

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika uspokojování potřeb u imobilních nemocných podle  
věkových kategorií na oddělení následné péče Nemocnice  
České Budějovice a.s.**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Mgr. Hana Sloupová - Bůrgerová**

**Jindra Hašková DiS.**

**2007**

## **Abstract**

The bachelor thesis titled “Problems of satisfaction of immobile patients’ needs according to age groups at the subsequent care ward of Nemocnice České Budějovice a.s.” addresses satisfaction of patients’ needs that forms an integral part of comprehensive nursing care at the subsequent care ward. A large amount of these immobile patients and continuously increasing requirements for professional qualification of nurses should lead to considerations how to perform as quality and as effective work as possible. The objective of the thesis is to map out the problems of satisfaction of needs of immobile patients at the subsequent care ward of the hospital Nemocnice České Budějovice a.s. The thesis is divided into a theoretical part and a research part.

The theoretical part describes the difference between a hospice and a subsequent care ward, and explains what patients’ needs and the immobilization syndrome mean. The research was undertaken on 190 patients above 15 years of age at the subsequent care ward of Nemocnice České Budějovice a.s. The informants were divided into 5 age groups. Immobile patients at the terminal stage of a malign disease were not included in the research. The research was conducted in the form of a questionnaire intended for immobile clients. A pilot study was undertaken to verify comprehensibility of the questionnaire. Consequently, some questions were modified so that they were understandable for the clients. Both the questionnaires are enclosed to the thesis. The research results are provided in charts and put in a chronological order according to the questions in the questionnaire.

The research confirmed that the priority in satisfaction of needs of all the clients of the subsequent care ward is the need of pain killing. Relieving oneself in the bed is unpleasant for almost all the immobile clients. Satisfaction of these needs in a correct order helps the clients to adapt to the disease and to the new environment. Satisfaction of other needs is no less important. Contentment of clients reflects in their cooperation with the whole medical team, and last but not least, has an effect on their recovery.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Problematika uspokojování potřeb u imobilních nemocných podle věkových kategorií na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s.** vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

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

14.5.2007

V Českých Budějovicích.....

.....  
podpis studenta

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Haně Sloupové - Búrgerové za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

<b>Obsah</b>	<b>str.</b>
<b>ÚVOD</b> .....	2
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	5
<b><i>1.1 Historie vzniku léčeben dlouhodobě nemocných a oddělení následné péče</i></b> .....	5
1.1.1 Historie vzniku LDN .....	5
1.1.2 Historie vzniku ONP .....	6
1.1.3 Rozdíl mezi LDN a ONP .....	7
1.1.4 Historie vzniku LDN a ONP v Nemocnici Č.Budějovice a.s. ....	7
1.1.5 Současnost na ONP v Nemocnici České Budějovice a.s. ....	8
<b><i>1.2 Vývoj osobnosti ovlivňující roli pacienta</i></b> .....	9
1.2.1 Adolescence .....	9
1.2.2 Časná dospělost .....	10
1.2.3 Střední dospělost .....	11
1.2.4 Pozdní dospělost .....	11
1.2.5 Stáří .....	12
<b><i>1.3 Potřeby nemocných a jejich uspokojování</i></b> .....	13
1.3.1 Definice potřeb .....	13
1.3.2 Klasifikace potřeb .....	14
1.3.3 Uspokojování potřeb .....	18
<b><i>1.4 Riziko imobilizačního syndromu v péči o imobilní nemocné</i></b> .....	20
1.4.1 Změny kardiovaskulárního systému .....	20
1.4.2 Změny dýchacího systému .....	22
1.4.3 Změny pohybového systému .....	22
1.4.4 Změny močového systému .....	24
1.4.5 Změny zažívacího systému .....	24
1.4.6 Metabolické změny .....	26
1.4.7 Změny kožního systému .....	26
1.4.8 Změny nervového systému .....	27
1.4.9 Změny v psychosociální oblasti .....	28

<b>2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY</b> .....	29
<i>2.1 Cíle práce</i> .....	29
<i>2.2 Hypotézy</i> .....	29
<b>3. METODIKA VÝZKUMU</b> .....	30
<i>3.1 Metodika práce</i> .....	30
<i>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	30
<b>4. VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	31
<b>5. DISKUZE</b> .....	63
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	69
<b>7. SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ</b> .....	71
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	74
<b>9. PŘÍLOHY</b> .....	75

## ÚVOD

Problematika uspokojování potřeb nemocných je samou podstatou ošetrovatelství. Dříve jsme byli vedeni k perfektnímu zvládnutí jednotlivých výkonů, které lékař naordinoval. Nebylo zvykem, že by sestra aktivně vyhledávala problémy pacienta a upozorňovala na ně lékaře nebo je sama řešila. Pobyt v nemocnici trvající měsíc i déle nebyl v 2. polovině minulého století nic výjimečného. Jiná byla i skladba pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných. Sice zde byli hospitalizováni klienti převážně vyššího věku s převahou nutnosti ošetrovatelské péče, ale byli většinou ve stabilizovaném stavu a frekvence různých náročných vyšetření nebyla tak častá. Pokud bylo nutné řešit sociální otázky a o nemocného se neměl kdo postarat, byla doba hospitalizace mnoho měsíců, rok i déle.

Věda a výzkum přinášejí stále nové vyšetřovací a léčebné postupy, jejichž zvládnutí klade nároky na celý zdravotnický tým. V tomto množství profesně zvládnutých výkonů a vyšetření zaujímal pacient spíše pasivní roli. Po roce 1989 se mění celý systém zdravotní péče. Začíná být kladen důraz na holistický přístup ke klientovi, který je brán jako bio-psycho-sociální bytost se svými potřebami. Na jednotlivých odděleních se začíná zavádět ošetrovatelská péče formou ošetrovatelského procesu, jehož nedílnou součástí je vyhledávání a uspokojování potřeb klienta. Tyto změny probíhají i na oddělení následné péče (dříve léčebna dlouhodobě nemocných) v Nemocnici České Budějovice a.s., kde pracuji již 15 let. Během této doby se podstatně zkrátila délka hospitalizace a změnilo se věkové složení klientů, i když počet nemocných neklesá. Naopak začínají převažovat chronické nemoci, které jsou již nevléčitelné a naším úkolem je udržet nemocného v takovém stavu, který bude pro něj subjektivně přijatelný. Současně je velký počet úrazů a operací, po kterých je nutná následná péče. Za posledních 7 let však klesl počet lůžek ve zdravotnických zařízeních, což mělo za následek, že nemocní jsou překládáni na lůžka následné péče často velmi brzy po odeznění akutní fáze nemoci, nemají ještě dokončena všechna vyšetření nebo jsou velmi krátce po operaci. Na ošetřující personál oddělení následné péče to klade čím

dál větší nároky na odborné znalosti. Musí zvládat ošetrovatelskou péči o všechna onemocnění, neboť jsou sem překládáni nemocní z oddělení celé nemocnice.

Proto nyní velmi často dochází k tomu, že jsou na tomto oddělení hospitalizováni mladí nemocní současně s nemocnými vysokého věku, nemocní, kteří se vyléčí s chronicky nemocnými či umírajícími. Ze své dlouholeté praxe již vím, že při ošetřování nemocných na lůžkách následné péče je personál nucen řešit problémy, které se zde dříve téměř vůbec nevyskytovaly (např. zajištění soukromí a zvýšenou hygienu u klientky při menstruaci). Snažíme se respektovat přání nemocných při uspokojování jejich potřeb. Abychom péči o naše nemocné mohli ještě zlepšit, je třeba vědět, jaké potřeby a v které věkové kategorii jsou pro ně důležité, které potřeby je třeba uspokojit nejdříve. Proto jsem si zvolila toto téma, abych si ověřila, zda je uspokojování potřeb pro nemocné na oddělení následné péče dostačující a které potřeby jsou pro určitou věkovou kategorii prioritní. Výsledky výzkumu by pak mohly sloužit ošetřujícímu personálu na lůžkách následné péče k tomu, aby mohl ještě více zkvalitnit péči o své klienty, neboť problémům můžeme předcházet nebo je rychle řešit jen tehdy, pokud o nich víme (1, 18,19,24, 28, 29).



## 1. SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Historie vzniku léčeben dlouhodobě nemocných a oddělení následné péče*

V druhé polovině minulého století byli téměř ve všech nemocnicích hospitalizováni nemocní na jednotlivých odděleních bez rozdílu toho, zda měli onemocnění akutní nebo chronické. S vývojem nových léků a léčebných postupů dochází k prodloužení délky života a k nárůstu chronicky nemocných. Tato situace si vyžádala potřebu nového typu oddělení, které by bylo zaměřeno na léčbu podobných pacientů. Tímto novým typem oddělení byly léčebny dlouhodobě nemocných (LDN).

Velkým mezníkem změn v systému zdravotní péče byl rok 1989. Po tomto roce dochází k redukci zdravotnických zařízení a proto je nutné zkrátit dobu hospitalizace zvláště na akutním lůžku. Je však nutné se postarat o ty nemocné, kteří nezvládnou být doma sami nebo to ještě jejich zdravotní stav nedovoluje, ale současně nevyžadují akutní péči. Pro potřebu těchto nemocných vznikla oddělení následné péče (ONP) (5, 18, 19).

#### **1.1.1 Historie vzniku LDN**

V 70-tých letech minulého století si ošetřující personál i vedení nemocnic postupně začíná uvědomovat, že péče o dlouhodobě nemocné bude vyžadovat určitých změn. Jde většinou o polymorbidní pacienty, u kterých je mnohdy cílem ne vyléčení nemoci, ale minimalizace příznaků tak, aby se nemocný subjektivně cítil co nejlépe. Léčba těchto nemocných je většinou zdlouhavá a nákladná. Navíc je nutné současně řešit mnoho sociálních problémů. To vše je důvodem někdy velmi dlouhé nebo opakované hospitalizace. Proto začaly vznikat léčebny pro dlouhodobě nemocné, kam byli přijímáni nemocní převážně vyššího věku s chronickým onemocněním, ale také nemocní, u kterých rehabilitace a doléčení trvá delší dobu. Na LDN pak pokračovali v rehabilitaci, v nácvičku soběstačnosti nebo čekali na nástup do domova důchodců (5, 10, 31).

Vznikem LDN a možností přeložení těchto dlouhodobě nemocných z oddělení, která potřebovala mít dostatek volných míst pro akutní příjmy, se těmto oddělením postupně uvolnila lůžka, na která mohli být přijímáni nemocní například k plánovaným operacím. Nově otevřené LDN byly velmi brzy zaplněny a čekací doby na umístění se začaly prodlužovat (5, 31).

### **1.1.2 Historie vzniku ONP**

K velkým změnám dochází po roce 1989. Lůžka v nemocnicích jsou rozdělena na lůžka akutní a chronické péče. Současně se mění financování těchto lůžek. Dále sílí tlak především na snížení nákladů na zdravotní péči, na snížení počtu drahých nemocničních lůžek a zkrácení doby hospitalizace na akutním lůžku. Tato situace si vyžádala vznik nových oddělení a tím byla oddělení následné péče. Kapacita LDN je v té době nedostačující a ošetrovací doba je zde velmi dlouhá. Nová oddělení by měla přijímat klienty z akutních lůžek a ošetrovací doba na těchto odděleních následné péče by měla být také podstatně kratší. Některá tato oddělení byla transformována z LDN, jiná vznikla z akutních oddělení (5, 7, 12, 31).

Lůžka následné péče jsou někdy chybně označována jako lůžka zdravotně sociální, protože velké procento klientů potřebuje současně s péčí zdravotní i péčí sociální. Zdravotní péče je pro klienta zdarma, hrazena zdravotní pojišťovnou. Pokud pominou zdravotní důvody hospitalizace, měl by se klient přeložit na lůžko sociální péče, za které již platí určitou částku. Na lůžka následné péče by tedy neměli být přijímáni klienti z důvodu sociální hospitalizace. Od 1.1. 2007 je v platnosti nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který mimo jiné definuje základní činnosti při poskytování služeb následné péče. Vzhledem k tomu, že čekací doby na umístění do sociálních zařízení jsou dlouhé, není často nemocného, u něhož pominuly zdravotní důvody hospitalizace, kam přeložit. Proto se nyní opět uvažuje o zřízení sociálních lůžek v nemocnicích, která by měla návaznost na lůžka následné péče. Vše je zatím v jednání, protože zřizovatel musí splnit podmínky, které mu ukládá nový zákon

č. 108/2006 Sb. a prováděcí vyhláška k tomuto zákonu. Nevyřešeno je i mnoho otázek ohledně platby klientů za služby (5, 7, 20, 33, 39).

### **1.1.3 Rozdíl mezi LDN a ONP**

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou specializovaná zdravotnická zařízení určená pro léčení nemocných, kteří již mají stanovenou diagnózu a potřebují dlouhodobou lékařskou či ošetrovatelskou péči a rehabilitaci. Nejsou tedy vyčleněny jen pro nemocné vyššího věku, i když ti jednoznačně převažují. Průměrný věk hospitalizovaných nemocných v LDN se uvádí kolem 75 let. Od r. 1998 jsou léčebny dlouhodobě nemocných financovány pojišťovnami. V tomtéž roce probíhala výběrová řízení, jejichž výsledkem bylo, že některé LDN zanikly a z některých vznikla oddělení následné péče (5, 10, 36).

Oddělení následné péče vznikla v roce 1998 transformací některých LDN nebo akutních oddělení. Jsou většinou součástí nemocnic. K přijetí na tato oddělení jsou indikováni nemocní ve stabilizovaném stavu se stanovenou diagnózou, po odeznění akutní fáze onemocnění, kteří potřebují delší léčbu a rehabilitaci. Na oddělení následné péče jsou nemocní překládáni z akutních nemocničních oddělení.

Obdobně jako v LDN i v ONP jsou hospitalizováni převážně nemocní vyššího věku, polymorbidní a s různým stupněm závislosti. V posledních letech se průměrný věk hospitalizovaných klientů snižuje. I když zde probíhá intenzivní rehabilitace a velmi často i nákladná léčba, finanční hodnocení těchto lůžek ze strany pojišťoven je nedostatečné (5, 10).

### **1.1.4 Historie vzniku LDN a ONP v Nemocnici Č. Budějovice a.s..**

V roce 1983 bylo započato v Nemocnici České Budějovice se stavbou nového pavilonu pro Léčebnu dlouhodobě nemocných. Koncem roku 1985 byla stavba dokončena a 5.5. 1986 byla budova, ve které se nacházelo celkem 212 lůžek, slavnostně

otevřena. Jednalo se o první zařízení tohoto druhu v okrese České Budějovice, které bylo zaměřeno na geriatrickou péči (5, 7, 30, 31).

Pod vedením MUDr. Boženy Gruberové byla otevřena 14.5.1986 1.Léčebna pro dlouhodobě nemocné s jednou stanicí o 36 lůžkách. Postupně byly dány do provozu další stanice, takže nakonec měla 1.LDN 3 stanice se 105 lůžky. V budově byla k dispozici místnost pro LTV, elektroléčbu, vodoléčbu (31).

Primářem 2.Léčebny dlouhodobě nemocných byl jmenován MUDr. Ivo Žáček a zahájila provoz 1.7. 1986. Po otevření druhé stanice měla 2.LDN celkem 65 lůžek. Poslední stanice byla otevřena v roce 1995. Od té doby měla 1. a 2.LDN dohromady celkem 172 lůžek. Budova byla sice projektována pro staré a dlouhodobě nemocné, ale architektonicky byla nevyhovující. Velmi problematické bylo sociální zařízení, kdy při vstupu do sprchy musel nemocný zdolat schod vysoký téměř 40 cm a dveře na WC byly tak úzké, že jimi sotva prošel pacient sám (7, 31).

V prostorách bývalé Vojenské nemocnice, po ukončení činnosti Okresní nemocnice, byly od 1.1.1998 vytvořeny další tři primariáty LDN, které měly celkem 6 stanic se 135 lůžky. K velkým změnám dochází 1.4.1998. V horním areálu Nemocnice České Budějovice vznikla 1.ONP sloučením 1. a 2.LDN. V dolním areálu pak sloučením všech LDN vznikla 2.ONP (37, 40).

### **1.1.5 Současnost na ONP v Nemocnici České Budějovice a.s.**

V současné době má 1.ONP 5 stanic se 164 lůžky. Z toho jedna stanice je kombinovaná s rehabilitačním oddělením, které zde má 12 lůžek. Dvě stanice jsou již po rekonstrukci upravené jako bezbariérové a třetí stanice by se měla rekonstruovat co nejdříve. Také byla rekonstruována tělocvična a zakoupeny některé rehabilitační pomůcky a přístroje. Nemocní, kteří jsou zde hospitalizováni opakovaně, si tuto změnu velmi pochvalují. Podobné změny v počtu stanic a lůžek probíhaly od roku 1998 i na 2.ONP. Z původních 6 stanic má nyní 2.ONP 2 stanice, apalickou jednotku a spánkovou laboratoř. Na každé stanici je 50 lůžek a na apalické jednotce je hospitalizováno

7 nemocných. Dohromady může být v dolním areálu na 2.ONP hospitalizováno 107 nemocných. I na tomto oddělení byly provedeny různé stavební úpravy (30, 32).

Na lůžka 1.ONP jsou přijímáni nemocní převážně z akutních lůžek nemocnice nebo přes odbornou ambulanci (např. interní, kardiologickou, gastroenterologickou ap.). Pokud to vyžaduje zdravotní stav nemocného a léčení je delší než 1 měsíc, je na základě podané žádosti překládán na 2.ONP.

