

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

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

Bakalářská práce

Autor práce: Radka Roubíčková

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Vachtová

Datum odevzdání práce: 3.5.2012

## Abstrakt

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

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

Šetření bylo provedeno kvantitativně za pomoci dotazníkové metody sběru dat. Dotazníky byly distribuovány 50 sestřím pracujících na chirurgických odděleních a 50 pacientům hospitalizovaných s úrazem na chirurgických odděleních. Výsledky kvantitativního výzkumu byly hodnoceny pomocí grafů.

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

Šetřením bylo zjištěno, že pacienti hospitalizovaní s úrazem upřednostňují nejvíce uspokojování potřeb nižší úrovně, nejčastěji potřebu být bez bolesti, ale někteří vykazují uspokojení potřeb vyšších, nejčastěji potřebu lásky. Ženy upřednostňují potřebu uspokojování vyšších potřeb více než muži. Pro muže je nejdůležitější mít jistotu a být bez bolesti, ale pro ženy je důležitější láska a nezávislost. Mladší pacienti dávají přednost uspokojování potřeb vyšší úrovně a nejvíce preferují lásku. Pacienti vyššího

věku vykazují spíše potřeby nižší, např. potřebu být bez bolesti a mít pocit jistoty a bezpečí, ale za nimi i vyšší potřebu, být nezávislý. Dále bylo zjištěno že, většina sester má dostatečné znalosti o vyšších potřebách člověka a k uspokojování vyšších potřeb pacientů přistupují se zájmem, ale uvádí nedostatek času stráveného s pacientem ve službě.

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

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

## **Abstract**

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

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

The survey was carried out quantitatively using the questionnaire method of data collection. Questionnaires were distributed to 50 nurses working in casualty departments and 50 patients hospitalized with injuries in surgical wards. The results of the quantitative research were evaluated using graphs.

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

The survey results have proved that patients hospitalized with injuries especially prefer meeting lower level needs, often the need to be pain free, but some show the need

for meeting higher level needs, most often the need of love. Women prefer the need for meeting higher needs more often than men. For men, it is the most important to feel secure and painless, but for women love and independence are more important. Younger patients prefer meeting higher level needs, love is the most preferred. Elderly patients have rather lower level needs, such as the need to be pain free and to feel secure and safe, but also the higher level need, to be independent. Another finding is that most nurses have sufficient knowledge of higher human needs and are concerned about meeting patients' needs, but they mention a lack of time spent with a patient when on duty in hospital.

The findings obtained by the research could be used as information for the middle management of the hospitals departments where the research took place and the creation of educational material for nurses working there because it is important to learn more about the needs of patients in order to facilitate and improve meeting their needs.

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

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (3.5.2012)

.....

(Radka Roubíčková)

## **Poděkování**

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

# OBSAH

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



<b>1.6 Lůžka akutní péče.....</b>	<b>str.28</b>
1.6.1 <i>Charakteristika Úrazového oddělení.....</i>	<i>str.28</i>
1.6.2 <i>Ošetrovatelská péče na Úrazovém oddělení.....</i>	<i>str.29</i>
1.6.3 <i>Úloha sestry v péči o nemocné na Úrazovém oddělení.....</i>	<i>str.30</i>
1.6.4 <i>Komunikační dovednosti sester.....</i>	<i>str.31</i>
<b>2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>str.34</b>
2.1 <i>Cíl práce.....</i>	<i>str.34</i>
2.2 <i>Hypotézy.....</i>	<i>str.34</i>
<b>3 METODIKA PRÁCE A CHARAKTERISTIKA VÝZK. SOUBORU.....</b>	<b>str.35</b>
3.1 <i>Metodika práce.....</i>	<i>str.35</i>
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru.....</i>	<i>str.35</i>
<b>4 VÝSLEDKY.....</b>	<b>str.37</b>
4.1 <i>Výsledky dotazníku pro sestry.....</i>	<i>str.37</i>
4.2 <i>Výsledky dotazníku pro pacienty.....</i>	<i>str.46</i>
4.3 <i>Doplňkové grafy.....</i>	<i>str.56</i>
<b>5 DISKUZE.....</b>	<b>str.62</b>
<b>6 ZÁVĚR.....</b>	<b>str.72</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>str.75</b>
<b>8 KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>str.77</b>
<b>9 PŘÍLOHY.....</b>	<b>str.78</b>

## Úvod

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

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

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

# 1 Současný stav

## 1.1 Uspokojování potřeb

### 1.1.1 Potřeby a jejich uspokojování

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### *1.1.3 Uspokojování potřeb v nemocnici*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ***1.2 Potřeby člověka***

### *1.2.1 Charakteristika potřeb*

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

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



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

### *1.2.2 Vztah motivace a potřeb*

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

### *1.2.3 Klasifikace potřeb*

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

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

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

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

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

#### 1.2.4 Hierarchie potřeb dle Maslowa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **1.3 Potřeby vyšší úrovně**

#### *1.3.1 Charakteristika vyšších potřeb*

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

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

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

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

### *1.3.2 Maslowovy teze o vyšších potřebách*

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

### *1.3.3 Potřeba lásky a sounáležitosti*

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

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

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

#### *1.3.4 Potřeba uznání a sebeúcty*

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

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

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

### *1.3.5 Potřeba seberealizace*

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

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



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

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

## ***1.4 Pacient***

### *1.4.1 Zdraví*

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

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

#### 1.4.2 *Nemoc*

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

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

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

### 1.4.3 Bolest

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *1.4.4 Pobyť pacienta v nemocničním prostředí*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **1.5 Úrazy**

### *1.5.1 Charakteristika úrazů*

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

### *1.5.2 Klasifikace úrazů*

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

#### *1.5.4 Prevence úrazů*

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

#### *1.5.5 Reakce pacienta na úraz*

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

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

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

## **1.6 Lůžka akutní péče**

### *1.6.1 Charakteristika Traumatologie v Nemocnici ČB*

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

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

Mezi další týmy specialistů spolupracujícími s Traumacentrem patří například Hrudní a Cévní chirurgie, Urologie, Neurochirurgie, ORL, Stomatochirurgie a Ortopedie. Dále s Traumacentrem úzce spolupracují laboratoře, Transfuzní stanice a Radiologické oddělení (16).

### *1.6.2 Ošetrovatelská péče na Úrazovém oddělení*

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

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

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

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

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

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

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

#### *1.6.4 Komunikační dovednosti sestry*

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## **2 Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

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

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

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

### **2.2 Hypotézy**

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

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

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

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

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

#### ***3.1 Metodika práce***

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

První dotazník byl určen sestřím a obsahoval 15 uzavřených otázek. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na chirurgických odděleních v Nemocnicích Tábor a.s. a na Traumatologii v Nemocnici České Budějovice a.s. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků. Zpět se jich vrátilo 50. Dotazník obsahoval 3 identifikační otázky na pohlaví respondenta, na délku jeho praxe ve zdravotnictví a na nejvyšší dosažené vzdělání. Dále obsahoval 12 dotazníkových otázek, které se přímo týkaly zkoumaného problému. První polovina otázek byla zaměřena na znalosti sester o potřebách pacientů a druhá polovina otázek zjišťovala zájem sester o pacienty.

Druhý dotazník byl určen pacientům a obsahoval 13 otázek uzavřených a 2 otázky polouzavřené. Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní s úrazem na chirurgických odděleních Nemocnice Tábor a.s. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků. Zpět se jich vrátilo 50. Dotazník obsahoval tři identifikační otázky, které byly zaměřeny na pohlaví pacienta, jeho věk a na druh úrazu, se kterým je hospitalizován. Dále obsahoval 12 otázek, které se týkaly přímo zkoumaného problému. V první části dotazníku byly otázky zaměřeny na potřeby, které pacienti upřednostňovaly před úrazem a během hospitalizace, v druhé části dotazníku zjišťovaly otázky, jak hodnotí pacienti zájem sester o ně samé a zda sestry svým chováním poskytují pacientům oporu.

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

Předpokládaný počet respondentů v prvním výzkumném souboru bylo 60 sester pracujících na chirurgických odděleních v Nemocnici Tábor a.s a na Traumatologii v Nemocnici České Budějovice a.s. Dotazníků bylo rozdáno celkem 60 během měsíce března a dubna. 45 dotazníků bylo rozdáno osobně a 15 elektronickou poštou. Z toho se

vrátilo pouze 50 zcela vyplněných. Návratnost sesterských dotazníků byla 83 %. Ke zpracování údajů bylo zařazeno 50 dotazníků.

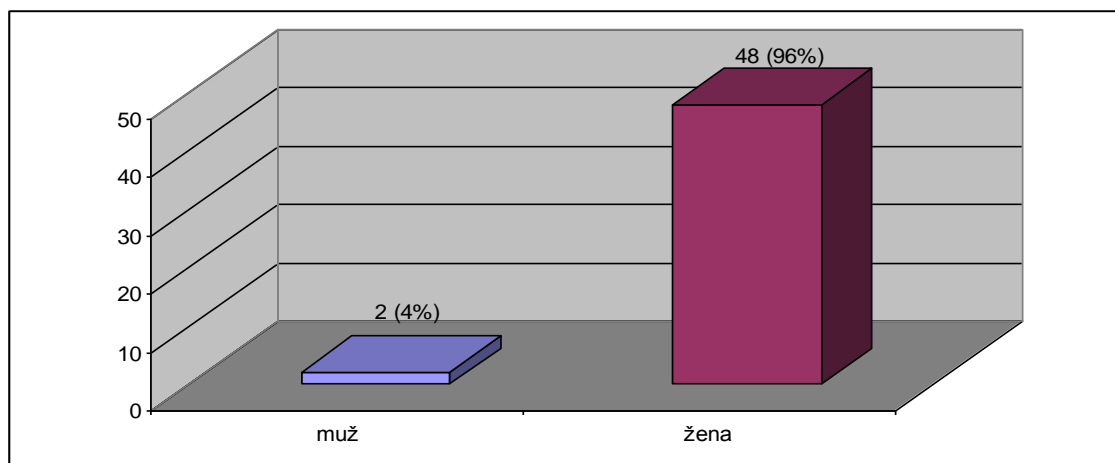
Předpokládaný počet respondentů ve druhém výzkumném souboru bylo 60 pacientů hospitalizovaných na chirurgických odděleních v Nemocnici Tábor a.s. Dotazníků bylo rozdáno celkem 60 během měsíce března a dubna. Z toho se 56 dotazníků vrátilo zpět a 4 se nevrátili vůbec. Návratnost patientských dotazníků byla 93 %, ale z 56 dotazníků, které se vrátili zpět, muselo být 6 dalších vyřazeno pro neúplnost. Ke zpracování údajů bylo zařazeno 50 dotazníků.

Po zpracování dotazníků byly z výsledků sestaveny grafy.

## 4 Výsledky

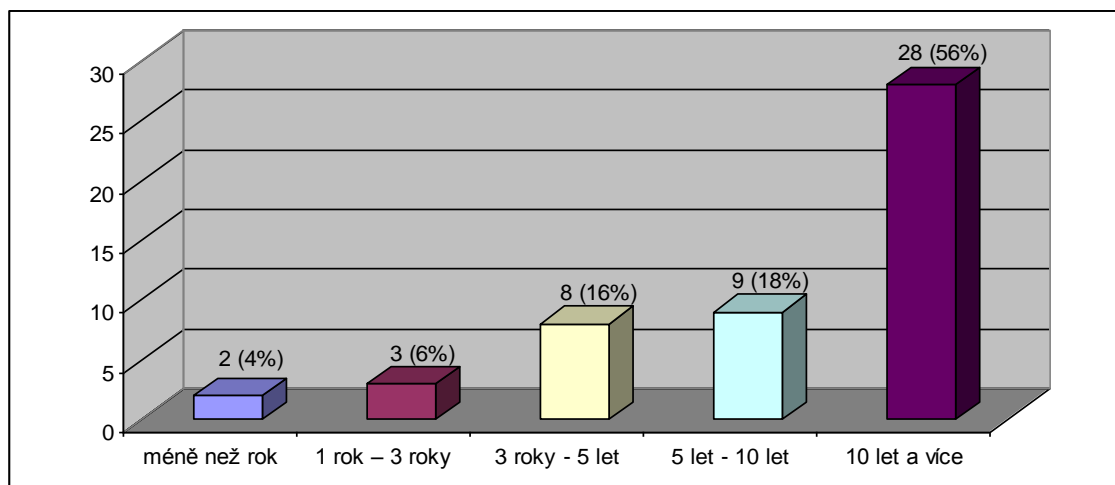
### 4.1 Výsledky dotazníku pro sestry

**Graf 1 Pohlaví respondentů**



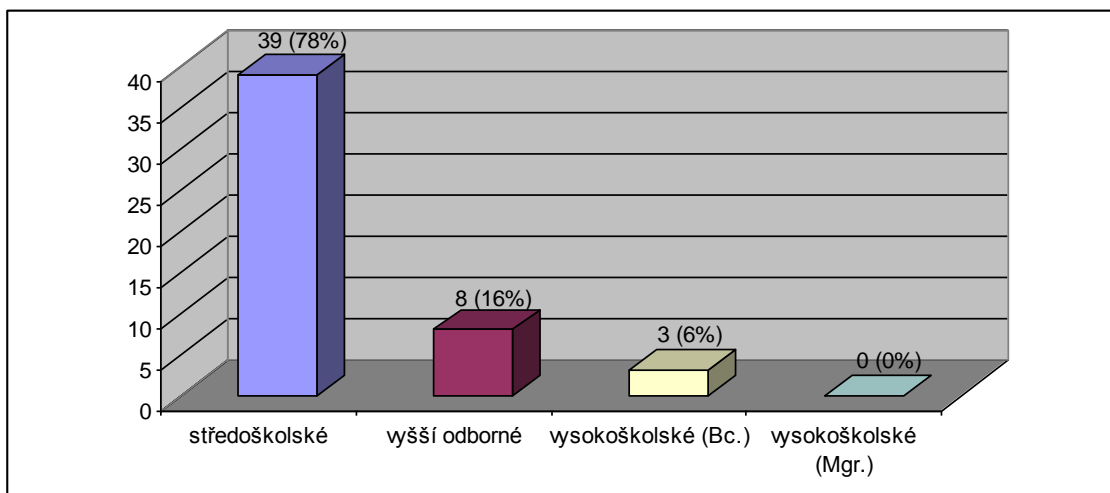
Z celkového počtu 50 (100 %) dotazovaných sester, bylo 48 (96 %) žen a 2 (4 %) muži.

**Graf 2 Délka praxe sester**



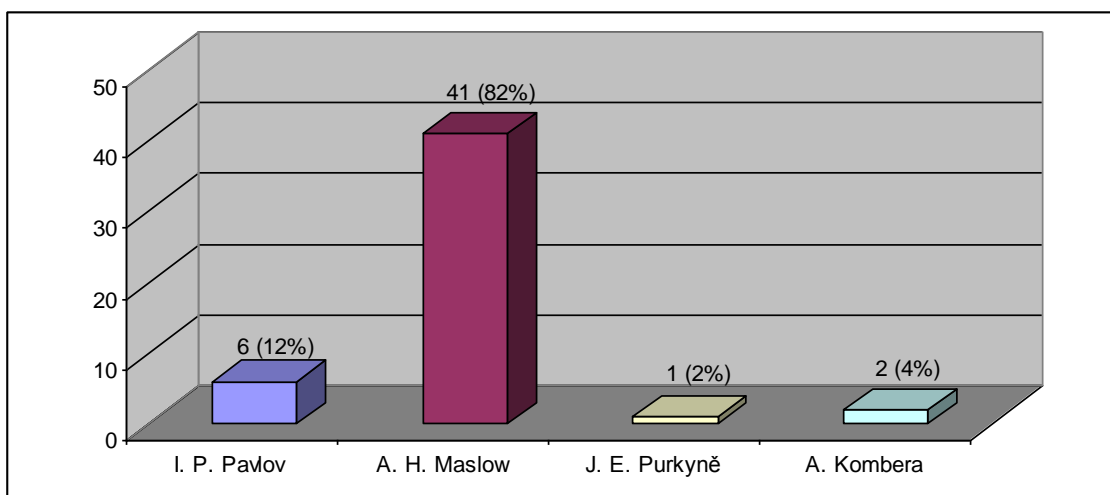
Z celkového počtu 50 (100 %) sester pracujících na úrazových odděleních, mají 2 (4 %) sestry méně než 1 rok praxe, 3 (6 %) sestry uvedly 1-3 roky praxe, 8 (16 %) sester má 3-5let praxe, 9 (18 %) sester uvedlo, že mají praxi 5-10 let a 28 (56 %) sester již pracuje ve zdravotnictví 10 let a více.

**Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání**



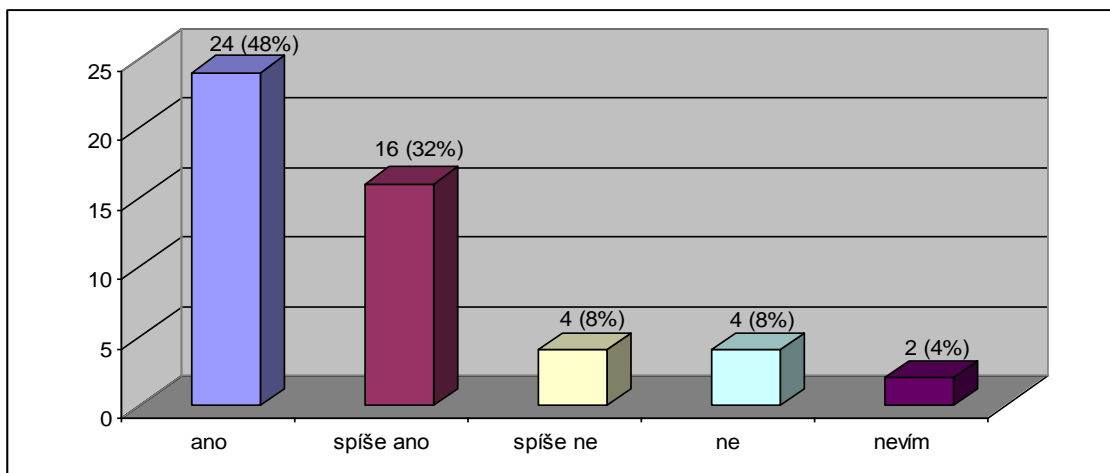
Z celkového počtu 50 (100 %) sester, dosáhlo 39 (78 %) středoškolského vzdělání, 8 (16 %) sester vyššího odborného vzdělání a 3 (6 %) sestry byly s vysokoškolským bakalářským vzděláním. Magisterské vysokoškolské vzdělání neuvádí žádná z dotazovaných sester.

**Graf 4 Znalost představitel studia potřeb**



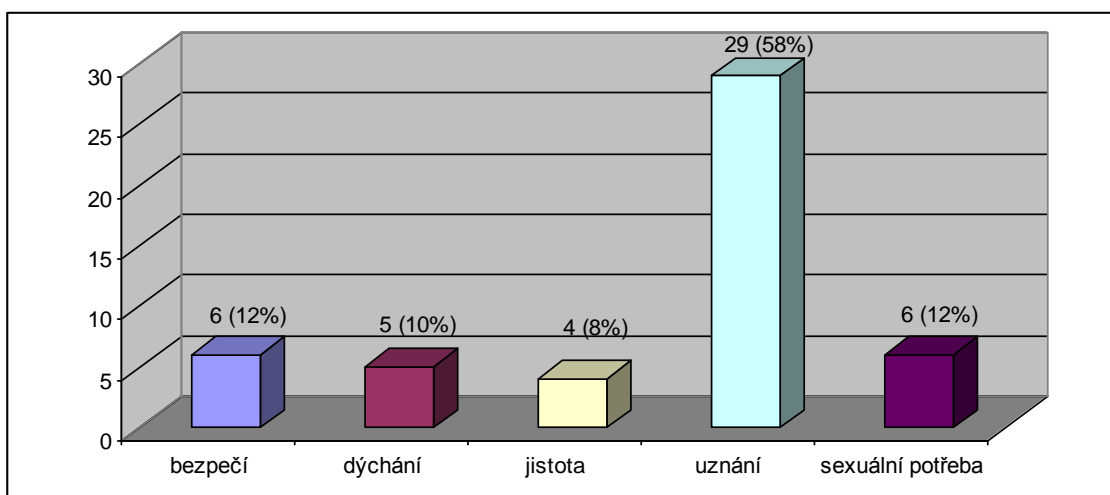
Z celkového počtu 50 (100 %) sester, odpovědělo 6 (12 %), že studiem potřeb, se zabýval I.P.Pavlov, 41 (82 %) sester uvedlo A.H.Maslowa, 1 (2 %) sestra odpověděla J.E.Purkyně a podle 2 (4 %) sester se studiem potřeb zabýval A.Kombera.

**Graf 5 Vliv vývojového stadia člověka na uspokojování potřeb**



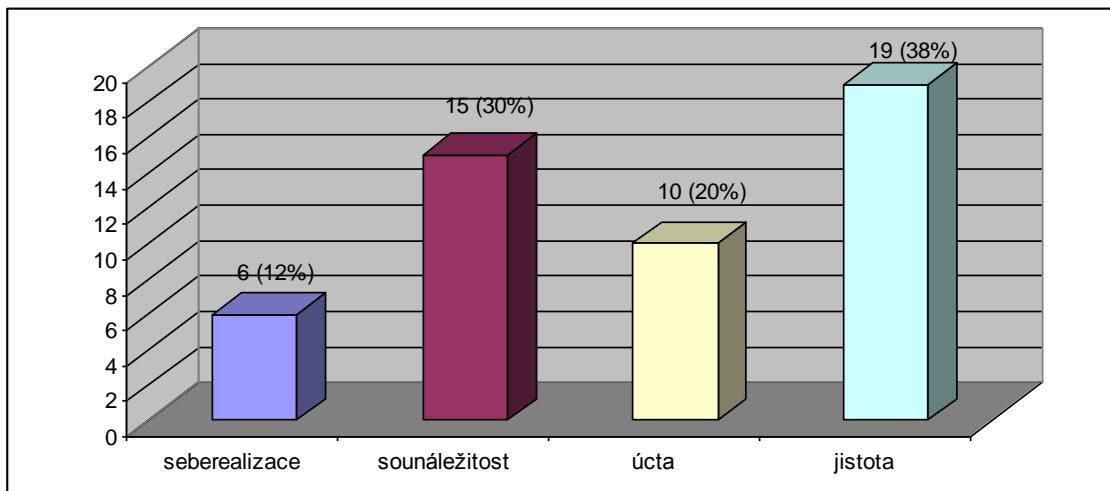
Z celkového počtu 50 (100 %) sester, uvedlo 24 (48 %), že vývojové stádium modifikuje uspokojování potřeb, 16 (32 %) sester odpovědělo spíše ano, 4 (8 %) z dotazovaných sester uvedly, že vývojové stádium mezi faktory modifikující uspokojování potřeb spíše nepatří, 4 (8 %) sestry odpověděly ne a 2 (4 %) sestry odpověděly, že neví.

**Graf 6 Rozpoznání vyšší potřeby**



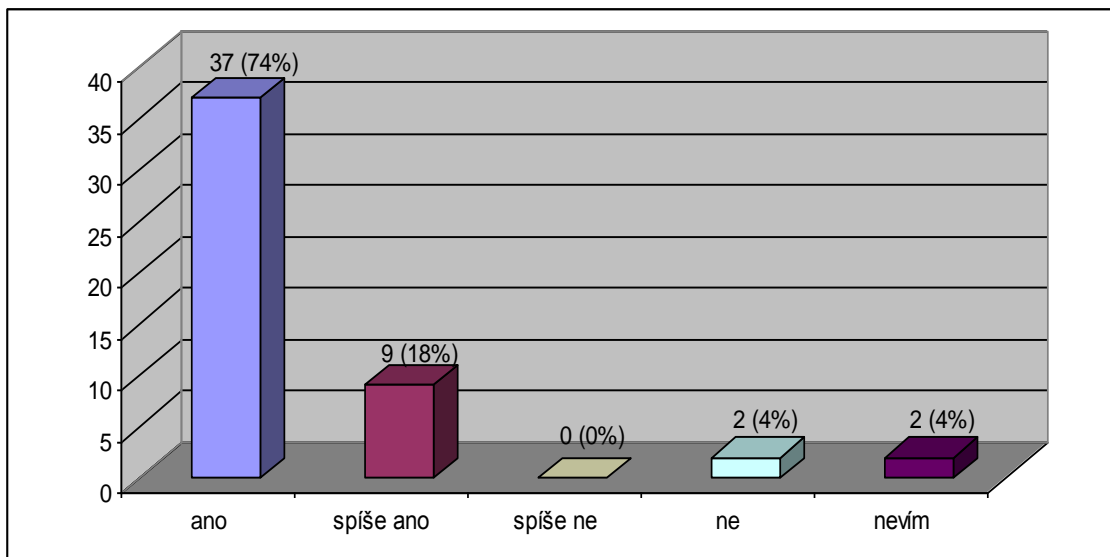
Z celkového počtu 50 (100 %) sester, patří podle 6 (12 %) mezi vyšší potřeby potřeba bezpečí, 5 (10 %) sester vybralo potřebu dýchání, 4 (8 %) sestry uvedly potřebu jistoty, podle 29 (58 %) sester se řadí do vyšších potřeb potřeba uznání a zbylých 6 (12 %) sester vybralo potřebu sexuální.

**Graf 7 Rozpoznání nižších potřeb**



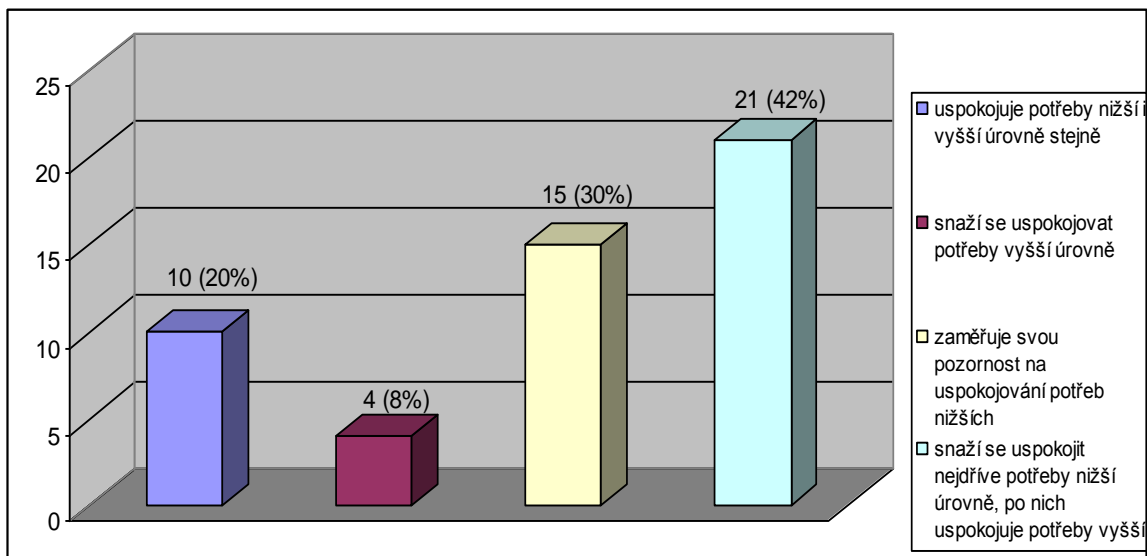
Z celkového počtu 50 (100 %) sester, uvedlo 6 (12 %), že do nižších potřeb člověka patří potřeba seberealizace, 15 (30 %) sester uvedlo potřebu sounáležitosti, podle 10 (20 %) sester patří do nižších potřeb člověka úcta a 19 (38 %) sester vybralo potřebu jistoty.

**Graf 8 Individuálnost uspokojování potřeb**



Z celkového počtu 50 (100 %) sester, odpovědělo na otázku o individualitě uspokojování potřeb 37 (74 %) ano, 9 (18 %) sester uvedlo spíše ano, podle 2 (4 %) sester není uspokojování potřeb individuální záležitostí a 2 (4 %) sestry odpověděly, že neví. Odpověď spíše ne, si nevybrala žádná z dotazovaných sester.

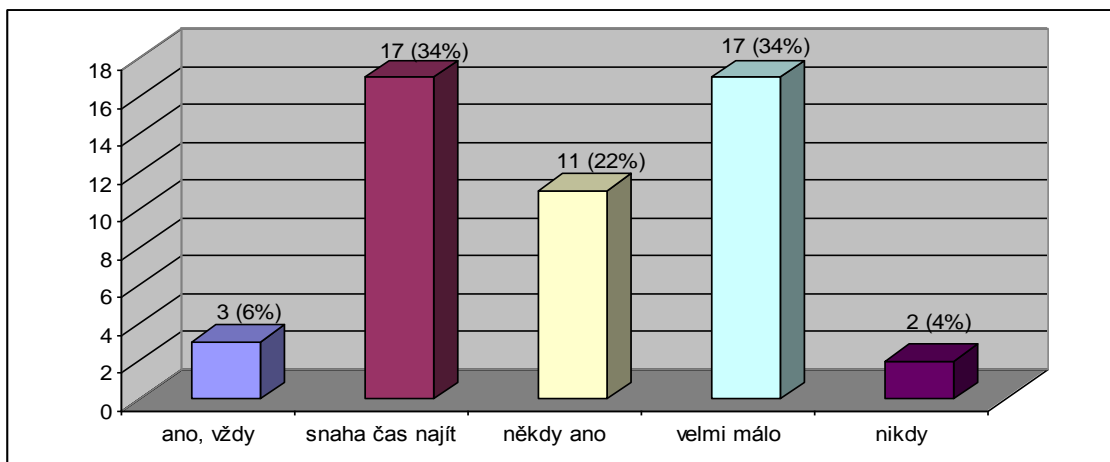
**Graf 9 Znalostní otázka – uspokojování potřeb v době hospitalizace**



Z celkového počtu 50 (100 %) sester, odpovědělo 10 (20 %), že pacient uspokojuje potřeby nižší i vyšší úrovně stejně, 4 (8 %) sestry si myslí, že se pacient snaží uspokojovat potřeby vyšší úrovně, 15 (30 %) sester uvedlo, že pacient zaměřuje svou pozornost na uspokojování potřeb nižší úrovně a podle 21 (42 %) sester se pacient snaží uspokojovat nejdříve potřeby nižší úrovně, po nich uspokojuje potřeby vyšší úrovně.

