

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

Zdravotně sociální fakulta

**Uspokojování potřeb klientů/pacientů hospitalizovaných na oddělení  
následné péče a spolupráce s jejich rodinou**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Autor práce:** Šárka Franková

**Studijní program:** Ošetrovatelství

**Studijní obor:** Všeobecná sestra

**Vedoucí práce:** PhDr. Hana Sloupová Bürgerová

**Datum odevzdání práce:** 2. 5. 2013

# Abstract

## **Uspokojování potřeb klientů/pacientů hospitalizovaných na oddělení následné péče a spolupráce s jejich rodinou**

**Současný stav** - Uspokojování potřeb na ONP je nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče. Na ONP se stále zvyšuje počet K/P, a tím pádem i nároky na péči, a je potřeba se zamyslet, jak uspokojovat potřeby kvalitněji a efektivněji. Toho lze dosáhnout holistickým přístupem ke klientovi, který zahrnuje celou osobnost člověka a všechny jeho stránky životního stylu. Na uspokojování potřeb by se měla podílet i rodina, která může velice výrazně ovlivnit celkový stav pacienta (4, 27).

**Předmět** - Hlavní záměr výzkumu byl zaměřen na spolupráci sester na ONP s rodinou K/P a naopak. Dále na uspokojování potřeb K/P. Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny následující cíle a výzkumné otázky:

**Cíl 1:** Zjistit zda sestry na ONP zapojují rodinné příslušníky K/P do ošetrovatelské péče.

**Cíl 2:** Zjistit, zda je rodina spokojena s uspokojováním potřeb K/P na ONP.

**Výzkumná otázka 1:** Jsou rodinní příslušníci na ONP zapojováni do ošetrovatelské péče o K/P sestrami?

**Výzkumná otázka 2:** Je rodina spokojená s uspokojováním potřeb K/P na ONP?

**Výzkumná otázka 3:** Chtějí se RP sami zapojit do ošetrovatelské péče?

**Metodika** - V praktické části bakalářské práce „Uspokojování potřeb klientů/pacientů na oddělení následné péče a spolupráce s jejich rodinou“ byla aplikována kvalitativní metoda výzkumného šetření. Sběr dat probíhal pomocí rozhovorů s rodinnými příslušníky, kteří mají na oddělení následné péče hospitalizovaného svého příbuzného a s ošetrovatelským personálem příslušného oddělení. Oběma skupinám byly pokládány otevřené otázky. Rozhovory s respondenty z oblasti ošetrovatelského personálu byly prováděny na oddělení následné péče v jejich pracovní době a rozhovory s respondenty z oblasti rodinných příslušníků v návštěvních

hodinách na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s. Dále byla použita metoda pozorování, kterou jsem aplikovala v průběhu návštěv na oddělení. V neposlední řadě jsem využila svých zkušeností získaných při studiu na Zdravotně sociální fakultě oboru Všeobecná sestra.

**Výzkumný soubor** - Výzkumný soubor byl tvořen 6 respondenty ošetřovatelského personálu z oddělení následné péče a 6 respondenty ze strany rodinných příslušníků, kteří mají na tomto oddělení hospitalizovaného člena rodiny. Kontakty na skupinu respondentů z řad ošetřovatelského personálu jsem získala přímo na oddělení následné péče, a to na doporučení vrchní sestry 1. ONP Nemocnice České Budějovice, a.s. Kvůli zachování anonymity byli vybraní respondenti označeni písmeny podle abecedy. Respondenty z řad rodinných příslušníků jsem náhodně vybrala v návštěvních hodinách u hospitalizovaných nemocných na ONP, aniž bych přihlížela k jejich věku a pohlaví. Všichni byli předem ujištěni, že bude zachována jejich anonymita.

**Výsledky** - Dle výsledků rozhovorů zkoumaných skupin je spolupráce mezi RP a ošetřovatelským personálem oblastí, na kterou by sestry měly v budoucnu zaměřit svou pozornost, protože je co zlepšovat. Obě skupiny respondentů se shodly, že vzájemná spolupráce je přínosem pro nemocného.

V oblasti uspokojování potřeb pacienta se ošetřovatelský personál zaměřuje především na biologické potřeby, protože na ostatní potřeby dle jejich vyjádření nezbývá prostor. Podle výzkumného šetření se ošetřovatelský personál v oblasti uspokojování ostatních potřeb tj. psychických, sociálních, duševních spoléhá na pomoc rodinných příslušníků. Rodinní příslušníci uspokojují biologické potřeby pouze okrajově a ostatní potřeby pomáhají uspokojit svým příbuzným na různé úrovni dle jejich vůle a ochoty.

RP by se rádi do péče o své blízké zapojili, ale potřebují podnítit ke spolupráci ze strany sester.

**Závěr** - Výsledky práce by mohly přispět k motivaci sester zapojovat více RP do péče o pacienta a k efektivní, profesionální komunikaci s K/P ale i s jejich blízkými, tak, aby ve výsledku tím, kdo je spokojen byl především K/P.

## **Klíčová slova**

Klient/ Pacient

Komunikace

Ošetrovatelský proces

Potřeby

Rodina

## The Abstract

Meeting the needs of patients for Subsequent Care Department and cooperation with their family.

**Current State** - Meeting needs of patients admitted to the Subsequent Care Department is embodied in comprehensive nursing. Due to the increase in the hospitalization rate in the Subsequent Care Department, the needs of the hospitalized patients are on the increase as well. It is therefore necessary to consider how to satisfy their needs in a more effective way so they can get more quality out of their life. This can be achieved by providing holistic care of the patient, viewing him as a whole, respecting his whole personality and seeing multiple biological, psychological, social and emotional factors as interlinked. Also, family members participate in the provision for the patient's needs and their help can play a crucial role in improving the entire condition of the patient (4, 27).

**Objective** - The focus of this thesis was to explore how nurses in the Subsequent Care Department collaborate with the patients' families and vice versa, and to find out how needs of patients are satisfied. Based on the objective of the Bachelor's Thesis, the following targets have been established:

**Target 1:** To find out whether the nurses in the Subsequent Care Department involve the family members in the nursing care.

**Target 2:** To find out whether the family is satisfied with the meeting of patients' needs in the Subsequent Care Department.

**Question No. 1:** Do the nurses involve the family members in the provision for the needs of their hospitalized relatives?

**Question No. 2:** Is the family satisfied with the meeting of needs of their relative hospitalized in the Subsequent Care Department?

**Question No. 3:** Are the family members willing to participate in the provision of corresponding care for those who are close to them?

**Methods** - To complete the practical part of the Bachelor's Thesis „ Meeting Needs of Patients in the Subsequent Care Department and Collaborating with their Family”, a qualitative research was performed. Data were collected from individual respondents by means of conversations with family members whose relative is hospitalized in the Subsequent Care Department on the one hand, and with staff members of the respective department on the other hand. Both groups of respondents were asked to verbally respond to open questions. With the consent of the respective Senior Nurse, staff members were questioned in the Subsequent Care Department during their working hours while family members were questioned when visiting their relatives in Subsequent Care Department of Nemocnice České Budějovice (České Budějovice Hospital). Moreover, while questioning the individual respondents, I observed the operation of the respective department and applied this experience, together with nursing knowledge acquired from my praxis placement when I studied at the Faculty of Health and Social Studies branch General Nurse.

**Research File** - A cohort study of 6 staff members of the Subsequent Care Department and 6 family members of patients hospitalized in this department was undertaken. Staff members were recommended to me by the Senior Nurse of the 1<sup>st</sup> Subsequent Care Department of Nemocnice České Budějovice, a.s. To protect anonymity of the chosen respondents, they were identified by letters in alphabetical order. Family members were randomized during visiting hours in the individual divisions of the Subsequent Care Department irrespective of their age or sex. They were assured in advance that the information revealed by them will be considered private and their anonymity will be protected.

**Results** - The results show that, in the future, nurses should focus their attention to improved collaboration between family members and staff members. Both groups of respondents agreed that such collaboration will produce a new understanding between the patients, those close to them and staff members which would be most beneficial for the patients.

In meeting needs of their patients, the staff members primarily provide for their physical because, according to their statements, there is no time to address additional needs of the patients. According to the research, the nurses rely on family members' help in satisfying psychological, social and emotional needs of the patient. Family members are rarely included in the provision for the physical needs of their hospitalized relatives, satisfying other needs of their relatives at different levels, according to their willingness and readiness to do so.

Family members would be willing to participate in the provision of corresponding care for those who are close to them, but they have to be encouraged by nurses.

**Conclusion** - The results could assist in motivating the nurses to involve more family members in the provision of effective support for their hospitalized relatives, and to promote effective and professional communication process between the patient and their relatives. In the end, the patient satisfaction mission will make the patient satisfied.

### **Keywords**

Patient

Communication

Nursing

Requirements

Family

## Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „*Uspokojování potřeb klientů/pacientů hospitalizovaných na oddělení následné péče a spolupráce s jejich rodinou*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích, dne

.....  
Šárka Franková



## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla vyjádřit upřímné díky PhDr. Haně Sloupové Bürgerové za cenné rady a připomínky při psaní této bakalářské práce.

Děkuji i všem dotazovaným respondentům na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s.

A v neposlední řadě děkuji i celé své rodině a blízkým za podporu při studiu.

# Obsah

Úvod .....	13
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Potřeby nemocných .....</b>	<b>14</b>
1.1.1 Teorie potřeb.....	14
1.1.2 Klasifikace potřeb .....	15
1.1.3 Potřeby hospitalizovaných nemocných .....	16
1.1.4 Faktory motivace .....	19
<b>1.2 Charakteristika rodiny.....</b>	<b>20</b>
1.2.1 Rodina a její význam pro nemocného.....	21
<b>1.3 Komunikace sester s rodinou a nemocným.....</b>	<b>22</b>
<b>1.4 Ošetrovatelský proces.....</b>	<b>23</b>
1.4.1 Fáze ošetrovatelského procesu.....	24
<b>1.5 Oddělení následné péče .....</b>	<b>25</b>
1.5.1 Oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s.....	25
1.5.2 Specifika ošetrovatelské péče na oddělení následné péče .....	26
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Cíle práce.....</b>	<b>28</b>
<b>2.2 Výzkumné otázky .....</b>	<b>28</b>
<b>3. Metodika a charakteristika výzkumného souboru .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Popis metodiky .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....</b>	<b>30</b>
3.2.1 Ošetrovatelský personál na ONP .....	30
3.2.2 Rodinný příslušníci hospitalizovaných nemocných .....	31

<b>4. Výsledky výzkumu .....</b>	<b>32</b>
<b>5. Diskuze .....</b>	<b>59</b>
<b>6. Závěr.....</b>	<b>64</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>66</b>
<b>8. Klíčová slova .....</b>	<b>69</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>70</b>
<b>9.1 Seznam příloh .....</b>	<b>70</b>

## **Seznam použitých zkratk**

ONP – Oddělení následné péče

K/P – Klient/ Pacient (Klientů/ Pacientů)

RP – Rodinní příslušníci

WHO – Světová zdravotnická organizace

EEG – Elektroencefalogram

AS - FS – Respondent z řad sester

AR – FR - Respondent z řad rodinních příslušníků

RHB - Rehabilitace

## Úvod

Oddělení následné péče je lůžkové oddělení, kde ošetrovatelský personál poskytuje péči pacientům po překonání akutní fáze onemocnění, zakládá a rozvíjí rehabilitační techniky, znovuobnovuje soběstačnost a umožňuje tak opětovné začlenění K/P do společnosti. Je to oddělení, na které se čím dál tím více dostávají pacienti různých diagnóz. V současné době moderní medicína úspěšně prodlužuje život člověka, ale stejně důležité je i uspokojování jeho veškerých potřeb.

Dříve bylo zapojení rodinných příslušníků do péče naprosto běžné. O pacienta se pečovalo v domácím prostředí, kde se cítil dobře ve „svém“ a kolem svých blízkých. V oblasti uspokojování potřeb se mu tak dostávalo více pozornosti a péče, než naše moderní ošetrovatelství v současné době nabízí. Oddělení následné péče hospitalizuje nejen pacienty se zlomeninami, ale i pacienty s infaustní diagnózou či pacienty, kteří jsou v terminálním stádiu. Otázkou však je, jestli uspokojování potřeb pacientů funguje a ošetrovatelský personál je uspokojuje či se je snaží uspokojovat a zda pacient strádá či nestrádá.

Při pohledu na pacienty v terminálním stádiu či s infaustní diagnózou vyvstává neustále mnoho otázek. Jak pomoci takovému člověku, jak ho utěšit, komunikovat s ním a s jeho rodinou? Jak vysvětlit rodině, že jejich přítomnost mnohdy pomůže víc než léky na tlumení bolesti? A naopak zda pacient se zlomeninou, který je zde jen na rehabilitaci, něco potřebuje? Jsme mu dosti nápomocní?

Cílem této práce je zjistit, zda sestry uspokojují potřeby pacienta a jakým způsobem zapojují rodinné příslušníky do ošetrovatelské péče. Dále bude zkoumáno, zda se rodinní příslušníci do péče zapojit chtějí a jakým způsobem pomáhají s uspokojováním potřeb.

# 1. Současný stav

## 1.1 Potřeby nemocných

Míra potřeb závisí na pohlaví, věku, společenské úrovni a na prostředí, ve kterém pacient žije a vyrůstal. Dále pak na inteligenci, životních zkušenostech a v neposlední řadě na zdravotním stavu (25).

Existuje celá řada definic potřeb a jejich členění, jež se různí dle jednotlivých autorů, kteří se touto problematikou zabývali. Uspokojováním potřeb nemocného, ale i zdravého člověka se zabývá moderní ošetrovatelství, které zhodnotí a naplánuje uspokojení klientových potřeb a zrealizuje je prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Kvalitní uspokojování potřeb musí vzít v potaz celou životní dráhu člověka (27, 32).

### 1.1.1 Teorie potřeb

Autoři definují potřeby různě. K. Lewin říká: „Potřeba je chápána jako motiv, síla, která uvádí do chodu a udržuje chování.” H. H. Kendler: „Potřeba vyjadřuje odchylku od biologické homeostázy, tj. chápání potřeby jako vrozeného motivu.“ M. Nakonečný: „Potřeby jsou základními motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí, a cílem chování, které je s nimi spojeno jako instrumentální aktivita, je reakcí potřeb.“ Maslow: „Potřeby motivují chování jednotlivce” (4, str.62).

Obecně je potřeba projev nějakého nedostatku, chybění něčeho nebo naopak nadbytku, jehož odstranění je žádoucí. Aby člověk mohl existovat a vyvíjet se, musí mít uspokojené základní potřeby v běžném životě (27).

Uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka dokumentuje vyhláška č. 424/2004 Sb., O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 4, odstavec (1), písmeno (a), (22).

Nejznámější teorií potřeb je teorie Abrahama Maslowa. Ten uspořádal potřeby do hierarchické klasifikace, která je známá jako Maslowova pyramida potřeb (příloha 1). V ošetrovatelství se neuspokojená potřeba stává velkým problémem. Pokud dojde k neuspokojení potřeby ve spodních patrech pyramidy, stávají se na určitou dobu tyto

potřeby dominantními. Teprve po zmírnění či úplném uspokojení základních potřeb v nižších patrech pyramidy se dostávají do popředí potřeby z vyšších pater. Péče poskytovaná zdravotnickým personálem je orientována na uspokojování lidských potřeb v oblasti biologické, psychosociální, kulturní a duchovní (4, 6).

### **1.1.2 Klasifikace potřeb**

Potřeby se v psychologii rozdělují na biogenní, fyziologické, psychogenní, sociogenní a psychologické. Psychologové pak přicházejí s různými indexy potřeb. Americký psycholog Murray předložil teorii motivace. Právě on provedl třídění potřeb na viscerogenní a psychogenní, které jsou vymezeny organickými a psychickými podmínkami. Dále potřeby rozděluje na kladné a záporné. V neposlední řadě na zjevné a skryté, přičemž zjevné mají projevy v chování, skryté ve fantazii. A nakonec na vědomé a nevědomé (2).

Další psycholog Maslow vytvořil teorii motivace. V této teorii zdůrazňuje těsné propojení filozofie a psychologie a navrhuje, aby se předmětem zájmu psychologů stala také filozofie hodnot. Sestavil již zmiňovaný hierarchicky organizovaný systém potřeb, který je individuální. Některé z motivů jsou silnější než ostatní a některé z těch silných jsou nejsilnější. Hierarchie obsahuje filozofické potřeby. Potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace. Maslow říká: „Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“ (27, str. 14).

Hierarchické uspořádání nám pomáhá pochopit, že neuspokojené nižší potřeby převládají a zvítězí nad těmi, které jsou ve vyšších patrech systému. Potřeba seberealizace je postavena v úplné špičce pomyslné pyramidy, vyžaduje totiž uspokojení všech dalších potřeb, které se nachází pod ní. Je-li uspokojena nižší potřeba, dochází k možné determinaci chování člověka. Pokud je jedinec v dětství frustrován, trvale se mění jeho osobnostní rysy. Vyšší potřeby se objevují v pozdějším věku, a to jak ve fylogenetickém, tak ontogenetickém vývoji. U novorozenců dominují fyziologické potřeby bezpečí, hladu či žízně. Děti v pozdějším věku jsou ovládány

potřebami lásky a bezpečí. Oproti tomu starší děti potřebami lásky a uznání. Potřeba seberealizace vzniká až v období adolescence, avšak plně ovládn jí je každý jedinec až v dospělosti. Pokud jsou tyto základní potřeby u člověka dlouhodobě frustrovány, pak u něho nacházíme projevy psychopatologie. Paradoxem je, že mnozí lidé o seberealizaci nestojí a k uspokojení jim stačí jen nižší fyziologické potřeby, jakými jsou klid a pohodlí (27).

Maslowova hierarchie neboli pyramida potřeb obsahuje celkem pět pater a rozděluje se na části nižších a vyšších potřeb. Ve spodních patrech jsou potřeby fyziologické, které slouží k přežití a objevují se v případech, že dojde k poruše homeostázy. Pokud jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními, takže ovlivní i celkové chování a jednání člověka. Další patro tvoří potřeba jistoty a bezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti. „Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí upokojení potřeby jistoty na prvním místě” (27, str. 14). Prostřední patro pyramidy je složeno z potřeby lásky a sounáležitosti, někdy bývá nazývána jako potřeba afilační. Pokud člověk nemiluje a není milován, cítí se osamocen a opuštěn. Předposlední patro tvoří potřeba uznání, ocenění a sebeúcty. Jsou to dvě spojené potřeby. První je sebeúcta a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry ve svém okolí a nezávislost. Druhá vyjadřuje touhu po respektu ostatních, prestiže uvnitř sociální skupiny. Vystupuje tehdy, dojde-li ke ztrátě respektu, důvěry a projevuje se jako snaha získat ztracené sociální hodnoty. Na vrcholu je pak seberealizace, sebeaktualizace. Tedy to, čím člověk chce být a kým podle svého mínění být může. K vyšším potřebám řadí Maslow „metapotřeby“ nebo potřeby růstu, které vyjasňují specifické tendence sebe realizující se osoby. Řadíme sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, smysluplnosti, autonomie, hravosti a další. Jsou méně naléhavé, ale jejich uspokojování vede k posílení pravé lidskosti, k vyššímu štěstí radosti a spokojenosti (3, 7, 27).

### ***1.1.3 Potřeby hospitalizovaných nemocných***

Abraham Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou zdravější, šťastnější a dokonce také výkonnější než ti, kteří své potřeby nedokáží nebo



nemohou uspokojit. Ovšem v období, kdy je člověk nemocný, je těžké vynaložit zbytek sil, aby nedošlo k porušení bio-psycho-sociální rovnováhy.

