

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**LIDSKÉ POTŘEBY V PALIATIVNÍ PÉČI Z POHLEDU
VŠEOBECNÝCH SESTER**

**HUMAN NEEDS IN PALLIATIVE CARE FROM THE PERSPECTIVE
OF GENERAL NURSES**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Bc. Blanka Kobytková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

2018

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. za cenné rady a připomínky týkající se vedení mé bakalářské práce. Poděkovat bych chtěla také účastníkům výzkumu za jejich ochotu a vstřícnost. V neposlední řadě patří díky mé rodině za podporu.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: *„Lidské potřeby v paliativní péči z pohledu všeobecných sester“* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Boskovicích dne 27.3.2018

Podpis

ÚVOD	5
1. VYMEZENÍ OBLASTÍ VÝZKUMU	7
1.1 Všeobecná sestra	7
1.2 Dlouhodobě nemocný a chronicky nemocný senior	7
1.3 Paliativní péče.....	9
1.4 Statistické údaje	11
1.5 Motivy a motivace	12
2 LIDSKÉ POTŘEBY	13
2.1 Teorie potřeb.....	14
2.1.1 Maslowova hierarchie potřeb.....	14
2.1.2 Murrayho teorie potřeb	15
2.1.3 McClellandova teorie získaných potřeb	16
2.1.4 Psychosociální potřeby podle M. Vágnerové.....	16
2.1.5 Dům životních potřeb H. Chloubové	17
3 POTŘEBY V KONTEXTU OŠETŘOVATELSTVÍ	18
3.1 Potřeby z pohledu bio-psycho-sociálního a spirituálního hlediska	18
3.2 Základní strategie zdravotní péče	18
3.3 Ošetrovatelský proces zaměřený na uspokojování potřeb.....	19
3.4 Péče zaměřená na pacienta	21
3.5 Klíčové potřeby pacientů.....	21
3.5.1 Potřeba jistoty a bezpečí	22
3.5.2 Potřeba stimulů.....	22
3.5.3 Potřeba otevřené budoucnosti.....	22
3.5.4 Potřeba sounáležitosti, láska a potřeba někam patřit	23
4 SPECIFIKA SPOJENÁ SE SATURACÍ POTŘEB	24
4.1 Nedostatečná saturace potřeb	24
4.2 Komunikace v ošetrovatelském procesu.....	25
4.3 Emoce a empatie ve vztahu pomáhající vs. klient	27
4.4 Rizika v práci všeobecné sestry	28
4.5 Kvalita života.....	28
4.6 Autonomie pacienta	30
5 VÝZKUMY A POZNATKY SOUVISEJÍCÍ S POTŘEBAMI DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH PACIENTŮ	31
5.1 Fyzické potřeby.....	32
5.2 Psychické potřeby.....	33

5.3	Sociální potřeby	34
5.4	Spirituální potřeby	35
6	EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	37
6.1	Výzkumný problém	37
6.2	Cíle výzkumu	37
7	APLIKOVANÁ METODIKA	39
7.1	Metodologický přístup	39
7.2	Typ výzkumu	39
7.3	Metoda tvorby dat	40
7.4	Charakteristika zkoumané populace a výběrového vzorku	41
7.5	Etické aspekty	42
8	ANALÝZA DAT	44
8.1	Zpracování a analýza dat	44
8.2	Sebereflexe k danému tématu	44
8.3	Analýza prvního rozhovoru	45
8.3.1	Charakteristika první respondentky	45
8.3.2	Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů	45
8.3.3	Téma: Saturace v oblasti potřeb	46
8.3.4	Téma: Potřeby rodinných příslušníků	47
8.3.5	Téma: Potřeby ošetřujícího personálu	48
8.4	Analýza druhého rozhovoru	48
8.4.1	Charakteristika druhé respondentky	48
8.4.2	Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů	49
8.4.3	Téma: Saturace v oblasti potřeb	50
8.4.4	Téma: Potřeby rodinných příslušníků	50
8.4.5	Téma: Potřeby ošetřujícího personálu	51
8.5	Analýza třetího rozhovoru	52
8.5.1	Charakteristika třetí respondentky	52
8.5.2	Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů	52
8.5.3	Téma: Saturace v oblasti potřeb	53
8.5.4	Téma: Potřeby rodinných příslušníků	53
8.5.5	Téma: Potřeby ošetřujícího personálu	53
8.6	Analýza čtvrtého rozhovoru	54
8.6.1	Charakteristika čtvrté respondentky	54
8.6.2	Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů	54

8.6.3	Téma: Saturace v oblasti potřeb.....	55
8.6.4	Téma: Potřeby rodinných příslušníků	55
8.6.5	Téma: Potřeby ošetřujícího personálu.....	55
8.7	Analýza pátého rozhovoru	56
8.7.1	Charakteristika páté respondentky	56
8.7.2	Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.....	56
8.7.3	Téma: Saturace v oblasti potřeb.....	57
8.7.4	Téma: Potřeby rodinných příslušníků	57
8.7.5	Téma: Potřeby ošetřujícího personálu.....	57
8.8	Analýza šestého rozhovoru.....	58
8.8.1	Charakteristika šesté respondentky.....	58
8.8.2	Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.....	58
8.8.3	Téma: Saturace v oblasti potřeb.....	59
8.8.4	Téma: Potřeby rodinných příslušníků	61
8.8.5	Téma: Potřeby ošetřujícího personálu.....	61
8.9	Analýza společných témat a vzorců	62
8.9.1	Společné téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů	62
8.9.2	Společné téma: Saturace v oblasti potřeb	66
8.9.3	Společné téma: Potřeby rodinných příslušníků	67
8.9.4	Společné téma: Potřeby ošetřujícího personálu	68
9	Diskuze.....	70
10	Závěry.....	75
11	Souhrn.....	76
12	Seznam použité literatury:	78

ÚVOD

Důvodů, proč jsem se rozhodla zvolit právě téma potřeb v paliativní péči a potřeb dlouhodobě nemocných seniorů, je hned několik. Jedním z nich je inspirace knihou Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních od Radky Bužgové. Popisuje v ní kvantitativní a kvalitativní výzkum, který proběhl v letech 2011 – 2014 se zaměřením na hodnocení preference, saturace potřeb a kvality života u onkologicky nemocných, kterým byla ukončena onkologická léčba, a u nemocných v konečném stadiu neonkologických chorob. Jsem profesí všeobecná sestra, která pracuje v nemocničním zařízení na oddělení následné péče. Domnívám se, že v rámci péče o nemocné se stále i přes všechny poznatky z vědního oboru ošetřovatelství přikládá ten největší význam právě a jen fyziologickým potřebám. Ty ostatní stojí tak trochu stranou. Myslím si, že právě časový aspekt a široké spektrum pacientů, kteří bývají hospitalizováni na odděleních typu léčeben pro dlouhodobě nemocné a typu následné péče, zdůrazňují potřeby fyziologické. Ty oproti jiným potřebám, mám na mysli potřeby psycho-sociální a spirituální, pak nabývají na významu. Otázkou tedy je, zda je to čistě můj subjektivní dojem, nebo zda moje kolegyně z oboru se mnou budou zajedno. Daný výzkum také umožňuje porovnat, jestli se všeobecné sestry shodují s nemocnými v preferenci jejich potřeb.

Další pohnutkou pro toto téma je skutečnost, že poznatky z paliativní péče jsou stále velice aktuální. Kauzální medicína je v mnohých případech bezmocná, a tak jedinou možností zůstává léčba symptomatická. Poznatky vědy v současnosti umožňují prodloužit život mnoha lidem, kteří trpí rozmanitými chronickými chorobami. Vyšší poptávka po zdravotní péči stoupá důsledkem vyššího výskytu chronických onemocnění. V této souvislosti se začalo hovořit nejen o délce života, ale do popředí se tak dostává otázka kvality života. Proto se domnívám, že je na místě se věnovat potřebám a přáním našich pacientů.

Velmi často se ve své praxi setkávám s určitou devalvací ze strany zdravotnického personálu ohledně smyslu naší práce. Několik let jsem pracovala a vzdělávala se v oblasti intenzivní péče. Zdaleka jsem však nepociťovala smysluplnost svojí profese tak, jako když mě nyní k pacientovi váže důvěra a vzájemný vztah a snad i někdy z pacientovy strany vděčnost, že existuje někdo, komu není lhostejný a komu opravdu záleží na tom, jak se zrovna cítí a co prožívá. Smyslem práce je ukázat, že

v porovnání s pacientem v kauzální léčbě zasluhuje pacient v paliativní péči pozornost stejnou, ne-li větší.

1. VYMEZENÍ OBLASTÍ VÝZKUMU

1.1 Všeobecná sestra

Profese všeobecné sestry je zakotvena zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních. Vymezuje podmínky a uznání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry, také definuje, co je považováno za výkon profese. Za výkon profese se pokládá především poskytování ošetrovatelské péče¹. Ošetrovatelská péče se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocných. Péče o nemocného tedy vychází z celostního, individuálního nebo také komplexního přístupu. Zákon také vymezuje vzdělání, které musí všeobecná sestra absolvovat, aby mohla tuto profesi vykonávat. K jeho úpravě došlo v roce 2017².

1.2 Dlouhodobě nemocný a chronicky nemocný senior

Dlouhodobě nemocným se stává člověk, jemuž byla diagnostikována nemoc, která nelze vyléčit. Nelze tedy odstranit příčinu nemoci. Léčba spočívá v odstranění subjektivně nepříjemných příznaků, kterými tito nemocní trpí. Jejich zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Tito pacienti přesto pobývají jednak na odděleních pro dlouhodobě nemocné v nemocnicích, nebo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Je jim poskytována ošetrovatelská péče, jejímž cílem je udržet, podporovat nebo navrátit zdraví, zachovat nebo navrátit soběstačnost. Zahrnuje také péči o nemocné v terminálních stádiích nemoci, v popředí ošetrovatelské péče se tak stává zmírňování utrpení, zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti (Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová & Vodáčková, 2015). Ve zmíněných zařízeních jsou nejvíce zastoupeni nemocní nad 65 let věku, tj. senioři. Ve většině případů jsou to nemocní bez vyhlídek na zlepšení zdravotního stavu bez možnosti je z nějakých důvodů ošetrovat v domácím prostředí. Jako seniora označujeme jedince, který prožívá období stáří. Podle Stuarda-Hamiltona (1999) je stárnutí závěrečnou fází lidského vývoje, kterou je třeba chápat jako součást kontinuálního vývoje.

¹ Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, § 5

² Zákon č. 201/2017 Sb., který mění zákon č. 96/2004 Sb.

O tom, kdy můžeme označit člověka jako starého, nelze jednoznačně rozhodnout. V obecné rovině dochází ve stáří k poklesu schopností a výkonnosti, rozdíly mezi jedinci jsou však velmi nápadné, někteří jsou aktivní, duševně i fyzicky zdatní do velmi vysokého věku, u jiných je tomu naopak. Osobnost stárnoucího člověka je podmíněna celým jeho předcházejícím životem, zkušenostmi a obvyklými způsoby vyrovnávání se s náročnými životními situacemi a podmínkami (Čechová, Mellanová & Rozsypalová, 2001).

Tato práce se zaměřuje především na nemocné v terminální fázi neoncologických onemocnění (chronické srdeční selhání, CHOPN, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin atd.). Člověk s chronickým onemocněním se potýká dlouhodobě, s velkou pravděpodobností až do své smrti. Chronická nemoc ovlivňuje celý život člověka, přináší různé těžkosti s ní spojené, ovlivňuje ho nejen po stránce fyzické, ale i psychické, sociální a spirituální.

Dlouhodobě nemocný senior z hlediska fyzické zdatnosti patří mezi křehké, závislé, zcela závislé a umírající. Křehký senior má problémy s instrumentálními aktivitami denního života, s funkčním a zdravotním stavem a jeho častými výkyvy, je tedy ohrožen náhlými dekompenzacemi zdravotního stavu a potřebuje pružnou intervenci. Závislý senior vyžaduje podporu a pomoc druhých pro těžkou disabilitu, nízký potenciál zdraví a závažný funkční deficit. Zcela závislý senior bývá zcela upoután na lůžko, trpí imobilizačním syndromem, může trpět pokročilým stadiem demence, vyžaduje trvalou ošetrovatelskou péči a podporu lidské důstojnosti. Umírající senior bývá příjemce paliativní péče. Hlavním cílem současné péče o seniory je snaha zachovat co nejvyšší míru autonomie, soběstačnosti a sebeobslužnosti v jejich přirozeném prostředí (Příbyl, 2015).

Soběstačnost chápeme jako schopnost žít samostatně v běžném, domácím prostředí, tedy možnost se obejít bez pomoci druhých osob. Soběstačnost je hodnocena v základních a instrumentálních aktivitách. Nesoběstačný senior v instrumentálních aktivitách, jako je nakupování, příprava jídla, vedení domácnosti apod. nemusí být nesoběstačný v základních aktivitách, jako je schopnost se najíst, provést osobní hygienu a např. použít toaletu. Takovému senioru postačí dopomoc v domácnosti, ať už ze strany jeho blízkých, nebo za pomoci pečovatelské služby. Dlouhodobě nesoběstačný senior v základních aktivitách potřebuje k zachování nebo zlepšení kvality života komplex služeb dlouhodobé péče. Tato péče má různé

formy: lékařskou, ošetrovatelskou, farmaceutickou, rehabilitační, nutriční a sociální (Wija & Holmerová, 2014).

U chronicky nemocného člověka dochází v určitých časových intervalech ke zhoršení celkového stavu, dekompenzacím, při kterých často důsledkem působení adekvátní léčby dochází k výraznému zlepšení. Pacient obvykle umírá v rámci jedné z dekompenzací. Odhadnout prognózu není vůbec jednoduché, délka přežití může být několik týdnů až měsíců, dokonce i let (Kabelka, 2017).

Pacienti s chronickým neoncologickým onemocněním umírají častěji v nemocnici, kdežto nemocní nádorovým onemocněním umírají častěji v domácím prostředí (Edmonds, Karlsen, Khan & Addington-Hall, 2001).

1.3 Paliativní péče

Principem paliativní péče je snížit symptomy a potíže nemocného na co nejnižší možnou míru. Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1990 definovala paliativní péči jako aktivní celkovou péči o nemocné s chorobami, které neodpovídají na kurativní léčbu. Jejím úkolem je zejména kontrola bolesti a jiných nežádoucích symptomů, a také zájem o psychické, sociální a spirituální aspekty lidského života. Cílem je dosáhnout co nejlepší možné kvality života nejen pro tyto pacienty, ale i pro jejich rodinné příslušníky. V roce 2002 tato definice byla upravena, klade se v ní větší důraz na prevenci utrpení: *„Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy od utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“* (Munzarová, 2005, 62).

Paliativní péče (útěšná péče) je poskytována nemocným, které současná medicína neumí vyléčit. V centru jejího zájmu jsou příznaky, ne příčiny. Obecně potom platí, že paliativní péče je určena pro takové nemocné, kdy léčba kurativní přináší větší negativní důsledky, než je její očekávaný přínos. Tito pacienti mají specifické potřeby. Hlavním posláním zdravotnických pracovníků po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a snaha o potlačení obtíží, které nemocného sužovaly.

Podle Markové (2010) je paliativní péče vůbec nejstarší formou medicíny vůbec. V současnosti je poskytována především chronicky nemocným pacientům. Paliativní péče je často spojována s péčí v hospici³. Haškovcová (2000) však

³ Hospic v angličtině znamená útulek nebo útočiště.

podotýká, že ne každý pacient je vhodný pro hospicovou péči. Někdy je převoz pacienta do hospice nereálný nebo nežádoucí. Proto by s principy paliativní péče měli být seznámeni všichni zdravotničtí pracovníci a každý obor v medicíně by měl mít vypracovanou strategii pro paliativní péči. Také Bužgová (2015) předkládá, že dobrou paliativní péči by měli být schopni poskytovat všichni zdravotníci. Týká se všech umírajících a nevléčitelně nemocných, proto i všech zdravotníků.

Robinson, Gott & Ingleton (2014) uvádějí, že nemocnice jsou právě místem, kde je stanovena diagnóza s negativní prognózou, poté se pacienti opakovaně přijímají k hospitalizaci. To je důvodem k tomu, aby i zde byly aplikovány principy paliativní péče.

Každé zdravotnické zařízení by mělo být schopno poskytnout obecnou paliativní péči, jejíž součástí je dokázat včas vyhodnotit pacientův zdravotní stav, zhodnotit smysluplnost další aktivní léčby a poskytovat takovou péči, která bude zárukou přiměřené kvality pacientova života. Tomeš et al. (2015) upozorňují, že je třeba zvýšit kvalitu péče v zařízeních LDN a v nemocnicích na odděleních následné péče. Pokud zde budou respektovány a naplňovány přání a potřeby pacientů může být paliativní péče poskytována i v daných zařízeních.

Naproti tomu specializovaná paliativní péče je poskytována v zařízeních, kde je paliativní péči hlavní náplní. Nemocným se věnuje vyškolený personál s odpovídající profesní kvalifikací a s vyšším počtem zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Mezi takové pracoviště řadíme oddělení paliativní péče, domácí a lůžkové hospice, ambulance paliativní péče a denní stacionáře (Marková, 2010).

Péče v nemocnicích má za cíl prodloužit život, obrát k tišení a doprovázení nemocných je spojen s pocitem selhání a vzdání se. Z tohoto důvodu Gott, Ingleton, Bennett & Gardiner (2011) považují přechod z převážně kurativní léčby na paliativní péči problematický. Pro část seniorů podle Payne, Seymour & Ingleton (2007) se tak odchod stal velmi zdlouhavým procesem, zejména tam, kde není možné nemoc ovlivnit kauzální léčbou. Chronická nemoc pacienta významně limituje.

Jakoubková et al. (1998) uvádějí, že mezi lékaři panuje shoda týkající se skutečnosti, že pacienti nejsou povinni podstupovat takovou léčbu, která je marná, lékaři nemusí takovou léčbu zahajovat, nebo v ní pokračovat. Haškovcová (2000) zdůrazňuje skutečnost, že kauzální terapie za určitých okolností může být ukončena, nikdy však nesmí skončit péče o daného pacienta. Každé chronické onemocnění přináší nejen fyzické problémy, ale také zasahuje do psychického a

sociálního bytí lidské existence. Nezbytnou součástí paliativní péče je také psychoterapie se zaměřením na zvýšení kvality pacientova života (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004).

1.4 Statistické údaje

Podle sčítání lidu z roku 2011 v ČR žilo více než 1,6 milionů osob starších 65 let, více než 697 tisíc osob starších 75 let a téměř 155 tisíc osob starších 85 let. Střední délka života podle ČSÚ činila 74,7 let pro muže a 80,7 let pro ženy. Přírodovědecká fakulta UK vypracovala Prognózu populačního vývoje České republiky na období 2008 – 2070. Ta předpokládá proces demografického stárnutí, kdy bude přibývat zejména osob ve vyšším věku. Věková kategorie seniorů, tedy obyvatelstvo ve věku nad 65 let, bude jedinou částí populace, která početně poroste. Do roku 2035 její počet vyrostе zhruba o jeden milion osob a dokonce v 50. let tohoto století nastane postupný růst počtu seniorů až na přibližně 3,30 milionů osob, což je nárůst o 110 %. Prodlužuje se především délka života, tento trend však nekopíruje délka zdravého života. Lze tak předpokládat, že lidé ve věku nad 65 let prožijí polovinu svého zbývajícího života ve stavu křehkosti či disability, která ovlivní jejich soběstačnost (Wija & Holmerová, 2014).

Česká společnost paliativní medicíny vypracovala v roce 2016 situační analýzu paliativní péče v České republice. Podle ní paliativní péči v ČR každým rokem potřebuje více než 70 000 pacientů. Většina chronicky nemocných umírá v nemocnicích na oddělení akutní nebo následné péče. Zároveň v ní poukazují na skutečnost, že u významné části nemocných není adekvátně mírněna bolest a další symptomy, chybí podpůrná komunikace o prognóze a plánu péče, a v neposlední řadě také psychologická, sociální a spirituální podpora pacientů a jejich rodin (Kabelka, Sláma & Loučka, 2016).

Předseda společnosti paliativní medicíny Ondřej Sláma je toho názoru, že moderní medicína dokáže prodloužit a udržovat život. Pro chronicky nemocného pacienta to nemusí být vždy komfortní. Nemocnice stále budou místem, kde budou lidé umírat nejčastěji, proto by tato zařízení měla poskytovat důstojné podmínky a soukromí. Pro nemocného by měl být stanoven individuální plán péče („*Vláda si vzpomněla*“, 2017).

1.5 Motivy a motivace

Motivace určuje naše chování a jednání. Její síla společně se schopnostmi jedince je důležitá pro naplnění potřeb. Motivace dodává sílu k naplnění cílů. Aktivuje naše chování, dodává mu směr a účel. Nakonečný (1996) uvádí, že motivace je vyjádřením rozporu mezi aktuálním prožíváním člověka a tím, co člověk touží prožívat. Je tedy vyjádřením stavu vnitřní psychické nerovnováhy. Motivace se projeví v chování, které slouží k udržení nebo opětovnému nastolení rovnováhy v organismu. Motivace je dynamický proces, motiv je jeho součástí.

Na základě motivace vznikají motivy neboli příčiny určitého chování. Motiv je pobídkou, zaměřenou k uspokojení potřeby. Potřeby jsou chápány jako základní formy motivů. Touha uspokojit konkrétní potřebu směřuje k dosažení harmonie, nutí jedince k určité činnosti. Tento děj trvá do té doby, dokud není potřeba uspokojena, nebo nedojde k usmíření, že daná potřeba nemůže být uspokojena (Vágnerová, 2000).

2 LIDSKÉ POTŘEBY

V literatuře najdeme větší množství vymezení tohoto pojmu z hlediska různých oborů. Obecně je potřebu chápat jako projev určitého nedostatku, který je třeba odstranit. Šamánková et al. (2011) považují potřebu za stav organismu, který má určitou dynamickou sílu, vznikající následkem nedostatku, nebo naopak přebytku v oblasti biologické, psychické, sociální nebo duchovní. Opětovná rovnováha organismu je dosažena naplněním potřeby. Příbyl (2015) také potřebu nechápe pouze jako nedostatek něčeho, ale i jako určitou sílu, která člověka posouvá a cílí k lidem, předmětům nebo činnostem. V tomto kontextu jsou potřeby chápány jako projevy bytostného přání. Nakonečný (1996) upozorňuje, že jsou potřebami často nazývány cílové objekty, tedy přímo prostředky uspokojení. V jeho pojetí potřeby spíše vyjadřují vztahy k cílovým objektům. Murray (in Madsen, 1972) vymezuje potřebu jako určitý konstrukt, určitou sílu, která organizuje psychickou činnost člověka, tedy jeho myšlení, pozornost, volní procesy, tím se také podílí na tvorbě chování jedince.

Z genetického hlediska rozdělujeme potřeby na primární a sekundární. Primární potřeby vychází z aktivace vrozených tělesných mechanismů. Můžeme je nazývat také jako potřeby vrozené. Zajímavý názor přináší Cattell (1957), který poukazuje na skutečnost, že každý náš cíl je tvořen především primárními potřebami. Pokud budeme dostatečně trpěliví, dostaneme v konečné fázi téměř vždy odpovědi na otázku, proč něco děláme, k oblasti týkající se primárních potřeb. Sekundární potřeby podle Sikorové a Zeleníkové (2012) vznikají procesem učení.

Potřeby hospitalizovaných nemocných jsou chápány jako podmínky sloužící k uchování životních funkcí a k udržování psychické stability. Dělí se na tělesné, psychické a sociální. Tělesné potřeby se týkají bezprostředního přežití jedince a zároveň ovlivňují psychický stav člověka. Psychické potřeby jsou spojené především s potřebou jistoty a bezpečí. V oblasti sociálních potřeb se klade důraz na kvalitní komunikaci a kontakt, které společně vedou k prožitku blízkosti a vzájemnosti (Vymětal, 2003).

V souladu s předchozím textem je zřejmé, že definovat potřeby není vůbec jednoduché. Ztotožňuji se s názorem Markové (2010), která podotýká, že trendem moderního ošetřovatelství je zaměření na potřeby nemocných, přitom připomíná, že

slovo potřeba je v českém jazyce spojována především s vyměšováním, a tak evokuje na prvním místě fyzické potřeby nejrůznějšího spektra.

Také média nám předkládají určitý omezený pohled na potřeby seniorů ve formě reklam na různé zboží, které souvisí výhradně s poruchami, jež přináší ve větší míře právě vyšší věk. Jedná se o výrobky proti zácpě, na bolesti kloubů nebo proti artróze, absorpční pomůcky při inkontinenci a lepidla na zubní protézy. Dochází k deformaci představ o seniorech a vzniká názor, že senioři mají pouze tyto potřeby. Lidé vyššího věku, ale i nemocní mají obvyklá přání a potřeby jako ostatní (Wija & Holmerová, 2014).

