

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Anna Všetulová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Potřeby pacientů na interní a chirurgické ambulanci

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Scholz Pavel

Autor práce: Všetulová Anna

3. 5. 2010

Abstract

This bachelor thesis is titled “The Needs of Patients in Internal and Surgical Outpatient Wards”.

The issue of patients’ needs is in the limelight of nursing and its main characteristic feature is planned satisfaction of needs of healthy and ill individuals.

The main objective of the thesis was to ascertain what needs are felt by the patients in the internal and the surgical outpatient wards and what patients’ needs are identified by the nurses working in the concerned outpatient wards.

The research was conducted using a quantitative and a qualitative research method. The quantitative method involved a questionnaire for the patients, designed on the basis of the Maslow’s pyramid of needs. While using this method, three hypotheses were raised and the obtained results confirmed them. The results of the quantitative research were assessed by means of charts and tables. The data for the qualitative research method were collected by means of interviews with nurses. The questions asked in the interviews and in the questionnaire were based on the Maslow’s pyramid of needs. One research question assisted us to attain the objective. The method of data categorization in tables and charts was selected for processing the research results.

The research set consisted of patients and nurses in the hospital of České Budějovice. By means of the research we have ascertained that the patients’ needs differ in dependence on the age and the gender. The most commonly unsatisfied needs include cognitive needs, in particular the need to know. The unsatisfied needs of the patients are individual and, at average, cover the lower and the higher needs of the Maslow’s pyramid. The nurses in outpatient wards identify mostly lower needs in the patients. Most nurses do not see higher needs of the patients unsatisfied.

The conclusion of the thesis is the idea that the identification of the patients’ needs by the patients themselves differs from the identification of patients’ needs by the nurses.

The findings obtained in the research could be used for publication in technical literature. We have also created an educational material for nurses working in outpatient

wards since it is important to learn more about the patients' needs in order to facilitate better satisfaction of the patients' needs in outpatient wards.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Potřeby pacientů na interní a chirurgické ambulanci“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích.....

.....

podpis studenta

Poděkování:

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Pavlu Scholzovi, jehož připomínky a cenné rady mi pomohly při psaní bakalářské práce.

Děkuji všem mým respondentům za jejich ochotu, otevřenost a snahu odpovědět na všechny mé otázky.

Děkuji svým nejbližším a přátelům za podporu, trpělivost a toleranci.

OBSAH

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1. Potřeba jako součást lidského života	9
1.1.1. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu	9
1.1.1.1. Bio- psycho- sociální jednota organismu.....	10
1.1.1.2. Pojem potřeby člověka.....	11
1.1.2. Motivace pro naplnění potřeb	12
1.1.3. Klasifikace potřeb	13
1.1.4. Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa	14
1.1.5. Hendersonové klasifikace potřeb.....	16
1.1.6. Proces naplnění potřeb	18
1.1.6.1. Míry v naplnění potřeb	18
1.1.6.2. Způsoby naplnění potřeb	19
1.1.6.3. Faktory ovlivňující naplnění potřeb.....	19
1.1.7. Nemocný člověk a jeho potřeby	20
1.1.7.1. Potřeby jedince v těžké a vážné nemoci	20
1.1.7.2. Faktory, které modifikují uspokojování potřeb člověka	21
1.1.8. Zásady v naplňování potřeb z pohledu lékařů a sester	22
1.1.9. Význam ošetrovatelské péče z hlediska uspokojování potřeb.....	22
1.1.10. Ošetrovatelská dokumentace z hlediska uspokojování potřeb	23
1.2. Vnitřní lékařství	23
1.2.1. Definice oboru	23
1.2.2. Charakteristika interního oddělení.....	24
1.2.3. Charakteristika práce sestry na interní ambulanci	24
1.2.4. Nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s interním onemocněním ..	26
1.3. Chirurgie	27
1.3.1. Definice oboru	27
1.3.2. Charakteristika chirurgického oddělení	28
1.3.3. Charakteristika práce sestry na chirurgické ambulanci	28

1.3.4. Nejčastější ošetřovatelské diagnózy u pacientů s chirurgickým onemocněním	29
2. Cíl práce a hypotézy	31
2.1. Cíl práce	31
2.2. Hypotézy	31
2.3. Výzkumné otázky	31
3. Metodika	32
3.1. Použité metody a techniky	32
3.2. Charakteristika sledovaného souboru	32
4. Výsledky	33
4.1. Výsledky kvantitativního výzkumu	33
4.2. Výsledky kvalitativního výzkumu	69
4.2.1. Kategorizace dat v tabulkách a grafech	72
5. Diskuze	81
6. Závěr	86
7. Klíčová slova	87
8. Seznam použitých zdrojů	88
9. Přílohy	92

Úvod

Problematika potřeb pacientů byla, je, a bude i nadále v centru zájmu ošetřovatelství. Jejím hlavním úkolem je uspokojování potřeb jednotlivce s cílem udržet jeho optimální zdravotní stav a tím zlepšit kvalitu jeho života. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a mění v průběhu života, proto je důležité sledovat člověka jako celek, jeho stránku biologickou, psychologickou, sociální a duchovní a především brát na zřetel charakter onemocnění. Každý jedinec vyjadřuje potřeby svým způsobem, proto je nezbytné k pacientovi přistupovat individuálně.

Snad každý z nás se alespoň jednou v životě ocitnul v čekárně, ať už jakékoliv ambulance. Plný obav, očekávání, nervozity. Právě tato myšlenka sebe jako pacienta, byla mým prvním podnětem pro výběr tohoto tématu bakalářské práce. V naší práci budeme zkoumat potřeby pacientů na interní a chirurgické ambulanci, čekající na ošetření a dále sledovat, jaké potřeby u pacientů vnímají sestry pracující na ambulancích.

Samotná práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je postupováno od teorie lidských potřeb, přes potřeby nemocných po specifika vnitřního lékařství a chirurgie jako oboru. Nechybí zde specifika práce sestry pracující na interní a chirurgické ambulanci. Praktickou část tvoří vybraná metoda kvantitativního a kvalitativního výzkumu. V kvantitativním výzkumu byla použita metoda dotazníku pro pacienty a ve výzkumu kvalitativním jsme cílů naší práce dosahovali technikou sběru dat pomocí řízeného rozhovoru se sestrami. Na základě výsledků byly potvrzeny hypotézy a odpovězeny výzkumné otázky.

Cílem práce bylo zjistit jaké potřeby pacienti vnímají na ambulancích a dále zjistit, jaké potřeby u pacientů identifikují sestry pracující na těchto ambulancích.

1. Současný stav

1.1. Potřeba jako součást lidského života

Život jedince můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním lidských potřeb. Primární neboli základní, nižší potřeby (např. jídlo, vzduch, voda, spánek) jsou nezbytné pro lidskou existenci. Potřeby sekundární, neboli vyšší, (např. jistota, bezpečí), se vyvíjejí na základě potřeb primárních, jsou velmi individuální a činí život bohatším a příjemnějším. Tyto vyšší potřeby a různé způsoby jejich uspokojování vytvářejí v životě každého jedince určitou hodnotovou orientaci (5).

1.1.1. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

Každý vědní obor je něčím charakteristický. Pro obor ošetrovatelství je typickým znakem zaměření na potřeby člověka. V této oblasti vychází ošetrovatelství z poznatků psychologie. Zabývá se tím, zda jsou potřeby pacienta ve funkčním či dysfunkčním stavu (10).

Hlavním charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince. Uspokojování potřeb jednotlivce se uskutečňuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je myšlenkový postup sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a také systém kroků a postupů důležitých při ošetrování nemocného (22).

Ošetrovatelský proces funguje jako osnova k organizování individualizované ošetrovatelské péče, která je zaměřena na zjišťování a léčbu specifických reakcí člověka, na aktuální či potencionální změny zdravotního stavu. Je složen se ze čtyř komponent: posouzení pacienta, plánování péče, realizace ošetrovatelského plánu a zhodnocení péče a stavu pacienta. V první fázi, fázi posouzení, se shromažďují a prozkoumávají veškeré informace o pacientovi, které jsou nutné ke zjištění zdravotního stavu a identifikaci problémů pacienta. Ve fázi druhé, plánování péče, se po zjištění problémů určí ty, kterým je třeba věnovat zvýšenou pozornost. Vytvoří se plán činnosti, který obsahuje stanovení priorit, určení cílů, vymezení ošetrovatelské intervence a vytvoření ošetrovatelského plánu. Následuje fáze realizace, ve které se plán uskuteční

v praxi. To znamená pokračování ve sběru informací, realizování ošetrovatelské péče a činností, a zaznamenávání zdravotního stavu pacienta a jeho reakce na ošetrovatelské intervence. V poslední fázi ošetrovatelského procesu, zhodnocení, se vyšetřuje, do jaké míry byl plán funkční a zda je nutné provést nějaké změny. Hlavním účelem ošetrovatelského procesu je zdokumentovat informace pro další členy personálu, zahájit podporu a pokračovat ve sledováních a měřeních pro zabezpečení účinnosti intervence (17).

1.1.1.1. Bio- psycho- sociální jednota organismu

Sestry by se neměly zabývat člověkem jako souborem částí a procesů, ale měly by člověka považovat jako bytost bio- psycho- sociální, bytost holistickou (22).

Termíny holistický a holismus, které jsou odvozeny z řeckého slova, znamenají „celek“. Teorie holismu vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci. Pokud člověka vidíme v tomto světle, potom každá porucha jedné části je poruchou celého systému. Koncepce holismu přenesená na člověka a jeho zdraví upozorňuje na skutečnost, že „sestry musí brát na zřetel osobu jako celek a musí se snažit pochopit současně vztah částí individua ve vztahu k interakcím celku a vztah celku k jeho částem“ (Krieger, 1981). V holistickém přístupu musí sestra brát na zřetel všechny rizikové faktory, aby se jich pacient ve snaze o uzdravení mohl vyhnout. Měla by také zvážit interakci a vztah jednotlivce k vnějšímu prostředí a druhým lidem.

Holistické zdraví pojímá celou osobu člověka: celistvost bytosti a všechny stránky jejího životního stylu – tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládání stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a duševno (8).

Psychika a tělo jsou v neustále vzájemném působení. Jsou vzájemně propojeny a ne odloučeny. Psychika neexistuje odloučeně od těla, ale naopak. To je princip holistické péče (11).

1.1.1.2. Pojem potřeby člověka

„*Potřeba je projevem nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí*“.

Potřeba člověka vybízí k vyhledání určité podmínky, která je k životu nepostradatelná, nebo vede k vyhýbání se podmínce, která je pro život nepříznivá. Prožívání nedostatku něčeho působí na veškerou psychickou činnost člověka- myšlení, pozornost, emoce, volní procesy, a zcela vytváří vzorec chování jednotlivce. Termín potřeba zdůrazňuje soulad vnitřního s vnějším, s okolním světem. Lidská potřeba není neměnná, vyvíjí se a kultivuje, na rozdíl od pudů a instinktů, které jsou pojímány jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého člověka jinak. Potřeby jedince se v průběhu jeho vývoje mění z hlediska kvantity i kvality. Je podstatné vědět, že všichni lidé mají potřeby společné. Je nezbytné si také uvědomit, že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, a žádný z nich není podobný.

Potřeba jako pojem má význam biologický, ekonomický a psychologický.

Biologický význam znamená, že potřeba vyjadřuje stav fyziologické rovnováhy (homeostázy), která je narušená. Některé biologické potřeby, jako je potřeba vápníku či vitaminů nemají psychickou odpověď.

Ve významu ekonomickém potřeba vyjadřuje nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitou věc. Potřeba v této situaci znamená prostředek k dosahování psychologického cíle.

Psychologický význam potřeby je spojen se smyslem sociálním, který vyjadřuje strádání v sociálním životě člověka, kde potřeba vyjadřuje psychický stav odrážející nedostatek (22).

Lidské potřeby jsou určeny společenskými podmínkami života. Přestože vývoj potřeb každého člověka závisí na podmínkách jeho života, je určen v první řadě společenskými vztahy a místem, které určitý člověk v soustavě těchto vztahů zajímá. Typickým rysem potřeb je, že jsou předmětné (potřeba znamená vždy potřebu něčeho), dynamické (stále se mění) a cyklické (mohou se obnovovat) (2).

Potřeba je stanovena životní nutností člověka jako biologického druhu a její dlouhodobé neuspokojení se negativně odráží na zdraví a pocitu pohody (29).

1.1.2. Motivace pro naplnění potřeb

Termín motivace je odvozen z latinského slova moveo, hýbat, a označuje přenesené hybné síly chování. Motivaci lze nazvat jako proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání (22).

Teorie potřeb člověka a motivace objasňuje úsilí jednotlivce porozumět sobě i druhým. Při studii lidské motivace je významné vzít v úvahu i situaci, ve které se jednotlivec nachází, ať už minulou nebo současnou, a budoucí, ke které se motivace vztahuje. Motivace určitého jednání poukazuje, že jednání člověka není náhodné, ale vychází z určité aktualizované potřeby (21).

„Osoba je motivována nejen jednou částí. Když je člověk hladový, je hladový celkově“ (3).

Pro naplnění potřeb je důležitá síla motivace a schopnost člověka zdolávat překážky. Čím pevnější je motivace, tím víc se jedinci dostává síly a odvahy k naplnění cílů. Naplnění potřeby nebo naplnění náhradního cíle je přímo úměrné síle motivace. Touha po uspokojení určité potřeby uvádí jedince k činnosti. Aktivizace trvá do doby, než je potřeba uspokojena nebo dokud se člověk nesmířil s faktem, že tato nezbytnost uspokojena být nemůže. Ke spokojenému životu je nezbytná potřeba životního optima, neboli dosažení maximálního možného individuálního životního uspokojení (20).

Sociální prostředí rodiny, způsob výchovy a hierarchie hodnot jsou zásadní pro motivaci jednotlivce, určují také potřeby jedince a způsob jejich vyjádření a uspokojování (22).

Kromě vnitřních myšlenek motivace může být vyvolána i vnějšími stimuly. Charakteristickým motivátorem jsou peníze, prostřednictvím kterých člověk dosahuje uspokojení svých potřeb. Proces motivace, ať už vědomý či nevědomý, vyúsťuje do stavu motivace označovaného jako potřeba (21).

1.1.3. Klasifikace potřeb

Člověk je bytost biologická a společenská zároveň, proto pramenem jeho motivace nejsou jen biologické potřeby, ale i sociálně-kulturní podmínky jeho existence spojené s potřebami jeho bytí jako sociální bytosti. Potřeby se rozdělují na biologické, a potřeby psychické, sociální a duchovní.

Biologické potřeby, jinak řečeno potřeby vrozené, primární, fyziologické, nižší, biogenní, viscerogenní a instinktivní, odpovídají fyziologickým podmínkám organismu a jejich uspokojování je důležité pro život. Jsou zásadními činiteli motivace. Mají opakující se charakter, který závisí na životním rytmu a v širším slova smyslu zahrnují také potřeby organismu jako celku. Mezi biologické potřeby patří vzduch, potrava, tekutiny, vylučování odpadových látek, stálá teplota, spánek a odpočinek, aktivita, mateřská péče, sex, a být bez bolesti.

Psychické, sociální a duchovní potřeby, neboli potřeby získané, sekundární, vyšší a psychogenní, nesouvisí s existencí jednotlivce, ale zachovávají hlavní postavení v psychologii člověka. Uspokojování těchto potřeb přináší vyrovnanost a vede k rozvoji osobnosti. Některé potřeby jsou vrozené a poukazují na biologický účel, např. potřeba jistoty a bezpečí. Mezi psychické potřeby se řadí pomoc, bezpečí, jistota, emocionální kontakt, láska, štěstí, dominance, porozumění, úcta, uznání, obdiv, respekt, sebeúcta, vlastní identita, úspěšný výkon, zdokonalování se, sebeuplatnění, autonomie, obrana, agrese, moc, vyhnutí se ponížení, neúspěchu, hanbě.

Jako sociální potřeby je možno začlenit sociální kontakt, komunikaci, informovanost, přátelství, společenskou prestiž, respekt, seberealizaci a kulturní potřeby.

Mezi duchovní potřeby řadíme smysluplnost existence, utrpení, smrti, hodnotový systém, cíle života, respektování víry, náboženské svobody, náboženských tradic, vyjadřování pocitů vůči Bohu, praktikování náboženských obřadů, přijímání svátostí a odpuštění (21).

1.1.4. Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Potřeby nás provázejí od narození do konce života.

Základní rozdělení potřeb sestavil Abraham Maslow ve 40. letech minulého století (viz příloha č. 1).

„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.“
(Maslow)

Abraham H. Maslow (1908- 1970) byl americký humanistický psycholog ruského původu, který vytvořil ve 40. a 50. letech 20. století originální hierarchickou teorii lidských potřeb. Za hlavní princip lidské motivace pokládá hierarchické uspořádání potřeb podle jejich naléhavosti. Navzdory své humanistické orientaci se domníval, že jádro lidských potřeb je biologicky determinované, má vrozený potenciál dalšího rozvoje a je formované vnějšími vlivy. Jedince pokládal jako součást světového názoru, který nazývá holisticko-dynamickým. Zastával mínění, že každý člověk se narodil s instinktivními (pudovými) potřebami, které jsou podmínkou k udržení zdraví a svojí silou motivují chování člověka. Maslow ovlivnil ošetřovatelství kategorizací lidských potřeb a problematikou sebeaktualizace (21).

Maslowova teorie může být užívána téměř do každého pojetí individuálního a sociálního života jedince. Jednotlivec je integrovaný organizovaný celek. *„Je neobvyklý, ne obyčejný“* (3).

Podle Maslowa má každý jednotlivec v hierarchickém uspořádání individuální soustavu potřeb, protože některé jsou silnější než ostatní. Vidí člověka jako bytost, která se od početí do smrti neustále vyvíjí a roste.

Rozpoznává potřeby „základní- vývojově nižší“, kam patří potřeby fyziologické, a psychosociální, a potřeby „vývojově vyšší, tzv. potřeby růstu“ (21).

Fyziologické potřeby ztvárňují potřeby organismu, objevují se při porušení homeostázy a slouží k přežití. Pokud jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se nadřazenými a ovlivní celkové chování člověka (22).

Nedostatečné nebo nesprávné uspokojení z pohledu kvantity či kvality může mít za následek nemoc až smrt (29).

Potřeba jistoty a bezpečí zobrazuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, ekonomického zajištění apod. Objevuje se, pokud jedinec ztratí pocit životní jistoty (22).

Potřeba lásky a sounáležitosti (afiliční potřeba) umožňují přežití člověka jako druhu. Nenaplnění vzniká v situacích osamocení a opuštění. Patří sem potřeby sociální (skupinové) nebo vázané na sociální formu jejich uspokojování ve vztazích (manželství, partnerství, přátelství) ve smyslu přijímání i poskytování.

Potřeba úcty a sebeúcty vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry, projevuje se úsilím získat ztracené sociální hodnoty. Sebeúcta se vyvíjí v nitru člověka na základě realistického posouzení vlastních silných a slabých stránek (29).

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace se projevuje potřebou uskutečňovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být.

K těmto vyšším potřebám přiřazuje Maslow tzv. metapotřeby (potřeby růstu). K nim se vztahují potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti a další. V komparaci se základními potřebami jsou metapotřeby méně naléhavé, ale jejich vystoupení a uspokojování „*posiluje vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti*“ (Maslow, 1960) (22).

Richard Kalish (1970) pozměnil Maslowovu hierarchii a navrhl další kategorii potřeb mezi fyziologické potřeby a potřeby bezpečí a jistoty. Tato kategorie zahrnuje sex, činnost, zkoumání, manipulaci a novost.

Model Halberta Dunna (1958) představuje celý řád potřeb, které musí být uspokojeny, aby člověk dosáhl stav vysokého blaha. Dunnn mezi základní potřeby řadí přežití, komunikaci, přátelství, růst, představitost, lásku, vyrovnanost, prostředí, komunikaci s vesmírem, filozofii života, důstojnost, svobodu a prostor.

Podle Jourarda (1963) lidé zapojují svoje potřeby podle toho, jakou důležitost v jejich životě mají. K potřebám Maslowa přiřazuje potřebu zdraví, jak fyzického tak duševního, potřebu svobody, popudů, kognitivní jasnosti a zážitkové rozmanitosti (8).

1.1.5. Hendersonové klasifikace potřeb

Victoria Hendersonová je autorkou koncepčního modelu Teorie základní ošetrovatelské péče (16).

Na základě Maslowovy klasifikace potřeb vymezila Hendersonová v šedesátých letech tohoto století 14 principů základní ošetrovatelské péče, na které je třeba se orientovat při poskytování ošetrovatelské péče (5).

Vychází z předpokladu, že všechny lidské bytosti mají identické základní potřeby bez rozdílu rasy, kultury, pohlaví i věku. Jejich metody uspokojování se ovšem liší individuálně a u každého člověka mohou být ovlivňovány jevy zvenčí (1).

Podle Hendersonové jsou lidé tvořeni čtyřmi základními komponenty, složkou biologickou, psychickou, sociální a spirituální. Jedná se o následující potřeby:

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. komunikace s druhými lidmi, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Uvedené potřeby jsou vlastní všem lidem, jsou ovlivňované kulturou a osobitostí každého jedince v oblasti biologické (1-9), psychické (10, 14), sociální (12, 13) i spirituální (11).

Na základě čtrnácti hlavních potřeb Hendersonová zformovala čtrnáct komponent základní ošetrovatelské péče (16).

Definuje jedinečnou funkci sestry, která jedná v nejlepším zájmu pacienta, pokud toho samotný pacient není schopen (29).

Patří sem:

1. pomoc pacientovi/ klientovi normálně dýchat
2. pomoc pacientovi/ klientovi přijímat potravu a tekutiny
3. pomoc pacientovi/ klientovi při vyprazdňování
4. pomoc pacientovi/ klientovi při udržování žádoucí polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)
5. pomoc pacientovi/ klientovi při odpočinku a spánku
6. pomoc pacientovi/ klientovi při oblékání, svlékání, výběru vhodného oděvu
7. pomoc pacientovi/ klientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí
8. pomoc pacientovi/ klientovi při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana kůže
9. pomoc pacientovi/ klientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí, předcházet se zranění sebe i druhých
10. pomoc pacientovi/ klientovi při komunikaci s druhými, při vyjádření jeho pocitů, potřeb a emocí
11. pomoc pacientovi/ klientovi při vyznávání jeho víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla
12. pomoc pacientovi/ klientovi při práci a produktivní činnosti
13. pomoc pacientovi/ klientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách
14. pomoc pacientovi/ klientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavostí (16).

V dnešní době tvoří model Hendersonové jeden z nejčastějších modelů pro využití ošetrovatelského procesu v praxi. Specifická podoba potřeb u pacientů je závislá v především na charakteru nemoci, také však na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých existuje (5).

1.1.6. Proces naplnění potřeb

Proces naplňování potřeb je pojímán jako dynamický proces, měnící se podle rozvoje společnosti, podle jejího politického a společenského klimatu. Mění se zároveň s obměňujícími se cíly jednotlivce nebo skupin a jejich touhami. Probíhá obvykle cyklicky, v určitých periodách. Při procesu naplnění potřeb dochází k individuálnímu obrazu a zhodnocení významu té určité potřeby. Osobitá touha po naplnění potřeby může často ovlivnit také široké okolí jedince (20).