Nejčastější frekventovanou potřebou hospitalizovaných nemocných je být zdravý (27).

Bolest je negativní pocit a hlavní subjektivní příznak nemoci. Při léčbě by se měl ošetrovatelský personál snažit snížit či úplně odstranit bolest s minimálními vedlejšími účinky. Této potřebě je věnována malá pozornost zdravotníků, a to i přesto, že je jednou z nejfrekventovanějších potřeb nemocných. Lékaři i sestry se opírají o farmakoterapii a velmi podceňují fyzioterapii, psychoterapii a další metody léčby bolesti (24, 27).

Další potřebou, kterou nemocní uvádí, je potřeba být bez strachu o svou existenci a být soběstačný. V neposlední řadě má nemocný potřebu spánku a odpočinku. U nemocných je zvýšený nárok na odpočinek a spánek. Spánek chrání K/P před přetížením a vyčerpáním a pomáhá mu zmobilizovat vlastní obranné síly, a tak mu napomůže k rychlejšímu uzdravení. Zjištěno také bylo, že přibližně polovina hospitalizovaných udává problémy s nočním spánkem. Nemocný špatně usíná, často nebo předčasně se budí, a tak vzniká jakýsi „bludný kruh“. Nekvalitní spánek je reakce na nemoc, bolest, strach, jiné prostředí, větší denní spánek či sníženou aktivitu. Zároveň je i příčinou dalšího zhoršování zdravotního stavu nemocného, protože nejsou zcela využity regenerační a ochranné schopnosti spánku. V případě nespavosti se snaží sestra potřebu spánku uspokojit pomocí vhodné přípravy ke spánku a v krajním případě i za pomoci sedativ a hypnotik (21, 27).

Dalšími z podstatných potřeb jedinců hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení je vyprázdnění stolice a moče. Frustrace těchto potřeb je pro člověka velmi intimní věc. Přináší tělesné strádání a frustraci psychosociálních potřeb především v sebepojetí a sebeúcty s pocity studu a selhání. Nemocní se proto nejdříve obrací na rodinné příslušníky – důvěryhodné osoby a následně až na sestry (27).

Další důležitou potřebou je potřeba lásky a sounáležitosti. Lidé prožívají odloučení od rodiny velmi nepříjemně a v kombinaci s nemocí ještě hůře. Frustrace v těchto

potřebách jsou udávány především u starých a osamocených nemocných, kde dochází i k pocitům zbytečnosti. K takovým nemocným, by se měla upírat mnohem větší pozornost sester a především samotné rodiny (11).

Dle doporučení Bártlové by se měly potřeby v období nemoci členit do základních skupin a to na potřeby, které se nemocí nemění, potřeby, které se nemocí modifikovaly a potřeby, které nemocí vznikly. Potřeby, které se nemocí nemění, jsou vždy stejné u zdravého i nemocného. Tyto potřeby nesouvisí s nemocí. Zahrnujeme sem potřebu vzduchu, výživy, tekutin, spánku, odpočinku, pocitu čistoty atd. Někdy se může stát, že člověk si tyto potřeby uvědomí intenzivněji právě v období nemoci. Například při dlouhodobém klidu na lůžku se zvyšuje potřeba pohodlného lůžka, kvalitnějšího spánku a další. U nemocného může docházet k posunu ve vzniku potřeby, i v pořadí v důležitosti při jejich uspokojování. Ošetrovatelský personál v zásadě respektuje pacientovy potřeby, avšak nezřídka jeho názor reguluje v jeho zájmu stanovit pořadí, které odpovídá primární potřebě, tedy zachování života či získání nebo obnovení zdraví. V těchto chvílích hospitalizovanému nemocnému pomáhá sestra nebo jiný ošetrovatelský pracovník (1).

Nejsložitější skupinu modifikovaných potřeb způsobených nemocí tvoří biologické potřeby. Složitost těchto potřeb vyplývá ze skutečnosti, že změny jsou velice variabilní u každého nemocného. Ovlivněny jsou druhem, fází a závažností onemocnění (1).

Velkou pozornost je potřeba věnovat sociálně modifikovaným potřebám. Základní tendence lze zjednodušeně charakterizovat tak, že se nemocnému nejprve redukuje a následně opět vracejí. Důležité je ovšem mít na paměti, že vedle redukce se může objevit i deformace dřívějších potřeb. To proto, že zdaleka ne u všech klientů se vrací do původního stavu před nemocí. Nejčastěji se projevující tendence sociálních potřeb. Jsou názorněji zobrazeny v těchto skupinách: potřeba tvořivé práce, ve které člověk projevuje svoji aktivitu, potřeba poznání světa a sebe samého, potřeba sociálních styků, a potřeba vytváření kulturního prostředí (1).

Součástí léčebného procesu je pokrytí potřeb, které nemocí vznikly. To, do jaké míry jsou tyto potřeby pokryty, je podmíněno především rozvojem lékařských věd a

léčebné ošetrovatelské praxe. Nové potřeby mohou vznikat změnou vnějšího prostředí, změnou společenských podmínek života, postupnými změnami osobnosti člověka, ovlivněným poznáváním, zkušenostmi apod. Vznik potřeb závisí na mnoha podnětech na charakteru, závažnosti a průběhu onemocnění, na stavu pacienta, předešlé zkušenosti s nemocí, na interpretaci nemoci, na struktuře osobnosti nemocného a v neposlední řadě také na chování okolí a na vztazích s rodinnými příslušníky, personálem, společností. U nemocného s určitým druhem nemoci či choroby vzniká několik nových potřeb. Jednotlivé potřeby rozdělujeme do třech základních skupin. Potřeba navrácení zdraví, zbavení se nebo zmírnění bolesti, potřeba obnovení a udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce, případně příprava na nové (27).

Dle závěru Bártlové lze říci, že biologické potřeby nelze izolovat od potřeb společenských. Jsou totiž vždy v určité návaznosti, hranice mezi nimi jsou plynulé a záleží pouze na subjektu jaký stupeň naléhavosti té, které potřebě přiřazuje (1).

#### ***1.1.4 Faktory motivace***

Pro uspokojování potřeb mají velký význam i faktory motivace. V dětství, dospívání, dospělosti i stáří je motivace jedním z důležitých aspektů života. Právě potřebu můžeme označit jako výchozí motivační stav (23).

U člověka se v jeho chování navíc uplatňuje také očekávání (anticipace). Z toho vyplývá, že síla reakce organismu nezávisí jen na síle popudu (incentivy), ale i na síle budoucího uspokojení (pravděpodobnost dosažení cíle). Významným faktorem motivace je hledání smyslu života, který se časem může změnit, ale nikdy nepřestává být. Na člověka nahlížíme jako na bytost biologickou a společenskou zároveň. Zdrojem jeho motivací je fyziologie jeho organismu (jeho biologické potřeby), tak i sociální a kulturní (společenské) podmínky jeho existence, spojené s potřebami bytí jako sociální (10, 23).

Kulturní faktory ovlivňují způsob chování, ale jejich uplatnění můžeme najít i v potlačování různých impulzů například sexuálních či agresivních. Na začátku života, tedy v raném dětství, během socializace jsme seznamováni s kulturními normami společnosti, které nás ovlivňují, a tím jsou ovlivněny i potřeby jedince. Nápodoba je

spouštěcí mechanismus pro vznik nové potřeby. Lidé mají sklony srovnávat se s ostatními, chovat se a mít to, co vidí u druhých. Pozorováním získá jedinec informace o oceňování, ale i trestání nebo sankcích nevhodného chování v dané společnosti. Výskyt samotných potřeb není však ovlivněn pouze vnějšími odměnami a tresty, ale i jedincovými vnitřními odměnami. Typickým zdrojem vnitřních odměn je to, co člověk činí s láskou a radostí. Jejich existence je spojena s morálním vývojem jedince a způsobuje tak i relativní nezávislost na vnějších odměnách a trestech (23).

## **1.2 Charakteristika rodiny**

Rodina je společenská jednotka, která se postupem času vyvíjí a mění. Životní cyklus rodiny má dvě základní poloviny. První představuje založení a rozvoj rodiny a druhá polovina představuje zúžení rodinného života, tedy odchod dětí a zakládání jejich vlastních rodin. Každá rodina plní své určité funkce, které jsou ovlivněny vztahy uvnitř rodiny a podmíněny změnami společenského systému. Patří sem funkce reprodukční, touha zachovat svůj rod a pečovat o svoje následovníky. Funkce ekonomická, dospělý rodinní příslušníci jsou ekonomicky činní, a tím zajišťují chod domácnosti. Funkce socializačně – výchovná a nakonec funkce emocionální, která uspokojuje potřeby v rodině, jako jsou láska, bezpečí, jistota. Potřeba lásky, bezpečí a jistoty jsou významné pro funkčnost rodiny (18).

Funkční rodina představuje skupinu osob, která dostatečně plní své funkce. V takové rodině nikdo nestrádá po stránkách emociálních ani materiálních. Objevují se zde běžné problémy, které však rodinní příslušníci brzy vyřeší. Dle S. Fischera je v běžné populaci až 85 procent funkčních rodin. Funkční rodina je důležitá v době, kdy jeden ze členů strádá v oblasti zdravotního stavu. Všichni se zapojují do uspokojování potřeb a snaží se o brzké navracení zdraví svého blízkého (18).

Opakem funkční rodiny je rodina dysfunkční. V takové rodině nejsou její členové schopni zajistit povinnosti, které jsou na ně kladeny a neplní tak své funkce. Taková rodina není schopna řádně hospodařit s finančními prostředky. Ve většině případů zde může hrát roli alkohol, závislost na jiných drogách či automatech. Člověk však v každém věku potřebuje vřelé projevy citů ze strany svých nejbližších. To, že se o ně

rodina postará, musejí cítit a chtějí mít jistotu, že jim blízcí v složitých chvílích a to i v nemoci pomohou (18).

### ***1.2.1 Rodina a její význam pro nemocného***

Světová zdravotnická organizace (WHO) v současné době prosazuje novou strategii v péči o nemocného člověka. Tato strategie spočívá ve zdůraznění opatření, při kterých by většina nemocných měla být léčena a ošetřována v domácím prostředí. Proto se do popředí dostává význam rodiny. Nicméněaby se kvalita poskytované péče rodinnými příslušníky vyrovnala po odborné stránce péči poskytované ve zdravotnickém zařízení, je potřeba vedení od ošetřovatelského personálu (29).

V historickém vývoji doznala základní společenská jednotka, tedy rodina, význačných změn. V účasti na péči o nemocného člena rodiny se velmi změnila úloha celé rodiny. V minulosti se pečovalo pouze o ty, kteří z různých důvodů ztratili schopnost postarat se o sebe ve zdraví i v nemoci. Během této historické evoluce se rodina jako jednotka pečovatelů o nemocné členy dostala do pozadí. Zodpovědnost v péči o nemocné se tak přenesla na zdravotnická zařízení. Ze zkušeností však vyplývá, že úlohu rodiny v péči o své nemocné příbuzné nemůže nahradit žádná ze zdravotnických institucí, ba naopak - význam rodiny je nezastupitelný (1).

Vyrovnaní se s chorobným procesem je u všech jedinců rozdílné - jak na straně pacienta, tak jeho rodiny a to ve vazbě na okolnosti, za jaké došlo k onemocnění. Pokud dojde k projevům náhle nebo neočekávaně, vyrovnaní se s touto situací probíhá obtížně. Těžce dochází k vyrovnaní se s vážnými úrazy u jedinců, kteří před úrazem neměli žádné zdravotní problémy. K horší adaptaci s nemocí dochází také u starších věkových skupin, seniorů. Člen rodiny, který přebere většinu péče o nemocného člena, je nejvíce ohrožen negativním efektem pečování nebo syndromem vyhoření. Tento syndrom může vést až ke špatnému zacházení s nemocným. Příčinou může být i přepracování pečovatele nebo chronická únava (1).

Dříve byl prosazován názor, že nemocný potřebuje během nemocničního léčení klid a profesionálně zdravotnickou péči. Proto byl kontakt rodinných příslušníků a přátel s pacientem limitován vymezenou návštěvní dobou. Časem bylo zjištěno, že tento

způsob péče není vhodný, a proto je v současné době umožněno v mnoha zdravotnických lůžkových zařízeních kontinuální nebo denní navštěvování pacientů. Při dlouhodobém upoutání na lůžko by neměl být přerušen kontakt pacienta s rodinnými příslušníky, tzv. forma face to face. Tento kontakt vede k přirozenému pokračování osobních vztahů a pro psychický stav nemocného je velmi důležitý. Ve chvílích, kdy je klient upoután na lůžko dochází k závislosti na okolí, konkrétně na rodinných příslušnících a ti pak mohou mnoha způsoby ovlivnit zdravotní stav člena rodiny a to jak kladně, tak i záporně. Očekávání pacienta od návštěvy je především odreagování od problémů, rozptýlení, přátelská a citová komunikace. Když dochází k neuspokojování těchto tužeb, cítí se pacient frustrován a jeho zdravotní stav se může výrazně zhoršit (1).

### **1.3 Komunikace sester s rodinou a nemocným**

Komunikace je nezbytná, neopakovatelná a náročná činnost. Správně vedený rozhovor s rodinou vede k možnosti získat lepší informace o nemocném, a pozitivně tak ovlivnit a motivovat nemocného. Ve spolupráci s rodinou ošetrovatelský personál nemocného přesvědčí ke vhodné cestě vedoucí k uspokojení jeho potřeb. Komunikační dovednost je obecně chápána jako schopnost efektivně komunikovat s druhými lidmi. V případě zdravotníků a vůbec všech lidí jde o důležitou vlastnost a to jak v profesi, tak i v osobním životě, která často stojí za úspěchem, ale také neúspěchem. Tato dovednost přispívá k navázání a rozšíření kontaktu s nemocným a jeho rodinou. Z hlediska klinické praxe jsou komunikační dovednosti rozděleny na verbální a nonverbální (30).

Verbální komunikací se rozumí vyjadřování pomocí slov a jazyka. Její hlavní výhodou je možnost okamžité zpětné vazby a je nejvhodnější pro přesvědčování. Při větším počtu účastníků komunikace tedy v případě nemocného a jeho rodiny je nejspolehlivějším prostředkem (17).

Neverbální komunikací se předává 70-90 procent sdělení. Pokud je rozpor mezi neverbální a verbální komunikací pacienta, je důležitější mimoslovní složka pro celkový efekt. Neverbální komunikace se rozděluje na mimiku, proxemiku, haptiku, kineziku, oční kontakt, posturiku. Mimika je řeč tváře a svalů, jsou to pohyby obličeje. Proxemika je vzdálenost mezi komunikujícími lidmi, haptika znamená dotyk, který je při kontaktu

s pacientem velice důležitý, dále je kinezika, která vyjadřuje pohyby celého těla a do níž se řadí gotika. Velice důležitý je také oční kontakt a posturika, která znamená postoj celého těla. Neverbální projev komunikace, např. pohled, který často obracíme k pacientovi, přikyvování či samotné naklonění směrem k nemocnému, je především chápána jako pomoc psychologické povahy. Podpora je nejdůležitější v období krizových životních situací a má značný význam jako součást pomoci těžce somaticky nemocným lidem. Mlčení má různý obsah - charakter spolubytí, ale může patřit i mezi známky podpory, která je při uzdravování jedním z nejdůležitějších aspektů. Pokud se však mlčení objeví na straně klienta, znamená to nedůvěru, nezájem o spolupráci nebo se jen snaží vyhnout sdělit informace, které jsou pro zdravotníky velmi důležité (8, 30).

Komunikace je základ všech činností, které sestry provádějí. Je nevyhnutelná, nenávratná a neopakovatelná, avšak tak potřebná. Umožňuje totiž terapeutické interakce, hodnocení potřeb pacientů a implementaci intervencí. Sestry, které dokážou účinně komunikovat se svými pacienty a jejich blízkými, se stávají úspěšnějšími iniciátorkami změny zaměřené na upevnění zdraví, a vyhýbají se tak i právním problémům spojeným s ošetrovatelskou praxí (23, 30).

#### **1.4 Ošetrovatelský proces**

Ošetrovatelský proces poskytuje péči jak jedinci, tak i rodině a komunitě. Umožňuje péči v nemocnici i terénu. Celý ošetrovatelský proces probíhá v pěti fázích. Zhodnocení nemocného, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování ošetrovatelské péče, provedení navržených opatření, hodnocení efektu poskytnuté péče. Všechny tyto fáze se prolínají a neustále opakují. Provádí se ve prospěch pacienta, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Proces je slovo, kterým je míněn průběh ošetrovatelské činnosti jako způsob práce s nemocným. Během hlubšího poznání klienta sestra zapojuje své vlastní aktivní činnosti, které se následně odráží v ošetrovatelském procesu (20, 19).

Ošetrovatelský proces nelze provádět jen na základě standardních činností, ale je důležité nastavit takovou péči, která vyhoví všem potřebám nemocného. Sestry by měly

nashromáždít co nejvíce informací o pacientovi tak, aby byly schopné použít co nejeftivnější ošetrovatelskou diagnózu (26).

#### ***1.4.1 Fáze ošetrovatelského procesu***

Uspokojováním potřeb nemocného, ale i zdravého člověka se zabývá moderní ošetrovatelství. Zhodnotí, diagnostikuje, naplánuje, realizuje a vyhodnotí celý proces.

Všechny fáze ošetrovatelského procesu jsou uváděny zvlášť, ale přesto závisí jedna na druhé a někdy probíhají i souběžně. Situace, která ovlivňuje klienta, může vyžadovat provést některé činnosti přednostně a neodkladně, nezdržovat se například získáváním anamnestických údajů, i když v budoucnu budou pro pozdější ošetrovatelskou práci nezbytné (12, 19).

První fáze se týká zhodnocení nemocného. Tato fáze je jedna z nejdůležitějších a sestra musí provést kvalitní zhodnocení pacienta s cílem získat co nejvíce potřebných informací. Sestra snímá ošetrovatelskou anamnézu z oblasti zdravotní, psychologické, sociální, tedy způsob života v běžném životě pacienta a také provádí zhodnocení současného stavu (12, 19).

Ošetrovatelská diagnóza je výsledkem zpracovaných informací o nemocném. Jedná se o druhou fázi ošetrovatelského procesu. Vztahuje se k potřebám a problémům, které mohou být uspokojeny samostatnou ošetrovatelskou intervencí. Cílem je společně s nemocným najít jeho problémy a stanovit jejich význam pro ošetrovatelskou péči. Stanovení diagnózy nesmí být formální. Sestry proto hledají společné optimální řešení, o kterém hovoří a to v rámci týmové spolupráce (12, 19).

Třetí fází ošetrovatelského procesu je ošetrovatelský plán. Sestra posoudí, co je schopná udělat a zařídit a dále probere s nemocným, jak se může sám zapojit do procesu návratu ke svému zdraví či soběstačnosti. Plánování se týká dvou oblastí. Nejprve je nutné stanovit cíle a očekávané výsledky ošetrovatelské péče a potom vypracovat individuální plán ošetrovatelské péče. Sestra navrhne ošetrovatelské intervence a činnosti, kterými lze stanovených cílů dosáhnout (12, 19).



Předposlední fází je realizace plánu. V jejím průběhu plní každý z účastníků svoji příslušnou roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem. Sestra také současně zajišťuje diagnosticko-terapeutické činnosti naordinované lékařem (12, 19).

Pátou, a tedy poslední, fází ošetrovatelského procesu je zhodnocení efektu poskytované péče. To spočívá v zjištění, zda bylo dosaženo stanoveného cíle. Změření úspěchu poskytnuté ošetrovatelské péče pomocí různých stupnic, testů a škál. Například velmi užívaná je škála pro hodnocení bolesti. Účinnost poskytnuté péče můžeme zhodnotit také získáním informací o klientovi, které pomohou změnit plán péče, pokud jsme nedosáhli stanovených cílů a to tak, že lze zapojit i jeho rodinu a nejbližší z jeho okolí (12, 19).