Struktura potřeb se nemění s věkem, je tedy společná všem lidem. Mění se subjektivní význam potřeby, stanovení priorit nebo způsob uspokojování potřeb důsledkem fyzických, psychických, sociálních a ekonomických změn, které doprovází stárnutí. Naplňování základních potřeb se tak stává problematické. Příbyl (2015) si tento rozdíl vysvětluje poklesem potřeby nových podnětů a snížením ochoty tolerovat změny. Mareš (2017) dodává, že je potřeba myslet na to, že se v průběhu času u člověka jednak mění osobnost, ale také jeho přání, potřeby a preference. Za naprosto nevhodné považuje, aby osoby pracující v pomáhajících profesích stanovili zvláštnosti u daného jedince jednorázově a jednou provždy. Údaje o pacientovi je nutné průběžně aktualizovat. O tomto aspektu se však v odborných textech příliš nemluví.

2.1 Teorie potřeb

V této kapitole shrnuji některé vybrané teorie potřeb. Zaměřuji se především na teorie, které jsou využitelné a známé v ošetrovatelském procesu. Teorie potřeb se řadí mezi teorie motivace, neboť spolu velmi úzce souvisí. Šamánková et al. (2011) považují za ideální situaci, kdy nastává soulad intenzity potřeby jedince s mírou jejího naplnění.

2.1.1 Maslowova hierarchie potřeb

Teorie potřeb A. H. Maslowa založená v duchu humanistické psychologie patří v ošetrovatelství mezi ty nejznámější. Zmínku o ní najdeme v každé knize věnované problematice ošetrovatelství. Maslow předpokládá, že jádro potřeb je biologicky determinované, s vrozenými předpoklady pro rozvoj a formování vnějšími vlivy. Potřeby seřadil podle jejich naléhavosti potřeb do pěti úrovní, od nejnižší po

ty nejvyšší. Na první úrovni se nachází *fyziologické potřeby* (např. žízeň, hlad, spánek), následují *potřeby bezpečí* (např. jistota, řád, opora), poté *potřeby lásky a sounáležitosti*, tedy potřeba někam patřit a dále *potřeby uznání* (dosažení úspěchu a prestiže). První čtyři úrovně označil jako D-potřeby (deficientní, nedostatkové) a zároveň je rozdělil na nižší (fyziologické potřeby a potřebu bezpečí) a vyšší (potřeby lásky, sounáležitosti a uznání). Poslední pátá úroveň je třída *potřeb seberealizace*, týká se touhy člověka se naplnit a růst. Tato třída byla označena jako metapotřeby, potřeby bytí nebo také B-potřeby. Pokud nejsou dostatečně saturovány D-potřeby, potřeba seberealizace nevystupuje (Maslow, 1970).

2.1.2 Murrayho teorie potřeb

Americký psycholog H. Murray vydal v roce 1938 velmi rozsáhlé dílo „*Výzkumy osobnosti*“, v něm představil komplexní teorii motivace, která vzbudila velký ohlas. Pojem potřebu, také pud nebo vnitřní sílu definuje jako konstrukt, oblast mozku, která organizuje vnímání, myšlení, snažení a jednání v určitém směru s cílem změnit reálnou neuspokojivou situaci. Tím ji odlišil od chtění, které je podle něj mentální povahy. Potřeby rozdělil na primární-viscerogenní a sekundární-psychogenní. Mezi primární potřeby zařadil potřebu kyslíku, vody, potravy a ideální tělesnou teplotu. Tyto potřeby jsou tvořeny a uspokojovány fyziologickými procesy. Sekundární potřeby považoval za projevy mozkové aktivity, jejich vzorce jsou podstatou osobnosti (Madsen, 1972).

V jeho teorii motivace se objevují také další dva důležité pojmy: tlak a téma. Potřeby jsou spouštěny na základě tlaku, pozitivní je tlak v případě, pokud chceme něco získat, naopak negativní je tlak, pokud chceme něco odstranit. Dále ještě rozlišuje alfa tlak, objektivní okolnosti, které vyvolávají tlak a beta tlak, subjektivní zpracování alfa tlaku, které je podstatné pro jednání. Téma je pak výsledkem interakce mezi tlaky a potřebami (Šamánková et al., 2011).

Plhánková (2007) k tomu dodává, že Murray potřeby ještě rozdělil na latentní a manifestní. Manifestní se projeví v chování, jedinec si je může, ale také nemusí uvědomovat. Latentní potřeby můžeme odhalit pomocí Tématického apercepčního testu, diagnostického nástroje užívaného v oblasti diagnostiky osobnosti, který sestavil sám Murray.

Také výše zmíněný Madsen (1979) se pokusil o přehled motivů. Rozlišil primární motivy (vrozené), které mohou být aktivovány periferními impulzy, ale také méně

často vnějšími podněty, a sekundární (naučené) motivy, které bývají spouštěny pouze vnějšími podněty. K těmto motivům přidal také emocionální složku, která je zčásti vrozená a zčásti naučená.

2.1.3 McClellandova teorie získaných potřeb

D. C. McClelland, americký sociální psycholog navázal na dílo Murraye, zkoumal především výkonovou motivaci. Potřeby a motivy odlišoval, potřeby se projevují prostřednictvím motivů, jsou jejich mentálními reprezentacemi. Motiv tedy funguje jako prostředník mezi potřebou a chováním. Potřebu tak tedy přímo nepociťujeme (Plháková, 2007).

McClelland rozlišuje u člověka bez ohledu na věk, pohlaví a kulturu tři potřeby, proto je jeho teorie také známá pod názvem „Teorie tří potřeb“. První z nich je potřeba výkonu, lidé s převahou této potřeby hledají uznání, potřebují být úspěšní a chtějí v životě něčeho dosáhnout. Druhou potřebou je touha po moci, McClelland rozlišuje moc sociální, která se uplatňuje ve skupině a moc osobní, jejím prostřednictvím dochází k uspokojení jedincovi dominance. Jako třetí označil potřebu někam patřit, být příslušníkem nějaké skupiny, nebo také potřebu sounáležitosti či afiliace (Příbyl, 2015).

2.1.4 Psychosociální potřeby podle M. Vágnerové

Marie Vágnerová, přední česká psycholožka, která v současnosti vyučuje vývojovou psychologii, psychopatologii a psychologii nemocných a zdravotně postižených se věnovala mimo jiné základním psychickým a psychosociálním potřebám. Tyto potřeby se rozvíjejí na biologickém základě, jejich vývoj je stimulován a modifikován vnějším prostředím, sociálními vlivy. Obsah potřeb a způsob jejich uspokojování bývá velmi rozmanitý, závisí na normách a hodnotách dané společnosti.

- Potřeba stimulace správnými podněty

Lidský organismus potřebuje dostávat správné podněty ve správný čas a na správném místě, jedná se o základní činnost centrální nervové soustavy. Podněty určité intenzity udržují optimální úroveň psychofyziologické aktivity.

- Potřeba smysluplného světa

Člověk je součástí světa, zkušenosti získává soužitím s druhými. Smysl života nachází prostřednictvím cílů, ke kterým směřuje.

- Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými
Každý z nás máme biologický rytmus, který ovlivňuje naše prožívání.
- Potřeba jistoty a bezpečí sociální role a pozice ve společnosti
Člověk potřebuje mít své místo, potřebuje někam patřit a mít svou roli. Dobré a stabilní vztahy s druhými jsou zdrojem jistoty a bezpečí.
- Potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými
Ke správné pohodě je také třeba mít svůj život pod kontrolou, mít možnost se svobodně rozhodnout o svých záležitostech.
- Potřeba otevřené budoucnosti
Mít otevřenou budoucnost, těšit se na něco, mít pro co žít je pro člověka stěžejní potřeba (Vágnerová, 2005).

2.1.5 Dům životních potřeb H. Chloubové

Helena Chloubová, psychoterapeutka v Domově pro seniory a odborná asistentka Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství ve svém Domě životních potřeb čerpá z mnohaleté praxe, z filozofie Maslowa a jeho hierarchicky uspořádaných potřeb a komplexního přístupu ke člověku. Stabilita domu je dána pevnými základy, které tvoří tělesné potřeby jako je dýchání, hydratace, výživa, vyprazdňování, tělesná a duševní aktivita, spánek a odpočinek, teplo, být bez bolesti, hygiena a sexuální a mateřské potřeby. Frustrace těchto potřeb se subjektivně projeví v negativních pocitech. Pokud nejsou dané potřeby naplněny dochází k rozvoji stresu, poruše zdraví a dalšímu zhoršení stavu. V souvislosti ze socializací a adaptací jedince na prostředí dochází ke vzniku psychosociálních potřeb. Tyto potřeby jsou značně individuální, z důvodu determinace osobnostními, genetickými a věkovými předpoklady, a také závisí na materiálním, sociálním a duchovním životě jedince. Mezi psychosociální potřeby Chloubová zařadila např. potřeby jistoty a bezpečí, potřebu struktury a řádu, mír a klid, sounáležitost a autonomii (Chloubová, 2005).

3 POTŘEBY V KONTEXTU OŠETŘOVATELSTVÍ

3.1 Potřeby z pohledu bio-psycho-sociálního a spirituálního hlediska

Proč dělíme potřeby z hlediska komplexního přístupu? Na člověka je třeba nahlížet z několika úhlů. Ty jsou společně provázané ve vzájemných vztazích a vazbách. V literatuře se setkáme s pojmy komplexní, celostní, bio-psycho-sociální a spirituální přístup. Také ošetřovatelství jako věda bere v potaz tento přístup. Člověk je společenská bytost, jedinečná organizace a spojení biologických, psychických, duchovních a sociálních prvků.

Tělesná oblast lidského bytí zahrnuje naše hmotné tělo, psychická naše prožívání, emoce a racionalitu, sociální oblast se týká našich vztahů, ke spirituální složce řadíme otázky smyslu, ducha a přesahu. Orel et al. (2016) připomínají, že je vždy také třeba brát v úvahu přítomný čas a prostor. Tento multifaktoriální interakční přístup vychází z myšlenky, že vše souvisí se vším.

Pokud je v centru našeho zájmu téma potřeb, vycházíme z tohoto pojetí. Potřeby fyzické, psychické, sociální a spirituální se navzájem doplňují a prolínají. Vliv na potřeby má i prostředí nemocnice a věk pacienta. Potřeby nemocného člověka mají specifickou podobu. Jsou závislé na charakteru onemocnění, na samotném pacientovi a na sociálním prostředí, ve kterém nemocný žije. Zajímavé dělení potřeb nemocných přináší Sylva Bártlová, ředitelka Ústavu ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče. Potřeby, které mají nemocní totožné se zdravými, nazývá potřebami, které se nemocí nemění. Na mysli má např. potřebu vzduchu, spánku, výživy, vyprazdňování a bezpečí. Dále potřeby modifikované nemocí, ty bývají ovlivněny samotným onemocněním a také jeho závažností a fází. A nakonec potřeby, které nemocí vznikly. Tyto potřeby odrážejí samotnou osobnost pacienta, jeho informovanost o nemoci, kterou trpí, také závisí na jeho předchozích zkušenostech a na vztazích s druhými a jejich chování (Bártlová, 2005).

3.2 Základní strategie zdravotní péče

Na vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří byly již v roce 1982 představeny základní strategie nazvané 4xD-demedicinalizace, deinstitucionalizace, deprofesionalizace a deresortizace (Příbyl, 2015).

Cílem demedicinalizace je podporovat péči v domácích podmínkách a medicínský model se snažit nahradit modelem sociálním. Cílem deinstitucionalizace je

podporovat terénní služby tak, aby nemusela být péče poskytována jen v nemocničních zařízeních a lidé měli možnost výběru z více forem péče. Deprofesionalizace představuje možnost zahrnovat do péče o potřebné také laické osoby, především rodinné příslušníky, osoby blízké a dobrovolníky. Záměrem deresortizace je omezit nerovnováhu a kladení přílišného důrazu pouze na určité oblasti podpory a péče (Haškovcová, 2010).

Navzdory uplynulému času, kdy byly tyto strategie představeny, jsou i nadále aktuální, neboť lidé ve starším věku využívají ve větší míře zdravotnická zařízení, hovoří se o tzv. „geriatrizaci medicíny“. Na komplexní péči o seniory samotná medicína nestačí, je třeba, aby péče byla přesunuta do ambulantních a sociálních režimů, byla podporována snaha pečovat o seniory v domácím prostředí, zapojovat do spolupráce každého, kdo je ochoten a schopen se na dané péči podílet, a poznatek, že každý obor lidské činnosti je schopen pro seniory něco udělat. Tyto skutečnosti vedou k tomu, že je nezbytné, aby lidé byli informováni o potřebách seniorů (Haškovcová, 2012).

Příbyl geriatrické ošetřovatelství nazývá novodobou komplexní péči o seniory. Prioritou ošetřovatelství je člověk s individuálními problémy a potřebami vyvolanými jeho zdravotním stavem. V moderním ošetřovatelství je úkolem právě zdravotní sestry řešit tyto problémy a potřeby za pomoci ošetřovatelského procesu. Cílem geriatrické péče je udržovat optimální zdravotní stav seniorů, snažit se uspokojovat potřeby a poskytovat komplexní ošetřovatelskou péči. Tato péče vyžaduje nejen znalosti z oboru ošetřovatelství, ale také specifika spojená se starší generací (Příbyl, 2015).

Také Sikorová a Zeleníková (2012) zdůrazňují, že hlavní náplň profese všeobecné sestry je problematika potřeb nemocných. Hlavním úkolem je umět pečovat o potřeby člověka, a tím zlepšit kvalitu jejich života.

V souvislosti s problematikou potřeb nemocných seniorů identifikujeme dva základní okruhy otázek. První z nich je identifikace potřeb, tou druhou je otázka, jak jsou dané potřeby uspokojovány.

3.3 Ošetřovatelský proces zaměřený na uspokojování potřeb

Nezbytným krokem pro uspokojování potřeb nemocného seniora je třeba dané potřeby identifikovat. Prostředek, který je nezbytný k identifikaci potřeb, je komunikace, především aktivní naslouchání. Významným aspektem je tedy

komunikace a sociální interakce, partnerský vztah a etické aspekty. Tyto dovednosti vyžadují přesnost, výstižnost a korektnost, dovednost a obratnost. Nepřesnosti mohou mít velmi nepříjemné důsledky, narušují vztahy mezi komunikujícími a vedou k nepochopení sdělovaného (Příbyl, 2015).

Uspokojením potřeby odstraníme napětí vyvolané samotnou potřebou. Způsob uspokojení potřeb je ovlivněn mnoha faktory. Jedním z nich jsou osobnostní charakteristiky jedince. To, jak prožíváme a následně uspokojujeme potřeby ovlivňuje temperament, citová stabilita, volní vlastnosti jedince a další osobnostní charakteristiky. Vliv má také vývojové stadium člověka, jinak vnímá potřebu dítě, jinak senior. Také kulturní a společenské vlivy mají určitý význam. Osvojujeme si vzorce uspokojování potřeb, některé potřeby se naučíme potlačovat, druhé naopak zdůrazňovat. Nelze pominout vliv primární rodiny, podpora našich nejbližších ovlivňuje způsob uspokojování potřeb v dospělosti včetně stáří. Posledním faktorem je onemocnění, přítomností nemoci, bolesti, omezení soběstačnosti a hospitalizace mění prožívání neuspokojené potřeby a její následnou saturaci (Sikorová & Zeleníková, 2012).

V procesu uspokojování potřeb mohou vznikat mnohé bariéry. Na tuto skutečnost je třeba myslet, neboť uvědomění si možných rizik pomáhá předcházet jejich vzniku. Bariérou může být ostych, strach ze zklamání, podceňování druhého, neschopnost přijmout pomoc od druhé osoby, nedostatky v komunikaci, prostředí, ve kterém se necítí nemocný dobře, a především neporozumění sdělovanému (Příbyl, 2015).

Bariéry bývají jiné ve zdraví a jiné v nemoci, problém může nastat v pojmenování potřeb nebo v jejich naplňování. Rozhodujícím vlivem je komunikace mezi poskytovatelem a příjemcem v dané oblasti. Úkolem zdravotní sestry je vnímat okolnosti vzniku bariér, počítat s nimi, jelikož jsou přirozené, a především předcházet jejich vzniku.

Typy bariér:

- Osobní – především stud, pocit nedůvěry, strach ze zklamání, přeceňování nebo naopak podceňování druhého
- Psychické – neschopnost pomoc přijmout při naplňování konkrétní potřeby
- Jazykové – neporozumění tomu, co si navzájem sdělujeme, informační šum, volba nevhodných slov, ostych se ptát znovu
- Fyziologické – způsobené tělesným diskomfortem

- Vzniklé v rámci prostředí – neznámé a chladné prostředí nemocnice
- Ostatní – vyslovení a přijímání omluvy, kritiky, pochvaly, zpětná vazba, řeč těla

Bariér v oblasti poskytování potřeb a motivací je široké spektrum. Často ani neumíme pojmenovat to, co nám chybí, nebo čeho máme příliš, po čem toužíme. Úkolem poskytovatelů ošetrovatelské péče je umět nabídnout jakési spektrum potřeb a umět pomoci najít právě tu potřebu, která v rámci naléhavosti je v popředí (Šamánková et al., 2011).

3.4 Péče zaměřená na pacienta

Pro poskytování kvalitní péče o dlouhodobě nemocné seniory je nezbytné změnit přístup k nim. Posun od péče orientované na nemoc k péči orientované na člověka. Z praxe je známo, že samotná medikace nedokáže plně uspokojit fyzický stav pacientů. Je třeba také klást důraz na duševní stránku jedince. Péče zaměřená na pacienta se soustředí nejenom na fyziologické potřeby, důležité je, aby se nemocný cítil dobře a spokojeně. Optimální péče z pohledu zdravotníka je péče poskytovaná „lege artis“, v souladu s úrovní vědy a technického pokroku. Z pohledu nemocného je to taková péče, při které má pocit uspokojení potřeb a hodnotí spolupráci mezi personálem a sebou jako příjemnou a sympatickou (Haškovcová, 1998).

Péče zaměřená na pacienta je péčí empatickou a soucitnou. Personál, který přistupuje k nemocným, citlivě reaguje na jejich potřeby a preference každého jednotlivého pacienta. Nejtěžším úkolem v pomáhajících profesích je pochopit potřeby nemocných, odhalit, které z nich považují za prioritní a poskytovat profesionální a zároveň humánní péči z jejich potřeb vycházející.

3.5 Klíčové potřeby pacientů

Nemocný je lidská bytost, která potřebuje sociální kontakt, porozumění, pochopení a pomoc. Omezení v této oblasti společně s pocitem nezájmu vyvolá změnu duševního stavu, objevuje se smutek, úzkost, podrážděnost a deprese. Někteří nemocní svoje pocity nedávají znát, jiní naopak o nich hovoří, stěžují si, ventilují nepříjemné pocity hrubostí a nepovedenými žerty. Na uvedené problémy není jednoduché správně reagovat.

Zdravotní sestra musí ovládat specifické dovednosti, jak projevit svou účast, kdy dát najevo, že jednání pacienta není vhodné, kdy dané projevy ignorovat, kdy je obrátit v žert. Nezbytné je zůstat přirozený, zachovat vnitřní rovnováhu a nenechat se vyprovokovat (Zacharová, Hermanová & Šrámková, 2007).

3.5.1 Potřeba jistoty a bezpečí

Být v bezpečí patří mezi základní potřeby. V nemoci potřeba jistoty a bezpečí nabývá na významu. Nemocný potřebuje rozumět situaci, ve které se ocitl, orientovat se v prostředí, které mu má nahradit domov, a potřebuje znát osoby, které o něj pečují. Pozitivní a velmi významný vliv na psychickou pohodu má pocit jistoty a bezpečí. Pocit jistoty a bezpečí úzce souvisí také s důvěrou v personál. Změna životní role, kterou nemoc a hospitalizace přináší, vede k přerušení kontaktu s jeho nejbližšími. Pacient velmi nepříznivě prožívá situace, kdy nemá dostatek informací z domova. Pochopení a ujištění o kladné situaci v rodině přináší změnu nálady a také může příznivě ovlivnit jeho zdravotní stav (Zacharová et al., 2007).

3.5.2 Potřeba stimulů

Každý člověk také potřebuje správnou míru podnětů a činností. Omezený prostor v případě upoutání na lůžko vyvolává v mnohých případech pocit nudy. Vyplnění času často odvrací pozornost od fyzických a psychických problémů, které přináší chronické onemocnění (Kalvach, 2009). Tato potřeba může být naplněna také dobrovolníky. Bártlová (2005) je považuje za pomocníky, kteří touto formou přispívají k naplňování potřeb pacienta. Vhodné je také udržovat a posilovat kontakt s nejbližšími osobami, aktivizovat nemocného k soběstačnosti, posilovat sebeúctu a jistotu (Zacharová et al., 2007).

3.5.3 Potřeba otevřené budoucnosti

Velmi nepříznivý vliv na průběh nemoci má ztráta životní perspektivy. Velkou zátěž představují především chronická onemocnění, které přináší ztrátu vize nejbližší budoucnosti, zhroucení představ o dalším životě a ztrátu životních cílů. Otázka budoucnosti je pro nesoběstačné seniory klíčová, zejména pokud jejich zdravotní stav vyžaduje komplexní péči.

Člověk, který ztrácí postupem času schopnost sám o sebe pečovat, před sebou samým ztrácí svoji hodnotu, bývá nevyrovnaný, náladový a zhoršuje se jeho

komunikace s okolím. Je na místě vyhledat specializovanou pomoc, jejím cílem je vyrovnání se s nepříznivou situací (Zacharová et al., 2007).

3.5.4 Potřeba sounáležitosti, láska a potřeba někam patřit

Potřeba lásky by měla být naplněna ze strany rodinných příslušníků. Od ošetřujícího personálu by naplnění této potřeby nemocný senior očekávat neměl. Právo však má na empatii, laskavost, pochopení a porozumění, což se dá považovat za určitou formu lásky (Šamánková et al., 2011).

4 SPECIFIKA SPOJENÁ SE SATURACÍ POTŘEB

4.1 Nedostatečná saturace potřeb

Míra naplnění lidských potřeb je vymezena saturací - uspokojením potřeb na jedné straně a frustrací na straně druhé. Pokud je narušena vnitřní rovnováha organismu nebo i rovnováha s vnějším prostředím dochází k neuspokojování potřeb. Tato skutečnost vede ke značnému nesouladu, pro dotyčnou osobu se stává zátěžovou situací. Tou může být frustrace, konflikt, stres nebo deprivace.

Frustrace nastává v okamžiku, pokud člověk předpokládal uspokojení subjektivně důležité potřeby, ale ono však nepřichází (Vágnerová, 2014). Tento stav lze snadno překonat, tím že odložíme uspokojení, změníme motiv nebo situaci si budeme vysvětlovat jako posílení vytrvalosti. Frustraci nemusíme vždy považovat za nežádoucí událost, v některých případech vede k formování osobnosti (Příbyl, 2015).

Konflikt patří k běžnému životu každého z nás. Patologickým se stává, pokud míra závažnosti přesahuje určitou mez nebo pokud trvá delší dobu, zahrnuje významnou oblast v životě jedince a není jí schopen řešit (Vágnerová, 2014).

Stres je obecná odezva na nadměrnou tělesnou a duševní zátěž. Projeví se pocitem nadměrné zátěže a narušením psychické a fyzické pohody. Negativní význam má především distres, spojený s pocitem neovlivnitelnosti situace, nepředvídatelnosti vzniku, nepřiměřených nároků a změn, které vyžadují přizpůsobení (Příbyl, 2015).

Deprivace vzniká v případě, kdy není v dostatečné míře uspokojena významná potřeba, což ovlivní psychický stav jedince. Tento termín je spojen především s raným dětstvím, ve formě citové deprivace (Vágnerová, 2014). U seniorů spíše hovoříme o sociální deprivaci. Ta zahrnuje ztrátu sociální identity, ztrátu kontaktu s rodinnými příslušníky, ztrátu zaměstnání, bydliště a odmítnutí nejbližších.

Obranné reakce na situace spojené ze zátěží vychází z osobních dispozic jedince. Cílem je obnovení psychické pohody a rovnováhy. Mezi tyto reakce patří útok nebo únik. Útok je obranou aktivní, jedinec útočí přímo na zdroj ohrožení, na zástupný zdroj nebo agresí může obrátit přímo proti sobě. Únikem člověk situaci řeší v případě, pokud si nedokáže jinak poradit. Prakticky se jedná o neuvědomované mechanismy (popření, vytěsnění, racionalizace atd.) nebo může změnit svůj postoj k dané situaci (Příbyl, 2015).