Na lůžka 2.ONP jsou přijímáni nemocní z nervového oddělení nemocnice, z 1.ONP a nebo na doporučení obvodního lékaře. Na obou odděleních nemocní pokračují dále v léčení, rehabilitaci a řeší se i další sociální otázky. Průměrná ošetrovací doba byla v roce 2005 na 1.ONP 42 dní, na 2.ONP 52,3 dne (31, 37).

## ***1.2 Vývoj osobnosti ovlivňující roli pacienta***

V průběhu života prochází člověk několika velmi odlišnými obdobími. Tato období rozlišujeme podle nápadných znaků biologických, sociálních a psychologických změn. Rozlišení jednotlivých věkových období má značný praktický význam. Každý člověk může mít odlišný způsob prožívání a hodnocení týž událostí, což ve svém důsledku může vést ke konfliktům a nedorozuměním.

Vývoj osobnosti probíhá v určitých stádiích, jejichž pořadí je nutné a zákonité. Pořadí těchto stádií nelze změnit nebo vynechat. Pro lepší porozumění nemocnému v určitém věkovém období je nutné, aby ošetřující personál znal, jak probíhá vývoj osobnosti u zdravého člověka, co je považováno za normu, čím je třeba se znepokojovat, a kdy vyhledat pomoc odborníka. Na ONP mohou být hospitalizováni nemocní od 15-ti let (2, 15, 16, 38).

### **1.2.1 Adolescence**

Adolescence je období od 15 do 20 let, ve kterém mladiství končí povinnou školní docházku, připravují se na budoucí povolání. Ke konci tohoto období někteří jedinci nastoupí do zaměstnání, někteří pokračují dál ve studiu na vysoké škole. V biologickém

aspektu nedochází již k tak bouřlivým změnám, ale důležitou událostí v životě je zahájení pohlavního života. To znamená možnost dalších problémů a nutnost jejich řešení. Musí se naučit vyrovnávat s náročnými životními situacemi. Adolescenti v tomto období hledají svoji identitu. Typické pro ně je, že chtějí mít přednosti dospělých, ale ne odpovědnost. Erikson tuto situaci označuje termínem psychosociální moratorium. Mladistvý se snaží jakoby zastavit vývoj a užívat si volnosti. Někteří autoři považují toto prodloužení předchozího období mezi dětstvím a dospělostí za funkční.

V současnosti je život dospělého mnohem složitější než byl dříve. Senzomotorické a intelektové předpoklady jsou na takové úrovni, že umožňují dosahovat vysokých výkonů, zvláště tehdy, jde-li o činnost silně motivovanou. Stále trvají mezigenerační spory. Někteří starší generaci prostě ignorují, jiní již dokáží s rodiči o svých problémech hovořit. Mezi jednotlivými adolescenty jsou velké individuální rozdíly.

V období adolescence jsou nejdůležitějšími potřebami potřeba hry, soutěže, poznání, vybití energie, potřeba úspěchu a jeho prezentace. V tomto období se mění vztah k víře a důležitá je svoboda (2, 11, 15,16, 35, 38).

### **1.2.2 Časná dospělost**

V období časně dospělosti (od 20 do 30 let) se předpokládá, že mladý člověk dokončil studia, má zaměstnání, partnera, založil svoji rodinu a pečuje alespoň o první dítě. Toto nejsou snadné úkoly. Měl by již zvládat komunikaci v zaměstnání i v partnerském vztahu, být schopen spolupráce, pomoci druhým a nést odpovědnost za své činy a rozhodnutí. Erikson označil toto období jako formování intimity. Nepříznivou formou tohoto období je distancování a izolace, soupeření a odmítání druhých.

Mezi nejdůležitější potřeby v období časně dospělosti patří potřeba osobního rozvoje, seberealizace, peněz. U žen je to především role matky, orientace na rodinu a dilema rodina nebo profese (2, 11, 15, 16, 35, 38).

### **1.2.3 Střední dospělost**

Střední dospělost (od 30 do 45 let) je označována jako věk práce, tvořivosti a péče o děti. Většina žen se stará o děti a rodinu nebo se věnují profesnímu růstu. Některé ženy se snaží stihnout oboje, ale je nutné umět si dobře zorganizovat práci, volný čas a také se nebát požádat o pomoc druhé (manžel, rodiče). Dochází ke změnám fyzickým, kdy se mění postava a začíná ubývat fyzických sil, ale i psychickým a sociálním. Jde o období budování společenského postavení a ke konci období dochází k uvolňování vazby na rodinu. Tento stav je označován jako syndrom prázdného hnízda. Někteří již dosáhli svého vytčeného cíle (rodina, děti, zaměstnání, koníčky, bydlení atd.), jiní zase přestávají věřit, že se jim to podaří. Pokud dlouhodobě dospělý nenalézá smysl života, je tak jeho život trvale frustrující, což vede ke zhoršení stavu psychického i somatického.

V tomto věku u některých lidí může dojít k nahromadění problémů, s jejichž řešením si dotyčný neví rady. Hovoříme o tzv. krizi středního věku. Sílí pocit nutnosti nějaké změny. Mění se představy o partnerovi, rodině, žebříček hodnot a opět ožívá problém vlastní identity. Velmi často dochází k rozpadu rodiny a roste tendence zabývat se sám sebou (1, 2, 11, 15, 16, 35, 38).

### **1.2.4 Pozdní dospělost**

V období pozdní dospělosti (od 45 do 60 – 65 let) velmi klesá výkonnost, zejména tělesná, i když si to mnozí nechtějí přiznat. Mění se nejrůznější tělesné funkce. U žen dochází k menopauze a u mužů klesá sexuální výkonnost. Úbytek kognitivních funkcí závisí na dědičnosti, vzdělání a aktivitě, partnerství a rodině, životním stylu, osobní spokojenosti a vyrovnanosti. Objevují se příznaky nejrůznějších chorob, které se mohou stát chronickými nebo mohou být i příčinou úmrtí. Současně děti odcházejí z rodiny a zakládají svou vlastní. Kontakt s nimi již nebývá tak častý (15, 16, 35, 38).

Další velkou změnou je odchod do důchodu. Přibude volný čas, člověk si odpočine, zbaví se jednotvárné práce, konfliktů na pracovišti, ale současně se sníží ekonomická situace rodiny a nastává omezení sociální komunikace. Mnoho jedinců v období pozdní dospělosti odmítá změny v životním stylu. Ve společnosti dosáhli určitého postavení a uznání, jsou zvyklí na určitý standard, který si s odchodem do důchodu mnohdy nemohou dovolit. Tyto změny pak těžce nesou. Z dalších potřeb, které jsou pro ně velmi důležité, preferují uspokojení potřeby pohody, jistoty a bezpečí (2).

Dochází k prohlubování introverze a mění se postoje k lidem. U žen jsou změny výraznější. Mnozí pečují o své staré rodiče, podporují děti a jejich rodiny. Přijetí role prarodiče může být příčinou znovunalezení smyslu života v období pozdní dospělosti. Vnouče přináší novou komunikaci, stimulaci, radost a příležitost k předávání zkušeností. Teprve ve vztahu k vnoučatům dokáží některé babičky a dědečkové plně prožívat radost z dítěte. Mají zkušenosti s výchovou dětí a dostatek času. Mnohdy se pak vytvoří mezi prarodičem a vnukem či vnučkou velmi silné pouto (1, 11, 15, 35, 38).

### **1.2.5 Stáří**

Stáří (od 60 – 65 let) můžeme označit za pojem stejně relativní jako mládí. S historickým vývojem se prodlužuje průměrný lidský věk. Stejně tak se prodlužuje doba, po kterou člověk dokáže pracovat a žít tak, jak je to běžné u lidí středního věku. Stárnutí záleží nejen na biologických změnách, ale i na názorech a postojích společnosti a na člověku samotném, jak se dokáže vyrovnávat se stárnutím (9, 15, 16).

Ve stáří dochází k řadě involučních změn. Horší se vnímání, paměť, pozornost, zpomaluje se tempo v nejrůznějších činnostech, mění se emoční reagování, intelekt. Jsou však velké individuální rozdíly a uplatňuje se vliv genetických dispozic i vnějších faktorů. Zvyšuje se citová labilita a dochází ke změnám vůle. Horší se rozhodování a ve všech oblastech je nutná velká trpělivost. Dochází ke zdůraznění některých vlastností jako je např. samotářství, žvanivost, opatrnost, puntičkářství, úzkostnost, sklon k nespokojenosti, egocentrismus. U osamělých lidí se může objevit tzv. Diogenův syndrom, což je ztráta motivace k udržení hygieny (1, 2, 9, 11).



U starých osob klesá potřeba změny, proto je pro ně velkým stresem, pokud musí opustit své domácí prostředí. Adaptace na nové prostředí u nich trvá dlouho a někteří se nepřizpůsobí nikdy. Důsledkem této maladaptace mohou být různá onemocnění a někdy až smrt (1, 2, 9, 10, 15, 16, 35, 38).

### ***1.3 Potřeby nemocných a jejich uspokojování***

Charakteristickým rysem ošetrovatelství je mimo jiné systematické vyhledávání, hodnocení a plánovité uspokojování potřeb nemocného člověka. V současné době je preferováno aktivní zapojení pacientů do záležitostí uspokojování svých potřeb. Sestry i další zdravotničtí pracovníci by měli vést lidi k tomu, aby si uvědomovali své zdravotní potřeby a měli možnost uspokojovat je způsobem, který pro sebe považují za nejoptimálnější (28).

Tento pohled se musí neustále zdůrazňovat, protože mnohdy se ve zdravotnických zařízeních pacientům přiděluje pasivní role. Spoluúčast pacienta a partnerství v ošetrovatelském procesu vyžaduje jak změny v myšlení, tak v ošetrovatelské praxi. Zavádění ošetrovatelského procesu do praxe a spoluúčast pacienta při plánování ošetrovatelské péče může být zpočátku obtížné, neboť sestry ani pacienti nejsou na tento přístup zvyklí (13, 26, 34).

#### **1.3.1 Definice potřeb**

Potřebou se zpravidla rozumí základní motivační stav nedostatku nebo rovněž stav nadbytku organismu, aktivující chování, které vede k úpravě stavu. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, nebo také může případně vést k vyhýbání se podmínce, která je pro život nepříznivá. Potřeba je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj vývoj a život. Prožívání nedostatku (nadbytku) ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka (pozornost, myšlení, emoce, volní procesy) a tím vytváří vzorec chování jednotlivce, který v konečném důsledku vede

k uspokojení potřeby. Lidské potřeby nejsou neměnné. Stále se vyvíjejí a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů, které jsou biologicky dané a neovlivnitelné zvenčí (13, 21).

Každý člověk vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem. Motivované chování se projevuje u každého jedince jinak. Během života se potřeby jednotlivce mění z hlediska kvality i kvantity. Všichni lidé mají určité potřeby společné, ale jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života. Mohou být uspokojovány způsobem žádoucím nebo nežádoucím.

Pojem potřeba může mít několik významů – biologický, ekonomický, psychologický. Biologický význam potřeby vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy, homeostázy. Některé biologické potřeby nemají psychickou odezvu. Ekonomický význam potřeby většinou vyjadřuje nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt (např. boty, šaty, byt, auto ap.). Potřebou je míněn spíše prostředek k dosažení vytčeného cíle. Psychologický význam potřeby vyjadřuje psychický stav, který odráží nějaký nedostatek. Současně je úzce spojen s významem sociálním, který upozorňuje na nedostatky v sociální oblasti jedince (6, 13, 17, 34).

### **1.3.2 Klasifikace potřeb**

V psychologické literatuře se setkáváme s rozdělením potřeb na vrozené (primární, biogenní, fyziologické) a získané (psychogenní, sociogenní, psychologické). Jde o dělení poněkud umělé, protože některé psychogenní potřeby mají vrozený, tedy biogenní základ (např. potřeba něžnosti, společnosti, tělesného kontaktu apod.) (21, 34).

#### Murrayova klasifikace

Americký psycholog Henry A. Murray předložil teorii motivace. Podle něj jsou potřeby tříděny z rozličných hledisek. Zavedl rozdělení na potřeby viscerogenní a psychogenní, dále na potřeby kladné a záporné (21, 22).

Viscerogenní potřeby, které jsou označovány též jako primární, rozdělil Murray na potřeby nedostatku a potřeby nadbytku. Poslední skupinu tvoří potřeby vedoucí k odtažení. Mezi potřeby nedostatku patří potřeba vdechu kyslíku, vody, potravy, potřeba hmatového pocíťování, laktace a sexuální potřeba. Tenze směřující ke zbavení

se něčeho jsou zastoupeny potřebou výdechu, mikce a defekace. Do poslední skupiny jsou zařazeny potřeby vyhýbání se noxe, horku, chladu a poškození (21, 22, 34).

Psychogenní potřeby rozdělil do několika skupin. Patří sem potřeby vážící se k objektům, vyjadřující ambice, potřeby projevu síly a získávání obdivu, potřeby poškozování jiných i sebe sama, potřeby v rámci mezilidských vztahů a sociální potřeby. Mezi potřeby vážící se k objektům patří potřeba aktivizace, tedy získávání a zvětšování majetku, potřeba uchovávání věcí a kompletování, potřeba organizování a pořádku. Dále jsou do této skupiny řazeny potřeby podržení, což znamená ukládání peněz a vlastnictví věcí. Poslední skupinu tvoří potřeby konstrukce, tedy vytváření, budování a vyhotovování.

Největší skupinu tvoří potřeby vyjadřující ambice, prestiž, dokonalost a moc. Do této skupiny patří superiorita – potřeba převyšování jiných. Velmi důležitou skupinu tvoří potřeba respektu, především potřeba pochvaly, ocenění a uznání. U některých jedinců je k jejich spokojenosti nutná i saturace potřeby předvádění se efektním způsobem. Potřeba nedotknutelnosti znamená nedopustit snížení vlastní hodnoty. V neposlední řadě jsou to potřeby sebeobrany (ospravedlnění svého jednání), protipůsobení (překonávání neúspěchu úsilím) a potřeba úspěchu, tedy učinit něco lépe. K potřebám projevu síly a získávání obdivu náleží pud dominance, potřeba napodobování, ale i diferenciací (odlišování se od jiných), potřeba projevovat úctu někomu výše postavenému, ale současně i potřeba nezávislosti, tedy odporování vlivu jiných (21, 22, 34).

Další skupinou jsou potřeby, jejichž uspokojování může způsobit problémy při poskytování ošetrovatelské péče. Jde především o potřeby poškozování jiných i sebe sama, jako je potřeba agrese, napadání jiných, vysmívání se a ponižování. Do této skupiny jsou zařazeny i potřeby pokoření se a vyhnutí se pohanění.

Při péči o nemocného nesmí být zapomínáno ani na potřeby týkající se mezilidských vztahů, jako jsou potřeby afiliace (navozování přátelství), odmítání nebo ignorování někoho, potřeba ošetrování, starání se o někoho, potřeba závislosti a potřeba lásky.

Poslední skupinou jsou potřeby sociální, jako je potřeba hry a zábavy, tedy hledání uvolnění a rozptýlení, potřeba explorační (zkoumání a dotazování se, uspokojování zvědavosti) a potřeba vysvětlování a demonstrace.

Murray dále používá klasifikaci potřeb na latentní a manifestní. Latentní potřeby jsou formy činnosti částečně objektivizované a subjektivizované, které mohou mít formu tužeb a přání individua. Manifestní potřeba je veškerá činnost, která je skutečná, objektivizovaná a předchází jí většinou vědomý záměr (21, 22, 34).

#### Frommova klasifikace

Fromm považuje za nejvýznamnější síly motivující lidské chování ty síly, které bezprostředně souvisejí s existencí člověka. Existují dvě roviny potřeb. Kromě fyziologických potřeb jsou to potřeby specificky lidské, které odpovídají sociálnímu vymezení jedince. Fromm nečiní žádná hodnotící stanoviska. Netvrdí, že určité potřeby jsou dobré a jiné špatné, pouze konstatuje daný stav. Spíše se snaží objasnit původ potřeb. Klasifikuje potřeby do pěti skupin: potřeba vztaženosti, transcendence, zakořenění, identity a orientačního rámce.

Fromm vnímal životy jednotlivců v celkové perspektivě společnosti. Říkal, že každý člověk žije ve společnosti, které se jedinec musí přizpůsobovat. Právě proces přizpůsobování se společnosti formuje různé charaktery, různé postoje člověka k těm druhým a ke světu. Existují tedy sociokulturní činitele mající vliv na osobnostní přizpůsobení se (21, 25, 34, 35).

#### Maslowova klasifikace

Maslowova klasifikace potřeb (příloha č.1) je ze všech klasifikací nejvíce využívanou. Americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908 – 1970) poukázal na nezbytnost nové humanistické koncepce vědy proti koncepci přírodovědné, jež do té doby ovládala americkou psychologii. V souvislosti s tím také obhajoval tuto humanistickou koncepci člověka oproti převládající koncepci biologické. Je považován za zakladatele humanistického proudu v psychologii a stal se prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii (3, 13, 21, 22, 34, 35).

Lidské potřeby rozdělil do pěti skupin, které seřadil hierarchicky. Aby se mohly uplatnit vyšší potřeby, musí být dostatečně uspokojovány potřeby nižší, které se

vyskytují i ve zvířecí říši. Mezi nižší potřeby zařadil potřeby fyziologické a potřeby jistoty a bezpečí. Jestliže tyto nejsou naplňovány, neustále se naplnění dožadují. Je třeba osobnostní zralosti a přesměrování motivace k vyšším cílům, aby i při nenaplnění nižších potřeb bylo usilováno o potřeby vyšší. Mezi základní fyziologické potřeby zařadil potřeby těla, pudy, instinkty, jako jsou např. hlad, vylučování, sex, odpočinek, potřeba stimulace aj. Tyto potřeby se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují potřeby organismu. Slouží k přežití a když jsou aktuální, veškeré činnosti jsou směřovány k jejich uspokojení. Na dalším stupni hierarchie potřeb jsou potřeby bezpečí a jistoty. Jde o bezpečí sociální, existenční (finance, zázemí), existenciální (víra, orientace, nebýt ztracen), fyziologické (zdraví). Potřeba bezpečí vyjadřuje touhu po důvěře, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti. Dá se říci, že u potenciálně nemocného můžeme o ztrátě jistoty hovořit téměř vždy (3, 22, 35).