## **1.5 Oddělení následné péče**

Oddělení následné péče je doléčovací a rehabilitační oddělení určené pro pacienty, u kterých je potřeba zajistit následnou rehabilitaci, jako je nácvik soběstačnosti a chůze, a pro dlouhodobě nemocné. Tato péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních lůžkového nebo ambulantního typu (18).

### ***1.5.1 Oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s.***

V českobudějovické nemocnici se nachází dvě oddělení následné péče. Na prvním jsou hospitalizováni nemocní s chronickými chorobami týkající se všech systémů, jejichž léčba vyžaduje hospitalizaci, ale není nutný pobyt na akutním lůžku. Převažují zde choroby vnitřních orgánů. Léčeni jsou zde i lidé po těžkých úrazech a operacích. Na oddělení se přijímají pacienti ze všech akutních lůžek Nemocnice České Budějovice a.s., v menší míře se pak přijímají klienti na doporučení obvodního lékaře. Pracují zde dvě sociální sestry, které pomáhají ve sférách sociálních, například umístění rodinného příslušníka do domova pro seniory. Součástí péče je ambulance, která se mimo jiné specializuje na léčbu chronických ran (5).

Druhé oddělení následné péče se také zabývá léčbou chronicky nemocných, ale i léčbou pacientů v dlouhodobém bezvědomí. Toto oddělení je specializované na chronickou a následnou interní a neurologickou péči. Proto je jeho součástí interní a

neurologická ambulance. Součástí druhého oddělení následné péče je neurofyziologická laboratoř s některými vysoce specializovanými druhy vyšetření. Tato laboratoř poskytuje vyšetření funkcí nervového systému a nabízí specializovanou vyšetřovací techniku EEG, vhodnou k posuzování atypických záchvatů epilepsie či jiných záchvatovitých onemocnění. Na tomto oddělení se dále provádí zobrazovací technika sloužící k diagnostice poruchu spánku – nespavosti nebo naopak zvýšené spavosti (5).

### ***1.5.2 Specifika ošetrovatelské péče na oddělení následné péče***

U chronicky nemocných dochází k přeložení z akutního lůžka na oddělení následné péče. O překladi vždy rozhoduje lékař a klient o něm musí být informován, stejně tak i jeho rodina. Sestra, která přijímá na oddělení chronicky nemocného, musí brát ohledy na věk, délku hospitalizace, sociální situaci a psychické vlastnosti nemocného, které hrají roli při adaptaci na novém oddělení (9, 15).

Specifika poskytované péče jsou na rozdíl od jiných standardních lůžkových oddělení zvláštní možným výskytem imobilizačního syndromu. Ten je charakterizován jako celková odezva organismu na klidový režim člověka, jako stav, při kterém je jedinec vážně ohrožen poškozením jedné nebo několika orgánových soustav. První následky se mohou začít objevovat již po několika hodinách upoutání na lůžko a k patologickým změnám dochází během jednoho týdne. Nejčastěji je postižen pohybový a kardiovaskulární systém. Příčiny vzniku imobility mohou být různé. Patří sem chronická bolest, paréza, plegie, poruchy kostí, svalů, šlach, neurologické poruchy, deprese, bezvědomí, vysoký věk nebo celkový stav pacienta. Imobilizační syndrom se projevuje různými poruchami jedné nebo několika orgánových soustav. Mohou být skryté i viditelné, jako jsou opruzeniny a dekubity. Při poruše kardiovaskulárního systému dochází k ortostatické hypotenzi, žilní trombóze a plicní embolii, kdy jde již o život ohrožující stav. Poruchy respiračního systému zahrnují hypostatické pneumonie, ke kterým dochází vleže na zádech, při nichž se snižuje vitální kapacita plic. Pacient není schopen vykonat hluboké vdechy a dýchá jen mělce a povrchně (11, 31).

Dalším následkem dlouhodobého upoutání na lůžko může být plicní atelektáza, porucha pohybového ústrojí, kostí, močového systému a psychiky. Sestry by proto měly

dbát na prevenci, která spočívá v minimalizaci rizik od samotného začátku hospitalizace klienta na jednotku následné péče. V neposlední řadě by sestry měly identifikovat včas potřeby nemocného, udržovat lůžko v čistotě a suchu, podporovat aktivitu nemocného ve včasném vstávání z lůžka a využívat pomůcky doplňující lůžko pro pohodlí nemocného. Podporovat nemocného v sebeděči, přiměřené rehabilitaci a v příjmu vhodných tekutin. Bránit rozvoji dehydrataci, zajistit vhodnou stravu, spolupracovat s rodinou, podporovat dobré vztahy a komunikaci s nemocným a povzbudit jej (15).

Účinné poskytování komplexní ošetrovatelské péče dosáhne ošetrovatelský personál jen při vytvoření správného vztahu s klientem na bázi respektu, důvěry, partnerství a oboustranné zodpovědné spolupráce. Všichni by si měli uvědomovat, že se stávají vzájemnými partnery, kteří se snaží, aby došlo ke zlepšení situace klienta (15, 31).

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny následující cíle:

**Cíl 1:** Zjistit zda sestry na ONP zapojují rodinné příslušníky K/P do ošetrovatelské péče.

**Cíl 2:** Zjistit, zda je rodina spokojena s uspokojováním potřeb K/P na ONP.

### **2.2 Výzkumné otázky**

**Výzkumná otázka 1:** Jsou rodinní příslušníci na ONP zapojováni do ošetrovatelské péče o K/P sestrami?

**Výzkumná otázka 2:** Je rodina spokojená s uspokojováním potřeb K/P na ONP?

**Výzkumná otázka 3:** Chtějí se RP sami zapojit do ošetrovatelské péče?

## 3. Metodika a charakteristika výzkumného souboru

### 3.1 Popis metodiky

Pro praktickou část bakalářské práce „Uspokojování potřeb klientů/pacientů na oddělení následné péče a spolupráce s jejich rodinou“ bylo využité kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat u jednotlivých respondentů probíhal pomocí rozhovorů s rodinnými příslušníky, kteří mají na oddělení následné péče hospitalizovaného svého příbuzného na straně jedné a na straně druhé s ošetrovatelským personálem příslušného oddělení. Rozhovory byly prováděny z okruhů otevřených otázek pro ošetrovatelský personál a z okruhů otevřených otázek pro rodinné příslušníky. Respondenty z oblasti ošetrovatelského personálu jsem získala na oddělení následné péče v jejich pracovní době a respondenty z oblasti rodinných příslušníků v návštěvních hodinách na odděleních následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s.

Rozhovory byly zaznamenány na diktafon při vhodných příležitostech přímo na odděleních. Poté byly přepsány, vyhodnoceny a kategorizací byly některé z nich graficky zpracovány programem SmartArt. Rozhovory jsem společně s vysledovanými vjemy pro přehlednost kategorizovala a umístila do myšlenkových map. Při interpretaci dat byly použity přímé citace respondentů.

Výzkumné šetření trvalo od února do konce března 2013. Všechny respondenty jsem předem ujistila, že rozhovor bude zcela anonymní a seznámila jsem je s okruhy otázek, aby si mohli udělat představu o tématu rozhovoru a jeho časové náročnosti.

Podoba okruhů otázek je uveřejněna v příloze 2 a 3.

Kromě rozhovorů jsem využila pozorování chodu oddělení. Tato pozorování jsem prováděla v průběhu návštěv na odděleních při získávání rozhovorů a také jsem využila své zkušenosti získané při praxi studia na Zdravotně sociální fakultě oboru všeobecná sestra.

## 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 6 respondenty ze stran ošetrovatelského personálu na oddělení následné péče a 6 respondenty se stran rodinných příslušníků, kteří mají na tomto oddělení hospitalizovaného člena rodiny.

### 3.2.1 Ošetrovatelský personál na ONP

Kontakty na skupinu respondentů z řad ošetrovatelského personálu jsem získala přímo na odděleních následné péče a to na doporučení vrchní sestry 1. ONP Nemocnice České Budějovice, a.s. Vybrané respondenty jsem označila písmeny podle abecedy, kvůli zachování anonymity.

**Respondent A:** žena, 40 let, pracuje na ONP v současné době jako staniční sestra, na oddělení nastoupila v roce 1995 jako zdravotní sestra. Pracovat na tomto oddělení nechtěla, ale postupně si zvykla na práci i kolektiv a už by na jiné oddělení nešla.

**Respondent B:** žena, 24 let, pracující na ONP jako zdravotní sestra. Na oddělení nastoupila od poloviny roku 2011. Na ONP pracovat nechtěla, ale v současnosti by už jinam nešla, je tady spokojená.

**Respondent C:** žena, 45 let, pracuje na ONP 9 let jako zdravotní sestra. Na ONP pracovat chtěla a je tady ráda.

**Respondent D:** žena, 23 let, pracuje na ONP 3 a půl roku jako zdravotnický asistent. Nyní zahájila prvním rokem bakalářské studium oboru všeobecná sestra. Pracovat na oddělení nechtěla, ale v současnosti by už oddělení neměnila.

**Respondent E:** žena, 48 let, pracuje na ONP od roku 2009. Oddělení si sama nevybírala, umístila ji sem hlavní sestra nemocnice pro nedostatek personálu, je tady spokojená

**Respondent F:** žena, 31 let, nastoupila na oddělení čerstvě po skončení mateřské dovolené. Pracuje tady od dokončení bakalářského studia v roce 2004, po dvou letech nastoupila na mateřskou dovolenou. Vzhledem k péči o svoje dvě děti by ráda přestoupila na klidnější oddělení.

### **3.2.2 Rodinný příslušníci hospitalizovaných nemocných**

Tyto respondenty jsem náhodně vybírala v návštěvních hodinách u hospitalizovaných nemocných na odděleních ONP. Neomezovala jsem je věkem ani pohlavím a předem jsem je ujistila, že bude zachována jejich anonymita.

**Respondent A:** žena, má na ONP hospitalizovanou matku 4. týden, matka byla na ONP hospitalizovaná opakovaně, pokaždé na jiném oddělení. Respondentka pracuje jako zdravotní sestra a rozhovor s ní byl velice zajímavý, protože nahlížela na problém ze strany zdravotníka i ze strany rodinného příslušníka.

**Respondent B:** žena, má poprvé hospitalizovanou matku na ONP. Matka je hospitalizovaná 2. týden. Respondentka je zdravotní sestra stejně jako respondent A a i s ní byl rozhovor velice přínosný a zajímavý.

**Respondent C:** žena, má na ONP hospitalizovanou matku 1. týden. Matka je na ONP poprvé, nikdy před tím na ONP hospitalizovaná nebyla. Respondentka byla velice milá a vstřícná a velice ráda spolupracovala.

**Respondent D:** žena, má na ONP poprvé hospitalizovanou tchýni – je zde již 6. týdnů. Hospitalizovaná se připravuje na odjezd do Hospice v Prachaticích a rozhovor s respondentkou byl velice vyčerpávající, protože respondentka po ukončení mého interview chtěla hovořit o Hospici, kde jsem měla praxi, a chtěla vědět vše, co se týče péče a chování personálu v něm. Po rozhovoru se přiznala, že cítí velikou úlevu, když mluvila s někým, kdo tam byl a zná to tam.

**Respondent E:** žena, má na ONP hospitalizovanou matku 8. týdnem. Matka je na tomto oddělení hospitalizovaná poprvé a chce si ji vzít co nejdříve domů a starat se o ni doma.

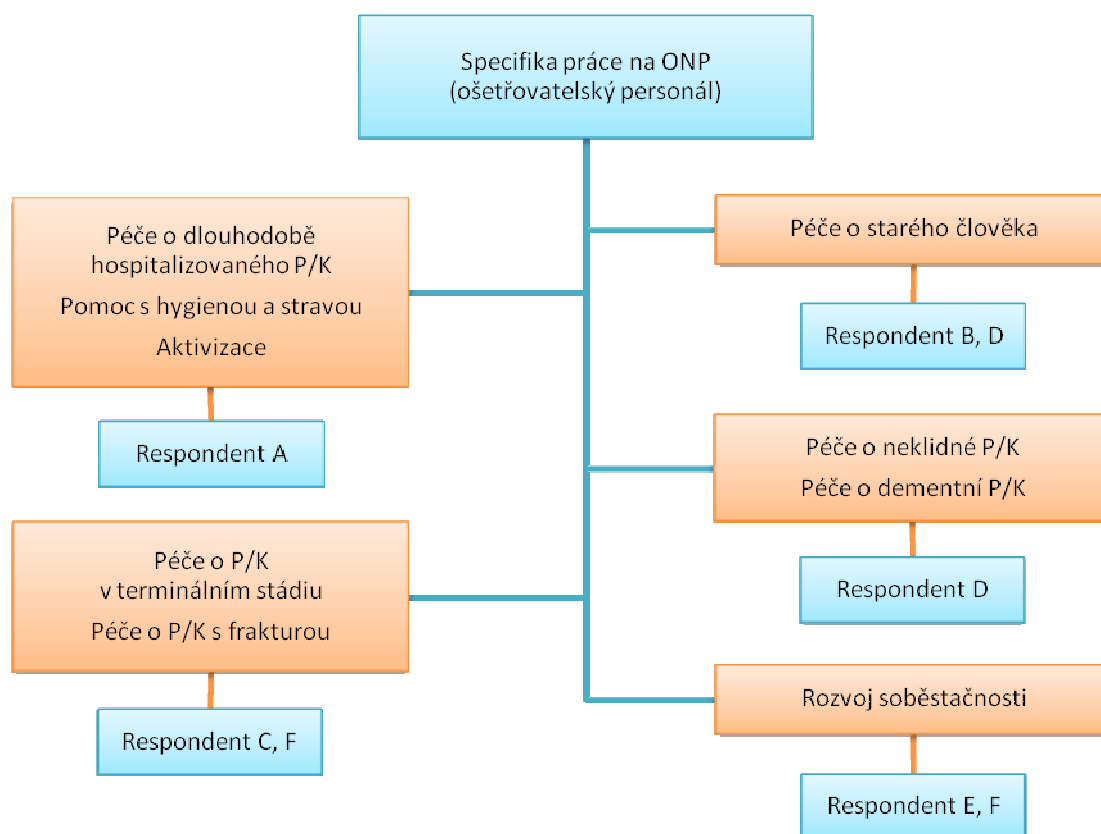
**Respondent F:** žena, má na ONP hospitalizovanou tchýni, která je zde dva měsíce, pravidelně si ji rodina bere domů na propustky – zhruba jednou za 14 dní. Respondentka čeká, až se zdravotní stav hospitalizované tchýně zlepší a má v plánu s manželem si ji vzít domů.

## 4. Výsledky výzkumu

Získaná data jsou zpracována do myšlenkových map v programu SmartArta následně okomentována. Kurzívou jsou přidány vybrané citace respondentů.

### Myšlenková mapa 1 – Specifika práce na ONP dle ošetrovatelského personálu.

Myšlenková mapa 1 znázorňuje, čím je pro ošetrovatelský personál specifická péče na ONP. Názory respondentů jsou různé, ale respondenti B, D se shodli, že je péče specifická v práci se starými lidmi. Respondenti C, F vidí specifika péče o pacienty v terminálním stádiu a pacienty s frakturou. Respondenti C, F se shodli také na snaze naučit pacienty soběstačnosti.





**Respondent A:** „Je to spíše ošetrovatelská péče než zdravotní na ostatních akutních odděleních. Pacienti tady jsou dlouhodobě hospitalizovaní a pomáháme jim s hygienou, stravou a snažíme se je aktivizovat“

**Respondent B:** „Je to péče o starého člověka.“

**Respondent C:** „Staráme se o pacienty, jak nejlépe umíme, většinou o pacienty s frakturou nebo o pacienty, kteří jsou v terminálním stádiu.“

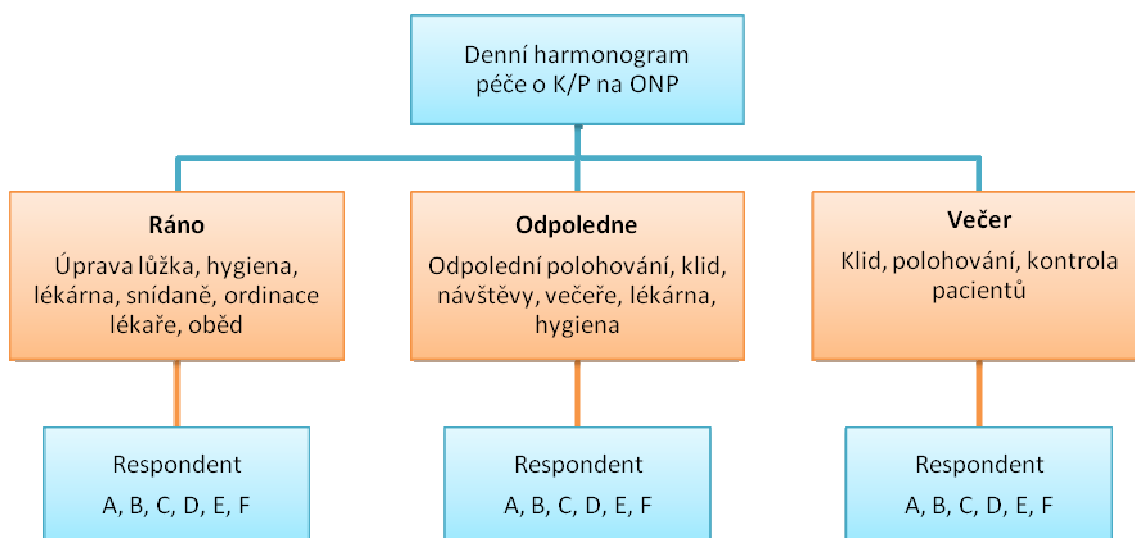
**Respondent D:** „Pečujeme hlavně o seniory, kteří jsou často dementní a neklidní.“

**Respondent E:** „Snažíme se naučit pacienta soběstačnosti.“

**Respondent F:** „Specifická péče je v tom, že K/P jsou zde delší dobu a snažíme se je naučit soběstačnosti, aby mohli žít kvalitní život, popřípadě se vrátit domů. Dále jsou tady pacienti s frakturou nebo jen na RHB a na druhé straně jsou zde pacienti s infaustní prognózou či v terminálním stádiu.“

### Myšlenková mapa 2 – Denní harmonogram péče o K/P na ONP.

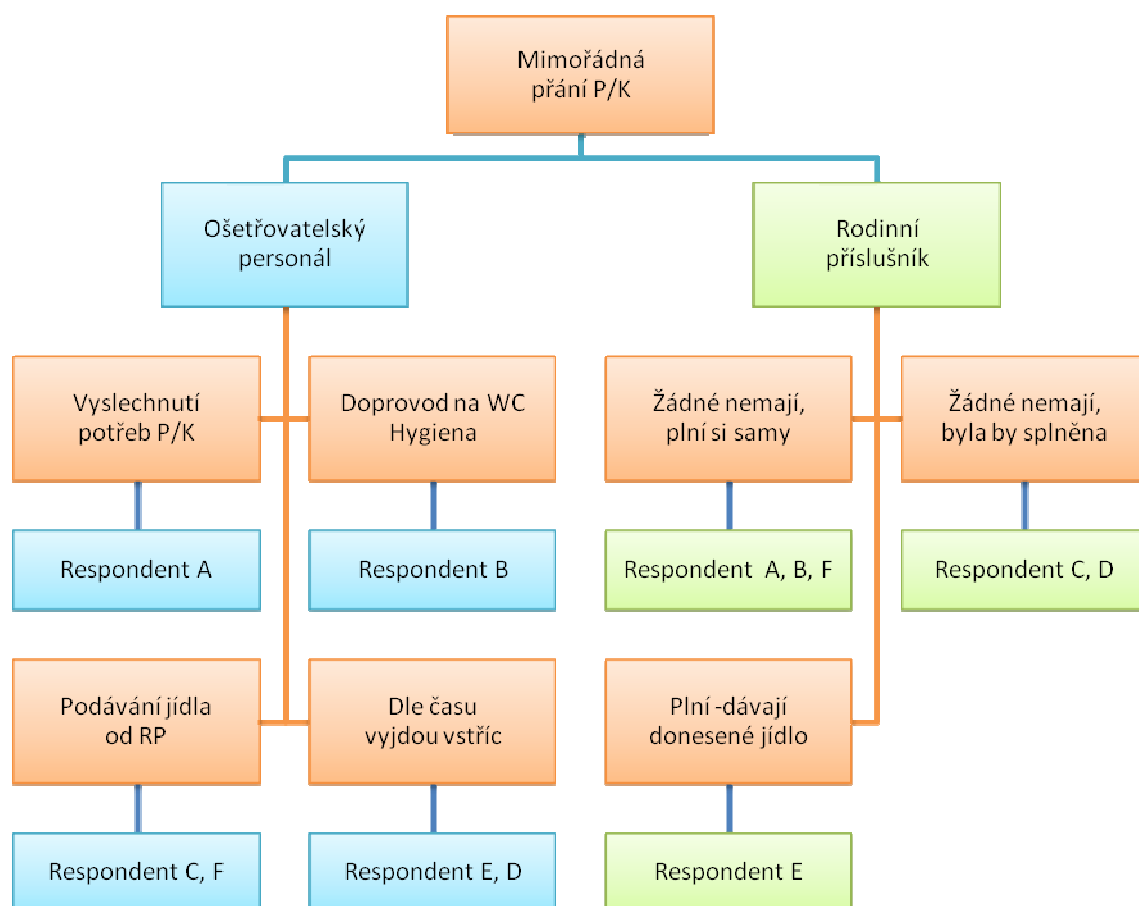
Myšlenková mapa 2 znázorňuje denní harmonogram péče o K/P na ONP. Všichni respondenti popsali shodně denní harmonogram péče o K/P na ONP.