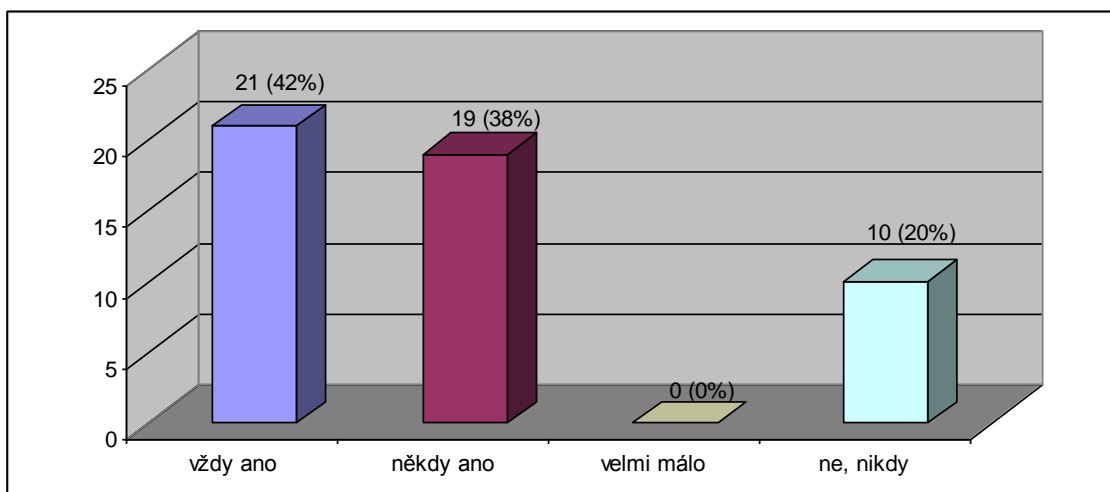


**Graf 10 Čas na komunikaci s pacienty**



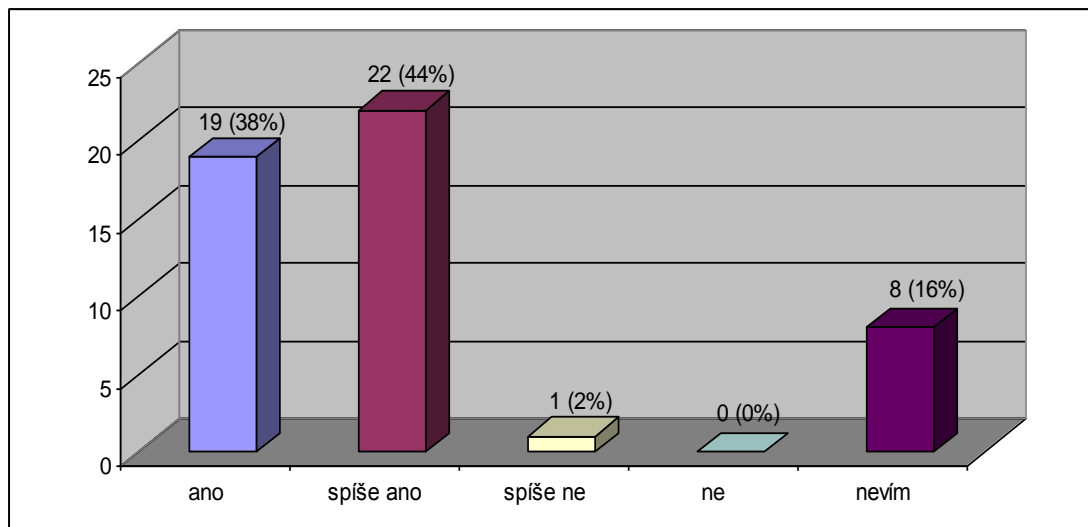
Z celkového počtu 50 (100 %) sester, odpověděly 3 (6 %), že mají čas s pacientem povídat vždy, 17 (34 %) sester zvolilo možnost, že se snaží čas na povídání s pacientem najít, 11 (22 %) sester odpovědělo, že čas mají jen někdy, 17 (34 %) sester uvedlo, že mají velmi málo času a 2 (4 %) sestry nemají čas si povídat s pacientem nikdy.

**Graf 11 Zájem o komunikaci s pacienty**



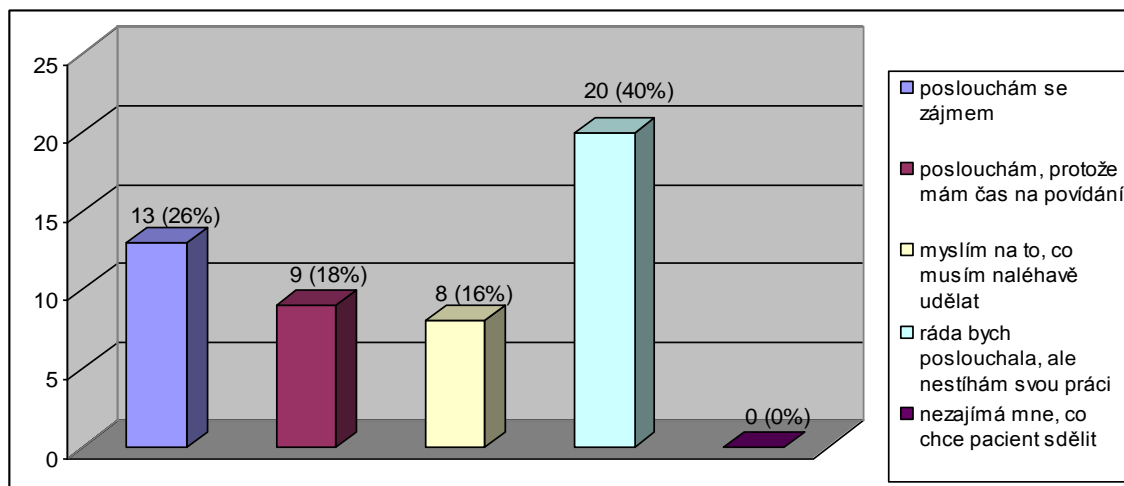
Z celkového počtu 50 (100 %) sester, má 21 (42 %) zájem o komunikaci s pacientem vždy, odpověď jen někdy uvedlo 19 (38 %) sester, žádná z dotazovaných sester neodpověděla, že by zájem měla velmi málo a 10 (20 %) sester odpovědělo, že zájem o povídání s pacientem nemají nikdy.

**Graf 12 Ovlivnění uspokojování potřeb zájmem sestry**



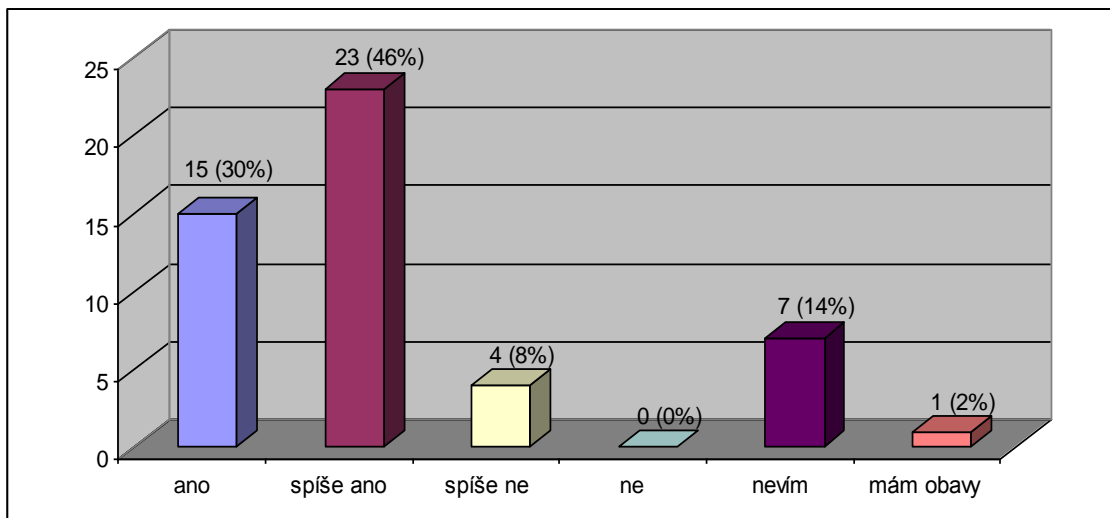
Z celkového počtu 50 (100 %) sester, si 19 (38 %) myslí, že uspokojování potřeb pacientů lze ovlivnit zájmem sester, 22 (44 %) sester se přiklání k odpovědi spíše ano, 1 (2 %) sestra uvedla, spíše ne, žádná ze sester na otázku neodpověděla, že uspokojování potřeb pacientů nelze ovlivnit jejich zájmem a 8 (16 %) sester uvedlo, že neví.

**Graf 13 Pocity sestry při komunikaci**



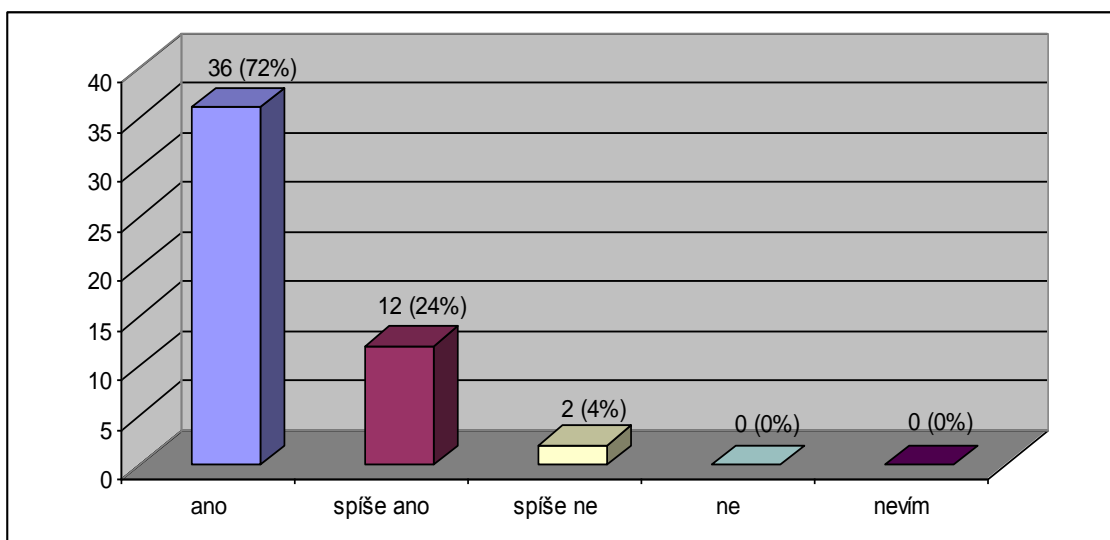
Z celkového počtu 50 (100 %) sester, odpovědělo 13 (26 %), že poslouchají se zájmem, co jim pacient říká, 9 (18 %) sester poslouchá se zájmem, protože mají čas si s pacientem povídat, 8 (16 %) sester při povídání s pacientem myslí na to, co musí naléhavě udělat, 20 (40 %) sester uvádí, že by rády poslouchaly, ale nestíhají svou práci a žádná ze sester si nevybrala možnost, že je nezajímá, co chce pacient sdělit.

**Graf 14 Schopnost dávat naději při komunikaci**



Z celkového počtu 50 (100 %) sester, má 15 (30 %) pocit, že dokážou dávat pacientovi naději, 23 (46 %) sester uvedlo spíše ano, 4 (8 %) sestry odpověděly spíše ne, žádná ze sester se nepřiklonila k odpovědi, že neumí dát pacientovi naději, 7 (14 %) sester neví a pouze 1 (2 %) sestra má obavy dávat pacientovi naději.

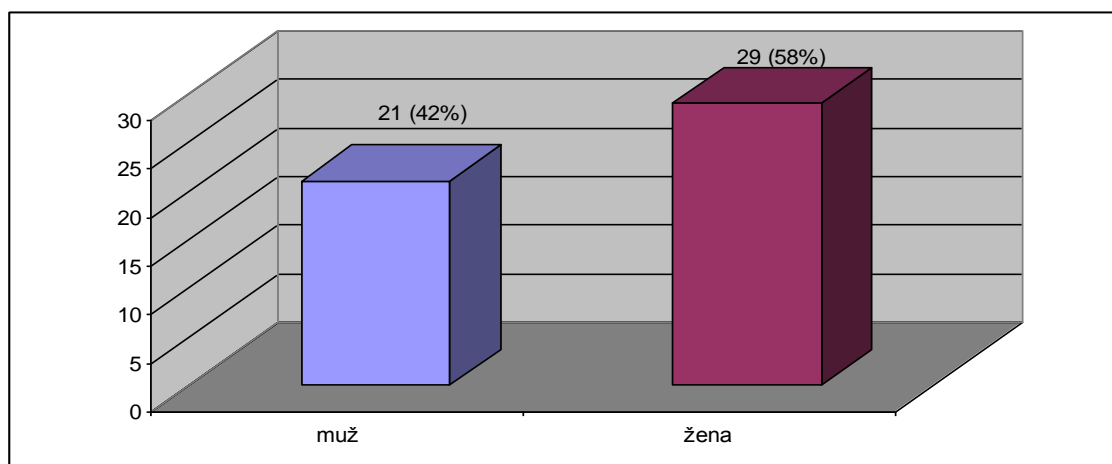
**Graf 15 Důležitost projevu porozumění**



Z celkového počtu 50 (100 %) sester, si 38 (72 %) myslí, že je důležité dávat pacientům najevo porozumění, 12 (24 %) sester uvádí spíše ano, 2 (4 %) sestry uvedly spíše ne a odpovědi ne a nevím si nevybrala žádná ze sester.

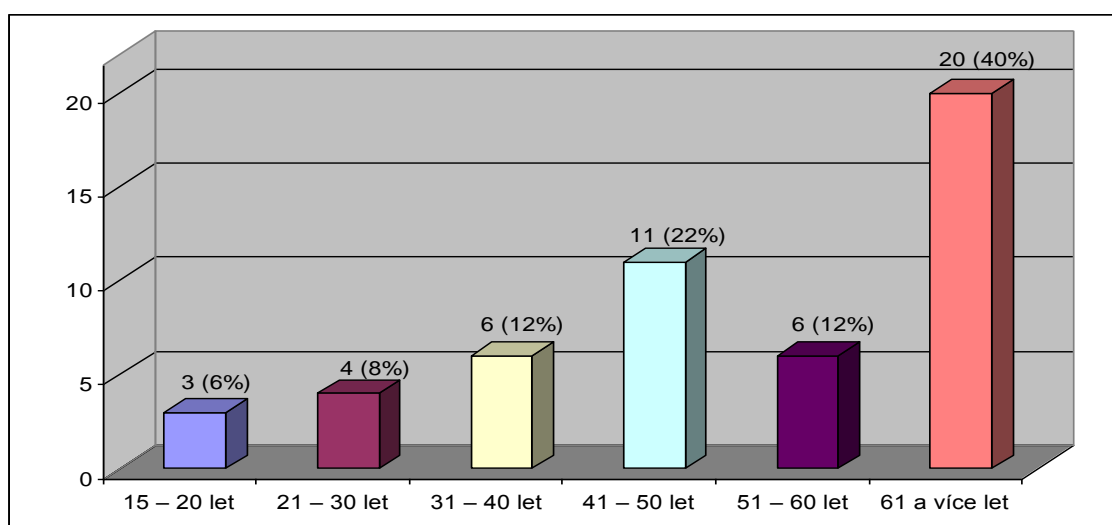
## 4.2 Výsledky dotazníku pro pacienty

**Graf 1 Pohlaví respondentů**



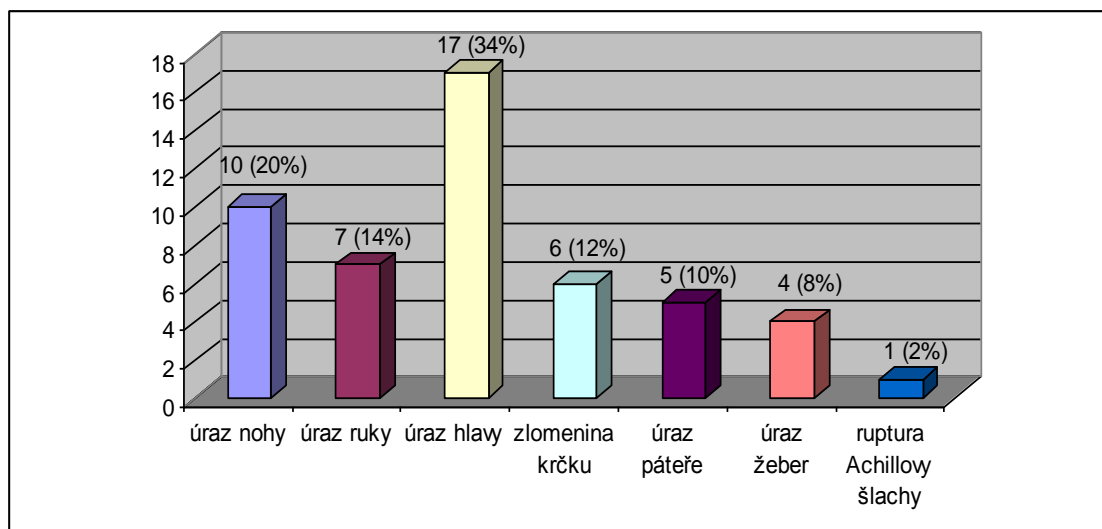
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, odpovídalo 21 (42 %) mužů a 29 (58 %) žen.