Prostřední stupeň pyramidy potřeb tvoří potřeby lásky a sounáležitosti, které jsou na rozhraní vyšších a nižších potřeb. Jde o potřeby někam patřit, ke skupině, rodině, potřebu milovat a být milován. Tyto potřeby vystupují do popředí v situacích osamocení a opuštění. Uspokojení těchto potřeb je založeno na tom, kde daný člověk vyrůstá, ale už má socializovanou podobu (váže se na konkrétní místo, kde vyrůstá).

Na vrcholu pyramidy jsou potřeby, které označujeme jako vyšší. Jde o potřeby sociální, tedy typicky lidské, u zvířat se nevyskytující. Mezi tyto potřeby řadíme potřeby uznání a sebeúcty. Na samém vrcholu pyramidy jsou potřeby seberealizace. Potřeby uznání a sebeúcty znamenají potřebu ocenění, přijetí, pozitivního hodnocení nejen od ostatních, ale také od sebe samých. Jde o dvě spojené potřeby, kdy první vyjadřuje touhu po respektu druhých, prestiže uvnitř sociální skupiny. Potřeba sebeúcty pak vyjadřuje přání výkonu, kompetence, nezávislost na mínění druhých. Potřeba seberealizace je potřeba osobního růstu, nalézání smyslu a hlubšího pochopení. Jde o potřebu realizovat své schopnosti a záměry, kdo chce být dobrým, musí u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že danou činnost dělá dobře (34, 35).

Maslow také uvedl, že potřeby se týkají tří základních stránek člověka a podle toho se mohou dělit na potřeby biologické (fyziologické) – potrava, teplo, vyměšování,

potřeby psychické – jistoty, bezpečí, seberealizace a potřeby sociální – nebýt sám, být milován, být druhými vážen. Podle Maslowa jsou vyšší potřeby pozdějším stupněm fylogenetického a ontogenetického vývoje. Čím vyšší je potřeba, tím je méně důležitá pro přežití, tím déle může být její uspokojení odkládáno, jsou subjektivně méně naléhavé. Žítí na úrovni vyšších potřeb vede k delšímu životu, k menší nemocnosti, k hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života. Uspokojení těchto potřeb posiluje individualitu jedince a pokud byly uspokojeny jsou ceněny více, než potřeby nižší (3, 13, 21, 22).

Pokud je člověk schopen potřeby uspokojit v přiměřené míře, pokládá život za normální, běžný a nijak nestrádá. V základní ošetrovatelské péči se často hovoří o uspokojování biopsychosociálních potřeb nemocného člověka. Škála potřeb je u každého člověka velmi individuální. Ovlivňují ji některé základní obecné faktory (pohlaví, věk, psychické vlastnosti, tělesné dispozice), individuální osobnostní faktory (vzdělání a výchova, rodinný stav, ekonomická úroveň) a společenské faktory (např. celkový životní standard) (26).

### **1.3.3 Uspokojování potřeb**

Pro ošetrovatelství je charakteristická individualizovaná péče o člověka zdravého i nemocného. Tato péče je založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklých nebo pozměněných onemocněním.

Uspokojování potřeb může být ovlivněno celou řadou faktorů. Tyto faktory znemožňují, narušují nebo mění způsob uspokojování potřeb člověka. Mezi faktory, které nejvíce mění nebo ovlivňují uspokojování potřeb patří nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka a okolnosti, za kterých nemoc vznikla (17, 18, 34).

Nemoc často brání v uspokojování potřeb. Nemocný mění způsob vyjádření potřeb v závislosti na závažnosti onemocnění. Při neschopnosti uspokojovat své potřeby, přebírá tuto povinnost sestra. S uzdravováním klesá potřeba pomoci sestry.

Individualita člověka, zvláště pak osobnostní vlastnosti modifikují potřeby, způsob jejich uspokojování i psychickou odezvu. Důležitá je typologie člověka, emocionální labilita nebo stabilita. Lidé s narušenou sebekoncepcí nejsou schopni samostatně uspokojit potřeby a budou vyžadovat pomoc sestry (13, 34).

Mezilidské vztahy a vztahy k příbuzným či blízkým také mají vliv na uspokojování potřeb. Samotné tyto vztahy jsou ovlivněny prožíváním nemoci, jako náročné životní situace. Navíc do těchto vztahů vstupuje zdravotnický personál a to především sestry, protože je v blízkosti nemocného v jeho kritickém období.

Vývojové stádium člověka je také činitelem, který má vliv na uspokojování potřeb nemocného. V každém období se může měnit signalizace a způsob, jakým jsou potřeby uspokojovány, i jejich psychická odezva. Důležitá je důvěra k lidem, protože na jejím základě lze snadněji dosáhnout naplnění pocitů jistoty a bezpečí. Nemoc mnohdy ovlivní kognitivní funkce a nemocný tak ztrácí schopnost vyjádřit své potřeby. V takovém případě by měl veškerý ošetřující personál aktivně vyhledávat a uspokojovat potřeby nemocného.

Okolnosti, za kterých nemoc vznikla, mohou mít velký vliv na potřeby a jejich uspokojování. Nemocní jinak vyjadřují potřeby v domácím prostředí a jinak při hospitalizaci. Jinak prožívá nemoc člověk, který je mladý a nemá partnera, a jinak matka od malých dětí, nebo onemocní-li člověk v cizině, kde se např. není schopen domluvit.

Základní filozofií Maslowovy hierarchie je poznatek, že jsou-li uspokojeny fyziologické potřeby, teprve pak může nastat proces uspokojování potřeb vyšších. Kvalitu uspokojení těchto základních potřeb ale výrazně ovlivňuje, jsou-li současně uspokojovány vyšší potřeby. Například potřeba jídla signalizovaná hladem je uspokojena podáním stravy. Pocit uspokojení je mnohem vyšší, je-li nemocnému umožněno stravovat se kulturně (1, 22, 34).

Objeví-li se překážka zabraňující uspokojení potřeby, vzniká u člověka dlouhodobý stav nelibosti a nepohody, který se nazývá frustrací. Takovou překážkou může být onemocnění a všechny nepříjemné okolnosti s ním spojené (např. ztráta

soběstačnosti, hospitalizace). Frustrace základních i některých vyšších potřeb negativně ovlivňuje průběh nemocí i její prožívání nemocným.

Význam základní ošetrovatelské péče spočívá v uspokojení základních biopsychosociálních potřeb člověka s různým stupněm snížené soběstačnosti, s maximálním využitím fyzické i psychické kapacity nemocného. Snahou je, aby zůstal pokud možno nezávislým na svém okolí v činnostech denního života, v prevenci komplikací, vznikajících často právě z nedostatečné ošetrovatelské péče, jako jsou proleženiny, záněty plic, záněty sliznice ústní dutiny, zácpa apod. Správnou základní ošetrovatelskou péčí může být těmto komplikacím zabráněno nebo podstatně sníženo riziko jejich výskytu. Dále je důležitá snaha o navázání důvěry ve vztahu k nemocnému, což v důsledku vede k jeho aktivní spolupráci při léčbě (1, 34).

#### ***1.4 Riziko imobilizačního syndromu v péči o imobilní nemocné***

Je-li člověk z jakýchkoliv důvodů upoután na delší dobu na lůžko, objevuje se soubor patofyziologických změn, jejichž důsledky se klinicky projevují jako imobilizační syndrom. Pobyt na lůžku, zvláště pak ve vertikální a pasivní poloze, přináší i mnoho problémů. Indikace ke klidu na lůžku (tzv. ordinovaná imobilizace) má být bedlivě zvažována a imobilizace omezena jen na nejnútnejší míru. Aktivní remobilizace musí začít co nejdříve, což platí pro všechny věkové kategorie (9, 10, 24).

##### **1.4.1 Změny kardiovaskulárního systému**

Ortostatická hypotenze patří k velmi častým projevům imobilizace. Vzniká na podkladě snížení srdeční výkonnosti a jako následek redukce cirkulujícího objemu. Někdy se může u disponovaných osob rozvinout již po běžném nočním pobytu na lůžku jako ranní závrativost. K jejímu rozvoji snáze dochází u nemocných dehydratovaných a při užívání některých léků, zvláště antihypertenziv a psychofarmak. Prevencí ortostatické hypotenze je cílevědomé posazování nemocných s nohama z lůžka a postavování během dne. K udržení krevního tlaku (dále jen TK) také přispívá



izometrický stah hýždřového svalstva a svalstva rukou (zařáté pěsti). U imobilních nemocných na počátku vertikalizace změříme TK vleže a vsedě nebo po postavení. Při naměření rozdílných hodnot TK, pokles po posazení či postavení, je nutné pokračovat s vertikalizací obezřetně a vždy pod dohledem. Nemocný nesmí vstávat sám, neboť riziko pádů je velmi vysoké. Toto by měla ošetřující sestra nemocnému řádně vysvětlit, aby zvláště v nočních hodinách nevstával sám z lůžka a nezpůsobil si tak další poranění (10, 23).

Flebotrombóza může vzniknout jako důsledek nečinnosti svalové pumpy na dolních končetinách. Riziko se ještě zvyšuje při potenciaci inaktivity dalšími faktory, jako je věk, vyplavení tkáňových faktorů při operacích, přítomnost maligního onemocnění, závažná kardiální insuficience, polyglobulie. V současné době je u imobilních nemocných na tato rizika pamatováno a u všech se provádí důsledná prevence. Jedná se především o časnou mobilizaci, jak po operaci, tak i o opakované postavování a provázení nemocných s interními chorobami. Důležité je aktivní cvičení dolními končetinami na lůžku včetně použití šlapadel, která jsou vhodná i při hemiparéze. Určitou alternativou je pasivní cvičení, které je nutné provádět rovněž opakovaně během dne, či použití vakuových kompresí. Samozřejmostí již je bandážování dolních končetin, i když jeho účinnost je nízká, zvláště bez přítomnosti objemnějších varixů. Riziková imobilní nemocní jsou zajištěni aplikací nízkomolekulárního heparinu a denně jsou kontrolováni, zda nedochází k rozvoji klinických známek onemocnění. Flebotrombóza se nejčastěji objeví ve 3. dnu imobilizace. V nepohyblivých končetinách (zlomeniny, parézy) se nachází až v 60% případů a u geriatrických pacientů bez prevence je 10. den pobytu na lůžku rozvinuta flebotrombóza až v 80 %. Z pomocných vyšetření se provádí průběžné dopplerovské vyšetření a monitorují se fibrin-degradační produkty (D-dimery) (10, 23).

Plicní embolizace je také komplikací dosti častou. Svědčí pro ni většinou nejen typické syndromy, plicní infarkt s kašlem, pleurální bolestí, popřípadě hemoptýzou, či šokový stav při masivní embolizaci, ale také narůstající dušnost. Nemocní mohou dobře tolerovat horizontální polohu bez úlevy po posazení. Současně může být progredující tachykardie či pokles TK.

Přestavba cirkulace bývá komplexní. Klesá systolický objem i srdeční výdej. Dále klesá maximální aerobní kapacita a po několika týdnech průměrně o 14% diastolický objem levé komory. Distribuce krve do horní a dolní poloviny těla se vyrovnává, snižuje se sekrece antidiuretického hormonu i aldosteronu s navozením vodní a solné diurézy s hypovolemií (10, 23).

#### **1.4.2 Změny dýchacího systému**

Hypoventilace znamená pokles respiračních a ventilačních funkcí. Jako důsledek nesprávné polohy nemocného vznikají atelaktázy a hyperémie plic. Současně se snižuje samočisticí schopnost bronchiálního kmene a horních dýchacích cest, nemocní obtížně vykašlávají, čímž dochází k retenci hlenu a sputa. Kombinace těchto faktorů může vytvořit příhodné podmínky pro rozvoj pneumonie. Etiologicky se uplatňuje endogenní flóra osidlující dýchací cesty. Příznakem bývá spíše alterace psychického stavu než febrilie a kašel, která se projevuje jako náhlá apatie a zmatenost, či delirantní stav. Velmi častá bývá tachykardie. Ke zjištění komplikací hypoventilace se provádí fyzikální vyšetření, monitoruje se perkutánně saturace kyslíku nebo vyšetřují krevní plyny podle Astrupa. Základem prevence je polohování. Od počátku imobilizace je nutná důsledná dechová rehabilitace s podporou odkašlávání (polohová drenáž, mukolytika). Velmi rizikovou skupinou jsou nemocní s chronickou bronchitidou, kuřáci a ti, u nichž imobilizaci předcházela operační výkon s endotracheální intubací a poškozením epitelu dýchacích cest (10, 23).

#### **1.4.3 Změny pohybového systému**

Svalová atrofie je popisována při imobilizaci již od 18. století. U imobilních nemocných klesá během 4. až 6. týdnů svalová síla o 6 - 40%. Vhodným tréninkem je možné znovu ji upravit k normě. Nejzávažnější funkční důsledky jsou u osob, které měly nízkou svalovou sílu již na počátku imobilizace. Postiženy jsou především svaly dolních končetin, nejvýrazněji m. quadriceps. Naopak svaly na pažích nemusí jevit

nápadnější změny. Myostatin je bílkovina, která omezuje růst svalové hmoty. Během imobilizace stoupá jeho plazmatická hladina, což má za následek svalovou atrofii. Rekondice musí být opatrná. Regenerace myofibril je provázena zánětlivou infiltrací a hrozí mikrotraumata. Snížení kapilarizace a svalového průtoku je důvodem zvýšené lokální svalové únavy, proto by rekondiční jednotky zpočátku neměly být delší než 10 minut. Silový trénink během imobilizace má preventivní vliv jen na některé svaly. Podání samotného anabolického testosteronu ovlivní za imobilizace bilanci bílkovin, nikoli svalovou sílu. Jinak je tomu však při současné svalové rehabilitaci (10, 23).

Osteoporóza, tah svalových úponů a gravitační tlak jsou mohutné impulzy k činnosti osteoblastů a kostní novotvorby. U zdravého člověka je vzájemný vztah osteoblastů a osteoklastů vyvážený. Při imobilizaci převládá činnost osteoklastů (buněk rozkládajících a resorbujících kost). V důsledku toho stoupá kalcieurie a rozvíjí se osteoporóza. Během 4. týdne imobilizace přesahují ztráty kalcia 10 g a zhruba ve 12. týdnu kulminuje riziko urolitiázy. K poklesu kostního minerálu dochází především v kostech dolních končetin a obdobně selektivní je osteoporóza i v plegických končetinách. Během imobilizace dochází k velmi rychlému, významnému a trvalému vzestupu kalcieurie z 5,3 mmol/den na 73 mmol/den během 12-ti týdnů. Dále stoupá i kalcemie, fosfaturie, a markery osteoresorpce (hydroxyprolin, deoxypyridinolin, N-telopeptid kolagenu I). Parathormon a vitamin D klesají k dolní hranici normy (10, 23).

Flekční kontraktury vznikají zaujímáním stereotypní pozice a ubýváním pohybové spontaneity. Toto vede ke zkracování měkkých tkání v oblasti flektovaných kloubů. Dále se uplatňují svalové dysbalance, které vyplývají z převahy tonických svalů nad fyzickými. Výsledkem je, že nemocní zaujímají stereotypní polohu s flektovanými kyčlemi, koleny, lokty. Na rozvoji kontraktur se podílejí i jiné nemoci, jako například Parkinsonova choroba či deprese, které vedou k úbytku spontaneity. Kontraktury se mohou vyvinout i při dlouhodobém sezení v křesle. Prevence i léčba spočívají v extenzi kloubů, ať už aktivním či pasivním a v protahování svalů (10, 23).

Porucha svalové koordinace a chůze přesahuje svalovou slabost a poruchu propriocepce, tj. schopnosti koordinovat tělo v prostoru. Je porušena u Parkinsonovy

nemoci a zvláště u nemocných se syndromem demence se může rychle zhoršit obraz apraxie korového původu. K usnadnění reedukace chůze se doporučuje udržení svalové síly i výživy. Proto je nutný stálý dohled nad příjmem a složením potravy. Vhodné jsou i potravinové a minerálové doplňky stravy, jejichž užívání je nutné vždy konzultovat s lékařem. Svě nezastupitelné místo má vertikalizace během upoutání na lůžku k minimalizaci ortostatických projevů. Při sezení je třeba dbát na to, aby nohy byly vždy pevně opřeny o podložku. Takto je pak možno provádět nácvik přenášení hmotnosti z nohy na nohu a zvedání chodidel nad podložku (10).

#### **1.4.4 Změny močového systému**

Mezi poruchy mikce patří především obtížné močení vleže na lůžku. To může být příčinou neúplného vyprázdnění močového měchýře při mikci. V močovém měchýři zůstává moč. Tento jev se označuje jako retence moči, která pak může být zdrojem infekce s následným rozvojem urosepsy. Dalším problémem pro imobilní nemocné je vznik urolitiázy, na jejíž patogenезi se podílí vedle stázy moči a infekce močových cest především hyperkalciurie. Společným příznakem problémů s močením bývá často neklid nemocného. Inkontinence je spíše důsledek jiných onemocnění, než imobilizace. Bývá však značným ošetřovatelským problémem, jak pro ošetřovatelský personál, tak hlavně pro inkontinentní nemocné. Takt, tolerance, zajištění soukromí a po vymočení umožnění dostatečné hygieny pomůže odstranit nejjeden problém s vyprazdňováním močového měchýře (5, 10, 23).