Na proces naplnění potřeb působí obecné faktory, individuální osobnostní faktory, společenské faktory a patologické stavy. Mezi obecné faktory patří věk, pohlaví, tělesné a psychické dispozice. K individuálním faktorům osobnosti řadíme vzdělání a výchovu, rodinný stav a ekonomickou úroveň. Za společenské faktory můžeme pokládat celkový životní standard, který se liší u každého jedince. Patologické stavy, jako je např. imobilizace, bolest, horečka, proces naplňování potřeb rovněž ovlivňují (5).

1.1.6.1. Míry v naplnění potřeb

Každý člověk má odlišnou míru naléhavosti v naplnění jednotlivých potřeb.

Podprahové uspokojování potřeb může přivádět jedince k pocitu frustrace, stresu a deprivace. Frustrace se projevuje pocitem zklamání z nemožnosti nebo neschopnosti dosáhnout té určité potřeby. Následkem vzniká psychický, mnohdy i fyzický diskomfort. Dlouhodobá frustrace může být důsledkem výrazných zdravotních potíží. Stres je reakce organismu na tělesnou nebo duševní zátěž.

Deprivací rozumíme nedostatečné uspokojování citových a smyslových potřeb, může vést k pocitům opuštěnosti, vyprahlosti, může být také provázena somatickými problémy (zažívací potíže, bolesti hlavy).

Nadprahové uspokojování potřeb může být projevem tzv. hyperprotektivní (nadměrně ochranné) péče ze strany např. rodičů, partnera. Tento typ péče může mít společenské, psychické i zdravotní následky.

Prahové naplnění potřeb přináší životní vyrovnanost, pohodu a pocit životního optima (20).

1.1.6.2. Způsoby naplnění potřeb

Potřeby je možné uspokojovat zdravým nebo nezdravým způsobem. Za zdravé způsoby považujeme takové, které neškodí jedinci ani nikomu jinému, jsou ve shodě se sociálně- kulturními hodnotami jedince a jsou v souladu se zákonnými normami. Naopak, jako nezdravý způsob a cesty, které vedou k uspokojování potřeb, považujeme takové, které můžou poškodit jedince nebo druhou osobu, nejsou ve shodě se sociálně- kulturními hodnotami nebo přestupují meze zákona a přinášejí jedinci neklid (8).

Maslow zjistil, že lidé uspokojující svoje základní potřeby jsou zdravější, šťastnější a výkonnější než jedinci s neuspokojenými potřebami (3).

1.1.6.3. Faktory ovlivňující naplnění potřeb

Výsledné naplnění potřeb ovlivňují faktory, které se v zásadě dělí na objektivní a subjektivní. Objektivní faktory ovlivňují naplnění potřeb viditelných, objektivně hodnotitelných, např. potřeby dostatku jídla a tekutin, potřebu pomoci při pohybu, při hygieně atd. Mezi další objektivní faktory patří vývojové stadium jedince, jeho pohlaví, věk, vzdělání, rodinné zázemí a společenské postavení. Dále je sem možno začlenit mezilidské vztahy, které sice zahrnujeme mezi subjektivní, ale lze je hodnotit i objektivně, kde pomáháme při řešení nově vzniklých situací mezi členy rodiny, pomáháme nalézt vzájemné pochopení mezi pacientem a ošetřujícím personálem.

Mezi subjektivní faktory řadíme kladnou a narušenou sebekoncepci. Kladná sebekoncepce se objevuje u lidí, kteří znají sami sebe a mají k sobě samým kladný vztah. Snadněji pak přijímají vnitřní změny, snadněji poznají své potřeby a najdou cesty jak je uspokojit. Jedinci s vyrovnanou sebekoncepcí osobnosti zpravidla přijímají onemocnění lépe. Schopnost přizpůsobit se změnám v hierarchii osobních hodnot bývá

snadnější. Lidé, kteří mají kterýmkoliv způsobem sebekoncepci narušenou, obvykle nejsou schopni své potřeby uspokojovat samostatně a vyžadují daleko větší pozornost a péči (20).

1.1.7. Nemocný člověk a jeho potřeby

„Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, narušujících jeho správné fungování a rovnováhu“ (20).

Při ošetřování nemocného je podstatné mít stále na paměti, že pracujeme s člověkem, jehož nálada, prožívání i chování jsou ovlivněny uspokojováním jeho biologických, psychických i sociálních potřeb (27).

U nemocného člověka se základní a druhotné potřeby prolínají a vzájemně podmiňují (20).

1.1.7.1. Potřeby jedince v těžké a vážné nemoci

Potřeby člověka se dělí na potřeby, které se s nemocí nemění, potřeby, které se s nemocí pozměnily a potřeby, které v nemoci vznikly.

Potřeby, které se nemocí nemění, jsou stejné jako u zdravého člověka. Řadí se sem hlavně potřeba vzduchu, spánku, odpočinku, výživy, vyprazdňování, pocit pohodlí a bezpečí. V nemoci se však může potřeba projevit intenzivněji, může také dojít k posunu v důležitosti. Při hospitalizaci tyto potřeby uspokojuje sestra nebo jiný zdravotnický personál.

Potřeby, které se nemocí pozměnily patří do nejsložitější skupiny. Jsou velmi individuální a proměnlivé. Ovlivňují je onemocnění samotné, jeho druh, závažnost a fáze nemoci. Pozornost je nezbytné zaměřit na potřeby sociální. Vedle redukce se může objevit i deformace dřívějších potřeb, neboť ne všichni pacienti se vrací do stejného stavu jako před nemocí. Potřeba aktivity se v době nemoci koncentruje na boj s nemocí. Pozitivní výsledky motivují nemocného, napomáhají mu překonávat bolest, strach a úzkost. Fyzická aktivizace odvádí pozornost pacienta od potíží, umožňuje navazovat sociální kontakty s okolím a podporuje snahu o soběstačnost. Dostatek informací o nemoci a režimu se podílí k získání si klienta ke spolupráci. V opačném případě

neinformovanost může vyvolat obavy a může narušit průběh léčebného a ošetrovatelského procesu. Velmi významná je potřeba komunikace v přístupu zdravotníků k nemocnému. Také uspokojování kulturních potřeb patří mezi důležité aktivity, svoji část zde hraje i nemocniční prostředí, estetické a barevně laděné pokoje a čistota.

Potřeby, které nemocí vznikly jsou podmíněny osobností pacienta, charakterem, stupni závažnosti a průběhu nemoci, informovaností o nemoci, předchozími zkušenostmi, vztahem a chováním okolí (lékaři, sestry, rodina). Svou roli zde hraje také potřeba navrácení zdraví, tlumení nebo zbavení se bolesti, potřeba udržení a obnovení funkcí nebo příprava na nové sociální funkce. Jejich důležitost závisí na prioritách klienta (27).

1.1.7.2. Faktory, které modifikují uspokojování potřeb člověka

Existuje velké množství faktorů, které znemožňují, znesnadňují, narušují či mění způsob uspokojování potřeb člověka. Mezi ně patří nemoc, osobnost člověka, mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka a okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Nemoc je často překážkou v uspokojování jeho potřeb jedince a mění způsob vyjádření potřeb a možnosti jejich uspokojování.

Osobnostní vlastnosti člověka mění potřeby, jejich vyjádření, způsob uspokojování i psychickou odezvu. Určující je typologie člověka, emocionální labilita či stabilita, a dále odolnost vůči zátěži. Mezilidské vztahy, zejména vztahy k příbuzným a blízkým rovněž narušují uspokojování potřeb. Sestra často vstupuje do těchto vztahů, neboť je v blízkosti nemocného v jeho kritickém období. Mezi další faktor, měnící uspokojování potřeb patří vývojové stadium člověka. Každý člověk by se měl v průběhu vývoje naučit důvěře k lidem, protože je lépe dosažitelné naplnění základních potřeb pocitů bezpečí a jistoty. Měli bychom mít na zřeteli, že v období kojeneckém a batolecím a následně i ve stáří, nemá člověk dostatečné výrazové prostředky k signalizaci potřeb (22).

V neposlední řadě ovlivňují potřeby okolnosti, za kterých nemoc vzniká. Nemocný člověk bude jiným způsobem vyjadřovat své potřeby v domácí péči a jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení (7).

1.1.8. Zásady v naplňování potřeb z pohledu lékařů a sester

Je velmi důležité, aby si zdravotnický personál ve vztahu k pacientovi našel svoji vlastní cestu. Při naplňování sekundárních potřeb často vznikají pevná pouta mezi zdravotníky a jejich pacienty. Zdravotníci by si ale měli být vědomi rizik těchto emotivních vztahů, které je mohou ohrožovat z hlediska citového vyčerpání, přílišného pracovního nasazení či vniknutí do rodinných vztahů. Členové zdravotnického personálu se pro nemocného stávají stěžejním bodem, který k nim upíná svoji naději. Dalším ohrožením, které hrozí ve vztahu mezi zdravotníky a pacienty je nebezpečí možného vzájemného odosobnění, které vzniká z obavy přílišné citové vazby v důsledku nedostatečné profesionální připravenosti. Rizikový faktor představuje také syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je soubor příznaků, který se projevuje pocitem pracovního přetížení, vyčerpání, ztrátou zájmu o profesi, ztrátou vztahu k nemocným. Doprovází jej psychické i psychosomatické potíže. Syndromu vyhoření můžeme předcházet např. aktivním odpočinkem, dostatečnou profesionální připraveností, správnými stravovacími návyky či správným řešením konfliktů (20).

1.1.9. Význam ošetrovatelské péče z hlediska uspokojování potřeb

„Ošetrovatelství je integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami nemohou, neumí nebo nechtějí starat“ (2).

Mezi hlavní cíl kvalitní léčebné a ošetrovatelské péče řadíme uspokojení potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného. Dalším významným cílem je snaha o podporu terapeutickým procesů, při kterých by měl nemocný spolupracovat. Vhodné je požádat o spolupráci také rodinu nemocného. Správná informovanost nemocných a pravidelná komunikace je nedílnou složkou uspokojování a naplňování potřeb. Je-li pacient informován o své léčbě a prognóze, o účincích léků a plánovaných vyšetřeních, zaručeně snáší svoji nemoc klidněji. Další součástí důležitou pro naplnění potřeb je pomoc nemocnému najít vhodné pojmenování pro jeho potřebu. V neposlední řadě zdravotník nesmí zapomenout na respekt k autonomii nemocného člověka. Autonomie

je potřeba uchovávat schopnosti vést život podle vlastních pravidel. Pro pacienta autonomie označuje zachování identity. Zaručíme ji tím, že budeme respektovat jeho vyslovená přání, názory či předchozí zkušenosti s nemocí. Potřeba autonomie je nedílnou součástí života a je velmi podstatná při léčbě a péči o nemocného (20).

1.1.10. Ošetrovatelská dokumentace z hlediska uspokojování potřeb

Ošetrovatelská dokumentace je vedená zároveň s dokumentací lékařskou.

Slouží k zajištění spojitosti poskytované ošetrovatelské péče, jako doklad, že ošetrovatelská péče byla poskytována dle ordinace a také, že poskytovaná péče byla správná vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta (25).

Postup ošetrovatelské péče je vymezen v krocích ošetrovatelského procesu. Sestra sbírá poznatky o nemocném (stanoví anamnézu), poté stanoví ošetrovatelský problém a zvolí cestu k dosažení určitého cíle (intervence). Dalším krokem je zhodnocení, zda se zvolený postup ukázal správný nebo je třeba zvolit jinou cestu. Lékař i sestra využívají všech poznatků i při realizaci programu v uspokojování všech potřeb pacienta (20).

Zdravotnická dokumentace je řízena právním předpisem- Zákonem č. 20/1966 Sb. a Vyhláškou č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci (25).

1.2. Vnitřní lékařství

1.2.1. Definice oboru

Vnitřní lékařství v pravém slova smyslu znamená medicina generalis. Zabývá se etiologií, patogenezi, klinickým obrazem, diagnostikou, terapií a prevencí vnitřních chorob, které postihují dospělé obyvatelstvo (6).

Z oboru vnitřního lékařství postupnou specializací vznikaly další obory. K podoborům interního lékařství patří pneumologie, kardiologie, hematologie, revmatologie, gastroenterologie, endokrinologie, hepatologie, nefrologie a diabetologie (19).

Vnitřní lékařství, stejně jako další klinické obory, vychází ze souboru základních poznatků, které jsou označovány jako lékařská či klinická propedeutika. Lékařská

propedeutika tedy znamená přípravu ke klinickému studiu seznámením se základními pojmy a cvičeními ve vyšetřovacích metodách (12).

1.2.2. Charakteristika interního oddělení

Interní oddělení patří mezi základní oddělení nemocniční péče. Léčí se zde pacienti s onemocněním vnitřních orgánů. Léčba probíhá většinou konzervativně, není nutný chirurgický zákrok. K základním částem interního oddělení patří ambulance, vyšetřovací oddělení, lůžkové oddělení a lůžka akutní péče.

Ambulantní část je umístěna zpravidla v přízemní části budovy. Tvoří ji ordinace lékařů, čekárna pro pacienty, kartotéka a ostatní provozní místnosti, např. skladovací místnost, sociální zařízení, místnost pro pohotovostní služby, personální zázemí a jiné.

Mezi základní vyšetřovací části na interním oddělení se řadí rentgenologické oddělení, ultrazvukové oddělení, endoskopické oddělení a laboratoře k vyšetření biologického materiálu. Ke speciálním vyšetřovacím částem patří pneumologické pracoviště se spirometrií, ergometrie, cévní vyšetřovna a další. Pracují zde lékaři specialisté, techničtí pracovníci, všeobecné sestry, sestry specialistky, laboranti a další pracovníci.

Základ lůžkového oddělení je tvořen standardní lůžkovou jednotkou.

Mezi lůžka akutní péče patří např. JIP, metabolická jednotka, oddělení intermediální péče a jiné (19).

1.2.3. Charakteristika práce sestry na interní ambulanci

Interní ošetřovatelství je aplikovaný klinický ošetřovatelský obor, který vytváří jednotlivé poznatky z jiných oborů v rámci poskytování preventivní a léčebné ošetřovatelské péče. Cílem interního ošetřovatelství je napomáhat pacientovi a jeho rodině ve zdraví a nemoci, vykonávat činnosti přispívající ke zdraví, uzdravení nebo pokojnému a důstojnému umírání a smrti (26).

Na ambulanci nemocná osoba přichází na podkladě písemného doporučení praktického lékaře. V případě, že se jedná o akutní stav, není nutné doporučení lékaře. Pacient je na ambulanci vyšetřen lékařem za asistence ambulantní sestry.

Hlavními vyšetřovacími metodami na interní ambulanci jsou anamnéza, vyšetření fyziologických funkcí (tělesná teplota, tlak, puls), fyzikální vyšetření pacienta pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem, EKG, RTG plic, základní odběry krve a moče, popřípadě další vyšetření dle požadavků lékaře.

Sestra na ambulanci řídí příjem a pořadí pacientů, zakládá a vyhledává dokumentaci pacientů v kartotéce, asistuje lékaři, měří fyziologické funkce pacientů, provádí základní vyšetření, aplikuje léky, objednává pacienty na vyšetření, realizuje zápisy do zdravotnické dokumentace a do počítače, doplňuje zdravotnický materiál a v neposlední řadě komunikuje s pacienty, lékařem, příbuznými a ostatními pracovníky celého interního oddělení.

Na ambulanci dochází k prvnímu kontaktu nemocného se zdravotnickým personálem. Proto je nezbytné si uvědomit, že pacient přichází na ambulanci se zdravotními obtížemi a veškeré nepříjemné klima a jednání personálu může jeho zdravotní stav a psychiku zhoršit nebo znepříjemnit. Proto je nepostradatelné profesionální jednání a komunikace s pacientem (19).

Kontakt s pacientem musí být v každém případě individuální a je zásadní brát v úvahu jeho úroveň vzdělanosti, inteligenci a sociální prostředí, ze kterého pacient pochází (18).

Milý úsměv, vlídné slovo, dostatek informací, příjemné prostředí čekárny a ordinace, ohled na stud pacienta, empatický přístup, to jsou momenty příhodné k navázání důvěry pacienta na cestě ke spolupráci se zdravotníky a tím k vyléčení pacienta (19).

1.2.4. Nejčastější ošetrovatelské problémy u pacientů s interním onemocněním

Mezi nejčastější problémy patří porucha sebezpečí, poruchy hybnosti (polohy, postoje, chůze a pohybové koordinace), poruchy výživy, změny na kůži, poruchy dýchání, vyprazdňování, bolest, strach, či poruchy spánku.

Příčinou poruchy sebezpečí mohou být porušené kognitivní nebo motorické funkce (např. onemocnění pohybového, nervového aparátu, metabolické a endokrinní změny, poruchy vidění, vědomí, imobilita, demence a jiné) a faktory spojené s léčbou (např. permanentní žilní nebo močový katétr). Poruchu sebezpečí doprovází řada dalších problémů, jako je nechuť k provádění činnosti, nedostatek motivace, bolest, neklid, deprese, stav napětí a jiné.

U poruch hybnosti jsou příčiny vrozené i získané, mohou být rozmanité. Mezi další problémy pacienta vztahující se k hybnosti je možno zařadit sníženou výkonnost, vznik imobilizačního syndromu, poruchu soběstačnosti, potencionální riziko pádu, bolest, strach, úzkost a jiné.

Poruchy výživy mohou vznikat v souvislosti se sníženým či zvýšeným příjmem potravy, dehydratací, polykáním, dyspepsií, poruchou soběstačnosti, vyprazdňováním, chorobných změnách na zažívacím ústrojím, nechutenstvím, nedostatkem pohybu a jiných.

Změny na kůži se mohou objevit důsledkem nedostatečné hygieny, poruchy výživy, poruchy tkáňového prokrvení, poruchy nervového vedení, chemickými vlivy, infekcí a v neposlední řadě mechanického poškození kůže tlakem, třením, vlhkostí nebo změnami teplot.

Poruchy vyprazdňování stolice mohou mít za příčinu psychický stres, onemocnění tlustého střeva, nevhodnou stravu, nedostatek tekutin, potravinové i jiné alergie, nežádoucí účinky léků, nesprávné defekační návyky, oslabený svalový tonus, nedostatečnou fyzickou aktivitu a další.

Také poruchy vyprazdňování moče mohou vzniknout v souvislosti s oslabeným svalovým tonem, dále s infekcí močových cest, operačními výkony, poruchami vodního hospodářství, psychickými faktory či neurologickým onemocněním.

Poruchy dýchání se nejčastěji objevují v důsledku infekčního onemocnění, onemocnění dýchacích cest a plic, onemocnění srdce, poruchy krvetvorby, otrav, alergií, úrazů, cizího tělesa v dýchacích cestách a podobně.

Bolest můžeme rozdělit na akutní a chronickou. Příčinou akutní bolesti bývá náhlé poškození tkáně. Chronická bolest se objevuje nejčastěji u nádorových onemocnění, posttraumatických onemocnění či neuralgií.

Také strach, úzkost, bezmoc a beznaděj se objevují u pacientů nejen s interním onemocněním. Příčinou je nemoc, nesoběstačnost, problémy v rodině, ztráta blízké osoby, špatné předchozí zkušenosti, změna prostředí, operace, vyšetření, diagnóza nádorového onemocnění a podobně.

U poruch spánku někdy nelze jednoznačně určit příčinu. Mohou být primární (samotná nespavost) a sekundární, způsobena klinickým onemocněním, např. depresemi, onemocněním štítné žlázy, či bolestí (19).

1.3. Chirurgie

1.3.1. Definice oboru

Chirurgii řadíme k nejstarším odvětvím. Její název je odvozen z řeckého slova cheirurgie, což znamená práci rukou (cheir = ruka, ergein = pracovat).

Zásadní úlohou chirurgie je poskytovat kvalifikovanou léčebně preventivní péči na úseku chirurgických onemocnění. Můžeme sem zařadit obzvláště zajišťování péče o všechny stavy, které vyžadují neodkladnou chirurgickou pomoc, zejména život ohrožující stavy, chronické choroby, které je možno vyléčit pouze operací, léčbu nádorových onemocnění, léčbu chorob, které jsou doménou jiných lékařských odvětví, u nichž však selhala medikamentózní léčba. Dále pod chirurgii náleží léčba všech poranění, léčba vrozených vad (např. kardiovaskulárního ústrojí) a péče o chirurgicky nemocné, kteří vyžadují doléčení s využitím rehabilitace a lázeňské léčby (28).

V současné době se chirurgické obory člení na všeobecnou chirurgii, zahrnující nejčastěji operace břicha, hrudní stěny, končetin a krku, neurochirurgii, která se zabývá chirurgickým onemocněním centrálního nervového systému a periferních nervů. Dále

sem řadíme hrudní chirurgii, léčící chirurgické onemocnění plic a mezihrudí, kardiovaskulární chirurgii, zahrnující operace srdce a periferních cév a dětskou chirurgii, zabývající se léčbou vrozených vad, získaných onemocnění a úrazů u dětí do 15 let. Mezi další obory patří plastická a rekonstrukční chirurgie, jejíž složkou je i kosmetická chirurgie, transplantační chirurgie, traumatologie zaměřená na péči o zraněné, také popáleninová medicína, urologie a ortopedie.

Mezi chirurgické obory dále patří také gynekologie a porodnictví, otorinolaryngologie, oční lékařství, stomatologie. Taktéž anesteziologie a resuscitace se vyvinula z chirurgie (23).

1.3.2. Charakteristika chirurgického oddělení

Chirurgické oddělení se zabývá diagnostikou a léčbou chirurgických onemocnění v těsné spolupráci s jinými obory (4).

Chirurgické oddělení se rozděluje na ambulantní část, lůžkovou část a operační úsek.

Lůžková část poskytuje předoperační a pooperační péči, dále péči chronických ran a konzervativní postupy léčby. Mezi lůžkovou část řadíme také jednotky intenzivní péče. Na jednotku intenzivní péče jsou přijímáni pacienti v těžkých stavech, často ohrožujících život a dále pacienti po náročnějších operacích (14).

Součástí oddělení jsou chirurgické ambulance s nepřetržitým provozem. Na těchto ambulancích jsou vyšetřováni pacienti, u kterých vznikla náhlá porucha zdraví, úraz, nebo jsou zde objednáváni pacienti k operacím. Součástí ambulance jsou i specializované poradny (15).

V poradnách jsou už propuštění pacienti doléčováni a kontrolováni (13).

1.3.3. Charakteristika práce sestry na chirurgické ambulanci

Chirurgické ošetřovatelství je aplikovaný ošetřovatelský obor, který čerpá z poznatků oboru chirurgie a ošetřovatelství. Současně uceluje poznatky z jiných oborů, které se zabývají člověkem ve zdraví a nemoci. Cílem chirurgického ošetřovatelství je poskytovat ambulantní a ústavnou ošetřovatelskou péči ve veškerých složkách chirurgické péče v prevenci, diagnostice, léčbě, a ve složce sociální a výchovné.

Chirurgické ošetřovatelství se realizuje v chirurgických ambulancích, na chirurgických odděleních, ve specializovaných chirurgických centrech a v neposlední řadě v agenturách domácí péče (9).

U nemocných, kteří jsou přijati v akutním stavu, kdy se mnohdy jejich stav dramaticky vyvíjí, záleží nejen na dovednostech a znalostech sestry, ale taktéž na organizačních schopnostech. Je důležité, aby sestra dokázala co nejefektivněji zorganizovat vše tak, aby bylo možno co nejrychleji stanovit diagnózu a zahájit účinnou léčbu (24).