4.2 Komunikace v ošetrovatelském procesu

Správně identifikovat potřeby seniorů lze především kvalitní komunikací. Tento názor, že zdravotničtí pracovníci, kteří pečují o nemocné s těžkými chorobami by měli disponovat vynikajícími schopnostmi a dovednostmi při komunikaci s lidmi, zastává také Payne et al. (2007). Z tohoto důvodu bych se na tomto místě chtěla věnovat komunikaci v ošetrovatelském procesu, která se od běžných situací v životě liší v mnoha aspektech.

Při všech činnostech na sebe s druhými vzájemně sociálně působíme. Komunikace je jednou z forem sociální interakce. Zdravotní sestry svým chováním ovlivňují prožívání a chování seniora, jeho následné chování zpětně působí na prožívání a chování zdravotní sestry. Kvalitní vztahy mezi pacientem a zdravotnickým personálem posilují důvěru a zlepšují spolupráci mezi nimi.

Komunikace je proces, při kterém působíme na druhé. Působit na druhé můžeme verbálně, neverbálně, vědomě, nevědomě, záměrně nebo bezděčně. V profesi zdravotní sestry by měla převládat komunikace vědomá a záměrná a měla by sloužit k navázání vztahu mezi ní a pacientem s cílem získat kontakt a důvěru (Čechová et al., 2001).

Pro přínosnou komunikaci je nezbytný skutečný zájem pečujícího, je totiž důležitý pro navázání dobrého kontaktu s pacientem a jeho rodinou. Pokud tento vnitřní postoj zdravotní sestra má, je možné budovat prostor pro další kvalitní komunikaci. Zároveň také umožní vytvořit atmosféru důvěry, která dovolí se pacientům uvolnit, získat důvěru k pomáhajícímu a také posílit pacientovu sebedůvěru a lidskou důstojnost. V praxi si při komunikaci s pacientem není možné počínat jako u výslechu, klást otázky jednu za druhou a očekávat jednoslovné odpovědi. Lepším postupem je nechat pacienta, aby vyprávěl, a přitom využívat specifické komunikační dovednosti (Marková, 2010).

Specifickou komunikační dovedností je umění naslouchat, což znamená mimo slyšení především pochopení a porozumění. V psychologii rozlišujeme pasivní a aktivní naslouchání. Pasivním nasloucháním rozumíme takový příjem informací, které není spojený s porozuměním a během kterého není poskytována zpětná vazba člověku, který mluví. Slouží mu především k uspořádání myšlenek. Při aktivním naslouchání je nezbytná aktivita posluchače, který empaticky identifikuje sdělované a hovořícímu poskytuje zpětnou vazbu. Vyžaduje plné zaměření

pozornosti k tomu, kdo je nositelem informace, porozumění jeho citovým prožitkům a udržování očního kontaktu. Být otevřený a nakloněný k hovořícímu a zapojení nonverbální komunikace. Příjemce sdělované informace musí být schopen parafrázovat a shrnout, co druhý sděluje (Příbyl, 2015).

V pomáhajících profesích mezi komunikační specifika (Procházka, Šmahaj, Kolařík, & Lečbych, 2014), která považují za důležitá, patří fyzická vzdálenost mezi účastníky komunikace - proxemika. Blížkost či vzdálenost podle Musila (1996) vyměřujeme do několika zón: intimní (0 - 30 cm), osobní (45 - 70 cm), sociální (1,5 - 2 až 3 - 3,5 m) a veřejnou (3,5 m a víc). Zdravotníci opakovaně vstupují do intimní a osobní zóny klientů, což může být pocíťováno velmi negativně. Vždy je třeba nemocného na tuto skutečnost upozornit a vysvětlit její nezbytnost.

Zásady pro přínosnou komunikaci popisují Šamánková et al. (2011), patří mezi ně: obecné zásady rozhovoru, především srozumitelnost, přiměřenost, brát na zřetel dané prostředí, zdravotní stav pacienta, naslouchat tomu, co nám dotyčný sděluje, dodržovat osobní a sociální zónu, neříkat, že vše známe, nechat člověka vše v klidu sdělit, projevit osobní zájem, nepředávat získané informace bez souhlasu jedince a myslet na to, že každý člověk je jedinečná bytost, která je ovlivněna typologií osobnosti, charakterem, předchozí zkušeností, inteligencí a mnoha dalšími faktory. Mezi další specifické komunikační techniky a dovednosti, které by měly zdravotní sestry ovládat patří podle Čechové et al. (2001) umění klást otázky, podněcovat hovor, reflektovat pocity nemocných, bilancovat to, co řekl nemocný, ale také umět mlčet. Názor Sheldona na komunikaci a osobnost zdravotníků popisuje Callahan (2009). Ideální je, pokud umí naslouchat a projevit empatii, jsou na blízku a projevují svou zranitelnost. Pokud se tak stane, otevírá se bolest a odmítnutí, ale také chvála a radost. Jejich profesionalita je však nutí k tomu se příliš nezapojoovat a udržovat určitý odstup.

Marková (2010) připomíná, že je třeba si uvědomit, že v paliativní péči je pacient nedílnou součástí rodiny, která soucítí spolu s nemocným. Ten se zase může trápit, jak jeho blízcí zvládají či nezvládají jeho vážnou nemoc. Zdravotní sestra musí citlivým způsobem zvládat i komunikaci s rodinou nemocného; umět poskytnout správné a pravdivé informace o průběhu nemoci, umírání, umět předcházet a zdolávat konfliktní situace nebo ustát projevy zármutku a truchlení.

Orel et al. (2016) zdůrazňují skutečnost, že do mezilidských vztahů a do oblasti komunikace také vstupují naše emoce. Vliv mají především na neverbální

komunikaci (mimiku, gestiku, pohyby, držení těla) a na paraverbální komunikaci (zabarvení řeči, její intenzitu, tón a rychlost hlasu). Neverbální chování (Scherer, 1970) nahrazuje, zvýrazňuje, odporuje nebo mění význam verbální komunikace. Tyto poznatky vedou k tomu, že při komunikaci v pomáhajících profesích je na místě, aby panoval soulad mezi verbální a nonverbální komunikací.

4.3 Emoce a empatie ve vztahu pomáhající vs. klient

V pomáhajících profesích je velmi podstatný prvkem lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a klientem. Kopřiva (2013) popisuje v čem se odlišují profese, jejichž náplní je pomáhat druhým. Zmíněný autor provedl dotazníkové šetření, ve kterém se dotazoval sester a sociálních pracovníků, jaké nejdůležitější schopnosti nebo vlastnosti by přáli svým blízkým v případě, že by se ocitli v domově důchodců. Mezi nejčastější odpovědi patřily kategorie, které vyjadřovali vztah sestry k obyvatelům, a to náklonnost, trpělivost a vcítění. Těmto dovednostem se na školách příliš času nevěnuje.

Profese všeobecné sestry patří také mezi pomáhající profese. Nemocný potřebuje věřit lidem, kteří o něj pečují, cítit jejich zájem o něj, vážit si jich a důvěřovat jim. Hlavním nástrojem pomáhajícího je jeho osobnost. Osobnostní předpoklady pro práci v oblasti paliativní medicíny shrnul Kupka (2014). Nezbytné je duševní zdraví osob, které pracují v této oblasti, dále osobnostní zralost, schopnost ovládnutí a trpělivost. Všeobecná sestra by měla mít schopnost se vcítit do pacientova prožívání a snažit se pochopit, co se v něm odehrává. Tuto schopnost podle Procházky et al. (2014) je třeba udržovat v určitých hranicích, není nutné autenticky prožívat totéž co nemocný, dokonce by to bylo kontraproduktivní, hrozí zahlcení silnými pocity.

Vztah k pacientům může nabývat několik podob. Neutrální pracovník v pomáhajících profesích jedná rutinně, svoji práci chápe jako výkon svěřených pravomocí bez osobní angažovanosti a pacienta. V praxi se (doufám, že ojediněle) můžeme setkat s arogantním, hrubým a lhostejným přístupem k pacientovi. V opačném pólu příliš angažovaný pomáhající má tendenci přebírat kontrolu nad klientem nebo se obětovat pro klienta na svůj vlastní úkor. Tyto tendence se mohou vyskytnout současně (Kopřiva, 2013).

4.4 Rizika v práci všeobecné sestry

Každý člověk je jiný, to je v naprostu v pořádku. Každý nemocný nám nemusí být nutně sympatický, ale i s ním je potřeba navázat vztah, který nám umožňuje naplňovat jeho potřeby, starat se o něj a pomáhat mu. Vztah s nemocným funguje jen s určitou investicí ze strany ošetřujícího personálu. Nezbytné je zapojit profesionalitu, vůli a překonat určitá úskalí a problémy.

Venglářová (2007) upozorňuje na pojetí role pomáhajícího. Je totiž spojena s mýtem, že skutečně dobře pomáhat může jen ten, kdo umí potlačit svoje potřeby, rychle se adaptovat na zátěž a nedávat najevo svoje emoce. V praxi to přináší velkou psychickou, fyzickou a emocionální zátěž. Také Kebza et al. (2012) upozorňují, že péče o imobilního, umírajícího nebo seniora s progredující demencí je velmi náročná. V této souvislosti se hovoří o tzv. syndromu vyhaslosti, typického pro pomáhající profese.

Syndrom vyhoření je reakcí na mimořádně zatěžující práci. Převažují při něm prožitky vyčerpání, pocity beznaděje, kognitivní opotřebením a celková únava. Dochází k celkovému vyčerpání fyzických, emočních a duševních sil, dostavuje se pocit, že se to dál nedá zvládnout (Křivohlavý, 2001). Dalším problémem, který s sebou přináší práce všeobecné sestry pracující na odděleních typu léčeben pro dlouhodobě nemocné a následné péče, kde jsou nemocní hospitalizováni i několik měsíců, je chybějící proces uzdravení, který posiluje zdravotníky na jiných odděleních. Potřeba smysluplnosti patří mezi základní potřeby.

V ošetřovatelství v geriatrici, v péči o seniory a paliativní péče je třeba nahlížet na potřebu smysluplné práce z jiného úhlu. Přijmout skutečnost, že nelze očekávat příliš zásadní změny v pozitivním směru k uzdravení, důležitá je kvalita života a současný stav pacienta. Také mezi profesionály není tato práce dostatečně respektována (Venglářová, 2007).

4.5 Kvalita života

Kvalita života pacienta a jeho blízkých je základním tématem v paliativní péči. Pojem kvality života je velmi široký, těžko uchopitelný a komplexní problém. Téma potřeb úzce souvisí s kvalitou života, proto se pokusíme tento pojem objasnit z hlediska cílů v péči o nemocné.

Kvalita života se velmi úzce pojí s pochopením lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další

podmínky pro zdravý a šťastný život. Celkový pohled na život se týká vnějších podmínek, a také vnitřních rozměrů člověka (Payne et al., 2007).

Definici kvality života se pokusili shrnout Jocham, Dassen, Widdershoven a Halfens (2006), přičemž klasifikovali pět kategorií:

- Schopnost žít normální život
- Štěstí/spokojenost
- Dosažení osobních cílů
- Schopnost vést společenský život
- Fyzická a mentální kapacita

Definice kvality života by měla zahrnout všechny uvedené aspekty. Multidimenzionální pojetí kvality života (Girgis et al., 2006) zahrnuje oblast fyzickou, funkční, emocionální, sociální ale také i duchovní. Podle definice WHO je kvalita života „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem*“ (Dragomirecká & Bartoňová, 2006, 46).

Pojem kvality života je individuální. Velmi blízko ke kvalitě života má konstrukt životní spokojenosti, nelze je však považovat za synonyma. Jednou ze složek kvality života je právě uspokojování lidských potřeb, které je vyhraněno dvěma aspekty: subjektivním a objektivním. Hodnotit kvalitu života považujeme za velmi složitý proces, vždy v sobě odráží pocit pohody, který vychází z tělesného, sociálního a duševního stavu každého člověka (Šamánková et al., 2011).

Z hlediska psychologického se kvalita života spojuje s osobní pohodou (well-being). Hodnotí se kvalita života jako celek, reflektuje spokojenost jedince s životem. Z objektivního hlediska ji můžeme vyjádřit pomocí materiálního zabezpečení, fyzického zdraví, sociálních podmínek života a sociálního statutu. Ze subjektivního hlediska se jedná o vnímání jedince samotného - postavením ve společnosti, individuální očekávání, dosahování cílů, saturace osobních potřeb (Příbyl, 2015).

Z hlediska praktického kvalita života pro nemocného znamená „cítit se dobře a být spokojený“.

Haškovcová (2010) zdůrazňuje, že vždy za každé situace je třeba usilovat o osobní pohodu pacienta. V nemoci a ve stáří se prožívání kvalitního života odlišuje, modifikuje a dostává zcela nový rozměr. Jinak řečeno, co zdravý jedinec

nepovažuje za kvalitní, pro nemocného seniora může být opakem. Podle Markové (2010) však nelze v žádném případě říct, že nemocnému k prožívání kvalitního života stačí netrpět bolestí a jinými subjektivně nepříjemně prožívanými symptomy.

4.6 Autonomie pacienta

Potřeba autonomie (nezávislost, svébytnost) se řadí mezi potřeby sebeaktualizace v souvislosti s osobní svobodou, člověk je sám sobě zákonem a má možnost o sobě rozhodovat. Zcela fyzicky závislý člověk může být psychicky v plné míře autonomní. Potřeba autonomie je naprosto individuální záležitostí. Dominantnější jedinec má potřebu autonomie vyšší, u submisivnějšího jedince je tomu naopak. Člověk zcela autonomní má schopnost se svobodně rozhodnout, chce autonomii uplatnit a má k tomu možnosti. Autonomní senior podle Wiji a Holmerové (2014) je takový senior, který žije podle svých představ, nadále pracuje nebo se podílí na různých aktivitách, naplňuje a prosazuje svoje postoje a hodnoty. Munzarová (2005) považuje autonomii za formu svobodné aktivity, člověk skrze ni určuje způsob svého jednání v souladu se svými plány podle vlastního výběru, přání, hodnot a ideálů. Potřeba rozhodovat sám o sobě souvisí s vůlí, která je jedním z projevů lidské osobnosti. Pro Bašteckou, Macha, et al. (2015) je vůle základním lidským právem, jejím základem je chtění, které se projeví jednáním. McIlmurray et al. (2003) hovoří o tom, že pacienti většinou považují za důležité mít kontrolu nad svým životem a chtějí o sobě a své péči rozhodovat, nebo se alespoň dle svých možností na ní podílet. Právo na autonomii každého člověka přiznává mimo jiné Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Podle názoru Haškovcové (1998) však žádné právo nelze uplatňovat bezhlavě, vždy je třeba brát v potaz kontext a vyváženost. Rezignace jedinců na vlastní autonomii je zbavuje tíhy vlastního rozhodování a obav z jeho důsledků. Také ve výzkumu potřeb Přebyla (2015) se ukazuje, že potřeba autonomie mírně klesá s věkem. Sýkorová (2007) považuje svobodně zvolenou závislost za adaptační copingovou strategii, která by měla být tolerována.

Velmi často se u chronicky nemocných snižuje spontaneita, aktivita i zájem společně s pocitem poklesu energie. Toto snížení vůle se nazývá hypobulie. Vůle je schopnost zvážit, rozhodnout se a zaměřit svoje úsilí a činnost k dosažení nějakého cíle. Vůle je spojena s rozhodováním a chtěním, realizuje se volným jednáním (Orel et al., 2016).

5 VÝZKUMY A POZNATKY SOUVISEJÍCÍ S POTŘEBAMI DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH PACIENTŮ

Vintrová v roce 2012 zkoumala postoje sester pracujících v nemocnicích a v hospici k pacientům v terminálním stádiu. Zajímala se také o to, jaké znalosti mají sestry o ošetrovatelské péči a jaké mají pocity při ošetřování o terminálně nemocné. Výsledky pak mezi sebou porovnávala. Jaké potřeby považují sestry za nejdůležitější? Výzkumný vzorek činil celkem 160 všeobecných sester, z nichž ani jedna neoznačila jako nejdůležitější pacientovu potřebu nemít žízeň, nehladovět, mít upravenou a čistou postel a být v čistotě a pohodlí. Sestry vybíraly spíše možnosti netrpět bolestí, být v klidném a příjemném prostředí, nebýt sám, mít možnost opory blízkých, smíření se sebou samým a se smrtí, a také potřebu bezpečí, uznání a úcty (Vintrová, 2012).

V domovech důchodců proběhlo v roce 1994 dotazníkové šetření, které zjišťovalo, kterými schopnostmi a dovednostmi by měly zdravotní sestry disponovat. Odpovědi byly tříděny do kategorií, jako nejdůležitější kategorie se ukázaly tři kategorie vyjadřující vztah zdravotních sester k jejich obyvatelům: náklonnost 64 %, trpělivost 41 %, vcítění 42 %; čtvrtá kategorie zachycovala znalosti a dovednosti: odbornost 41 %. Odpovědi byli získány od 266 zdravotních sester pracujících v domovech důchodců (Kopřiva, 1994).

V letech 2011-2014 byl proveden kombinovaný výzkum zaměřený na preferenci potřeb při hospitalizaci pacientů v konečném stadiu nemoci. Nejprve byl proveden kvalitativní výzkum, metodou ohniskových skupin složených z odborníků v oblasti péče o umírající pacienty, samotných nemocných a jejich rodinných příslušníků. Měl za cíl analyzovat bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života. Získaná data byly analyzována fenomenologickou metodou, výstupem bylo schéma nejdůležitějších potřeb, na jehož základě byl vytvořen český dotazník pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči - PNAP, který pokrývá oblasti nejčastějších bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Zúčastnilo se ho celkem 48 respondentů, 20 všeobecných sester, 4 lékaři, 8 sociálních pracovníků, 3 duchovní, 4 pacienti, 7 pozůstalých rodinných příslušníků, 1 pracovník pohřební služby a 1 psycholog. Z analýzy dat vyplynulo, že pro kvalitu života pacientů v konečném stadiu nemoci je nezbytná péče o symptomy nemoci, respekt k autonomii pacienta, uznání psychických,

sociálních a spirituálních potřeb. Kvalitní péče o symptomy a léčba bolesti se odráží v soběstačnosti nemocných. Oblast autonomie se týká zajištění dostatečných informací pro možnost rozhodovat sám o sobě. V psychické oblasti byla zmíněna potřeba možnosti sdílet emoce, zachování identity a smíření se smrtí. V sociální oblasti byla důležitá podpora rodiny a zdravotníků, bezpečí, možnost aktivit a úprava prostředí. V duchovní oblasti byla stanovena potřeba nalézt smysl života a zajištění religiózních potřeb. V následné kvantitativní části byly mapovány preference a saturace potřeb pacientů a jejich rodinných příslušníků v kontextu kvality života. Výzkum proběhl ve Fakultní nemocnici v Ostravě u 349 nemocných v konečném stadiu chronického onemocnění, přičemž se jednalo o pacienty s ukončenou terapií onkologické nemoci (225 pacientů) nebo v konečné fázi neonkologické nemoci (124 pacientů). Do výzkumu byly zařazeni pouze ti respondenti, kteří v rámci Karnofského indexu dosáhli méně jak 60. Pomocí Karnofského skóre (Křivohlavý, 2002) se hodnotí funkční stav nemocných na škále od 0 do 100 (0=smrt, 100=normální stav). Průměrný věk pacientů činil 68,1 let se směrodatnou odchylkou 12,8. Z výzkumu vyplynulo, že za nejdůležitější potřeby považují pacienti „respekt a podporu zdravotnických pracovníků“ a „autonomii“, nejméně preferovali „religiózní potřeby“ a „možnost sdílení emocí“. Po 14-30 dnech proběhlo opakované měření, kterého se zúčastnilo 140 respondentů, při kterém byla taktéž zjištěna relevantnost v oblasti „respekt a podpora zdravotnických pracovníků“. V oblasti fyziologických potřeb došlo spíše k nárůstu preference, a naopak v oblasti sociálních potřeb došlo k jejímu poklesu (Bužgová, 2015).

5.1 Fyzické potřeby

Mezi fyzické potřeby řadíme vše, co je pro člověka nezbytné pro uchování života. Do této kategorie řadíme potřebu zdraví, dýchání, hydratace, výživy, vyprazdňování moči a stolice, tělesné a duševní aktivity, spánku a odpočinku, tepla a pohodlí, vyhýbání se bolesti, očisty a hygieny; sexuální a mateřské potřeby. Tyto potřeby určují tělesné funkce organismu, které v případě porušení vedou k potížím v běžném životě společně s ohrožením lidské existence. Svoje fyziologické potřeby si zdravý člověk neuvědomuje, jejich saturace probíhá automaticky. V nemoci a ve vyšším věku tyto potřeby nejsou nebo nemohou být dostatečně saturovány (Chloubová, 2005).

Bužgová (2015) zjistila, že pro lepší kvalitu života pacientů v paliativní péči je nezbytná léčba symptomů a problémů, které provází chronické a progredující onemocnění, společně se zajištěním co nejmenšího omezení. Mezi příznaky, které byly považované za důležité z hlediska pacientů byla péče o bolest, únavu, dušnost, spánek a inkontinenci moči a stolice. Addington-Hall spolu s O'Callaghan (2009) srovnávali spokojenost nemocných s léčbou bolesti v nemocnici a v hospici. Hospic dopadl podstatně lépe, péči o bolest za dostatečnou považovalo 81 % nemocných, zato v nemocnici pouhých 39 %. V ČR nebylo spokojeno s léčbou bolesti 24 % hospitalizovaných nemocných (Bužgová & Havelková, 2012).

Bužgová (2015) uvádí, že potlačení subjektivně nepříjemných symptomů by mělo vycházet z preferencí a přání konkrétního nemocného a nemělo by být zároveň odděleno s psychosociálních a spirituálních hledisek péče. Na bolest je třeba pohlížet komplexně.

V oblasti těla se jedná o lokalizaci, intenzitu, typ bolesti a další symptomy spojené s bolestí, jako je např. nespavost, ztráta chuti k jídlu nebo únava. Emoční složka bolesti zahrnuje strach, úzkost, osamělost, pocity beznaděje a pesimismus. Kognitivní složka je spojená s představami o vzniku a udržování bolesti, hledání viny u sebe nebo u druhých, názory na léčbu a copingové strategie spojené se zvládáním zátěže. V poslední řadě jde o složku behaviorální projevující se vyhýbáním se aktivitě, hledáním úlevové polohy, hledáním opory, opakovanou hospitalizací. Uvedené složky se navzájem ovlivňují, změna v kladném směru v některé z uvedených oblastí příznivě ovlivní také ostatní (Raudenská & Javůrková, 2011).

5.2 Psychické potřeby

Pro hodnocení psychického stavu je vhodné hodnotit pocity úzkosti a depresi. Ve výše zmíněném kvalitativním výzkumu (Bužgová, 2015) všeobecné sestry poukazovaly na problém nedostatku zájmu ošetřujících o psychickou stránku pacientů během hospitalizace, a to i v případě skutečnosti, že se běžně setkávají s nemocnými, kteří trpí úzkostí, nejistotou a strachem. Sláma, Kabelka, Vorlíček et al. (2011) spojují úzkost s pocitem nejednoznačné budoucnosti. Nevědomý a skrytý strach o život, který posléze vstupuje do vědomí, popisuje Dostálová (2004).

Stáří přináší pocity slabosti a vlastní neschopnosti, které prohlubují ztrátu kontroly nad svým životem. Psychosociální příčiny zátěže tak souvisejí především se ztrátou

soběstačnosti (Boleloucký, 2004). Senioři v ústavní péči trpí samotou, citovou a podnětovou deprivací. Mají omezenou schopnost komunikovat, ztrácí úctu k sobě i ostatním, jsou vzhledově neatraktivní, tyto uvedené faktory podle Topinkové (2005) přispívají k utrpení dlouhodobě nemocných.

Uvedené poznatky ukazují relevantnost toho, co člověk prožívá. Emocionální stránka života dlouhodobě nemocných by se tak měla stát důležitou součástí péče o tyto pacienty. Také Bužgová (2015) uvádí, že nemocní mají potřebu hovořit s personálem o tom, co cítí. Výzkum psychosociálních potřeb, který probíhal v léčebně pro dlouhodobě nemocné ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (Housková, 2017) ukázal, že nemocní mají potřebu se svěřovat se svými starostmi, obavami, nejistotami a trápením, které je tíží. Čermáková (2016) upozorňuje, že většinou neumí nemocný nazvat a popsat svoje emocionální potřeby, tedy to, co ho trápí, jak se cítí a co prožívá, proto je kladen značný nárok na komunikační dovednosti ošetřujícího personálu. Vymětal (2003) doporučuje vést s pacienty upřímné a empatické rozhovory, které posilují jejich psychickou pohodu. V jejich rámci je možné probrat vše, co považuje nemocný za podstatné, tedy i o jeho obavy.

