Žatec o.p.s.



Příloha 11

JIP Nemocnice Žatec o.p.s. – Sesterna - Archiv Nemocnice Žatec o.p.s.



Příloha 12

JIP Nemocnice Žatec o.p.s. – Dvojlůžkový pokoj - Archiv Nemocnice Žatec o.p.s.



Příloha 13

Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living) -

www.uzs.tul.cz/pro_studenty/soubory/data/2007-11-28/13-15-38.doc

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení,napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
		Neprovede	00
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	05
		Neprovede	00
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	05
		Neprovede	00

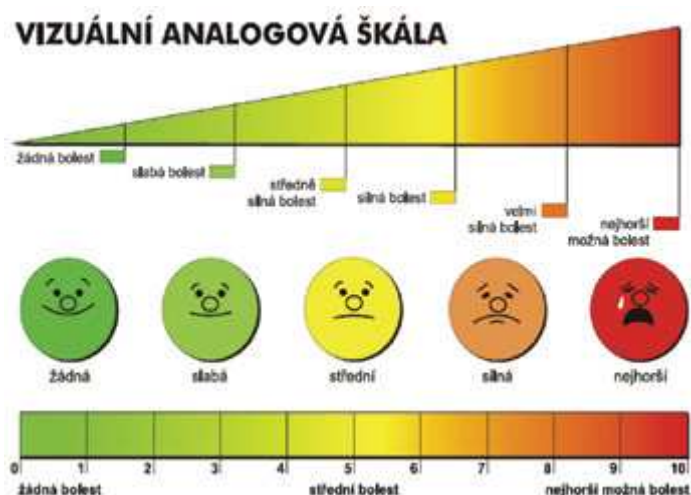
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomocí	10
		S pomocí	05
		neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Příloha 14

Vizuální analogová škála bolesti - <http://web.practicus.eu/Documents/Practicus-01-2008/14-lecba-akutni-prulomove-bolesti.pdf> -



Analgetický žebříček bolesti