1.3.4. Nejčastější ošetřovatelské diagnózy u pacientů s chirurgickým onemocněním

U pacienta před operací se nejčastěji vyskytuje nedostatek informací, úzkost, strach, anticipační smutek, narušené vztahy v rodině. Příčinou deficitu informací může být nedostatek zkušeností, chybní zdrojů informací, či nedostačující schopnost učit se. Úzkost a strach se objevuje v souvislosti se změnou zdravotního stavu, očekávanou ztrátou (např. u amputací), nedostatkem informací a změnou prostředí. Anticipační smutek může mít za příčinu změny anatomické struktury, fyziologické funkce těla (radikální operace, vedlejší účinky léčby) a v neposlední řadě sociální a ekonomickou situaci. Narušené vztahy v rodině mohou vzniknout následkem chronického onemocnění či situační krizí.

V intraoperačním období se může u pacienta objevovat strach a úzkost, potenciaální riziko úrazu, porucha kožní integrity, riziko infekce, deficit objemu tekutin, snížený srdeční výdej, riziko aspirace či neschopnost udržování spontánního dýchání. Strach a úzkost se nejčastěji objevuje v souvislosti s účinkem premedikace a anestetik, či z nedostatečného fixování polohy pacienta na operačním stole. Porucha kožní integrity se vyskytuje v souvislosti s incizí.

V pooperačním období se nejčastěji vyskytují problémy:

- v oblasti fyzického komfortu- bolest, dyskomfort, únava
- v oblasti dýchání – neschopnost udržet spontánní dýchání, objevuje se nedostatečné dýchání, zhoršená výměna dýchacích plynů
- v oblasti krevního oběhu- snížený srdeční výdej, změněná perfuze periferních cév

- v oblasti aktivity, odpočinku- omezená pohyblivost, únava, dyskomfort, narušený spánek, riziko pádu, snížená pohyblivost
- v oblasti příjmu tekutin a potravy- deficit objemu tělesných tekutin, zvýšený objem tělesných tekutin, riziko dehydratace
- v oblasti vyprazdňování- retence moči, celková inkontinence moči, zácpa
- v oblasti hygienické péče- snížená soběstačnost v oblasti hygieny, oblékání, stravování, porušená integrita kůže, riziko porušení kožní integrity
- v oblasti obranných mechanismů- porušená kožní integrita, riziko infekce, deficit informací
- v oblasti integrity osobnosti- porušený obraz těla, porušené vztahy v rodině (9).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

- 1) Zjistit potřeby, které pacienti/klienti vnímají na interní a na chirurgické ambulanci .
- 2) Zjistit, jaké potřeby u pacientů/klientů na interní a na chirurgické ambulanci identifikují sestry.

2.2. Hypotézy

- 1) Rozdíly mezi potřebami vnímanými pacienty/klienty na interní a na chirurgické ambulanci se liší podle pohlaví.
- 2) Rozdíly mezi potřebami vnímanými pacienty/klienty na interní a na chirurgické ambulanci se liší podle věku.
- 3) Pacienti/klienti na interní a na chirurgické ambulanci vnímají problém v naplňování potřeby dýchání.

2.3. Výzkumné otázky

- 1) Jakým způsobem vnímají sestry pracující na ambulanci potřeby pacientů/klientů a jejich individuálnost?

3. Metodika

3.1. Použité metody a techniky

Ve výzkumné části této práce bylo využíváno kvalitativní a kvantitativní formy výzkumu. Technikou sběru dat kvantitativního výzkumu byl dotazník, určený pro pacienty interní a chirurgické ambulance. Dotazník byl vyhotoven na základě Maslowovy pyramidy potřeb a obsahoval dvě části. V první části, v tabulce potřeb pacienti označovali své nenaplněné potřeby na ambulanci. Druhá část dotazníku obsahovala 18 otázek, z nichž 15 otázek bylo kroužkovacích s jednou možnou odpovědí, u 2 otázek bylo možno napsat odpověď vlastními slovy a 1 otázka zahrnovala vizuálně analogovou škálu bolesti (dotazník viz příloha č. 2).

Technikou sběru dat kvalitativního výzkumu byl polostrukturovaný rozhovor, ve kterém jsme položili respondentům 16 otázek. Na oblast nenaplněných potřeb pacientů měly sestry k dispozici Maslowovu pyramidu potřeb (polostrukturovaný rozhovor viz příloha č. 3, přepis rozhovorů viz příloha č. 4).

3.2. Charakteristika sledovaného souboru

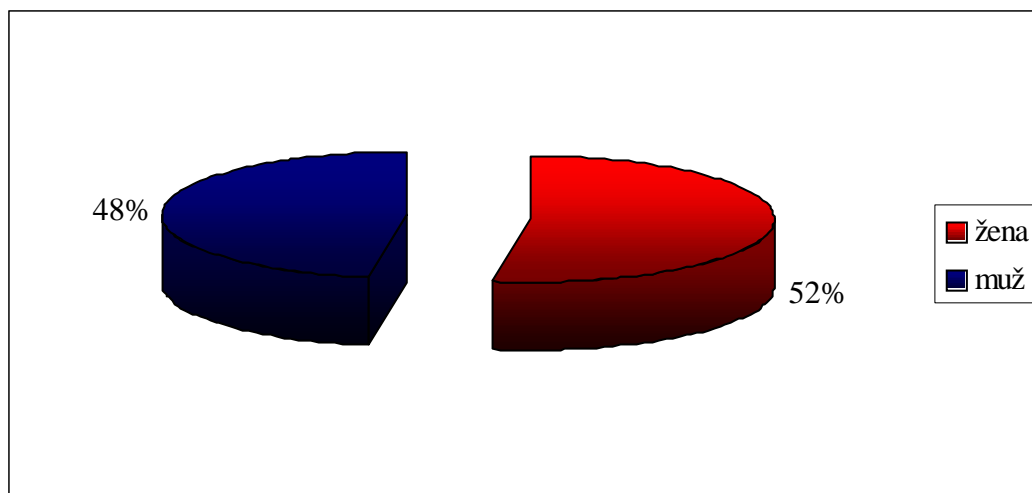
Zkoumaný soubor kvantitativního výzkumu je tvořen z 84 respondentů jako pacientů interní a chirurgické ambulance. Na obou ambulancích bylo rozdáno celkem 100 dotazníků, 50 dotazníků na interní ambulanci a 50 dotazníků na chirurgické ambulanci, 8 dotazníků nebylo vyplněných, 6 dotazníků se nevrátilo a 2 dotazníky se nedaly vyhodnotit (výpovědi v nich uvedené neodpovídaly dané otázce).

Zkoumaným souborem kvalitativního výzkumu bylo 8 respondentů, 4 sestry pracující na interní ambulanci a 4 sestry pracující na chirurgické ambulanci.

4. Výsledky

4.1. Výsledky kvantitativního výzkumu

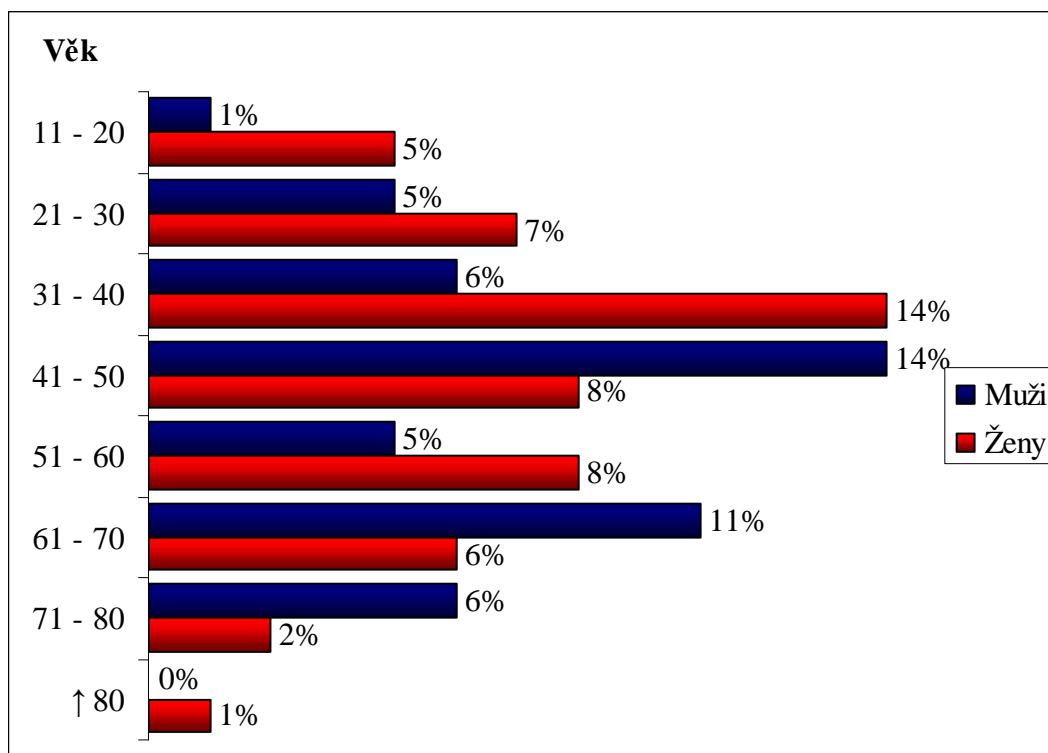
Graf 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje pohlaví respondentů, kdy z 84 dotazovaných (100%) je 40 mužů (48%) a 44 žen (52%).

Graf 2 Věk respondentů

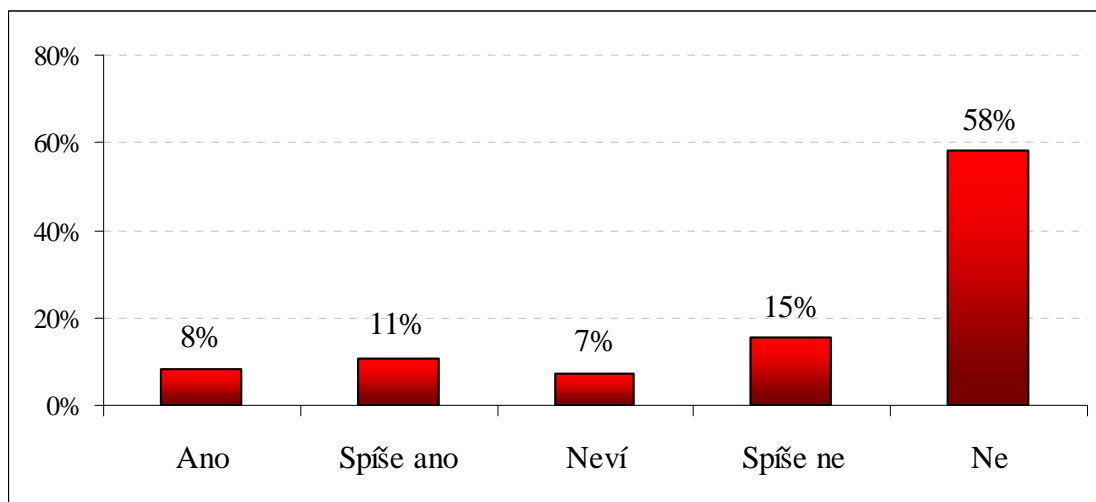


Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje věkové kategorie respondentů, kdy ze 40 dotazovaných mužů (48%) je 1 muž (1%) ve věku 11 – 20 let, 4 muži (5%) ve věkovém rozmezí 21 – 30 let, 5 mužů (6%) ve věku 31 – 40 let, 12 mužů (14%) v rozmezí věku 41- 50 let, 4 muži (5%) ve věku 51- 60 let, 9 mužů (11%) v rozmezí 61- 70 let, 5 mužů (6%) ve věku 71- 80 let a žádný muž starší 80ti let (0%).

Ze 44 dotazovaných žen (52%) uvedly 4 ženy (5%) svůj věk v rozmezí 11- 20 let, 6 žen (7%) věk 21- 30 let, 12 žen (14%) nebylo starších 31- 40 let, 7 žen (8%) ve věku 41- 50 let, stejně jako 7 žen (8%) v rozmezí věku 51- 60, 5 žen (6%) ve věku 61- 70, 2 ženy (2%) v rozmezí věku 71- 80 a 1 žena (1%) starší 80ti let.

Graf 3 Potřeba pohybu na ambulanci

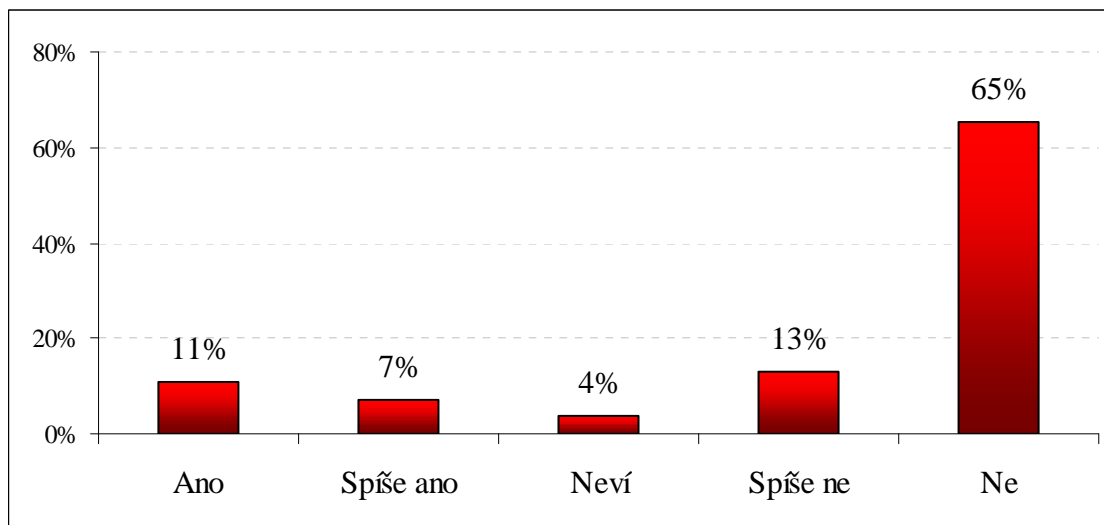


Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 udává výpovědi respondentů na nenaplnění v potřebě pohybu na ambulanci.

Z 84 respondentů (100%) vnímá zcela nenaplnění v této potřebě 7 respondentů (8%), 9 respondentů (11%) udává spíše nenaplnění, 6 respondentů (7%) neví, zda v této potřebě má či nemá nenaplnění, 13 respondentů (15%) má tuto potřebu spíše naplněnou, 49 respondentů (58%) má tuto potřebu zcela naplněnou.

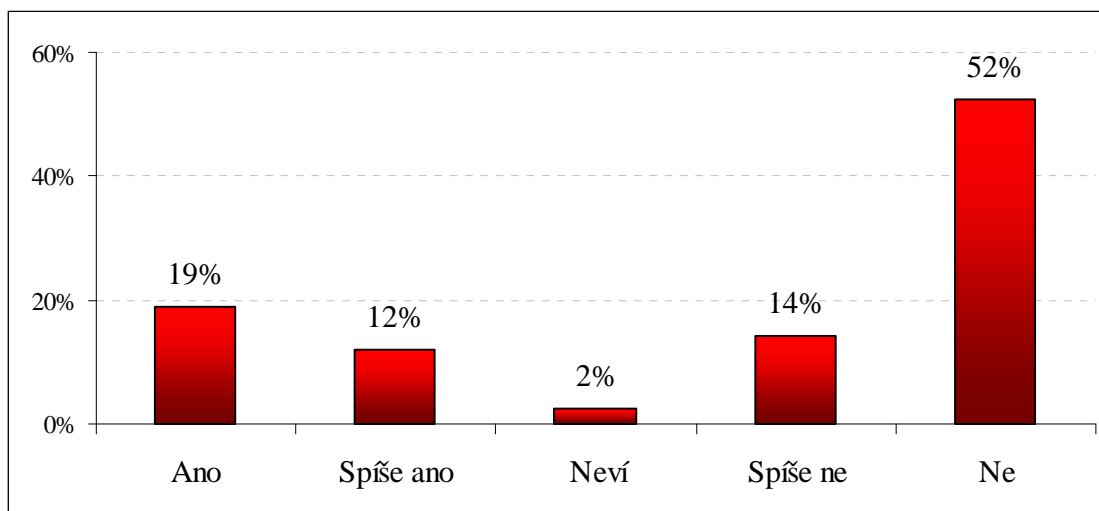
Graf 4 Pocit hladu na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4 znázorňuje výpovědi respondentů na nenaplnění v potřebě výživy. Z 84 dotazovaných respondentů (100%) má 9 respondentů (11%) zcela nenaplněnou tuto potřebu, 6 respondentů udává spíše nenaplnění (7%), 3 respondenti (4%) neví, zda mají nenaplněnou potřebu. Spíše ne má naplněnou potřebu 9 respondentů (13%). Tuto potřebu vnímá jako naplněnou 55 respondentů (65%).

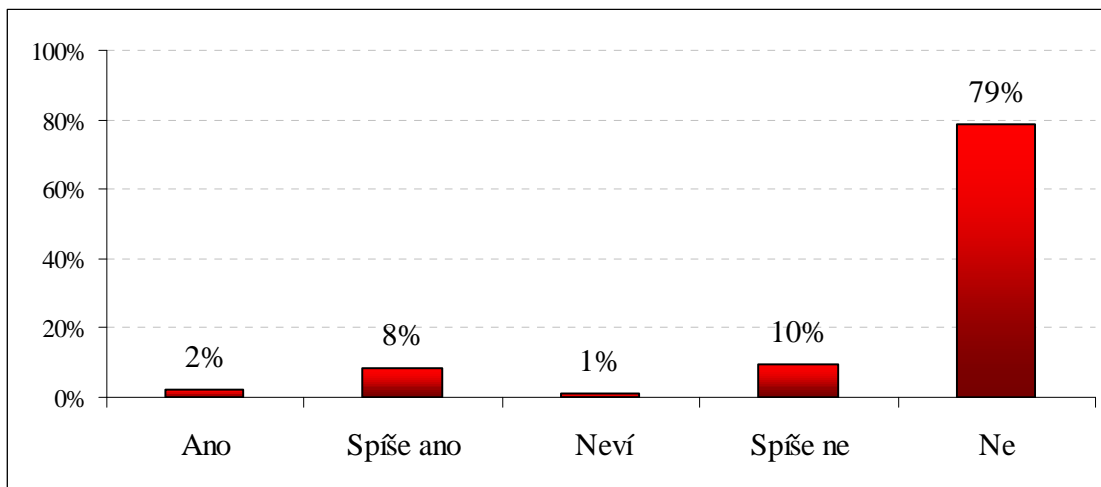
Graf 5 Pociť žízně na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 udává výpovědi respondentů na nenaplnění v potřebě výživy. Z 84 respondentů (100%) má zcela nenaplněnou potřebu 16 respondentů (19%), 10 respondentů (12%) má potřebu spíše nenaplněnou, 2 respondenti (2%) neví, zda pociťují nenaplnění v této potřebě. Spíše nenaplněnou potřebu má 12 respondentů (14%) a 44 respondentů (52%) má zcela naplněnou potřebu.

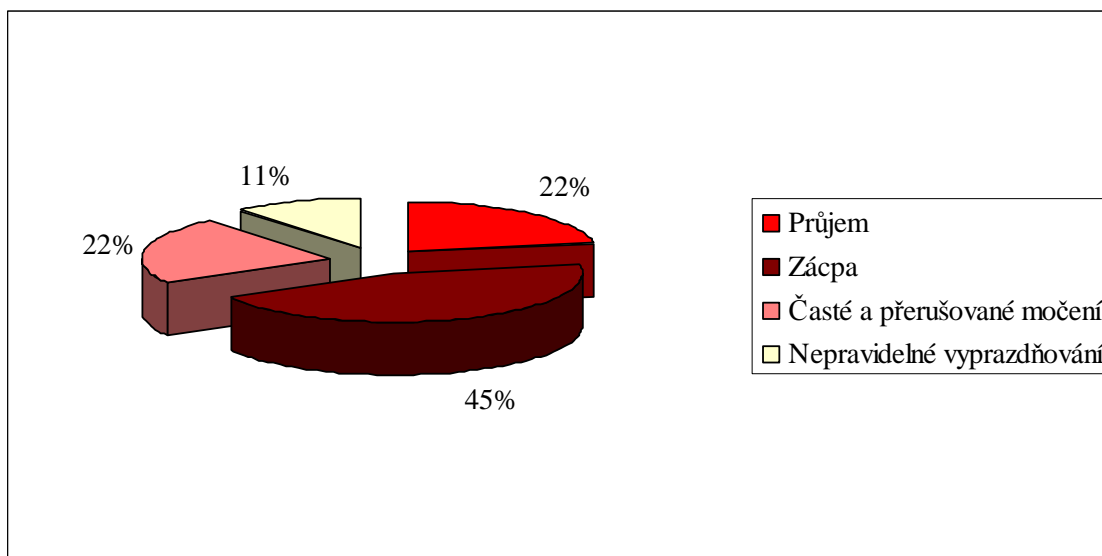
Graf 6A Potíže s vyprazdňováním respondentů na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6A znázorňuje výpovědi respondentů na nenaplněnou potřebu vyprazdňování. Z 84 respondentů (100%) uvádí 2 respondenti (2%) úplné nenaplnění v této potřebě, 7 respondentů udává částečné nenaplnění, 1 respondent neví, zda pociťuje nenaplnění v této potřebě, 8 respondentů (10%) spíše neudává nenaplnění a 66 respondentů (79%) má tuto potřebu naplněnou.

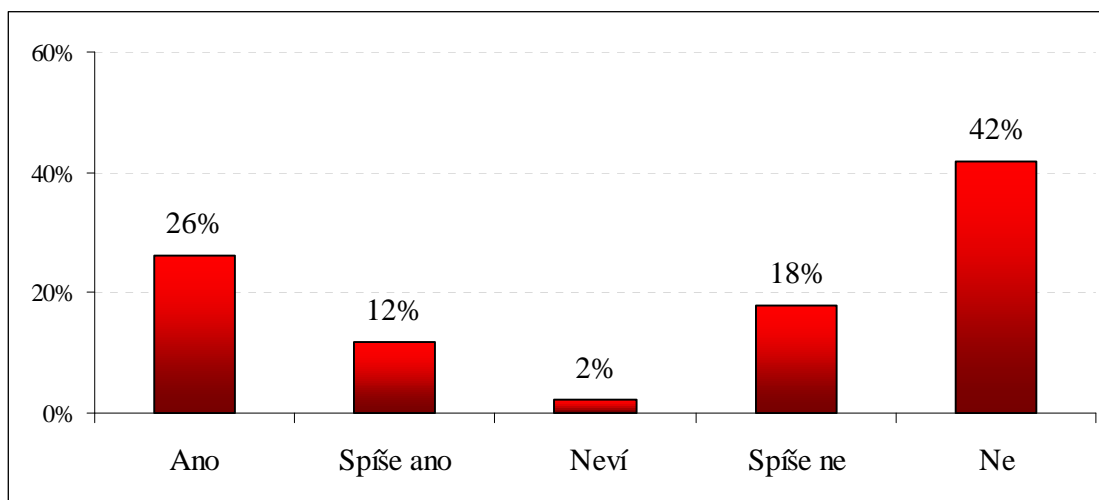
Graf 6B Konkrétní potíže s vyprazdňováním respondentů na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6B znázorňuje konkrétní odpovědi respondentů na potíže s vyprazdňováním. Z 9 respondentů (100%) mají 4 respondenti (45%) zácpu, 2 respondenti (22%) uvádí průjem, 2 respondenti (22%) udávají časté a přerušované močení a 1 respondent (11%) nepravidelné vyprazdňování.