**Graf 2 Věkové složení respondentů**



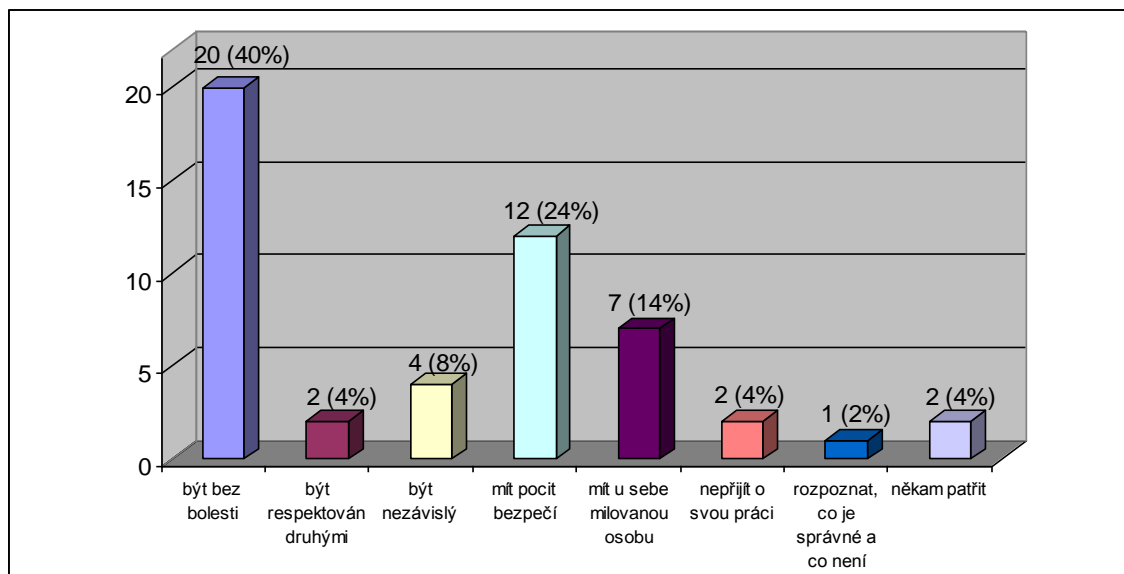
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, odpovídali 3 (6 %) ve věku 15-20 let, ve věkové kategorii 21-30 let 4 (8 %) pacienti, 6 (12 %) pacientů, kteří odpovídali na dotazník, patřili do kategorie 31-40 let, v další věkové kategorii 41-50 let, odpovídalo 11 (22 %) pacientů, 6 (12 %) z kategorie 51-60 let a zbývajících 20 (40 %) patřilo do věkové kategorie 61 a více let.

**Graf 3 Druhy úrazů u hospitalizovaných pacientů**



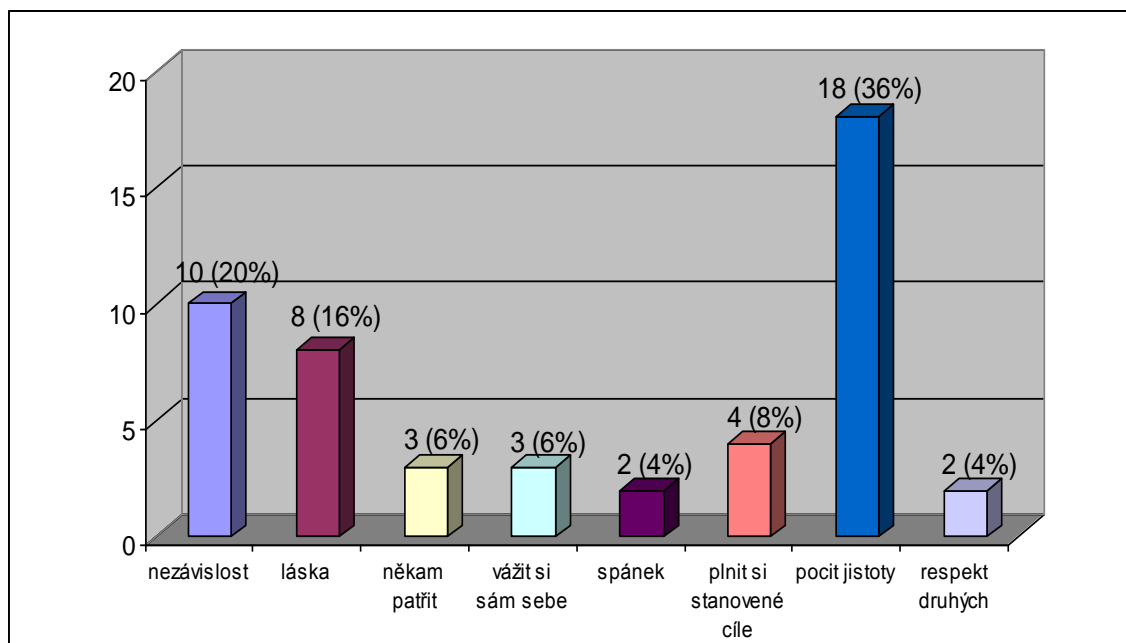
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, bylo hospitalizováno s úrazem nohy 10 (20 %), s úrazem ruky 7 (14 %), 17 (34 %) s úrazem hlavy, 6 (12 %) se zlomeným krčkem, 5 (10 %) s úrazem páteře, 4 (8 %) s úrazem žeber a 1 (2 %) pacient s rupturou Achillovy šlachy.

**Graf 4 Potřeby pacientů v souvislosti s hospitalizací**



Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, 20 (40%) vykazuje potřebu být bez bolesti, 2 (4 %) být respektován druhými, další 4 (8 %) pacienti chtějí být nezávislí, 12 (24 %) touží po pocitu bezpečí, 7 (14 %) vykazuje potřebu mít u sebe milovanou osobu, 2 (4 %) nechtějí přijít o svou práci, pro 1 (2 %) pacienta je důležité rozpoznat, co je správné a 2 (4 %) chtějí někam patřit.

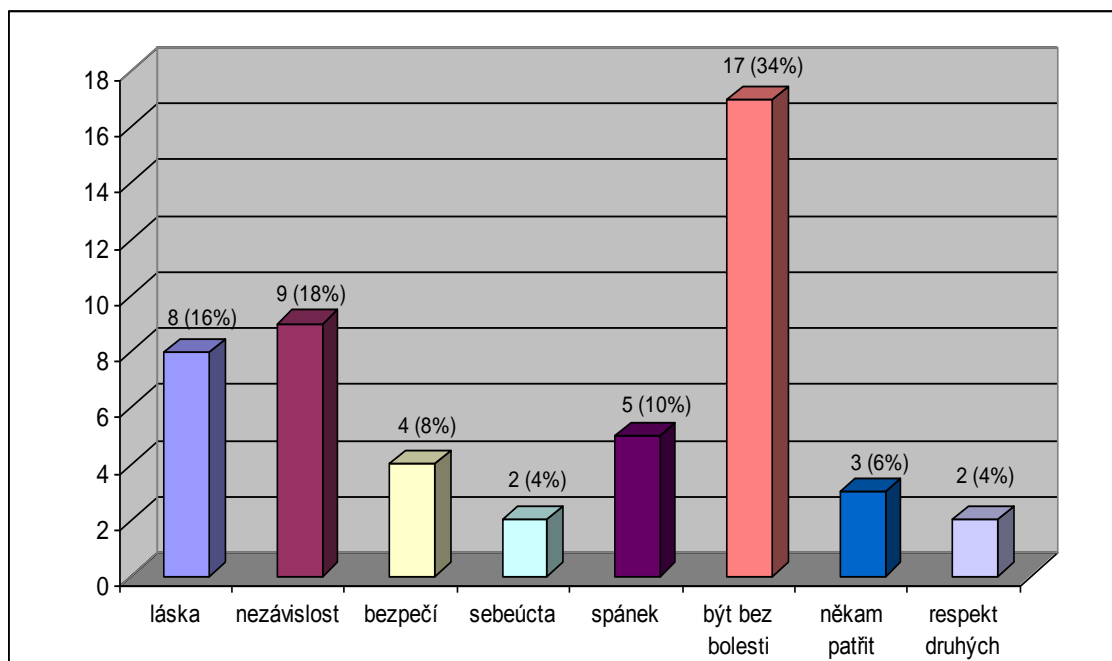
**Graf 5 Potřeby pacientů upřednostňované před úrazem**



Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, vykazuje 10 (20 %), že před úrazem pro ně bylo nejdůležitější být nezávislý, 8 (16 %) pacientů dávalo přednost lásce, další 3 (9 %) chtěli někam patřit, 3 (9 %) pacienti uvedli, že pro ně bylo nejdůležitější vážit si sám sebe, 2 (4 %) dávali přednost spánku, pro 4 (8 %) pacienty byla nejvíce důležitá potřeba plnit si stanovené cíle, 18 (36 %) uvedlo, že pro ně byla nejdůležitější jistota a pro 2 (4 %) pacienty byl před úrazem důležitý respekt druhých.

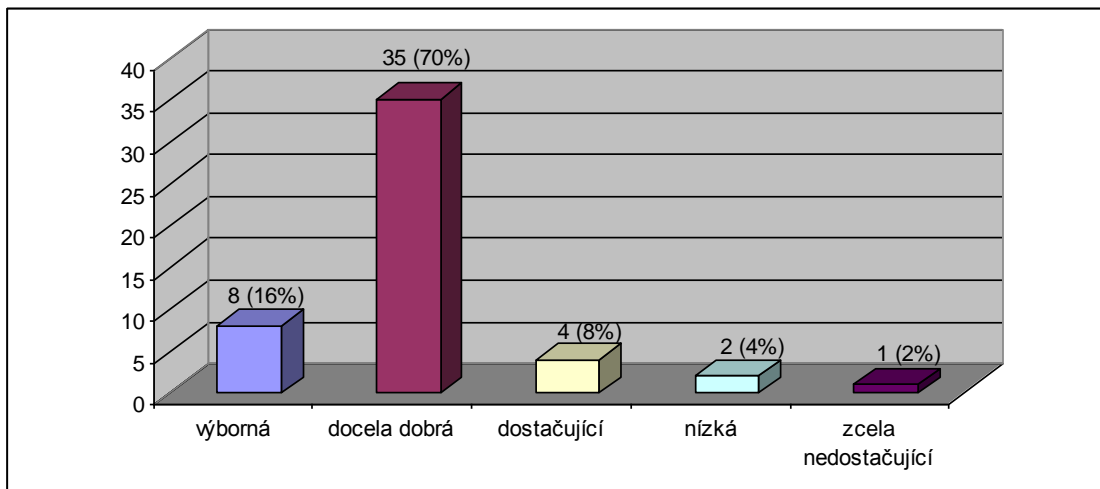


**Graf 6 Aktuálně nejvýznamnější potřeby pacientů**



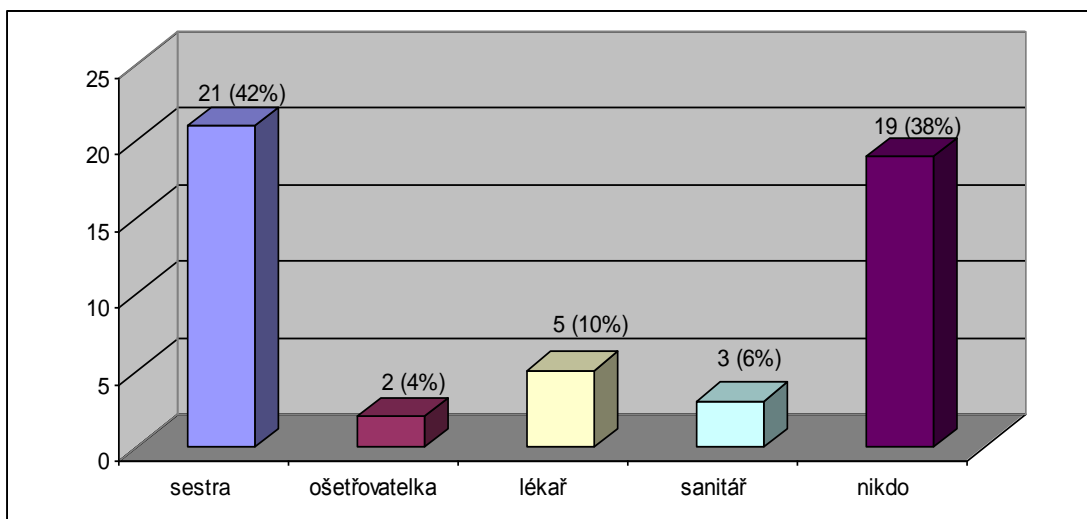
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, upřednostňuje aktuálně 8 (16%) potřebu lásky, pro dalších 9 (18 %) pacientů je aktuálně nejdůležitější být nezávislý, 4 (8 %) pacienti upřednostňují bezpečí, 2 (4 %) pacienti odpověděli, že je pro ně aktuálně nejdůležitější sebeúcta, spánek je důležitý pro 5 (10 %) pacientů, potřeba být bez bolesti pro 17 (34 %) pacientů, 3 (6 %) pacienti odpověděli, že je aktuálně nejvýznamnější někam patřit a 2 (4 %) touží po respektu druhých.

**Graf 7 Úroveň komunikace pacientů se sestrami**



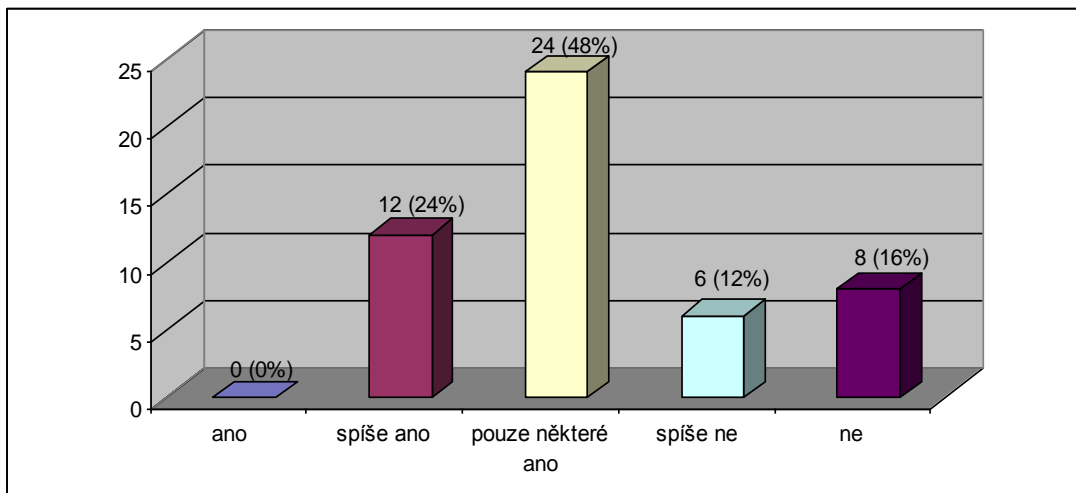
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, uvádí 8 (16 %), že úroveň komunikace se sestrami je výborná, podle 35 (70 %) je komunikace docela dobrá, 4 (8 %) pacienti odpověděli, že je dostačující, 2 (4 %) odpověděli, že komunikace se sestrami je nízká a podle 1 (2%) pacienta zcela nedostačující.

**Graf 8 Zájem sester o potřeby pacientů**



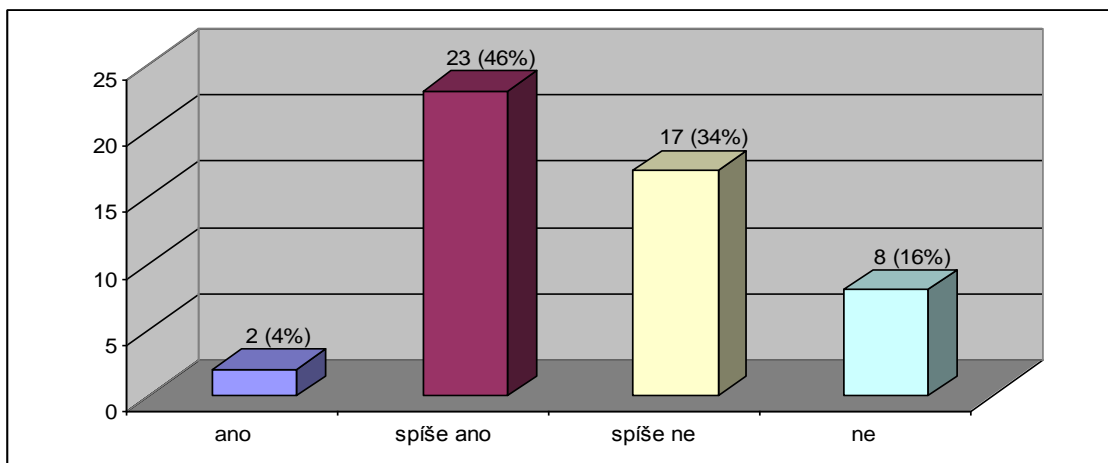
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, uvádí 21 (42 %), že největší zájem o jejich potřeby měly sestry, 2 (4 %) odpověděli, že ošetřovatelka, podle dalších 5 (10 %) pacientů měl největší zájem o jejich potřeby lékař, 3 (6 %) pacienti uvedli sanitáře, a 19 (38 %) pacientů si myslí, že o jejich potřeby nejevila zájem nikdo z personálu.