5.3 Sociální potřeby

Sociální potřeby nemocných se obvykle překrývají s těmi psychickými. Nejdůležitější potřebou v této oblasti jistě patří pocit sounáležitosti a sdílení, které vedou k prožitku lidské blízkosti a vzájemnosti. Nejvýznamnější roli zastává rodina a blízcí nemocného, zejména jejich podpora. Pacient by neměl být izolován od domova a od přátel. Dlouhodobá hospitalizace podle Vágnerové (2000) přináší mimo změnu společenského postavení také redukci sociálních rolí. Sociální svět pacientů se tak výrazně zužuje na nejbližší členy rodiny, zdravotníky a spolupacienty. Význam možnosti setkat se s někým v podobné situaci byla také zmíněna pacienty v kvantitativním výzkumu (Bužgová, 2015), jako nenaplněnou ji však považovalo pouze 14 %.

Sociální změny, se kterými se nemocní potýkají, popisují i Špaténková et al. (2004), týkají se především osobní identity, prostoru, sociální role, v nemoci dochází ke změně perspektivy a mění se okruh osob poskytujících sociální podporu. Také ve výše představeném výzkumu Bužgové (2015) 83 % pacientů udávalo jako nejdůležitější sociální potřebu přítomnost blízké osoby, která vytváří pocit jistoty a bezpečí. Podle Nakonečného (1996) vede sociální kontakt ke snížení úzkosti. Za

blízké osoby považují nemocní partnery, děti, přátele a známé. Přítomnost malých dětí v nemocnici není často zdravotnickým personálem doporučována. Čermáková (2010), která zkoumala kvalitu života chronicky nemocných zjistila, že rodina je pro tyto nemocné nejdůležitější částí.

Nešporová, Svobodová a Vidovičová (2008) zkoumaly názory vedoucích pracovníků na potřeby u seniorů v nestátním sektoru u vedoucích pracovníků. Ti jako nejčastější (společně se základními biologickými potřebami, především péči o tělo a vylučování) uváděli především potřeby sociální – potřebu komunikace a vztahů s ostatními osobami, potřebu bezpečí, důstojnosti, vážnosti a respektu. Častým tématem výzkumných prací je porovnávání poskytování ošetrovatelské péče, a tedy míra naplňování potřeb v nemocničních zařízeních a hospicích. Hospice ukazují, že vztahy mezi personálem a pacienty jsou lidštější, dají se přirovnat k rodinným, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné jsou spíše omezeny na pracovní povinnosti (Provazníková, 2011). Čermáková (2016) vidí jako velké plus hospice dostatek času, který zdravotníci nebo psychologové pacientům mohou věnovat. Pacient má v něm možnost mluvit s personálem tak dlouho, jak potřebuje. Hlavní rozdíl mezi péčí poskytovanou v hospici a LDN je především otázkou času, který personál nemocným poskytuje.

V souvislosti se zdravotnickými pracovníky 77 % hospitalizovaných nemocných uvádělo potřeby spojené s respektem a podporou personálu. Mezi ně patřil respekt a úcta při ošetrování, podpora ošetřujícího personálu, naslouchání a komunikace, informace o ošetrovatelské péči a důvěra v personál. Nejméně spokojeni byli pacienti v saturaci potřeby naslouchání, komunikace a důvěry. Pomocí vícerozměrné regresní analýzy se jako prediktor důležitosti a saturace potřeb v této oblasti ukázala vyšší úzkost u pacientů (Bužgová, 2015).

5.4 Spirituální potřeby

Ve výzkumu Bužgové (2015) spirituální potřeby byly hodnoceny ve dvou kategoriích: smysl života a smíření a religiózní potřeby. V kvantitativní části výzkumu nalezení smyslu života uvedlo 89 % nemocných, být naplněn klidem 89 % a mít pozitivní náhled na život 86 % pacientů. Základní potřebou pacientů ve stadiu terminálního onemocnění (Haškovcová, 2000) je potřeba smyslu života.

Podle Ondrušové a Dragomirecké (2012) jsou ohroženi ztrátou smyslu života především křehcí a nemocní senioři, lidé s nižší mírou zdatnosti, adaptability a

soběstačnosti, senioři žijící osaměle a nesoběstační senioři umístění právě v nemocničních zařízeních typu léčeben pro dlouhodobě nemocné a odděleních následné péče. V praxi má smysl hovořit s nemocným o dosavadním smyslu života, o tom, zda má utrpení nějaký smysl, a o naději. Zdravotník má ponechat naději v takové míře, jakou určí samotný senior. Čím je větší naděje, tím lépe snáší nemocný svůj současný zdravotní stav (Dostálová, 2004). Také zakladatelka českého hospicového hnutí (Svatošová, 2008) připomíná, že je třeba se radovat z malých dosažitelných cílů.

V oblasti náboženské víry (Bužgová, 2015) pouze 17 % pacientů považovalo za důležité religiozní potřeby, i přes skutečnost, že 44 % respondentů se považovalo za věřící. Náboženské potřeby nemocní uspokojují pomocí služeb duchovního. Zajímavý poznatek přinesl výzkum (Venclíková, 2003) prováděný v hospici Anežky České v Červeném Kostelci. I nemocní, kteří se považovali za nevěřící měli potřebu hovořit nebo přemýšlet o duchovních oblastech života a víru brali jako jeden z prostředků naděje.

6 EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

6.1 Výzkumný problém

Téma potřeb v paliativní péči se vyskytuje v publikacích poměrně často. Poznatků o tom, které potřeby považuje pacient za podstatné, které jsou či nejsou uspokojovány taktéž. Ve větší míře se věnuje prostor spíše nemocným hospitalizovaným v hospici, onkologicky nemocným v terminální fázi anebo se výzkumy věnují porovnávání poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení a zmíněných hospicích. Poměrně dobře je zmapována také situace v sociálních zařízeních. Z tohoto důvodu byla zvolena problematika potřeb ve zdravotnických zařízeních v péči o dlouhodobě nemocné seniory.

Z dostupných poznatků je zřejmé, že klíčovou rolí v uspokojování celého spektra potřeb hrají klíčovou rolí právě všeobecné sestry, které s dlouhodobě hospitalizovanými nemocnými tráví nejvíce času. Vystala tak otázka, zda rozumí sestry potřebám svých nemocných a zda dokáží jejich potřeby uspokojit tak, aby došlo ke zvýšení kvality jejich života. V rámci ucelenosti výzkumu se zaměřujeme také na potřeby rodinných příslušníků, kteří tvoří významnou složku v životě těchto pacientů, a na to, jak vnímají sestry spolupráci s nimi. Také vytanula otázka ohledně potřeb samotných sester jako pomáhajících pracovníků.

6.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat zkušenosti zdravotních sester s potřebami dlouhodobě nemocných seniorů. Konkrétně se jedná o popis, který vychází z komplexního přístupu ke člověku. V centru zájmu byly biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby. Tento výzkum si ptá, jak zdravotní sestry rozumí potřebám svých pacientů, konkrétně v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a na odděleních typu následné péče.

Dílčím cílem je pak prozkoumat znalosti zdravotních sester v oblasti bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb u dlouhodobě nemocných, vysvětlit a popsat, které potřeby sestry považují za důležité pro dlouhodobě nemocné a také zjistit, jak tyto potřeby u nemocných zjišťují a naplňují.

Zaměřili jsme se také na potřeby rodinných příslušníků dlouhodobě hospitalizovaných pacientů a v neposlední řadě také na potřeby samotných zdravotních sester.

K naplnění cílů byly položeny tyto výzkumné otázky:

- Jak všeobecné sestry rozumí potřebám dlouhodobě nemocných?
- Jaké zkušenosti mají všeobecné sestry s prioritou potřeb u dlouhodobě nemocných?
- Jaké zkušenosti mají všeobecné sestry se zjišťováním potřeb důležitých pro dlouhodobě nemocné?
- Jak jsou tyto potřeby uspokojovány?
- Jaké potřeby mají rodinní příslušníci dlouhodobě nemocných?
- Jaké potřeby mají všeobecné sestry?

7 APLIKOVANÁ METODIKA

7.1 Metodologický přístup

Vzhledem ke zvolenému tématu, které vyžaduje hloubkovou analýzu, jsme přistoupily ke kvalitativnímu zpracování dat. Cílem práce bylo získat co nejhlubší pohled do výše zmíněné problematiky prostřednictvím interview. Osobní rozhovory nám dali možnost poznat konkrétní zkušenosti všeobecných sester s potřebami dlouhodobě hospitalizovaných a nemocných a jejich rodinných příslušníků. Domnívám se, že způsob provedení výzkumu byl také přínosem pro jednotlivé probandy, neboť umožnil získat jakýsi náhled a pozastavení nad činnostmi, které často v praxi probíhají zpravidla rutinně.

Kvalitativní design byl také vybrán z osobních důvodů. Jelikož sama pracuji s dlouhodobě nemocnými, téma potřeb našich pacientů se mě dotýká přímo, přínosem bylo tak obohacení o jedinečné zkušenosti mých kolegyně.

Podstatou kvalitativního výzkumu je pochopit problém, dopátrat se jádra věci, prozkoumat, jak lidé jednají, chápou a vnímají skutečnost. Výzkumník se zjištěné skutečnosti nesnaží nastrkat do předem daných hranic a mantinelů, ale daný obraz kreativně vytváří v celém průběhu procesu výzkumu (Hendl, 2016).

Kvalitativní výzkum pracuje s malým počtem probandů, za to se však snaží získat co nejvíce informací. Získané výsledky nelze zobecnit. Jeho nevýhodou je, že se vyznačuje nízkou reliabilitou, tento nedostatek může být vyrovnán vysokou validitou (Disman, 2002).

7.2 Typ výzkumu

Pro zpracování získaných dat byl zvolen fenomenologický přístup, konkrétně: Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Tento přístup podle Hendl (2016) klade důraz na jedinečnost porozumění jedinci zkušenosti s daným tématem. IPA byla založena a rozvíjena od 90. let minulého století Jonathanem A. Smithem. Podle jejího zakladatele začíná detailním prozkoumáním jednoho případu a pokračuje do té doby, než dosáhne nějakého stupně porozumění, teprve nato přechází k analýze dalšího případu. Teoretickou základnu má IPA ve třech zdrojích: fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu. Fenomenologie zachycuje zkušenosti deskriptivně, není zatížena zkušenostmi interpretujícího. K tomu slouží například metoda uzávorkování, prozkoumávání vlastních předpokladů a prekonceptů.

Hermeneutika tento postoj vylučuje. V tomto ohledu IPA zaujímá pozici, ve které je metoda fenomenologického popisu spojena s interpretací. Výzkumník na jedné straně prozkoumává zkušenost daného člověka a zároveň si uvědomuje, že v tomto procesu hraje roli jeho zkušenost s daným tématem a také interakce mezi ním a účastníkem výzkumu. K porozumění zkušenosti člověka je nutný i jeho osobní postoj. V průběhu analýzy se výzkumník vzdaluje od respondenta, do analýzy zahrnuje to, co vychází z něj. Výsledek analýzy pochází ze společné práce. Třetím pilířem IPA je idiografický přístup, zaměřený na konkrétního jedince, který ve svém životě zažívá specifickou událost (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

7.3 Metoda tvorby dat

Sbírání dat probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru, konkrétně jeho variantou rozhovoru zaměřeného na problém. Hendl (2016) vysvětluje tento typ rozhovoru následujícím způsobem: výzkumník se soustředí na určitý problém, který uvede a ke kterému se stále vrací. Problémovou oblast nejprve analyzuje a zpracuje. Rozhovor pak stále vztahuje k uvedené problému. Při zjišťování, ověřování a analýze se odhaluje podstata zjištěných dat a jejich vzájemný vztah. Rozhovoru samotnému předcházely otázky směřující na věk respondentky, typ pracoviště, délku celkové praxe ve zdravotnictví a délku praxe s dlouhodobě nemocnými na pracovištích následné péče nebo v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Také bylo respondentkám vysvětleno, co bude předmětem rozhovoru a jak bude probíhat, cílem bylo navození klidné a příjemné atmosféry. Všechny rozhovory probíhaly v soukromí v místě mého bydliště. Zde byla možnost zajistit potřebný klid pro získání rozhovoru a zároveň jsme nebyli omezeni časem. Všechny respondentky tak měli stejné podmínky. Semistrukturované rozhovory vyžadují značné množství času. Proto je vhodné zajistit vedení rozhovoru bez zbytečného přerušování, v klidu, o samotě a ve známém a příjemném prostředí pro oba zúčastněné.

V našem výzkumu byla daným problémem tematika potřeb souvisejících s dlouhodobě hospitalizovaných nemocných v paliativním režimu léčby. První otázka tedy směřovala právě na to, které potřeby jsou považovány za prioritní. Další otázky se odvíjely od znění odpovědi na tu první, stěžejní a obecnou otázku týkající se potřeb nemocných v dlouhodobé péči. Předem byl připraven okruh otázek, který

uvádíme v příloze č. 3. Ne všem respondentům byly položeny okruhy v přesném znění a pořadí.

7.4 Charakteristika zkoumané populace a výběrového vzorku

Naší zkoumanou populací jsou všeobecné sestry, které pracují na odděleních následné péče nebo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Původním záměrem bylo získat respondenty ze čtyř pracovišť v Jihomoravském kraji, které splňovali daná kritéria. Jedno pracoviště spolupráci na výzkumu odmítlo z důvodu personální krize, z druhého soukromého pracoviště odmítla spolupráci paní ředitelka, aniž by uvedla důvod. Získat samotné respondenty do výzkumu nebylo snadné. V určité fázi výzkumu jsem byla odmítnuta konkrétními všeobecnými sestrami, které jsem oslovila. Dotyčné sestry by byly souhlasily se sběrem dat formou dotazníků, ale odmítly poskytnout rozhovor.

Studie IPA jsou pro svoji náročnost prováděny na nízkém počtu respondentů. Výzkumník se snaží porozumět tomu, jak lidé vnímají a prožívají konkrétní situace. Z výše uvedeného vyplývá, že výzkumné otázky jsou vymezeny široce a otevřeně. Je na místě zmínit, že detailní příprava případu pro analýzu, tj. přepis rozhovoru trvá dlouho dobu. Cílem výzkumu je hovořit velmi podrobně, porozumět a vnímat konkrétní skupinu respondentů a není cílem dojít k obecnějšímu tvrzení. V IPA je kladen důraz na pečlivou analýzu jednotlivých případů (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

Dalším kritériem byla ochota sdílet svoje zkušenosti v oblasti potřeb dlouhodobě nemocných. Metodami výběru vzorku byl příležitostný výběr. Ferjenčík (2000) uvádí také název libovolný nebo dobrovolný výběr. Tento vzorek není reprezentativní, ale daná studie si neklade za cíl zobecnit získaná data.

Výzkumný soubor je tak nakonec složen ze šesti respondentek, které pracují jako všeobecné sestry s dlouhodobě nemocnými na oddělení následné péče, jedna respondentka pracuje v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Nejmladší respondentce bylo v době konání rozhovoru dvacet tři let, nejstarší čtyřicet devět let. Všeobecné sestry z oddělení následné péče pracují s dlouhodobě nemocnými nejdéle dva a půl roku, což je zároveň doba vzniku oddělení následné péče v daném nemocničním zařízení. Všeobecná sestra pracující v léčebně pro dlouhodobě nemocné pracuje dvacet osm let. Všechny zdravotní sestry vystudovaly střední zdravotnickou školu, mladší respondenty k tomu vyšší odbornou školu. Jejich

starší kolegyně, co se týká vzdělání, nezůstávají pozadu, jedna zdravotní sestra má specializační vzdělání ošetrovatelství v geriatrici a druhá sestra obor ošetrovatelství v geriatrici na vysoké škole. Tato skutečnost podle mého názoru svědčí o tom, že zdravotní sestry mají potřebu se i nadále vzdělávat v rámci svého odborného růstu. Otázkou je, zda tento zájem bude i nadále přetrvávat v budoucnosti, zejména s úpravou výše uvedeného zákona z roku 2017.

Respondent	Věk	Vzdělání	Pracoviště	Délka praxe (v letech)	Délka práce s dlouhodobě nem.
VS 1	23	SZŠ, VOŠ	ONLP	1,5	0,5
VS 2	32	SZŠ, VOŠ	ONLP	10	2,5
VS 3	49	SZŠ, VŠ, ARIP	ONLP	31	2,5
VS 4	31	SZŠ, VOŠ	ONLP	9	0,2
VS 5	23	SZŠ, VOŠ	ONLP	1,2	1,2
VS 6	49	SZŠ, specializace- oš. péče v geriatrici	LDN	31	28

Tabulka č. 1: Stručná charakteristika respondentů

7.5 Etické aspekty

Jednotlivé instituce byli osloveni formální cestou prostřednictvím žádosti o provedení výzkumu a informovaného souhlasu (viz Příloha č. 1). Rovněž každá respondentka před provedením výzkumu podepsala informovaný souhlas

s provedením výzkumu a pořízením záznamu na nahrávací zařízení (viz Příloha č. 2).

Z důvodu ochrany soukromí a osobních údajů účastníku výzkumu byla data anonymizována, místo jmen udávám pouze přidělené zkratky.

8 ANALÝZA DAT

8.1 Zpracování a analýza dat

Rozhovory s respondentkami jsem zaznamenávala do PC pomocí programu Audacity. Bez nahrávání by nebylo možné výzkum provést. Poté jsem se věnovala samotnému přepisu získaných dat, transkripci. Tato fáze byla časově velmi náročná, zároveň přinesla spoustu užitku, neboť v jejím rámci bylo možné se do sdělovaných informací cele ponořit. Každý rozhovor jsem přenesla do předem připravené tabulky. Do vedlejších sloupců jsem vpisovala svoje myšlenky v podobě poznámek a obecná označení pro vynořující se témata, která se objevovala po opakovaném pročitání. Zároveň jsem barevně vyznačovala vhodné části k eventuálním citacím.

Takto jsem postupně zpracovala každý rozhovor. Bylo náročné zabránit prolínání myšlenek z předchozích rozhovorů a jejich vzájemnému srovnávání. Tato skutečnost však následně usnadnila práci při hledání shodných vzorců napříč všemi sesbíranými daty.

8.2 Sebereflexe k danému tématu

Potřeby dlouhodobě nemocných a hospitalizovaných pacientů považuji za specifické. Společným znakem je podle mého názoru téma utrpení. Především je tedy důležité, aby nemocný netrpěl. Utrpení se může týkat všech oblastí, biologické, psychické, sociální i spirituální. V oblastí biologické nemít bolesti či jiné subjektivně vnímané symptomy spojené s konkrétní diagnostickou jednotkou, kterou nemocný trpí. V psychické oblasti možnost sdílet emoce, nebýt osamocen, netrpět pocitu viny nebo podnětovou a citovou deprivací a smířit se s novou životní rolí. V sociální oblasti především podpora rodiny a blízkých a zdravotníků, kteří o něj pečují. Z jejich strany nemocný potřebuje vlídné a citlivé zacházení, mít možnost komunikace o tom, co ho trápí s někým, kdo mu opravdu naslouchá. Také má právo na kvalitní a důstojnou péči. V duchovní oblasti je to především potřeba smyslu života, naděje, přijetí neodvratné skutečnosti smrtelnosti každého z nás a třeba potřeba odpuštění. Naplnění potřeb má společného jmenovatele a tím je kvalita života. Respekt k důležitým potřebám a snaha o jejich saturaci vede ke zvýšení subjektivně vnímané kvality života.

8.3 Analýza prvního rozhovoru

8.3.1 Charakteristika první respondentky

VS 1 je dvacetí tříletá žena, která na oddělení následné péče pracuje teprve půl roku. Po ukončení maturity na střední zdravotnické škole začala studovat vyšší odbornou školu zdravotnickou. Následně, zhruba jeden rok, pracovala na chirurgické standardním oddělení. Kvůli příteli a rodině však začala pracovat blíže k domovu a vybrala si práci s dlouhodobě nemocnými seniory. Motivací pro výběr tohoto pracoviště bylo především to, že na tomto oddělení pracuje její kamarádka z dob školních studií. Práce se seniory ji baví, nemá ambice pracovat na odděleních intenzivní péče, na pracovišti je spokojená. K pacientům se chová příjemně a mile.

8.3.2 Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů

VS 1 považuje za základní potřeby právě potřeby fyziologické. Jsou tedy pro všeobecnou sestru její prioritou. Tyto potřeby patří mezi hlavní náplň všeobecné sestry: *„Hlavně se zaměřujeme na základní potřeby jako je jídlo, vyprazdňování.“* Fyzický stav nemocných a jejich počet na oddělení určuje, kolik času stráví všeobecná sestra: *„zaopatřováním těch základních potřeb, pak teprve máme čas na ty potřeby vyšší“.* Za další prioritní potřeby VS 1 považuje pravidelné cvičení. Zajímavé bylo, jak se VS 1 dívá na pohybovou aktivitu nemocných: *„Taky je to o tom, že se chvíli zabaví, protože takhle zbytek toho dne nemají moc co na práci“.* Vyplnění dne nějakou smysluplnou činností nebo aktivitou patří mezi velmi důležité potřeby. VS 1 připouští, že tato potřeba bývá naplněna zejména ze strany rehabilitačních pracovníků, všeobecné sestry s nemocnými spíše jen prohodí pár slov, zapnou jim televizi nebo jim mohou něco přečíst. Názor VS 1 na naplnění dne aktivitou je velmi trefná: *„No ta zábava je dost omezená, na to, že tam leží celý den a koukají do stropu.“*

Jednou z velice důležitých potřeb uvádí VS 1 kontakt s blízkými *„aby měli pravidelné návštěvy, a aby jim třeba taky něco donesli, aby tak měli pocit spojení s domovem“.* Zároveň připouští, že někteří pacienti moc návštěv nemají, a přidává vzpomínku na jednoho pacienta, který se tak trochu oklikou zmínil, že ho mrzí, že za ním nikdo nebyl na návštěvě: *„Úplně náhodou, myslím, že mně to nechtěl říct, podával mně vlhčené ubrousky, a já na to, že je dobře, že měl návštěvu a on odpověděl, že je jenom poslali, asi to chtěl říct, ale ne tak na rovinu, že za ním prostě nikdo nejde,*

zmínil to přes ty ubrousky.“ V průběhu rozhovoru se shodujeme v tom, že pacienti, kteří nejsou v kontaktu s rodinou, si můžou připadat osamělí a „*odstrčení od domova, necháni na pospas*“, chybí jim pocit, že jsou součástí rodiny.

Spirituální potřeby nemocných má VS 1 spojené s vírou, hovoří o možnosti podpory duchovních, ale přiznává: „*Ještě jsem v našem zařízení kněze neviděla.*“ Připouští, možné je to proto, že na oddělení následné péče pracuje krátkou dobu. Mezi tyto potřeby se také řadí potřeba smysluplnosti života, někam v životě směřovat a mířit. Velká většina pacientů z těchto typů zařízení odchází mimo vlastní domov, nejčastěji do domova pro seniory, i když to není jejich přání. Pokud si nemocný přeje hovořit o své budoucnosti je VS 1 připravena tyto informace poskytnout: „*Můžeme si s ním o tom promluvit, jakou má představu, co bude dál, když to my víme.*“

8.3.3 Téma: Saturace v oblasti potřeb

Ohledně naplňování potřeb se VS 1 zmiňuje především v souvislosti s tělesnými potřebami. Sledování příjmu potravy, tekutin a stolice patří mezi běžnou činnost všeobecné sestry, která se běžně uvádí ve zdravotnické dokumentaci. Mezi dále sledované a dokumentované skutečnosti patří i sledování soběstačnosti, přičemž se používá Test soběstačnosti podle Barthelové, dále naplnění potřeby přiměřené výživy, pacienti se vždy jeden den v týdnu váží a vyplňuje se Nutriční skóre, sleduje se stav kůže a vyhodnocuje se riziko vzniku dekubitů.