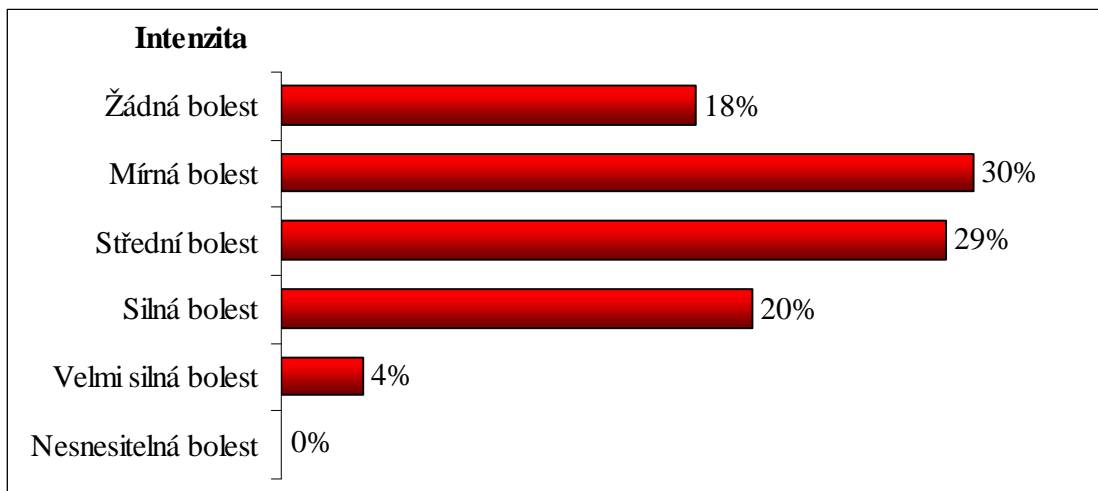
Graf 7 Potřeba spánku na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7 udává výpovědi respondentů na nenaplnění v potřebě spánku. Z 84 dotazovaných respondentů (100%) uvádí zcela nenaplnění v této potřebě 22 respondentů (22%), částečné nenaplnění pociťuje 10 respondentů (12%), 2 respondenti (2%) neví, zda pociťují nenaplnění v této potřebě, 15 respondentů (18%) spíše neudává nenaplnění a 35 respondentů (42%) má naplněnou potřebu spánku.

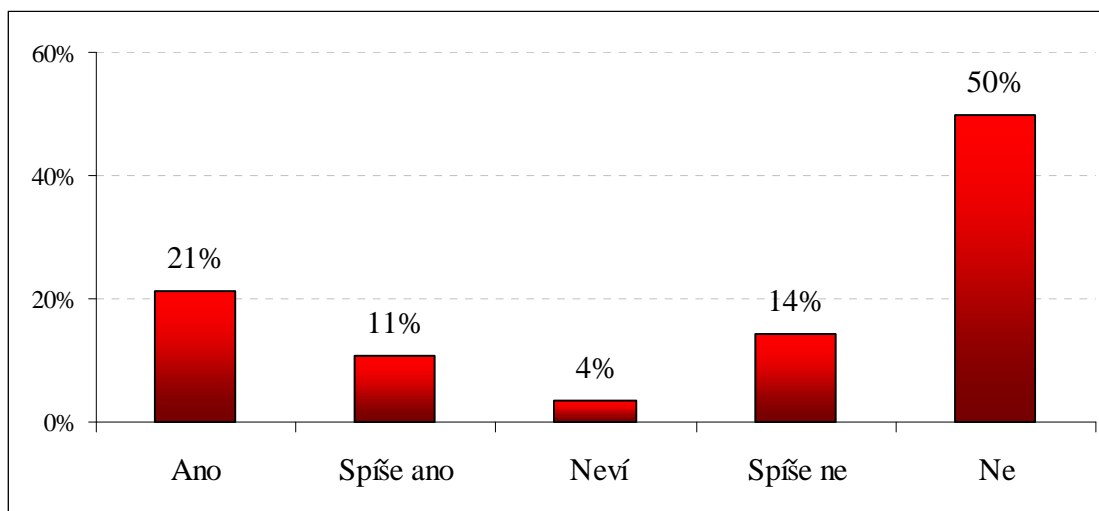
Graf 8 Intenzita bolesti



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8 znázorňuje intenzitu bolesti respondentů na ambulanci. Z 84 dotazovaných respondentů (100%) 15 respondentů (18%) neuvádí žádnou bolest, 25 respondentů (30%) pociťuje mírnou bolest, u 24 respondentů (29%) se objevuje střední bolest. Silnou bolest popisuje 17 respondentů (20%), 3 respondenti (4%) uvádí velmi silnou bolest. Nesnesitelnou bolest neudává žádný respondent (0%).

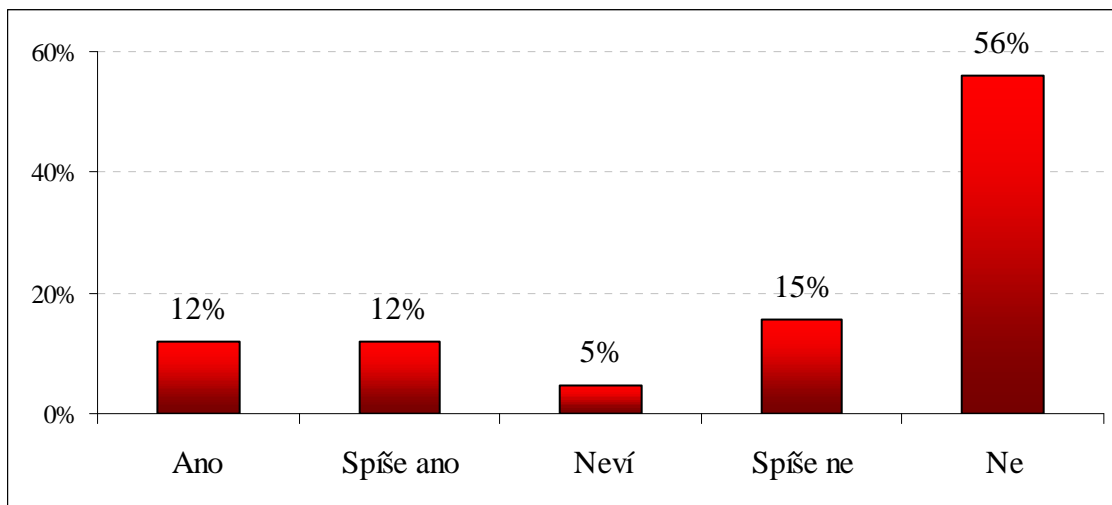
Graf 9 Pocit dušnosti na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9 udává výpovědi respondentů na nenaplnění potřeby kyslíku. Z 84 respondentů (100%) má tuto potřebu zcela nenaplněnou 18 respondentů (21%), 9 respondentů udává spíše nenaplnění, 3 respondenti (4%) neví, zda pociťují nenaplnění v této potřebě, 12 respondentů (14%) spíše neuvádí naplnění a 42 respondentů (50%) má tuto potřebu zcela naplněnou.

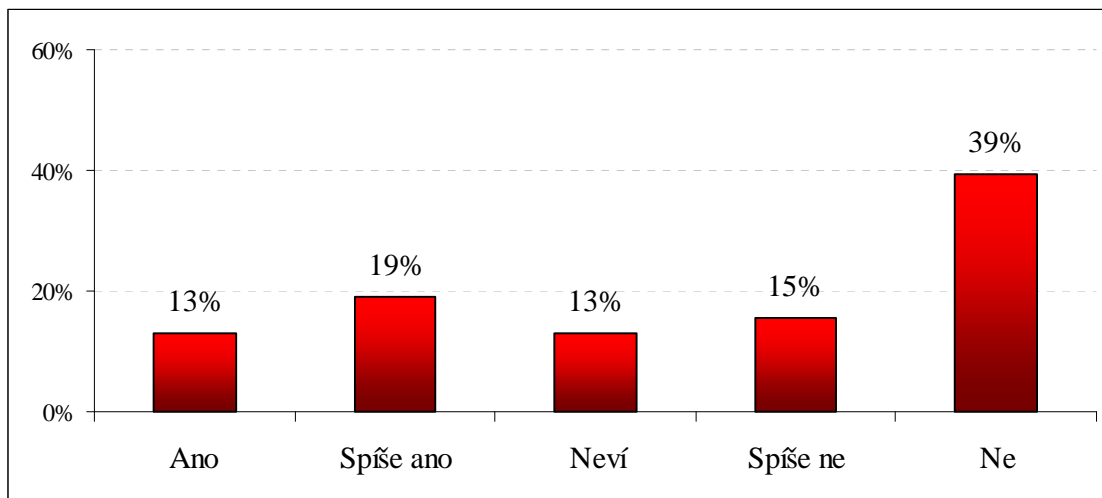
Graf 10 Sexuální potřeba na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 uvádí výpovědi respondentů na nenaplnění v sexuální potřebě. Z 84 dotazovaných respondentů (100%) má potřebu zcela nenaplněnou 10 respondentů (12%), spíše nenaplněnou 10 respondentů (12%), 4 respondenti (5%) neví, zda pociťují nenaplnění v této potřebě. Potřebu spíše naplněnou má 13 respondentů (15%) a 47 respondentů (56%) udává úplné naplnění této potřeby.

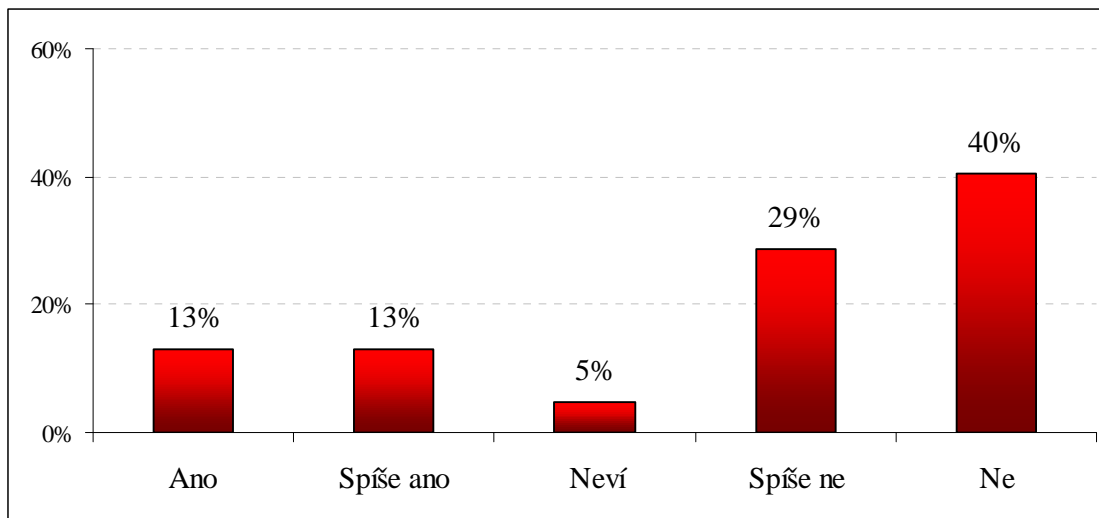
Graf 11 Porušený obraz těla na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11 udává výpovědi respondentů na nenaplnění v potřebě symetrie a krásy. Z 84 respondentů (100%) má potřebu zcela nenaplněnou 11 respondentů (13%), 16 respondentů uvádí spíše nenaplnění, 11 respondentů neví, zda pociťují nenaplnění v této potřebě. Spíše naplněnou potřebu má 13 respondentů (15%) a úplné naplnění pociťuje 33 respondentů (39%).

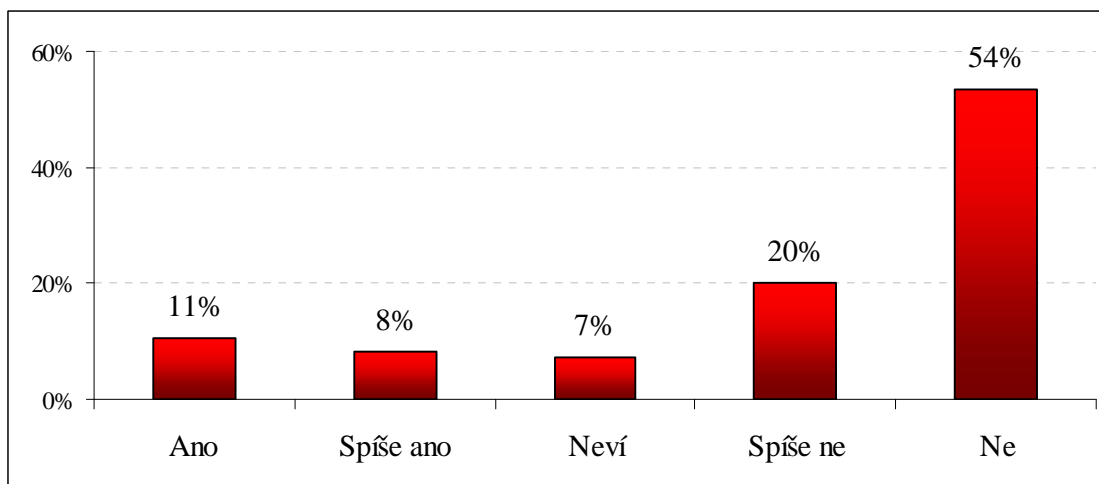
Graf 12 Obava (strach či úzkost na ambulanci)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12 popisuje obavu (strach či úzkost) u respondentů na ambulanci. Z 84 respondentů (100%) zcela pociťuje obavu 11 respondentů (13%), 11 respondentů spíše pociťuje obavu (13%), 4 respondenti (5%) neví, zda mají obavu na ambulanci. 24 respondentů (29%) spíše nemá obavu a 34 respondentů (40%) vůbec nepociťuje obavu na ambulanci.

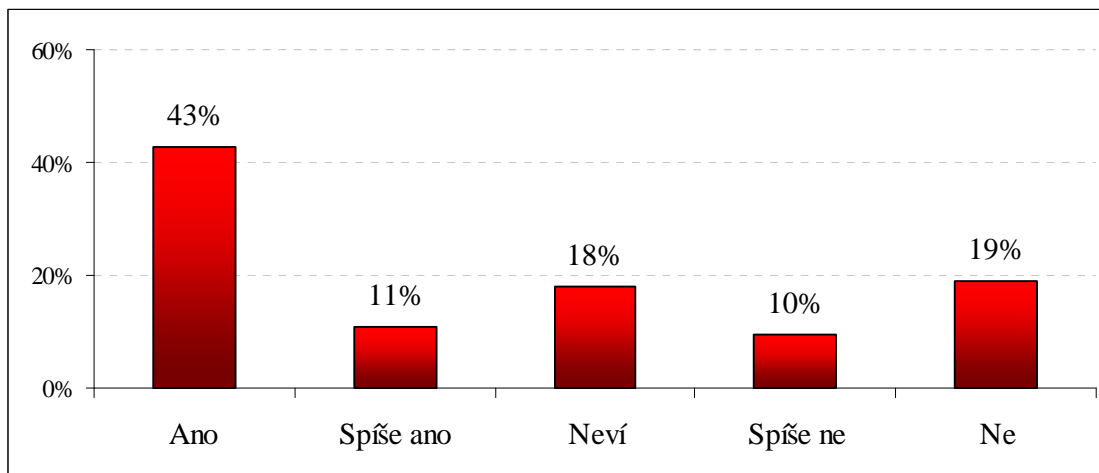
Graf 13 Potřeba psychické podpory na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13 uvádí výpovědi respondentů na potřebu psychické podpory na ambulanci. Z 84 respondentů (100%) má úplnou potřebu 9 respondentů (11%), 7 respondentů (8%) udává částečné nenaplnění v této potřebě, 6 respondentů neví, zda pocítují tuto potřebu, 17 respondentů (20%) spíše nemá a 45 respondentů (54%) vůbec nemá potřebu psychické podpory na ambulanci.

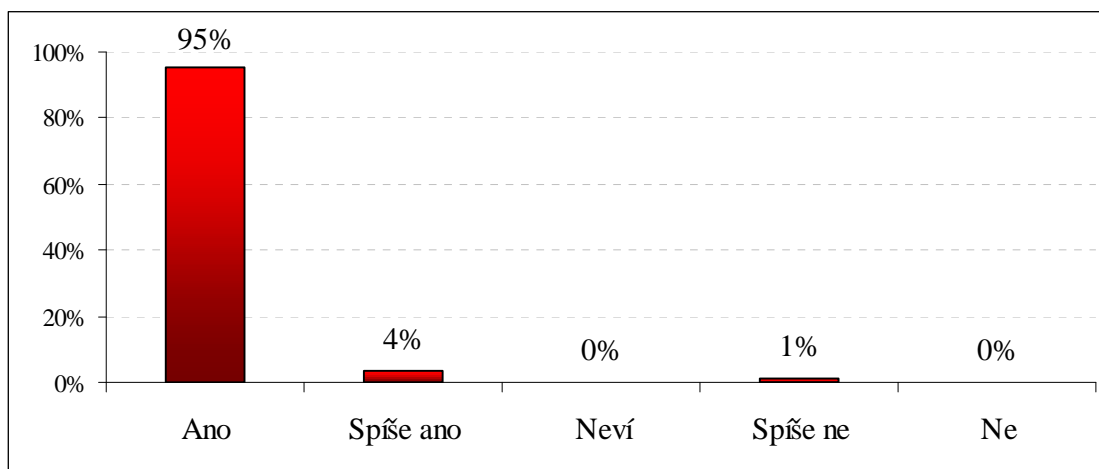
Graf 14 Pocit možnosti samostatného rozhodování na ambulanci



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14 popisuje výpovědi respondentů na pocit možnosti samostatného rozhodování na ambulanci. Z 84 respondentů (100%) má 36 respondentů (43%) zcela pocit a 9 respondentů (11%) částečný pocit možnosti samostatného rozhodování, 15 respondentů (18%) neví, zda má pocit možnosti samostatného rozhodování, 8 respondentů (10%) spíše nemá pocit a 16 respondentů (19%) nemá pocit možnosti samostatného rozhodování na ambulanci.

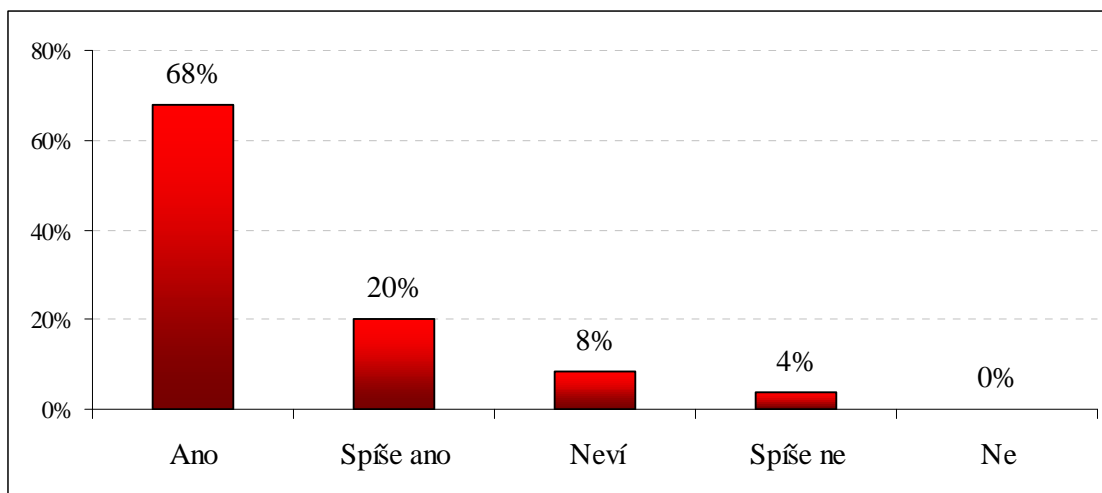
Graf 15 Potřeba informací o postupu léčby



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15 znázorňuje výpovědi respondentů na nenaplnění v potřebě informací o postupu léčby. Z 84 respondentů (100%) má tuto potřebu zcela nenaplněnou 80 respondentů (95%), 3 respondenti (4%) pociťují částečné nenaplnění potřeby, 1 respondent má spíše naplněnou potřebu informací.

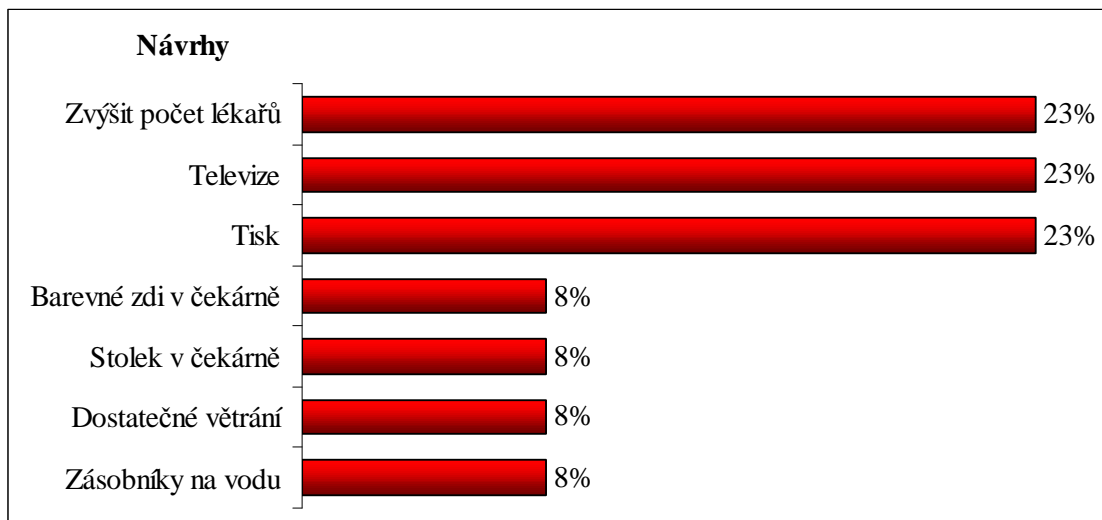
Graf 16 Spokojenost s prostředím ambulance



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16 znázorňuje spokojenost respondentů s prostředím ambulance. Z 84 dotazovaných (100%) je s prostředím ambulance zcela spokojeno 57 respondentů (68%), 17 respondentů (20%) je částečně spokojeno s prostředím ambulance, 7 respondentů (8%) neví, zda je s prostředím ambulance spokojeno a 5 respondentů (4%) je spíše nespokojeno s prostředím ambulance.

Graf 17 Návrhy ke zlepšení chodu ambulance



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17 uvádí návrhy respondentů ke zlepšení chodu ambulance. Na tuto otázku odpovědělo 13 respondentů (100%), z toho 3 respondenti (23%) uvedli zvýšit počet lékařů, 3 respondentům (23%) chybí televize a 3 respondentům (23%) tisk na ambulanci, 1 respondent (8%) navrhoval barevné zdi, 1 respondent (8%) dostatečné větrání a 1 respondent (8%) zásobníky na vodu.

Tabulka 1 Průměrné rozdělení potřeb dle věku

	Věk respondentů							
	11- 20	21- 30	31- 40	41- 50	51- 60	61- 70	71- 80	↑ 80
Fyziologické potřeby	17%	31%	20%	19%	26%	22%	37%	71%
Potřeby jistoty a bezpečí	15%	10%	12%	37%	20%	14%	36%	100%
Potřeby sounáležitosti a lásky	15%	10%	21%	3%	20%	5%	11%	100%
Potřeby uznání a sebeúcty	8%	22%	30%	9%	4%	10%	17%	100%
Kognitivní potřeby	80%	50%	51%	67%	45%	48%	72%	67%
Estetické potřeby	20%	0%	12%	37%	45%	57%	14%	100%
Potřeby seberealizace	0%	20%	6%	21%	45%	0%	14%	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 1:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Tabulka 1 popisuje průměrné rozdělení potřeb podle věku.