**Myšlenková mapa 3** – Co považují RP a ošetrovatelský personál za mimořádné přání, které K/P splní.

Myšlenková mapa 3 odráží názor ošetrovatelského personálu a rodinných příslušníků na plnění mimořádných přání pacientů na ONP. Názory na plnění mimořádných přání se u respondentů z řady ošetrovatelského personálu liší, ale respondenti C, F se shodli na podávání jídla od rodinných příslušníků a respondenti E, D se shodli, že vyjdou pacientům vstříc, pokud mají čas.

Respondenti A, B, F z řady rodinných příslušníků se shodují, že žádná mimořádná přání nemají, a když ano, obstarají si je sami. Respondenti C, D také žádná mimořádná přání nemají, ale věří, že by jim případně byla splněna. Respondent E žádá o podávání přinesené stravy, v čemž mu personál vychází vstříc.



### **Ošetrovatelský personál**

**Respondent A:** „Udělat si čas na vyslechnutí potřeb pacienta.“

**Respondent B:** „Pro pacienty je nejmimořádnější, když jim pomůžeme s hygienou a dovedeme je na toaletu.“

**Respondent C:** „Když uvařím kávu nebo dám pacientům stravu, kterou přinesla rodina.“

**Respondent D:** „Když pacient něco chce a máme čas, tak to uděláme.“

**Respondent E:** „Když pacient něco chce a mám čas, snažím se vyjít vstříc.“

**Respondent F:** „Něco co vyžadují nadstandardně jako uvařit kávu nebo podávat jídlo od rodinných příslušníků.“

### **Rodinný příslušníci**

**Respondent A:** „Nemáme žádná, vše si plníme sami.“

**Respondent B:** „Žádná nemáme, a když tak si je uděláme sami, nechceme zatěžovat zdravotnický personál.“

**Respondent C:** „Maminka je mimo, nemluví, ale kdyby nějaké přání měla, věřím, že by ho personál splnil.“

**Respondent D:** „Žádná nemáme, ale myslím si, že by nebyl problém je splnit.“

**Respondent E:** „Plní, dávají jí moje jídlo, jak ráno, tak i večer.“

**Respondent F:** „Žádná nemáme, když jsem na návštěvě, tak si všechno udělám.“

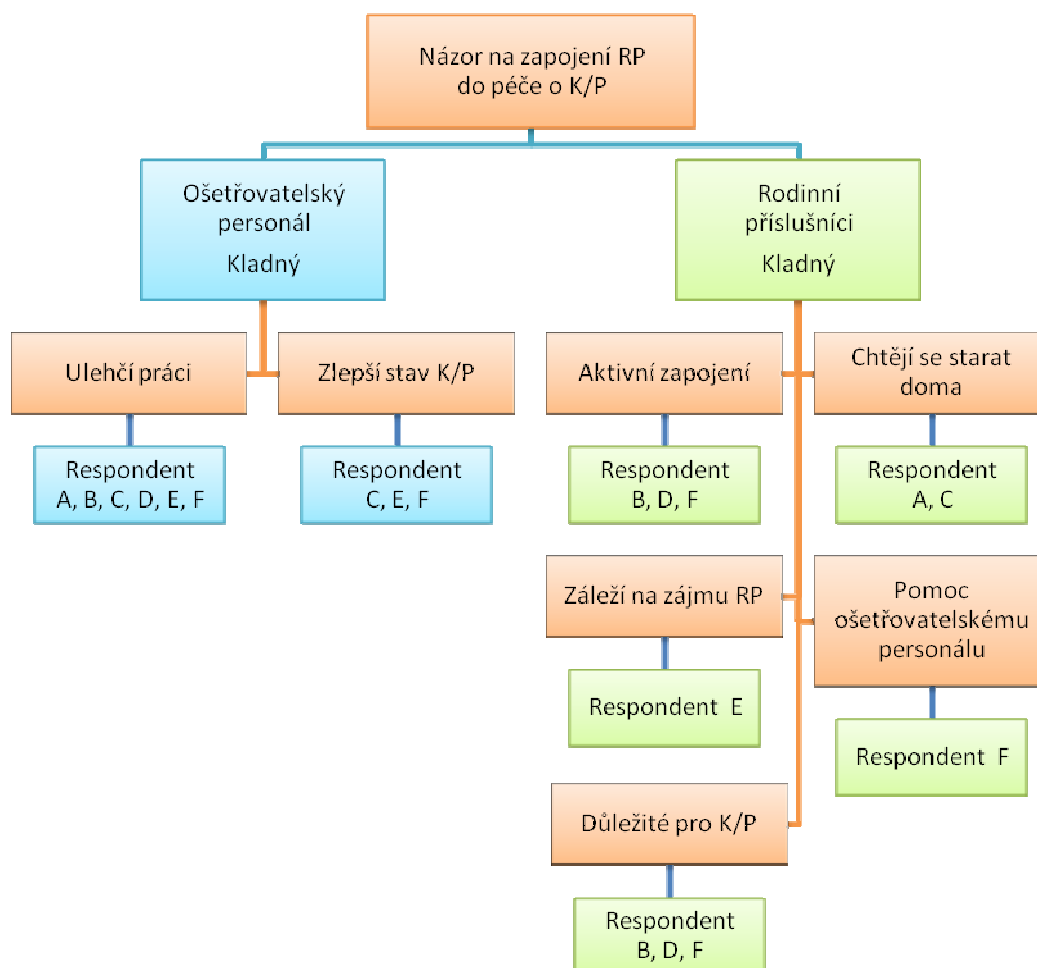
### **Myšlenková mapa 4 – Jaký mají sestry a RP názor na zapojení RP do péče o K/P.**

Myšlenková mapa 4 ukazuje názor na zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta. Jak je z této mapy patrné, všichni respondenti, a to jak z řady ošetrovatelského

personálu, tak z řady rodinných příslušníků, mají na zapojení rodinných příslušníků do péče názor kladný. Liší se pouze důvody přínosu zapojení do péče.

Respondenti A, B, D z řady ošetřovatelského personálu vidí kladný přínos v ulehčení jejich práce. Zatímco respondenti C, E, F vidí přínos zapojení rodinných příslušníků do péče jak v ulehčení práce, tak i v zlepšení stavu pacienta.

Respondenti B, D z řady rodinných příslušníků se domnívají, že jejich zapojení je důležité pro pacienta. Respondenti A, C by se nejraději zapojili na sto procent tím, že by se starali o svého příslušníka doma. Podle názoru respondenta E záleží na zájmu rodinných příslušníků a respondent F se přiklání k názoru, že je to důležité pro pacienta a také to ulehčí práci ošetřovatelský personálu.



### **Ošetrovatelský personál**

**Respondent A:** „Kladný, pomáhá to pacientům, pokud je rodina rozumná a třeba s ním i rehabilituje nebo je jinak aktivizuje, a tím nám usnadní práci.“

**Respondent B:** „Myšlenka je to hezká, ale moc to člověk nevidí, očekávají to spíše od personálu. Když se ale zapojí, pomůže nám to.“

**Respondent C:** „Někdo se zapojí rád, někdo vůbec, většinou se zapojit nechtějí. Pomůže nám to odlehčit práci, stačí jen, když pacienta nakrmí.“

**Respondent D:** „Moc se nezapojují, spíše řeknou nám, prostě jsme tady od toho, tak to uděláme, ale když se zapojí, ulehčí nám to práci.“

**Respondent E:** „Pomůže nám to odlehčit práci a zlepší to zdravotní stav pacienta.“

**Respondent F:** „Zapojit do péče by se měl každý rodinný příslušník, protože to pomůže zlepšit jeho stav a nám to odlehčí práci. Moc se to, ale nestává.“

### **Rodinný příslušníci**

**Respondent A:** „Maximální zapojení je výborné, myslím si, že by bylo dobré, aby si rodina brala na propustky domů, aby byli chvíli ve svém prostředí.“

**Respondent B:** „Zapojení je pro pacienta důležité a ovlivní to jeho zdravotní stav.“

**Respondent C:** „Zapojení je dobré, ale je lepší mít příbuzného doma a starat se o něj tam.“

**Respondent D:** „Každá pomoc je dobrá.“

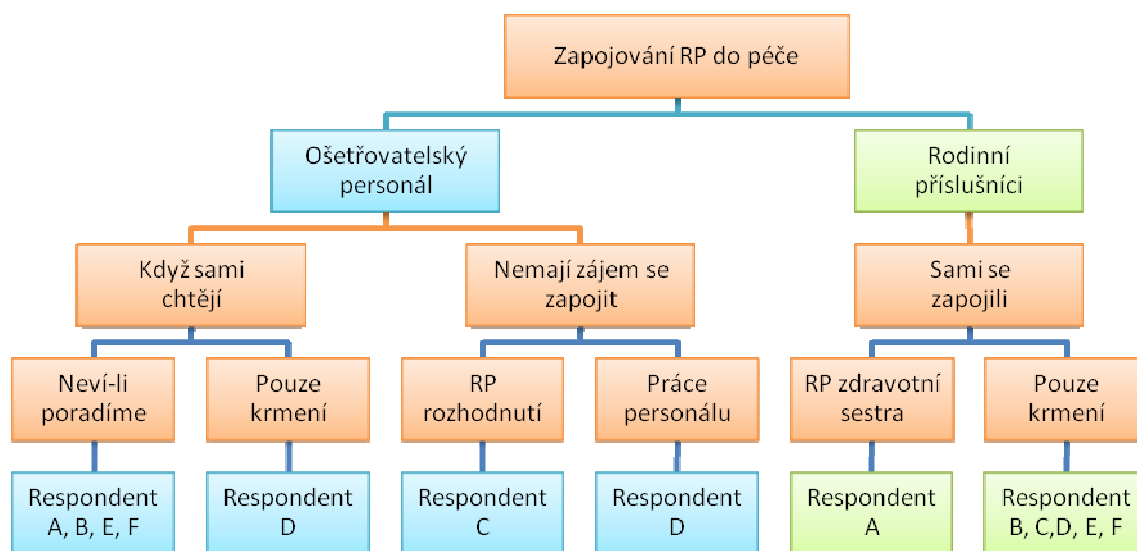
**Respondent E:** „Dobry, záleží na každém rodinném příslušníkovi, jak se k tomu postaví.“

**Respondent F:** „Myslím, že to pacientům hodně přinese a sestram pomůže.“

## Myšlenková mapa 5 – Snaha o zapojení RP do péče.

Myšlenková mapa 5 znázorňuje, jak v praxi funguje zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta. Respondenti A, B, E, F z řady ošetřovatelského personálu sami do péče o pacienta rodinné příslušníky nezapojují. Pokud si o to řeknou, rádi jim poradí. Respondent D rodinné příslušníky také nezapojuje a podle jeho zkušeností, se někteří rodinní příslušníci zapojují pouze při krmení. Respondent C si myslí, že rodinní příslušníci o zapojení do péče zájem nemají a nechce je nutit. Respondent D si stejně jako respondent C myslí, že rodinní příslušníci nemají zájem o zapojení do péče, ale je to podle nich práce personálu.

Respondent A z řady rodinných příslušníků se zapojuje všestranně do péče, protože je z oboru a problematiku ošetřovatelství dobře zná. Respondenti B, C, D, E, F se v oblasti péče zapojují pouze při krmení, na víc si sami netroufnou.



### Ošetřovatelský personál

**Respondent A:** „Sami je moc nezapojujeme, jak kdy, jak u koho. Spíše se přijdou zeptat, zda mohou něco udělat.“

**Respondent B:** „Málokdy, mají obavy, je to pro ně nové, zapojíme je taky podle jejich chování a přístupu k nemocnému.“

**Respondent C:** *„Moc nezapojujeme, spíše nemají zájem, je to individuální.“*

**Respondent D:** *„Někdy ano, spíše jen ohledně krmení, u ostatní péče si myslí, že je to jen naše práce.“*

**Respondent E:** *„Ano, zapojujeme, někteří rodinní příslušníci to i vyžadují, zejména pokud jim jde o pacienta.“*

**Respondent F:** *„Nějak je neoslovuji, když se chtějí zapojit, prostě se zapojí a podle mě jim nemusí nikdo říkat.“*

### **Rodinný příslušníci**

**Respondent A:** *„Jsem zdravotník, tak pominul problém, že nejsem k ničemu kompetentní, zapojila jsem se sama s bratrem, ale žádná spolupráce od sester nepřišla, je to čistě na nás.“*

**Respondent B:** *„Zapojuji se sama, sestry se mě na nic neptaly a ani mě nijak nezapojily.“*

**Respondent C:** *„Zapojuji se s bratrem, nikdo nás neoslovil, ani jsem se nikoho neptala, když přijdu, snažím se jí nakrmit.“*

**Respondent D:** *„Zapojila jsem se s krmením sama, ostatní nevím jak, a sestry po mě nic jiného nechtěly.“*

**Respondent E:** *„Chtěla jsem se zapojit, ale sestry mě samy nezapojí, tak jí alespoň nakrmím. Vždy mi za to poděkují, protože jsem jim ulevila.“*

**Respondent F:** *„Zapojujeme se všichni, ale nejsme místní, tak je to složitější. Zdravotní personál nás sám nezapojil a my jsme taky o nic nežádali.“*

**Myšlenková mapa 6** – Důvod zapojování RP do péče o K/P dle ošetřovatelského personálu.

Myšlenková mapa 6 znázorňuje, z jakého důvodu chce ošetrovatelský personál angažovat RP do péče. Názory respondentů se různí s výjimkou shody respondentů D, F. Respondent A chce angažovat RP do péče z důvodu zlepšení psychického stavu pacienta a zlepšení orientace. Respondent B by zapojil RP do péče z důvodu utužení vztahu mezi RP a pacientem. Respondent C chce zapojit RP, aby odlehčil práci sestřám a aby pacient cítil, že je o něj zájem. Respondenti D, F se shodli na názoru, že zapojení RP zlepší zdravotní stav pacienta a zkrátí se tím doba hospitalizace. Respondent E chce zapojit RP do péče, aby se naučili jak později pečovat o pacienta doma.



**Respondent A:** „Je to lepší pro pacienta, pomůže to jeho psychickému stavu a orientaci vůbec“

**Respondent B:** „Pomůže to pacientovi a myslím si, že tolepší vztah mezi pacienty a jejich RP.“

**Respondent C:** „Pomůže to odlehčit práci sestřám a pacient cítí zájem a oporu.“

**Respondent D:** „Aby se zlepšil zdravotní stav pacienta.“

**Respondent E:** „Je to vlastně příprava na pobyt doma, aby věděli, jak se mají o pacienta starat.“

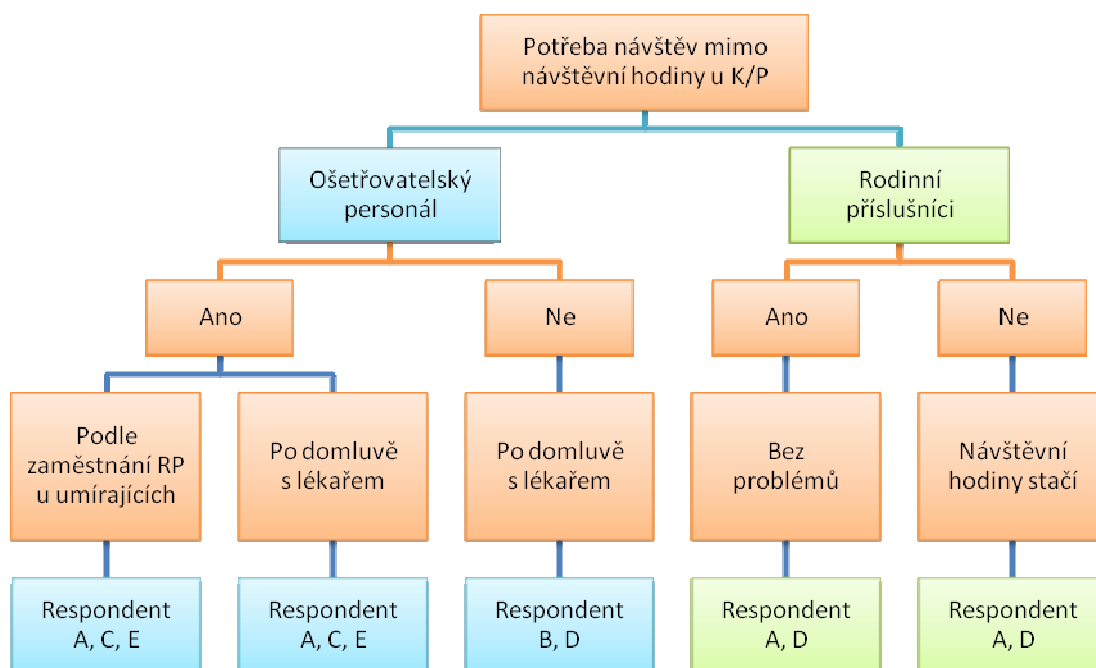


**Respondent F:** „Pomůže to pacientovi zlepšit zdravotní stav a možná i zkrátí dobu hospitalizace.“

### Myšlenková mapa 7 – Potřebuje K/P návštěvy i mimo návštěvní hodiny?

Myšlenková mapa 7 ukazuje názory respondentů, zda pacient potřebuje návštěvy i mimo návštěvní hodiny. Respondenti A, C, E z řady ošetřovatelského personálu se shodují, že návštěvy mimo návštěvní hodiny potřebují pacienti, které navštěvují zaměstnaní RP a také umírající pacienti. Respondent F se domnívá, že pacient návštěvy mimo návštěvní hodiny potřebuje, ale vždy po dohodě s ošetřujícím lékařem. Respondenti B, D se shodli, že pacient návštěvy mimo návštěvní hodiny nepotřebuje, ale po domluvě s lékařem jsou umožněny.