V rámci potřeby vyplnit den nějakou smysluplnou činností si VS 1 stěžuje na nedostatek času se nemocným více věnovat: „*To není moc možný z hlediska časového.*“

Dále byla předmětem rozhovoru komunikace personálu s pacientem a přístup k nemocným obecně. Vlídne a citlivé zacházení přináší lidem pocit jistoty a bezpečí, což je podle Maslowovy hierarchie potřeb jedna ze základních potřeb. VS 1 popisuje, jak přistupuje ke klientům s kvalitativní poruchou vědomí: „*Pěkně jim říkám, že je třeba odkryju, prostě popisujeme ty činnosti, aby z toho nebyli vylekaní. Vždy si představuji, že tam v té posteli ležím buď já, anebo někdo z mých příbuzných, které mám ráda, chovám se k těm lidem, jako by to byli moji příbuzní třeba.*“ Komunikace v nemocnici ze strany ošetřujícího personálu se většinou omezuje na běžný hovor: „*Třeba o počasí nebo co bylo v televizi, ve zprávách, většinou neřešíme žádné zásadní informace, každý si nechce povídat hned o těch vážných věcech.*“ V průběhu rozhovoru se dostáváme také k otázkám sympatií

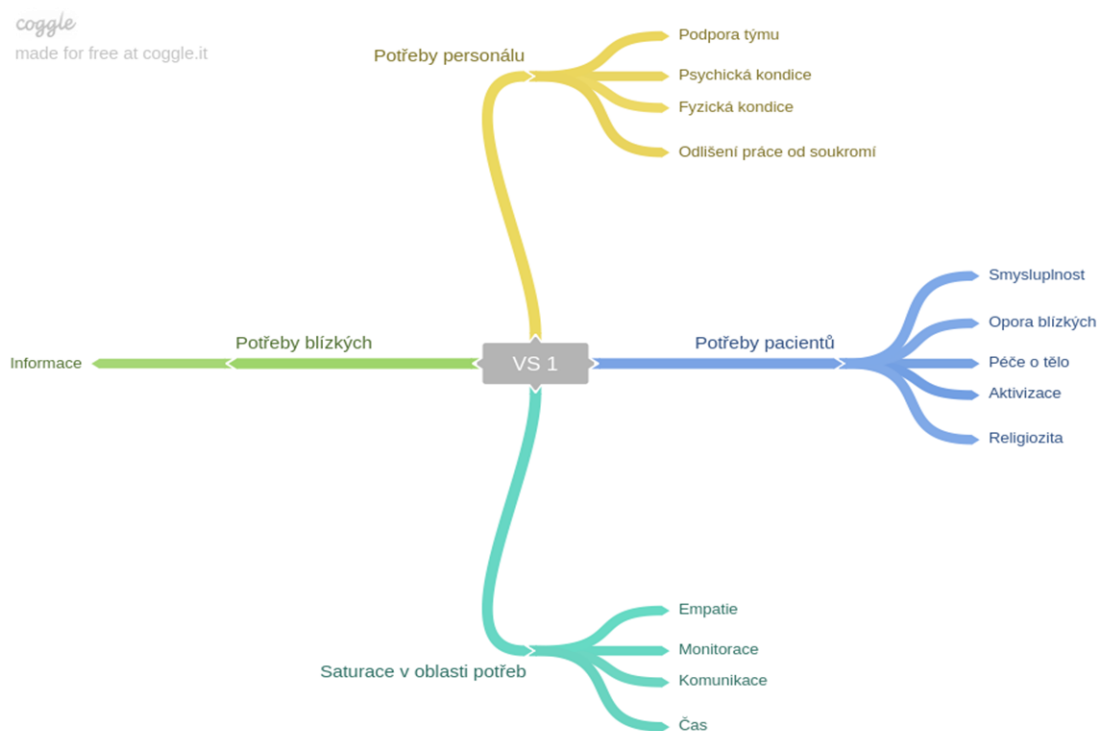
k nemocným. VS 1 vnímá rozdíl mezi nemocnými a připouští, že jí *„někdo sedne víc, někdo míň“*. Snaží se ke všem pacientům chovat stejně, myslí si: *„Nemám problém, že bych s někým nedokázala komunikovat, nebo si o některých věcech promluvit.“* Také vnímá rozdíl mezi následnou péčí a jinými odděleními v rámci nemocnice: *„Oni jsou tam dlouho, tak už je známe víc, je to jiný než na běžných odděleních, kde se to střídá pravidelně.“* Vlídne a citlivé zacházení s nemocnými dokáže zajistit pouze sestra empatická, všímavá a citlivá, proto se náš rozhovor brzy dotkne tématu sledování psychického stavu. VS 1 zmiňuje, že sleduje změny v této oblasti a aktivně pátrá po důvodu těchto změn: *„Řeknu mu, že se mně zdá, že je dneska bez nálady, zeptám se, jestli ho něco trápí, nebo třeba bolí, zajímám se o to a poznám, že se třeba něco děje.“* Komunikace je mocným nástrojem v rukou všeobecných sester, s její pomocí se VS 1 snaží aktivně řešit možný problém: *„Promluví si s ním o tom, co ho trápí, někdy pak třeba změní i názor.“* Předmětem rozhovoru byla i reakce nemocných na neuspokojené potřeby, podle VS 1 jí může být především *„špatná nálada, může všechno odmítat, může být i agresivní, nespolupracovat.“*

8.3.4 Téma: Potřeby rodinných příslušníků

Mezi hlavní potřebu rodinných příslušníků dlouhodobě hospitalizovaných nemocných řadí VS 1 průběžnou informovanost o zdravotním stavu pacienta a jejich případné změny. Důležitým prvkem je však aktivní zájem rodinných příslušníků: *„Že by stál lékař u lůžka a nějak dlouze vysvětloval stav pacienta, to zase jako ne, on se ten stav těch nemocných nějak výrazně nemění za tu dobu.“*

8.3.5 Téma: Potřeby ošetřujícího personálu

Pro svoji práci VS 1 především potřebuje, aby byla „v dobré psychické a fyzické pohodě“, také považuje za důležité oddělit pracovní život od toho soukromého. To jí umožňuje „si nenosit starosti do práce, aby se mohla věnovat jenom těm lidem a neřešila ostatní věci“. V této oblasti také VS 1 uvádí jako velmi důležitou podporu od spolupracovníků. O nemocné vždy pečuje celý tým odborníků, jejich kvalitní spolupráce je pro nemocného vždy přínosem.



Graf č. 1: Všeobecná sestra 1

8.4 Analýza druhého rozhovoru

8.4.1 Charakteristika druhé respondentky

VS 2 je 32letá žena, která pracuje s chronicky nemocnými již 10 let. Na oddělení následné péče pracuje od doby jejího vzniku, po restrukturalizaci nemocnice, tedy 2,5 roku. V pracovním procesu vykazuje známky vstřícnosti a empatie k nemocným, jedná vždy s ohledem k danému pacientovi a s cílem uspokojit jeho potřeby.

8.4.2 Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů

Podle názoru VS 2 má každý člověk odlišné uspořádání potřeb, společně s respondentkou VS 1 se shoduje na tom, že základem, který může všeobecná sestra poskytnout dlouhodobě hospitalizovanému nemocnému jsou fyziologické potřeby *„spánek, vyprazdňování, příjem tekutin, příjem potravy a potom se to vlastně strukturuje nahoru, co ten člověk může potřebovat“*. Vzápětí zdůrazňuje potřebu jistoty a bezpečí, pocit být pro někoho důležitý a mít oporu a důvěru v souvislosti s ošetřujícím personálem *„aby cítil, že mu věříme, aby on se mohl otevřít k nám, získat nějaký ten vztah, nebát se nás, vědět, že se na nás může spolehnout, že je pro někoho důležitý, že znamená něco pro jiný, že má proč bojovat v té době hospitalizace“*.

Pro dlouhodobě nemocné je důležité být součástí společnosti, mít kontakt s okolním světem, nejen s rodinou, ale i s přáteli *„Tu možnost přijít do nemocnice má každý, ne však každý toho využije.“* Rodina nemocného naplňuje i potřebu lásky, *„aby cítili, že je má ta rodina ráda, že za nimi chodí, že si je třeba vezmou na propustku, že vlastně cítí, že jsou stále součástí rodiny, že je jenom tak neodložili do nemocnice.“* Důležité je, aby na nemocného někdo myslel, aby se necítil osamocený. Zároveň připomíná, že o některé pacienty nemá rodina zájem a nejsou navštěvováni: *„Kolikrát vidím, že o ně ta rodina nejeví zájem, nechce.“* S těmito nemocnými má soucit, občas jim předloží třeba kousek čokolády a *„oni jsou tak strašně rádi, mluví na tebe očima, to se nedá vymazat, to je něco nezapomenutelného, rozzáří se, nemocní prostě potřebují vědět, že na ně někdo promluví, že jsou pro někoho důležití“*.

Nezbytné je také vyplnit čas nějakou aktivitou v průběhu dne, podle možností pacienta. Mít možnost se realizovat slouží k zaměstnání nemocného a také umožňuje určitý posun, rozvoj *„Oni tím rostou nějakým způsobem dál, nezůstávají stát na místě, pro ně je důležitá každá pochvala, nebo to, že je ženeš kupředu.“*

Spirituální potřeby má VS 2 spojeny především s vírou k Bohu: *„Vybaví se mně hlavně Bůh, modlitbičky, vyznání v těch nejhorších chvílích. Je to důležitý a nesmíme jim tom brát, i když my jsme třeba ateisti“*, zároveň však připomíná i víru ve vlastní schopnosti: *„Můžeme to říct i tak, že věří v sám sebe, nemusí to být zrovna Bůh, ale i to, že to zvládne i on sám, že to dokáže překonat“*. Podle názoru VS 2 péče o nemocné na konci života v nemocnicích není přesně ta, kterou by

potřebovali. *„Nevyléčitelné nemoci se medicína pořád snaží posunout někam dopředu, ale zase je důležité, aby si člověk ty poslední dny užil podle svého, nebo dokázal si to prožít, tak, jak by to chtěl on sám, i když by to bylo třeba jen na chvíli, odejít v klidu bez spousty hadiček a zbytečného utrpení.“* Zároveň obdivuje rodiny, které se společně s podporou domácí péče se dokáží postarat o nemocného na konci života.

8.4.3 Téma: Saturace v oblasti potřeb

Individuální přístup k nemocným se odráží i v naplňování potřeb, zásadní je otevřená a citlivá komunikace: *„Zjistit, co on potřebuje, jaký má to svoje zázemí, abychom nebodli někam, co je pro něho až moc citlivé, o čem se nechce bavit, normálně otevřeně se ptát, naslouchat.“* Slouží k navázání vztahu mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Někdy se však nedaří kvalitní vztah navázat, nemocný nespolupracuje, jedním z důvodů může být *„obrana těch pacientů, strach se otevřít nebo cokoli říct.“* Konfliktní situace, které mohou ve vztahu k druhým nastat bere jako *„něco, co o tom pacientovi vypovídá, je to něco v něm, něco se mu nelíbí, chce tím něco sdělit.“* Vzhledem k dlouhodobým pobytům na oddělení následné péče si ke každému pacientovi, který na oddělení pobývá podle VS 2 vytvoříme každá z nás nějaký postoj a vztah: *„Ten tam prostě je a není to jen lítost, bereme je s tím, že už nějaké zdravotní problémy mají, poznali jsme je až v jejich nemoci, my je musíme respektovat a přijmout takové jací jsou.“*

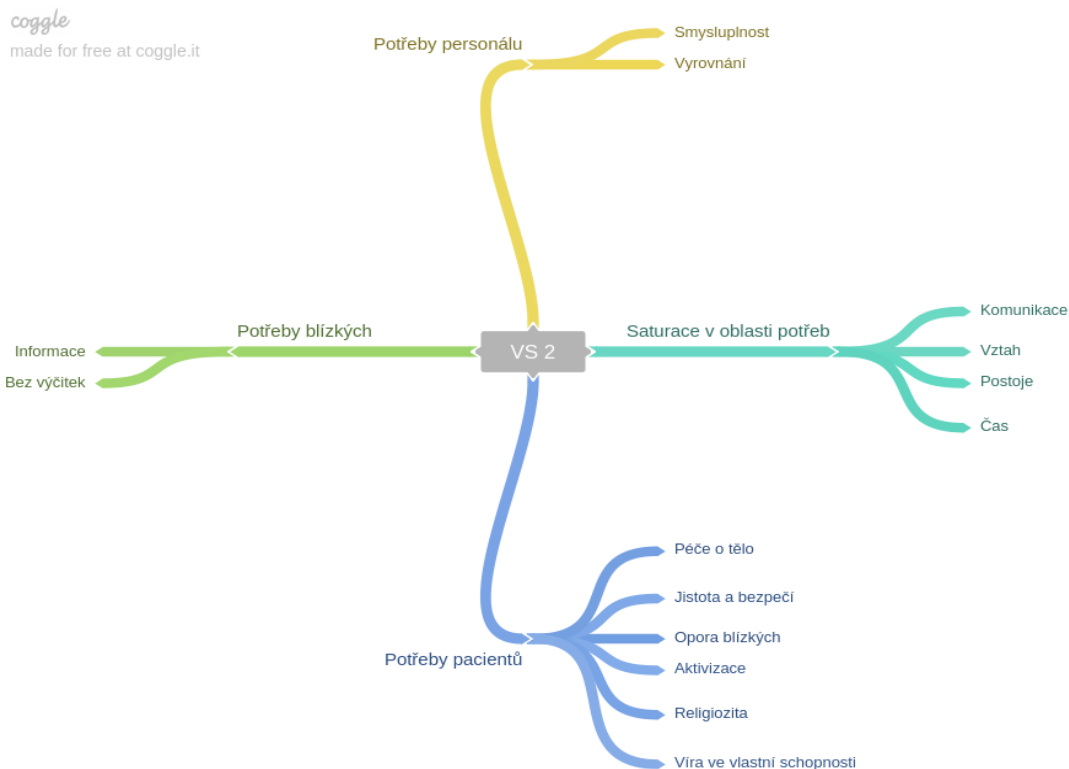
Také VS 2 si je vědoma skutečnosti, že ve vztahu k lidem vstupují do hry otázky vzájemných sympatií, vždy však s každým nemocným je morální povinností jednat slušně a věnovat danému pacientovi určitý čas: *„Je to část tvé práce si s ním povídat, to není jenom přijít, píchnout třeba injekci, není to o tom jenom přijít a hned jít zase pryč.“*

8.4.4 Téma: Potřeby rodinných příslušníků

Rodinní příslušníci dlouhodobě hospitalizovaných seniorů potřebují informace, že je jejich příbuzný v bezpečí, VS 2 také přidává skutečnost, že je třeba netrpět výčitkami svědomí, že se o svého rodinného příslušníka nemohou postarat: *„Někdy ta hospitalizace je to nejlepší, co pro něho můžou udělat“.*

8.4.5 Téma: Potřeby ošetřujícího personálu

K tomuto tématu VS 2 udává, že je pro ni nejdůležitější, aby její práce přinesla nějaký užitek a smysl, který se projeví např. spokojeností pacientů: „*Potřebuji vidět, že oni jsou spokojení, že mně důvěřují, že jsou v pořádku, že jim nic v ten moment nechybí, vždycky tam nemusí ani být mluvené slovo, stačí, když se ti ten člověk podívá do očí, to kolikrát mluví za všechno.*“ VS 2 se v průběhu rozhovoru snaží upozornit na to, že všeobecné sestry jsou obyčejní lidé se svými starostmi a problémy, které musí jít v práci stranou: „*Musí zůstat za dveřmi, musíš se k pacientům chovat dobře, to oni potřebují.*“ Také vzpomíná, že byly časy, kdy si myslela, že už nebude mít sílu pořád dokola řešit jedny a ty samé problémy, s tímto se již vyrovnala, stáří považuje za přirozený proces, který „*je na jednu stranu zlý, ale každý z nás na něm musí najít to hezký, jednou se do toho věku taky dostaneme*“. Jako pozitivní aspekt pro prevenci syndromu vyhoření bere skutečnost, že se střídáme v rámci dvou oddělení, oddělení následné péče a oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, kde je jiná skladba pacientů. Také se dostáváme k problematice času, kterého není dostatek, především z důvodu nárůstu administrace: „*Ty dokumenty, to papírování je někdy mnohem důležitější než třeba ti pacienti.*“ Zde je to myšleno obrazně, neboť co není napsáno, jako by nebylo hotovo, ale už neplatí naopak.



Graf č. 2: Všeobecná sestra 2

8.5 Analýza třetího rozhovoru

8.5.1 Charakteristika třetí respondentky

VS 3 má 49 let, ve zdravotnictví pracuje již 31 let. Na oddělení následné péče pracuje od počátku jejího vzniku, tedy 2,5 roku. Vystudovala lékařskou fakultu v Brně, obor ošetrovatelství v geriatrici, také má specializaci v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní medicíně. Svoje nabyté znalosti a zkušenosti se snaží uplatnit v praxi, často pracuje jako sestra školitelka při zaškolování nových pracovníků.

8.5.2 Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů

První obecná otázka na potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů ve VS 3 evokuje především potřebu pocitu bezpečí, jistoty a sounáležitosti, zároveň považuje potřeby za proměnlivé v závislosti na věku. Pocit sounáležitosti za ideálních podmínek naplňují rodinní příslušníci: „*Pokud je to možné, tak především s jeho blízkými, nebo třeba pokud si vytvoří vztah i k tomu personálu.*“ Kontakt s rodinou nebo blízkou osobou působí pozitivně, k tomu však je důležité mít dobrý

vztah a vzájemnou důvěru. Také zmiňuje základní fyziologické potřeby spojené s tělesným komfortem: „*Aby byli v čistotě, suchu, aby neměli hlad, neměli žízeň.*“ Základní tělesné potřeby se podle VS 3 kryjí s psychologickými potřebami. Spirituální potřeby považuje VS 3 za velmi individuální, podle okolností, zda je pacient věřící nebo naopak.

8.5.3 Téma: Saturace v oblasti potřeb

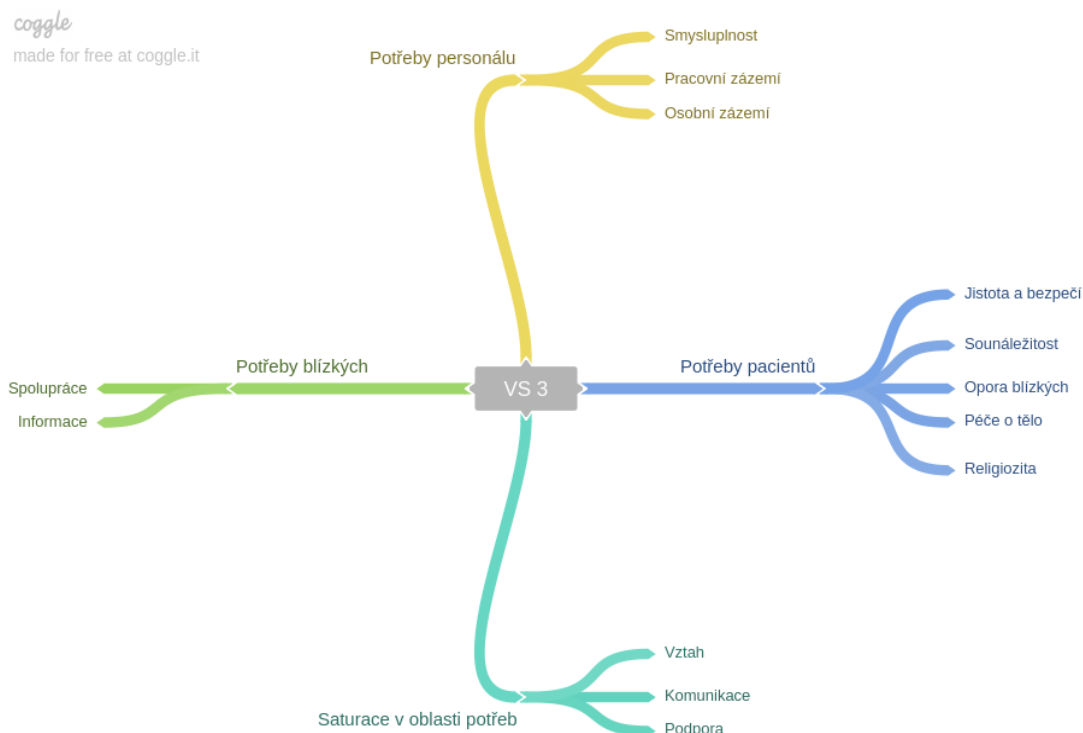
Pro pacientův pocit jistoty a bezpečí je třeba navázat s nemocným vztah, „*to znamená nejenom s nima komunikovat, mluvit, ale velice důležitý je takové to umění naslouchat, porozumět, aby pochopili, že nejsou sami a že je o ně zájem, že nejsou vyloženě někde odloženi a zastrčení, nejsou sami, že jsou lidi, kteří se o ně prostě postarat chtějí i pomáhat, pokud to jde i s tím, aby se navrátili do nějakého života*“, vyvolat v něm důvěru a ukázat zájem. Také narážíme na pojem kvalita života, VS 3 spojuje tento termín s užíváním života, který nemocným zbývá do jejich smrti.

8.5.4 Téma: Potřeby rodinných příslušníků

V souvislosti s tímto tématem otevíráme téma spolupráce, kterou VS 3 považuje za velmi užitečnou pro sběr informací o pacientovi, neboť „*ona toho nemocného zná nejlépe, potom se dá pro toho člověka udělat daleko víc, můžeš ho víc poznat, po čem třeba touží, nebo naopak co nemá rád.*“

8.5.5 Téma: Potřeby ošetřujícího personálu

Pro pocit pracovní pohody VS 3 považuje za nezbytné mít dobré zázemí na pracovišti, ale především „*ve svém soukromí, dostatek odpočinku a sociálního zázemí*“. To jí umožňuje nabrat sílu. Za velmi důležitou považuje také „*zpětnou vazbu od toho člověka, třebaže on mi věří*“. Dlouhodobě nespolupracující nemocný, nefunkční vztahy mezi nemocným a personálem se dají zvládnout jen po omezenou dobu: „*Bohužel může přijít zlom, kdy k němu zaujmeš postoj, kterej není zrovna ideální*“. Vyzývám VS 3 ke konkrétnosti, ale dozvídám se jen, že „*někdy je to těžký*“ i přes snahu nemocného pochopit, přizpůsobit a přiblížit.



Graf č 3: Všeobecná sestra 3

8.6 Analýza čtvrtého rozhovoru

8.6.1 Charakteristika čtvrté respondentky

VS 4 má 31 let. Na oddělení následné a dlouhodobé péče pracuje teprve 2 měsíce, není to však všeobecná sestra bez zkušeností. Pracovala před mateřskou dovolenou na chirurgickém standardním oddělení ve fakultní nemocnici. Následnou péči si zvolila z důvodu, že nechce dojíždět velkou trasu do práce, neboť má malé děti. Její přístup k nemocným je přirozený a laskavý, při rozhovoru však působí nejistě a váhavě.

8.6.2 Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů

V biologické oblasti VS 4 zmiňuje především základní potřeby výživy, hygieny a pohybu. Prioritou pro VS 4 je však psychická podpora nemocných společně s potřebou jistoty a bezpečí. Pro věřící nemocné „*hlavně u těch starších lidí*“ je pro ni nezbytné rozvíjet „*duchovní stránku*“. Za spirituální potřeby i VS 4 považuje především ty, které jsou spojeny s vírou k Bohu. V průběhu rozhovoru však nastoluje téma sebedůvěry a posilování vlastních schopností, „*aby si ten pacient věřil, že to třeba i s naší pomocí zvládne, že se to dá zvládnout, že všechno má řešení, aby to zvládal dál*“. V sociální oblasti se do popředí dostává hlavně

kontakt s blízkými: „*Setkávat se s blízkými, aby věděl, že na to onemocnění není třeba sám.*“ V oblasti autonomie udává „*sebevzdělávání, být dobře informovaný o svém onemocnění, o průběhu nemoci, aby věděl, co to jeho onemocnění obnáší a jak se to zhruba bude dál vyvíjet*“. Být informován zároveň naplňuje potřebu jistoty, „*ten pacient ví o tom onemocnění, co a jak*“, a důvěry v personál, „*všechno je, jak má být*“.

8.6.3 Téma: Saturace v oblasti potřeb

Stejně jako předchozí respondentky považuje VS 4 za velmi důležitou komunikaci s nemocným. Pokud u pacienta existuje nějaká překážka ve spolupráci, „*jako prostě nechce, nebo už to třeba vzdal*“, je na místě „*se třeba spojit s nějakým psychologem, který by nám i jako poradil a pomohl*“. Mělo by to přínos jak pro nás, tak pro nemocného, „*zlepšit tu kvalitu péče o něj*“. Zároveň však připouští, že se s touto situací ještě nesetkala, „*že bychom ho museli vyhledat*“.

V oblasti potřeb spojených s tělem všeobecné sestry pravidelně sledují váhu nemocných, je možnost spolupráce s nutričním terapeutem a pokud je nemocný ohrožen malnutricí, je k dispozici řada výživových prostředků. Sleduje se stav kůže s cílem předejít vzniku dekubitů. Vše se samozřejmě stává součástí dokumentace. Cílem je také u nemocného posílit sebedůvěru, motivovat ho a zdokonalovat. V oblasti sebed péče, je třeba „*hodnotit, jak to zvládá, v čem potřebuje pomoci, a třeba ho i aktivovat. Třeba tuto věc nezvládáte, tak v tom vám pomůžeme, ale zkuste třeba touhle rukou pomoci*“.