Z 5 respondentů ve věku 11- 20 vnímá 80% respondentů nenaplnění kognitivních potřeb, 20% respondentů nenaplnění estetických potřeb, 17% respondentů nenaplnění fyziologických potřeb, 15% respondentů nenaplnění potřeb jistoty a bezpečí, 15% respondentů nenaplnění potřeb sounáležitosti a lásky. 8% respondentů vnímá nenaplnění potřeb uznání a sebeúcty.

Z 10 respondentů ve věku 21- 30 let vnímá 50% respondentů nenaplnění kognitivních potřeb, 31% respondentů nenaplnění fyziologických potřeb, 22% respondentů nenaplnění potřeb uznání a sebeúcty, 20% respondentů nenaplnění potřeb seberealizace, 10% respondentů nenaplnění potřeb sounáležitosti a lásky a 10% respondentů nenaplnění potřeb jistoty a bezpečí.

Ze 17 respondentů ve věku 31- 40 let vnímá 51% respondentů nenaplnění kognitivních potřeb, 30% respondentů nenaplnění potřeb uznání a sebeúcty, 21% respondentů nenaplnění potřeb sounáležitosti a lásky, 20% respondentů nenaplnění fyziologických potřeb, 12% respondentů nenaplnění potřeb jistoty a bezpečí, 12% nenaplnění estetických potřeb, 6% respondentů nenaplnění potřeb seberealizace.

Z 19 respondentů ve věku 41- 50 vnímá 67% respondentů nenaplnění kognitivních potřeb, 37% respondentů nenaplnění estetických potřeb, 37% respondentů nenaplnění

potřeb jistoty a bezpečí, 21% respondentů nenaplnění potřeb seberealizace, 19% respondentů nenaplnění fyziologických potřeb, 9% respondentů nenaplnění potřeb uznání a sebeúcty a 3% respondentů nenaplnění potřeb sounáležitosti a lásky.

Z 11 respondentů ve věku 51- 60 vnímá 45% respondentů nenaplnění kognitivních potřeb, 45% respondentů nenaplnění estetických potřeb, 45% respondentů nenaplnění potřeb seberealizace, 26% respondentů nenaplnění fyziologických potřeb, 20% respondentů nenaplnění potřeb jistoty a bezpečí, 20% respondentů nenaplnění potřeb sounáležitosti a lásky a 4% respondentů nenaplnění potřeb uznání a sebeúcty.

Ze 14 respondentů ve věku 61- 70 let vnímá 57% respondentů nenaplnění v oblasti estetických potřeb, 48% respondentů nenaplnění kognitivních potřeb, 22% respondentů nenaplnění fyziologických potřeb, 14% respondentů nenaplnění potřeb jistoty a bezpečí, 10% respondentů nenaplnění potřeb uznání a sebeúcty a 5% respondentů nenaplnění potřeb sounáležitosti a lásky.

Ze 7 respondentů ve věku 71- 80 let vnímá 72% respondentů nenaplnění kognitivních potřeb, 37% respondentů nenaplnění fyziologických potřeb, 36% respondentů nenaplnění potřeb jistoty a bezpečí, 17% respondentů nenaplnění potřeb uznání a sebeúcty, 14% respondentů nenaplnění estetických potřeb, 14% respondentů nenaplnění potřeb seberealizace a 11% respondentů nenaplnění potřeb sounáležitosti a lásky.

1 respondent starší 80 let vnímá nenaplnění potřeb jistoty a bezpečí (100%), potřeb sounáležitosti a lásky (100%), potřeb uznání a sebeúcty (100%), estetických potřeb (100%), fyziologických potřeb (71%) a kognitivních potřeb (67%).

Tabulka 2 Rozdělení fyziologických potřeb dle věku

	Věk respondentů							
	11- 20	21-30	31-40	41- 50	51- 60	61- 70	71- 80	↑ 80
Potřeba pohybu	0%	50%	18%	5%	18%	29%	71%	100%
Potřeba čistoty	0%	0%	6%	0%	9%	0%	0%	0%
Potřeba výživy	20%	50%	35%	26%	45%	14%	29%	100%
Potřeba vyprazdňování	0%	0%	6%	26%	9%	14%	14%	100%
Potřeba spánku	80%	40%	12%	32%	45%	43%	57%	100%
Potřeba kyslíku	0%	40%	24%	21%	36%	57%	86%	100%
Sexuální potřeba	20%	40%	41%	26%	18%	0%	0%	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 2:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Tabulka 2 popisuje rozdělení fyziologických potřeb podle věku.

Z 5 dotazovaných respondentů ve věku 11- 20 let udávají 4 respondenti (80%) nenaplnění v potřebě spánku, 1 respondent (20%) nenaplnění v potřebě výživy a 1 respondent (20%) nenaplnění sexuální potřeby. Potřeba pohybu, čistoty, vyprazdňování a kyslíku se u respondentů v této věkové kategorii nevyskytuje.

Z 10 dotazovaných respondentů ve věku 21- 30 let pociťuje 5 respondentů (50%) nenaplnění v potřebě pohybu, 5 respondentů (50%) nenaplnění potřeby výživy, dále 4 respondenti (40%) vnímají nenaplnění potřeby spánku, 4 respondenti (40%) potřeby kyslíku a 4 respondenti (40%) nenaplnění sexuální potřeby. Potřeba čistoty a potřeba výživy se u respondentů v této věkové kategorii nevyskytuje (0%).

Ze 17 dotazovaných respondentů ve věku 31- 40 let uvádí 7 respondentů (41%) nenaplnění sexuální potřeby, 6 respondentů (35%) nenaplnění potřeby výživy, potřebu kyslíku mají nenaplněnou 4 respondenti (24%), potřebu pohybu 3 respondenti (18%), potřeba spánku je nenaplněná u 2 respondentů (12%). Potřebu čistoty uvádí 1 respondent (6%) a 1 respondent udává nenaplnění v potřebě vyprazdňování.

Z 19 dotazovaných respondentů ve věku 41- 50 let udává 6 respondentů (32%) nenaplněnou potřebu spánku, 5 respondentů (26%) pociťuje nenaplnění v potřebě výživy, 5 respondentů (26%) v potřebě vyprazdňování a 5 respondentů (26%)

v sexuální potřebě. U 4 respondentů (21%) se vyskytuje nenaplněná potřeba kyslíku a u 1 respondenta (5%) potřeba pohybu. Potřeba čistoty se u respondentů v této věkové kategorii neobjevuje.

Z 11 dotazovaných respondentů ve věku 51- 60 let udává 5 respondentů (45%) nenaplnění v potřebě výživy a 5 respondentů (45%) nenaplnění v potřebě spánku, 4 respondenti (36%) pociťují nenaplnění potřeby kyslíku, 2 respondenti (18%) udávají potřebu pohybu a 2 respondenti (18%) sexuální potřebu. Potřeba čistoty je nenaplněná u 1 respondenta (9%), stejně jako potřeba vyprazdňování u 1 respondenta (9%).

Ze 14 dotazovaných respondentů ve věku 61- 70 let se u 8 respondentů (57%) objevuje nenaplnění v potřebě kyslíku, u 6 respondentů (43%) v potřebě spánku, u 4 respondentů (29%) v potřebě pohybu. Potřeba výživy a potřeba vyprazdňování se vyskytuje u 2 respondentů (14%). Potřebu čistoty a sexuální potřebu respondenti této věkové kategorie neudávají.

Ze 7 respondentů v rozmezí věku 71- 80 let odpovědělo 6 respondentů (86%) na nenaplněnou potřebu kyslíku, 5 respondentů (71%) na nenaplnění potřeby pohybu, 4 respondenti (57%) mají nenaplnění v potřebě spánku, 2 respondenti (29%) v potřebě výživy a 1 respondent (14%) potřebu vyprazdňování.

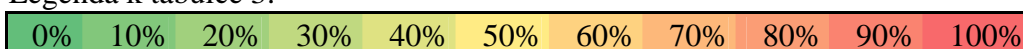
U 1 dotazovaného respondenta staršího 80ti let se vyskytovalo nenaplnění v potřebě pohybu, výživy, vyprazdňování, spánku a kyslíku (100%). Potřebu čistoty a sexuální potřebu neudává.

Tabulka 3 Rozdělení potřeb jistoty a bezpečí dle věku

	Věk respondentů							
	11- 20	21- 30	31- 40	41- 50	51- 60	61- 70	71- 80	↑ 80
Potřeba vyvarovat se nebezpečí	20%	0%	18%	42%	27%	21%	43%	100%
Touha po důvěře	0%	10%	6%	16%	18%	14%	29%	100%
Touha po spolehlivosti	0%	10%	6%	5%	27%	7%	29%	100%
Touha po stabilitě	40%	20%	18%	26%	9%	14%	43%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 3:



Tabulka 3 popisuje rozdělení potřeb jistoty a bezpečí dle věku.

Z 5 dotazovaných respondentů ve věku 11- 20 let odpověděli 2 respondenti (40%) na nenaplnění touhy po stabilitě a 1 respondent (20%) na nenaplnění potřeby vyvarovat se nebezpečí. Touha po důvěře a touha po spolehlivosti se u respondentů v tomto věku nevyskytuje (0%).

Z 10 dotazovaných respondentů ve věku 21- 30 let uvádí 2 respondenti (20%) nenaplnění touhy po stabilitě, 1 respondent (10%) nenaplnění touhy po spolehlivosti a 1 respondent (10%) nenaplnění touhy po důvěře. Potřeba vyvarovat se nebezpečí se u respondentů v tomto věkovém období nevyskytuje (0%).

Ze 17 dotazovaných respondentů v rozmezí věku 31- 40 let pociťují 3 respondenti (18%) nenaplnění v potřebě vyvarovat se nebezpečí a 3 respondenti (18%) nenaplnění v potřebě touha po stabilitě. U 1 respondenta (6%) se objevuje nenaplnění touhy po důvěře a u 1 respondenta (6%) touha po spolehlivosti.

Z 19 respondentů, kteří dosáhli 41- 50 let pociťuje 8 respondentů (42%) nenaplnění potřeby vyvarovat se nebezpečí, 5 respondentů (26%) vyjadřuje potřebu touhy po stabilitě (26%), touha po důvěře je nenaplněna u 3 respondentů (16%) a touha po spolehlivosti u 1 respondenta (5%).

Z 11 respondentů ve věku 51- 60 let uvádí 3 respondenti (27%) nenaplnění potřeby vyvarovat se nebezpečí a 3 (27%) respondenti nenaplnění touhy po spolehlivosti, 2 respondenti (18%) vyjadřují nenaplněnou touhu po důvěře a 1 respondent (9%) touhu po stabilitě.

Ze 14 dotazovaných respondentů ve věkové kategorii 61- 70 let je u 3 respondentů (21%) popisováno nenaplnění potřeby vyvarovat se nebezpečí, u 2 respondentů (14%) nenaplnění touhy po důvěře, u 2 respondentů (14%) nenaplnění touhy po stabilitě a 1 respondent (7%) má nenaplněnou touhu po spolehlivosti.

Ze 7 respondentů ve věku 71- 80 let uvádí 3 respondenti (43%) nenaplněnou potřebu vyvarovat se nebezpečí a 3 respondenti (43%) nenaplněnou touhu po stabilitě. U 2 respondentů (29%) se objevuje nenaplněná touha po důvěře a u 2 respondentů (29%) touha po spolehlivosti.

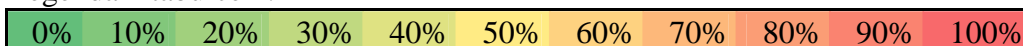
1 dotazovaný respondent starší 80ti let uvádí jako nenaplněné všechny potřeby bezpečí a jistoty.

Tabulka 4 Rozdělení potřeb sounáležitosti a lásky dle věku

	Věk respondentů							
	11- 20	21-30	31-40	41- 50	51- 60	61-70	71-80	↑ 80
Potřeba milovat a být milován	0%	10%	18%	0%	27%	0%	14%	100%
Potřeba náklonnosti	20%	10%	24%	5%	18%	7%	14%	100%
Potřeba sounáležitosti	20%	10%	24%	5%	18%	0%	0%	100%
Potřeba zapojení do společnosti	20%	10%	18%	0%	18%	14%	14%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 4:



Tabulka 4 rozděluje potřeby sounáležitosti a lásky dle věku.

Z 5 dotazovaných respondentů ve věku 11- 20 let uvádí 1 respondent (20%) potřebu náklonnosti, 1 respondent (20%) potřebu sounáležitosti a 1 respondent (20%) potřebu zapojení do společnosti. Potřeba milovat a být milován se v této věkové kategorii nevyskytuje (0%).

Z 10 respondentů ve věkové kategorii 21- 30 let se u 1 respondenta (10%) objevuje potřeba milovat a být milován, u 1 respondenta (10%) potřeba náklonnosti, 1 respondent (10%) má nenaplněnou potřebu sounáležitosti a 1 respondent potřebu zapojení do společnosti.

Ze 17 dotazovaných respondentů ve věku 31- 40 let se u 4 respondentů (24%) vyskytuje potřeba náklonnosti a u 4 respondentů (24%) potřeba sounáležitosti. Potřeba milovat a být milován se objevuje u 3 respondentů (18%) a potřeba zapojení do společnosti také u 3 respondentů (18%).

Z 19 dotazovaných respondentů, kteří dosáhli 41- 50 let věku uvádí 1 respondent (5%) potřebu náklonnosti a 1 respondent (5%) potřebu sounáležitosti. Nenaplnění potřeby milovat a být milován a potřeby zapojení do společnosti respondenti v této věkové kategorii neudávají.

Z 11 respondentů ve věkové kategorii 51- 60 let se u 3 respondentů (27%) vyskytuje potřeba milovat a být milován, u 2 respondentů (18%) potřeba náklonnosti, 2

respondenti (18%) vnímají nenaplnění v potřebě sounáležitosti a 2 respondenti (18%) v potřebě zapojení do společnosti.

Ze 14 dotazovaných respondentů ve věku 61- 70 let 2 respondenti (14%) popisují potřebu zapojení do společnosti a 1 respondent (7%) potřebu náklonnosti. Potřeba milovat a být milován a potřeba sounáležitosti se v tomto věkovém období nevyskytuje (0%).

Ze 7 respondentů ve věkové kategorii 71- 80 let udává 1 respondent (14%) nenaplnění v potřebě milovat a být milován, 1 respondent (14%) v potřebě náklonnosti a 1 respondent (14%) v potřebě zapojení do společnosti. Potřeba sounáležitosti se u respondentů v tomto věku nevyskytuje (0%).

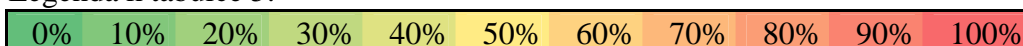
1 respondent starší 80ti let udává jako nenaplněné všechny potřeby lásky a sounáležitosti (100%).

Tabulka 5 Rozdělení potřeb uznání a sebeúcty dle věku

	Věk respondentů							
	11- 20	21- 30	31- 40	41- 50	51- 60	61- 70	71- 80	↑ 80
Potřeba sebeúcty	0%	0%	29%	5%	0%	21%	14%	100%
Potřeba sebekoncepce	0%	0%	24%	5%	0%	7%	0%	100%
Potřeba uznání	0%	40%	24%	11%	9%	14%	0%	100%
Potřeba souhlasu	20%	30%	29%	11%	0%	7%	29%	100%
Potřeba samostatného rozhodování	20%	40%	41%	11%	9%	0%	43%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 5:



Tabulka 5 popisuje rozdělení potřeb uznání a sebeúcty dle věku.

Z 5 dotazovaných respondentů ve věku 11- 20 let má 1 respondent (20%) nenaplněnou potřebu souhlasu a 1 respondent (20%) nenaplněnou potřebu samostatného rozhodování. Potřebu sebeúcty, sebekoncepce a potřebu uznání respondenti v této věkové kategorii neuvádí (0%).

Z 10 respondentů ve věkové kategorii 21- 30 let popisují 4 respondenti (40%) nenaplnění potřeby uznání a 4 respondenti (40%) potřebu samostatného rozhodování. U 3 respondentů (30%) se vyskytuje nenaplnění potřeby souhlasu. Potřeba sebeúcty a potřeba sebekoncepce se u respondentů v tomto věkovém období nevyskytuje (0%).

Ze 17 respondentů ve věku 31- 40 let vnímá 7 respondentů (41%) nenaplnění v potřebě samostatného rozhodování, 5 respondentů (29%) nenaplnění v potřebě sebeúcty a 5 respondentů (29%) v potřebě souhlasu. U 4 respondentů (24%) se objevuje potřeba sebekoncepce a u 4 respondentů (24%) potřeba uznání.

Z 19 respondentů, kteří dosáhli 41- 50 let věku uvádí 2 respondenti (11%) potřebu uznání, 2 respondenti (11%) potřebu souhlasu a 2 respondenti (11%) potřebu samostatného rozhodování. U 1 respondenta (5%) je nenaplnění potřeby sebekoncepce a 1 respondent (5%) vnímá nenaplnění potřeby sebeúcty.

Z 11 respondentů ve věkové kategorii 51-60 let vnímá 1 respondent (9%) nenaplnění potřeby samostatného rozhodování a 1 respondent (9%) potřebu uznání. Potřeba

sebekoncepce, sebeúcty a souhlasu se u respondentů v této věkové kategorii nevyskytuje.

Ze 14 dotazovaných respondentů ve věku 61- 70 let se u 3 respondentů (21%) objevuje nenaplnění potřeby sebeúcty, u 2 respondentů (14%) potřeba uznání a u 1 respondenta (7%) potřeba sebekoncepce a také potřeba souhlasu. Potřeba samostatného rozhodování se v tomto věku neobjevuje (0%).

Ze 7 respondentů ve věkové kategorii 71- 80 let mají 3 respondenti (43%) nenaplněnou potřebu samostatného rozhodování. U 2 respondentů (29%) se objevuje potřeba souhlasu a 1 respondent (14%) má nenaplněnou potřebu sebeúcty. Potřeba sebekoncepce a uznání se nevyskytuje (0%).

1 respondent starší 80ti let má nenaplněné všechny potřeby v oblasti uznání a sebeúcty.

Tabulka 6 Rozdělení kognitivních potřeb dle věku

	Věk respondentů							
	11- 20	21- 30	31- 40	41- 50	51- 60	61- 70	71- 80	↑ 80
Potřeba poznávat	40%	20%	18%	37%	0%	14%	29%	0%
Potřeba vědět	100%	80%	94%	100%	100%	93%	100%	100%
Potřeba rozumět	100%	50%	41%	63%	36%	36%	86%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 6:

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Tabulka 6 popisuje kognitivní potřeby dle věku.

Z 5 dotazovaných respondentů ve věkové kategorii 11- 21 let je u 5 respondentů (100%) nenaplněna potřeba vědět, u 5 respondentů (100%) potřeba rozumět, a u 2 respondentů (40%) potřeba poznávat.

Z 10 respondentů ve věku 21- 30 let se u 8 respondentů (80%) objevuje nenaplněná potřeba vědět, u 5 respondentů (50%) potřeba rozumět a u 2 respondentů (20%) potřeba poznávat.

Ze 17 respondentů ve věku 31- 40 let uvádí 16 respondentů (94%) potřebu vědět, 7 respondentů (41%) má nenaplněnou potřebu rozumět. U 3 respondentů (18%) se objevuje potřeba poznávat.

Z 19 respondentů, kteří dosáhli 41- 50 let věku má 19 respondentů (100%) nenaplněnou potřebu vědět. Potřeba rozumět se vyskytuje u 12 respondentů (63%) a potřeba poznávat u 7 respondentů (37%).

Z 11 dotazovaných ve věku 51- 60 se u 11 respondentů (100%) vyskytuje potřeba vědět, u 4 respondentů (36%) je nenaplněná potřeba rozumět. Potřeba poznávat se v tomto věku u respondentů nevyskytuje (0%).

Ze 14 respondentů ve věku 61- 70 let vnímá 13 respondentů (93%) nenaplněnou potřebu vědět. Potřeba rozumět se objevuje u 5 respondentů (36%) a potřeba poznávat u 2 respondentů (14%).

Ze 7 dotazovaných respondentů ve věku 71- 80 let vnímá 7 respondentů (100%) jako nenaplněnou potřebu vědět. Potřeba rozumět se vyskytuje u 6 respondentů (86%) a potřeba poznávat u 2 respondentů (29%)

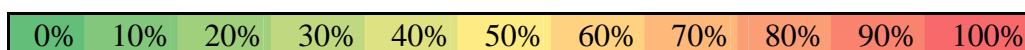
1 dotazovaný respondent starší 80ti let má na nenaplněnou potřebu vědět a potřebu rozumět. Potřeba poznávat se u něho neobjevuje (0%).

Tabulka 7 Rozdělení estetických potřeb podle věku

	Věk respondentů							
	11- 20	21- 30	31- 40	41- 50	51- 60	61- 70	71- 80	↑ 80
Potřeba symetrie a krásy	20%	0%	12%	37%	45%	57%	14%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda k tabulce 7:



Tabulka 7 popisuje rozdělení estetických potřeb dle věku.

Z 5 dotazovaných respondentů ve věku 11- 20 let vnímá tuto potřebu 1 respondent (20%).

Ze 17 respondentů ve věku 31- 40 let udávají potřebu 2 respondenti (12%).

Z 19 respondentů ve věkové kategorii 41- 50 let je tato potřeba neuspokojena u 7 respondentů (37%).

Z 11 respondentů ve věku 51- 60 let vnímá tuto potřebu 5 respondentů (45%).

Ze 14 respondentů ve věku 61- 70 let má nedostatek v naplnění potřeby 8 respondentů (57%).

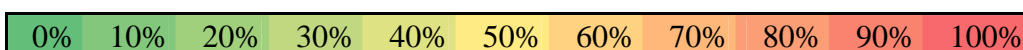
Ze 7 respondentů ve věkové kategorii 71- 80 let se tato potřeba objevuje u 1 respondenta (14%) a 1 respondent starší 80 let vnímá tuto potřebu také (100%). Pouze u respondentů ve věku 21- 30 let se tato potřeba neobjevuje (0%).

Tabulka 8 Rozdělení potřeb seberealizace dle věku

	Věk respondentů							
	11- 20	21- 30	31- 40	41- 50	51- 60	61- 70	71- 80	↑ 80
Potřeba realizovat vlastní potenciál	0%	20%	6%	21%	45%	0%	14%	0%

Zdroj: vlastní výzkum

Barevná škála hodnot:



Tabulka 8 rozděluje estetické potřeby dle věku.

Z 10 respondentů ve věku 21- 30 let vnímají tuto potřebu 2 respondenti (20%).

Ze 17 dotazovaných ve věku 31- 40 let se potřeba objevuje u 1 respondenta (6%).

Z 19 respondentů ve věkové kategorii 41- 50 let popisují tuto potřebu 4 respondenti (21%).

Z 11 respondentů ve věku 51- 60 let potřebu udává 5 respondentů (45%).

Ze 7 dotazovaných ve věku 71- 80 let se tato potřeba objevuje u 1 respondenta (14%).

Potřeba realizovat vlastní potenciál se nevyskytuje u respondentů ve věkové kategorii 11- 20 let, 61- 70 let a respondenta staršího 80ti let (0%).