**Graf 9 Zájem sester o priority pacientů**



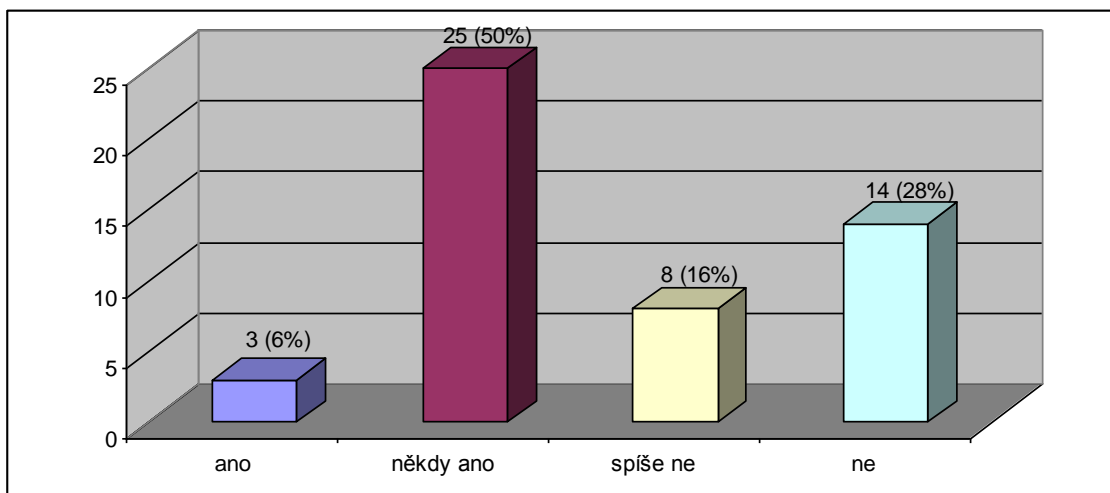
Z celkového počtu pacientů 50 (100 %), žádný neodpověděl, že mají zájem sestry o to, vědět, co je pro pacienty v době nemoci nejdůležitější, podle 12 (24 %) sestry spíše projevují zájem o jejich prioritní potřeby, 24 (48 %) pacientů uvedlo, že zájem projevují pouze některé sestry, 6 (12 %) pacientů odpovědělo, že sestry spíše zájem nemají, a podle 8 (16 %) nemají zájem vůbec.

**Graf 10 Čas sester na komunikaci s pacienty**



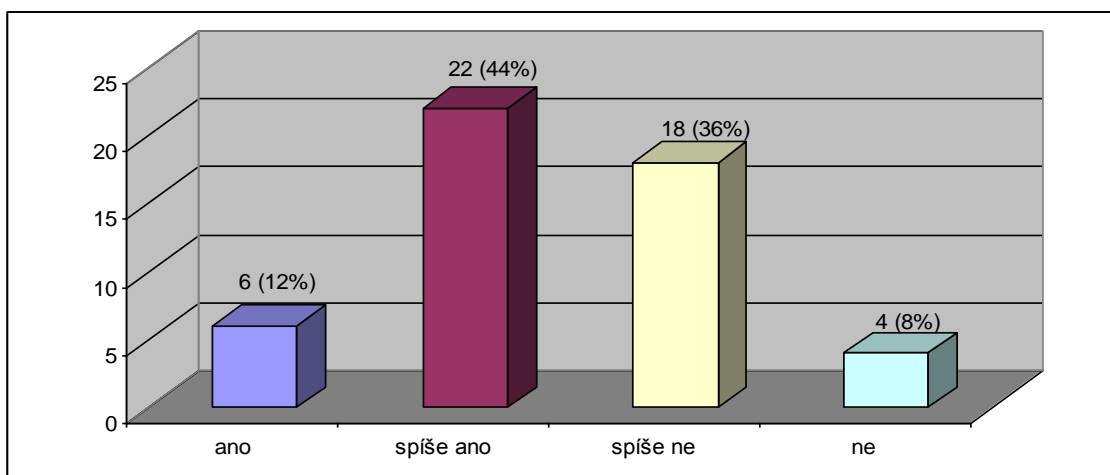
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, si podle 2 (4 %) najdou sestry čas na komunikaci s nimi, 23 (46 %) uvedlo, že si sestry spíše čas najdou, 17 (34 %) pacientů odpovědělo, že sestry si čas spíše nenajdou a podle 8 (16 %) pacientů sestry čas na povídání nemají.

**Graf 11 Příklad sestry bez zavolání**



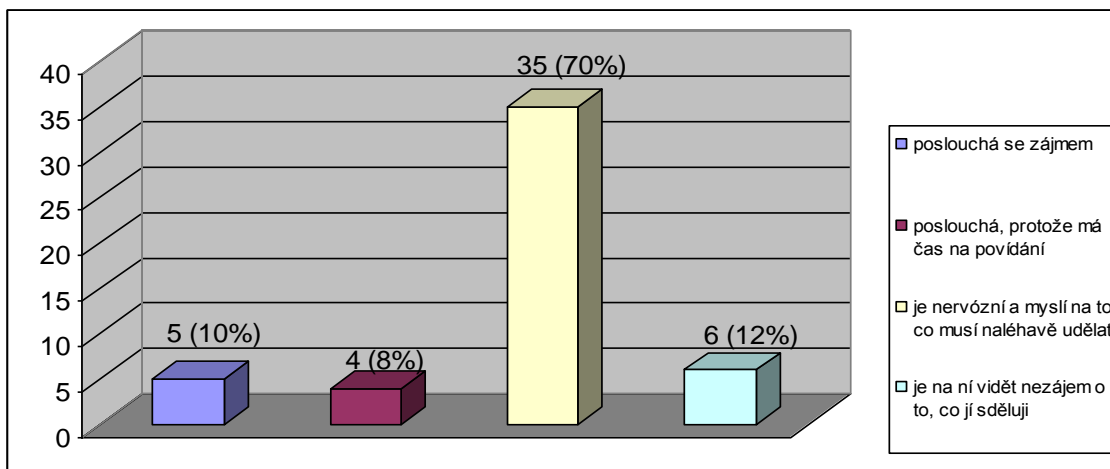
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, uvádí 3 (6 %), že sestra za nimi přijde i bez jejich zavolání, 25 (50 %) odpovědělo, že sestra přijde někdy sama, podle 8 (16 %) pacientů sestra spíše nepříjde a 14 (28 %) pacientů uvedlo, že pokud sestru nezavolají, tak nepříjde.

**Graf 12 Spokojenost se zájmem sester o potřeby pacientů**



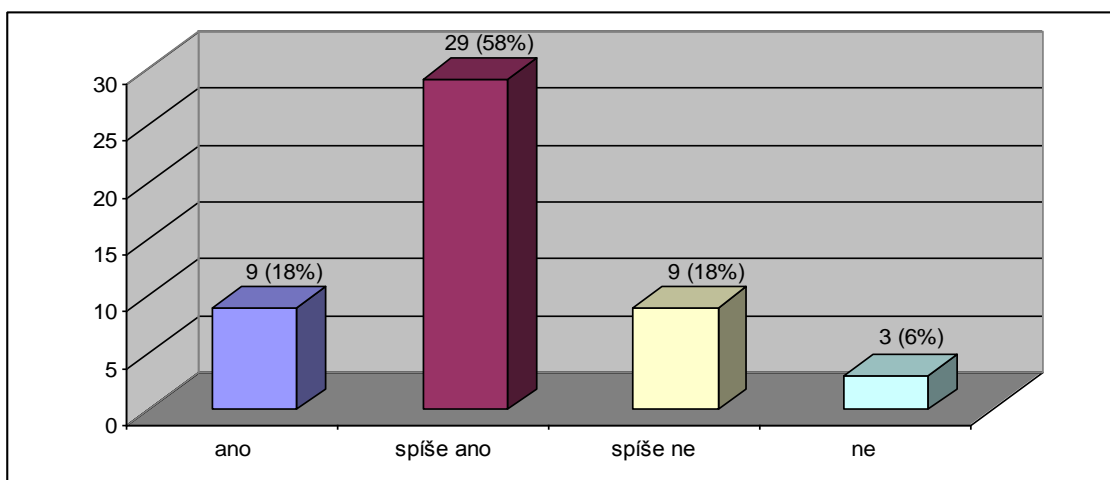
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, je spokojeno se zájmem sester o jejich potřeby 6 (12 %), 22 (44 %) je spíše spokojeno se zájmem sester o jejich potřeby, 18 (36 %) pacientů spíše není spokojeno a 4 (8 %) pacienti se zájmem sester nejsou spokojeni vůbec.

**Graf 13 Hodnocení naslouchání sester**



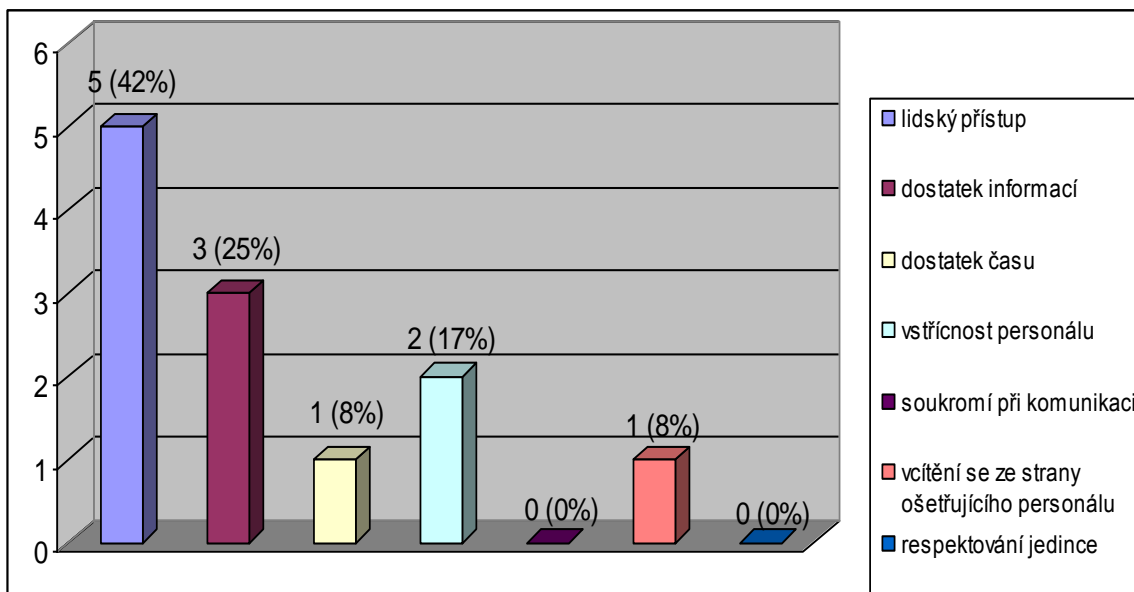
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, se 5 (10 %) zdá, že sestry poslouchají se zájmem, když s nimi mluví, 4 (8 %) pacienti si myslí, že sestry poslouchají, protože mají na povídání čas, dalším 35 (70 %) se zdá, že sestry jsou při povídání s nimi nervózní a myslí na to, co musí naléhavě udělat a 6 (12 %) pacientů odpovědělo, že je na sestřích vidět nezáměr o to, co jim sdělují.

**Graf 14 Uspokojení potřeby komunikace**



Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, odpovědělo 9 (18 %), že byla uspokojena jejich potřeba komunikace, 29 (58 %) uvedlo, že potřeba komunikace spíše byla uspokojena, podle 9 (18 %) pacientů spíše uspokojena nebyla a 3 (6 %) pacienti uvedli, že jejich potřeba komunikace uspokojena nebyla.

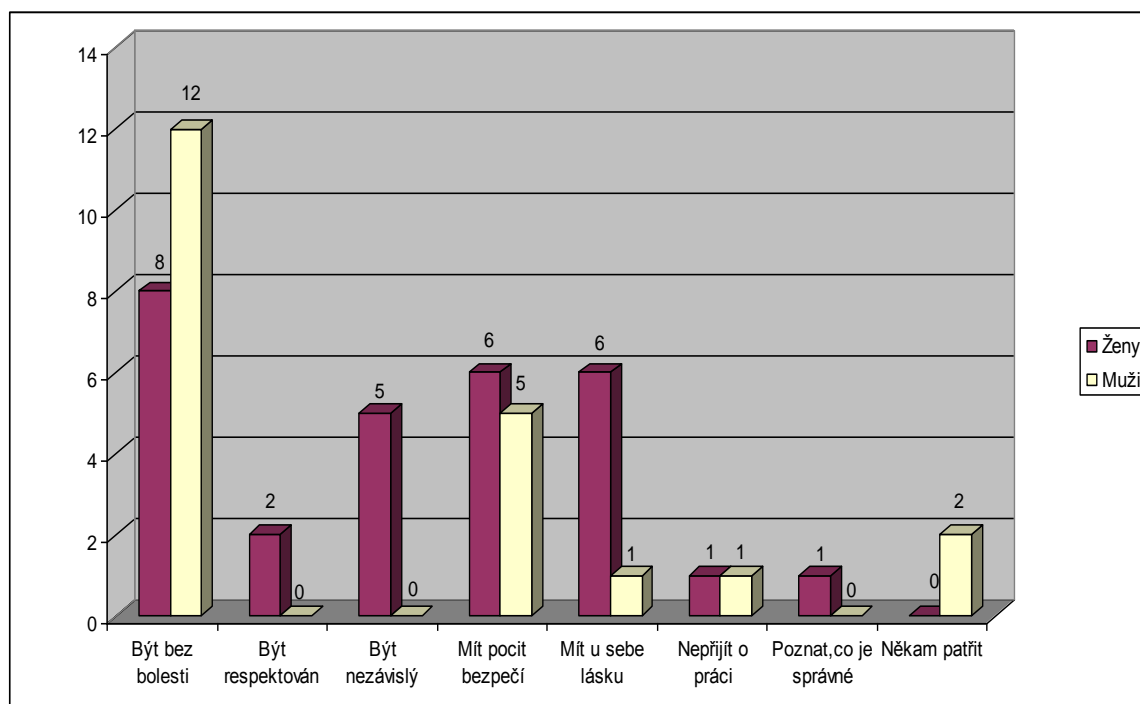
**Graf 15 Nedostatky v uspokojování potřeby komunikace**



Z celkového počtu 12 (100 %) pacientů, kteří na předcházející otázku odpověděli ne nebo spíše ne, uvedlo 5 (42 %), že jim při uspokojování potřeby komunikace chyběl lidský přístup, ze strany sester, 3 (25 %) odpověděli, že měli málo informací, podle 1 (8 %) pacienta neměly sestry dostatek času, 2 (17 %) pacientům chyběla vstřícnost a 1 (8 %) pacient uvedl, že se sestry neumí vcítit do role pacienta.