#### **1.4.5 Změny zažívacího systému**

Střevní pasáž se zpomaluje a zhoršuje se zácpa. Při inkontinenci stolice je nutné se přesvědčit, zda nejde o obtékání tuhých skybal. Tato situace je označována jako pseudoprůjem, paradoxní průjem nebo syndrom rektální zátky. Při dispenzi rekta tuhým či naopak mazlavým stagnujícím obsahem se často nemocný na lůžku nemůže vyprázdnit, a proto je nutné manuální vybavení stolice. Při každé inkontinenci stolice,

zvláště u ležícího nemocného, je nutné vyšetření per rektum. Toto vyšetření nám rektální zátku vyloučí (10, 23).

Poruchy výživy jsou při imobilizaci velmi časté. Vzhledem k tomu, že při upoutání na lůžko klesá u mnohých nemocných chuť k jídlu, je asi nejčastější komplikací malnutrice. Pozornost personálu musí upoutat nemocní s kvantitativní či kvalitativní poruchou vědomí, s omezenou pohyblivostí, s poruchou chrupu a polykání. U těchto nemocných je nutná zvýšená kontrola příjmu potravy, aby nedocházelo k tomu, že personál často odnáší téměř nedotčené porce, aniž by signalizoval hrozící problém. V USA bylo dokonce rozhodnuto o financování asistentů ke krmení a hydratování ležících nemocných v zařízeních dlouhodobé péče (10, 23).

Na vzniku obezity se podílí především snížený energetický výdej při upoutání na lůžko, kdy zůstává stejný nebo i zvýšený příjem energie. Obtížně pak probíhá i rehabilitace a je i zvýšené riziko různých komplikací. Zvýšená pozornost by se měla věnovat jedincům s pozitivní rodinnou anamnézou (co se týče obezity) a jedincům se zvýšeným body mass indexem (BMI). Důležité je sledovat složení potravy, aby všechny složky byly ve správném poměru. Je vhodné doporučit obézním nemocným redukci váhy. Při této redukci je nutná spolupráce nemocného i jeho rodiny a měla by probíhat vždy pod kontrolou lékaře, nejlépe obezitologa. Ten pomůže sestavit jídelníček tak, aby vyhovoval tomu konkrétnímu nemocnému. Vždy je nutné informovat rodinné příslušníky, aby nemocnému nenosili nevhodné potraviny a nápoje (10, 23).

Dehydratace patří k nejzávažnějším ohrožením imobilních nemocných. Zvýšeným rizikem vzniku dehydratace jsou ohroženi nemocní s kvantitativní nebo kvalitativní poruchou vědomí a také pacienti s poruchami komunikace (afázie). Nemocní se syndromem demence nemají často pocit žízně. U seniorů bez postižení mozku byla konstatována v průměru vyšší osmolalita, než u mladší populace při slušném příjmu tekutin. U těchto nemocných však chyběl pocit žízně. Dalším problémem sníženého příjmu tekutin je nutnost vyprazdňovat se na lůžku. Mnoho nemocných, kteří nesmějí nebo nemohou opustit lůžko nechce pít jen proto, aby nemusely často močit. Zde je nutné, aby veškerý zdravotnický personál dokázal nemocnému vysvětlit, proč je dostatečný příjem tekutin nutný. Dále jde o aktivní pobízení k příjmu tekutin, vedení

záznamů o skutečně vypitém množství, o aktivní sledování příznaků dehydratace, jako je suchost ústní sliznice, snížený kožní turgor, rychlý pokles hmotnosti, oligurie, tachykardie, arteriální hypotenze, horšení psychiky. Klinická diagnostika dehydratace je však obtížná. Příznaky bývají někdy falešně negativní i pozitivní. Základní příjem tekutin by měl činit asi 2 000 ml denně s přiměřeným zvýšením při pocení, horečce, v horkých letních dnech či při jinak zvýšených ztrátách (průjmy, polyurie, zvracení drény). U ležících nemocných lze využít savičky či speciální uzavřené nádoby pro pití vleže, u nespolupracujících pacientů (např. v bezvědomí) raději nazogastrickou sondu než parenterální aplikaci infuzemi (9, 10, 23, 26, 34).

#### **1.4.6 Metabolické změny**

U imobilních nemocných může dojít ke snížení imunitních obranných mechanismů, což má za následek náchylnost k různým infekcím. Obzvláště riziko vzniku nozokomiálních nákaz je u těchto nemocných vysoké. Někdy se objeví falešně pozitivní i falešně negativní laboratorní nálezy při redukci svalové hmoty. Mezi nejzávažnější důsledky výše popsaných komplikací patří negativní dusíková bilance a negativní kalciová bilance. U imobilních nemocných je proto nutná častější laboratorní kontrola (10, 23).

#### **1.4.7 Změny kožního systému**

Stejně jako dochází ke svalové atrofii, dochází při imobilitě k atrofii kůže a podkožní tkáně. Tím vlastně dojde k poklesu obranných funkcí kůže a zvýší se riziko infekce a vzniku dekubitů. Toto riziko se ještě zvyšuje při inkontinenci moče a stolice, při horečce, dehydrataci, psychické alteraci (10, 23).

Dekubitus je poškození kůže, které vzniklo následkem lokálního působení tlaku. Tento tlak komprimuje drobné cévy a v důsledku toho pak není postižená část těla v dostatečné míře prokrvována a zásobována kyslíkem. Snížené prokrvení vede k hromadění toxických produktů látkové přeměny ve tkáni a následujícímu zvýšení

permeability kapilár, rozšíření cév, tvorbě edému a celulární infiltraci. V počátečním stádiu vyvolává tato zánětlivá reakce hyperemii se stoupajícím kapilárním tlakem. Proto v této chvíli mohou být toxické produkty přeměny látkové ještě odváděny a kožní buňky se mohou regenerovat, a to za předpokladu, že se zcela vyloučí působení tlaku na postiženou oblast. Pokud ovšem tlak trvá, dochází k irreverzibilnímu odumírání kožních buněk s tvorbou nektróz. Poškození probíhá v závislosti na době působení tlaku. V praxi to znamená, že včasným odstraněním vyvolávající příčiny lze zabránit vzniku dekubitů vyššího stupně. Dekubity se mohou vyvinout v podstatě kdekoli na těle. Největší riziko vzniká ale tehdy, jestliže tlak těla a protitlak podložky působí na místech, kde jsou kosti blízko podkoží, tedy na místech s tenkou podkožní tukovou vrstvou. Za predileční místa lze považovat sakrální oblast, paty, sedací kosti, oblast nad velkými trochantery a také vnější kotníky. Kromě přímého působení tlaku může dekubitus vzniknout i následkem působení tahu po podložce, kdy dojde ke vzniku smykových sil, které způsobují posunutí kožních vrstev proti sobě s následným útlakem cév. Dalším rizikovým faktorem je vlhkost. Proto jsou vznikem dekubitů ohroženi nemocní inkontinentní, se zvýšenou sekrecí z rány a ti, kteří se zvýšeně potí. Kromě těchto lokálních faktorů podporují vznik dekubitů i faktory celkové, mezi něž řadíme imobilitu, poruchy výživy, nemoci CNS, choroby srdce, cév, ledvin, krevetvorby, nádory, zvýšenou tělesnou hmotnost, psychickou alteraci, imunosupresi, kouření, chlad aj. Prevence vzniku dekubitů spočívá v pravidelné hygienické péči u rizikových skupin nemocných a ve správném polohování dle stavu nemocného. Ošetřující sestra dále sleduje stupeň inkontinence, stav výživy, intenzitu bolesti, a každou změnu ve stavu nemocného by měla neprodleně hlásit lékaři a zaznamenat do dokumentace. Preventivní opatření jsou velmi důležitá, neboť již vzniklé dekubity se většinou velmi obtížně hojí (4, 8, 10, 13, 14, 27, 34).

#### **1.4.8 Změny nervového systému**

Ležící nemocný má problémy především v oblasti koordinace pohybů. Při dlouhodobém ležení na lůžku jsou potíže s udržením aktivní polohy v lůžku a nestabilita

při posazení. Tyto potíže se násobí, pokud má nemocný současně onemocnění postihující nervový systém (např. CMP s následnou parézou nebo plegií končetin). Zde je velice důležité správné polohování nemocného a důsledná kontrola napolohovaných končetin. Vzhledem k tomu, že nemocný si sám aktivně nemůže polohu změnit, hrozí při nesprávném polohování vysoké riziko vzniku dekubitů a kontraktur. Tyto komplikace mohou vzniknout ve velmi krátkém čase (u disponovaných jedinců i během 30. minut) a jejich léčba pak bývá velmi zdlouhavá (23).

#### **1.4.9 Změny v psychosociální oblasti**

Změny v oblasti psychiky s sebou přináší každé onemocnění, o to víc může být změna patrna u nemocných, kteří jsou imobilní. Záleží také na tom, zda důvodem imobility je onemocnění, které se vyléčí (např. zlomenina) a nebo onemocnění, které je závažné a má špatnou prognózu (onkologické onemocnění). Další faktory, které ovlivňují psychiku nemocného je věk, sociální zázemí, vztahy v rodině, povaha nemocného i to, jak je nemocný schopen a ochoten při léčbě spolupracovat. Obecně platí, že lidé s pozitivním přístupem k životu, optimističtí, snášejí omezení spojené s léčbou dobře a uzdravují se rychleji. Naopak negativní přístup k léčbě může mít za následek pomalé uzdravování a nebo i rozvoj dalších komplikací. Ztráta soběstačnosti a závislost na druhých je to, s čím se mnoho lidí nedokáže vyrovnat. V neposlední řadě mají nemocní strach z problémů v socioekonomické oblasti. Obavy ze ztráty zaměstnání, snížení životní úrovně v důsledku menšího příjmu peněz, ztráty kontaktu s přáteli apod., to jsou otázky, které trápí mnoho nemocných, ale ne každý o nich dokáže otevřeně hovořit. Změny nálady, nedodržování léčebného režimu, konflikty se spolupacienty i personálem, to vše může maskovat strach nemocného. U těchto pacientů mnohdy pomůže zprostředkovat kontakt se sociální pracovníci nebo psychologem (38).

Imobilizační syndrom může postihnout nemocné kterékoliv věkové kategorie, i když většinou u nemocných ve vyšším věku dochází k rozvoji komplikací častěji. Proto je nutné u všech imobilních nemocných důsledně provádět preventivní opatření (10, 23).



## **2. CÍL PRÁCE, HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíle práce***

Cílem práce je zmapovat problematiku uspokojování potřeb imobilních nemocných na oddělení následné péče. Vzhledem k tomu, že v poslední době jsou na oddělení následné péče přijímáni nemocní i v mladším věku, budou nemocní rozděleni do 5-ti věkových kategorií.

### ***2.2 Předpokládané hypotézy***

- H1: Uspokojení potřeby bolesti je prioritou u klientů ONP ve všech věkových kategoriích.
- H2: Vyrovnat se s nutností vykonávat potřebu vyprazdňování na lůžku trvalo nejdéle u klientů ONP ve věkové kategorii do 20 let.
- H3: Schopnost zaměstnat se během dne drobnými aktivitami má nejvíce klientů ONP ve věkové kategorii 31 – 45 let.
- H4: Používání moderní techniky nejvíce chybí klientům ONP věkové kategorie do 20 let.
- H5: Strach o ostatní členy rodiny mají nejvíce klienti ONP ve věkové kategorie 31 – 45 let a nad 60 let.
- H6: Strach o ztrátu zaměstnání z důvodu nemoci mají nejvíce klienti ONP ve věkové kategorie 46 – 60 let.

### **3. METODIKA VÝZKUMU**

#### ***3.1 Metodika práce***

Výzkum byl prováděn na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. formou dotazníkového šetření. Každý respondent byl osobně požádán o vyplnění dotazníku. V pilotní studii bylo rozdáno 10 dotazníků (příloha č.2) k ověření srozumitelnosti otázek. Dotazníky byly rozdány všem věkovým kategoriím. Po jejich vyhodnocení byly některé otázky v dotazníku změněny (příloha č.3) tak, aby byly pro respondenty srozumitelné.

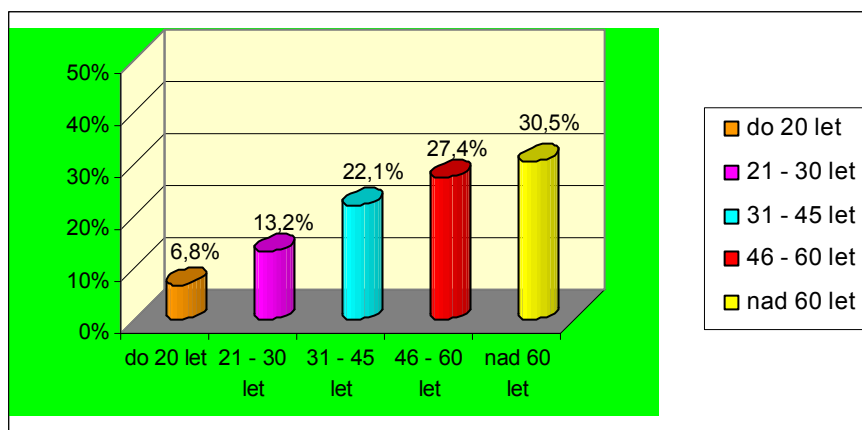
#### ***3.2 Charakteristika výzkumného vzorku***

Výzkumu se zúčastnilo celkem 190 nemocných hospitalizovaných na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s. starších 15-ti let. Respondenti byli rozděleni do 5-ti věkových kategorií: do 20 let, 21 – 30 let, 31 – 45 let, 46 – 60 let a nad 60 let. Dotazník obsahoval celkem 27 otázek. V úvodní části šlo o identifikační údaje, pak následovaly otázky týkající se uspokojování potřeb a v závěru dotazníku byly vyčleněny otázky pro studenty a pro pracující. V pilotní studii bylo rozdáno 10 dotazníků – 2 dotazníky v každé věkové kategorii. Po vyhodnocení bylo zjištěno, že všichni respondenti neznají význam slova alternativní, proto byl nahrazen výrazem jiné. Dále bylo změněno pořadí otázek, protože poslední otázky respondenti nevyplňovali. Dotazník (příloha č.3) byl pak vyplňován bez problémů. Dotazníky byly osobně od respondentů vyzvednuty a v případě nejasností položeny doplňující otázky. Návratnost dotazníků byla tedy 100%. Do výzkumu nebyli zařazeni imobilní nemocní v terminální stádiu zhoubného onemocnění.

#### 4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

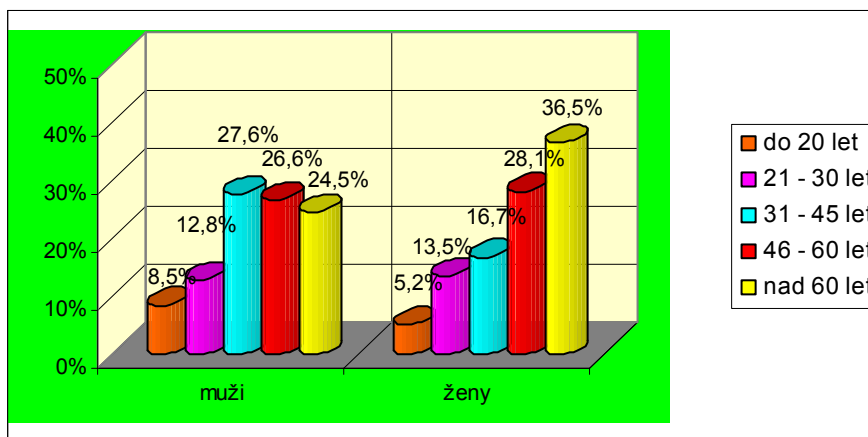
Odpovědi respondentů byly vyhodnoceny a jsou zpracovány v následujících grafech a tabulkách. Jsou řazeny chronologicky podle pořadí otázek v dotazníku.

Graf č.1 Věkové kategorie a počet klientů



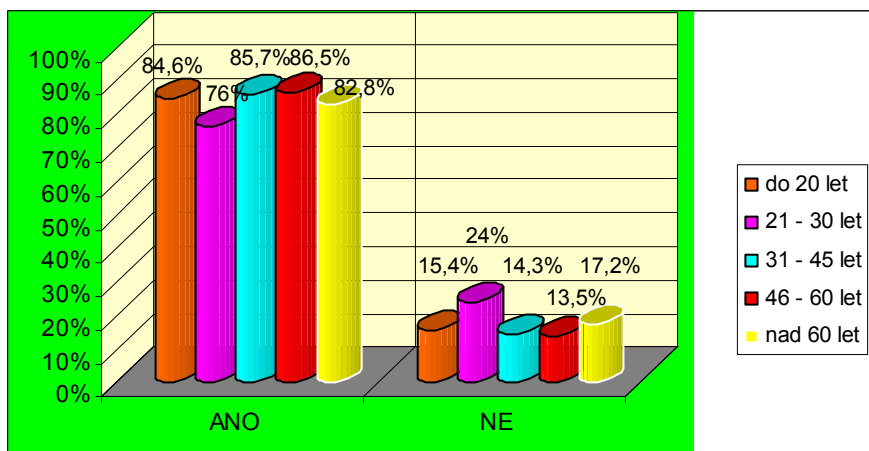
Z celkového počtu klientů 190 (tj. 100%) bylo 13 ve věkové kategorii do 20 let, což je 6,8%, 25 ve věkové kategorii 21 – 30 let (13,2%), 42 ve věkové kategorii 31 – 45 let (22,1%), 52 ve věkové kategorii 46 – 60 let (27,4%) a 58 ve věkové kategorii nad 60 let (30,5%).