Tabulka 9 Průměrné rozdělení potřeb dle pohlaví

	Muži	Ženy
Fyziologické potřeby	23%	27%
Potřeby jistoty a bezpečí	20%	21%
Potřeby sounáležitosti a lásky	10%	17%
Potřeby uznání a sebeúcty	9%	22%
Kognitivní potřeby	58%	53%
Estetické potřeby	28%	32%
Potřeby seberealizace	15%	16%

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 9 znázorňuje průměrné rozdělení potřeb podle pohlaví.

Fyziologické potřeby jsou nenaplněné v průměru u 9 mužů (23%) a 12 žen (27%). Potřeby jistoty a bezpečí jsou nenaplněné u 8 mužů (20%) a 9 žen (21%). Potřeby sounáležitosti a lásky jsou nenaplněné u 4 mužů (10%) a 7 žen (17%). Potřeby uznání a sebeúcty jsou nenaplněné u 4 mužů (9%) a 10 žen (22%). Kognitivní potřeby jsou nenaplněné u 23 mužů (58%) a 23 žen (53%). Estetické potřeby jsou nenaplněné u 11 mužů (28%) a 14 žen (32%). Potřeby seberealizace jsou nenaplněné u 6 mužů (15%) a 7 žen (16%).

Tabulka 10 Rozdělení fyziologických potřeb dle pohlaví

	Muži	Ženy
Potřeba pohybu	20%	30%
Potřeba čistoty	3%	2%
Potřeba výživy	28%	36%
Potřeba vyprazdňování	13%	14%
Potřeba spánku	25%	50%
Potřeba kyslíku	38%	36%
Sexuální potřeba	25%	18%

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 10 znázorňuje rozdělení potřeb dle věku.

Potřeba pohybu se vyskytuje u 8 mužů (20%) a 13 žen (30%). Potřeba čistoty se objevuje u 1 muže (3%) a 1 ženy (2%). Potřebu výživy označuje jako nenaplněnou 11 mužů (28%) a 16 žen (36%). U 5 mužů (13%) a 6 žen (14%) se vyskytuje potřeba vyprazdňování. Potřeba spánku se objevuje u 10 mužů (25%) a 22 žen (50%). U 15 mužů (38%) a 16 žen (36%) je nenaplněna potřeba kyslíku. Sexuální potřebu má nenaplněnou 10 mužů (25%) a 8 žen (18%).

Tabulka 11 Rozdělení potřeb jistoty a bezpečí dle pohlaví

	Muži	Ženy
Potřeba vyvarovat se nebezpečí	20%	32%
Touha po důvěře	13%	16%
Touha po spolehlivosti	8%	16%
Touha po stabilitě	28%	18%

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 11 popisuje rozdělení potřeb jistoty a bezpečí dle pohlaví. Potřeba vyvarovat se nebezpečí se vyskytuje u 8 mužů (20%) a 14 žen (32%). Touha po důvěře se objevuje u 5 mužů (13%) a 7 žen (16%). Touhu po spolehlivosti mají nenaplněnou 3 muži (8%) a 7 žen (16%). Touha po stabilitě se objevuje u 11 mužů (28%) a 8 žen (18%).

Tabulka 12 Rozdělení potřeb sounáležitosti a lásky dle pohlaví

	Muži	Ženy
Potřeba milovat a být milován	5%	16%
Potřeba náklonnosti	5%	23%
Potřeba sounáležitosti	8%	16%
Potřeba zapojení do společnosti	13%	14%

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 12 rozděluje potřeby sounáležitosti a lásky dle pohlaví. Potřebu milovat a být milován mají nenaplněnou 2 muži (5%) a 7 žen (16%). Potřeba náklonnosti se vyskytuje u 2 mužů (5%) a 10 žen (23%), potřeba sounáležitosti u 3 mužů (8%) a 7 žen (16%). U 5 mužů (13%) a 6 žen (14%) je neuspokojená potřeba zapojení do společnosti.

Tabulka 13 Rozdělení potřeb uznání a sebeúcty dle pohlaví

	Muži	Ženy
Potřeba sebeúcty	5%	20%
Potřeba sebekoncepce	3%	14%
Potřeba uznání	8%	25%
Potřeba souhlasu	10%	25%
Potřeba samostatného rozhodování	20%	25%

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 13 popisuje rozdělení potřeb uznání a sebeúcty dle pohlaví. Potřeba sebeúcty se vyskytuje u 2 mužů (5%) a 9 žen (20%). Potřebu sebekoncepce popisuje 1 muž (3%) a 6 žen (14%). Potřebu uznání mají nenaplněnou 3 muži (8%) a 11 žen (25%). Potřeba souhlasu se objevuje u 4 mužů (10%) a 11 žen (25%). Potřeba samostatného rozhodování je nenaplněná u 8 mužů (20%) a 11 žen (25%).

Tabulka 14 Rozdělení kognitivních potřeb dle pohlaví

	Muži	Ženy
Potřeba poznávat	23%	20%
Potřeba vědět	95%	95%
Potřeba rozumět	55%	45%

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 12 rozděluje kognitivní potřeby dle pohlaví. Potřebu poznávat má nenaplněnou 9 mužů (23%) a 9 žen (20%). Potřebu vědět popisuje 38 mužů (95%) a 42 žen (95%). Potřeba rozumět se vyskytuje u 22 mužů (55%) a 20 žen (45%).

Tabulka 15 Rozdělení estetických potřeb dle pohlaví

	Muži	Ženy
Potřeba symetrie a krásy	28%	32%

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 13 popisuje rozdělení potřeb dle pohlaví. Potřebu symetrie a krásy má neuspokojenou 11 mužů (28%) a 14 žen (32%).

Tabulka 16 Rozdělení potřeb seberealizace dle pohlaví

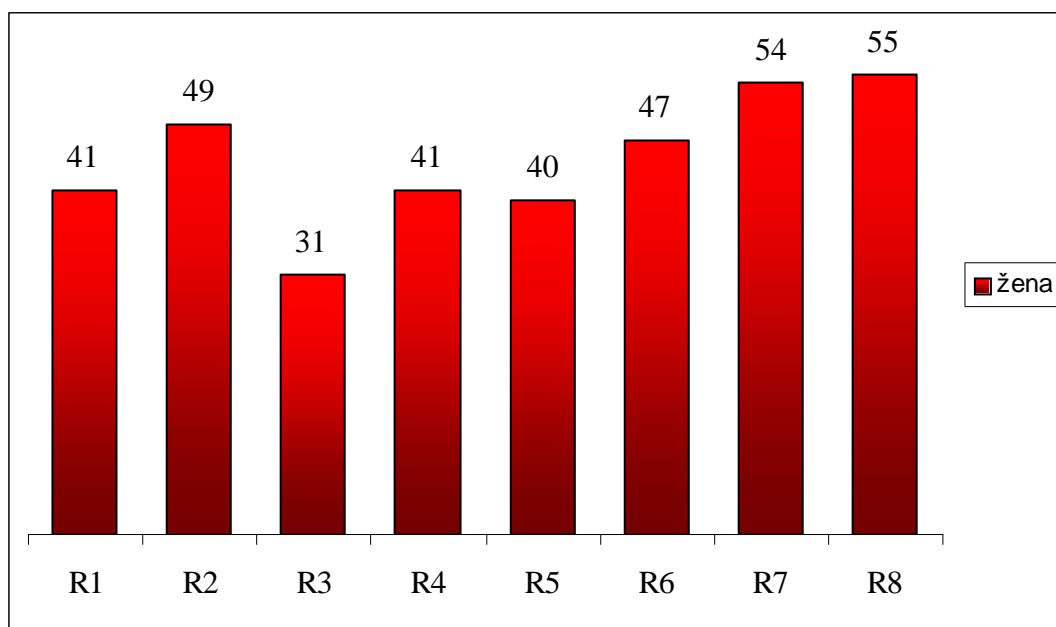
	Muži	Ženy
Potřeba realizovat vlastní potenciál	15%	16%

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 14 rozděluje potřeby seberealizace dle pohlaví. Potřebu realizovat vlastní potenciál popisuje 6 mužů (15%) a 7 žen (16%).

4.2. Výsledky kvalitativního výzkumu

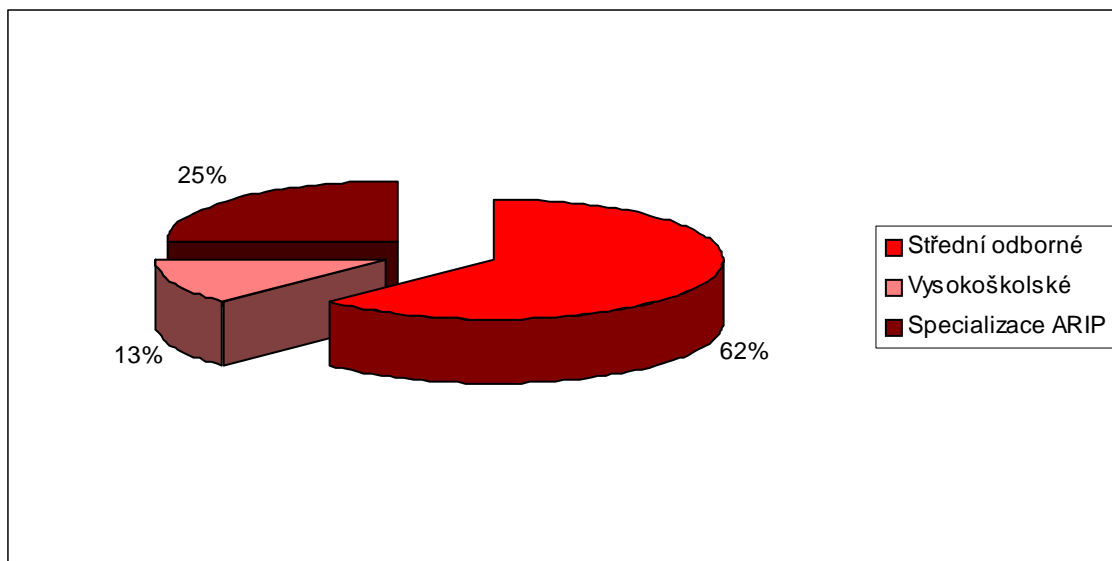
Graf 18 Věk respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19 popisuje věk respondentů. Z osmi dotazovaných respondentů má nejmladší respondent 31 let, jeden respondent 40 let, dva respondenti věk 41 let, jeden respondent 47 let, jeden respondent věk 49 let. Jeden respondent dosáhl věk 54 let a nejstarší respondent má 55 let.

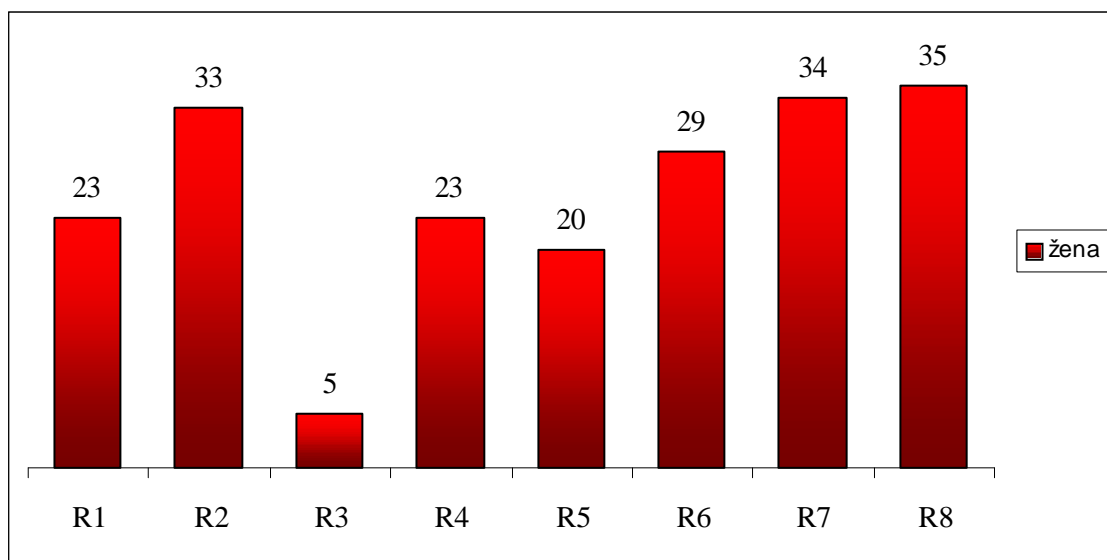
Graf 19 Nejvýše dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20 ukazuje nejvýše dosažené vzdělání respondentů. Z osmi dotazovaných respondentů (100%) má 5 respondentů (62%) střední odborné vzdělání, 2 respondenti (25%) specializaci ARIP a 1 respondent (13%) vzdělání vysokoškolské.

Graf 20 Délka praxe respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 21 popisuje délku praxe respondentů. Nejkratší délka praxe respondenta je 5 let, jeden respondent má délku praxe 20 let, dva respondenti 23 let. U dalších respondentů je délka praxe 29, 33, 34 a 35 let.

4.2.1. Kategorizace dat v tabulkách a grafech

Seznam kategorizačních skupin

- 1) Potřeba a její definice (tabulka 17)
- 2) Pojetí Maslowovy pyramidy potřeb (tabulka 18)
- 3) Nejčastěji vyskytované potřeby na ambulanci- obecně (tabulka 19)
- 4) Nejčastěji vyskytované fyziologické potřeby na ambulanci (tabulka 20)
- 5) Nejčastěji vyskytované potřeby v oblasti bezpečí a jistoty na ambulanci (tabulka 21)
- 6) Nejčastěji vyskytované potřeby v oblasti sounáležitosti a lásky na ambulanci (tabulka 22)
- 7) Nejčastěji vyskytované potřeby v oblasti uznání a sebeúcty na ambulanci (tabulka 23)
- 8) Nejčastěji vyskytované kognitivní potřeby na ambulanci (tabulka 24)
- 9) Vnímání estetických potřeb (tabulka 25)
- 10) Vnímání potřeb seberealizace (tabulka 26)
- 11) Způsob uspokojování potřeb na ambulanci (tabulka 27)
- 12) Individuálnost a její definice (tabulka 28)
- 13) Holistické pojetí v praxi (tabulka 29)

Tabulka 17 Potřeba a její definice

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Nedostatek	5	1	1			1	1	1	
Nutkavý pocit	1			1					
Důležitost	3				1		1	1	1
Priorita	1			1					
Nepřítomnost určité věci	1								1
Nepříznivost	1		1						
Celkový výskyt	12	1	2	2	1	1	2	2	2

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 17 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: můžete definovat pojem potřeba? Nejčastější kategorie odpovědi je *nedostatek*, celkem 5krát. Kategorie *důležitost* je zastoupena 3krát. Mezi další kategorie byly zastoupeny *nutkavý pocit*, *priorita*, *nepřítomnost určité věci* a *nepříznivost*, každá 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

Tabulka 18 Pojetí Maslowovy pyramidy potřeb

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Znám	5	1	1		1	1			1
Neznám	3			1			1	1	
Nepamatuji si složky	5			1	1	1	1	1	
Obsahuje nižší a vyšší potřeby	3	1	1						1
Setkání na střední škole	3	1	1			1			
Setkání na konferenci	2				1				1
Využití v praxi	3	1	1						1
Nevyužití v praxi	5				1	1	1	1	1
Celkový výskyt	29	4	4	2	4	4	3	3	5

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 18 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Znáte Maslowovu pyramidu potřeb? Jaké složky má, kde jste se s ní setkal/a, používáte ji v praxi? Nejčastější kategorie odpovědí jsou *znám*, zastoupena 5krát, *nepamatuji si složky*, zastoupena 5krát, a *nevyužívám v praxi*, zastoupena 5krát. Mezi další kategorie patřily *neznám*, zastoupena 3krát, *obsahuje nižší a vyšší potřeby*- také 3krát, dále *setkání na střední škole*, zastoupena 3krát a *nevyužívám v praxi*, obsaženo 3krát. Poslední kategorizovanou odpovědí bylo *setkání na konferenci*, zastoupeno 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 29.

Tabulka 19 Nejčastěji vyskytované potřeby na ambulanci- obecně

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Fyziologické potřeby	6		1	1	1	1	1		1
Potřeby bezpečí a jistoty	2	1						1	
Celkový výskyt	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 19 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: s jakými potřebami se nejčastěji setkáváte u pacientů na Vaší ambulanci? Nejčastější kategorie odpovědi jsou *fyziologické potřeby*, respondenti odpověděli 6krát. Méně zastoupena byla kategorie odpovědi *potřeby bezpečí a jistoty*, zastoupena 2krát.. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 8.

Tabulka 20 Nejčastěji vyskytované fyziologické potřeby

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Potřeba pohybu	6		1	1		1	1	1	1
Potřeba čistoty	4		1		1		1		1
Potřeba výživy	2					1			1
Potřeba vyprazdňování	8	1	1	1	1	1	1	1	1
Potřeba spánku	3		1			1			1
Potřeba kyslíku	6		1		1	1	1	1	1
Celkový výskyt	29	1	5	2	3	5	4	3	6

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 20 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaké fyziologické potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci? Mezi nejčastější kategorie odpovědí se objevila *potřeba vyprazdňování*, zastoupena celkem 8krát. Dalšími častými kategoriemi odpovědí byla *potřeba pohybu* a *potřeba kyslíku*, na každou tuto potřebu odpovědělo 6 respondentů. *Potřeba čistoty* byla zastoupena 4krát, na *potřebu spánku* odpověděli 3 respondenti. Nejméně zastoupena byla *potřeba výživy*, celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 29.

Tabulka 21 Nejčastěji vyskytované potřeby v oblasti bezpečí a jistoty

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Potřeba vyvarovat se nebezpečí	5			1	1		1	1	1
Touha po důvěře	3		1			1			1
Touha po spolehlivosti	5	1	1		1	1			1
Touha po stabilitě	2							1	1
Celkový výskyt	15	1	2	1	2	2	1	2	4

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 21 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaké potřeby v oblasti bezpečí a jistoty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci? Mezi nejčastějšími kategoriemi odpovědí se vyskytovala *potřeba vyvarovat se nebezpečí*, a *touha po spolehlivosti*, každá zastoupena 5krát. Dalšími kategoriemi odpovědí respondentů byla *touha po důvěře*, na kterou odpověděli 3 respondenti, a *touha po spolehlivosti*, na niž odpověděli 2 respondenti. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 15.

Tabulka 22 Nejčastěji vyskytované potřeby v oblasti sounáležitosti a lásky

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Potřeba náklonnosti	7	1	1		1	1	1	1	1
Potřeba zapojení do společnosti	2					1			1
Celkový výskyt	9	1	1	0	1	1	1	1	2

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 22 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaké potřeby v oblasti sounáležitosti a lásky sledujete u pacientů na Vaší ambulanci? Mezi nejčastější kategoriemi odpovědí respondentů byla *potřeba náklonnosti*, zastoupena celkem 7krát. Další kategorie byla *potřeba zapojení do společnosti*, která se vyskytla u 2 respondentů. 1 respondent neviděl žádné potřeby v oblasti sounáležitosti a lásky. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 9.

Tabulka 23 Nejčastěji vyskytované potřeby v oblasti uznání a sebeúcty

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Potřeba sebeúcty	5		1	1	1			1	1
Potřeba uznání	5	1			1		1	1	1
Potřeba souhlasu	4					1	1	1	1
Potřeba samostatného rozhodování	4					1	1	1	1
Celkový výskyt	18	1	1	1	2	2	3	4	4

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 23 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaké potřeby v oblasti uznání a sebeúcty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci? Mezi nejčastější kategorie odpovědi se vyskytovala *potřeba sebeúcty* a *potřeba uznání*, každá zastoupena 5krát. Dalšími kategoriemi odpovědí respondentů byla *potřeba souhlasu* a *potřeba samostatného rozhodování*. Na každou tuto potřebu odpověděli 4 respondenti. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 18.

Tabulka 24 Nejčastěji vyskytované kognitivní potřeby

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Potřeba poznávat	2			1					1
Potřeba vědět	6		1	1	1		1	1	1
Potřeba rozumět	8	1	1	1	1	1	1	1	1
Celkový výskyt	16	1	2	3	2	1	2	2	3

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 24 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jaké kognitivní potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci? Nejčastější kategorií odpovědí se objevila *potřeba rozumět*, celkem 8krát. Mezi dalšími kategoriemi byla zastoupena *potřeba vědět*, celkem 6krát a 2 respondenti odpověděli na *potřebu poznávat*. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 16.

Tabulka 25 Estetické potřeby

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Sleduji	1			1					
Nesleduji	7	1	1		1	1	1	1	1
Celkový výskyt	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 25 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Sledujete estetické potřeby u pacientů na Vaší ambulanci? Nejčastější kategorie odpovědi byla *nesleduji*, zastoupena celkem 7krát, 1krát byla zastoupena kategorie *sleduji*. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 8.

Tabulka 26 Potřeby seberealizace

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Sleduji	1			1					
Nesleduji	7	1	1		1	1	1	1	1
Celkový výskyt	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 26 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Sledujete potřeby seberealizace u pacientů na Vaší ambulanci? Nejčastější kategorií odpovědí u respondentů byla odpověď *nesleduji*, zastoupena celkem 7krát. Potřeby seberealizace *sleduje* 1 respondent. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 8.

Tabulka 27 Způsob uspokojování potřeb na ambulanci

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Tlumení bolesti	3	1		1	1				
Edukace pacienta	7	1		1	1	1	1	1	1
Uspokojování prioritních potřeb	1		1						
Ohleduplný přístup	1				1				
Podání tekutin pacientovi	3					1	1		1
Doprovod pacienta na WC	4					1	1	1	1
Zjištění potíží	1					1			
Celkový výskyt	20	2	1	2	3	4	3	2	3

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 27 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby pacientů na Vaší ambulanci? Nejčastější kategorií odpovědí byla *edukace pacienta*, celkem 7krát. Mezi dalšími kategorie odpovědí respondentů byly *doprovod pacienta na WC* (4krát), *tlumení bolesti* (3krát), *podání tekutin pacientovi* (3krát). Mezi nejméně časté kategorie odpovědí patřilo *uspokojování prioritních potřeb*, *ohleduplný přístup* a *zjištění potíží* (pokaždé 1 respondent). Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 20.

Tabulka 28 Individuálnost a její definice

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Pacient = jedinec	4	1		1	1			1	
Individuální přístup	1		1						
Odlíšnost	1		1						
Konkrétní přístup	1					1			
Konkrétní pacient	1					1			
Originalita	1						1		
Autonomie	1								1
Celkový výskyt	10	1	2	1	1	2	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 28 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: co si představíte pod pojmem individuálnost? Mezi nejčastější kategorie odpovědi je definice *pacient = jedinec*, celkem 4krát. Mezi další kategorie odpovědí respondentů patřily *individuální přístup*, *odlišnost*, *konkrétní pacient*, *konkrétní přístup*, *originalita*, *autonomie*, každá z těchto kategorií se vyskytla u jednoho respondenta. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Tabulka 29 Holistické pojetí v praxi

R = respondent	Součet	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Používám	7	1	1	1	1	1	1		1
Nepoužívám	1							1	
Celkový výskyt	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 29 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: používáte v praxi holistické pojetí člověka? Mezi kategorizované odpovědi patřily *používám*, zastoupena celkem 7krát, a *nepoužívám*, zastoupena 1krát.

5. Diskuze

Předmětem našeho výzkumu bylo zjistit jaké potřeby vnímají pacienti na interní a chirurgické ambulanci a jaké potřeby identifikují sestry pracující na těchto ambulancích. Výsledky kvantitativního výzkumu pramení z dotazníků určených pro pacienty ambulančí. Výsledků kvalitativního výzkumu jsme dosáhli pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sestrami, pracujícími na těchto ambulancích.