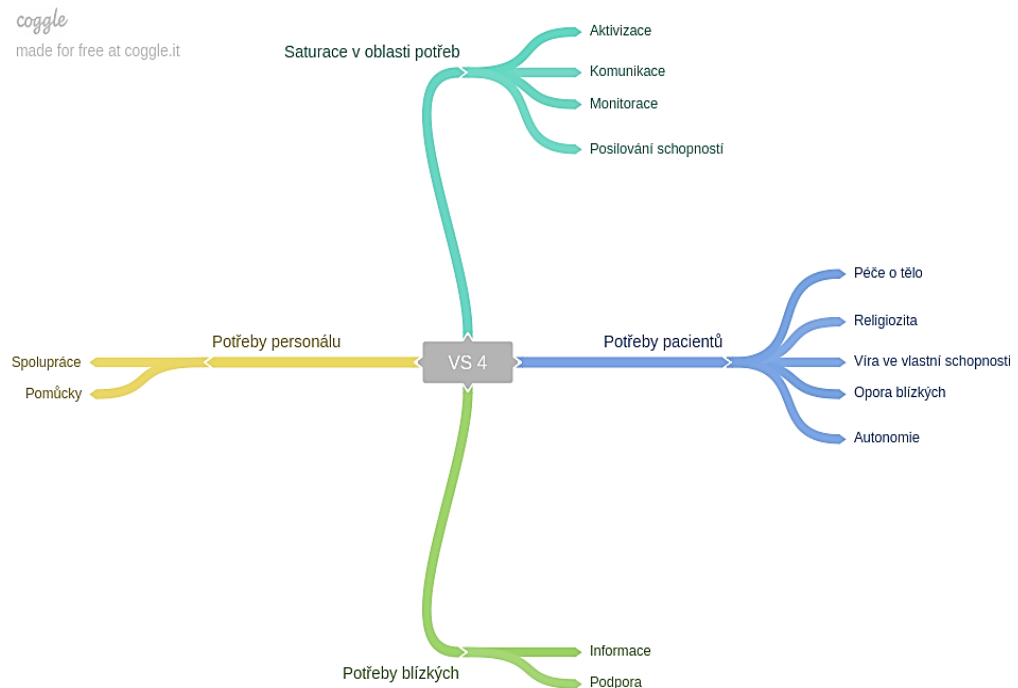
8.6.4 Téma: Potřeby rodinných příslušníků

K tomuto tématu se VS 4 zmiňuje jen velmi okrajově, bez nějakého bližšího přiblížení. Pro rodinu nemocného je mimo informace velmi důležitá také psychická podpora, zejména tam, kde pacienti se ocitají ve velmi vážném zdravotním stavu.

8.6.5 Téma: Potřeby ošetřujícího personálu

VS 4 jako jediná z respondentek zmiňuje, že ke své práci potřebuje dostatečné materiální vybavení: „*Pomůcky, abych měla ke své práci*“. Tento aspekt se na první pohled nezdá tak prioritní, je však pro všeobecnou sestru velmi stresující, pokud s nimi musí šetřit třeba na úkor pacientovi potřeby kupříkladu čistoty.

Dále se dostáváme k otázce spolupráce: „*Aby byli ochotní spolupracovat na tom jejich zlepšení zdravotního stavu.*“ Spolupráce je efektivní v rámci plnění úkolů směřujících k uspokojování potřeb: „*Překážka u toho pacienta, který nechce, nebo to už vzdal, nám moc nepomůže.*“



Graf č. 4: Všeobecná sestra 4

8.7 Analýza pátého rozhovoru

8.7.1 Charakteristika páté respondenty

VS 5 má 23 let. Hned po studiu Vyšší odborné školy zdravotnické nastoupila na oddělení následné péče, kde pracuje již přes rok. Práce se seniory ji baví, nemá ambice pracovat na akutním oddělení. V tomto ohledu je spíše výjimkou. Je citlivá, spolehlivá a pečlivá, pacienti ji mají rádi.

8.7.2 Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů

VS 5 jako jediná respondentka udává, že nemocný potřebuje svůj komfort a soukromí, „*prostě přiblížit k domovu*“. Uvědomuje si, že prostředí nemocnice se velmi odlišuje od domácího prostředí a má vliv na subjektivní vnímání pohody na straně pacientů. Hovoří o smíření: „*Zvyknout si na to, že má dlouhodobě nějaké potíže, tak aby se naučil s tou nemocí žít.*“ Zároveň zdůrazňuje, že je důležité, aby netrpěl: „*Mít něco od bolesti.*“ „*Pomocť mu ve všech potřebách.*“

Fyzické potřeby u dlouhodobě nemocných někdy „už nejsou tak důležité, některý z nich už můžou jít stranou“. Má na mysli potřebu jídla a tekutin. Naopak stoupá potřeba podpory od blízkých a pocit jistoty a bezpečí.

Spirituální potřeby má spojené s vírou a považuje za důležité „mít možnost se obrátit k víře“, mít podporu od duchovních nebo pastoračních pracovníků.

8.7.3 Téma: Saturace v oblasti potřeb

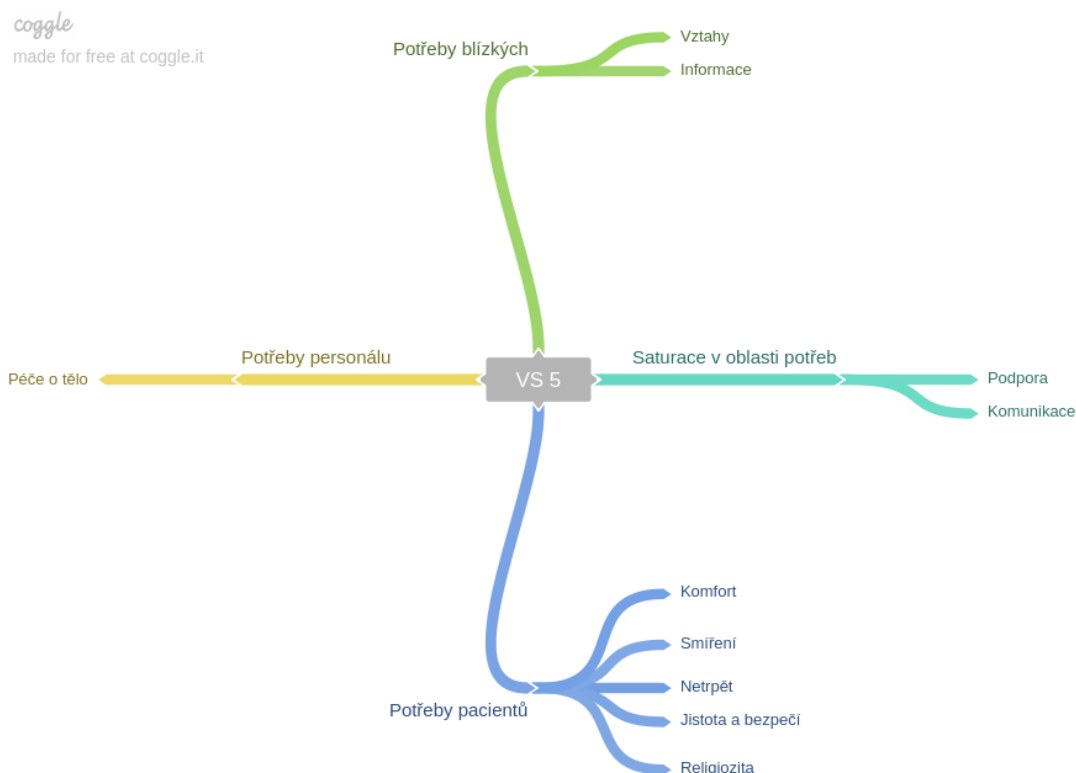
Naplnit potřebu jistoty a bezpečí uskutečňuje především pomocí komunikace: „Všecko jim vysvětlím, pochválím je, aby byli rádi, jakože je nezhazuju, jsem na ně hodná.“ Pokud nejsou u nemocných potřeby dostatečně saturovány, nemocný se nemusí chovat adekvátně, „může být neklidný, agresivní, apatický“. Podporu nemocných vždy nemusí naplňovat rodina, VS 5 zmiňuje pomoc od psychologa a „vlastně od kohokoliv“ ke komu nemocný získá důvěru.

8.7.4 Téma: Potřeby rodinných příslušníků

Rodina nemocného potřebuje především informace „o jeho zdravotním stavu“. Také považuje za velmi důležité mít dobré vztahy v rodině mezi sebou.

8.7.5 Téma: Potřeby ošetřujícího personálu

Na toto otázku nejprve VS 5 reaguje „Já? Nic.“ Po chvílce přemýšlení vzpomene na svoje biologické potřeby, především spánek a výživu.



Graf č. 5: Všeobecná sestra 5

8.8 Analýza šestého rozhovoru

8.8.1 Charakteristika šesté respondentky

VS 6 jako jediná z respondentek pracuje v léčebně pro dlouhodobě nemocné v Jihomoravském kraji. Má 49 let, ve zdravotnictví s dlouhodobě nemocnými pracuje již 31 let. Je velmi aktivní, ráda získává nové zkušenosti. V oblasti sebevzdělávání získala specializaci v oboru ošetřovatelství v geriatrici, mimo profesi všeobecné sestry vykonává funkci koordinátora dobrovolnictví, v této oblasti absolvovala kurz Koordinátora dobrovolnického procesu, navíc sama v rámci svého pracoviště působí jako dobrovolník, do této činnosti také zapojuje i svou širokou rodinu: „Musí mně pomoci, když to dělám a chci pro ty lidi něco, já pro ty děcka taky doma dělám, tak děcka pomůžou mě.“ V průběhu rozhovoru se jeví jako energetická žena, která pracuje s velkým zaujetím a nadšením pro svou profesi.

8.8.2 Téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů

Podle VS 6 jsou potřeby nemocných závislé na důvodu hospitalizace. Někteří nemocní potřebují především ošetřovatelskou péči, zejména nemocní upoutaní na

lůžku, nebo „*pokud je izolovanej od rodiny, tak v té sociální oblasti nějaký zajištění*“, jiní potřebují především rehabilitační péči. Ptá se, jaké potřeby mám konkrétně na mysli. Zpřesňuji svůj záměr: „*Nemusíte se soustředit na konkrétního pacienta, ale obecně co si myslíte, že ten člověk potřebuje?*“ VS 6 nejprve hovoří o hygieně, ošetrovatelské péči a podávání léků. V průběhu rozhovoru zmiňuje nezbytnost adekvátní léčby, především pak tišení bolestí.

V oblasti psychických potřeb považuje za velmi důležitý citlivý přístup k nemocným: „*Z naší strany šetrné zacházení s pacientem.*“

Pro pacienty je důležitý kontakt s personálem a kontakt s rodinou. Také považuje za důležité, aby měl nemocný kontakt s vnějším okolím, „*aby nebyl úplně izolovaný v uzavřeném prostředí*“.

Pro velkou část nemocných jsou důležité církevní potřeby. V léčebně je k dispozici pastorační pracovník, nemocní mají také přístup do kostela nebo kapličky. Do nedávné doby byli přítomni i kněží. V oblasti spirituálních potřeb hovoří o budoucnosti, jak se bude situace s nemocným vyvíjet dál: „*Vyhlídka nějakýho postupu, uzdravení nebo zlepšení zdravotního stavu.*“

Považuje za nezbytnou spolupráci a komunikaci s rodinou nemocného.

8.8.3 Téma: Saturace v oblasti potřeb

Také VS 6 pro kvalitně saturované potřeby nemocných považuje za nezbytné navázat vztah s pacientem, a to prostřednictvím komunikace s ním. Z důvodu nedostatku času, který všeobecná sestra má na tuto činnost se dostáváme k otázce počtu pacientů na pokoji. K této skutečnosti VS 6 se vyjadřuje takto: „*Vím, že velký pokoje jsou blbý, že tam ta intimita a takový to soukromí není.*“ Řeší se zástěnou mezi nemocnými, tyto pokoje jí vyhovují víc: „*Dýl se tam zdržíme, mají s náma větší kontakt, než když je to ten dvojlůžkový pokoj, že na tom velkým pokoji, je to takový těžko popsatelný, ale kolikrát tam s těma lidma se tak jako víc stihnem zabavit, povykládat, probrat i věci nezdravotní, zpíváme při té ranní hygieně.*“ Přínos vidí především v tom, že na větších pokojích stráví delší časový limit, který se dá smysluplně využít také k poznání se mezi sebou, ať už pacienti mezi sebou, nebo mezi pacientem a personálem. Detailně vzpomíná na situaci, kdy se na větším pokoji sešli umírající nemocní. Vždy v době návštěv se na pokoji sešla i rodina těchto konkrétních pacientů, všichni společně navázali velmi blízký kontakt: „*Vždycky na to odpoledne se tam dennodenně sešli, utvořili nějakou skupinu, řešili*

společně něco několik měsíců.“ Sama tuto situaci takto nevnímala, po letech náhodně potkala jednu z pozůstalých, která vyprávěla, jak celou tuto situaci prožívala a co pro ni znamenala: *„Byly to pro ni něco, co by si teda nedokázala představit, že se to stane, že i v té nejhorší době pro ni zažije něco tak hezkého, to scházení se a ty vzájemný vazby, který tam navázali.“*

V rámci kontaktu s nemocnými se dostáváme k otázce sympatií, chování k nemocným a vzájemným vztahům mezi personálem a pacienty. K nemocným se chová stejně: *„Záleží na tom člověku, nebo někdo mně sympatickejší je, někdo mě sympatickejší být musí, abych s ním nějak vyšla, já to musím překonat, to je můj problém.“* Vztah s nemocným je vždy velmi individuální pro obě zúčastněné strany. *„Trvá to tři, čtyři dny, než toho člověka trochu prokouknu a než on taky prokoukne nás, on si nás musí taky trošičku oťukat, jaká kdo jsme, kdo si s ním bude víc vykládat, kdo je odměřenější, kdo s ním bude žertovat, kdo mu udělá tu péči pěkně, šetrně, ale už s ním nepromluví, každéj jsme jinačí.“* Stejně tak ze strany pacientů: *„Je to u každého jiný, někdo se snaží víc s náma bavit, někdo je uzavřenejší i po dobu celé hospitalizace, těžko se s ním navazuje kontakt, ale když to nejde, tak to nejde.“* Podle jejího názoru jsou kolegyně i ona sama smířeny se skutečností, *„že ti lidi jsou takový, jací jsou, a že nějakým způsobem fungovat musíme my s nima a oni s náma“.*

Jedním z nosných témat rozhovoru byly dobrovolnické aktivity. VS 6 pracuje sama jako dobrovolník a zároveň vykonává funkci koordinátora dobrovolnictvím v rámci jejich pracoviště. Toto téma je pro respondentku nyní, ve vánočním čase, kdy probíhá rozhovor, klíčové a velmi aktuální. Tyto aktivity sama považuje za přínosné a úzce související s potřebami nemocných. Slouží k aktivitě nemocných a kontaktu s vnějším světem, *„aby nebyl úplně uvázaný, izolovaný v uzavřeném prostředí“.* Dobrovolníci dochází ve svém volném čase k nemocným, *„poskytují jim nějaké služby, čtou jim nebo jdou s nima do zahrady“.* Nebo také formou kolektivní: *„Chodí z té základní umělecké školy nebo školky s nějakým programem, většinou divadelní nebo hudební.“* Ona sama také ve svém vlastním volném čase občas navštěvuje nemocné: *„Mám úplně jiný myšlenky s téma lidma, úplně jinak to mám nastavený v sobě a už nehládám ten čas.“* V průběhu rozhovoru dostávám spoustu informací o tom, jak probíhal samotný kurz dobrovolnických aktivit, jak VS 6 působí v roli koordinátora, a o těžkostech spojených s touto skutečností. Některé tyto informace nesouvisí s tématem potřeb nemocných, proto nejsou zahrnuty v analýze.

8.8.4 Téma: Potřeby rodinných příslušníků

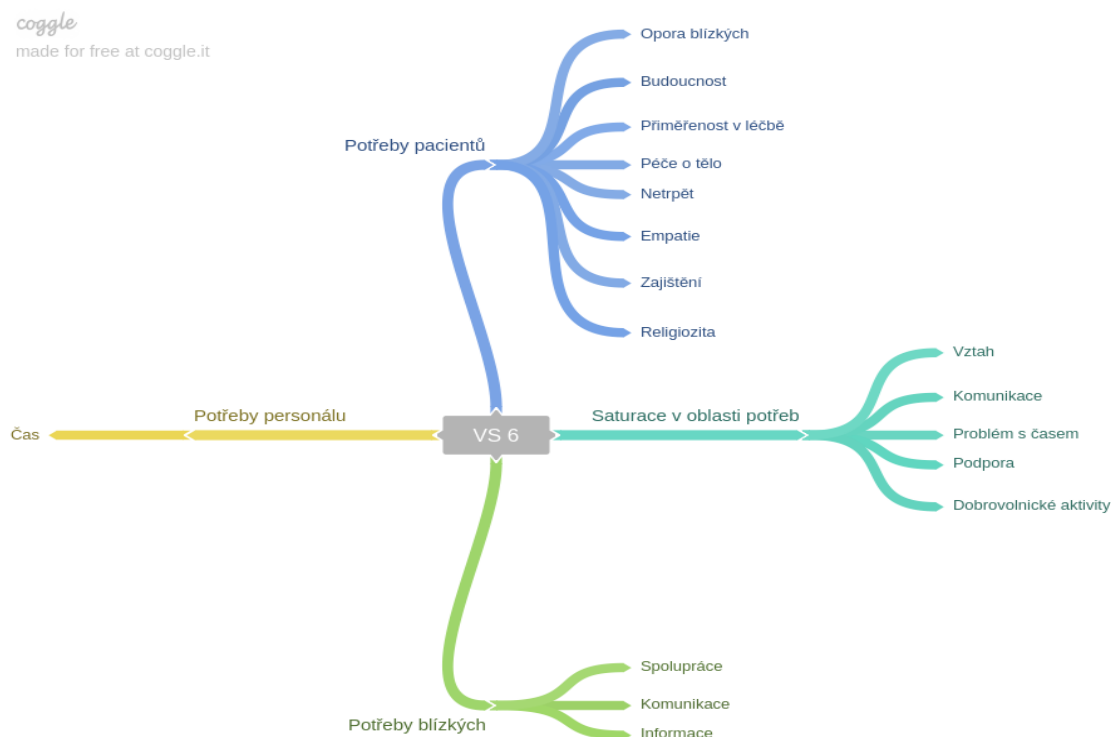
Pro rodinu a blízké nemocného je důležitá především dostupnost informací, „*třeba právě o těch možnostech*“, které souvisí s tím, co bude následovat. Připouští možnost, že „*kolikrát nechcou být až tak informovaní*“. Občas jeví zájem rodina nemocného jen zpočátku, kdy především řeší otázku počtu nemocných na pokoji: „*Hlavně malej pokoj, to je důležitý.*“ Těmto požadavkům i přes malé možnosti léčebny se v případě oprávněných důvodů snaží vyhovět.

8.8.5 Téma: Potřeby ošetřujícího personálu

Na otázku, co VS 6 potřebuje ke své práci ona, nejprve dostávám odpověď „já nic nepotřebuji“, následuje váhání a chvílka přemýšlení. Pak se dostáváme k otázce času: „*Potřebovala bych víc času, nebo míň práce, míň lidí, abych mohla podle svého svědomí opravdu si říct, teď jsem udělala maximum.*“ Podotýká, jak se potýká s nedostatkem času: „*Jako jo, splním to, co mám, snažím se to udělat, tak jak to má být, kde to ošidím vám vykládat nebudu.*“ Následuje smích a dodává, že právě dokumentaci se snaží omezit na možné minimum: „*Snažím se tak nějak jako.*“ Chápe, že pečlivé vedení dokumentace je důležitou a nutnou skutečností, a dodává: „*Raději bych měla víc času na ty lidi.*“

Otázku nedostatku času v průběhu rozhovoru řešíme opakovaně. Podle VS 6 je ošetrovatelská péče velmi náročná na čas a vzpomíná na předchozí období: „*Ten tlak na nás je teď daleko větší, než byl před pěti nebo deseti roky.*“ Její nadřizenou je také všeobecná sestra, která dříve pracovala v léčebně pro dlouhodobě nemocné, doplnila si vzdělání a v současné době pracuje jako vrchní sestra. I přestože „*je z řad sester, zná ty naše potřeby, zná ty problémy, ale my jí kolikrát řeknem, že to prostě vůbec nestíháme, těžko se nám to jí vysvětluje, co vlastně chceme*“. Také se zamýšlí nad tím, zda nedostatek času neslouží jako určitá výmluva: „*Nevím, jestli bysme všechny až tak moc kvalitněji pracovaly, kdyby nám té práce ubrali nebo kdyby nám přidali o dvě sestry navíc.*“ Pokládá sama sobě otázku: „*Jako přineslo by to tu lepší péči?*“, na kterou si zároveň odpovídá: „*Já to nevím, kdyby nám přidali čas nebo tu pracovní sílu, jestli by v nás bylo to, že prostě budem pracovat a budem tu práci provádět kvalitně, třeba pod menším stresem.*“ Také vzpomíná na praxi v hospici a dojem, který tato zkušenost vyvolala: „*Mně to připadlo, že tam pracujou jako víc v klidu, že té práce nemají tolik, nebo na ty lidi*

mají daleko víc času, že měli jiný podmínky, měli tam míň sester, ale víc toho pomocného personálu, takže ta sestra se mohla daleko víc věnovat té odborné práci a měla víc času na to to těm lidem vysvětlovat, hovořit s něma.“ Nedostatek pomocného personálu pro všeobecnou sestru přináší situace, kdy velkou část své pracovní doby musí věnovat činnostem, které by mohl vykonat pracovník z řad ošetřovatelských pracovníků, jako je toaleta, vyprazdňování a krmení nemocných.



Graf č. 6: Všeobecná sestra 6

8.9 Analýza společných témat a vzorců

8.9.1 Společné téma: Potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů

Všechny respondenty společně považují za důležité základní potřeby. Podle Maslowa mezi prioritní potřeby patří tělesné potřeby a pocit bezpečí. Péče o tělesnou schránku, hygienu, potravu a tekutiny uvádí každá respondentka. Tyto potřeby patří mezi ty nejsledovanější a věnují jim nejvíce času (VS 1: „...*pak máme čas na ty vyšší...*“, VS 2: „...*základ, co mu můžeme, jako to základní, jsou ty fyziologický...*“). Pro VS 5 u dlouhodobě nemocných v terminální fázi onemocnění jsou tyto potřeby spíše potlačeny: „*Potom nechcou jíst, nemají pocit žízně.*“ Na důležitosti pak nabývá spíše smíření se zdravotním stavem a koncem života a také

nemít bolesti. I pro VS 6 je důležité, aby nemocný netrpěl („...řešení bolestí...“). Pocit jistoty a bezpečí zmiňuje VS 2, 3 a 5. Tato potřeba bývá často naplněna prostřednictvím rodinných příslušníků. Ošetřující personál v této oblasti má také své místo, je důležité jednat s nemocným s úctou a respektem, vlídně a citlivě (VS 2: „...nemusí se bát, co se s ním děje, že je o něho postaráno...“)

Podpora je také tématem, které se objevuje v každém rozhovoru. Emocionální podpora je důležitá pro každého člověka, pro dlouhodobě nemocné nabývá na významu. O přístupu k nemocným a empatii hovoří VS 1 a 6, kvalitní vztah a důvěra mezi nemocným a personálem popisuje VS 2 („...vědět, že se na nás může spolehnout...“), VS 4 a 5 zase o psychické podpoře ze strany ošetřujícího personálu. O podpoře ze strany rodinných příslušníků opět společně všechny respondentky. Přítomnost blízkých je důležitou sociální potřebou. VS 2 považuje za důležitou potřebu dlouhodobě nemocných lásku: „Důležitá je láska, aby cítili, že je má ta rodina ráda.“ VS 3 zase o pocitu sounáležitosti s blízkými osobami.

Naplnit den činností patří mezi sociální potřeby. Na tuto potřebu poukazuje VS 1 a 2, v této souvislosti VS 1 uvádí, že tuto potřebu naplňují především rehabilitační pracovníci, všeobecné sestry z hlediska nedostatku času se této činnosti příliš nevěnují: „Není to moc možný.“ VS 2 zmiňuje, že někdy není ze strany nemocných o smysluplné vyplnění času zájem. Také VS 6 v rámci dobrovolnických aktivit podotýká, že nejprve nemocní tuto aktivitu odmítnou: „Ne, já budu mít návštěvu.“ Nakonec se však zúčastní a jsou spokojeni: „To se jim líbí.“ Každý člověk má určitý cíl, v případě dlouhodobě nemocných, jsou to cíle omezené. I drobný krůček k cíli je možné využít k pochvale nemocného, pro VS 2 tak pacient „roste nějakým způsobem dál“.