Graf č.2 Pohlaví klientů



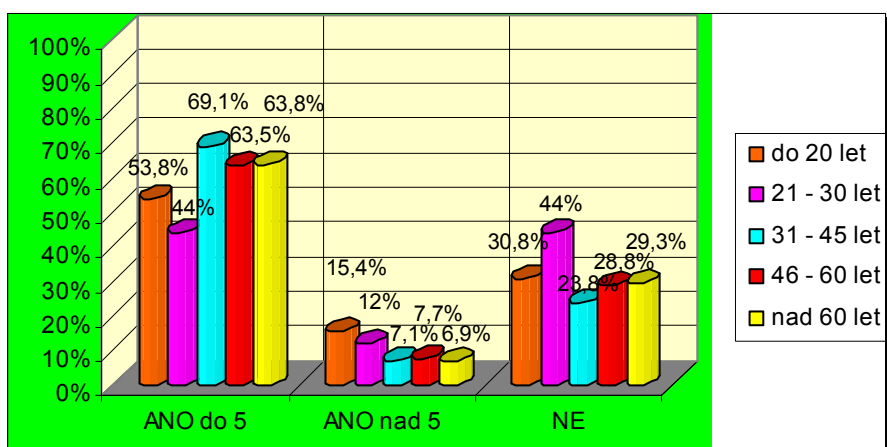
Ve věkové kategorii do 20 let bylo 5 žen (5,2%) a 8 mužů (8,5%), ve věkové kategorii 21 – 30 let bylo 13 žen (13,5%) a 12 mužů (12,8%), ve věkové kategorii 31 – 45 let bylo 16 žen (16,7%) a 26 mužů (27,6%), ve věkové kategorii 46 – 60 let bylo 27 žen (28,1%) a 25 mužů (26,6%) a ve věkové kategorii nad 60 let bylo 35 žen (36,5%) a 23 mužů (24,5%).

Graf č.3 Bolesti při přijetí na ONP



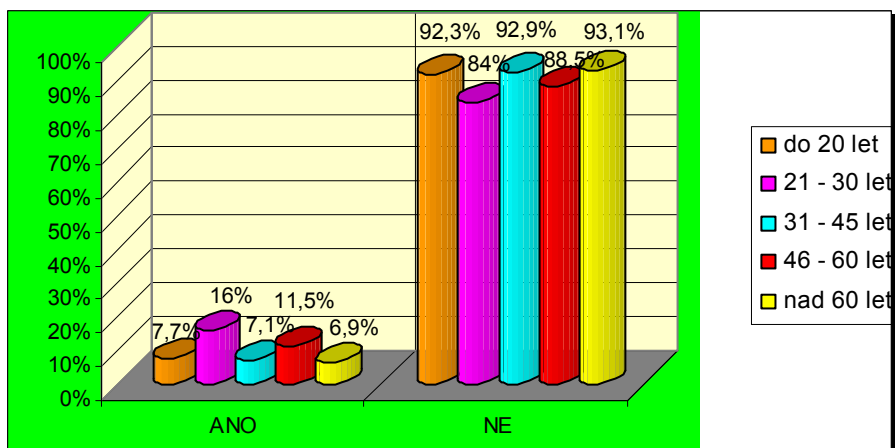
Při přijetí na ONP mělo bolesti ve věkové kategorii do 20 let 11 klientů (84,6%), ve věkové kategorii 21 - 30 let 19 klientů (76,0%), ve věkové kategorii 31 – 45 let jich bylo 36 (85,7%), ve věkové kategorii 46 – 60 let to bylo 45 klientů (86,5%) a ve věku nad 60 let mělo bolesti celkem 48 klientů (82,8%). Bolesti neměli 2 klienti (15,4%) ve věkové kategorii do 20 let, 6 klientů (24,0%) ve věkové kategorii 21 – 30 let, 6 klientů (14,3%) ve věkové kategorii 31 – 45 let, 7 klientů (13,5%) ve věkové kategorii 46 – 60 let a 10 klientů (17,2%) nad 60 let.

Graf č.4 Bolesti nyní



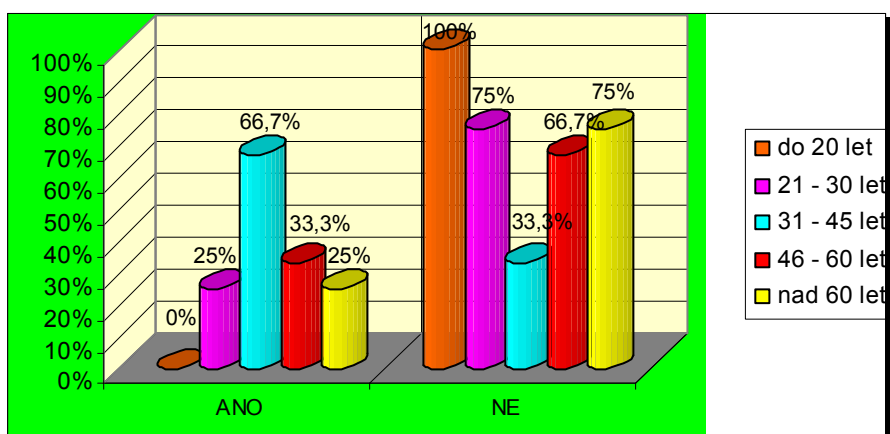
V otázce č.4 byla klientům nabídnuta hodnotící škála bolesti se stupnicí od 0 do 10, kde měli zakreslit intenzitu současných bolestí. Ve věku do 20 let má bolesti do 5 celkem 7 dotázaných (53,8%), nad 5 jen 2 (15,4%), nemá bolesti 4 klienti (30,8%). Ve věkové skupině 21 – 30 let má bolesti do 5 celkem 11 dotázaných (44,0%), nad 5 jen 3 (12,0%), nemá bolesti 11 klientů (44,0%), ve věkové skupině 31 – 45 let má do 5 bolesti 29 dotázaných (69,1%), nad 5 také 3 (7,1%), nemá bolesti 10 klientů (23,8%), ve věkové skupině 46 – 60 let má do 5 bolest 33 dotázaných (63,5%), nad 5 celkem 4 (7,7%), nemá bolesti 15 klientů (28,8%) a ve skupině nad 60 let má bolesti do 5 až 37 dotázaných (63,8%), nad 5 hodnotili svou bolest 4 (6,9%), nemá bolesti 17 klientů (29,3%).

Graf č.5 Znalost jiných způsobů tišení bolestí než léky



Alternativní způsoby tišení bolesti zná ve věku do 20 let 1 klient (7,7%), nezná 12 klientů (92,3%), ve věkové skupině 21 – 30 let znají 4 klienti (16,0%), nezná 21 klient (84,0%), ve věkové skupině 31 – 45 let znají 3 klienti (7,1%), nezná 39 klientů (92,9%), ve věkové skupině 45 – 60 let zná celkem 6 klientů (11,5%), nezná 46 (88,5%) a nad 60 let znají 4 klienti (6,9%), neznají 54 klienti (93,1%).

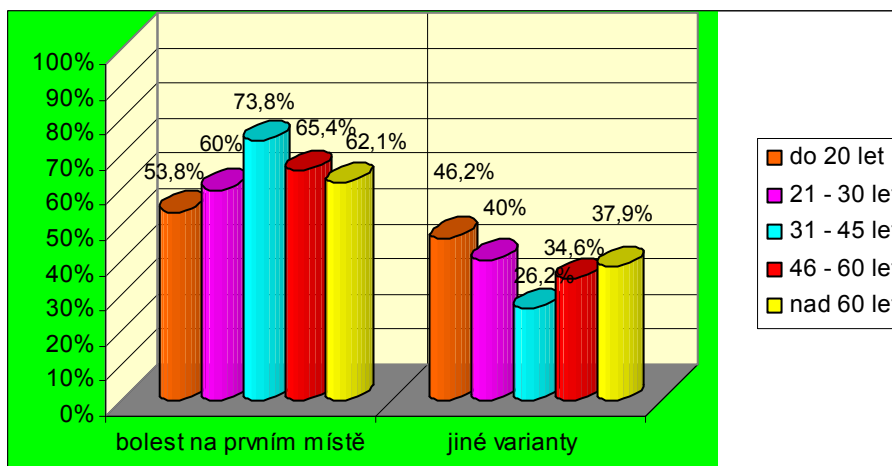
Graf č.6 Využití alternativních metod tišení bolesti při současné hospitalizaci



Ze všech klientů, kteří na předchozí otázku č.5 odpověděli ano (celkem 18, tj. 100%), jich při současné hospitalizaci využívá jiné způsoby tišení bolesti než léky 6, což je 33,3%. Ve věkové kategorii 21 – 30 let je to 1 dotázaný (25,0%), který uvedl cvičení a masáž jizvy, ve věku 31 – 45 let 2 (66,7%), využívají studené obklady (1), masáže (1), ve věku 46 – 60 let také 2 (33,3%), cvičení (1), chlazení ledem (1), a nad šedesát let jen 1, což je 25,0%, který uvedl teplý obklad a pak následuje masáž.

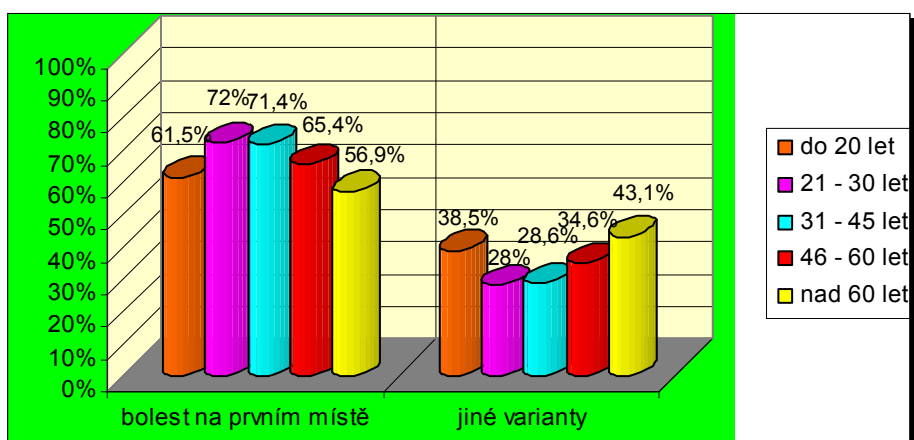


Graf č.7 Jak by personál měl uspokojovat potřebu bolesti



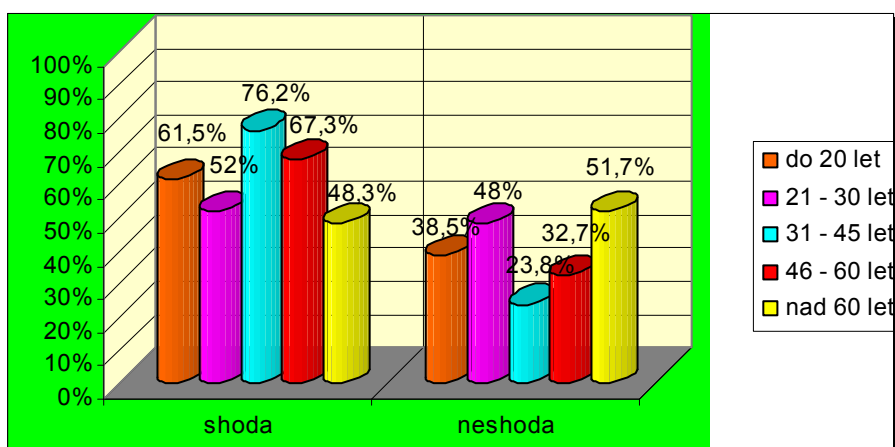
Ve věkové kategorii do 20 let si vybralo kombinaci potřeb, ve které byla uvedena bolest na prvním místě, 7 klientů (53,8%), jiné varianty 6 klientů (46,2%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let uspokojení potřeby bolesti preferuje 15 klientů (60,0%), jiné varianty 10 klientů (40,0%). Ve věkové kategorii 31 – 45 let uspokojit bolest jako první si přeje 31 klientů (73,8%), jiné varianty 11 klientů (26,2%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let uspokojit bolest preferuje 34 klientů (65,4%), jiné varianty 18 klientů (34,6%). Ve věkové skupině nad 60 let se pro bolest rozhodlo 36 klientů (62,1%), pro jiné varianty 22 klientů (37,9%).

Graf č.8 Jak personál potřeby bolesti uspokojuje



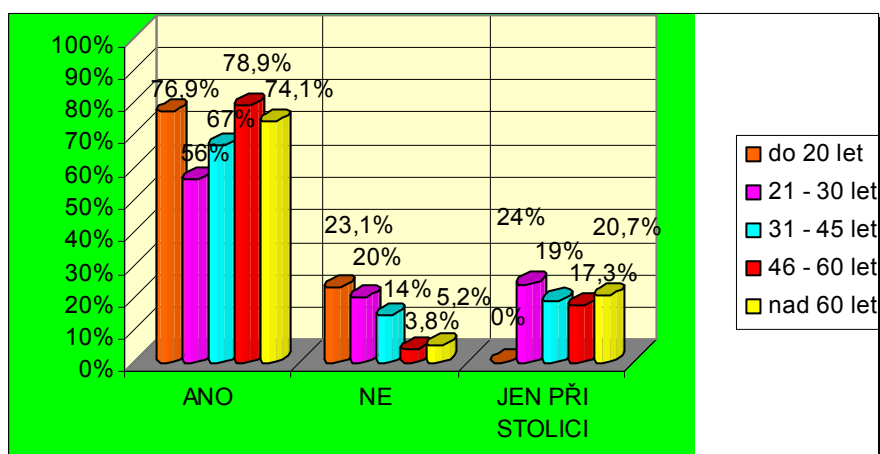
Ve věkové kategorii do 20 let byly uspokojovány potřeby bolesti na prvním místě u 8 klientů (61,5%), jiné varianty označilo 5 klientů (38,5%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let byly uspokojovány potřeby bolesti na prvním místě u 18 klientů (72,0%), jiné varianty označilo 7 klientů (28,0%). Ve věkové kategorii 31 – 45 let označilo bolest na prvním místě 30 klientů (71,4%), jinou variantu označilo 12 klientů (28,6%), Ve věkové skupině 45 – 60 let označilo bolest, jako potřebu uspokojovanou na prvním místě 34 klientů (65,4%), jinou variantu označilo 18 klientů (34,6%). Ve věkové kategorii nad 60 let 33 klientů (56,9%) označilo bolest, jako potřebu uspokojovanou na prvním místě, jinou variantu označilo 25 klientů (43,1%).

Graf č.9 Uspokojování potřeb podle představ pacienta



Graf č.9 znázorňuje porovnání otázky č.7 a č.8. Ve věkové kategorii do 20 let mělo uvedenu stejnou kombinaci uspokojování základních potřeb v obou otázkách 8 klientů (61,5%), jiné kombinace 5 klientů (38,5%), ve věkové kategorii 21 – 30 let odpovědělo stejně 13 klientů (52,0%), různé varianty mělo uvedeno 12 klientů (48,0%), ve věkové kategorii 31 – 45 let to bylo 32 dotázaných (76,2%), jiné varianty 10 klientů (23,8%), ve věku 46 – 60 let shodná odpověď u 35 dotázaných (67,3%), neshodná u 17 klientů (32,7%) a ve věku nad 60 let byla celkem u 28 klientů (48,3%) shoda, u 30 klientů (51,7%) neshoda.

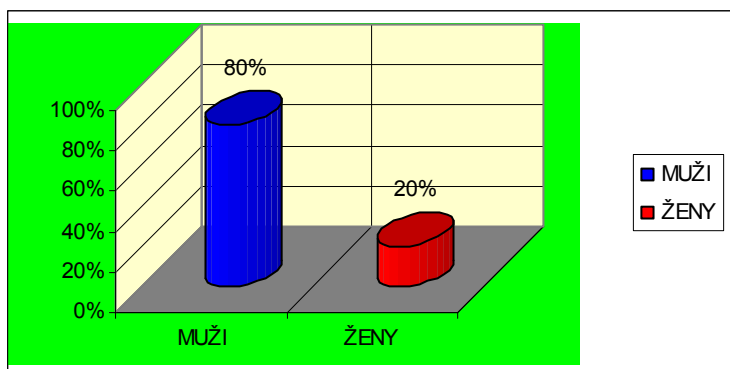
Graf č.10 Nepříjemné pocity při vyprazdňování na lůžku



V otázce č.9, dotazující se na nepříjemné pocity při vyprazdňování na lůžku, odpovědělo ve věkové kategorii do 20 let, že má nepříjemné pocity při vyprazdňování na lůžku 10 klientů (76,9%), vyprazdňovat na lůžku nevádí 3 klientům (23,1%) a nepříjemné pocity jen při vyprazdňování stolice nemá žádný klient (0%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let ano odpovědělo 14 klientů (56,0%), ne odpovědělo 5 klientů (20,0%) a jen při vyprazdňování stolice odpovědělo 6 klientů (24,0%). Ve věkové kategorii 31 – 45 let ano odpovědělo 28 klientů (66,7%), ne odpovědělo 6 klientů (14,3%) a jen při vyprazdňování stolice zaškrtnulo 8 klientů (19,0%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let odpovědělo ano 41 klientů (78,9%), ne 2 klienti (3,8%) a jen při vyprazdňování stolice 9 klientů (17,3%). Ve věkové kategorii nad 60 let ano odpovědělo 43 klientů (74,1%), ne 3 klienti (5,2%) a nepříjemné pocity jen při vyprazdňování stolice má 12 klientů, což je 20,3%.