V tabulce 1 je zobrazeno průměrné zastoupení potřeb Maslowovy pyramidy, rozdělené podle věku. Obsahuje fyziologické potřeby, potřeby bezpečí a jistoty, potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty a dále kognitivní potřeby, estetické potřeby a potřeby seberealizace. Fyziologické potřeby podle autorky Kozierové vyjadřují potřeby organismu, objevují se při poruše homeostázy a slouží k přežití. Pokud jsou aktuální, stávají se dominantní (8). Fyziologické potřeby nejvíce vnímají respondenti starší 80 let (71%) a dále 37% respondentů ve věkové kategorii 71- 80 let. Nejmenší zastoupení nenaplnění fyziologické potřeby mají respondenti ve věku 11- 20 let. Dle mého názoru podepřeného literaturou to může být zapříčiněno tím, že s rostoucím věkem se obvykle zvyšuje nesoběstačnost a polymorbidita a tím více nenaplněných potřeb. V nemoci se může potřeba projevit intenzivněji nebo může dojít k posunu v důležitosti, jak říká autorka Zacharová.

Další zkoumanou oblastí byly potřeby jistoty a bezpečí. Ty se podle autorky Trachtové vyskytují, pokud člověk ztratí pocit životní jistoty (22). Z výzkumu vyplynulo, že se objevují u 100% respondentů starších 80 let a 37% respondentů ve věku 41- 50 let. Nejnižší zastoupení potřeb jistoty a bezpečí mají respondenti ve věku 21- 30 let (10%). Třetí oblastí potřeb byly potřeby sounáležitosti a lásky. Podle autorky Žiakové potřeby sounáležitosti a lásky vystupují v situacích osamocení a opuštění (29). Nenaplnění potřeb sounáležitosti a lásky vnímá 100% respondentů starších 80 let a 21% respondentů ve věku 21- 30%. Nejmenší zastoupení nenaplněných potřeb mají respondenti ve věku 61- 70 let (5%).

Potřeby uznání a sebeúcty má nejvíce nenaplněné 100% respondentů starších 80 let a 30% respondentů ve věku 31- 40 let. Tato potřeba je nejméně zastoupena ve věkové kategorii 51- 60 let (4%).

Kognitivní potřeby patří mezi nejvíce nenaplněné potřeby, zastoupené ve všech věkových kategoriích. Nejvíce se vyskytují ve věku 11- 20 let (80%) a 71- 80 (72%). Nejméně jsou zastoupeny ve věku 51- 60 let u 45% respondentů. Autorka Šamánková říká, že správná informovanost nemocných a pravidelná komunikace je nedílnou součástí uspokojování a naplňování potřeb (20).

Estetické potřeby se nejvíce objevují jako nejvíce nenaplněné u 100% respondentů starších 80 let a dále u 57% respondentů ve věku 61- 70 let. U respondentů ve věku 21- 30 let se nevyskytují.

Zjistili jsme, že potřeby seberealizace jsou nejvíce nenaplněné u respondentů ve věku 51- 60 let (45%) a 41- 50 let (21%). U respondentů ve věku 11- 20 let, 61- 70 a respondentů starších 80 let se tyto potřeby nevyskytují.

Z výzkumu vyplynulo, že hypotéza 1, potřeby pacientů na interní a chirurgické ambulanci se liší podle věku, byla potvrzena.

Tabulka 2 vyjadřuje průměrné rozdělení potřeb podle pohlaví. U 58% mužů a 53% žen jsou nejvíce zastoupeny nenaplněné kognitivní potřeby. Procentuální zastoupení se u dalších potřeb liší. Největší rozdíl je u potřeb uznání a sebeúcty a potřeb sounáležitosti a lásky. Potřeby uznání a sebeúcty má nenaplněné 22% žen a jen 9% mužů a v potřebách sounáležitosti a lásky vnímá deficit 10% mužů a 17% žen. Nejmenší zastoupení podle pohlaví mají potřeby uznání a sebeúcty u 9% mužů a potřeby seberealizace u 16% žen. Tato tabulka potvrzuje hypotézu 2, potřeby pacientů na interní a chirurgické ambulanci se liší podle pohlaví.

Zjistili jsme, že na chirurgické a interní ambulanci vnímají pacienti nenaplnění v potřebě dýchání. V grafu 9 můžeme pozorovat, že potřebu má zcela nenaplněnou 21% respondentů a spíše nenaplněnou 11% respondentů. Dále jsme zjistili, že potřeba kyslíku roste s přibývajícím věkem, což ukazuje tabulka 2. Respondenti ve věku 11- 21 let tuto potřebu nepocítují, respondenti starší 80 let mají tuto potřebu nenaplněnou na 100%. Výjimku tvoří respondenti ve věku 21- 30 let, u kterých je tato potřeba rovněž

vysoká. Nenaplnění udává 40% respondentů. Aby bylo možné tuto potřebu naplnit, je důležité správné větrání čekárny i ambulance. Již v dotazníku se tato připomínka vyskytla u jednoho respondenta. Hypotéza 3, která zní: pacienti na interní a na chirurgické ambulanci vnímají problém v naplňování potřeby dýchání, byla rovněž potvrzena.

Na počátku rozhovoru se sestrami pracujícími na interní a chirurgické ambulanci nás zajímala oblast chápání potřeb. Nejčastější kategorií odpovědí bylo, že potřeba je *nedostatek něčeho* (tabulka 17). Jak autorka Trachtová ve své knize uvádí, „*potřeba je nedostatkem něčeho, jehož odstranění je žádoucí*“ (22). Vidíme zde soulad s literaturou.

Pojetí Maslowovy pyramidy potřeb sestrami se ve výzkumu projevilo jako zajímavé. Z odpovědí respondentů jsme zjistili, že 5 sester Maslowovu pyramidu potřeb *zná*, ale *nepamatuje si složky* a pyramidu potřeb *nevyužívá v praxi* (tabulka 18).

Další oblastí bylo zjistit, jaké nejčastější potřeby sestry sledují u pacientů na ambulanci. 6 sester sleduje nenaplnění *fyziologických potřeb* a 2 sestry nenaplnění *potřeby bezpečí a jistoty* (tabulka 19).

Mezi nejčastěji vyskytovanými fyziologickými potřebami u pacientů, se podle většiny sester objevuje nenaplnění potřeby *vyprazdňování*, dále potřeba *pohybu* a *kyslíku*. Zde se liší potřeby vnímané sestrami a potřeby vnímané pacienty (tabulka 20). Pacienti nejvíce uvádí potřebu být bez bolesti (graf 8), potřebu spánku (graf 7) a potřebu výživy (graf 4, 5).

V oblasti potřeb bezpečí a jistoty sestry spatřují nejčastěji nenaplnění potřeby *vyvarovat se nebezpečí a touhy po spolehlivosti*. Tuto oblast znázorňuje tabulka 21. Pomocí kvantitativního výzkumu jsme zjistili, že potřeba bezpečí a jistoty se u pacientů vyskytuje, touha po spolehlivosti už méně (tabulka 3, 11).

Tabulka 22 popisuje oblasti potřeb sounáležitosti a lásky. Většina sester zde vnímá jako nenaplněnou prioritní potřebu *náklonnosti* a dále potřebu *zapojení do společnosti*. Ostatní potřeby sestry neuvádí. Sestry by se měly zaměřit i na další potřeby v této oblasti, jelikož u pacientů se objevují kromě potřeby náklonnosti a potřeby zapojení do společnosti také potřeba být milován a potřeba sounáležitosti (tabulka 4, 12).

Další zkoumanou oblastí potřeb byly potřeby uznání a sebeúcty (tabulka 23), kde většina sester *sleduje nenaplnění*. Polovina sester dále uvádí i další nenaplnění potřeb, jako je potřeba *souhlasu* a potřeba *samostatného rozhodování*. Dle mého názoru by se sestry měly zaměřit na všechny oblasti, z výzkumu však vyplynulo, že u pacientů je nejčastěji nenaplněná potřeba samostatného rozhodování (tabulka 5, 13).

Všechny sestry vidí v otázce kognitivních potřeb u pacientů, kterou ukazuje tabulka 24, nejčastěji nenaplněnou potřebu *rozumět*. 6 sester odpovědělo na potřebu *vědět* a 2 sestry na potřebu *poznávat*. Zde se nachází nesoulad s potřebami vnímanými pacienty. Téměř všichni pacienti vnímají nenaplnění potřeby vědět. Potřeba vědět a poznávat se objevuje u pacientů také. V této oblasti by se všechny sestry měly zaměřit na prioritní potřebu vědět i na ostatní potřeby (tabulka 6, 14).

Tabulka 25 prezentuje přístup sester ke kognitivním potřebám. Zajímavé je, že všechny sestry, s výjimkou jedné, estetické potřeby u pacientů *nesledují*. Zde opět vidíme odlišnost s potřebami vnímanými sestrami a pacienty. Je důležité, aby se sestry zaměřily na potřeby v této kategorii.

Stejně jako v předchozí tabulce, i v tabulce 26 se nachází odlišnost. V otázce vnímání potřeb seberealizace, téměř všechny sestry, s výjimkou jedné, tyto potřeby u pacientů *nesledují*. I tady je důležité, aby sestry začaly vnímat potřeby seberealizace u pacientů.

Důležitou oblastí výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem sestry uspokojují potřeby pacientů na ambulanci (tabulka 27). U téměř všech sester (7 respondentů) je důležitá *edukace* pacienta. Mezi další častý způsob uspokojování potřeb se objevil např. *doprovod pacienta na WC, tlumení bolesti* či *podání tekutin pacientovi*.

Dále nás zajímalo, co si sestry představí pod pojmem individuálnost (tabulka 28). Nejčastější odpovědí byla *pacient = jedinec*. Jak autor Goble říká, jednotlivec je integrovaný organizovaný celek. „*Je neobvyklý, ne obyčejný*“ (3). Vidíme zde soulad s literaturou.

Poslední oblastí výzkumu bylo holistické pojetí v praxi (tabulka 29). Téměř všechny sestry holistické pojetí člověka *využívají*, pouze 1 sestra *nevyužívá*. Podle autorky Trachtové by se sestry neměly zabývat člověkem jako souborem částí a procesů, ale

měly by člověka považovat jako bytost bio- psycho- sociální, bytost holistickou (22). I zde vidíme soulad s literaturou.

Podářilo se nám odpovědět na výzkumnou otázku, která zní, jakým způsobem vnímají sestry pracující na ambulanci potřeby pacientů/klientů a jejich individuálnost. Přístup sester k pacientům je individuální, většina sester pokládá za nejdůležitější edukaci pacientů, která se vyskytla u pacientů jako nejvíce nenaplněná.

V kvantitativním výzkumu jsme potvrdili všechny předem stanovené hypotézy.

6. Závěr

Hlavním posláním ošetrovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami nemohou, neumí nebo nechtějí starat. V naší bakalářské práci jsme se zabývali problematikou potřeb pacientů na interní a chirurgické ambulanci. Jelikož uspokojování potřeb pacientů je významná oblast ošetrovatelství, je vhodné vědět, jaké potřeby pacienti vnímají a jak jsou uspokojovány. Naplňování potřeb pacientů je důležité také v rámci ošetrovatelského procesu. Proto je nutné, aby sestry pracující na ambulancích znaly potřeby pacientů a empatickým přístupem tyto potřeby naplňovaly.

Na základě výsledků našeho výzkumu jsme stanovily tyto hypotézy:
Hypotéza č. 1: Rozdíly mezi potřebami vnímanými pacienty/klienty na interní a na chirurgické ambulanci se liší podle pohlaví.

Hypotéza č. 2: Rozdíly mezi potřebami vnímanými pacienty/klienty na interní a na chirurgické ambulanci se liší podle věku.

Hypotéza č. 3: Pacienti/klienti na interní a na chirurgické ambulanci vnímají problém v naplňování potřeby dýchání. Tyto hypotézy byly potvrzeny.

Splnili jsme cíle práce:

Cíl 1: Zjistit potřeby, které pacienti/klienti vnímají na interní a na chirurgické ambulanci

Cíl 2: Zjistit, jaké potřeby u pacientů/klientů na interní a na chirurgické ambulanci identifikují sestry

V průběhu studia literatury jsme si pro dosažení cíle stanovili výzkumnou otázku: Jakým způsobem vnímají sestry pracující na ambulanci potřeby pacientů/klientů a jejich individuálnost? Naše výzkumná otázka je zodpovězena.

Výsledky naší práce chceme co nejvíce zpřístupnit odborné ošetrovatelské veřejnosti vypracováním edukačního materiálu určeného pro sestry pracující na interní a chirurgické ambulanci, či příspěvkem v odborném časopise (edukační materiál viz příloha č. 5).

7. Klíčová slova

Ambulance

Chirurgie

Maslowova pyramida potřeb

Pacient

Potřeba

Sestra

Vnitřní lékařství

8. Seznam použitých zdrojů

- 1) ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Východočeské tiskárny, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
- 2) FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetrovatelství- teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- 3) GOBLE, G, F. *The third force: The psychology of Abraham Maslow*. 1. vyd. Maurice : The Jefferson Center for Chrcharacter Education, 2004. 271 s. ISBN 0-9760402-0-4.
- 4) *Chirurgické oddělení nemocnice Strakonice*, a.s. [online] [cit. 2010-1-28] Dostupné z: <<http://www.nemocnice-st.cz/chirurgie.html>>.
- 5) JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- 6) KLENER, P., et al. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén, 2006. 1158 s. ISBN 80-7262-430-x.
- 7) KOLÁŘÍKOVÁ , A., et al. *Základy ošetrovania a asistencie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. 254 s. ISBN 80-8063-125-5.
- 8) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- 9) KUBICOVÁ, L., et al. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 151 s. ISBN 80-8063-176-x.

- 10) MAREČKOVÁ, J. *K lidským potřebám z ošetrovatelského pohledu*. Profese, 2006, roč. 1, č. 2, s. 6-7, ISSN 1802-2081.
- 11) MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
- 12) NAVRÁTIL, L., et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1 vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- 13) *Nemocnice Milosrdných sester Sv. Karla Boromejského- Chirurgické oddělení* [online] [cit. 2010-1-30] Dostupné z: <<http://www.nmskb.cz/oddeleni-detail/oddeleni-detail/chirurgicke-oddeleni-2/>>.
- 14) *Nemocnice TGM Hodonín- Chirurgické oddělení* [online] [cit. 2010-2-12] Dostupné z: <<http://www.nemho.cz/oddeleni/luzkova-cast/chirurgicke-oddeleni.htm>>.
- 15) *Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou- Chirurgické oddělení* [online] [cit. 2010-1-15] Dostupné z: <http://www.nemocnicerk.cz/chirurgie_zakladni_charakteristika.php>.
- 16) PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 17) RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.

- 18) SLANINKOVÁ, E. *Psychologické aspekty prvního kontaktu pacienta s nemocničním prostředím*. Revue ošetrovatelstva a laboratorních metodík, 2005, roč. 11, č. 1, s. 19-20, ISSN 1335-5090.
- 19) ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
- 20) ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIČ, K. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
- 21) TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. *Potreby v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
- 22) TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- 23) VALENTA, J., ŠEBOR, J., et al. *Chirurgie pro bakalářské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
- 24) VOMELA, J., et al. *Chirurgie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 210 s. ISBN 57-855-98.
- 25) VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
- 26) VÖRÖSOVÁ, G., et al. *Interné ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 197 s. ISBN 80-80-63-192-1.

- 27) ZACHAROVÁ. E., HERMANOVÁ. M., ŠRÁMKOVÁ. J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- 28) ZEMAN, M., CHOC, J. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.
- 29) ŽIAKOVÁ, K. *Ošetrovatel'ský slovník*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

9. Přílohy

Příloha č. 1 - Maslowova hierarchie potřeb

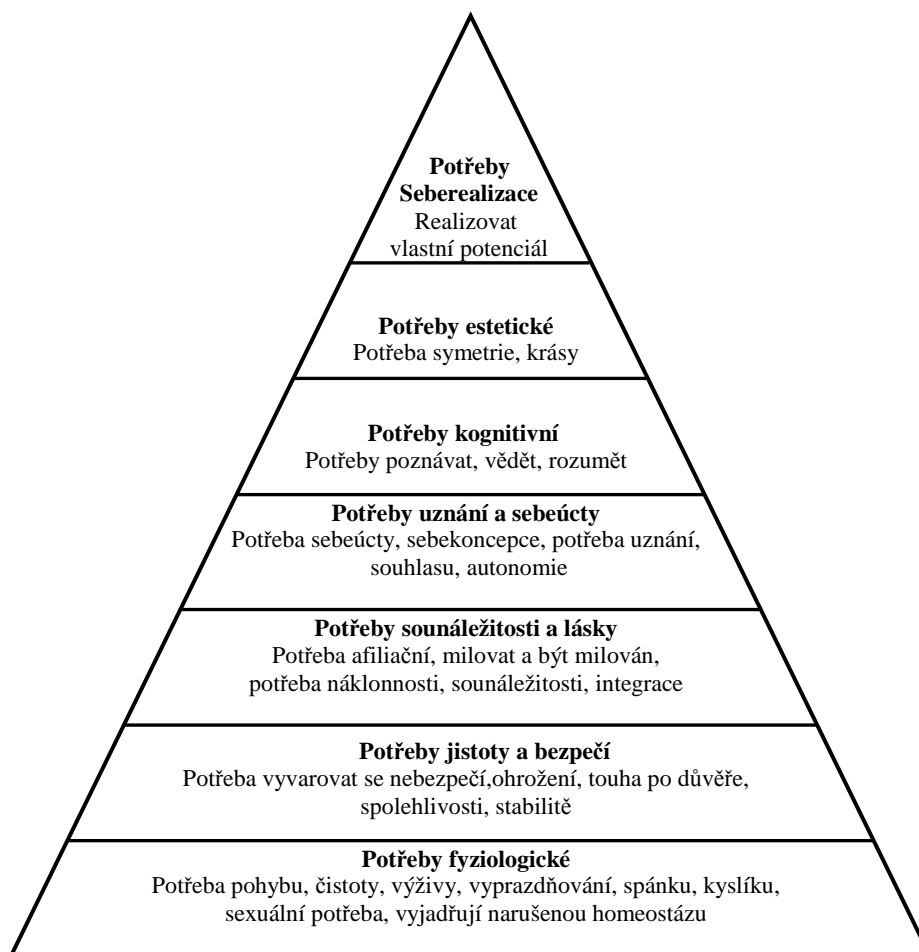
Příloha č. 2 - Dotazník

Příloha č. 3 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 4 - Přepis rozhovorů

Příloha č. 5. Edukační materiál pro sestry

Příloha č. 1 Maslowova hierarchie potřeb



Převzato z:

TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. s. 15. ISBN 80-7013-324-4.

Příloha č. 2 Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Anna Všetulová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V současné době vypracovávám bakalářskou práci na téma Potřeby pacientů na interní a chirurgické ambulanci. Dotazník, který držíte v ruce, je zcela dobrovolný a anonymní. Získaná data budou využita pouze ke zpracování bakalářské práce. Prosím Vás o jeho vyplnění zakroužkováním Vámi zvolené možnosti. U každé otázky označte jen jednu odpověď, (není-li uvedeno jinak). U otázek, u kterých je možno napsat odpověď, prosím, napište odpověď.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

Anna Všetulová

Pro pacienty ambulance
čekající na ošetření

Tabulka potřeb

V níže uvedené tabulce v pravém zvýrazněném sloupci označte (zakroužkujte či podtrhněte) jednu či více potřeb, které jsou pro Vás v této chvíli nenaplněné.

Potřeby seberealizace	Potřeba realizovat vlastní potenciál
Potřeby estetické	Potřeba symetrie a krásy
2.3.Potřeby kognitivní	Potřeba poznávat, potřeba vědět, potřeba rozumět
2.3.Potřeby uznání a sebeúcty	Potřeba sebeúcty, potřeba sebekoncepce, potřeba uznání, potřeba souhlasu, potřeba samostatného rozhodování
2.3.Potřeby sounáležitosti a lásky	Potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, potřeba sounáležitosti, potřeba zapojení do společnosti
2.3.Potřeby jistoty a bezpečí	Potřeba vyvarovat se nebezpečí, touha po důvěře, touha po spolehlivosti, touha po stabilitě
Potřeby fyziologické	Potřeba pohybu, potřeba čistoty, potřeba výživy, potřeba vyprazdňování, potřeba spánku, potřeba kyslíku, sexuální potřeba

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Jaký je Váš věk?

- | | |
|----------|----------------|
| a) 11-20 | e) 51-60 |
| b) 21-30 | f) 61-70 |
| c) 31-40 | g) 71-80 |
| d) 41-50 | h) více než 80 |

3. Cítíte se omezen/a v pohybu zde na ambulanci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

4. Pociťujete hlad zde na ambulanci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

5. Pociťujete žízeň zde na ambulanci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

6. Máte v současné době potíže s vyprazdňováním? (V případě kladné odpovědi, odpovězte prosím, na další otázku).

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

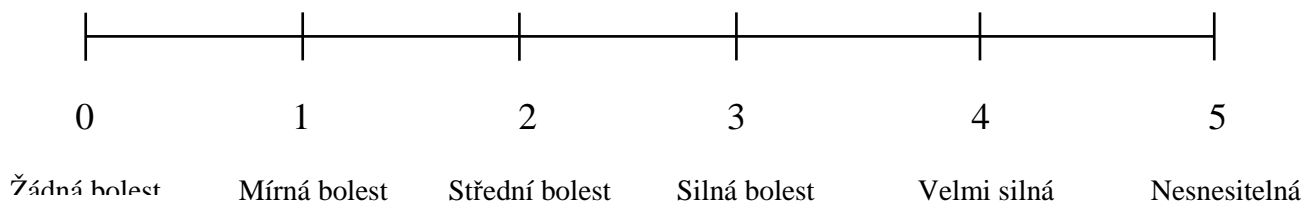
7. Jaké potíže s vyprazdňováním máte?

.....
.....

8. Máte v současné době potíže se spánkem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

9. Na vizuální analogové škále bolesti, prosím označte intenzitu Vaší bolesti zakroužkováním Vámi zvoleného čísla.



10. Pociťujete dušnost na zde ambulanci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

11. Vnímáte nyní nedostatek v naplnění sexuální potřeby?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

12. Pociťujete v současné době porušený obraz svého těla?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

13. Máte z něčeho obavu (strach či úzkost) na ambulanci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

14. Potřebujete psychickou podporu na ambulanci?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

15. Pociťujete zde na ambulanci možnost svého samostatného rozhodování
(případně deficit) ?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

16. Jsou pro Vás důležité informace o postupu léčby?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

17. Vyhovuje Vám prostředí této ambulance (vzhled místnosti, dostatek míst k sezení, teplota, větrání, čistota...)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

18. Jiné návrhy ke zlepšení chodu ambulance:

.....

.....

.....