Respondenti A, D z řady rodinných příslušníků se shodují, že pacient návštěvy mimo návštěvní hodiny potřebuje a sami je bez problémů využívají. Respondenti B, C, F, E se shodují, že pacientovi i jim stačí návštěvy pouze v návštěvní hodiny.



### **Ošetrovatelský personál**

**Respondent A:** *„Podle případu, někdo to potřebuje, podle zdravotního stavu to ošetřující lékař povolí.“*

**Respondent B:** *„Stačí návštěvní hodiny od 14:00 – 17:00, když přijdou mimo, nikdo je nevyhodí, ale musejí se hlásit ošetřujícímu lékaři.“*

**Respondent C:** *„Umožněno u umírajících, ale návštěvní doba není dobrá, mělo by to být umožněno individuálně, někdo chodí do práce a tak od 14:00 – 17:00 nemůže.“*

**Respondent D:** *„Stačí návštěvy od 14:00 – 17:00, a když je mimořádný stav, tak to lékař povolí kdykoliv.“*

**Respondent E:** *„Není problém pustit RP, kdy chtějí, ale většinou je to dovoleno u umírajících.“*

**Respondent F:** *„Ano potřebuje. Je to umožněno u všech pacientů po domluvě s lékařem.“*

### **Rodinní příslušníci**

**Respondent A:** *„Ano potřebují, když mají doporučenou dobu návštěv, chodila jsem i mimo návštěvní dobu.“*

**Respondent B:** *„Nepotřebuje. Využívám dobu návštěv a stačí mi to.“*

**Respondent C:** *„Nepotřebuje, chodím od 14:00 – 17:00. Je zbytečné sem chodit během dne.“*

**Respondent D:** *„Myslím, že ano. Přijdu i dopoledne a vždy mě pustí.“*

**Respondent E:** *„Nepotřebuje, chodím v době návštěv a vyhovuje mi to.“*

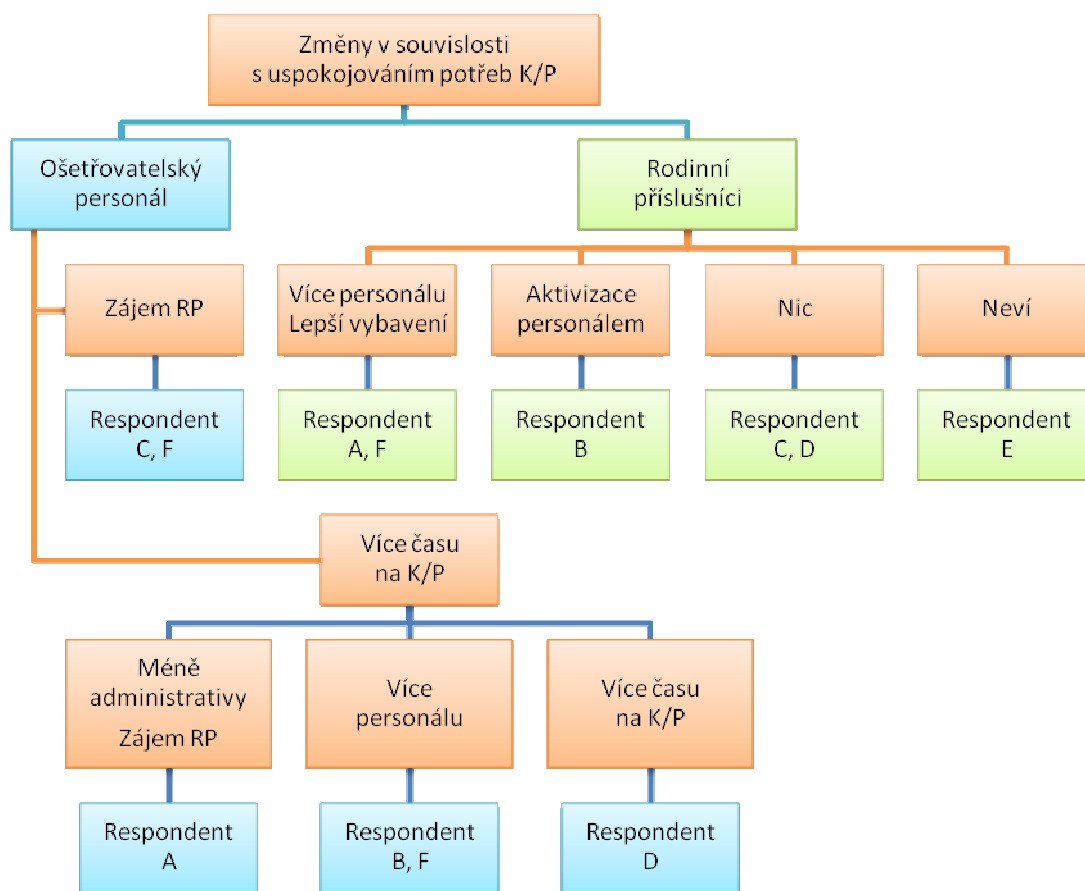
**Respondent F:** *„Nepotřebuje, ale když chci přijít mimo návštěvní hodiny, není problém.“*

**Myšlenková mapa 8** – Co by změnili sestry a RP v souvislosti s uspokojováním potřeb K/P.

Myšlenková mapa 8 znázorňuje postřehy respondentů o možných změnách v souvislosti s uspokojováním potřeb pacienta a spoluprací s jeho rodinou. Respondent A z řady ošetrovatelského personálu by zvětšil zájem RP a snížil náročnost administrativní práce, čímž by získal více času na pacienta. Respondenti B, F se shodli na navýšení personálu, čímž by bylo umožněno zlepšit péči o pacienty. Respondent C by zlepšil uspokojování potřeb pacienta častějšími návštěvami RP a jejich většího zapojení do péče. Respondent D by si přál více času na pacienty. Respondent E by změnil v souvislosti s uspokojováním potřeb pacienta přístup RP.

Respondent A, F z řady rodinných příslušníků se shodli, že zlepšení v oblasti uspokojování potřeb pacienta by přineslo navýšení personálu a lepší vybavení. Respondent A se navíc obává jen klesající kvality v oblasti uspokojování potřeb pacienta. Respondent B by uvítal v péči o pacienta větší zájem a aktivizaci ze strany sester. Respondenti C, D se shodli, že současná péče je dostačující a jsou s ní spokojeni.

Respondent E se ke změně nevyjádřil, nechce soudit současný stav, protože nemůže zhodnotit uspokojování potřeb za celý den.



## Ošetřovatelský personál

**Respondent A:** „Chtělo by to větší zájem RP, méně administrativy, a tím by bylo více času na pacienta, pak by byla péče lepší.“

**Respondent B:** „Bylo by potřeba více personálu, tím by bylo více času na pacienta.“

**Respondent C:** „Aby RP chodili častěji a pomáhali se základními potřebami, přinesli jejich oblíbené jídlo, knížku a zapojili se do toho, co nestíháme.“

**Respondent D:** „Více času, abychom si s nimi mohly povídat, více je aktivizovat, aby nebyli apatičtí a sami se snažili a nebyli tak rozležení.“

**Respondent E:** „Změnila bych přístup RP, mnohým jde jen o důchod a s tím bych ráda něco udělala, nelíbí se mi přístup RP, kteří přijdou mimo návštěvní hodiny a jsou rozzlobeni, že je rušíme na pokoji kvůli práci u spolupacienta.“

**Respondent F:** *„Chtěla bych více času na povídání a poznávání pacientů, to by umožnilo navýšení zdravotnického personálu.“*

### **Rodinný příslušníci**

**Respondent A:** *„V současné době, kdy jsme limitováni počtem zaměstnanců, je to velký problém, kdy si myslím, že mi s tím nic neuděláme. Je zde málo místa, kde by se dalo trávit více času s RP, pohodlnější křesla, kde by se vysadil ležící a vyvezl z pokoje, kde je celý den, nevím, jestli je vůbec možné očekávat nějaké zlepšení, spíše to bude horší, pacientů bude přibývat a kapacita ONP bude přeplněna.“*

**Respondent B:** *„Chtěla bych, aby mamku více aktivizovali, mají ji zaškatulkovanou, jako že si udělá vše sama, ale není to tak, určitě bysme obě uvítali větší zájem.“*

**Respondent C:** *„Nic bych neměnila, jsem spokojená.“*

**Respondent D:** *„Nic, je pečováno super.“*

**Respondent E:** *„Nevím, nemůžu posoudit, protože tu nejsem celý den a nevím, jak dlouho ji nechají v plenách a tak.“*

**Respondent F:** *„Chtěla bych, aby byl častěji někdo u maminky, aby nemusela mít zábrany a třeba si i popovídala s někým.“*

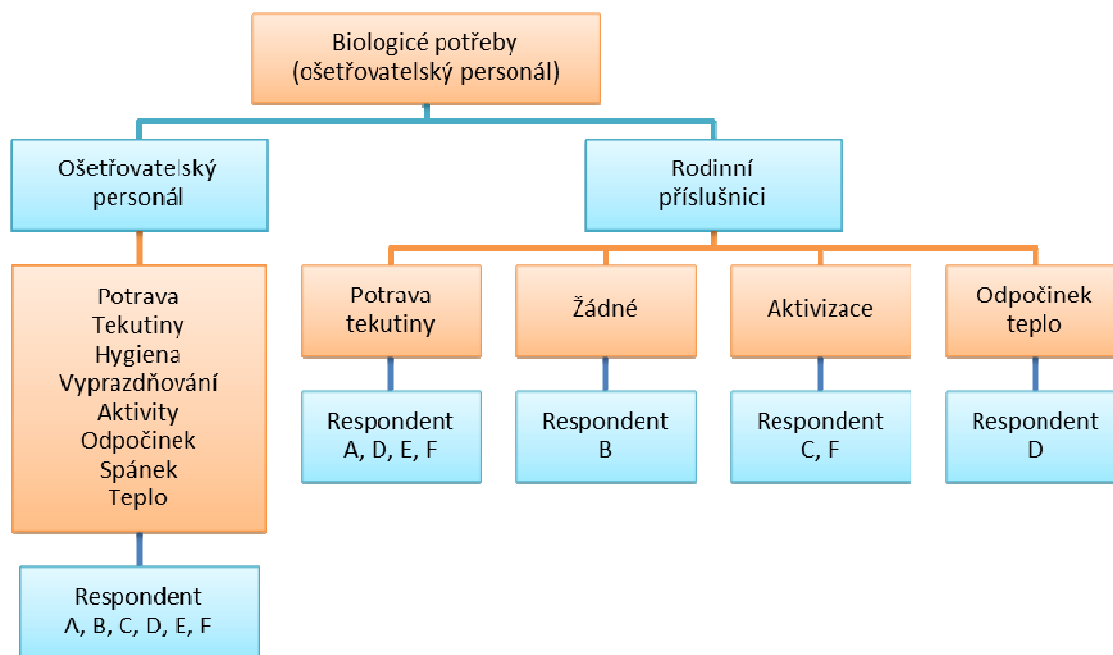
**Myšlenková mapa 9** – Uspokojování biologických potřeb podle ošetrovatelského personálu.

Myšlenková mapa 9 znázorňuje uspokojování biologických potřeb podle ošetrovatelského personálu. Podklady pro její vznik jsem získala konkrétně vyjmenovanými biologickými potřebami s dotazem, které podle dotazovaných respondentů uspokojují sestry a které rodinný příslušníci.

Všichni dotazovaní respondenti se shodli, že sestry plní všechny známé biologické potřeby a liší se v názoru na potřeby, které uspokojují rodinní příslušníci.

Respondenti A, E, F se shodují, že RP z biologických potřeb uspokojují příjem potravy a tekutiny. Podle respondenta B RP neuspokojují žádné biologické potřeby.

Respondenti C, F se shodují, že RP plní v oblasti biologických potřeb pouze aktivizaci. Respondent D je názoru, že se RP zapojují do uspokojování biologických potřeb s přísunem potravy, tekutin, potřebou odpočinku a tepla.

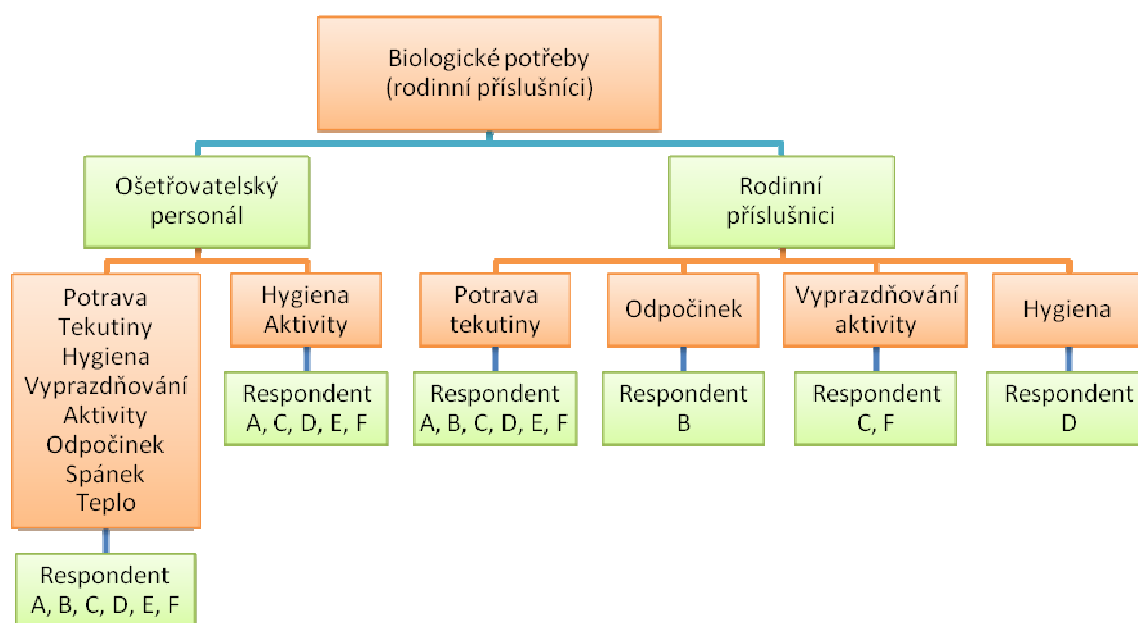


**Myšlenková mapa 10** – Uspokojování biologických potřeb podle rodinných příslušníků.

Myšlenková mapa 10 znázorňuje uspokojování biologických potřeb podle rodinných příslušníků. Podklady pro její vznik jsem také získala konkrétně vyjmenovanými biologickými potřebami s dotazem, které podle dotazovaných respondentů uspokojují sestry a které rodinní příslušníci.

Respondenti A, C, D, E, F se shodli, že sestry plní všechny biologické potřeby. Respondent B se domnívá, že zdravotnický personál plní veškeré biologické potřeby s výjimkou aktivity.

Respondenti A, D se shodují, že z uspokojování biologických potřeb se RP podílí na příjmu potravy a tekutin, hygieně, vyprazdňování a aktivitě. Respondent B se shoduje s názory A a D, ale podle něj se RP v oblasti uspokojování biologických potřeb podílí i na odpočinku. Respondent C, E jsou názoru, že se RP podílejí jen na příjmu potravy a tekutin a respondent F se domnívá, že kromě příjmu potravy a tekutin se rodinný příslušníci podílí i na hygieně.

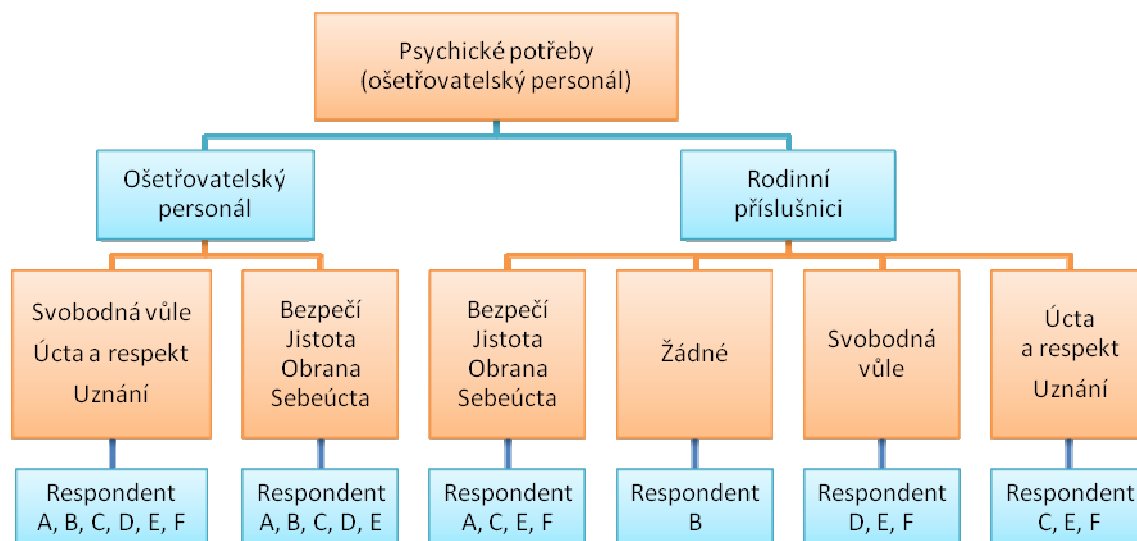


**Myšlenková mapa 11** – uspokojování psychických potřeb podle ošetrovatelského personálu.

Myšlenková mapa 11 znázorňuje uspokojování psychických potřeb podle sester. Podklady pro její vznik jsem opět získala konkrétně vyjmenovanými psychickými potřebami s dotazem, které podle dotazovaných respondentů uspokojují sestry a které rodinní příslušníci. Podle respondentů A, B, C, D, E se ošetrovatelský personál zabývá uspokojováním veškerých psychických potřeb a podle respondenta F se zabývá pouze potřebou úcty, respektu, uznání a svobodné vůle.

Respondent A si myslí, že rodinní příslušníci uspokojují v oblasti psychických potřeb bezpečí, jistotu, obranu a sebeúctu. Respondent B se domnívá, že RP

neuspokojují žádné psychické potřeby. Respondent C je názoru, že RP plní veškeré psychické potřeby s výjimkou svobodné vůle. Oproti tomu si respondent D myslí, že RP plní pouze potřebu svobodné vůle. Respondenti E, F se shodují, že RP plní veškeré psychické potřeby pacienta.