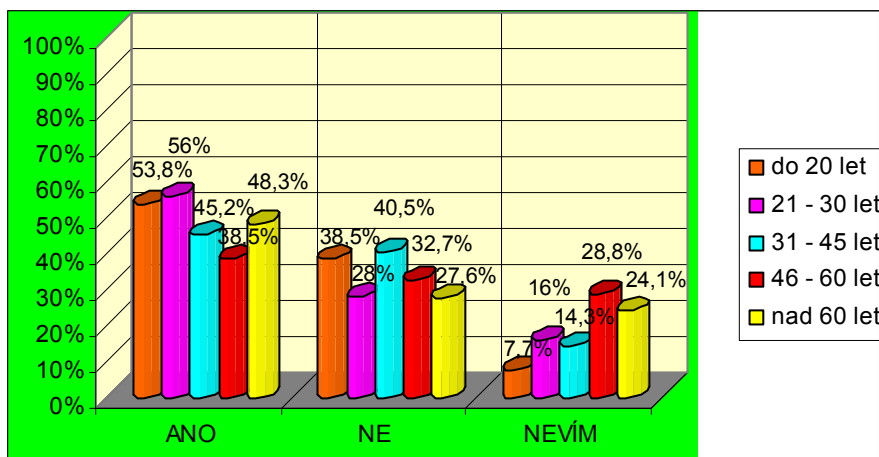
Ve všech věkových kategoriích má nepříjemné pocity při vyprazdňování na lůžku 70,5% klientů a nepříjemné pocity jen při vyprazdňování stolice má 20,25% klientů. Vyprazdňovat na lůžku nevádí 9,25% klientů, což je 18 klientů ze 190.

Graf č.11 Nepříjemné pocity jen při vyprazdňování stolice na lůžku (dle pohlaví)



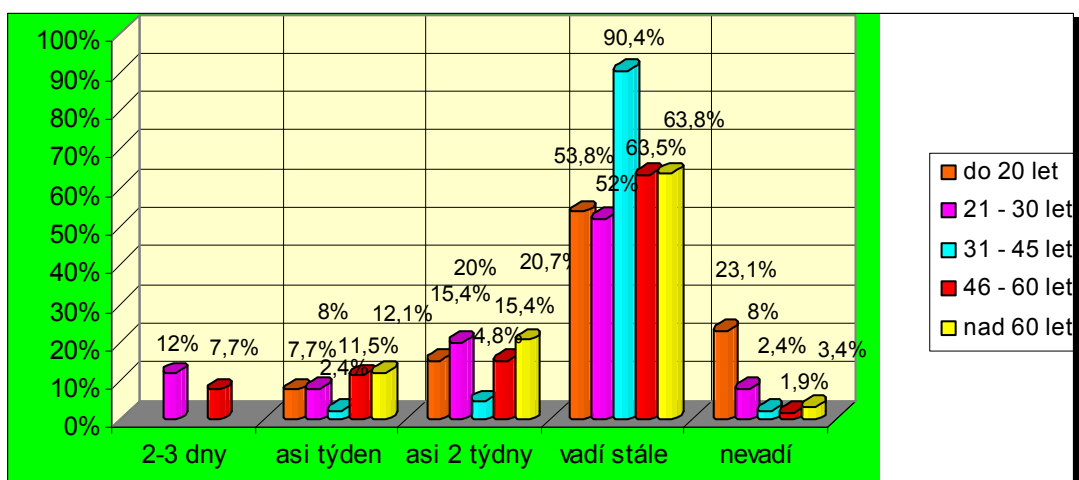
Z celkového počtu 35 respondentů (tj. 100%), kteří odpověděli na otázku č.9, že mají nepříjemné pocity jen při vyprazdňování stolice, bylo 28 mužů (80,0%) a 7 žen (20,0%).

Graf č.12 Zmírnění nepříjemných pocitů při vyprazdňování na lůžku



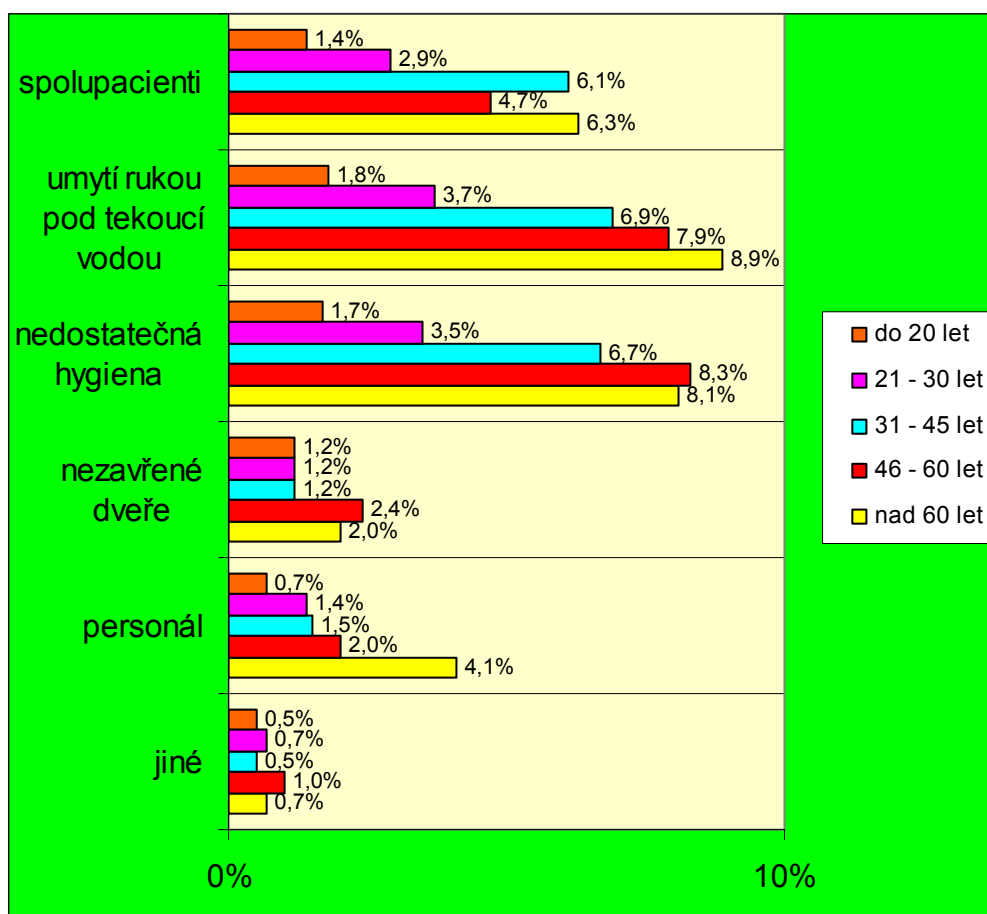
Ve věkové kategorii do 20 let není pro 7 klientů (53,8%) časem vyprazdňování na lůžku již takovým stresem, ne odpovědělo 5 klientů (38,5%) a neví odpovéděl 1 klient (7,7%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let odpovědělo ano 14 klientů (56,0%), ne 7 klientů (28,0%) a neví 4 klienti (16,0%). Ve věkové kategorii 31 – 45 let se u 19 klientů (45,2%) nepříjemné pocity časem zmírnily, u 17 klientů (40,5%) jsou stále a neví odpovédělo 6 klientů (14,3%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let ano odpovédělo 20 klientů (38,5%), ne odpovédělo 17 klientů (32,7%) a neví odpovédělo 15 klientů (28,8%). Ve věku nad 60 let odpovédělo ano 28 klientů (48,3%), ne 16 klientů (27,6%) a neví odpovédělo 14 klientů (24,1%).

Graf č. 13 Doba zmírnění nepříjemných pocitů



Ve věkové kategorii do 20 let uvedl 1 klient (7,7%), že se nepříjemné pocity zmírnily asi po týdnu, 2 klienti (15,4%) pocítovali zmírnění asi po 2 týdnech, 7 klientů (53,8%) má nepříjemné pocity stále a 3 klientům (23,1%) vyprazdňování na lůžku nevadí. Ve věkové kategorii 21 – 30 let 3 klienti (12,0%) uvedli zmírnění pocitů za 2 až 3 dny, 2 klienti (8,0%) za týden, 5 klientů (20,0%) za 2 týdny, 13 klientům (52,0%) vadí stále a 2 klienti (8,0%) nepříjemné pocity při vyprazdňování na lůžku nemají. Ve věkové kategorii 31 – 45 let uvedl 1 klient (2,4%) zmírnění za 1. týden, 2 klienti (4,8%) za 2 týdny, 38 klientů (90,4%) má nepříjemné pocity stále a 1 klient (1,9%) nepříjemné pocity nemá. Ve věkové kategorii 46 – 60 let uvedli 4 klienti (7,7%) zmírnění pocitů za 2 až 3 dny, 6 klientů (11,5%) za týden, 8 klientů (15,4%) za 2 týdny, 33 klientů (63,8%) má nepříjemné pocity stále a 1 klient (3,4%) nepříjemné pocity nemá. Ve věkové kategorii nad 60 let uvedlo 7 klientů (12,1%) zmírnění za 1. týden, 12 klientů (20,7%) za 2 týdny, 37 klientů (63,8%) má nepříjemné pocity stále a 2 klienti (3,4%) nepříjemné pocity nemají.

Graf č.14 Důvod nespokojenosti při vykonávání potřeby na lůžku



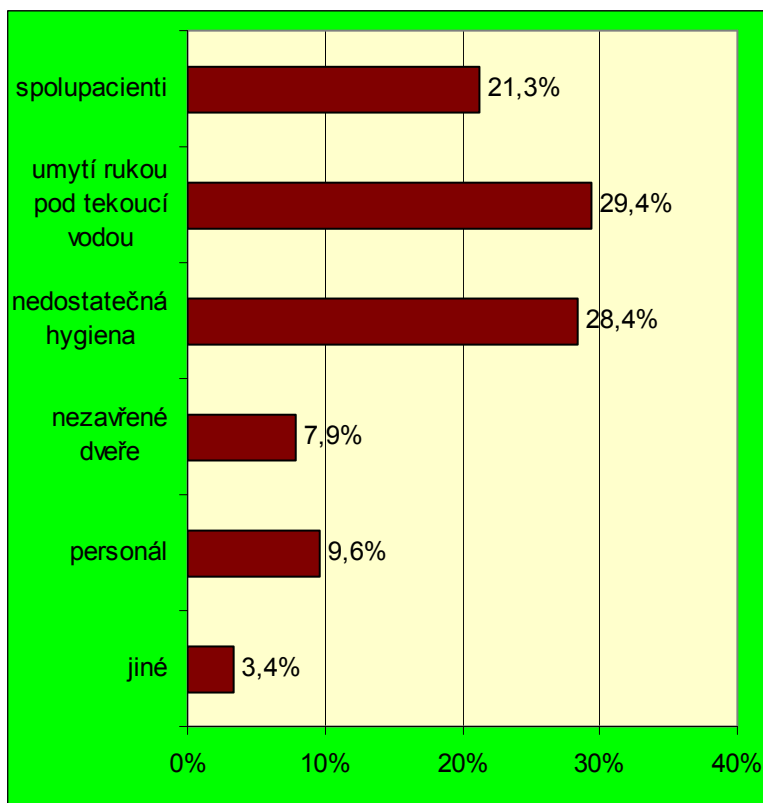
Respondenti mohli uvést i několik možností. Celkem bylo označeno 592 odpovědí tj. 100%.

Ve věkové skupině do 20 let byla odpověď nespokojenost s přítomností spolupacientů uvedena 8x (1,4%), odpověď přítomnost personálu byla uvedena 4x (0,7%), odpověď nezavřené dveře byla uvedena 7x (1,2%), odpověď nedostatečná hygiena byla uvedena 10x (1,7%) a odpověď nemožnost umýt si ruce pod tekoucí vodou byla uvedena 11x (1,8%) , jiné možnosti byly uvedeny 3x ( 0,5%). Ve věkové skupině 21 - 30 let byla uvedena odpověď nespokojenost s přítomností spolupacientů 17x (2,9%), odpověď přítomnost personálu byla uvedena 8x (1,4%), 7x (1,2%) byla uvedena odpověď nezavřené dveře, 21x (3,5%) nedostatečná hygiena a 22x (3,7%)



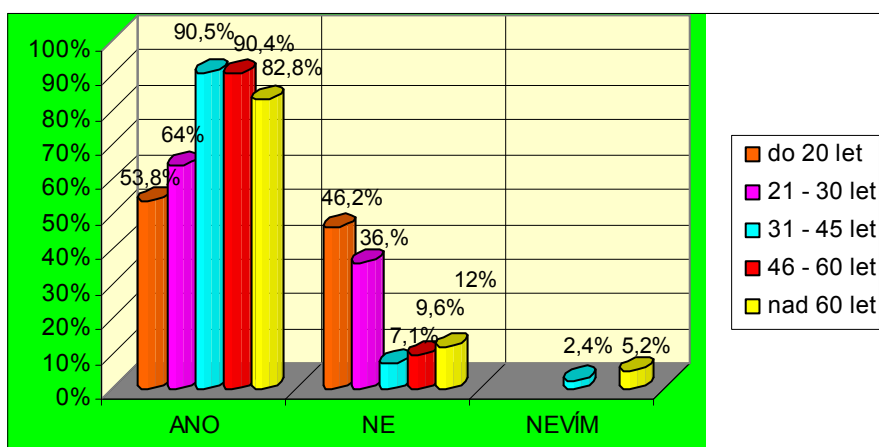
nemožnost umýt si ruce pod tekoucí vodou, jiné možnosti byly označeny 4x (0,7%). Ve věkové skupině 31 - 45 let byla uvedena odpověď nespokojenost s přítomností spolupacientů 36x (6,1%), 9x (1,5%) přítomnost personálu, 7x (1,2%) nezavřené dveře, 40x (6,7%) nedostatečná hygiena a 41x (6,9%) nemožnost umýt si ruce pod tekoucí vodou, odpověď jiné byla označena 3x (0,5%). Ve věkové skupině 46 - 60 let bylo uvedeno 28x (4,7%) nespokojenost s přítomností spolupacientů, 12x (2,0%) přítomnost personálu, 14x (2,4%) nezavřené dveře, 49x (2,4%) nedostatečná hygiena a 47x (7,9%) nemožnost umýt si ruce pod tekoucí vodou, odpověď jiné byla označena 6x (1%). Ve věkové skupině nad 60 let bylo označeno 37x (6,3%) nespokojenost s přítomností spolupacientů, 24x (4,1%) přítomnost personálu, 12x (2,0%) nezavřené dveře, 48x (8,1%) nedostatečná hygiena a 53x (8,9%) nemožnost umýt si ruce pod tekoucí vodou, odpověď jiné byla označena 4x (0,7%).

Graf č.15 Nejčastější důvod nespokojenosti při vykonávání potřeby na lůžku



Ze všech nabídnutých možností v otázce č.12 byla nejčastěji označenou příčinou nespokojenosti při vykonávání potřeby na lůžku nemožnost umýt si ruce pod tekoucí vodou, která byla označena 174x (29,4%) ze všech 592 označených možností. Nedostatečná hygiena byla označena 168x (28,4%), spolupacienti na pokoji 126x (21,3%), personál 57x (9,6%), nezavřené dveře 47x (7,9%) a jiné bylo označeno 20x (3,4%).

Graf č.16 Nespokojenost s nečinností



Ve věkové kategorii do 20 let uvedlo 7 klientů (53,8%), že jim vadí nečinnost a 6 klientům (46,2%) nečinnost nevadí, neví neodpověděl nikdo (0%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let vadí nečinnost 16 klientům (64%), nečinnost nevadí 9 klientům (36%), neví neodpověděl nikdo (0%), ve věkové kategorii 31 – 45 let vadí nečinnost 38 klientům (90,5%), nevadí 3 klientům (7,1%) a 1 klient (2,4%) na tuto otázku odpověděl neví. Ve věkové kategorii 46 – 60 let vadí nečinnost 47 klientům (90,4%), nevadí 5 klientům (9,6%), neví neodpověděl nikdo (0%), ve věkové kategorii nad 60 let vadí nečinnost 48 klientům (82,8%), nevadí 7 klientům (12%) a 3 klienti (5,2%) odpověď neví.

Tabulka č.1 Denní aktivity

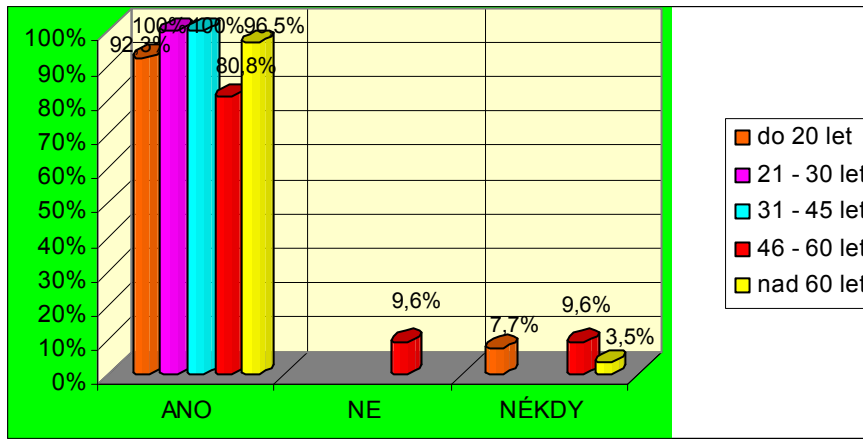
Otázka č.14 Které aktivity během dne při současné hospitalizaci provádíte?