Příloha č. 3 Polostrukturovaný rozhovor

Dobrý den, budu Vám pokládat řadu otázek týkajících se potřeb pacientů na Vaší ambulanci. Odpovědi budu zaznamenávat na papír, který mám před sebou. Rozhovor je zcela anonymní.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

Anna Všetulová

- 1) Jaký je Váš věk?
- 2) Jaké je Vaše vzdělání?
- 3) Jaká je Vaše délka praxe?
- 4) Můžete, prosím definovat pojem potřeba?.
- 5) Znáte Maslowovu pyramidu potřeb? Jaké složky má, kde jste se s ní setkal/a, používáte ji v praxi?
- 6) S jakými potřebami se nejčastěji setkáváte u pacientů na Vaší ambulanci?
- 7) Jaké fyziologické potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?
- 8) Jaké potřeby v oblasti bezpečí a jistoty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?
- 9) Jaké potřeby v oblasti sounáležitosti a lásky sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?
- 10) Jaké potřeby v oblasti uznání a sebeúcty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?
- 11) Jaké kognitivní (poznávací) potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?
- 12) Sledujete estetické potřeby u pacientů na Vaší ambulanci?
- 13) Sledujete potřeby seberealizace u pacientů na Vaší ambulanci?
- 14) Jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby pacientů na Vaší ambulanci?
- 15) Co si představíte pod pojmem individuálnost?
- 16) Používáte v praxi holistické pojetí člověka?

Příloha č. 4 Přepis rozhovorů

Respondent 1

Pohlaví: žena

Věk: 41 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: střední odborné

Délka praxe: 23 let

Můžete mi prosím definovat pojem potřeba?

Nedostatek něčeho.

Znáte Maslowovu pyramidu potřeb? Jaké složky má, kde jste se s ní setkala, používáte ji v praxi?

Ano, Maslowovu pyramidu znám, setkala jsem se s ní na střední škole, obsahuje nižší a vyšší potřeby. Tuto pyramidu využívám v praxi.

S jakými potřebami se nejčastěji setkáváte u pacientů na Vaší ambulanci?

Myslím si, že nejčastěji se vyskytují potřeby bezpečí a jistoty.

Jaké fyziologické potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba vyprazdňování.

Jaké potřeby v oblasti bezpečí a jistoty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Touha po spolehlivosti.

Jaké potřeby v oblasti sounáležitosti a lásky sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba náklonnosti.

Jaké potřeby v oblasti uznání a sebeúcty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba uznání.

Jaké kognitivní potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba rozumět.

Sledujete estetické potřeby u pacientů na Vaší ambulanci?

Neobjevují se.

Sledujete potřeby seberealizace u pacientů na Vaší ambulanci?

Ne.

Jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby pacientů na Vaší ambulanci?

Tlumení bolesti, dávat pacientovi dostatek informací.

Co si představíte pod pojmem individualnost?

Stavění se k pacientovi jako k jedinci.

Používáte v praxi holistické pojetí člověka?

Ano.

Respondent 2

Pohlaví: žena

Věk: 49 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: střední odborné

Délka praxe: 33 let

Můžete mi prosím definovat pojem potřeba?

Chybění něčeho, co pacient považuje za nepříznivé.

Znáte Maslowovu pyramidu potřeb? Jaké složky má, kde jste se s ní setkala, používáte ji v praxi?

Ano, znám, učili jsme se o ní na střední škole. Obsahuje nižší a vyšší potřeby. V praxi ji používám.

S jakými potřebami se nejčastěji setkáváte u pacientů na Vaší ambulanci?

S fyziologickými potřebami.

Jaké fyziologické potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřebu pohybu, čistoty, vyprazdňování, spánku, kyslíku.

Jaké potřeby v oblasti bezpečí a jistoty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřebu důvěry, spolehlivosti.

Jaké potřeby v oblasti sounáležitosti a lásky sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřebu náklonnosti.

Jaké potřeby v oblasti uznání a sebeúcty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřebu sebeúcty.

Jaké kognitivní potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřebu vědět, rozumět.

Sledujete estetické potřeby u pacientů na Vaší ambulanci?

Myslím si, že ne.

Sledujete potřeby seberealizace u pacientů na Vaší ambulanci?

Myslím si, že ne.

Jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby pacientů na Vaší ambulanci?

Dobrým způsobem. Potřeby jsou uspokojovány prioritně.

Co si představíte pod pojmem individualnost?

Že se každý pacient liší a proto je důležité k němu individuálně přistupovat.

Používáte v praxi holistické pojetí člověka?

Ano.

Respondent 3

Pohlaví: žena

Věk: 31

Nejvyšší dosažené vzdělání: VŠ

Délka praxe: 5 let

Můžete mi prosím definovat pojem potřeba?

Nutkový pocit, který je v dané chvíli prioritní.

Znáte Maslowovu pyramidu potřeb? Jaké složky má, kde jste se s ní setkala, používáte ji v praxi?

Ne.

S jakými potřebami se nejčastěji setkáváte u pacientů na Vaší ambulanci?

Fyziologické potřeby.

Jaké fyziologické potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba pohybu, potřeba vyprazdňování..

Jaké potřeby v oblasti bezpečí a jistoty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba vyvarovat se nebezpečí.

Jaké potřeby v oblasti sounáležitosti a lásky sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Žádné.

Jaké potřeby v oblasti uznání a sebeúcty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba sebeúcty.

Jaké kognitivní potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba poznávat, vědět, rozumět.

Sledujete estetické potřeby u pacientů na Vaší ambulanci?

Ano.

Sledujete potřeby seberealizace u pacientů na Vaší ambulanci?

Ano.

Jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby pacientů na Vaší ambulanci?

Důležitá je dostatečná edukace pacienta, v případě bolesti podávám léky.

Co si představíte pod pojmem individuálnost?

Jedinečnost.

Používáte v praxi holistické pojetí člověka?

Ano.

Respondent 4

Pohlaví: žena

Věk: 41 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: střední odborné

Délka praxe: 23 let

Můžete mi prosím definovat pojem potřeba?

Nutnost, která je pro člověka důležitá.

Znáte Maslowovu pyramidu potřeb? Jaké složky má, kde jste se s ní setkala, používáte ji v praxi?

Ano, setkala jsem se s ní na jedné konferenci. Složky si nepamatuju, nepoužívám ji v praxi.

S jakými potřebami se nejčastěji setkáváte u pacientů na Vaší ambulanci?

S fyziologickými potřebami.

Jaké fyziologické potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba čistoty, vyprazdňování, kyslíku.

Jaké potřeby v oblasti bezpečí a jistoty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba vyvarovat se nebezpečí, potřeba spolehlivosti

Jaké potřeby v oblasti sounáležitosti a lásky sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba náklonnosti.

Jaké potřeby v oblasti uznání a sebeúcty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba uznání a sebeúcty.

Jaké kognitivní potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba vědět, rozumět.

Sledujete estetické potřeby u pacientů na Vaší ambulanci?

Ne.

Sledujete potřeby seberealizace u pacientů na Vaší ambulanci?

Ne.

Jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby pacientů na Vaší ambulanci?

Úleva pacientovi od bolesti, podání informací, šetrný přístup.

Co si představíte pod pojmem individuálnost?

Jedinečnost.

Používáte v praxi holistické pojetí člověka?

Ano.

Respondent 5

Pohlaví: žena

Věk: 40 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: Specializace ARIP

Délka praxe: 20 let

Můžete mi prosím definovat pojem potřeba?

Nedostatek.

Znáte Maslowovu pyramidu potřeb? Jaké složky má, kde jste se s ní setkala, používáte ji v praxi?

Ano, něco mi to říká, matně si ji vybavuju ze střední školy. Složky si nepamatuju, protože ji v praxi nepoužívám.

S jakými potřebami se nejčastěji setkáváte u pacientů na Vaší ambulanci?

Fyziologické potřeby.

Jaké fyziologické potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba pohybu, výživy, vyprazdňování, kyslíku, spánku.

Jaké potřeby v oblasti bezpečí a jistoty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba spolehlivosti, důvěry.

Jaké potřeby v oblasti sounáležitosti a lásky sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Zapojení do společnosti, potřeba náklonnosti.

Jaké potřeby v oblasti uznání a sebeúcty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba uznání a souhlasu, samostatného rozhodování.

Jaké kognitivní potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba rozumět.

Sledujete estetické potřeby u pacientů na Vaší ambulanci?

Estetické nesleduji.

Sledujete potřeby seberealizace u pacientů na Vaší ambulanci?

Ne.

Jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby pacientů na Vaší ambulanci?

Dám pacientovi napít, dovedu ho na WC, zjistím jaké má potíže, podám informace.

Co si představíte pod pojmem individuálnost?

Konkrétní přístup ke konkrétnímu pacientovi-

Používáte v praxi holistické pojetí člověka?

Ano.

Respondent 6

Pohlaví: žena

Věk: 47 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: Střední odborné

Délka praxe: 29

Můžete mi prosím definovat pojem potřeba?

Nedostatek, který je pro pacienta důležitý.

Znáte Maslowovu pyramidu potřeb? Jaké složky má, kde jste se s ní setkala, používáte ji v praxi?

Neznám maslowovu pyramidu potřeb. V praxi ji nepoužívám.

S jakými potřebami se nejčastěji setkáváte u pacientů na Vaší ambulanci?

S fyziologickými potřebami.

Jaké fyziologické potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba vyprazdňování, kyslíku, čistoty, pohybu.

Jaké potřeby v oblasti bezpečí a jistoty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba vyvarovat se nebezpečí.

Jaké potřeby v oblasti souměřitelnosti a lásky sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba náklonnosti.

Jaké potřeby v oblasti uznání a sebeúcty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba uznání, souhlasu, samostatného rozhodování.

Jaké kognitivní potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba vědět, rozumět.

Sledujete estetické potřeby u pacientů na Vaší ambulanci?

Ne.

Sledujete potřeby seberealizace u pacientů na Vaší ambulanci?

Ne.

Jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby pacientů na Vaší ambulanci?

Vysvětlím pacientovi informace, pokud potřebuje doprovodím ho na WC a dám mu napít.

Co si představíte pod pojmem individuálnost?

Originalita.

Používáte v praxi holistické pojetí člověka?

Ano.

Respondent 7

Pohlaví: žena

Věk: 54

Nejvyšší dosažené vzdělání: Střední odborné

Délka praxe: 34

Můžete mi prosím definovat pojem potřeba?

Nedostatek něčeho, který je důležitý pro pacienta.

Znáte Maslowovu pyramidu potřeb? Jaké složky má, kde jste se s ní setkala, používáte ji v praxi?

Neznám maslowovu pyramidu potřeb a nepoužívám ji v praxi.

S jakými potřebami se nejčastěji setkáváte u pacientů na Vaší ambulanci?

Nejčastěji pozoruju potřeby bezpečí a jistoty.

Jaké fyziologické potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba vyprazdňování, kyslíku, pohybu.

Jaké potřeby v oblasti bezpečí a jistoty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba stability, potřeba vyvarovat se nebezpečí.

Jaké potřeby v oblasti souměřitosti a lásky sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba náklonnosti.

Jaké potřeby v oblasti uznání a sebeúcty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba potřeby sebeúcty, uznání, souhlasu, samostatného rozhodování.

Jaké kognitivní potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba vědět, rozumět.

Sledujete estetické potřeby u pacientů na Vaší ambulanci?

Ne.

Sledujete potřeby seberealizace u pacientů na Vaší ambulanci?

Ne.

Jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby pacientů na Vaší ambulanci?

Pro pacienta je nejdůležitější dostatek informací a potřeby v oblasti vyprazdňování..

Co si představíte pod pojmem individuálnost?

Jedinečnost.

Používáte v praxi holistické pojetí člověka?

Ne.

Respondent 8

Pohlaví: žena

Věk: 55

Nejvyšší dosažené vzdělání: specializace ARIP

Délka praxe: 35

Můžete mi prosím definovat pojem potřeba?

Neřítomnost určité věci, která je pro pacienta důležitá.

Znáte Maslowovu pyramidu potřeb? Jaké složky má, kde jste se s ní setkala, používáte ji v praxi?

Ano, Maslowovu pyramidu znám, setkala jsem se s ní na konferenci. Obsahuje nižší a vyšší potřeby. Používám ji v praxi.

S jakými potřebami se nejčastěji setkáváte u pacientů na Vaší ambulanci?

Nejčastěji pozoruju potřeby fyziologické.

Jaké fyziologické potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba vyprazdňování, kyslíku, čistoty, pohybu, spánku, výživy.

Jaké potřeby v oblasti bezpečí a jistoty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba stability, potřeba vyvarovat se nebezpečí, touha po důvěře, touha po spolehlivosti.

Jaké potřeby v oblasti sounáležitosti a lásky sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba náklonnosti, potřeba zapojení do společnosti.

Jaké potřeby v oblasti uznání a sebeúcty sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba sebeúcty, uznání, souhlasu, samostatného rozhodování.

Jaké kognitivní potřeby sledujete u pacientů na Vaší ambulanci?

Potřeba poznávat, vědět, rozumět.

Sledujete estetické potřeby u pacientů na Vaší ambulanci?

Ne.

Sledujete potřeby seberealizace u pacientů na Vaší ambulanci?

Ne.

Jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby pacientů na Vaší ambulanci?

Pokud pacient potřebuje, doprovodím ho na WC, podám tekutiny, poskytnu mu dostatek informací.

Co si představíte pod pojmem individuálnost?

Autonomie.

Používáte v praxi holistické pojetí člověka?

Ano.

Příloha č. 5 Edukační materiál pro sestry

Edukační materiál pro sestry pracující na interní a chirurgické ambulanci

Téma: Potřeby pacientů

Hlavním charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince.

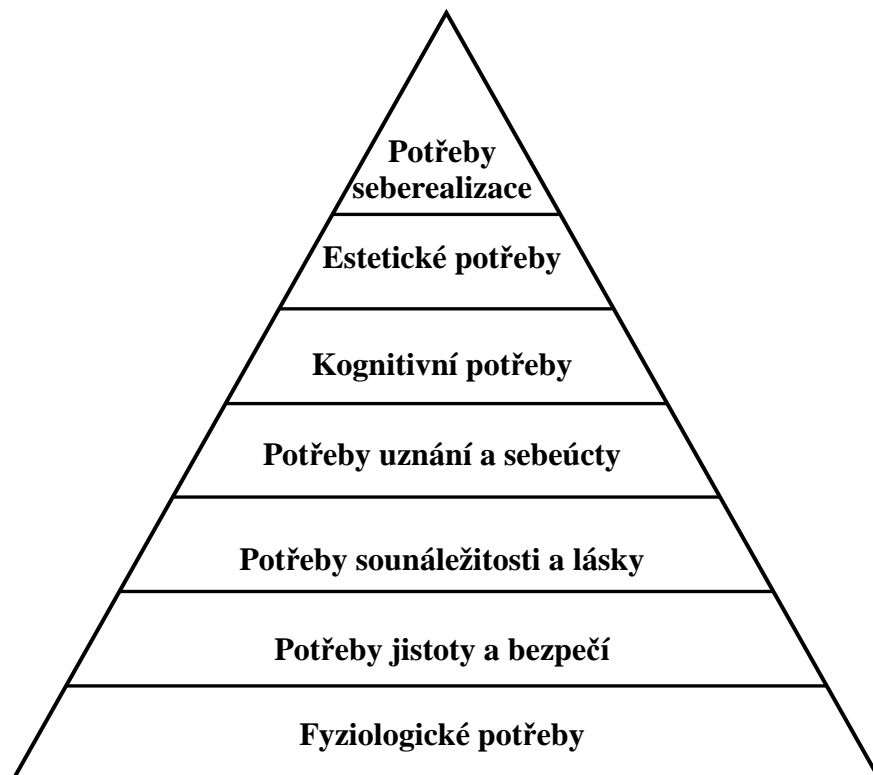
„Potřeba je projevem nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí“. Lidská potřeba není neměnná, vyvíjí se a kultivuje. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého člověka jinak.

Rozdělení potřeb dle A. H. Maslowa

Fyziologické potřeby	<ul style="list-style-type: none">▪ Potřeby organismu▪ Objevují se při porušení homeostázy a slouží k přežití▪ Pokud jsou aktuální, stávají se nadřazenými a ovlivní celkové chování člověka <p>Patří sem: potřeba pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální potřeba</p>
Potřeby jistoty a bezpečí	<ul style="list-style-type: none">▪ Objevují se, pokud jedinec ztratí pocit životní jistoty <p>Patří sem: potřeba vyvarovat se nebezpečí, ohrožení, touha po důvěře, spolehlivosti, stabilitě</p>
Potřeby sounáležitosti a lásky	<ul style="list-style-type: none">▪ Umožňují přežití člověka jako druhu▪ Nenaplnění vzniká v situacích osamocení a opuštění <p>Patří sem: potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, integrace</p>
Potřeby uznání a sebeúcty	<ul style="list-style-type: none">▪ Vystupují v situacích ztráty respektu, důvěry▪ Projevují se úsilím získat ztracené sociální hodnoty <p>Patří sem: potřeba sebeúcty, sebekoncepcie, potřeba uznání,</p>

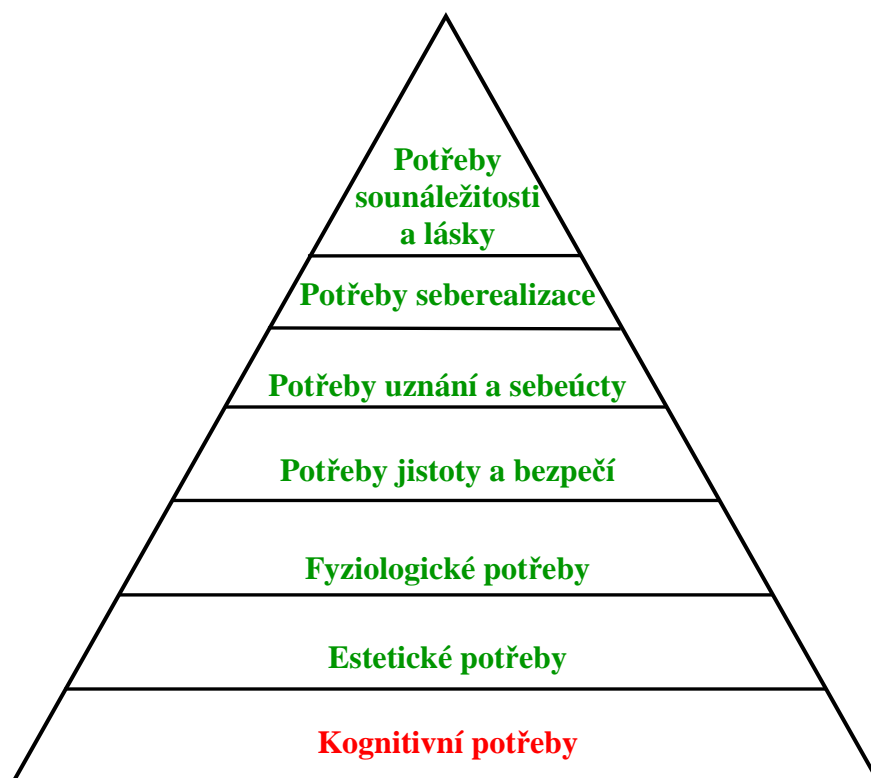
	souhlasu, autonomie
Kognitivní potřeby	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostatek informací o nemoci a režimu se podílí k získání si klienta ke spolupráci Patří sem: potřeba poznávat, vědět, rozumět
Estetické potřeby	Patří sem: potřeba symetrie, krásy
Potřeby seberealizace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projevují potřebou uskutečňovat své schopnosti a záměry Patří sem: potřeba realizovat vlastní potenciál

Maslowova pyramida potřeb

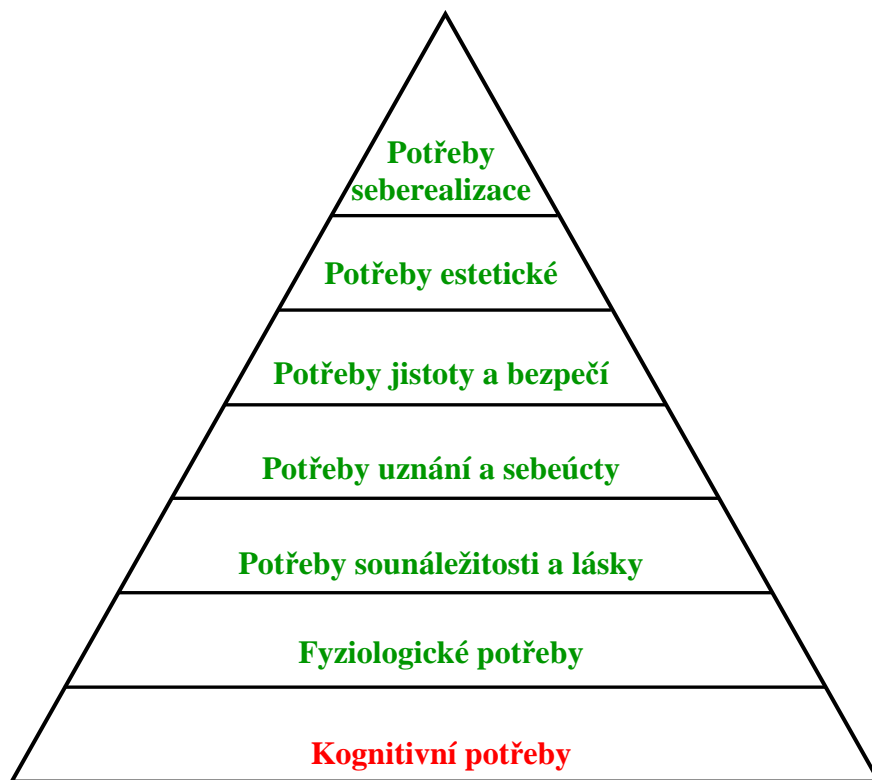


Nenaplněné potřeby, které vnímají pacienti na interní a chirurgické ambulanci.

Potřeby jsou seřazeny vzestupně.



Nenaplněné potřeby pacientů, které vnímají sestry pracující na interní a chirurgické ambulanci. Potřeby jsou seřazeny vzestupně.



Červenou barvou písma jsou v pyramidě označeny potřeby kognitivní, které jsou u pacientů nejčastěji nenaplněné. Také sestry vnímají tyto potřeby jako nejčastěji nenaplněné.

Ostatní potřeby jsme označili zelenou barvou. Tyto potřeby se ve vnímání pacientů i sester liší.

Výsledků bylo dosaženo pomocí dotazníků pro pacienty na interní a chirurgické ambulanci a rozhovorů se sestrami pracujícími na těchto ambulancích.

Doporučení:

Oblast kognitivních potřeb se u pacientů jeví jako nejvíce nenaplněná. Je důležité zaměřit se zejména na potřebu vědět, která se u pacientů objevuje nejčastěji.

U estetických potřeb se nachází nesoulad mezi vnímáním nenaplnění sester a pacientů. Z výzkumu vyplynulo, že pacienti mají nenaplněny tyto potřeby, zatímco sestry nenaplnění těchto potřeb u pacientů téměř neudávají. Doporučili bychom brát ohled také na tuto kategorii.

Fyziologické potřeby jsou u pacientů také nenaplněné, zejména potřeba být bez bolesti, potřeba vyprazdňování a potřeba výživy.

Dále jsme zjistili, že oblasti potřeb jistoty a bezpečí vnímá nejvíc pacientů nenaplnění potřeby vyvarovat se nebezpečí. Sestry by se měly zaměřit na potřebu touhy po stabilitě, která se u pacientů objevila jako druhá nejčastěji nenaplněná.

U potřeb uznání sebeúcty vnímá nejvíce pacientů potřebu samostatného rozhodování. Potřeby seberealizace většina sester nevnímá jako nenaplněnou, na rozdíl od pacientů. Důležité je zaměřit se také na tyto potřeby.

Oblast potřeb sounáležitosti a lásky se u pacientů objevuje jako nejméně nenaplněná. Sestry by měly brát člověka jako celek, jako bytost bio- psycho- sociální a spirituální a dívat se na jedince jako na individuum.