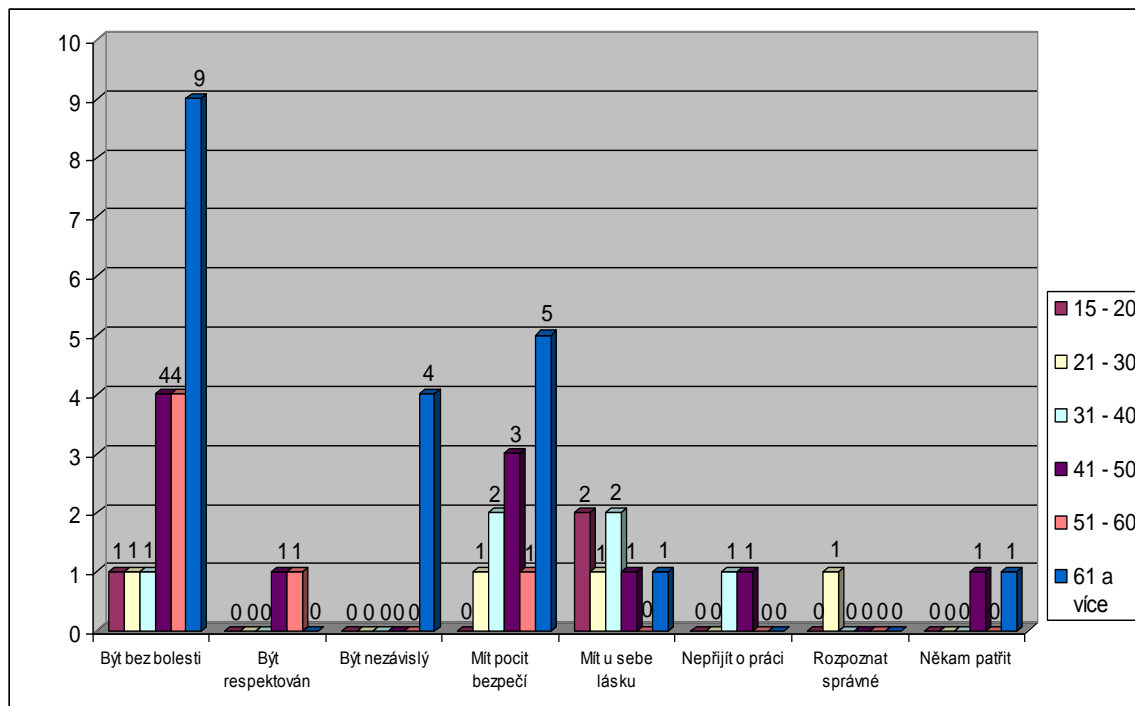
### 4.3 Doplnkové grafy k dotazníku pro pacienty

**Graf 1** Potřeby pacientů v souvislosti s hospitalizací dle pohlaví



Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, upřednostňuje potřebu být bez bolesti 8 (16 %) žen a 12 (24 %) mužů, potřebu respektu vykazují 2 (4 %) ženy, být nezávislí chtějí být 5 (10 %) žen, po pocitu bezpečí touží 6 (12 %) žen a 5 (10 %) mužů, potřebu lásky upřednostňuje 6 (12 %) žen a 1 (2 %) muž, o svou práci nechce přijít 1 (2 %) žena a 1 (2 %) muž, potřebu poznat, co je správné uvádí 1 (2 %) žena a někam patřit chtějí 2 (4 %) muži.

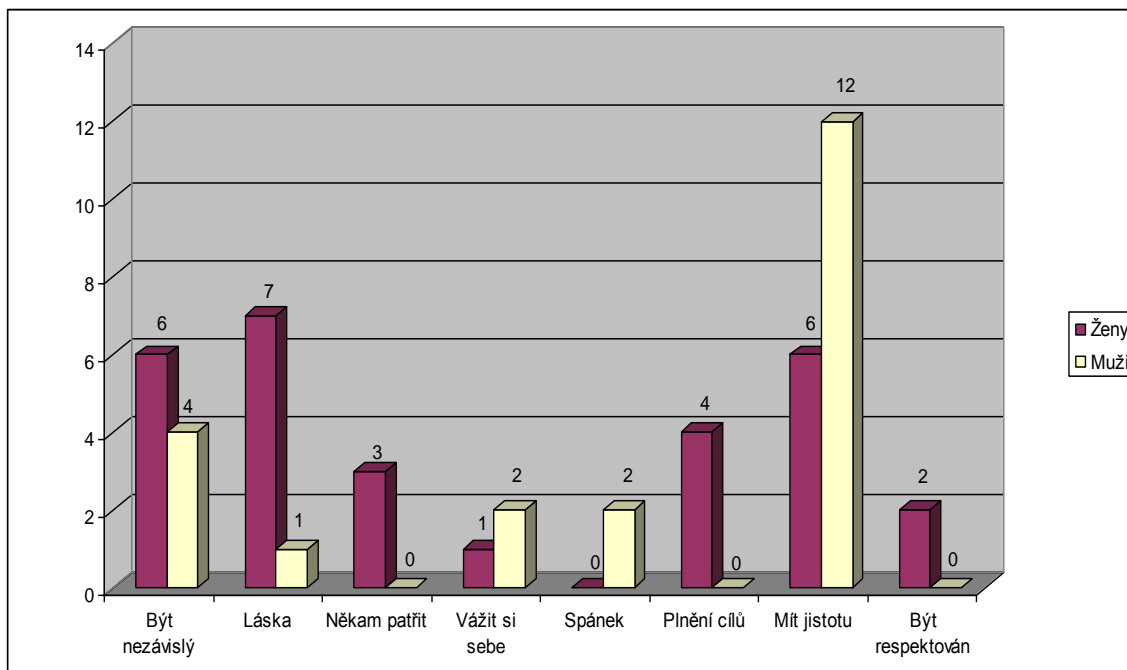
**Graf 2 Potřeby pacientů v souvislosti s hospitalizací dle věku**



Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, v souvislosti s hospitalizací, ve věkové kategorii 15-20 let upřednostňují pacienti tyto potřeby: 1 (2 %) být bez bolesti a 2 (4 %) lásku. Ve věku 21-30 let dávají pacienti přednost těmto potřebám: 1 (2 %) být bez bolesti, 1 (2 %) mít pocit bezpečí, 1 (2 %) lásku a 1 (2 %) rozpoznat, co je správné. V další věkové kategorii 31-40 let vykazují pacienti potřeby tyto: 1 (2 %) být bez bolesti, 2 (4 %) mít pocit bezpečí, 2 (4 %) lásku a 1 (2 %) nechce přijít o svou práci. Pacienti ve věku 41-50 let, dávají přednost potřebám: 4 (8 %) být bez bolesti, 1 (2 %) být respektován, 3 (6 %) mít pocit bezpečí, 1 (2 %) lásku, 1 (2 %) nepřijít o svou práci a 1 (2 %) někam patřit. Ve věkové kategorii 51-60 let upřednostňují tyto potřeby: 4 (8 %) být bez bolesti, 1 (2 %) být respektován a 1 (2 %) mít pocit bezpečí. Pacienti ve věku 61 a více let vykazují nejvíce potřeby: 9 (18 %) být bez bolesti, 4 (8 %) být nezávislí, 5 (10 %) mít pocit bezpečí, 1 (2 %) lásku a 1 (2 %) chce někam patřit.

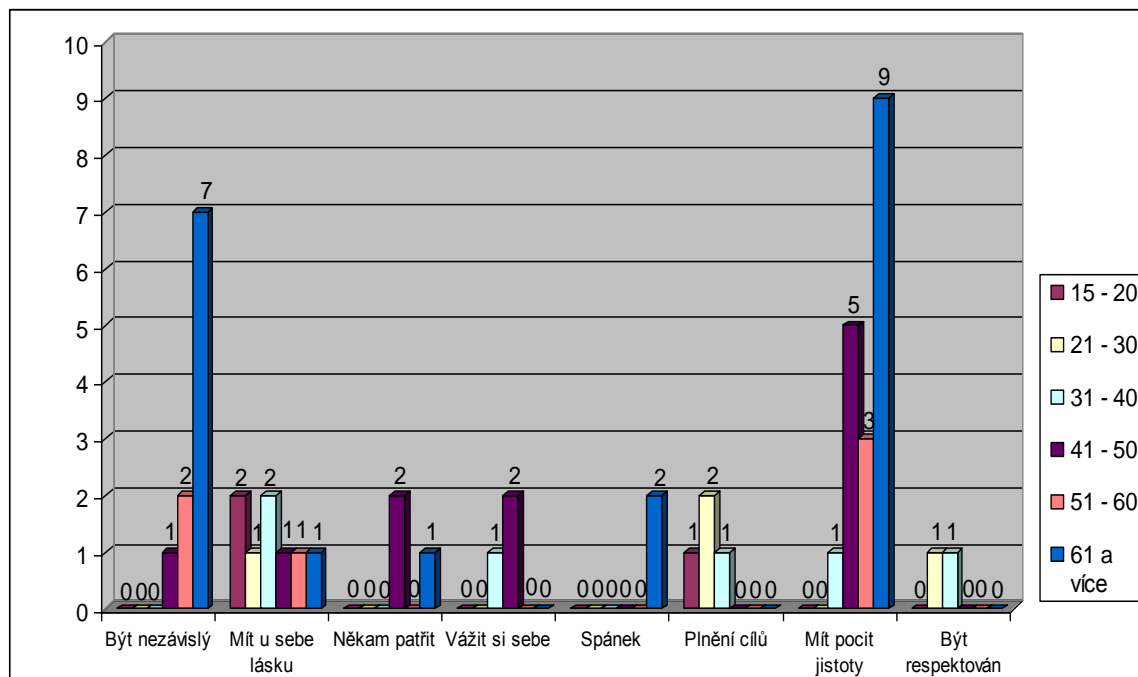


**Graf 3 Potřeby pacientů upřednostňované před úrazem dle pohlaví**



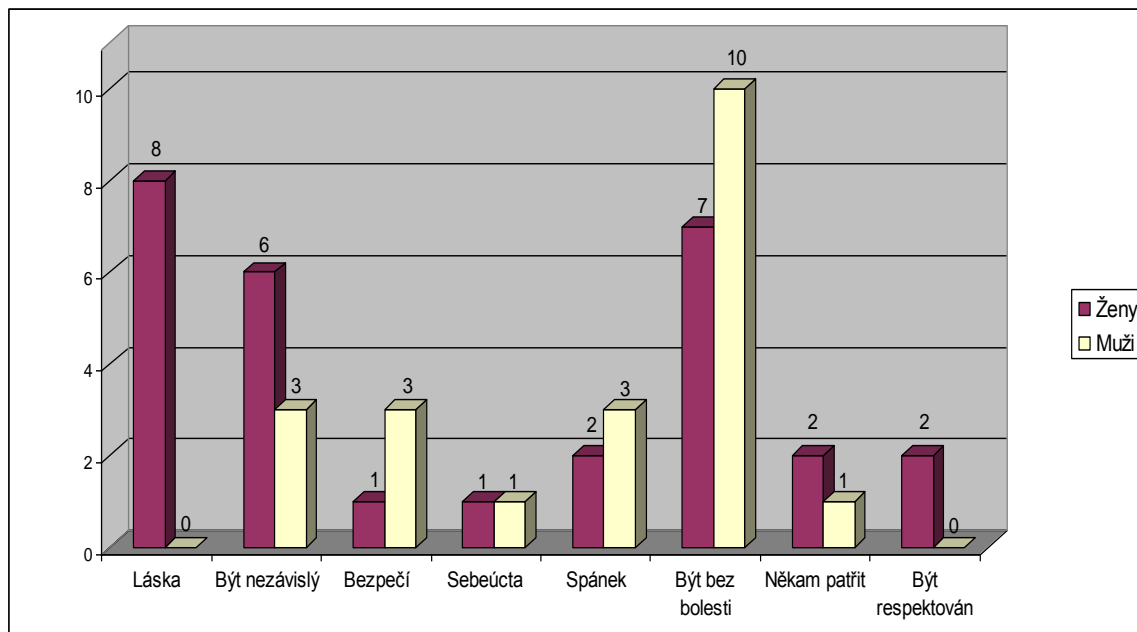
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, potřebě být nezávislí dávalo před úrazem přednost 6 (12 %) žen a 4 (8 %) muži, lásce 7 (14 %) žen a 1 (2 %) muž, 3 (6 %) ženy toužily někam patřit, potřebu vážit si sám sebe vykazovali 1 (2 %) žena a 2 (4 %) muži, spánek byl důležitý pro 2 (4 %) muže, pro 4 (8 %) ženy bylo důležité plnění svých cílů, mít jistotu chtělo 6 (12 %) žen a 12 (24 %) mužů a 2 (4 %) ženy toužily po respektu.

**Graf 4 Potřeby pacientů upřednostňované před úrazem dle věku**



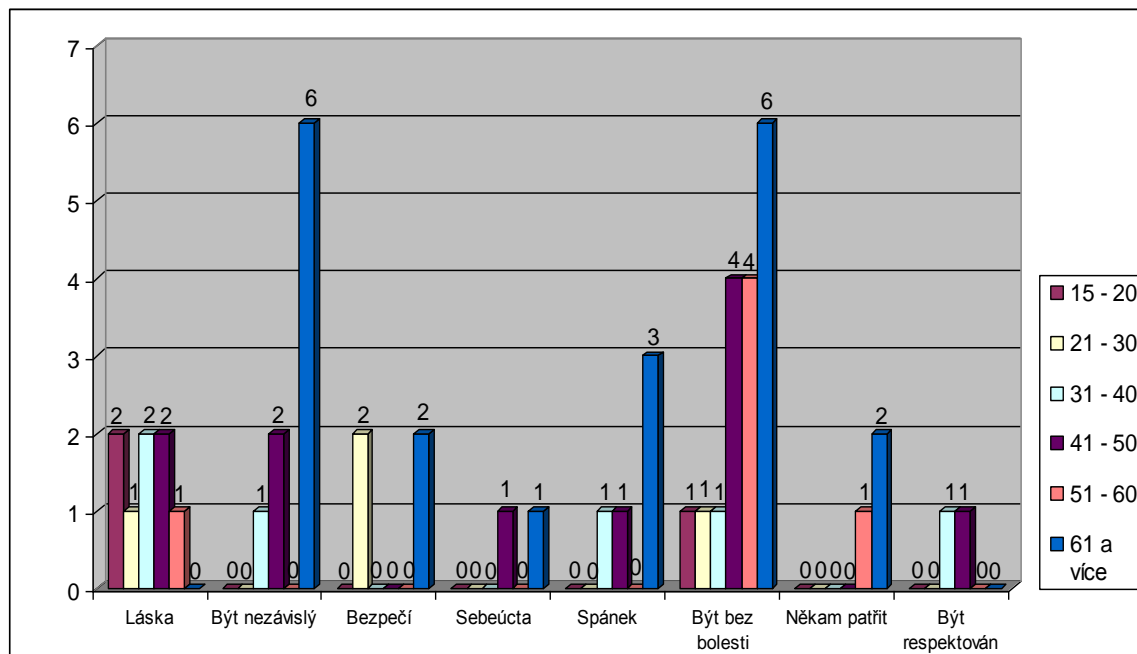
Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, upřednostňovali před úrazem pacienti ve věkové kategorii 15-20 let tyto potřeby: 2 (4 %) lásku a 1 (2 %) plnění svých cílů. Ve věku 21-30 let dávali pacienti přednost těmto potřebám: 1 (2 %) lásce, 2 (4 %) plnění svých cílů a 1 (2 %) být respektován. V další věkové kategorii 31-40 let vykazují pacienti před úrazem potřeby tyto: 2 (4 %) lásku, 1 (2 %) vážít si sám sebe, 1 (2 %) plnění svých cílů, 1 (2 %) mít pocit jistoty a 1 (2 %) být respektován. Pacienti ve věku 41-50 let, dávali přednost potřebám: 1 (2 %) být nezávislý, 1 (2 %) lásce, 2 (4 %) někam patřit, 2 (4 %) vážít si sám sebe a 5 (10 %) mít pocit jistoty. Ve věkové kategorii 51-60 let upřednostňovali tyto potřeby: 2 (4 %) být nezávislí, 1 (2 %) lásku a 3 (6 %) mít pocit jistoty. Pacienti ve věku 61 a více let vykazují před úrazem nejvíce potřeby: 7 (14 %) být nezávislí, 1 (2 %) láska, 1 (2 %) chce někam patřit, 2 (4 %) spánek a 9 (18 %) mít pocit jistoty.

**Graf 5 Aktuálně nejvýznamnější potřeby pacientů dle pohlaví**



Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, vykazuje aktuálně potřebu lásky 8 (16 %) žen, být nezávislí je důležité pro 6 (12 %) žen a 3 (6 %) muže, mít pocit bezpečí chce 1 (2 %) žena a 3 (6 %) muži, sebeúctě dává přednost 1 (2 %) žena a 1 (2 %) muž, spánek je důležitý pro 2 (4 %) ženy a 3 (6 %) muže, být bez bolesti chce být 7 (14 %) žen a 10 (20 %) mužů, potřebě někam patřit dávají přednost 2 (4 %) ženy a 1 (2 %) muž a respektovány chtějí být 2 (4 %) ženy.