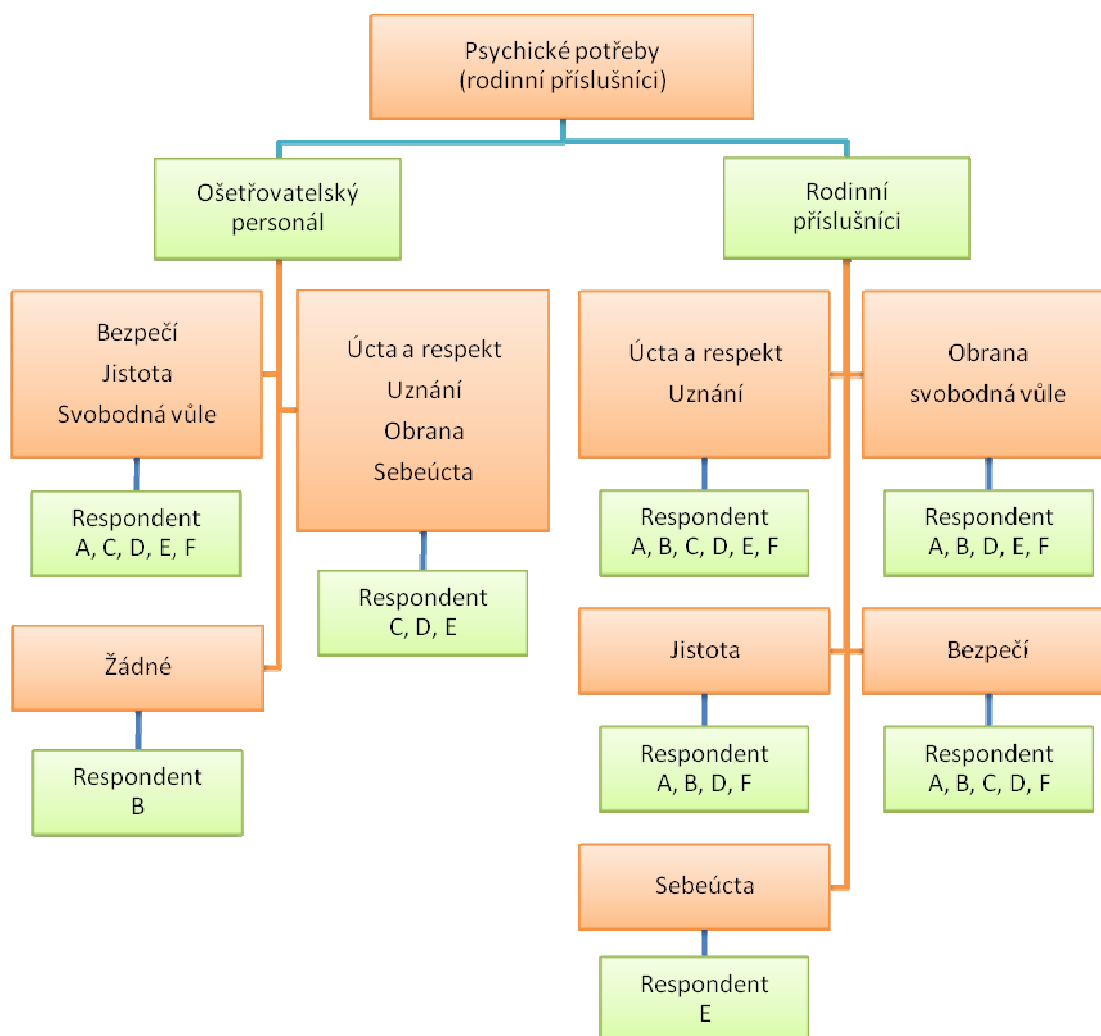
### Myšlenková mapa 12 – Uspokojování psychických potřeb podle RP.

Myšlenková mapa 12 znázorňuje uspokojování psychických potřeb podle rodinných příslušníků. I pro tuto mapu jsem získala podklady konkrétně vyjmenovanými psychickými potřebami s dotazem, které podle dotazovaných respondentů uspokojuje ošetřovatelský personál a které rodinní příslušníci.

Podle respondentů A, F ošetřovatelský personál plní v oblasti psychických potřeb tyto: bezpečí, jistotu, svobodnou vůli. Respondent B si myslí, že ošetřovatelský personál neuspokojuje žádné psychické potřeby. Respondenti C, D, E se shodli, že ošetřovatelský personál uspokojuje veškeré psychické potřeby.

Respondenti A, B, D, F se přiklání k názoru, že RP z psychických potřeb pacienta plní všechny. Respondent C je názoru, že RP plní potřebu bezpečí, úcty, respektu a uznání. Podle respondenta E se RP podílejí na uspokojování potřeb, jako je úcta, respekt, uznání, obrana, sebeúcta a svobodná vůle.



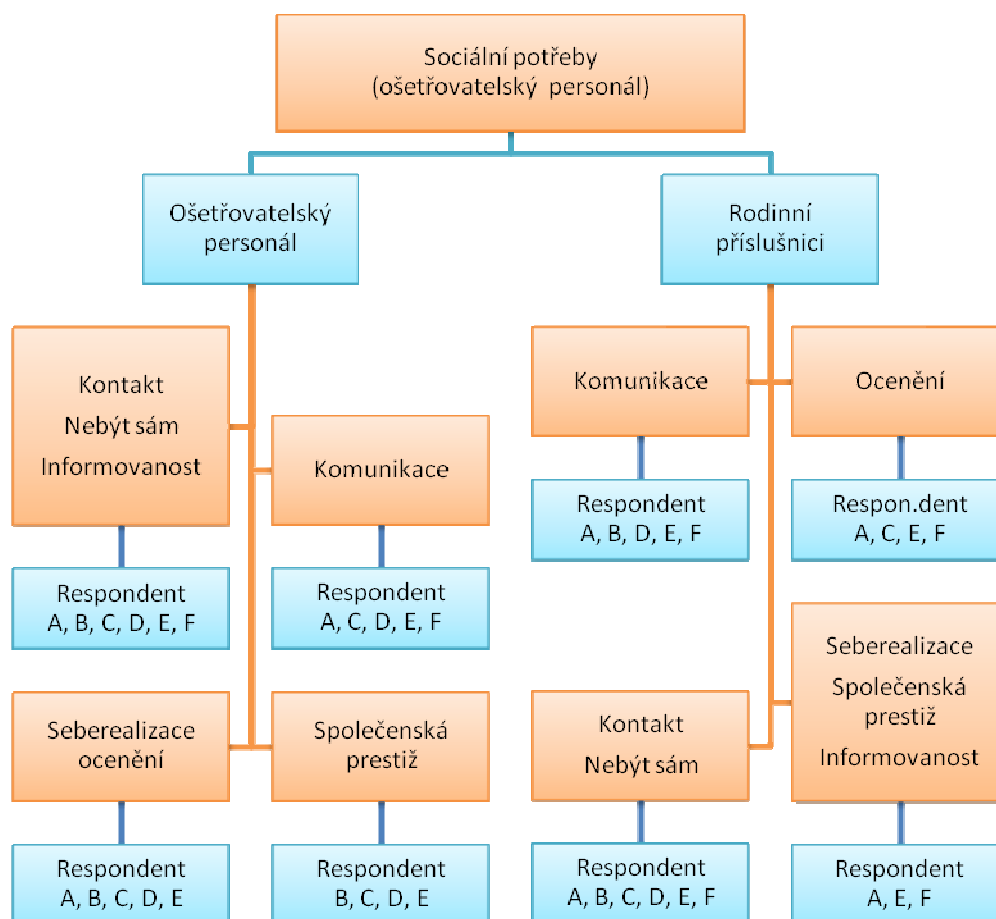


**Myšlenková mapa 13** – Uspokojování sociálních potřeb podle ošetrovatelského personálu.

Myšlenková mapa 13 znázorňuje uspokojování sociálních potřeb podle sester.

Respondent A je názoru, že sestry uspokojují potřebu kontaktu, nebýt sám, seberealizace, ocenění, komunikace a informovanosti. Respondent B si myslí, že sestry uspokojují navíc ještě potřebu společenské prestiže, ale neuspokojují potřebu komunikace. Respondenti C, D, E si myslí, že jsou uspokojovány tyto potřeby: kontakt, nebýt sám, seberealizace, spol. prestiž, ocenění, komunikace a informovanost. Respondent F je názoru, že ošetrovatelský personál uspokojuje potřebu Kontaktů, nebýt sám, komunikace a nakonec potřebu informovanosti.

Respondenti A, E, F si myslí, že RP plní všechny sociální potřeby, ale respondenti B, D jsou názoru, že RP plní pouze sociální potřebu kontaktu, nebýt sám a komunikace. Respondent C se domnívá, že RP plní potřebu kontaktu, nebýt sám a ocenění.



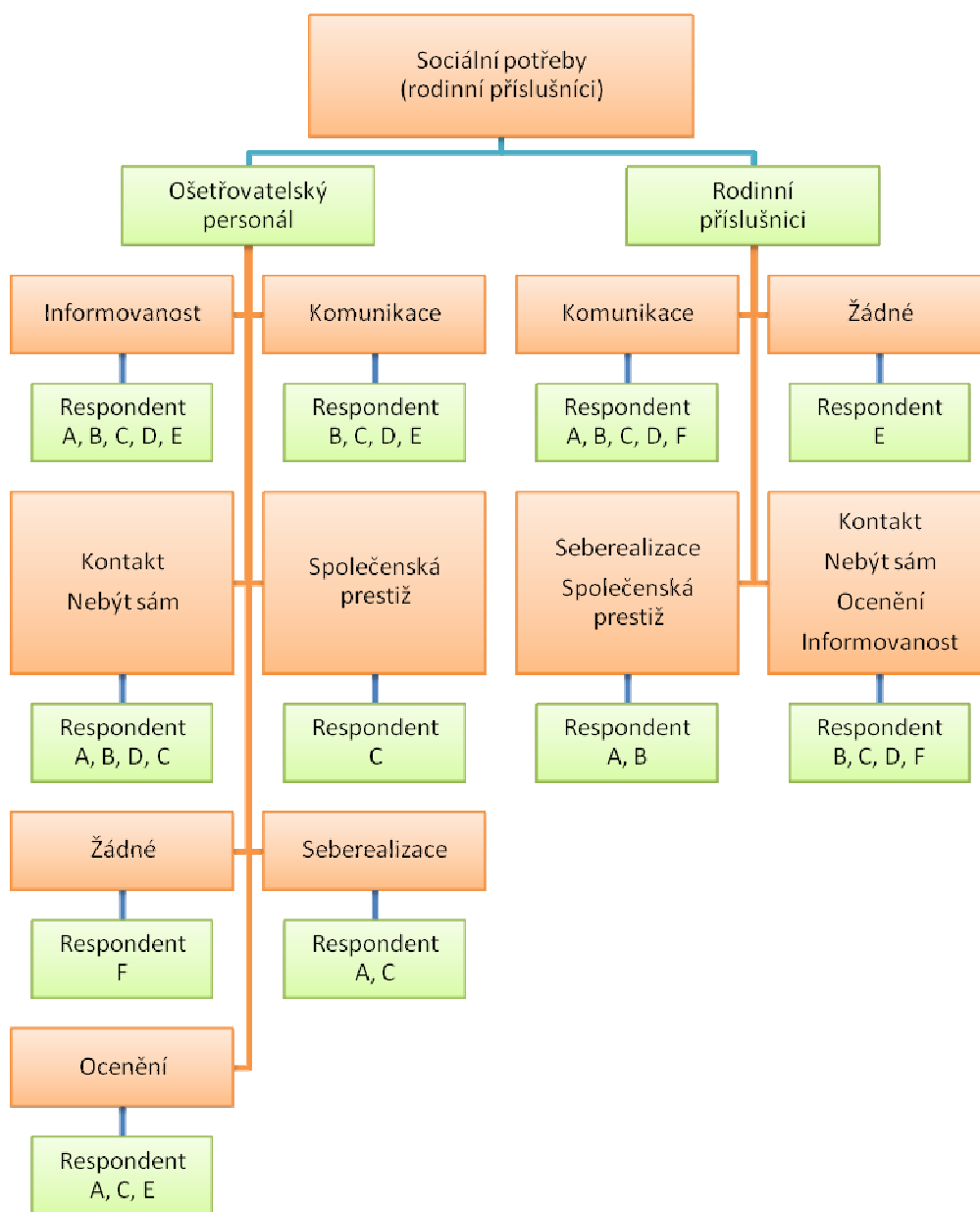
**Myšlenková mapa 14** – Uspokojování sociálních potřeb podle RP.

Myšlenková mapa 14 znázorňuje uspokojování sociálních potřeb podle rodinných příslušníků. I pro tuto mapu jsem získala podklady konkrétně vyjmenovanými sociálními potřebami s dotazem, které podle dotazovaných respondentů uspokojuje ošetřovatelský personál a které rodinní příslušníci.

Respondent A se domnívá, že ošetřovatelský personál uspokojuje ze sociálních potřeb potřebu kontaktu, nebýt sám, seberealizaci, ocenění a informovanost. Respondenti B, D si myslí, že ošetřovatelský personál uspokojuje potřebu kontaktu, nebýt sám, komunikace a informovanosti. Respondent C je názoru, že ošetřovatelský

personál uspokojuje všechny sociální potřeby, zatímco respondent F si myslí, že sestry neuspokojují žádné sociální potřeby.

Respondent A se domnívá, že RP uspokojují pouze tyto sociální potřeby: seberealizaci, spol. prestiž a komunikaci. Respondent B je názoru, že RP plní všechny sociální potřeby, ale respondenti C, D, F se domnívají, že RP plní ze sociálních potřeb kontakt, potřebu nebýt sám, ocenění, komunikaci a informovanost. Respondent E si myslí, že RP neplní žádné sociální potřeby.

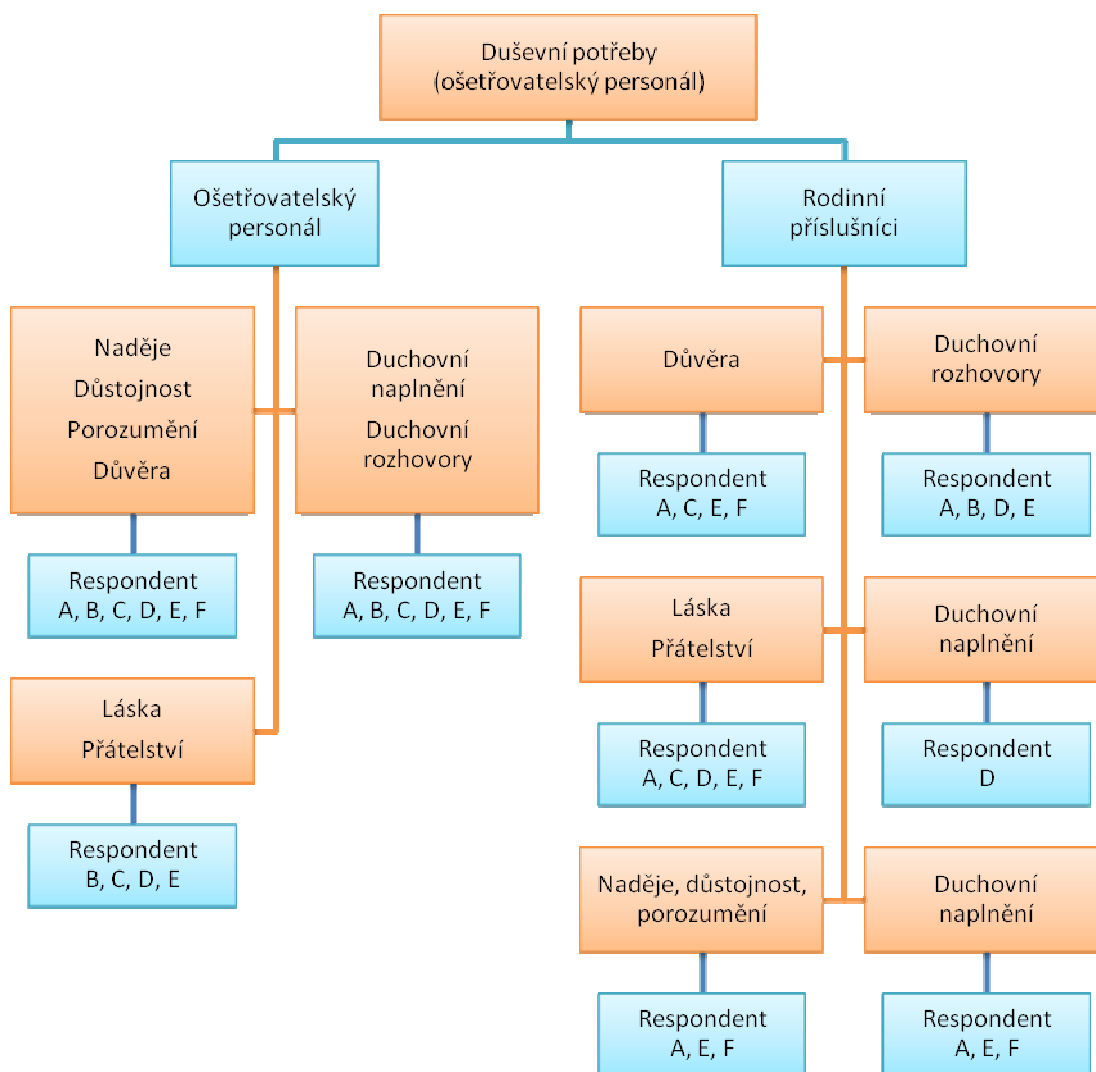


**Myšlenková mapa 15** – Uspokojování duševních potřeb podle ošetrovatelského personálu.

Myšlenková mapa 15 znázorňuje uspokojování duševních potřeb podle sester. I pro tuto mapu jsem získala podklady konkrétně vyjmenovanými duševními potřebami s dotazem, které podle dotazovaných respondentů uspokojuje ošetrovatelský personál a které rodinný příslušníci.

Respondenti A, F jsou názoru, že sestry uspokojují z duševních potřeb naději, důstojnost, porozumění a důvěru, zatímco respondenti B, C, E si myslí, že sestry uspokojují všechny duševní potřeby. Respondent D je názoru, že sestry uspokojují naději, důstojnost, porozumění, lásku, přátelství a důvěru.

Respondenti A, E se domnívají že RP plní všechny duševní potřeby, oproti tomu si respondent B myslí, že RP plní pouze duchovní rozhovory. Respondent C je názoru, že RP plní z duševních potřeb lásku, přátelství a důvěru. Respondent D se domnívá, že RP plní potřebu lásky, přátelství, duchovního naplnění a potřebu duchovních rozhovorů. Respondent F si myslí, že RP plní z duševních potřeb naději, důstojnost, porozumění lásku, přátelství a důvěru.