Klienti mohli uvést současně více možností. Bylo označeno celkem 719 odpovědí, což je 100%. Počty označených odpovědí jsou znázorněny v tabulce č.1.

věk	do 20 let		21 – 30 let		31 - 45 let		46 – 60 let		nad 60 let	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
čtení	10	1,4	18	2,5	34	4,7	48	6,7	49	6,8
TV	11	1,5	23	3,2	32	4,5	28	3,9	15	2,1
hudba	9	1,2	20	2,8	29	4,0	14	1,9	28	3,9
mobil	12	1,7	23	3,2	28	3,9	25	3,5	26	3,6
PC	-	-	3	0,4	2	0,3	-	-	-	-
internet	-	-	1	0,1	2	0,3	-	-	-	-
křížovky	5	0,7	7	1,0	12	1,7	28	3,9	23	3,2
povídání	8	1,1	18	2,5	12	1,7	46	6,4	51	7,1
jiné	3	0,4	6	0,8	3	0,4	3	0,4	4	0,6

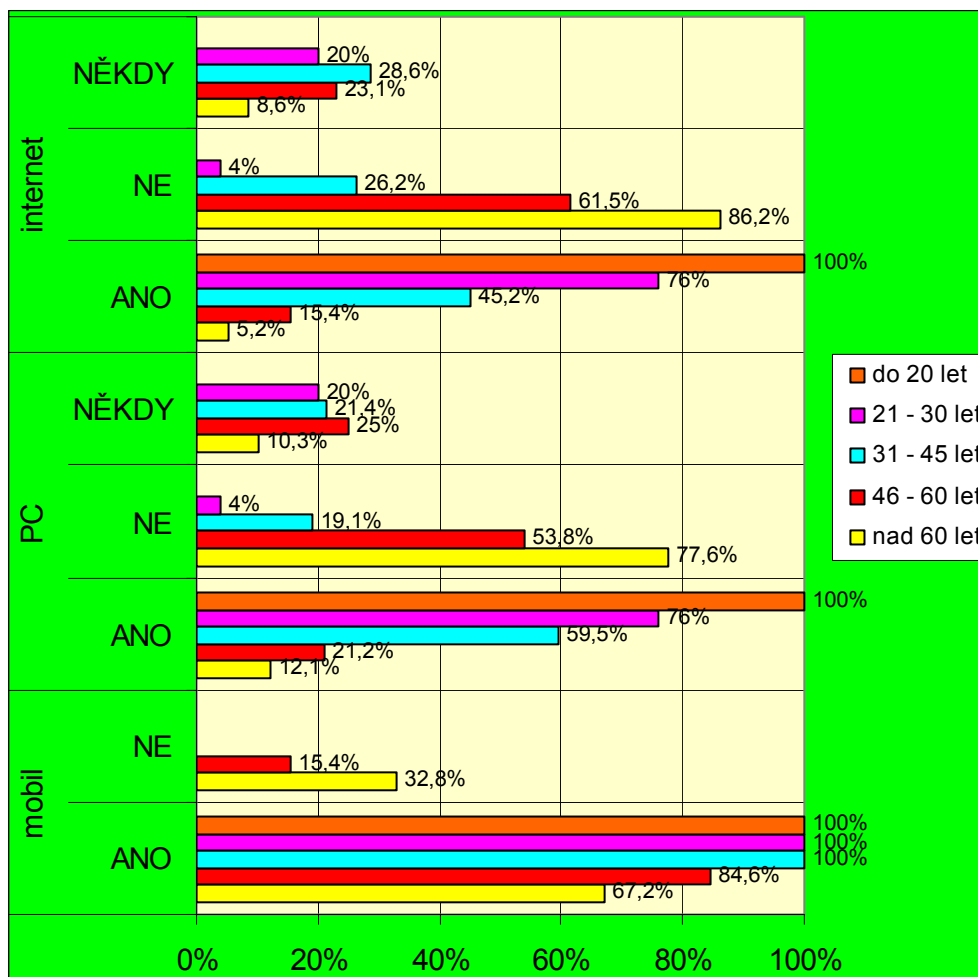
Ve věkové kategorii do 20 let uvedli jako jinou denní aktivitu 3 klienti cvičení, ve věkové kategorii 21 – 30 let uvedli 3 klienti cvičení, 1 klient komunikaci se sestřičkami a 2 klienti studium zameškané látky ze školy, ve věkové kategorii 31 – 45 let uvedl 1 klient dle možností a 2 klienti rehabilitace, cvičení, ve věkové kategorii 46 – 60 let uvedli 2 klienti studium cizího jazyka a 1 klient hlavolamy, ve věkové kategorii nad 60 let uvedli všichni cvičení, rehabilitaci.

Graf č.17 Aktivity před nemocí



Ve věkové kategorii do 20 let provozovalo před nemocí aktivity uvedené v otázce č. 14 celkem 12 klientů (92,3%), ne neodpověděl nikdo (0%), někdy odpověděl 1 klient (7,7%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let odpovědělo ano všech 25 klientů (100%) a ve věkové kategorii 31 – 45 let také všech 42 klientů (100%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let odpovědělo ano 42 klientů (80,8%), ne odpovědělo 5 klientů (9,6%), někdy odpovědělo také 5 klientů (9,6%). Ve věkové kategorii nad 60 let odpovědělo ano 56 klientů (96,5%), ne neodpověděl nikdo (0%) a někdy odpověděli 2 klienti (3,5%).

Graf č.18 Používání moderní techniky před nemocí



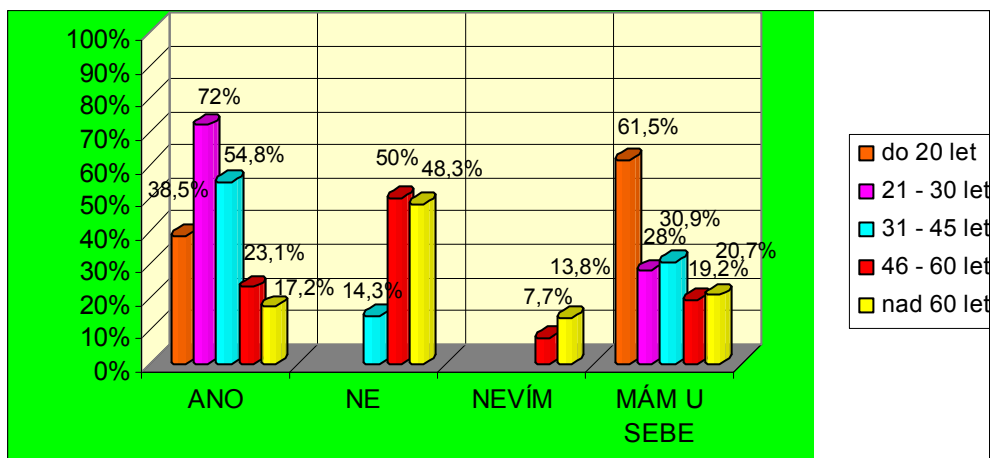
Mobilní telefon používalo před nemocí ve věkové kategorii do 20 let všech 13 klientů (100%), ve věkové kategorii 21 – 30 let také všech 25 klientů (100%), ve věkové kategorii 31 – 45 let také všech 42 klientů (100%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let odpovědělo ano 44 klientů (84,6%), ne odpovědělo 8 klientů (32,8%). Ve věkové kategorii nad 60 let odpovědělo ano 39 klientů (67,2%), ne odpovědělo 19 klientů (32,8%).

Počítač používalo před nemocí ve věkové kategorii do 20 let všech 13 klientů (100%), ve věkové kategorii 21 – 30 let odpovědělo ano 19 klientů (76,0%), ne 1 klient

(4,0%) a někdy uvedlo 5 klientů (20,0%). Ve věkové kategorii 31 – 45 let ano odpovědělo 25 klientů (59,5%), ne odpovědělo 8 klientů (19,1%) a nevím odpovědělo 9 klientů (21,4%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let odpovědělo ano 11 klientů (21,2%), ne odpovědělo 28 klientů (53,8%) a někdy odpovědělo 13 klientů (25,0%). Ve věkové kategorii nad 60 let odpovědělo ano 7 klientů (12,1%), ne odpovědělo 45 klientů (77,6%) a někdy odpovědělo 6 klientů (10,3%).

Internet používalo před nemocí ve věkové kategorii do 20 let všech 13 klientů (100%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let odpovědělo ano 19 klientů (76%), ne 1 klient (4,0%) a někdy 5 klientů (20,0%). Ve věkové kategorii 31 – 45 let ano odpovědělo 19 klientů (45,2%), ne 11 klientů (26,2%) a někdy 12 klientů (28,6%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let ano odpovědělo 8 klientů (15,4%), ne 32 klientů (61,5%) a někdy odpovědělo 12 klientů (23,1%). Ve věkové kategorii nad 60 let ano odpověděli 3 klienti (5,2%), ne 50 klientů (86,2%) a někdy odpovědělo 5 klientů (8,6%).

Graf č.19 Nespokojenost s nepřítomností techniky



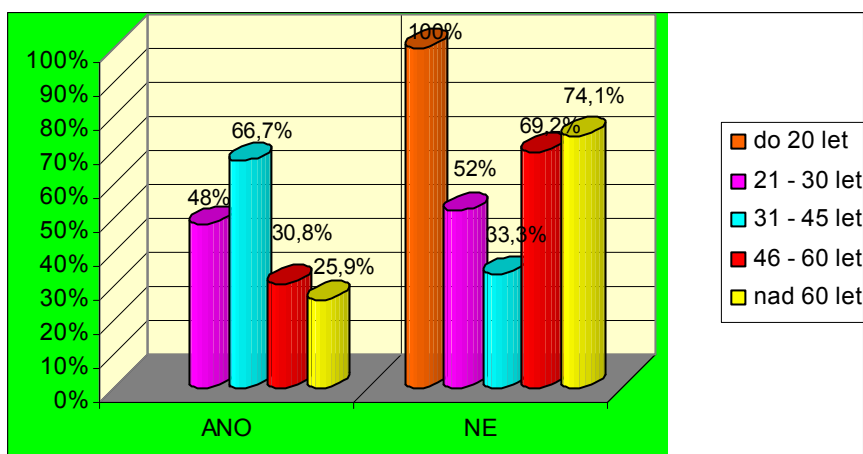
Ve věkové kategorii do 20 let odpovědělo ano 5 klientů (38,5%), ne a nevím neodpověděl nikdo a mám u sebe odpovědělo 8 klientů (61,5%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let odpovědělo ano 18 klientů (72,0%), mám u sebe odpovědělo 7 klientů (28,0%), ne a nevím neodpověděl nikdo. Ve věkové kategorii 31 – 45 let odpovědělo ano 23 klientů (54,8%), ne odpovědělo 6 klientů (14,3%), nevím neodpověděl nikdo a mám u sebe odpovědělo 13 klientů (30,9%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let odpovědělo ano 12 klientů (23,1%), ne 26 klientů (50,0%), nevím 4 klienti (7,7%) a mám u sebe odpovědělo 10 klientů (19,2%). Ve věkové kategorii nad 60 let odpovědělo ano 10 klientů (17,2%), ne odpovědělo 28 klientů (48,3%), nevím odpovědělo 8 klientů (13,8%) a mám u sebe 12 klientů (20,7%).



### Otázka č.18 Vyhovuje Vám četnost Vašich návštěv?

Na otázku č.18 odpověděli všichni respondenti ve všech věkových kategoriích kladně (100%).

Graf č.20 Obavy o chod domácnosti



Graf č.20 znázorňuje, že ve věkové kategorii do 20 let 13 respondentů (100%) odpovědělo, že nemají strach o chod domácnosti, ve věkové kategorii 21 – 30 let má strach o chod domácnosti 12 dotázaných (48,0%), nemá 13 klientů (52,0%), ve věkové kategorii 31 – 45 let má strach o domácnost 28 klientů (66,7%), nemá 14 klientů (33,3%), ve věkové kategorii 46 – 60 let má strach o domácnost 16 klientů (30,8%), nemá 36 klientů (69,2%) a ve věkové kategorii nad 60 let má strach o svoji domácnost 15 klientů (25,9%), ne odpovědělo 43 klientů (74,1%).

V dotazníku navrhovanou možnost nevím nevybral žádný respondent.

## Tabulka č.2 Otázky na chod rodinného života

Otázka č.20 Které otázky v souvislosti s chodem Vašeho rodinného života si nejčastěji pokládáte?

Otázky:

- 1) Jak děti bez mého dohledu zvládnou školu?
- 2) Bude bez mého dohledu fungovat domácnost?
- 3) Poradí si beze mě partner?
- 4) Jsou všichni zdraví?
- 5) Přijdou na návštěvu kamarádi?
- 6) Přijdou na návštěvu příbuzní?
- 7) Jiné

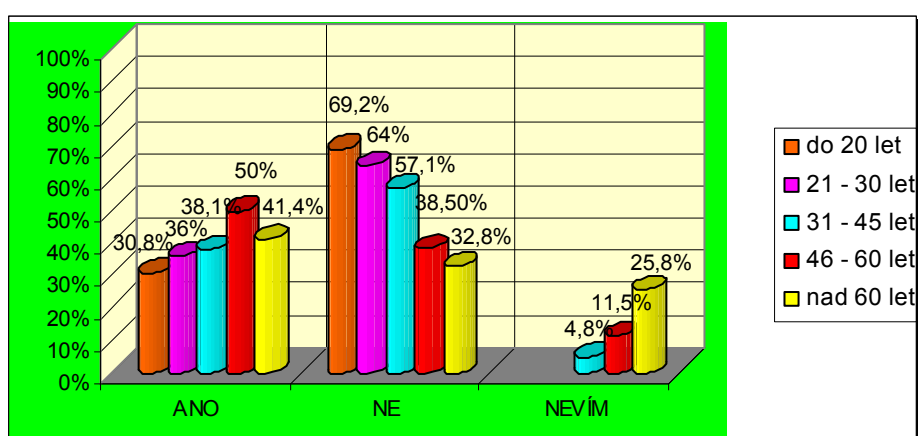
Klienti mohli označit více možností. Bylo označeno celkem 471 otázek, což je 100%. Výsledky jsou uvedeny v následující tabulce č.2.

věk	do 20 let		21 – 30 let		31 - 45 let		46 – 60 let		nad 60 let	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Číslo 1	-	-	8	1,7	24	5,1	-	-	-	-
Číslo 2	-	-	5	1,0	16	3,4	29	6,2	9	1,9
Číslo 3	-	-	9	1,9	21	4,5	35	7,4	7	1,5
Číslo 4	8	1,7	8	1,7	24	5,1	37	7,9	41	8,7
Číslo 5	7	1,5	10	2,1	8	1,7	17	3,6	38	8,1
Číslo 6	8	1,7	14	3,0	13	2,7	26	5,5	36	7,6
jiné	2	0,4	1	0,2	5	1,0	2	0,4	3	0,7

Do kolonky jiné uvedlo otázku celkem 13 respondentů. Ve věkové kategorii do 20 let to byli 2 klienti (0,4%) a pokládali si otázku: Co dělá domácí zvíře (pes, morče)? Ve věkové kategorii 21 – 30 let 1 klient (0,2%) měl obavy o domácí firmu. Ve věkové kategorii 31 – 45 let odpovědělo jiné 5 klientů (1,0%) z nichž 3 respondenti měli obavy o domácí zvířata, 2 o zvládnutí rodinného podniku. Ve věkové kategorii 46 – 60 let

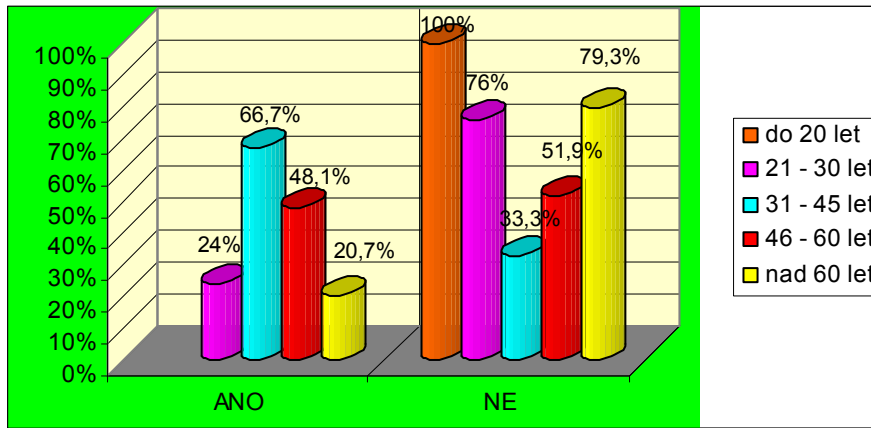
jinou otázku si pokládali 2 respondenti (0,4%), z nichž 1 uvedl, že má obavy o svůj mrazák a aby nehořelo, druhý měl obavy o svého psa. Ve věkové kategorii nad 60 let si pokládají jinou otázku 3 klienti (0,7%) a všechny se týkaly domácích zvířat a hospodářství.

Graf č.21 Obavy z budoucnosti



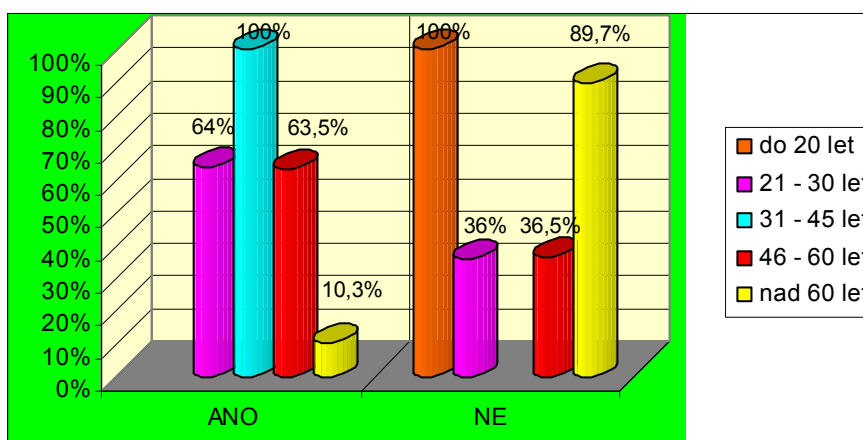
Ve věkové kategorii do 20 let mají obavu, jak zvládnou současnou situaci doma po propuštění 4 klienti (30,8%), obavy nemá 9 klientů (69,2%), nevím neodpověděl nikdo (0%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let ano odpovědělo 9 klientů (36,0%), ne 16 klientů (64,0%), nevím neodpověděl nikdo (0%). Ve věkové kategorii 31 – 46 let ano odpovědělo 26 klientů (38,1%), ne odpovědělo 20 klientů (57,1%), nevím odpověděli 2 klienti (4,8%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let odpovědělo ano 24 klientů (41,4%), ne 19 klientů (32,8%) a nevím odpovědělo 15 klientů (25,8%).