**Graf 6 Aktuálně nejvýznamnější potřeby pacientů dle věku**



Z celkového počtu 50 (100 %) pacientů, aktuálně dávají pacienti přednost ve věkové kategorii 15-20 let těmto potřebám: 2 (4 %) lásce a 1 (2 %) být bez bolesti. Ve věku 21-30 let upřednostňují pacienti tyto potřeby: 1 (2 %) lásku, 2 (4 %) bezpečí a 1 (2 %) být bez bolesti. V další věkové kategorii 31-40 let vykazují pacienti aktuálně potřeby: 2 (4 %) lásku, 1 (2 %) být nezávislý, 1 (2 %) spánek, 1 (2 %) být bez bolesti a 1 (2 %) být respektován. Pacienti ve věku 41-50 let, dávají přednost těmto potřebám: 2 (4 %) lásce, 2 (4 %) být nezávislý, 1 (2 %) mít sebeúctu, 1 (2 %) spánku, 4 (8 %) být bez bolesti a 1 (2 %) být respektován. Ve věkové kategorii 51-60 let upřednostňují tyto potřeby: 1 (2 %) lásku, 4 (8 %) být bez bolesti a 1 (2 %) někam patřit. Pacienti ve věku 61 a více let vykazují aktuálně nejvíce potřeby: 6 (12 %) být nezávislí, 2 (4 %) pocít bezpečí, 1 (2 %) sebeúcta, 3 (6 %) spánek, 6 (12 %) být bez bolesti a 2 (4 %) někam patřit.

## 5 Diskuze

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

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

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

Cílem práce bylo zjistit, zda jsou u pacientů na lůžkách akutní péče uspokojovány vyšší potřeby, porovnat uspokojování potřeb vyšší úrovně u hospitalizovaných pacientů dle věku a pohlaví a zjistit znalosti sester o vyšších potřebách člověka a zda přistupují se zájmem k jejich uspokojování u hospitalizovaných pacientů s úrazem. Za účelem výzkumného šetření byly vypracovány dva dotazníky – dotazník pro hospitalizované pacienty s úrazem na oddělení Chirurgie a Ortopedie Nemocnice Tábor a.s. a dotazník pro sestry pracujících na stejných odděleních Nemocnice Tábor a.s. a oddělení Traumatologie Nemocnice České Budějovice a.s. Výzkum formou dotazníku byl zvolen proto, že prostředí obou zmiňovaných nemocnic dobře znám (působila jsem v nich jako zdravotní sestra), což je jeden z předpokladů pro dotazníkové šetření.

Dotazníkového šetření pro pacienty se zúčastnilo celkem 50 pacientů, kteří byli hospitalizováni s úrazem na chirurgických odděleních Nemocnice Tábor a.s., které tvoří Ortopedické Oddělení a Chirurgické Oddělení. Dotazováni byli pacienti s různými úrazy. Z 50 (100 %) dotazovaných pacientů odpovídalo 21 (42 %) mužů a 29 (58 %) žen. Poměr zastoupení jednotlivých pohlaví v souboru, lze považovat za srovnatelný. Dotazník pro pacienty obsahoval 15 položek. První tři položky (identifikační otázky č. 1 až 3) zjišťovaly pohlaví, věk a příčinu hospitalizace (úraz) respondentů. Zbývající po-

ložky (dotazníkové otázky č. 1 až 12) byly zaměřeny na potřeby respondentů před úrazem a v době hospitalizace (dotazníkové otázky č. 1 až 3) a na jejich mínění a hodnocení sester v souvislosti s uspokojováním jejich vyšších potřeb (dotazníkové otázky č. 4 až 12).

V dotazníku pro sestry odpovídalo celkem 50 respondentů, pracujících na oddělení Chirurgie, Ortopedie a Traumatologie. Z 50 (100 %) dotazovaných sester odpovědělo 48 (96 %) žen a 2 (4 %) muži. Poměr zastoupení jednotlivých pohlaví v souboru sice není vyvážený, ale odpovídá situaci ve zdravotnických zařízeních, kde na pozici sestry převážně pracují ženy. Dotazník pro sestry obsahoval celkem 15 otázek. Tři z nich byly zaměřeny na pohlaví, délku praxe a vzdělávání v oboru zdravotnictví/ošetrovatelství (identifikační otázky č. 1, 2 a 3), 4 otázky ověřovaly znalosti respondentů v oblasti vyšších potřeb člověka (dotazníkové otázky č. 1 až 4) a 8 otázek zjišťovalo jejich názor na vyšší potřeby člověka a zájem o uspokojování vyšších potřeb pacientů (dotazníkové otázky č. 5 až 12).

K dosažení cílů práce byly stanoveny tyto hypotézy: **H 1** Pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší úrovně.

**H 2** Sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem hospitalizovaných na lůžkách akutní péče. **H 3** Ženy hospitalizované s úrazem na lůžkách akutní péče mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než muži. **H 4** Pacienti vyššího věku mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než mladší pacienti.

Hypotéza 1 je založena na předpokladu, že všichni lidé, bez rozdílu věku, pohlaví, náboženství či zdravotního stavu, mají „své“ bio-psycho-sociální potřeby, tedy potřeby nižší i vyšší úrovně. Nižší potřeby představují základní fyziologické (biologické) potřeby, jako je potrava, voda, nepřítomnost bolesti apod. a pocit jistoty a bezpečí. Vyšší potřeby zahrnují psycho-sociální potřeby, kam patří potřeba lásky a sounáležitosti, uznání a sebeúcty, seberealizace a další. V souvislosti s hospitalizací nemocných po úraze je nezbytné zmínit i Maslowovu teorii potřeb. Podle Maslowa jsou potřeby uspokojovány hierarchicky, resp. aby mohly být uspokojeny potřeby vyšší úrovně, je nutné mít nejprve uspokojeny základní (nižší) potřeby (Hartl 2000). V ošetrovatelském proce-

su to může znamenat, že pacient trpící bolestí, nedostatkem spánku apod. nemůže uspokojit potřebu bezpečí a jistoty, seberealizace a další. Z Maslowovy hierarchie potřeb vychází i Trachtová, která tvrdí, že se pacient nejprve zaměřuje na nižší fyziologické potřeby a až po jejich naplnění může začít uspokojovat potřeby vyšší. (Trachtová, 2009).

K potvrzení či vyvrácení hypotézy 1, tedy že *pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší úrovně*, sloužil dotazník pro pacienty, resp. dotazníkové otázky č. 1, 3, 9.

Na otázku co „V souvislosti s pobytem v nemocnici potřebujete...“ vybralo 40 % respondentů odpověď být bez bolesti, 24 % mít pocit bezpečí, 14 % mít u sebe milovanou osobu a 8 % být nezávislý. Nejméně „hlasů“ získali potřeby rozpoznat co je správné (2 %), dále pak být respektován druhými (4 %), nepřijít o svou práci (4 %) a někam patřit (4 %) (viz. graf č. 4 Potřeby pacientů v souvislosti s hospitalizací).

U položky „Která z těchto potřeb je pro vás aktuálně nejvýznamnější?“ převažovala taktéž potřeba být bez bolesti (40 %), 18 % pacientů chce být nezávislými a 16 % potřebují lásku (16 %) (viz. graf 6 Aktuálně nejvýznamnější potřeby pacientů). Z šetření vyplývá, že potřeba být bez bolesti je pro většinu hospitalizovaných pacientů prioritou. Tento výsledek není překvapující a plně odpovídá již zmíněnému tvrzení Trachtové, že „pacient se nejprve zaměřuje na nižší fyziologické potřeby...“ (Trachtová, 2009). Zajímavé je porovnání aktuálních potřeb před úrazem a během hospitalizace (viz. dotazníková otázka pro pacienty č. 2 - Co pro vás bylo důležité před úrazem?). Zatímco před pobytem v nemocnici převažovali u respondentů (60 %) aktuálně vyšší potřeby (nejčastěji potřeba být nezávislý a potřeba lásky), v průběhu hospitalizace byla nejdůležitější nižší biologická potřeba, konkrétně potřeba být bez bolesti (40 %). Zvýšená preference potřeby být bez bolesti souvisela především s úbytkem potřeby jistoty a bezpečí. Před úrazem byla potřeba jistoty a bezpečí upřednostňována u 36 % respondentů. V souvislosti s hospitalizací výskyt potřeby jistoty a bezpečí klesl na 24 % a za aktuálně nejdůležitější ji pak považovalo pouhých 8 % všech respondentů. Takové zjištění však neodpovídá předpokladu, že by tato potřeba měla být stálá, a tedy nemocí nepozměněná, jak píše ve své knize Bártlová (2005), ba

naopak by se v nemocnici (vlivem nového prostředí, obavou o svůj zdravotní stav, nedůvěrou k zdravotnickému personálu) mohla projevit intenzivněji než ve zdraví. Tento výsledek byl zřejmě způsoben tím, že nemocniční prostředí a přístup personálu potřebu jistoty a bezpečí uspokojil. Vzhledem k tomu, že ji více požadovali pacienti starších věkových kategorií, je pravděpodobné, že preference této potřeby souvisela se zdravotním stavem, který ji hodně ovlivňuje. Necítí-li se člověk příliš zdrav, tak výměnou domácího prostředí za nemocniční může dojít k posílení pocitu bezpečí, čímž lze vysvětlit výskyt této potřeby u pouhých 8 % respondentů po hospitalizaci. Z výsledků šetření je zřejmé, že dotazovaní pacienti touží ve větší míře po uspokojování potřeb nižší úrovně (potřeba být bez bolesti a pocit bezpečí a jistoty), ale také pacienti touží po uspokojování potřeb vyšších (být nezávislý a mít u sebe milovanou osobu). *Hypotéza 1 Pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší úrovně*, byla potvrzena.

Autorka Šamánková (2006) říká, že hospitalizace znamená pro pacienta změnu jeho denního režimu, nové sociální kontakty, především s lékařem a sestrami, odkázání na pomoc druhých, ztrátu soukromí, změnu ve společenském a kulturním životě a další. Díky této situaci začne pacient pociťovat nové potřeby, které jsou hospitalizací podmíněny. Tyto nově vzniklé potřeby se odvíjejí od druhu onemocnění a také od individuality pacienta. Kromě fyziologických potřeb, to bývají zejména potřeby pocitu bezpečí, nezávislosti či sociálních kontaktů.

Šetření neprokázalo zvýšený výskyt dalších potřeb, které by se teoreticky v nemocničním prostředí měly objevit a které souvisejí se ztrátou soukromí nebo s nutností pomoci od druhých. Jedná se především o potřebu být nezávislý či být respektován. Tento výsledek byl jednak způsoben touhou být nezávislý pro velký počet respondentů již před úrazem. Dále to může souviset s tím, že pacienti zaškrtovali jen jednu odpověď, takže fyziologická potřeba být bez bolesti zvítězila nad vším ostatním.

K potvrzení či vyvrácení hypotézy 2, tedy *zda sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče* sloužil dotazník pro pacienty, resp. dotazníkové otázky č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 12 a dotazník pro sestry, resp. dotazníkové otázky č. 7, 8, 9, 10, 11, 12.



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

Beran (2010) ve své knize uvádí, že komunikační dovednosti patří mezi důležité role sestry, díky kterým sestra lépe naváže a rozšíří kontakt s pacientem. Dostatečně vzdělaná sestra nezapomíná na důležitost komunikace s pacientem, při které zjišťuje jeho potřeby. Důležitý je také hluboký lidský postoj k druhým a naslouchání, to znamená aktivně vnímat pacienta, co říká, a jakým způsobem to říká. Empatie znamená umět pozorovat duševní stav pacienta, jeho náladu, také poznání jeho vnitřního světa a umění dívat se na svět jeho pohledem. Díky empatii sestra pozná pacienta a lépe mu porozumí. Sestra by také měla projevovat zájem a podporu pacientovi.

Podle provedeného průzkumu si je většina sester takového přístupu vědoma. Na otázku, zda svým chováním mohou ovlivnit uspokojování potřeb u pacienta, odpovědělo kladně 82 % dotázaných sester. Dále 76 % sester si myslí, že jsou schopny pacientovi dávat naději a 96 % se domnívá, že je důležité dávat najevo pacientovi porozumění. Žádná ze sester neuvedla, že by neměla zájem si s pacientem povídat, 42 % dotázaných projevuje zájem vždy, 38 % někdy ano. Pouze 26 % sester však odpovědělo, že pacienta poslouchá se zájmem, většina z nich by ráda poslouchala, ale na povídání nemá čas, nebo během rozhovoru myslí na práci, kterou musí vykonat (56 %).

Překvapující je ovšem otázka, zda mají sestry zájem o komunikaci s pacientem, kdy většina ze sester odpověděla kladně (80 %), ale překvapivě 1/5 (20 %) odpověděla na stejnou otázku, že zájem o povídání s pacientem nemají nikdy. Tento údaj by mohl znamenat nízkou pracovní motivaci, nebo také riziko vzniku syndromu vyhoření v souvislosti s délkou praxe sester, která je ve většině (56 %) přes 10 let. Syndrom vyhoření je ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u zdravotnického pracovníka, nejčastěji je spojen se ztrátou činnosti a poslání, postižený člověk ztrácí zájem o svou práci, je spokojený s každodenním stereotypem, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst, snaží se pouze přežít. Hartl (2010)

Zjištění, že sestry projevují zájem o komunikaci s pacienty, potvrdili i pacienti v odpovědích týkajících se komunikace se sestrami. 70 % pacientů se domnívá, že sestra je během komunikace nervózní a myslí na to, co musí vykonat. Pouze 10 % respondentů uvedlo, že sestra poslouchá se zájmem. Pacienti však přesto většinou vykazovali uspokojení jejich potřeby týkající se komunikace s ošetřujícím personálem. Spokojených bylo 76 % pacientů. Ti, co vyjádřili nespokojenost, většinou postrádali lidský přístup (42 %) nebo nedostatek informací (25 %). Velmi kladně byla hodnocena i úroveň komunikace, kdy ji většina zhodnotila jako docela dobrou či výbornou (86 %).

Na otázku „Jste spokojen/a se zájmem sester o Vás a Vaše potřeby“ vybralo 44 % respondentů odpověď spíše ano, 36 % spíše ne, 12 % respondentů uvedlo, že je spokojeno a 8 % spokojeno není.

Kladné hodnocení komunikace svědčí pro vstřícné zacházení sester s pacienty, ne příliš pozitivně však pacienti hodnotili zájem ošetřujícího personálu o jejich osobu. Pacienti tvořili dvě skupiny, kdy více jak polovina (56 %) se domnívá, že nejvíce o jejich potřeby v nemocnici projevuje zájem sestra či lékař, 38 % naopak uvedlo, že nikdo. Spokojenost se zájmem sester vyjádřilo 56 % dotazovaných pacientů, zbylých 44 % spokojeno nebylo. Rozdílné vnímání zájmu sester pacienty mohlo být způsobeno jednak individualitou respondentů, kdy každý měl jiné představy a požadavky na ošetřující personál ohledně uspokojování svých potřeb. Dále to mohlo být způsobeno tím, že pacienti se nacházeli na různých nemocničních odděleních a přicházeli do styku s odlišným personálem, mohly se tedy objevit rozdíly v přístupu jednotlivých sester.

Z výše uvedených odpovědí sester vyplývá, že si sestry uvědomují nutnost přistupovat k pacientovi se zájmem a snaží se tak i chovat. V praxi je to však složité kvůli časové tísní a množství práce, která je na jednu osobu v nemocnicích udělena. Sestry jednaly s pacientem vstřícně, se zájmem a nepůsobily tak negativně na jeho pobyt v nemocnici, pacientům se uspokojování vyšších potřeb snažily ve většině ulehčit. *Hypotéza 2 Sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče* byla potvrzena.

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

Na otázku „V souvislosti s pobytem v nemocnici potřebujete ...“, vybralo 16 % žen odpověď být bez bolesti, 12 % žen upřednostnilo pocit bezpečí a potřebu lásky. Oproti tomu muži převážně volili potřebu být bez bolesti (24 %) a být nezávislí (10 %) (viz. graf 1 Potřeby pacientů v souvislosti s hospitalizací dle pohlaví).