Všem respondentkám se pod pojmem spiritualita vybaví především víra v Boha. Zároveň v rozhovoru s VS 2 a VS 4 se také objevuje víra ve vlastní schopnosti, překonat sám sebe (VS 2: „...mám tu víru v sobě, že to prostě musím zvládnout, stejně tak ti nemocní takhle asi přemýšlejí, doufám...“) a sebedůvěra (VS 4: „...dá se to zvládnout, že všechno má řešení...“). Téma smíření se objevuje u VS 5: „Smířit se s tím, že má dlouhodobě nějaké potíže.“ Smysl života, budoucnost (VS 1: „...představa, co bude dál...“), může být tématem rozhovoru mezi sestrou a pacientem.

V oblasti autonomie VS 4 přemýšlí o sebevzdělávání nemocných: „*Co to jeho onemocnění obnáší, jak se to bude zhruba vyvíjet dál.*“ Pro VS 2 je důležité mít možnost se rozhodnout o tom, jak by chtěl člověk prožít poslední dny před smrtí.

SPOLEČNÉ TÉMA - VZOREC	KATEGORIE	VYNOŘENÉ TÉMA	RESPONDENTKA
POTŘEBY PACIENTŮ	Péče o tělo Aktivizace Opora blízkých Smysluplnost Religiozita	Základní potřeby Náplň dne Podpora Spiritualita	VS 1
	Péče o tělo Jistota a bezpečí Opora blízkých Aktivizace Religiozita Víra ve vlastní schopnosti	Základní potřeby Podpora Náplň dne Spiritualita Sebedůvěra	VS 2
	Jistota a bezpečí Sounáležitost Opora blízkých Péče o tělo Religiozita	Základní potřeby Podpora Spiritualita	VS 3
	Péče o tělo Religiozita Víra ve vlastní schopnosti Opora blízkých Autonomie	Základní potřeby Spiritualita Sebedůvěra Podpora Vlastní rozhodnutí	VS 4
	Komfort Smíření Netrpět Jistota a bezpečí Religiozita	Kvalita života Spiritualita Základní potřeby	VS 5
	Opora blízkých Budoucnost Přiměřenost v léčbě Péče o tělo Netrpět Empatie Zajištění Religiozita	Podpora Otevřená budoucnost Základní potřeby Spiritualita	VS 6

Tabulka č. 2 Společné téma: Potřeby pacientů

8.9.2 Společné téma: Saturace v oblasti potřeb

V oblasti, která se týká naplnění potřeb nemocných, je pro všechny respondentky společné téma přístup k nemocným, vzájemná komunikace a vztah. Chovat se k nemocným s respektem a úctou by mělo být samozřejmostí. Vlídne a citlivé zacházení („...aby z toho nebyli vylekaní...“) v rozhovoru popisuje VS 1, o slušnosti vyslechnout, co nemocného trápí, VS 2. Nemocného vždy pochopit se snaží VS 3 („...vzít to z jeho stránky...“). Komunikace s nemocným by měla zahrnovat prvky naslouchání, porozumění, podpory a zájmu (VS 2, VS 3, VS 5, VS 6). I VS 4 považuje za důležité, aby k ní měl pacient důvěru, kterou se snaží docílit „rozhovorem, aby on pocítil, že se mu snažím pomoci, tedy hlavně ta komunikace s ním“.

Nedostatek času při naplňování některých potřeb pociťuje polovina respondentek. VS 1 při hledání nějakých aktivit, které by sloužily pro naplnění dne. VS 2 má dojem, že někdy není možné splnit vše, co by chtěla („...je třeba si vlastně říct, co vlastně by si chtěla udělat a půlku věcí stejně nestihneš...“). Také VS 6 si stěžuje na nedostatek času při ošetrovatelské péči o nemocného.

SPOLEČNÉ TÉMA - VZOREC	KATEGORIE	VYNOŘENÉ TÉMA	RESPONDENTKA
SATURACE V OBLASTI POTŘEB	Empatie Monitorace Komunikace Čas	Přístup k nemocným Vedení dokumentace Aspekt času	VS 1
	Komunikace Vztah Postoje Čas	Přístup k nemocným Aspekt času	VS 2
	Vztah Komunikace Podpora	Přístup k nemocným	VS 3
	Aktivizace Komunikace Monitorace Posilování schopností	Náplň dne Přístup k nemocným Vedení dokumentace Soběstačnost	VS 4
	Podpora Komunikace	Přístup k nemocným	VS 5
	Vztah Komunikace Problém s časem Podpora Dobrovolnické aktivity	Přístup k nemocným Aspekt času Dobrovolnictví	VS 6

Tabulka č. 3 Společné téma: Saturace v oblasti potřeb

8.9.3 Společné téma: Potřeby rodinných příslušníků

Všechny oslovené všeobecné sestry považují rodinné příslušníky za součást procesu hospitalizace jejich příbuzného. Mít kontakt s rodinou nemocného je důležité pro všechny respondentky. VS 3 považuje rodinu za cenný zdroj informací o nemocném: „*Může fungovat jako tlumočnick.*“ Rodina nemocného potřebuje informace především o zdravotní stavu jejich blízkého (VS 1, VS 5), o jeho prognóze (VS 4: „*...při vážném onemocnění potřebuje vysvětlit od ošetřujícího lékaře...*“), o změnách, které nastaly (VS 1). O informacích hovoří také VS 2, spíše ale o těch, že je o jejich příbuzného dobře postaráno, a o jejich podpoře. Psychickou podporu potřebuje pacient, ale i rodina nemocného, rovněž podle VS 4, zejména pokud je nemocný „*ve vážném stavu.*“ Pro VS 5 je důležité také mít dobré vztahy mezi sebou.

Ošetřující personál tak může být i prostředníkem mezi pacientem a jeho příbuznými. VS 6 se zmiňuje o nezbytnosti informovat rodinu nemocného o možnostech, které jsou k dispozici do budoucnosti v rámci sociální situace.

SPOLEČNÉ TÉMA - VZOREC	KATEGORIE	VYNOŘENÉ TÉMA	RESPONDENTKA
POTŘEBY BLÍZKÝCH	Informace	Kontakt	VS 1
	Bez výčitek	Podpora	VS 2
	Informace	Kontakt	
	Spolupráce	Kontakt	VS 3
	Informace		
	Informace Podpora	Kontakt Podpora	VS 4
	Vztahy Informace	Rodina jako tým Kontakt	VS 5
Spolupráce Komunikace Informace	Kontakt	VS 6	

Tabulka č. 4 Společné téma: Potřeby blízkých

8.9.4 Společné téma: Potřeby ošetřujícího personálu

Tato oblast napříč respondentkami je nejvíce individuální. Cítit se dobře po fyzické a psychické stránce potřebuje VS1, VS 3 a VS 5. Pro VS 1 je především důležité být v dobré psychické kondici tak, aby zvládla oddělit pracovní život od toho soukromého a „*nenosila si starosti do práce, abych se mohla věnovat jenom těm lidem*“. VS 5 společně s VS 6 nejprve udávají, že nic ke své práci nepotřebují, VS 5 později říká, že stačí, aby se cítila dobře, „*být vyspaná a najezená*“. VS 6 by uvítala „*víc času, aby tu práci mohla dělat kvalitně*“. Pro polovinu respondentek (VS 2, VS 3, VS 5) je důležitá zpětná vazba od pacienta a jeho spolupráce. Pokud projeví pacient nějakým způsobem spokojenost s péčí nebo důvěru v personál, všeobecné sestře přináší pocit dobře odvedené práce a její smysluplnosti.

Pro respondentky VS 1, VS 3 a VS 4 je důležitá spolupráce mezi týmem odborníků, kteří o nemocné pečují. VS 1 oceňuje, že má „*možnost se poradit*“. Pro VS 3 je důležité mimo zázemí v osobním životě také zázemí na pracovišti. VS 4 pro pocit dobře vykonané práce pokládá za velmi důležitou spolupráci také s nemocným: „*Tendence spolupracovat nebo třeba i pomáhat.*“

SPOLEČNÉ TÉMA - VOREC	KATEGORIE	VYNOŘENÉ TÉMA	RESPONDENTKA
POTŘEBY PERSONÁLU	Podpora týmu Psychická kondice Fyzická kondice Odlišení práce od soukromí	Týmová hra Dobrá kondice Vnímat rozdíl	VS 1
	Smysluplnost Vyrovnaní	Podpora od pacienta Akceptace	VS 2
	Smysluplnost Pracovní zázemí Osobní zázemí	Podpora od pacienta Týmová hra Dobrá kondice	VS 3
	Spolupráce Pomůcky	Týmová hra Pracovní pomůcky	VS 4
	Péče o tělo	Dobrá kondice	VS 5
	Čas	Aspekt času	VS 6

Tabulka č. 5 Společné téma: Potřeby personálu

9 Diskuze

V práci jsem se snažila pomocí IPA zmapovat a poznat prožívání všeobecných sester, které pracují s nemocnými dlouhodobě hospitalizovanými v léčebně pro dlouhodobě nemocné nebo v nemocnici na oddělení typu následné péče. Soustředila jsem se především na otázky, které souvisí s potřebami těchto pacientů z pohledu všeobecné sestry. Které potřeby považují všeobecné sestry za prioritní a jak tyto potřeby zajišťují. Zajímala jsem se i o potřeby rodinných příslušníků a také o potřeby sester samotných.

Analýza dat se nejprve zaměřila na potřeby dlouhodobě nemocných a hospitalizovaných pacientů z pohledu všeobecné sestry. Ptala jsem se, které potřeby jsou pro tyto nemocné důležité a jak jsou uspokojovány. Nejčastěji byli uváděny základní fyziologické potřeby. Podle Svatošové (1998) chronicky nemocný člověk na počátku onemocnění považuje za prioritní biologické potřeby, v terminálních fázích onemocnění nabývají na významu spíše spirituální potřeby. To potvrdil i výzkum Vintrové (2012), který ukázal, že sestry nepovažují za nejdůležitější potřeby související s péčí o tělo nemocného. Domnívám se, že důvodem je zaměření výzkumu na pacienty v terminálních fázích onemocnění. Všeobecné sestry považují fyziologické potřeby za nejvíce důležité, nejčastěji uváděli čistotu, potravu a vyprazdňování (výjimkou byla VS 5, která zmiňovala, že tyto potřeby na konci života ztrácejí na významu). Zajistit tyto potřeby vyžaduje valnou část pracovní doby sester. Tyto činnosti by bylo vhodné zabezpečit prostřednictvím pomocného ošetrovatelského personálu, aby všeobecná sestra mohla vykonávat kvalifikovanější práci v oblasti potřeb. V námětu péče o tělesnou schránku se objevovalo také téma, které se týkalo symptomů souvisejících s nemocí, konkrétně bolesti. Sledování bolesti je v pravidelných intervalech hodnoceno u každého nemocného, k tomu se užívají různé modifikace škál, včetně nemocných, kteří z nějakého důvodu nemůžou komunikovat. Bužgová (2015) zjistila, že nemocné v paliativní péči zatěžují také symptomy, které způsobují sociální devalvací jako je např. zápach z ran, moči a stolice. Pečující tým, by měl tyto těžkosti eliminovat na co nejnížší možnou míru např. častým větráním a užíváním vonných prostředků. Na tento problém poukazovala VS 6, která po nástupu na pracoviště měla tendenci opustit pracoviště právě z tohoto důvodu. Příjemné prostředí jistě přispívá k tomu, aby se cítil nemocný spokojeně.

Co se týká psychických potřeb, pro všeobecné sestry je důležité, aby nemocný cítil v bezpečí a jistotě (VS 2, 3 a 5). Všimají si, jak se pacient cítí a zda je v psychické pohodě. V tomto směru se snaží být jeho oporou. K tomu jim slouží vlídný a citlivý přístup, empatická komunikace a vytvoření vztahu založeného na důvěře. Také Dostálová (2004) považuje vhodnou komunikaci a navázání vztahu za obecný postup vedoucí k ovlivnění emočního stavu nemocných v paliativní péči. Frustraci, hostilitu a rezignaci nemocného chápou jako možnost neuspokojených potřeb (VS 1, 2 a 5). Problémem při uspokojování potřeb se však stává nedostatek času. Nedostatek času uvádí všechny respondentky. Nejvíce je nedostatek času připomínán VS 6, prolíná se celým rozhovorem. Pravděpodobně v tom hraje roli skutečnost, že sestry v léčebnách pro dlouhodobě nemocné pečují o velké množství pacientů. Je pak možné zajistit kvalitu? Velkou část pracovní doby zahrnují administrativní povinnosti, které všeobecné sestry považují za nutné zlo, VS 6 v rozhovoru zmiňuje, že administrativa je činnost, kterou se snaží omezit na nutné minimum. Vorlíček et al. (1998) však poukazují na skutečnost, že zdravotníci trpící úzkostí, kterou si nechtějí připustit a potlačují ji, řeší situaci omezením komunikace s nemocnými a únikem do jiných činností, zejména pak administrativních. VS 6 se zamýšlela nad tím, zda by vyšší počet pečujících přinesl nemocným kvalitnější péči. Tento poznatek považuji za velmi zajímavý, myslím si, že čas, který sestra věnuje nemocným má souvislost s jejími osobnostními charakteristikami, motivací, vztahy na pracovišti a smysluplností této náročné profese. Svatošová (2008) podotýká, že ne každý je vhodným kandidátem pro práci s terminálně nemocnými.

Mezi nejčastěji uváděné sociální potřeby patřila podpora rodinou nebo blízkými osobami. Na to, že ne vždy je rodina oporou, upozorňují VS 1, 2 a 6. Dagmar Pavlasová, primářka a paliativní lékařka LDN v Bílovicích vysvětluje, že se setkává také s pečujícími rodinami, které slibují, že pokud jejich příbuzný např. zvládne přesun na pojezdny klozet, postarají se o něho doma. Personál zapojí veškeré síly, podmínku dodrží, ale následuje podmínka nová (Nezbeda, 2016). Vzpomínám na velmi podobné příběhy, které provází naši praxi. Je možné, že se právě na těchto typech oddělení ocitají právě ti pacienti, u nichž selhala opora rodinných příslušníků. Dlouhodobě hospitalizovaný nemocný potřebuje mít ve své blízkosti někoho, komu důvěřuje a koho zná. To ukazuje také výzkum Bužgové (2015), přítomnost blízkého člověka patří mezi nejčastěji preferované potřeby pacientů. Ještě častěji však nemocní vyhledávají podporu od ošetřujícího personálu. Respondentky jsou si

vědomy, že je důležitá také opora z jejich strany. Aby tato potřeby byla dostatečně saturována využívají vlídný a citlivý přístup, naslouchání a respekt k nemocným. Puchalski (2008) doporučuje jednat s nemocným se soucitem, respektem a úctou. Výsledky Bužgové (2015) přinesly poznatek, že je pro nemocné důležité být v pěkném prostředí, s prostředím nemocnice přesto byli spokojeni téměř všichni nemocní. VS 5 považuje za důležité, aby se v prostředí nemocnice pacient cítil dobře a měl svůj komfort a cítil se jako doma. S tím také úzce souvisí zaručení intimity. Na pracovišti LDN jsou některé pokoje zároveň pro sedm pacientů. Soukromí je zabezpečeno pouze jednoduchou zástěnou. Tato situace s velkou pravděpodobností nepřispívá k zabezpečení intimity. V nemocnici na následné péči je situace o něco lepší, největší pokoj je třílůžkový. Robinson et al. (2013) považují nemocnici za nevhodné místo pro úmrtí. VS 2 považuje za ideální, pokud může pacient prožít svůj odchod z tohoto světa podle toho, jak by si přál on sám. Podle Standardů paliativní péče v Evropě (2010) by měl být každý člověk respektován a uznáván jako autonomní a jedinečná bytost. McIllmurray (2003) ukazuje, že nemocní většinou považují za důležité mít kontrolu nad svým životem a mít možnost rozhodovat o sobě a o péči. V našem výzkumu se tato potřeba objevila velmi ojediněle (VS 4). Všeobecné sestry pravděpodobně tuto potřebu nepovažují za příliš důležitou nebo ji jednoduše opomněly. Z výzkum Bužgové (2015) vyplynulo, že senioři nad 70 let nepovažují za nutné znát přesný název nemoci a být o něm informováni. Preferovali spíše informace o dopadu jejich nemoci na soběstačnost a možnosti péče. Společně s respondentkami považujeme za nezbytnou spolupráci s rodinou pacientů a sociálním pracovníkem. V praxi se spíše setkáváme se situací, kdy se rodina a nemocný mezi sebou obelhávají navzájem především o budoucnosti pacientů. Snad je to z důvodů obavy se zranění se navzájem. Mezi spirituální potřeby řadí respondentky především potřeby duchovní, ty naplňuje především pastorační pracovník nebo kněz. Mezi transcendentální potřeby však patří také otázky spojené se smyslem života, otázky spojené se smrtí, svobodou a pocitem vlastní hodnoty. Tyto potřeby některé respondentky zmínily, nepovažovaly je však za spirituální potřeby. Ze svých pracovních zkušeností vím, že někteří nemocní mají potřebu hovořit, zda jejich život má ještě nějaký smysl, často si také přejí zemřít, neboť jim vadí být závislý na péči a pomoci druhých. Bužgová (2015) také zjistila, že je pro nemocné důležité nalézt smysl života, být naplněn klidem a mít pozitivní náhled na život. Základní potřebou pro umírající je podle Haškovcové

(2000) oblast smyslu života. Uvedené poznatky ukazují, že nelze tuto oblast pominout.

Součástí výzkumu byl náš zájem zmapovat, které potřeby považují všeobecné sestry za nezbytné pro sebe samé. Objevila se témata psychická a fyzická pohoda, zázemí doma i na pracovišti a podpora týmu. Některé sestry udávaly, že nepotřebují nic. Křivohlavý a Pečenková (2004) však považují za důležité pečovat o vlastní duševní hygienu. Podle mého názoru je nutné si uvědomit, že z celého zdravotnického týmu, který o člověka pečuje, jsou právě všeobecné sestry, které jsou s nemocným v neustálém kontaktu. Rozvoj jejich dovedností a kompetencí v péči o svou psychickou pohodu pokládám za klíčové.

Mezi potřeby v souvislosti s rodinou nemocného všeobecné sestry řadí poskytování informací, spolupráci a podporu. Jak ukázal výzkum, často se setkávají se situací, kdy ze strany rodinných příslušníků není o nemocného zájem, není zájem o jeho onemocnění ani o budoucnost. Proč tomu tak je? Fitzsimons et al. (2007) mají v tomto směru za problém zvyšující se závislost chronicky nemocného člověka, sociální izolaci a zátěž rodiny. Při chronické nemoci dochází častěji k protražované délce konečného stadia nemoci. Zátěž rodinných příslušníků je obrovská, s každou dekompenzací zdravotního stavu jsou připravováni na možné úmrtí svého blízkého, které nepřichází z důvodu zahájení adekvátní léčby, většinou však každá dekompenzace zhoršuje samostatnost, soběstačnost a kvalitu života těchto nemocných. Z výše uvedeného je patrné, že spolupráce, opora a sdělování vzájemných očekávání mezi zdravotnickým personálem a blízkými nemocného je klíčová.

Úskalím této práce se zdá být poměrně malý počet respondentek. Tento nedostatek jsme se však snažili vyrovnat hloubkou zachycených rozhovorů. Tento výzkum si však nekladl za cíl data generalizovat. Jeho cílem bylo nahlédnout do toho, jak jsou chápány potřeby chronicky nemocných pacientů z pohledu těch, kteří o ně pečují. Dalším možným zkreslením je osobní angažovanost v daném tématu, proto byla nastíněna také vlastní reflexe se subjektivním pohledem na toto téma. Uvědomujeme si možnost, že jiný výzkumník by mohl získaná data analyzovat a vyhodnotit jiným způsobem a přinést jiné poznatky. Zastoupení sester podle pracoviště bylo nevyrovnané, nebylo však cílem porovnávat, jak vidí potřeby nemocných v paliativní péči sestry z LDN a sestry z oddělení následné péče

v nemocnici. Je také možné, že každá sestra měla na mysli nějakého konkrétního pacienta ze své zkušenosti a podle toho interpretovala dané potřeby.

Pro poskytování kvalitní péče o chronicky nemocné považujeme za vhodné se zaměřit na subjektivně vnímanou kvalitu života pacientů. Na kvalitu péče je v nemocnicích nahlíženo poněkud z jiného úhlu. Týká se především zdravotnické dokumentace, ta však není důkazem odborné a kvalitní péče. Je pravděpodobné, že tento přístup vyzdvihuje dokumentaci na první místo, kde by měl stát především pacient. K zamyšlení je také spolupráce, informovanost a podpora rodinných příslušníků nemocných a vzájemné očekávání mezi jimi a personálem, tj. celým multidisciplinárním týmem, který by měl pečovat o pacienty s chronickým onemocněním.

10 Závěry

- Ukázalo se, že podle očekávání jsou prioritou pro všeobecné sestry základní potřeby, především péče o tělesnou schránku člověka, a pocit jistoty a bezpečí, které považují za hlavní psychickou potřebu. Otázky prožívání a emocí se objevovaly spíše v náznacích. Nejdůležitější sociální potřeby jsou podle sester vztahy s rodinnými příslušníky a jejich opora. Mezi spirituální potřeby řadí sestry potřeby spojené s vírou k Bohu.
- V oblasti saturace a zjišťování subjektivně důležitých potřeb nemocných je nejdůležitější komunikace, vztah a vzájemná důvěra mezi personálem a pacientem. Negativním faktorem, který vstupuje do procesu uspokojování potřeb, je subjektivně vnímaný nedostatek času na straně pečujícího personálu.
- Potřebami rodinných příslušníků jsou především informovanost o zdravotním stavu a prognóze nemocných. Sestry také vítají spolupráci s rodinou a blízkými pacientů.
- Potřeby samotných sester jsou vysoce individualizované.

11 Souhrn

Tématem bakalářské práce jsou potřeby nemocných v paliativní péči očima všeobecných sester. Práce je zaměřena především na potřeby dlouhodobě hospitalizovaných chronicky nemocných pacientů. Skládá se z teoretické a praktické části. V teoretické části této bakalářské práce jsem se snažila vymezit pojmy související s daným tématem. Nastínila jsem také nejznámější teorie potřeb. Snažila jsem se shrnout nejdůležitější potřeby chronicky nemocných pacientů z pohledu komplexního přístupu k člověku. Také jsem se zaměřila na procesy, které při naplňování potřeb těchto pacientů hrají zásadní roli. Pokusila jsem se uchopit téma komunikace, vztahu a vzájemných emocí, které jsou podstatné pro kvalitu života těchto nemocných. Také jsem nastínila možná rizika spojená s poskytováním ošetrovatelské péče u chronicky a dlouhodobě nemocných. V poslední kapitole jsem se zabývala některými výzkumy, které mapovaly potřeby těchto pacientů.

Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu, který byl uskutečněn formou polostrukturovaných rozhovorů s šesti respondentkami, které pečují o chronicky nemocné. Všechny respondentky jsou všeobecné sestry pracující v nemocnici na oddělení následné péče nebo v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Cílem práce bylo zmapovat, které potřeby považují všeobecné sestry za klíčové a jak jsou jimi tyto potřeby saturovány. Snažila jsem se vycházet z komplexního přístupu ke člověku. Také jsem chtěla vědět, jaké potřeby mají podle názoru všeobecných sester rodinní příslušníci těchto pacientů. V poslední řadě mě zajímalo, jaké mají potřeby mají ony samy, aby mohly poskytovat kvalitní péči o toto spektrum pacientů. Pro zpracování dat byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza. Tento přístup byl zvolen, protože umožňuje a předpokládá subjektivní zkušenost s výzkumným problémem.

Následují jednotlivé zanalyzované rozhovory, pro lepší přehlednost s grafickým zpracováním. Analýza je rozdělena do několika částí - potřeby dlouhodobě hospitalizovaných nemocných, saturace v oblasti potřeb, potřeby rodinných příslušníků a potřeby samotných všeobecných sester. Toto členění bylo zvoleno proto, aby dávalo odpovědi na výzkumné otázky. Poté přistupujeme ke hledání společných témat a vzorců, které jsou zobrazeny v tabulkách.

Bylo získáno velké množství informací, které vzhledem k malému rozsahu vzorku a možnému zkreslení ze strany výzkumníka nelze generalizovat na širší populaci.