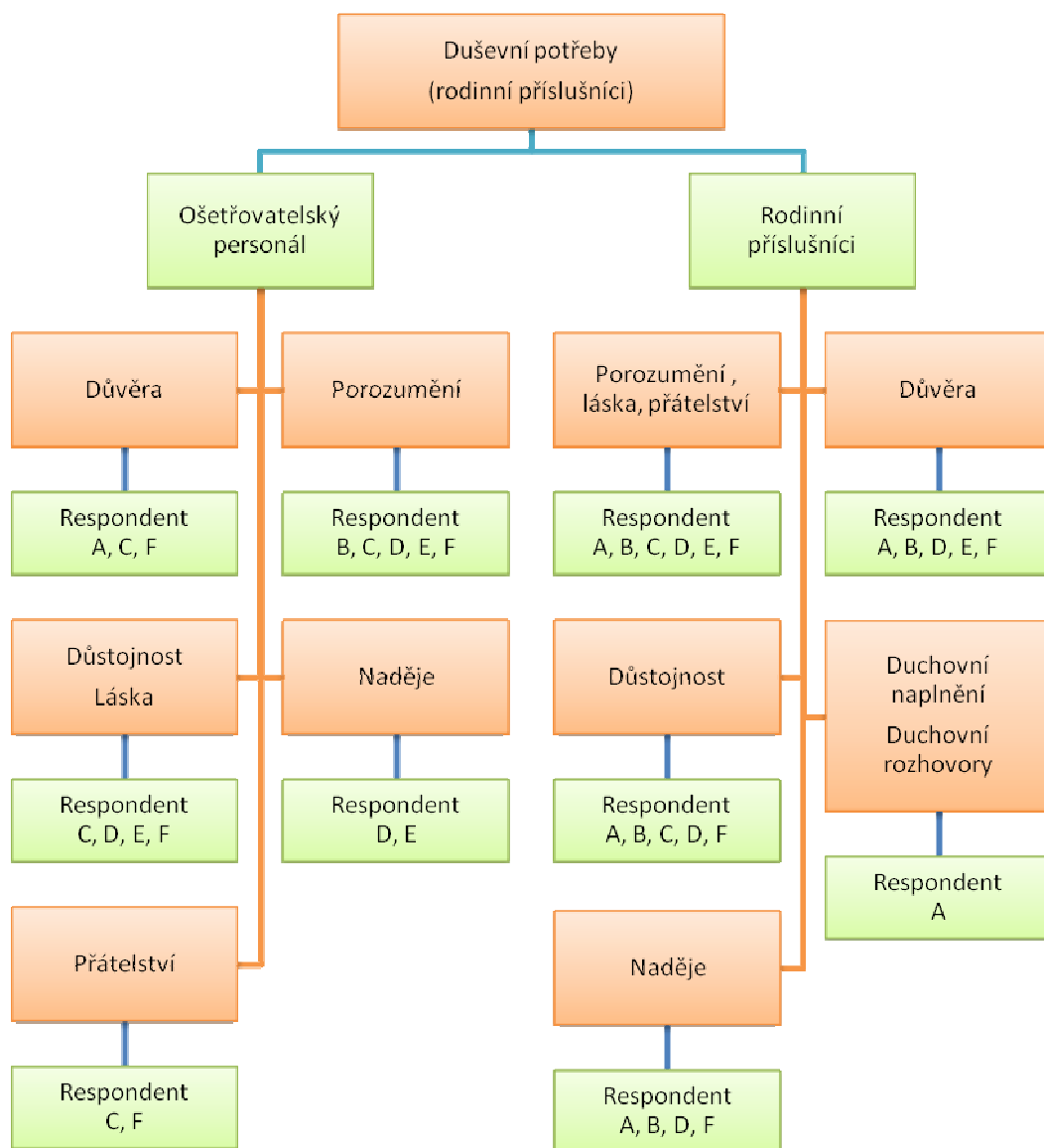


**Myšlenková mapa 16** – Uspokojování duševních potřeb podle RP.

Myšlenková mapa 16 znázorňuje uspokojování duševních potřeb podle rodinných příslušníků. I pro tuto mapu jsem získala podklady konkrétně vyjmenovanými duševními potřebami s dotazem, které podle dotazovaných respondentů uspokojují sestry a které rodinný příslušníci.

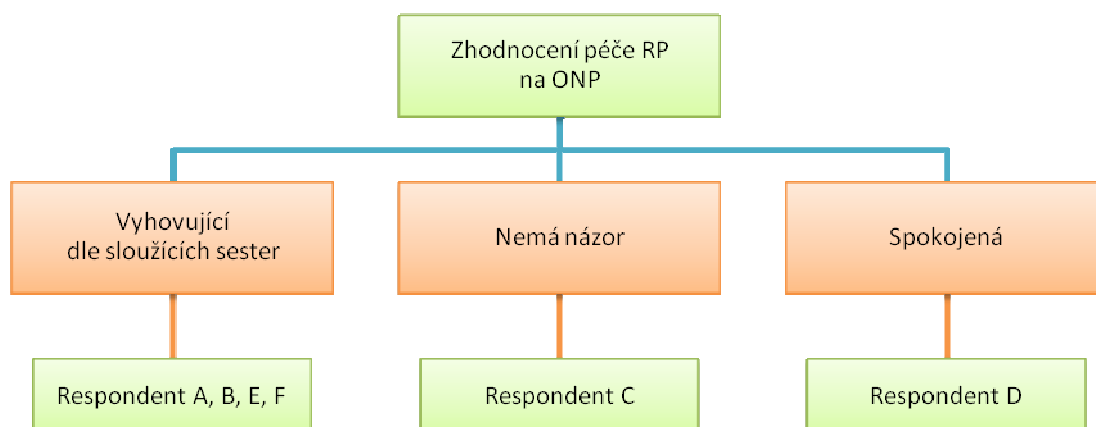
Respondent A je názoru, že sestry uspokojují z duševních potřeb pouze důvěru a respondent B si myslí, že sestry uspokojují pouze potřebu porozumění. Respondenti C, F se domnívají, že ošetřovatelský personál uspokojuje z duševních potřeb důstojnost, porozumění, lásku, přátelství a důvěru. Respondenti D, E jsou názoru, že ošetřovatelský personál uspokojuje potřebu naděje, důstojnosti, porozumění a lásku.

Respondent A si myslí, že RP plní všechny duševní potřeby. Respondent E je názoru, že RP plní potřebu porozumění, lásky, přátelství a důvěry. Respondent C je stejného názoru jako respondent E, ale myslí si, že RP neplní potřebu důvěry, ale plní potřebu důstojnosti. Respondenti B, D, F se domnívají, že RP plní z duševních potřeb naději, důstojnost, porozumění, lásku, přátelství a důvěru.



### Myšlenková mapa 17 – Zhodnocení péče RP na ONP.

Myšlenková mapa 17 znázorňuje zhodnocení péče RP na ONP. Respondentům A, B, E, F z řady rodinných příslušníků vyhovuje péče na ONP, která je ovšem ovlivněna právě sloužícím personálem. Respondent C nevyjádřil žádný názor na zhodnocení péče na ONP. Respondent D je s péčí spokojen.



**Respondent A:** *„Péče je dobrá, ale záleží na sloužících sestřích, na někom je vidět, že dělá, co může, ale na ostatních ne, i když někdy je vidět i na těch nesnaživějších, že kvůli náročným povinnostem nemají čas.“*

**Respondent B:** *„Péče je dostatečná, podle sester, které jsou na směně.“*

**Respondent C:** *„Matka je na ONP teprve týden, proto nemám názor, ale zdá se mi vše v pořádku.“*

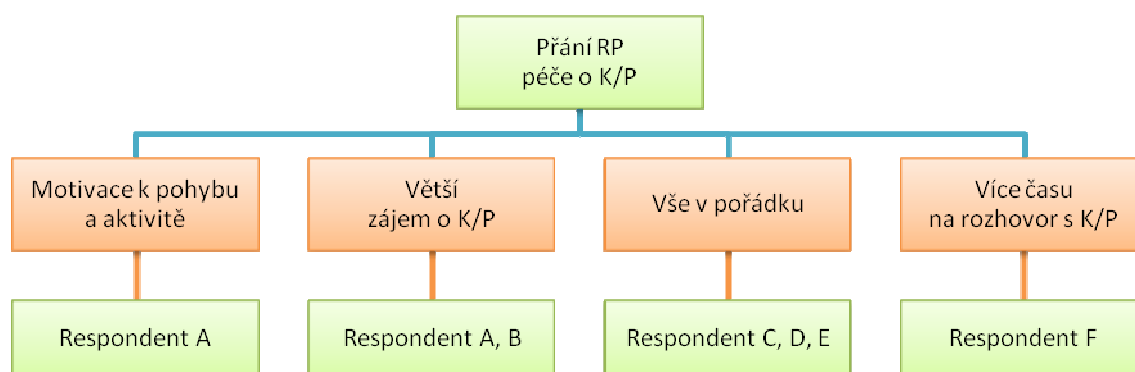
**Respondent D:** *„Jsem spokojená.“*

**Respondent E:** *„Vyhovuje mi poskytovaná péče.“*

**Respondent F:** *„Sestry dělají, co mohou, ale ráda si tchýni vykoupu, ať mám jistotu, že je opravdu čistá.“*

### Myšlenková mapa 18 – Jak by si přáli RP, aby bylo o K/P pečováno.

Myšlenková mapa 18 poukazuje, jak by si RP přál, aby bylo o jeho příbuzného pečováno. Respondent A by si přál, aby sestry více motivovaly k pohybu a aktivitě a projevíly větší zájem o pacienta. Respondent B by si přál projevení většího zájmu o drobnosti, které má pacient. Respondenti C, D, E se shodují, že je vše v pořádku a chtějí, aby vše tak nadále pokračovalo. Respondent F by chtěl od personálu více času na rozhovory s pacienty.



**Respondent A:** „Bylo by dobré lidi více motivovat k pohybu a aktivitě, ať už rehabilitací či jinými prostředky, myslím, že by tím uzdravování na ONP probíhalo mnohem lépe, větší zájem personálu by napomohl i k lepší atmosféře na oddělení.“

**Respondent B:** „Aby se o pacienta co nejvíce zajímaly a trávily s ním více času a všímaly si i drobných přání.“

**Respondent C:** „Péče je podle mě skvělá, tak ať je o ni tak pečováno dál, ale chci si maminku vzít co nejdříve domů.“

**Respondent D:** „V rámci možností je péče dobrá.“

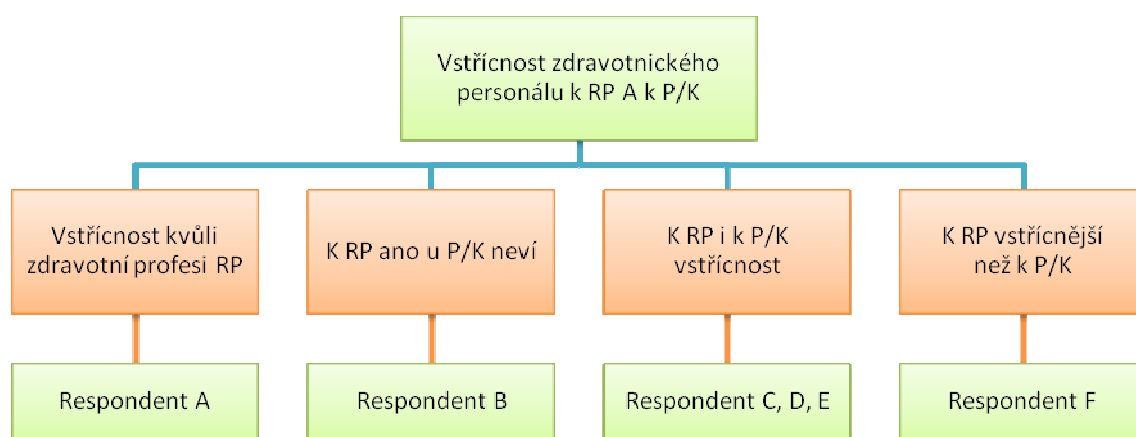
**Respondent E:** „Vyhovuje mi, jak o maminku sestry pečují, jsem spokojená.“

**Respondent F:** „Aby bylo více času, třeba na povídání a nebylo vše ve spěchu, ale v klidu.“



### Myšlenková mapa 19 – Vstřícnost ošetrovatelského personálu k RP a k K/P.

Myšlenková mapa 19 hodnotí vstřícnost ošetrovatelského personálu k RP a k K/P. Respondent A je s vstřícností k sobě i ke svému hospitalizovanému RP spokojen, ale domnívá se, že pravým důvodem jejich ochoty je zdravotnická profese respondenta. Respondent B je s vstřícností zdravotnického personálu rovněž spokojen, ale nemůže hodnotit za svého hospitalizovaného rodinného příslušníka z důvodu apatického stavu. Respondenti C, D, E jsou spokojení jak se vstřícností k nim, tak i k jejich hospitalizovaným příbuzným. Respondent F je se vstřícností ke své osobě spokojen, ale ne tak už se vstřícností ke své hospitalizované matce.



**Respondent A:** „Ke mně jsou určitě vstřícní, protože jsem zdravotník a myslím, že víc než k ostatním RP a k mamince jsou také vstřícné.“

**Respondent B:** „Ke mně jsou většinou vstřícní, ale u maminky si nejsem jistá, protože díky svému stavu nekomunikuje.“

**Respondent C:** „Ke mně i k mamince je to super, sestry jsou vstřícné, milé, ochotné, kdykoliv něco potřebuji, vyhoví mně i mamince.“

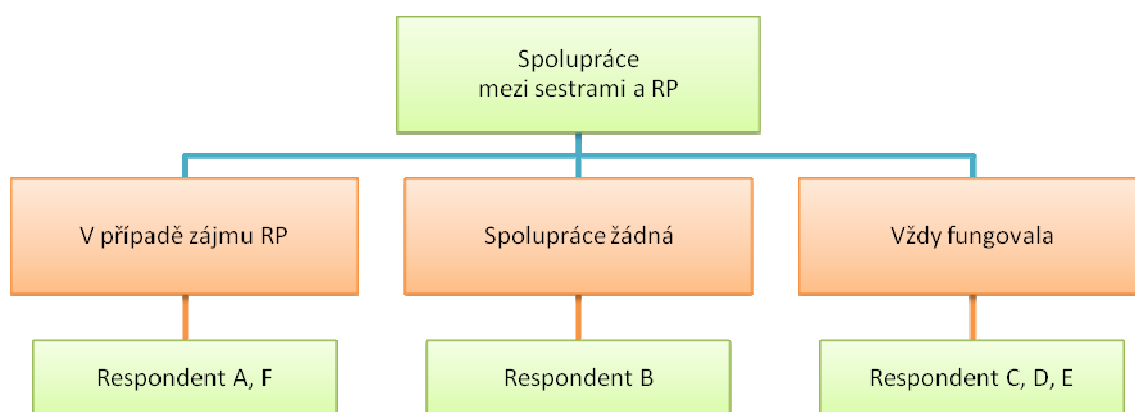
**Respondent D:** „Pokaždé jsou vstřícné, ke mně a i k babičce.“

**Respondent E:** „Ano, k oběma jsou sestry vstřícné, kdykoliv.“

**Respondent F:** „Ke mně si myslím, že jsou sestry vstřícnější, protože se můžu hned bránit, maminka je někdy zmatená, a tak si myslím, že se s ní moc nezaobírají.“

### Myšlenková mapa 20 – Spolupráce mezi sestrami a RP.

Myšlenková mapa 20 znázorňuje spolupráci mezi sestrami a RP podle názorů rodinných příslušníků. Respondenti A a F jsou společného názoru, že spolupráce fungovala pouze v případech, kdy se obrátili na sestry s konkrétním dotazem či prosbou. Respondent B se domnívá, že spolupráce mezi sestrami a RP není žádná. Respondenti C, D, E jsou názoru, že spolupráce vždy funguje.



**Respondent A:** „S čímkoliv jsem se na sestry obrátila, bylo mi vyhověno, vyhověly i mamince.“

**Respondent B:** „Spolupráce z jejich strany je nulová.“

**Respondent C:** „Ano, vždy byly ochotné a vyšly nám vstříc.“

**Respondent D:** „Ano, spolupráce je, vždy nám se vším vyhoví.“

**Respondent E:** „Ano, vždy nám vyhoví a celkem hned.“

**Respondent F:** „Když něco potřebuji, vždy mi sestry vyhoví, ale samy se nás na nic neptají.“

## 5. Diskuze

Ošetrovatelská péče o K/P se neustále vyvíjí. V minulosti bylo běžné, když rodina pomáhala svému blízkému uspokojovat bio-psycho-sociální potřeby, ovšem díky dnešní „uspěchané“ době mají lidé málo času, a proto se nemocným, kteří potřebují zdravotní péči, nabízí možnost pobytu v nemocničním zařízení, tedy na oddělení následné péče. Pracují zde sestry, které celodenně uspokojují potřeby pacientů/ klientů s různou diagnózou. A právě ony mají možnost zapojit i rodinné příslušníky do péče o člena jeho rodiny. Každý se však k situaci, která je potkala, může postavit různě a domnívám se, že jde o zatěžkávací zkoušku pro obě zúčastněné strany.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat uspokojování potřeb u klientů na Oddělení následné péče a spolupráci s jeho rodinnými příslušníky. Dle autorky Bártlové by se potřeby měly v období nemoci členit do skupin a to na potřeby, které nemocí vznikly, které se nemocí modifikovaly a na potřeby, které se nemění (1). Zatímco, Maslow rozdělil potřeby na vyšší a nižší kdy vyšší potřeby se dostávají do popředí až po uspokojení základních potřeb tedy těch nižších (27). Dle stanovených cílů jsem se snažila zjistit, zda sestry zapojují rodinné příslušníky K/P do ošetrovatelské péče a zda je rodina spokojena s uspokojováním potřeb K/P na ONP.

Rozhovory se sestrami z oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s. probíhaly v různých prostorách oddělení (například jídelna, denní místnost), to proto, že jsem se jim snažila co nejvíce přizpůsobit. Nešetkala jsem se totiž ve všech případech s přátelským a vlídným svolením k poskytnutí rozhovoru. Navíc sestry, které k rozhovoru svolily, byly velmi stručné. Rozhovory byly rozděleny do 4 okruhů. Pro sestry i RP byly téměř totožné, ale některé oblasti bylo pro jednotlivé skupiny specifické (příloha 2, 3).

První okruh byl identifikační. Praxe sester na ONP se pohybuje v rozmezí od 1 do 18 let. Sestry, které byly osloveny, ne vždy chtěly pracovat na tomto oddělení, ale posléze si podle jejich slov zvykly. U jedné oslovené jsem se dozvěděla, že by díky svým dětem chtěla být přeložena na „klidnější“ oddělení. Čtyři sestry pracující na tomto

oddělení ukončily své vzdělání střední zdravotnickou školou, jedna vyšším odborným studiem na zdravotnické škole a jedna v současnosti studuje bakalářské studium. Podle mého názoru je práce na ONP náročná, a tudíž není zvláštností, že zde mnohé sestry dobrovolně pracovat nechtěly. V rozhovorech s rodinnými příslušníky, kteří měli v době sběru dat do bakalářské práce hospitalizovanou blízkou osobu, jsem se zajímala o to, zda byl již jejich příbuzný hospitalizován na ONP, jak by zhodnotili péči na tomto oddělení a jak si představují péči o svého příbuzného. Z rozhovorů vyplynulo, že čtyři ze šesti dotazovaných měli již v minulosti svého příbuzného na ONP hospitalizovaného. Hodnocení sester ze strany RP bylo různé, ale větší část dotazovaných se vyjádřila kladně. Jedna dotazovaná, která je mimo jiné také zdravotní sestrouřekla: „*Péče byla někdy i dost bídná, protože člověk měl daleko více potřeb, než které sestry postřehly, ti lidé jsou tam bráni jako ne pacienti, ale jako kusy zboží, které tam jsou, je třeba je opečovat a ten přístup je leckdy takový, jaký by neměl být (AR).*“ Podle mého pozorování je zásadní, aby RP spolupracovali se sestrami a byli zapojováni do péče o blízkého K/P, fungovala komunikace v obou dvou směrech tak, aby ve výsledku byly spokojené všechny tři strany.

Druhým okruhem byla specifika péče na ONP. Sestry se u první položené otázky shodují, že K/P jsou na tomto oddělení delší dobu, takže jde spíše o ošetrovatelskou péči a to především u seniorů, lidí trpících demencí nebo u klientů v terminálním stádiu nemoci. Dále se na ONP snaží personál rozvíjet soběstačnost K/P. Denní harmonogram péče o K/P na ONP se také názorově neliší. Všechny dotazované sestry popsaly denní péči o nemocného stejně, tedy ranní hygiena, úprava lůžka, rozdání naordinovaných léků, snídaně, úprava lůžka, oběd... „*Jen se tady pořád stele, krmí a podávají léky (AS).*“ Třetí otázka z tohoto okruhu byla pro obě dotazované strany stejná. Týkala se uspokojování mimořádných přání RP. Sestry považují za mimořádné přání například uvaření kávy, ohřátí potravin, které jim rodina donesla nebo vyslechnutí potřeb K/P. Odpověď jedné sestry mě velice překvapila „*Tak nejmimořádnější je asi to, že K/P odvedeme na záchod nebo ho vykoupeme (AS).*“ Sestry se snaží K/P vyhovět, ovšem pouze v případě, že mají čas. Rodinní příslušníci se také téměř ve svých názorech shodli – kromě jednoho, který si pod pojmem mimořádné přání představuje podání domácí

stravy. Zbýlých pět dotazovaných nechce raději ošetrovatelský personál zatěžovat, proto si své mimořádné požadavky plní raději sami. Z mého pozorování však vyplynulo, že záleží na ochotě sester a jejich dobré vůli. Rodině byla v tomto okruhu jako první položena otázka, zda mají pocit, že je k nim a k jejich příbuznému personálu dostatečně vstřícný. U třech dotazovaných byla spokojenost v té největší míře, dvě ženy odpověděly, že na ně jsou sestry vstřícnější nežli na jejich blízkého a jedna respondentka uvádí, že na ní i její matku jsou vstřícnější, protože ví, že i ona je zdravotní sestra. *„Ke mně určitě, protože jsem zdravotní sestra, byly hodně vstřícné a myslím si, že víc než k jiným pacientům. I k mamce byly vstřícné, ale byla jsem svědkem, kdy jsem si říkala, jestli jsme pořád v 21. století nebo v 19 (AR).“* Během mého pozorování a praxe jsem byla svědkem toho, kdy sestry jsou vstřícné při návštěvách pacienta a jsou ochotné splnit různá přání, ale po odchodu blízkých je reakce personálu odlišná.