Pouhých 28 % žen volilo v souvislosti s hospitalizací, jako nejdůležitější potřebu, být bez bolesti, kdežto u mužů to byla téměř polovina z nich (57 %). Tento výsledek lze vysvětlit tím, že ženy jsou obecně více emocionálně založeny než muži, a proto u nich převažují potřeby psychického charakteru, což jsou všechno potřeby vyšší. Muži naopak bývají zaměřeni praktičtěji na přímé řešení problému a nemoc v tomto případě jistě problém představovala. Vyléčení, a tedy s tím související potřeba být bez bolesti, se tak proto mohlo u mužů stát prioritou, čímž je možné vysvětlit touhu být bez bolesti, která je aktuálně nejvýznamnější více u mužů (20 %), než u žen (17 %). *Hypotéza 3 „Ženy hospitalizované s úrazem na lůžkách akutní péče mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně, než muži“*, byla potvrzena.

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

Na základě provedeného šetření nelze úplně jednoznačně zhodnotit potřeby pacientů dle věku, jelikož počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích (především u mladších pacientů) byl nízký. I přes tuto překážku lze však pozorovat v preferencích potřeb určité tendence související s věkem.

Pobytem v nemocnici přibyla a stala se nejdůležitější potřeba být bez bolesti. Tato potřeba se objevovala rovnoměrně ve všech věkových kategoriích a nespojila tedy nijak s věkem, z čehož vyplývá, že bolest je vnímána stejně ve všech věkových kategoriích. Co se týče dalších potřeb, tak v závislosti na věku lze pozorovat výraznější změny spíše ve vyšších věkových kategoriích, oproti těm nižším. Na otázku „V souvislosti s pobytem v nemocnici potřebujete ...“, vybralo v nižších věkové kategorii (od 15 do 20 let) odpověď lásku (4 %) a potřebu být bez bolesti (2 %). V další věkové kategorii 21-30 let převládaly v souvislosti s hospitalizací potřeby lásky (2 %), rozpoznat, co je správné (2 %), mít pocit bezpečí (2 %) a být bez bolesti (2 %). U pacientů ve věku 31-40 let v souvislosti s hospitalizací se objevily preference potřeby pocitu bezpečí (4 %), dále být bez bolesti (2 %) a také potřeba nepřijít o svou práci (2 %). Z výsledků šetření v kategorii 41-50 let vyplývá, že jako svou prioritní potřebu uvedlo 8 % respondentů být bez bolesti a 6 % mít pocit bezpečí. Další věková kategorie 51-60 let uvedla v souvislosti s hospitalizací jako svou prioritní potřebu být bez bolesti (8 %). V poslední kategorii pacientů ve věku 61 a více let je preferovaná potřeba být bez bolesti (18 %), mít pocit bezpečí (10 %) a být nezávislý (8 %).

U položky „Která z těchto potřeb je pro vás aktuálně nejvýznamnější“ vybrali respondenti ve věkové kategorii 15-20 let potřebu lásky (4 %) a být bez bolesti (2 %). V další kategorii 21-30 let aktuálně byla preferována potřeba bezpečí (4 %), lásky (2 %) a být bez bolesti (2 %). U pacientů ve věku 31-40 let je vidět preference potřeb lásky (4 %), být nezávislý (2 %), být respektován (2 %), potřeba spánku (2 %) a být bez bolesti (2 %). V kategorii 41-50 let byla nejvíce vybírána odpověď být bez bolesti (8 %), být nezávislý (4 %), láska (4 %), být respektován (2 %), spánek (2 %) a sebeúcta (2 %). Pacienti ve věku 51-60 let preferují aktuálně potřeby být bez bolesti (8 %), někam patřit (2 %) a láska (2 %). Pacienti z poslední věkové kategorie 61 a více let uvedly jako své prioritní aktuální potřeby být nezávislý (12 %), být bez bolesti (12 %), spánek (6 %), bezpečí (4 %), někam patřit (4 %) a sebeúcta (2 %).

Výsledky však nejsou překvapující. Lze je vysvětlit tím, že v mladším věku je člověk zaměřený více na partnerské vztahy a zaměstnání, proto větší potřeba lásky a plnění cílů. S narůstajícím věkem, kdy se zhoršuje zdravotní stav a pohybový aparát,

člověk přestává zvládat všechny každodenní činnosti, a je často odkázán na pomoc ostatních. Všechno toto je základem nezávislosti. Trachtová (2009). Lze tak vysvětlit, proč u starších respondentů byla potřeba nezávislosti a jistoty a bezpečí tak vysoká. Po hospitalizaci potřeba nezávislosti zůstala téměř nezměněná, což je logické, jelikož v nemocnici se pacient stává ještě více odkázaný na pomoc druhých. Naopak jistota a bezpečí již nebyly příliš preferovány (tato informace byla již zmíněna a vysvětlena výše). Průzkum vyšších potřeb v závislosti na věku nepotvrdil, že by starší pacienti více toužili po uspokojování vyšších potřeb. Vykazovali pouze více potřebu nezávislosti, jinak preferovali potřeby nižší. Ostatní vyšší potřeby upřednostňovali spíše mladší jedinci. *Hypotéza 4 Pacienti vyššího věku mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně, než mladší pacienti* se nepotvrdila.

Závěrem lze tedy říci, že první cíl práce na základě položených otázek v dotazníku pro pacienty č. 4, 6, 7, 8, 11 a potvrzení H 1 byl splněn. Druhý cíl práce, porovnání uspokojování potřeb vyšší úrovně u hospitalizovaných pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče dle věku a pohlaví, byl na základě H 2 a H 3 také splněn. Třetím cílem práce bylo zjistit znalosti sester o vyšších potřebách člověka, a zda přistupují se zájmem k jejich uspokojování u hospitalizovaných pacientů s úrazem. Na základě položených otázek v sesterském dotazníku č.1, 2, 3, 4, 5, 6, sestry prokázaly základní teoretické znalosti týkající se potřeb. Na otázku, kdo se zabýval studiem potřeb, většina zvolila správnou odpověď A.H. Maslow (82 %). I na otázku, zda-li vývojové stadium člověka modifikuje uspokojování potřeb, či zda je uspokojování potřeb individuální, odpověděla většina správně ano nebo spíše ano (80 %). Problém nastal pouze ve znalosti klasifikace potřeb na nižší a vyšší. Při výběru, která z potřeb patří mezi vyšší potřeby, správnou variantu z nabízených možností zvolilo správně 58 % sester. Nižší potřebu určilo správně pouze 38 %. Sestry mají základní teoretické znalosti ohledně potřeb pacientů a jejich uspokojování, nejsou ale zcela schopny klasifikovat potřeby na nižší a vyšší. Tento nedostatek však není sice překážkou ošetřování pacientů v praxi, ale mohl by se negativně odrážet v uspokojování jejich potřeb, proto si myslím, že je vhodné další vzdělávání sester formou vysokoškolského vzdělání nebo alespoň absolvováním odborných seminářů, na téma potřeby pacientů. Zájem sester

k uspokojování vyšších potřeb u hospitalizovaných pacientů na lůžkách akutní péče byl potvrzen H 4. Třetí cíl práce byl také splněn.

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

## 6 Závěr

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

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

V souvislosti s prvním cílem byla stanovena **Hypotéza 1**: Pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče vykazují potřebu uspokojování potřeb vyšší úrovně. Dotazovaní pacienti vykazují potřebu uspokojování nižších i vyšších potřeb. U většiny z nich převládá touha po uspokojení nižších potřeb, jako je být bez bolesti a pocit jistoty a bezpečí. Hned za nimi v dalším pořadí vykazují pacienti potřeby vyšší, a to hlavně být nezávislý a potřebu lásky. Analýza odpovědí hypotézu potvrdila.

Z třetího cíle byla stanovena **Hypotéza 2**: Sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem hospitalizovaných na lůžkách akutní péče. Nejvíce dotazovaných sester odpovědělo, že mají zájem o pacienty a jejich potřeby, ale bohužel nemají na to ve službě moc času. Rády by si s pacientem více povídaly, ale pak nestíhají svou práci. Často myslí při rozhovoru s pacientem na to, co musí naléhavě udělat. Analýza odpovědí hypotézu potvrdila.

Z druhého cíle vyplynula **Hypotéza 3**: Ženy hospitalizované s úrazem na lůžkách akutní péče mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně než muži. Z vyhodnocených dat vyplynulo, že ženy nejvíce potřebují mít u sebe člověka, kterého milují a být nezávislé. Muži dávají přednost potřebám být bez bolesti a mít pocit jistoty a pocit bezpečí. Tato hypotéza byla potvrzena.

V souvislosti s druhým cílem byla také stanovena **Hypotéza 4**: Pacienti vyššího věku mají větší potřebu uspokojení potřeb vyšší úrovně, než mladší pacienti. U pacientů vyššího věku převažuje touha po uspokojení potřeb nižší úrovně, nejvíce být bez bolesti a mít pocit bezpečí. Naopak potřeby vyšší úrovně vykazují spíše mladší pacienti, a to převážně mít u sebe člověka, kterého milují a plnění svých cílů. Uvedená hypotéza potvrzena nebyla.

Za klíčový výsledek tohoto šetření považují skutečnost, že většina dotazovaných pacientů uvedlo jako svou prioritní potřebu před úrazem, potřebu vyšší úrovně, nejčastěji potřebu lásky a být nezávislý, ale po hospitalizaci pacientů se tento počet snížil a do popředí pacientova zájmu se dostaly potřeby nižší úrovně, a to potřeba být bez bolesti a potřeba bezpečí a jistoty. Pacienti hospitalizovaní s úrazem na lůžkách akutní péče tedy upřednostňují uspokojování potřeb nižších, ale i potřeby vyšší úrovně jsou u některých z nich prioritní. Zvláště u žen. Z výsledků šetření vyplývá, že ženy všeobecně vykazují více potřebu uspokojování potřeb vyšších, ale muži se přiklánějí k potřebám nižší úrovně. Podle věku pacientů lze říci, že starší pacienti hospitalizovaní s úrazem se přiklánějí spíše k potřebám nižší úrovně a vyšší potřeby preferují mladší pacienti s úrazem.

Dalším důležitým výsledkem šetření je fakt, že zdravotní sestry mají zájem o pacienty a jejich potřeby a snaží se o ně projevat zájem, i přesto, že většina sester uvedla, že nemají ve službě moc času na pacienta a komunikaci s ním. Dle výsledků patientských dotazníků jsou sestry a jejich přístup k pacientům hodnoceny v převážné většině kladně. Dalším výsledkem práce je zjištění, že sestry mají dostatečné znalosti o potřebách pacienta, jen jim dělá problém rozlišit potřeby nižší od potřeb vyšších.

Výsledky práce mohou přispět k informacím pro střední management oddělení nemocnic, kde šetření probíhalo a vytvoření vzdělávacího materiálu pro sestry zde pracující, protože je důležité dozvědět se více o potřebách pacientů, aby se usnadnilo a zlepšilo uspokojování jejich potřeb. Současně by mohly být poznatky získané při šetření použity pro publikaci ve zdravotnické literatuře a jiných zdrojích pro zdravotnický personál nebo prezentovány na odborných seminářích v nemocnicích, kde dané šetření probíhalo.



Přínos této práce pro zdravotnickou praxi může spočívat v zamyšlení se nad budoucím zkvalitněním péče o pacienty na lůžkách akutní péče a nad dalším vzděláváním sester.

## 7 Seznam použité literatury

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

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

## **8 Klíčová slova**

Hospitalizace

Komunikace

Lůžka akutní péče

Pacient

Úraz

Uspokojování potřeb

Vyšší potřeby

## **9 Přílohy**

Příloha č. 1: Dotazník pro zdravotní sestry

Příloha č. 2: Dotazník pro pacienty

## *Příloha č. 1*

### DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty JU, obor Všeobecná sestra. V současné době píši bakalářskou práci na téma „**Uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče**“. Chtěla bych Vás proto poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je nezbytnou součástí mého výzkumu. Ujišťuji Vás, že všechna data budou přísně anonymní. U otázek, kde máte více možností, označte Vámi vybranou odpověď. V ostatních případech vpisujte, prosím, Vaši odpověď vyznačenou linku.

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

Radka Roubíčková

#### IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY

1 Jste:

- muž
- žena

2. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- méně než rok
- 1 rok – 3 roky
- 3 roky – 5 let
- 5 let – 10 let
- 10 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání?

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

#### DOTAZNÍKOVÉ OTÁZKY

1. Studium potřeb se zabýval?

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

2. Patří mezi faktory, které modifikují uspokojování potřeb vývojové stádium člověka?

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

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

- bezpečí
- dýchání
- jistota
- uznání
- potřeba sexuální

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

- seberealizace
- sounáležitost
- úcta
- jistota

5. Je podle Vás uspokojování potřeb individuální?

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

6. Člověk v souvislosti s úrazem a pobytem v nemocnici:

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

7. Máte ve službě čas si s pacientem povídat?

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



8. Máte ve službě zájem si s pacientem povídat?

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

9. Myslíte si, že můžete svým zájmem ovlivnit uspokojování vyšších potřeb u pacienta?

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

10. Vyberte prosím tvrzení, které nejvíce odpovídá Vaším pocitům při komunikaci s pacientem...

- poslouchám se zájmem
- poslouchám, protože mám čas na povídání
- myslím na to, co musím naléhavě udělat
- ráda bych poslouchala, ale nestíhám svou práci
- nezajímá mne, co chce pacient sdělit

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

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

12. Myslíte si, že je důležité dávat pacientům najevo porozumění?

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

## *Příloha č. 2*

### **DOTAZNÍK PRO PACIENTY**

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty JU, obor Všeobecná sestra. V současné době píši bakalářskou práci na téma „**Uspokojování potřeb vyšší úrovně u pacientů s úrazem na lůžkách akutní péče**“. Chtěla bych Vás proto poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je nezbytnou součástí mého výzkumu. Ujišťuji Vás, že všechna data budou přísně anonymní. U otázek, kde máte více možností, označte Vámi vybranou odpověď. V ostatních případech vpisujte, prosím, Vaši odpověď vyznačenou linku.

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

Radka Roubíčková

#### IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY

1. Uveďte, prosím, Vaše pohlaví.

muž

žena

2. Uveďte, prosím, Váš věk.

- 15 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 a více let

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

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

## DOTAZNÍKOVÉ OTÁZKY

1. V souvislosti s Vaším úrazem a pobytem v nemocnici potřebujete...

- být bez bolesti
- být respektován druhými
- být nezávislý
- mít pocit bezpečí
- mít u sebe člověka, kterého miluji
- nechci přijít o svou práci
- rozpoznat, co je správné a co není
- někam patřit

2. Co pro Vás bylo důležité před úrazem?

- být nezávislý
- láska
- někam patřit
- vážit si sám sebe
- spánek
- plnit si stanovené cíle
- mít pocit jistoty
- být respektován druhými

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

- láska
- být nezávislý
- bezpečí
- sebeúcta
- spánek
- být bez bolesti
- někam patřit
- být respektován druhými

4. Jak hodnotíte úroveň komunikace mezi Vámi a sestrami?

- výborná
- docela dobrá
- dostačující
- nízká
- zcela nedostačující

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

- sestra
- ošetřovatelka
- lékař
- sanitář
- nikdo

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

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

7. Najdou si sestry čas povídat si s Vámi ?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

8. Přejde za Vámi sestra, i když ji zrovna nevoláte?

- ano
- někdy ano
- spíše ne
- ne

9. Jste spokojen/a se zájmem sester o Vás a Vaše potřeby?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

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

- poslouchá se zájmem
- poslouchá, protože má čas na povídání
- je nervózní a myslí na to, co musí naléhavě udělat
- je na ní vidět nezájem o to, co jí sděluji

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

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- jiné.....

12. Pokud jste odpověděla/a NE nebo SPÍŠE NE, co jste postrádal/a k uspokojení Vaší potřeby komunikace?

- lidský přístup
- dostatek informací
- dostatek času
- vstřícnost personálu
- soukromí při komunikaci
- vcítění se ze strany ošetřujícího personálu
- respektování jedince