Myslím si, že by tato práce mohla sloužit jako cenný zdroj informací jak pro ty, kteří poskytují paliativní péči zejména v nemocnicích a léčebnách pro dlouhodobě nemocné, tak také pro lidi z řad laické veřejnosti, kteří pečují o chronicky nemocné v domácím prostředí.

12 Seznam použité literatury:

Knihy:

1. Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada.
2. Baštecká, B., Mach, J. et al. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
3. Boleloucký, Z. (2004). Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní péči. In Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y. et al., *Paliativní medicína* (339-398). Praha: Grada.
4. Bužgová, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada.
5. Cattell, R. B. (1957). *Personality and motivation structure and measurement*. New York: World book.
6. Čechová, V., Mellanová, A., & Rozsypalová, M. (2001). *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
7. Disman, M. (1998). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
8. Dostálová, O. (2004). Emoční problémy v paliativní medicíně. In Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y. et al., *Paliativní medicína* (457-484). Praha: Grada.
9. Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: *World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum.
10. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
11. Haškovcová, H. (1998). *Manuálek o etice a vstřícném chování*. Praha: Galén.
12. Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.
13. Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
14. Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén.
15. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
16. Jakoubková, J. et al. (1998). *Paliativní medicína. Trendy soudobé onkologie. Svazek 1*. Praha: Galén.
17. Kabelka, L. (2017). *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta.

18. Kalvach, Z. (2009). *Životní bilance ve stáří-animace, nebo paliace: Životní bilance ve stáří*. Mezinárodní den seniorů, Praha: Výbor dobré vůle.
19. Kebza, V. et al. (2012). *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. Praha: Grada.
20. Kopřiva, K. (2013). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
21. Košťál, Z. (1987). *Úloha potřeb a zájmů v rozvoji člověka*. Praha: Svoboda.
22. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
23. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
24. Křivohlavý, J., & Pečenková, J. (2004). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada.
25. Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.
26. Madsen, K. B. (1972). *Teorie motivace*. Praha: Academia.
27. Madsen, K. B. (1979). *Moderní teorie motivace*. Praha: Academia.
28. Marková, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada.
29. Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
30. Munzarová, M. (2005). *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing.
31. Musil, J. V. (1996). *Úvod do sociální psychologie*. Olomouc: FF UP.
32. Nakonečný, M. (1996). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.
33. Nezbeda, O. (2016). *Průvodce smrtelníka. Prakticky o posledních věcech člověka*. Praha: Paseka.
34. Orel, M. et al. (2016). *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
35. Payne, S., Seymour, J., & Ingleton, Ch. (Eds.). (2007). *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
36. Plhánková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
37. Procházka, R., Šmahaj, J., Kolařík, M., & Lečbych, M. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada Publishing.
38. Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf s. r. o.
39. Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
40. Scherer, K. (1970). *Nonverbale Kommunikation. Forschungsbericht*. Hamburg: Buske.

41. Sikorová, L., & Zeleníková, R. (2012). *Potřeby člověka a ošetrovatelská diagnostika 1*. Ostrava: Ostravská univerzita.
42. Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. et al. (2011). *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén.
43. Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.
44. Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
45. Svatošová, M. (2008). *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
46. Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon.
47. Šamánková, M. a kol. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing.
48. Špaténková, N. et al. (2004). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada.
49. Tomeš, I., Dragomirecká, E., Sedlářová, K., & Vodáčková, D. (2015). *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum.
50. Topinková, E. (2005). *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén.
51. Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost a stáří*. Praha: Portál.
52. Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
53. Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
54. Venglářová, (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada.
55. Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y. et al. (2004). *Paliativní medicína*. Praha: Grada.
56. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
57. Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada.
58. Zeleníková, R., & Sikorová, L. (2012). *Potřeby člověka a ošetrovatelská diagnostika 2*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Články:

1. Bužgová, R., & Havelková, K. (2012). Zjišťování potřeb terminálně nemocných v hospicové péči. *Časopis lékařů českých*, 151(4), 190-195.
2. Callahan, A. M. (2009). Spiritually-Sensitive Care in Hospice Social Work. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. Binghampton, NY: Haworth Social Work Practice Press, 5 (3/4), 169-185.
3. Fitzsimons, D., Mullan, D., Wilson, J. S., Conway, B., Corcoran, B., Dempster, M., ... Fogarty, D. (2007). The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliat Medicine*, 21(4), 313-322.
4. Chloubová, H. (2005). Psychosociální potřeby ve stáří. *Rezidenční péče*, 1(3), 14-15.
5. Jocham, H. R., Dassen, T., Widdershoven, G., & Halfens, R. (2006). Quality of palliative care cancer patients: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1188-1195.
6. Kopřiva, K. (1994). *Psycholog rodinné poradny v domově důchodců*. (Nepublikovaná závěrečná zpráva z projektu). Institut Alice Masarykové v Praze.
7. Mareš, J. (2017). Péče zaměřená na pacienta: obecné aspekty a terminologické problémy. *Praktický lékař*, 97(3), 99–108.
8. McIlmurray, M. B., Francis, B., Harman, J. C., Morris, S. M., Soothill, K., & Thomas, C. (2003). Psychosocial needs in cancer patients related to religious belief. *Palliative Medicine*. 17, 1, 49-54.
9. Ondrušová, J., & Dragomirecká, E. (2012). Smysl života a deprese u českých seniorů. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. Praha: Československá akademie věd, 56(3), 193-205.
10. Nešporová, O., Svobodová, K., & Vidovičová, L. (2008). *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
11. Puchalski, C. M. (2008). Spirituality and the Care of Patients at End-of-Life: An Essential Component of Care. *Omega (Westport)*, 56(1), 33-46.
12. Robinson, J., Gott, M., & Ingleton, C. (2014). Patient and family experiences of palliative care in hospital: What do we know? An integrative review. *Palliative Medicine*, 28(1), 18-33.

13. Wija, P., & Holmerová, I. (2014). The rising longvelity makes availability of palliative geriatric care for seniors in the Czech Republic an urgent issue. *Paliatia*, 7(3), 4-10.

Diplomové práce:

1. Čermáková, B. (2016). *Emocionální, sociální a spirituální potřeby v kontextu domácí hospicové péče*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
2. Čermáková, J. (2010). *Kvalita života chronicky nemocného člověka*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
3. Housková, B. (2017). *Naplňování psychosociálních potřeb pacientů léčebny dlouhodobě nemocných Fakultní nemocnice Královské Vinohrady*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
4. Provazníková, J. (2011). *Rozdíly mezi hospicem a léčebnou dlouhodobě nemocných v naplňování potřeb svých pacientů*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
5. Venclíková, R. (2003). *Úloha naděje u chronicky a nevléčitelně nemocných*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
6. Vintrová, D. (2012). *Postoje sester k pacientům v terminálním stádiu*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

Internetové zdroje:

1. Addington-Hall, J. M., & O'Callaghan, A. C. (2009). A comparison of the quality of care provided to cancer patients in the UK in the last three months of life in in-patient hospices compared with hospitals, from the perspective of bereaved relatives: results from a survey using the VOICES questionnaire. *Palliative Medicine*, 23(3), 190-197. doi:10.1177/0269216309102525
2. Girgis, A., Johnson, C., Currow, D., Waller, A., Kristjanson, L., Mitchell, G., ... Bowman D. (srpen, 2006). *Palliative Care Needs Assessment Guidelines*. Získáno 6. března 2018 z http://media.pcc4u.org/Documents/PallCareNeedsAssessmentGde_20140930.pdf
3. Kabelka, L., Sláma, O., & Loučka, M. (2016). *Paliativní péče v České republice. Situační analýza*. Získáno 28. února 2018 z

<https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>

4. Vláda si vzpomněla na ty nejstarší. Paliativní péče by mohla v každé české nemocnici, slibuje. (13. dubna 2017). Získáno 28. února 2018 z Tiscali: <https://zpravy.tiscali.cz/vlada-si-vzpomnela-na-ty-nejstarsi-paliativni-pece-by-mohla-v-kazde-ceske-nemocnici-slibje-296038>
5. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). § 5 (2). Získáno 28. února 2018 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
6. Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Získáno 28. února 2018 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Lidské potřeby v paliativní péči z pohledu všeobecných sester

Autor práce: Bc. Blanka Kobyłková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 83 stran, 149 882 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 83

Abstrakt

Všeobecné sestry zastávají klíčovou roli v uspokojování potřeb dlouhodobě hospitalizovaných a chronických nemocných. Cílem práce je popsat, které potřeby považují všeobecné sestry za klíčové, jak jsou zjišťovány a jak jsou uspokojovány. Mapuje také potřeby rodinných příslušníků a samotných sester. Teoretickým rámcem práce jsou potřeby z pohledu celostního přístupu, paliativní péče a aspekty spojené s péčí o chronicky nemocné. V kvalitativním designu byl výzkumnou metodou polostrukturovaný rozhovor z 6 všeobecnými sestrami pracujícími v nemocnici na oddělení následné péče a v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Analýza byla provedena pomocí IPA. Nejdůležitější potřebou jsou podle všeobecných sester fyziologické potřeby, pocit jistoty a bezpečí a podpora především od jejich nejbližších. V procesu uspokojování potřeb nejdůležitější úlohu představuje komunikace a vztah mezi personálem a pacientem. Mezi potřeby rodinných příslušníků řadí všeobecné sestry především informace o zdravotním stavu nemocných. Vzájemnou spolupráci sestry považují za velmi užitečnou. Potřeby personálu jsou individuální. Ukázalo se, že do procesu uspokojování potřeb v negativním směru zasahuje časový aspekt.

Klíčová slova: Potřeby, chronická nemoc, paliativní péče, dlouhodobá hospitalizace, kvalita života

ABSTRACT OF THESIS

Title: Human needs in palliative care from the perspective of general nurses

Author: Bc. Blanka Kobylková

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Numberofpages and characters: 83 pages, 149 882 characters

Numberofappendices: 4

Numberofreferences: 83

Abstract

General nurses play a key role in meeting the needs of long-term hospitalized and chronic patients. The aim of the thesis is to describe what needs the general nurses consider to be key, how they are identified and how priority are satisfied. It also maps the needs of family members and nurses themselves. The theoretical framework of work is the need for a holistic approach, palliative care and aspects related to the care of chronically ill. In the qualitative design, the research method was a semi-structured interview with 6 nurses working in the hospital in the after-care department and in the hospital for the long-term ill. The analysis was performed using IPA. The most important need is, according to the general nurses, physiological needs, a sense of security and safety and support, especially from their closest ones. In the process of meeting needs, communication and the relationship between staff and patient is the most important task. Among the needs of a family member, the general nurses rank primarily information on the health status of patients. They consider nurse cooperation to be very useful. Staff needs are individual. It turned out that the time aspect is in the process of meeting needs in the negative direction.

Key words: Needs, Chronic Disease, Palliative Care, Long-Term Hospitalization, Quality of Life

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1: Stručná charakteristika respondentů

Tabulka č. 2 Společné téma: Potřeby pacientů

Tabulka č. 3 Společné téma: Saturace v oblasti potřeb

Tabulka č. 4 Společné téma: Potřeby blízkých

Tabulka č. 5 Společné téma: Potřeby personálu

Seznam grafů:

Graf č. 1: Všeobecná sestra 1

Graf č. 2: Všeobecná sestra 2

Graf č. 3: Všeobecná sestra 3

Graf č. 4: Všeobecná sestra 4

Graf č. 5: Všeobecná sestra 5

Graf č. 6: Všeobecná sestra 6

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas s provedením výzkumu

Příloha č. 2: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Příloha č. 3: Otázky a témata k rozhovoru

Příloha č. 4: Ukázka transkripce rozhovoru

Příloha č. 1: Informovaný souhlas s provedením výzkumu

INFORMOVANÝ SOUHLAS S PROVEDENÍM VÝZKUMU

pro účely výzkumného projektu bakalářské diplomové práce:

POTŘEBY DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH SENIORŮ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY

(předpokládaný název)

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské diplomové práce vedené na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Bakalářská diplomová práce je realizována na oboru psychologie Bc. Blankou Kobylkovou.

Cílem výzkumu je analyzovat potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů z pohledu zdravotní sestry v kontextu holistického pojetí člověka.

Sběr dat bude probíhat formou rozhovorů. Předpokládaným výstupem rozhovorů jsou informace týkající se znalostí a dovedností v oblasti potřeb, komunikace s nemocnými a kvalitou života nemocných.

Souhlasím s provedením výzkumu na Vašem pracovišti pro účely popsaného výzkumného projektu.

V

Dne

Podpis:

Blanka Kobylková
Bílková 46
Boskovice
68001

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ NA VÝZKUMU

zaznamenaného pro účely výzkumného projektu diplomové práce

POTŘEBY DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH SENIORŮ Z POHLEDU

VŠEOBECNÉ SESTRY

(předpokládaný název)

Autor práce: Blanka Kobylková

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Termín realizace: listopad-prosinec 2017

Místo realizace: Boskovice

Cílem výzkumu je analyzovat potřeby dlouhodobě hospitalizovaných pacientů z pohledu zdravotní sestry v kontextu holistického pojetí člověka.

Sběr dat bude probíhat formou rozhovorů. Předpokládaným výstupem rozhovorů jsou informace týkající se znalostí a dovedností v oblasti potřeb, komunikace s nemocnými a kvalitou života nemocných. Všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu či organizaci, ve které pracujete.

Prohlašuji, že jsem byla seznámena s podmínkami účasti na výzkumu „Potřeby dlouhodobě nemocných seniorů z pohledu všeobecné sestry“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoliv, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

V

Dne

Podpis.....

Příloha č. 3: Otázky a témata k rozhovoru

Otázky a témata polostrukturovaného rozhovoru

Demografické a osobní údaje

Pohlaví, věk, vzdělání.

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Jak dlouho pracujete s dlouhodobě nemocnými na oddělení následné péče?

Potřeby nemocných

Chtěla bych se vás zeptat na to, co si myslíte o tom, jaké potřeby mají dlouhodobě hospitalizovaní pacienti? Co potřebují?

Oblasti zájmu: **Fyzické potřeby**
 Psychické potřeby
 Sociální potřeby
 Spirituální potřeby

Které potřeby z této oblasti si myslíte, že jsou pro dlouhodobě nemocné důležité?

Jak tyto potřeby zjišťujete?

Jak tyto potřeby uspokojujete?

Co by Vám pomohlo lépe pracovat v této oblasti s nemocným?

Potřeby rodinných příslušníků

Jaké potřeby podle vašeho názoru jsou důležité pro rodinné příslušníky vašich pacientů?

Jak probíhá spolupráce s rodinnými příslušníky?

Potřeby všeobecných sester

Co potřebujete vy, abyste mohla vykonávat svoji profesi kvalitně?

Příloha č. 4: Ukázka transkripce rozhovoru

Chtěla bych se tě zeptat na to, co si myslíš o tom, jaké potřeby mají dlouhodobě hospitalizovaní pacienti? Co potřebují?

Každý člověk je jinej, je to osobnost.

individualita
osobnosti
odráží
uspořádání
potřeb

individualita
hierarchie potřeb

*Každý má ty svoje **potřeby**, asi bych řekla
uspořádány úplně jinak.*

*Ale základ, co mu můžeme, jako to základní,
jsou ty fyziologický-**spánek**, **vyprazdňování**,
příjem tekutin, **příjem potravy***

základní
potřeby jsou
fyziologické

Maslow-
hierarchie potřeb-
nižší potřeby

*a potom se to vlastně strukturuje nahoru, co ten
člověk může **potřebovat**.*

na základní
potřeby
navazují
ostatní
potřeby

Maslow-
hierarchie potřeb-
vyšší potřeby

Zmínila jsi ty fyziologický potřeby, to je určitě v pořádku, ale napadá tě, co by potřeboval z psychických potřeb?

*Tak určitě ten **pocit bezpečí**, že je v bezpečí,*

základní
psychická
potřeba je
pocit jistoty a
bezpečí

pocit jistoty a
bezpečí

*že se nemusí bát, co se s ním děje, že je o něho
postaráno, aby on se nebál být na pokoji, aby
věděl, co se s ním děje, že je zajištěný,*

potřeba jistoty
a bezpečí
naplněna,
pokud se
nemocný
orientuje
v dané situaci

naplnění potřeby
pocitu jistoty a
bezpečí v praxi

<p><i>potom, aby cítil, že mu věříme, aby on se mohl otevřít k nám, získat nějaký ten vztah, nebát se nás, vědět, že se na nás může spolehnout, no prostě, když nám něco řekne, že to bude splněno, nebo alespoň, že ty jeho potřeby budou alespoň částečně uspokojeny, to, že nám řekne...</i></p>	<p>mít důvěru, oporu a spolehnutí na personál, také důležitost kvalitního vztahu</p>	<p>důležitost kvalitního vztahu</p>
---	--	-------------------------------------

<p><i>Taky, aby nebyl sám, že ho někdo vyslechne, co ho vlastně trápí, to, že je pro někoho důležitý, to, že znamená něco pro jiný, to, že má proč bojovat, v té době hospitalizace.</i></p>	<p>mít možnost se svěřit</p>	<p>podpora jako motivace</p>
--	------------------------------	------------------------------

A jak konkrétně se staráš, co děláš, abys naplnila tu potřebu bezpečí? Jak k tomu člověku přistupuješ?

<p><i>To je strašně těžký, protože každý člověk to vezme jinak. Musíme si toho člověka, když to řeknu blbě rozpiplat, zjistit co on potřebuje, jaký má to svoje zázemí, abychom nebodli někam, co je pro něho až moc citlivé,</i></p> <p><i>o čem se nechce bavit, normálně otevřeně, ptát se, naslouchat...</i></p>	<p>opět individualita přístupu k nemocným, obecně zásady otevřené a citlivé komunikace jsou důležité pro vztah</p>	<p>respekt k individualitě</p> <p>aktivní naslouchání</p>
--	--	---

Když se zamyslíš nad sociálními potřebami, zmínila jsi rodinu, myslíš si, že nějaké potřeby má i ta rodina?

Určitě, ta rodina potřebuje taky, že *je ten pacient v bezpečí*, že mu nic nehrozí, že se o něj nemusí bát, když není s nima,

rodina nemocného potřebuje mít informaci, že je nemocný v bezpečí

potřeba rodiny, mít jistotu, že je nemocný v bezpečí

a hlavně to, že si nemají vyčítat to, že se o něho nemůžou postarat v takové míře, jako může ta nemocnice nebo to oddělení, na kterém on leží, zároveň, aby si to nevyčítali,

ale dopřáli mu to *nejlepší, co pro něho můžou udělat, třeba je to někdy ta hospitalizace.*

nemít výčitky, že se nemůžou o něj postarat, především v situacích, kdy je hospitalizace nezbytným krokem

přijmutí nezbytné skutečnosti

A když se zeptám na spirituální potřeby, co se ti vybaví, v rámci potřeb dlouhodobě hospitalizovaných?

Tak samozřejmě každý pacient, hlavně ty starší, že se přibližují tomu Bohu, nebo jakékoliv víře,

spirituální potřeba- přibližování k Bohu, víra obecně

Víra

můžeme to říct i tak, že *věří v sám sebe*, nemusí to tedy být zrovna bůh, že jsme jím obklopeni, ale i to, že *to zvládne i on sám, že to dokáže překonat, to si myslím, že je strašně důležité.* Neříkám, že třeba já jsem věřící, ale mám tu víru v sobě, že *to prostě musím zvládnout, ale*

sebedůvěra důležitá ve vlastní schopnosti

víra ve schopnost překonávat překážky

zvládnou to, já to dokážu, stejně tak ti nemocní takhle asi přemýšlejí, doufám...

Vybaví se mě hlavně Bůh, modlitbičky, takový to vyznání v těch nejhorších chvílích, je to důležitý a nesmíme jim to brát, i když my jsme třeba ateisti, nesmíme jim tu víru brát, kterou oni mají, protože ta víra je pro ně důležitá. Samozřejmě, že v určitých špitálech se to dá naplnit, tím, že tam jsou ty modlitebny, jsou tam i duchovní, my nikomu nebráníme, aby přišel kněz na kázání, nebo, aby je mohl třeba vyslechnout.

rituály spojené s vírou je třeba respektovat

spirituální potřeby jejich podpora

možnost přítomnost duchovního, kaple, zpovědi

podpora od duchovního

Máš pocit, že ty něco potřebuješ, aby si se o nemocné mohla dobře starat?

Potřebuji vidět, že oni jsou spokojení, já to strašně moc potřebuji, že mě důvěřují, tím, že se snažím pro ně něco udělat, že oni jsou v pořádku nebo v ten moment, jsou v pořádku, že jim nic nechybí, že je fakt o ně postaráno, stačí vzít jenom za ruku nebo vyslechnout je, i s těma staršíma lidma,

potřeba smysluplnosti práce-spokojenost pacientů

potřeba smysluplnosti u personálu v pomáhající profesi pomocí být užitečný

když prostě přijdeš a zapovídáš se s něma a oni třeba začnou mluvit o mládí, o tom, co dělali, a to je někdy tak úžasný, že si nemůžou vzpomenout co bylo před pěti minutama, ale co bylo před dvaceti lety si vzpomenou, oni úplně okřejou, jsou úplně jiní, znáš pacienty z oddělení,

otevření se pacientů, vzpomínky na prožité

vyvolat zájem o ně samotné

tam vždycky nemusí ani být mluvené slovo, stačí, když se ti ten člověk podívá do očí, to mluví kolikrát za všechno.

sdílení emocí, komunikace beze slov

smysluplnost, když jsou nemocní vděční

Máš pocit, že ti něco v profesi brání, abys tohle mohla dělat dobře?

Čas, ... čas a určitě

nedostatek času čas nutný k administrativě

jiná stránka té profese, dokumenty, papíry, ty dokumenty, to papírování je někdy mnohem důležitější, než ti pacienti třeba...

zahrnutí dokumentací, nutnost vše dokumentovat

A napadá tě ještě něco, co by si zmínila?

Někdy taková ta obrana těch pacientů, že kolikrát nechcou, že mají strach, strach se otevřít, nebo strach cokoliv říct.

obavy pacientů se otevřít strach navázat vztah jako důvod nespolupráce

A zmínila jsi, že s každým pacientem chceš navázat důvěrný vztah, dělá ti to někdy problém z nějakého důvodu?

Někdy do toho vstupují ty otázky sympatie, to, jak na tebe ten člověk působí, když ho přijímáš, tak třeba nemáš chuť se s ním nějak bavit, nebo to povídání, nějak rozvádět, ale je to prostě součástí...,

sympatie a přijetí skutečnosti antipatie, sympatií a nechuť se antipatií zabývat podrobnostmi

ty musíš, je to část tvé práce si s ním povídat, to není jenom přijít, píchnout třeba injekci, musíš si vzít tu stoličku a třeba posedět, není to teda o tom jenom přijít a hned jít zase pryč, a říct mám jinou práci, to není o tom, třeba i na intenzivních lůžkách kolikrát, když umírali pacienti, tak ti to nedá, tu ruku jsi jim chytla, nebo šla otevřít okno, aby ta dušička mohla odletět,

morální povinnost, slušnost v jednání komunikace je součástí profese všeobecné sestry jednání podle naučeného

už i toto je ta péče ve zdravotnictví, která částečně chybí, ta duchovní, kterou lidi potřebují na konci života.

pocit nedostatku spirituální péče na konci života omezení duchovních potřeb

Proč si myslíš, že chybí?

Ta medicína, je úplně někde jinde, je to jinde, než by v určitých případech mělo být, než co ti lidi potřebují. Jsou určité nevléčitelné nemoci, medicína se to pořád snaží posunout někam dopředu,

popírání medicínských směrů o konečnosti života nekonečné utrpení

ale zase je důležité, aby si člověk ty poslední dny užil podle svého, nebo dokázal si to prožít, tak jak by to chtěl on sám, i když by to bylo třeba jen na chvíli, ale prožít si to normálně, jako kdyby žádná nemoc nebyla, nebo takový to omezení, to ti lidi potřebují nakonec svého života.

důležitost mít autonomie- možnost rozhodnout se o tom, jak prožít poslední dny před smrtí

Obdivuji rodiny, kteří si vezmou umírajícího domů, a dokážou mu tu péči poskytnout, o tu zdravotní se může postarat třeba charita, ale že mají sílu na to si toho nemocného nechat až do konce a prožívat s ním to krutý období, co nastane, jo, že tam prostě jsou v jeho blízkosti, to já prostě obdivuju, i třeba za to, co on pro ně udělal, že je vychoval, staral se o ně...

obdiv k rodinám, kteří zvládnou péči o umírajícího v domácím prostředí společně s podporou domácí péče domácí hospicová péče

a dokážou mu poskytnout tu potřebu odejít v klidu bez spousty hadiček a zbytečného utrpení...

přijetí konce života smrt bez utrpení