Třetím okruhem otázek byla spolupráce ošetrovatelského personálu s rodinou, kde mi respondenti odpovídali na výzkumnou otázku 1 a 3. Osobně si myslím, že toto téma je v péči o nemocného velmi důležité a obzvláště u seniorů. Pokud je rodina funkční, napomáhá to k uzdravení nebo alespoň částečnému navrácení jeho zdraví. Senioři jsou zpravidla závislí na své rodině a jejich pomoci, a pokud nedochází k uspokojení jejich potřeb, uzdravení pak bývá složité (18). Avšak mnoho z blízkých lidí, kteří mají svého příbuzného hospitalizovaného v nemocničním zařízení, očekává, že první krok k jejich zapojení udělá právě personál. Rodinní příslušníci si myslí, že jejich zapojení bude přínosem pro sestry a jejich blízké, jimž to prospěje ve zlepšení jejich zdravotního stavu. Jedna z dcer hospitalizované ženy by uvítala i povolení propustky, jim to však nebylo umožněno, a tak nemohla být uspokojena jedna z potřeb – být v domácím prostředí. Sestry pomoc uvítají, ale podle nich se RP zapojit nechtějí nebo se zapojují jen zřídka. Některé sestry se snaží RP zapojit do péče o jejich blízké, aby byli připraveni i na pobyt nemocného doma, dále aby došlo k odlehčení jejich práce, a naopak některé sestry senesnaží je oslovit. Podle nich by měla rodina přijít sama. Pokud shrnu získané odpovědi z této oblasti od sester a od rodinných příslušníků, myslím, že obě strany čekají na to, že protistrana udělá „první krok“. Z tohoto pozorování vyplývá informace,

že problém je především v komunikaci mezi RP a ošetřovatelským personálem. Práce na oddělení následné péče je fyzicky i psychicky náročná, ale i tak se domnívám, že lze ze strany sester efektivně a profesionálně komunikovat tak, aby ve výsledku profitoval K/P. Opět záleží na ochotě a vstřícnosti sester. Jedna z položených otázek se týkala také návštěvních hodin, které umožňují pravidelný styk rodiny a nemocného. Sestry, které odpovídaly na otázku, zda pacient potřebuje návštěvy mimo návštěvní hodiny, se spíše shodly na tom, že v takových případech jde o zaměstnané RP a stav pacienta na oddělení. Rodinní příslušníci pak uvedli, že jim stačí stanovené návštěvní hodiny a o možnosti návštěv mimo povolenou dobu nevědí. Poslední otázka v tomto okruhu zněla, zda by sestry a rodina změnily něco v souvislosti s uspokojováním potřeb u hospitalizovaného jedince. Sestry by uvítaly větší zájem rodiny, méně administrativy a přejí si i návštěvní místnosti. Rodina si pak přeje, aby jejich příbuzní byli více aktivizováni, ale jedna dotazovaná neví, zda je vůbec možné očekávat nějaké zlepšení. Myslí si, že se péče a uspokojování potřeb bude zhoršovat díky přibývání pacientů a snížení kapacity oddělení.

Poslední zjišťovaný okruh otázek se týkal uspokojování potřeb nemocného klienta na oddělení následné péče, kde mi respondenti odpovídali na výzkumnou otázku 2. Oběma skupinám jsem vyjmenovala potřeby týkající se člověka. Tedy bio, psycho, sociální a duševní (27). Mezi biologické potřeby jsem zařadila potřebu potravy, tekutin, hygieny, vyprazdňování, aktivity, odpočinku, spánku, tepla. Psychické potřeby zahrnují potřebu bezpečí, jistotu, svobodnou vůli, úctu, respekt, uznání, obrany, sebeúcty. Sociální potřeby pak potřebu kontaktu, nebýt sám, seberealizace, společenské prestiže, ocenění, být druhým vážen, komunikace, informovanosti a u potřeb duševních pak potřebu naděje, důstojnosti, porozumění, lásky, dále potřebu přátelství, důvěry k jiným, duchovního naplnění /čtení knih), duchovních rozhovorů. Obou skupin jsem se dotazovala, kdo si myslí, že uspokojuje potřeby biologické, sociální, psychické, duševní - zda sestry či RP. Ze získaných dat můžeme usoudit, že sestry uspokojují v největší míře potřeby biologické, rodinní příslušníci pak potřeby sociální, psychické a duševní. Jen zřídka se pak zapojují do uspokojování potřeb biologických. Osobně jsem byla u několika případů svědkem toho, že rodina žádala o to, aby mohli svého příbuzného

umýt, ale sestry jejich přání nevyhověly. Z výzkumu také vyplynulo, že sestry neuspokojují duchovní potřeby kromě naděje. Z literatury však víme, že člověk je bio-psycho-sociálně-kulturně-duchovní bytost a pokud dojde k neuspokojení jedné složky, pak není efektivní uspokojování dalších složek (4).

V rozhovoru s rodinnými příslušníky jsem zjistila, že duševní potřeby jejich blízkého jsou většinou všechny naplněny. Pokud je K/P věřící, je možné, aby mu rodina s pomocí personálu zajistila kněze či rabína. To není tak častý případ a RP neví, že takové možnosti lze na mnoha odděleních využít. Další otázka pro rodinné příslušníky, která jim byla položena, se týkala i hodnocení péče na Oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s. Příbuzní si myslí, že je péče dostačující. Dle mé zkušenosti záleží na sestrách, zda si umí práci dobře rozvrhnout mezi sebe a na vedení konkrétního oddělení. Náročnost péče se liší v závislosti na diagnózách pacientů a na souhře kolektivu. Dále z pozorování vyplynula potřeba motivovat sestry tak, aby měly větší zájem o pacienty. Domnívám se, že sestry by se mohly motivovat například prostřednictvím motivačních zážitkových kurzů, kde by si nacvičily komunikaci nejen s klienty. Poslední otázka, která byla položena rodině hospitalizovaného klienta, zněla, zda se blízcí chtějí angažovat do uspokojování potřeb nemocného příbuzného, nebo zda musí. Odpovědi rodin zněly kladně - chtějí se angažovat a pomoci, nejsou nuceni. Pro blízkou osobu a její uzdravení dělají maximum. Ovšem je žádoucí, aby se personál obrátil na příbuzné jako první. Vazba opačným směrem je skutečně vidět jen zřídka.

## 6. Závěr

Uspokojování potřeb klientů/pacientů na oddělení následné péče a spolupráce s jejich rodinou je v současné době ve spojitosti s nedostatkem personálu na odděleních aktuálním tématem. Kvalitní spolupráce se dosáhne souhrou obou zkoumaných skupin. Kvalitní spolupráce by vedla ke zlepšení zdravotního stavu pacienta a jeho většímu pohodlí při pobytu na ONP.

Cílem této práce bylo zjistit, jak v praxi funguje spolupráce mezi ošetřovatelským personálem a rodinnými příslušníky klientů a jaký bude mít přínos pro pacienty na ONP v souvislosti s uspokojováním jejich potřeb.

Před začátkem výzkumného byly stanoveny následné výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka 1:** Jsou rodinní příslušníci na ONP zapojováni do ošetřovatelské péče o K/P ošetřovatelským personálem?

Z výsledků rozhovorů zkoumaných skupin vyplynulo, že spolupráce mezi RP a ošetřovatelským personálem je oblastí, na kterou by se sestry měly zaměřit, protože je co zlepšovat a na čem pracovat. Obě skupiny respondentů se shodly, že spolupráce je přínosem pro K/P. RP však čekají na impulz ke spolupráci vycházející z iniciativy sester.

**Výzkumná otázka 2:** Jsou rodinní příslušníci spokojeni s uspokojováním potřeb K/P na ONP?

V oblasti uspokojování potřeb pacienta se ošetřovatelský personál výhradně zaměřuje na biologické potřeby, protože na ostatní potřeby nezůstává prostor. Podle mého výzkumného šetření se sestry v oblasti uspokojování potřeb tj. psychických, sociálních a duševních, spoléhají na pomoc RP. Rodinní příslušníci uspokojují biologické potřeby pouze okrajově a ostatní potřeby pomáhají uspokojit svým



příbuzným na různé úrovni dle jejich vůle a ochoty. Zajímavá je skutečnost, že RP jsou přes výše uvedená fakta spokojeni s péčí na ONP o jejich hospitalizované blízké

**Výzkumná otázka 3:** Chtějí se RP sami zapojit do ošetrovatelské péče?

Z výzkumného šetření vyplývá, že by se RP rádi zapojili do péče o své blízké, ale neví jak, a čekají na vyzvání od personálu.

Ráda bych, aby výsledky šetření motivovaly sestry k pátrání po „cestách“ jak efektivně komunikovat s K/P i RP o možnostech vzájemné spolupráce, tak aby byly lépe uspokojeny potřeby nemocných a cítili se v rámci hospitalizace lépe.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd., Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1197-4.
2. DUFKOVÁ, Alena. *Co znamená slovo potřeba nemocných? Střední zdravotnická škola* [online]. 2011 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: [www.szs-ruska.cz/userdata/files/oppa/dotazy/OPPA/dotaz\\_20\\_10\\_2011.pdf](http://www.szs-ruska.cz/userdata/files/oppa/dotazy/OPPA/dotaz_20_10_2011.pdf).
3. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd., Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-4138-3.
4. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2006, ISBN 80-8063-227-8.
5. *Oddělení následné péče*. [online][cit. 2013-01-10]. Dostupné z: <http://nemcb.cz/cz/departament/49/Oddeleni-nasledne-pece.html?detail&id=38>.
6. HŮSKOVÁ, J. *Ošetrovateľství- ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty 1. díl*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-28.
7. KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd., Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0548-61.
8. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1830-9.
9. KELNAROVÁ, J. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2830-8.
10. KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd., Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2169-9.
11. KOLEKTIV Autorů. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1720-4
12. KOLEKTIV, Autorů. *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum., 2005, ISBN 978-80-246-0845-7.

13. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatelstvo:Konceptia, ošetrovatel'ský proces a praxe I.díl.* 1. vyd., Martin: Osveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0.
14. *Lidské potřeby.* [online] [cit. 2013-04-08]. Dostupné z:  
<http://halek.info/www/prezentace/marketing-prednasky5/mprp5print.php?projection&l=05>
15. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových a sociálních zařízeních.*Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3148-3.
16. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup. I. díl.* 1. vyd., Praha: Karolinum, 2002, ISBN 80-246-0429-9.
17. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi.* 2. vyd., Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2339.
18. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany.* 1. vyd., Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3872-7.
19. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství – I. díl.* 1. vyd., Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3185-8.
20. *NANDA- ošetrovatelské diagnózy.* 1. vyd., Praha: Grada, 2009-2010, ISBN 978-80-247-3423-1.
21. NEJEDLÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Interní ošetrovatelství.* 1. vyd., Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1148-6.
22. *Ošetrovatelství - Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu.* [online] [cit 2013-01-06] Dostupné z: <http://vnl.xf.cz./ose/ose-potreby.php>.
23. PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství II.* 1. vyd., Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3557-3.
24. ROKYTA, R. a kol. *Bolest a jak s ní zacházet.* 1. vyd., Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-3012-7.

25. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-86057-50-7.
26. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd., Praha: Triton, 2009, ISBN 978-80-7387-286-1.
27. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: NCONZO, 2008, ISBN 978-807-0133-248.
28. VINKLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd., Praha: Grada, 2006, ISBN 978-80-2471-2628.
29. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd., Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-3742-3.
30. VYBÍHALOVÁ, L. *Komunikační dovednosti při práci sestry*. *Sestra*, 2011, roč. 21, str. 28, ISSN 1210-0404.
31. VYTEJČKOVÁ, R. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3419-4.
32. ZACHAROVÁ, E. *Sestra a senioři v ošetrovatelském procesu*. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 12, str. 40-42. ISSN 1210-0404.

## **8. Klíčová slova**

Klient/ Pacient

Komunikace

Ošetřovatelský proces

Potřeby

Rodina

## **9. Přílohy**

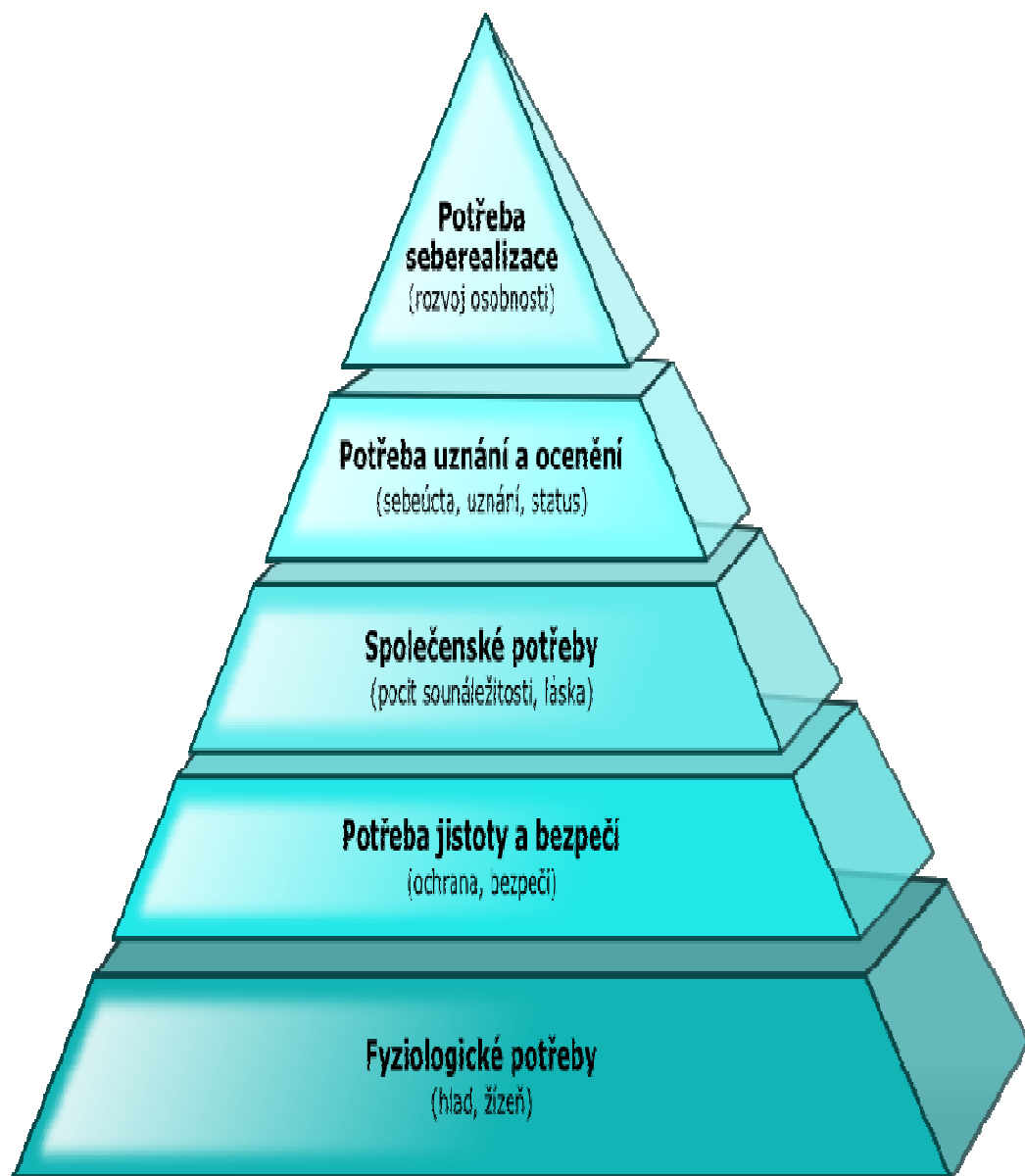
### **9.1 Seznam příloh**

**Příloha 1** - Maslowova pyramida potřeb

**Příloha 2** - Okruhy otázek pro zdravotnický personál

**Příloha 3** - Okruhy otázek pro rodinné příslušníky

Příloha 1 – Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: <http://halek.info/www/prezentace/marketing-prednasky5/mprp5-print.php?projection&l=05>

## **Okruhy otázek pro ošetrovatelský personál**

### **Identifikace respondenta**

1. Jaké je Vaše vzdělání?
2. Jak dlouho pracujete na ONP?
3. Chtěla jste tady pracovat?
4. Pracovala byste raději někde jinde?

### **Specifika péče na ONP**

1. Čím je pro Vás specifická péče na ONP?
2. Jaký je denní harmonogram péče o pacienty na ONP?
3. Co považujete za mimořádné přání, které pacientovi poskytnete?

### **Spolupráce s rodinou**

1. Jaký máte názor na zapojení RP do péče o pacienta? Myslíte si, že zapojení RP do péče Vám pomůže?
2. Zapojujete sami RP do péče? Chtějí se RP zapojit do péče o klienty?
3. Z jakého důvodu, chcete angažovat RP do péče?
4. Myslíte si, že pacient potřebuje návštěvy i mimo návštěvní dobu a u kterých pacientů je to umožněno?
5. Změnili byste něco v souvislosti s uspokojením potřeb pacienta a spoluprací s jeho rodinou?

### **Uspokojování potřeb**

1. Myslíte si, že uspokojujete všechny bio-psycho-sociální-duchovní potřeby?
2. Které uspokojujete Vy a které RP?
3. S jakými potřebami se obracíte na RP?



## **Okruhy otázek pro RP**

### **Identifikace**

1. Byl dříve Váš příbuzný hospitalizován na ONP?
2. Jak byste zhodnotili péči na tomto oddělení?
3. Jak byste si přáli, aby bylo o Vašeho příbuzného pečováno?

### **Specifika péče**

1. Máte pocit, že je k Vám a Vašemu příbuznému, personál dostatečně vstřícný?
2. Je ochoten personál plnit mimořádná přání? Která to jsou?
3. Co byste změnili ohledně péče o Vašeho blízkého pacienta?

### **Spolupráce**

1. Jaký máte názor na zapojení RP do péče?
2. Zapojili jste se sami s dalšími příbuznými?
3. Chtěli jste se zapojit nebo jste museli žádat o zapojení?
4. Funguje spolupráce mezi Vámi a sestrami?
5. Jsou na současném oddělení umožněny návštěvy bez omezení?
6. Využíváte čas návštěv nebo máte dohodu s personálem? Proč?

### **Potřeby**

1. Jaký máte vztah k příbuznému? Kdo se do péče zapojuje nejvíce?
2. Myslíte si, že tyto potřeby jsou všechny uspokojeny?
3. Jaké potřeby jsou podle Vás uspokojeny ze strany sester a ze strany Vaší?
4. S jakými potřebami se na Vás personál obrací?
5. Chcete se angažovat do uspokojování potřeb nemocného příbuzného nebo musíte?  
Proč?