Graf č.22 Obavy o zhoršení ekonomické situace



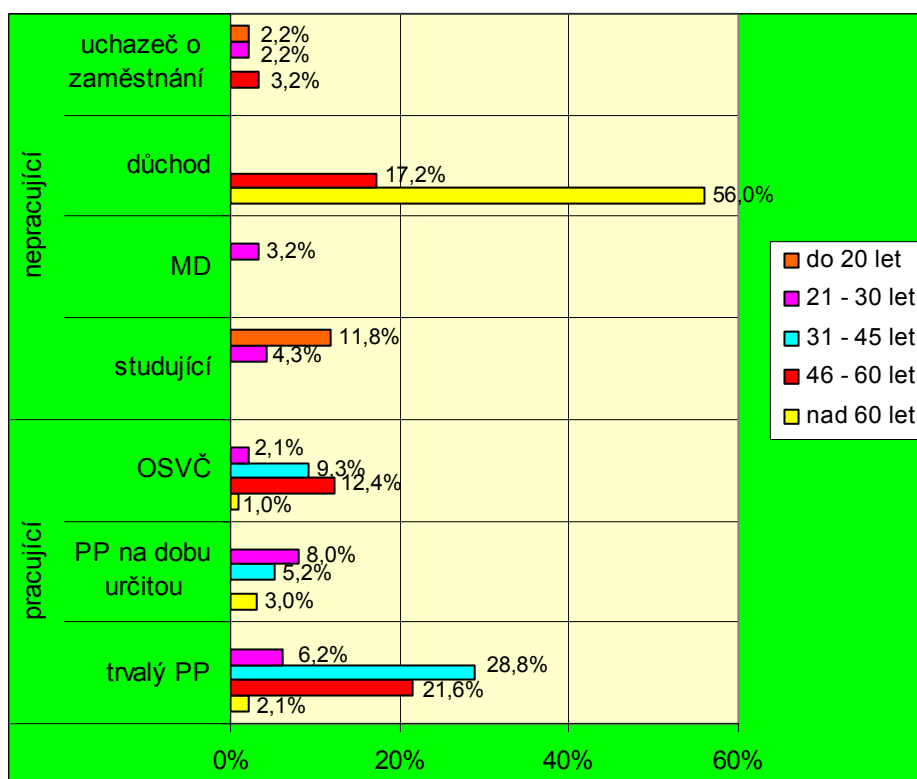
Ve věkové kategorii do 20 let nemá obavu o zhoršení ekonomické situace z důvodu nemoci všech 13 dotázaných (100%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let má obavy 6 klientů (24,0%), obavy nemá 19 klientů (76,0%). Ve věkové kategorii 31 – 45 let má obavy o zhoršení ekonomické situace 28 klientů (66,7%), nemá 14 klientů (33,3%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let má obavy 25 klientů (48,1%), nemá obavy 27 klientů (51,9%). Ve věkové kategorii nad 60 let má obavy 12 klientů (20,7%) a nemá 46 klientů (79,3%).

Graf č.23 Zaměstnanost respondentů



Ve věkové kategorii do 20 let nechodí do zaměstnání všech 13 klientů (100%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let je zaměstnáno 16 klientů (64,0%), není zaměstnáno 9 klientů (36,0%). Ve věkové kategorii 31 – 45 let je zaměstnáno všech 42 klientů (100%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let ano odpovědělo 33 klientů (63,5%), ne 19 klientů (36,5%). Ve věkové kategorii nad 60 let pracuje 6 klientů (10,3%), nepracuje 52 klientů (89,7%).

Graf č.24 Způsob finančních příjmů respondentů

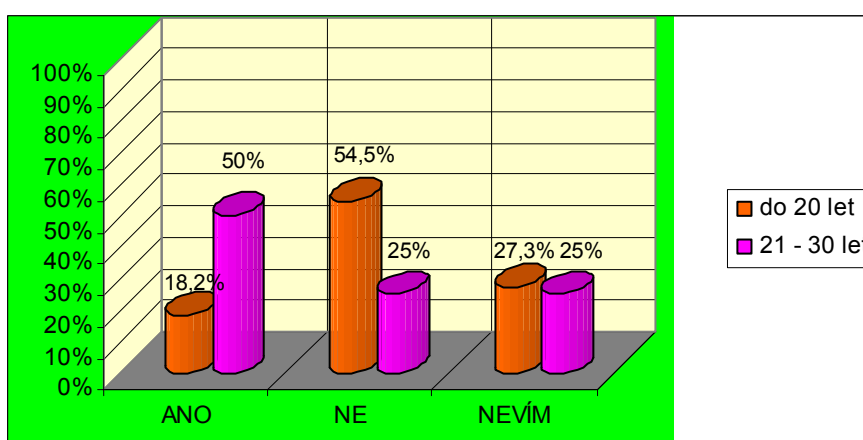


Ve skupině pracujících, celkem 97 klientů (tj. 100%), není ve skupině do 20 let v trvalém pracovním poměru žádný klient (0%), ve skupině 21 – 30 let je 6 klientů (6,2%), 8 klientů (8,0%) v pracovním poměru na dobu určitou a 2 klienti (2,1%) pracují jako OSVČ. Ve věkové kategorii 31 – 45 let je 28 klientů (28,8%) v trvalém pracovním poměru, 5 klientů (5,2%) je zaměstnáno na dobu určitou a 9 klientů (9,3%) pracuje jako OSVČ. Ve věkové kategorii 46 – 60 let je 21 klientů (21,6%) zaměstnáno v trvalém pracovním poměru a 12 klientů (12,4%) jako OSVČ. Ve věkové kategorii nad 60 let jsou 2 klienti (2,1%) v trvalém pracovním poměru, 3 klienti (3,0%) pracují na dobu určitou a 1 klient (1,0%) jako OSVČ.

Ve skupině nepracujících, celkem 93 klientů (100%) je ve věkové kategorii do 20 let studujících 11 (11,8%) a 2 klienti (2,2%) jsou uchazeči o zaměstnání. Na mateřské dovolené a v důchodu není žádný klient (0%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let

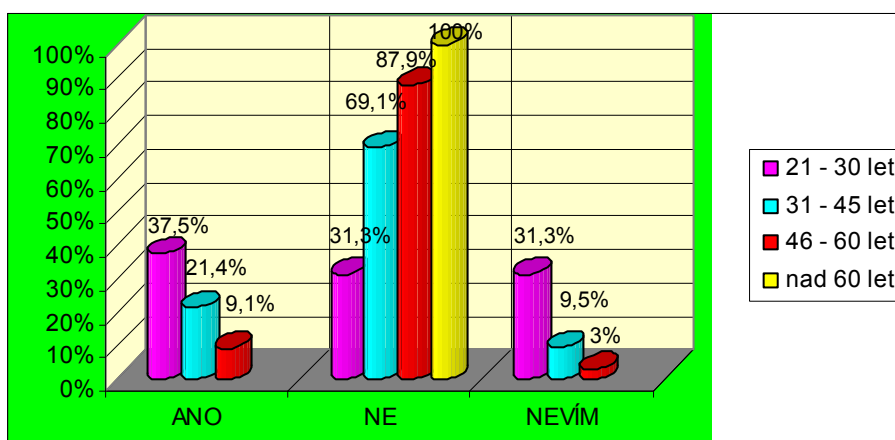
jsou studující 4 klienti (4,3%), na mateřské dovolené 3 klienti (3,2%) a 2 uchazeči o zaměstnání (2,2%). Ve věkové skupině 31 – 45 let nebyl žádný nepracující (0%). Ve věkové skupině 46 – 60 let je 16 klientů (17,2%) v důchodu a 3 klienti (3,2%) jsou uchazeči o zaměstnání. Ve věkové skupině nad 60 let je 52 klientů (56,0%) v důchodu.

Graf č.25 Negativní vliv hospitalizace při přípravě na povolání



Ze všech studujících (celkem 15), kteří se v době hospitalizace připravovali na budoucí povolání, měli ve věkové kategorii do 20 let obavu z negativního vlivu hospitalizace 2 klienti (18,2%), ne odpovědělo 6 klientů (54,5%) a neví odpovíděli 3 klienti (27,3%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let odpověděli ano 2 klienti (50,0%), ne odpověděl 1 klient (25,0%) a neví odpovíděl také 1 klient (25,0%).

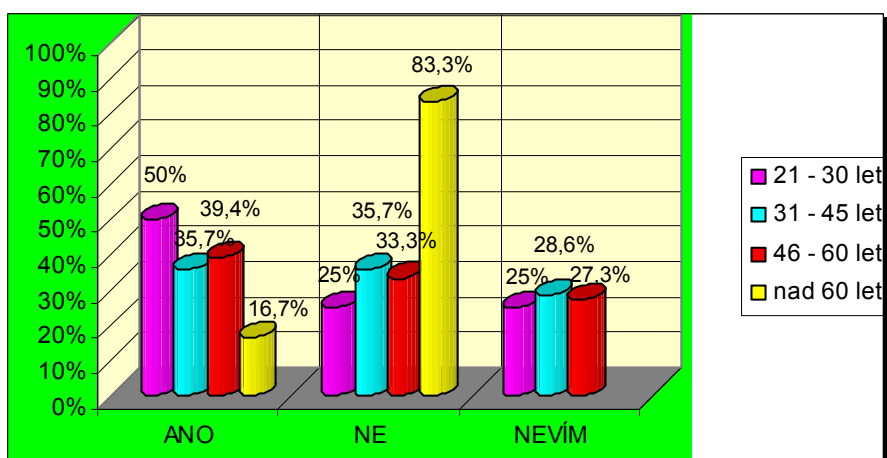
Graf č.26 Ztráta kontaktu s novinkami v profesi



Ze všech pracujících, celkem 97, jich ve věkové kategorii 21 – 30 let mělo obavy ze ztráty kontaktu s novinkami své profese 6 klientů (37,5%), ne odpovědělo 5 klientů (31,3%) a neví odpovídělo také 5 klientů (31,3%). Ve věkové kategorii 31 – 45 let odpovědělo ano 9 klientů (21,4%), ne odpovědělo 29 klientů (69,1%) a neví odpovíděli 4 klienti (9,5%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let ano odpověděli 3 klienti (9,1%), ne odpovědělo 29 klientů (87,9%) a neví odpovíděl 1 klient (3,0%). Ve věkové kategorii nad 60 let všech 6 klientů (100%) uvedlo, že nemá obavu ze ztráty kontaktu s novinkami ve své profesi. Ve věkové kategorii do 20 let nebyl žádný pracující.

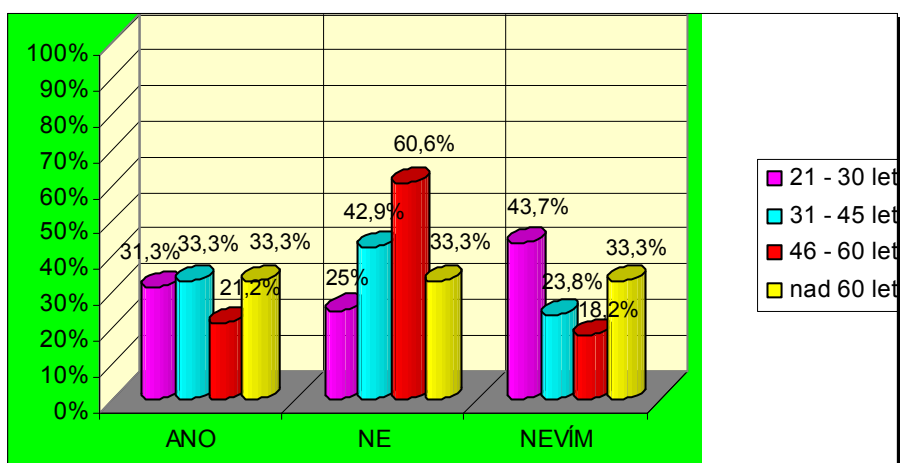


Graf č.27 Obavy ze ztráty zaměstnání



Ze všech pracujících, celkem 97, jich ve věkové kategorii 21 – 30 let mělo obavu o ztrátu zaměstnání 8 klientů (50,0%), ne odpověděli 4 klienti (25,0%), a neví si odpověděli také 4 klienti (25,0%). Ve věkové kategorii 31 – 45 let odpovědělo ano 15 klientů (35,7%), ne odpovědělo také 15 klientů (35,7%) a neví si odpovědělo 12 klientů (28,6%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let odpovědělo ano 13 klientů (39,4%), ne odpovědělo 11 klientů (33,3%) a neví si odpovědělo 9 klientů (27,3%). Ve věkové kategorii nad 60 let ano odpověděl 1 klient (16,7%) a ne odpovědělo 5 klientů (83,3%). Nevím si nevybral žádný respondent. Ve věkové kategorii do 20 let nebyl žádný pracující (0%).

Graf č.28 Obavy ze změny zaměstnání



Ze všech pracujících, celkem 97, jich ve věkové kategorii 21 – 30 let mělo obavu, že pro svůj zdravotní stav bude muset změnit zaměstnání 5 klientů (31,3%), ne odpověděli 4 klienti (25,0%) a neví odpovědělo 7 klientů (43,7%). Ve věkové kategorii 31 – 45 let ano odpovědělo 14 klientů (33,3%), ne odpovědělo 18 klientů (42,9%) a neví odpovědělo 10 klientů (23,8%). Ve věkové kategorii 46 – 60 let odpovědělo ano 7 klientů (21,2%), ne odpovědělo 20 klientů (60,6%) a neví odpovědělo 6 klientů (18,2%). Ve věkové kategorii nad 60 let odpověděli ano 2 klienti (33,3%), ne odpověděli také 2 klienti (33,3%) a neví odpověděli také 2 klienti (33,3%). Ve věkové kategorii do 20 let nebyl žádný pracující (0%).

## 5. DISKUZE

Práce na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice a.s. je velmi náročná. Kumulace velkého množství imobilních nemocných všech věkových kategorií, náročná ošetrovatelská péče a odborné znalosti kladou vysoké nároky na profesionalitu celého týmu. U mnoha nemocných jsou příznaky nemocí atypické, problémy působí povahové rysy klientů i věkové rozdíly. Vše se ještě násobí strachem z nemoci, ze zvládnutí situace doma po nemoci nebo pocitem osamocení, když o starého člověka přestane mít rodina zájem. Mnohdy personál řeší problémy, které se zdravotní péčí zdánlivě nesouvisí. Zajistit kontakt s rodinou, zaplatit složenky, objednat pedikérku, koupit různé drobnosti, zajistit oblečení na převoz do domova důchodců nebo pro klienta, který nikoho nemá. Toto jsou přesně problémy, které klienty na oddělení následné péče tíží. Uspokojení těchto potřeb je pro ně důležité a personál musí znát priority při jejich uspokojování. Neuspokojení potřeb může zpětně negativně ovlivnit zdravotní stav klientů a nebo je z pozice pacienta subjektivně negativně hodnocena ošetrovatelská péče. Soužití imobilních nemocných různých věkových kategorií na jednom pokoji přináší k řešení mnoho problémů, které si zdravý člověk ani neuvědomí (10, 23).

Výzkumu se účastnilo celkem 190 klientů, kteří byli rozděleni do pěti věkových kategorií (graf č.1). Početní zastoupení klientů v konkrétní věkové kategorii zhruba odpovídá početnímu zastoupení jednotlivých klientů při hospitalizaci na ONP. Nejvíce klientů je ve věku nad 60 let a nejméně klientů ve věku do 20 let. V současné době začíná velmi vzrůstat počet klientů ve věkové kategorii 45 – 60 let i mladší, což literatura zatím moc neuvádí. V souvislosti s oddělením následné péče jsou spojováni především klienti nad 60 let a výše. Jejich vysoké procento v počtu hospitalizovaných na LDN (ONP) také uvádí v Geriatrii a gerontologii Z. Kalvach a kol. (10). Co se týká pohlaví respondentů, muži převládali ve věkových kategoriích do 20 let (8 mužů, 5 žen) a 31 – 45 let (26 mužů, 16 žen). V ostatních věkových kategoriích bylo vyšší zastoupení žen (graf č.2).

Ve své práci jsem si stanovila celkem 6 hypotéz. Každá hypotéza byla zaměřena na jednu oblast potřeb klientů. Na vzorku 10 klientů jsem provedla pilotní studii, kterou jsem si chtěla ověřit, zda je dotazník (příloha č.2) pro všechny věkové kategorie srozumitelný. Touto pilotní studií bylo zjištěno, že většina klientů, a to ve všech věkových kategoriích, nezná výraz alternativní. Proto jsem upravila znění otázky č.5, kde jsem slovo alternativní nahradila slovem jiné. Další úpravy následovaly v pořadí otázek. Po otázce určené pro studenty jsem měla uvedeny ještě další 4 otázky, které mi nemocní již nevyplňovali. Proto jsem změnila pořadí otázek a na závěr dotazníku (příloha č.3) jsem uvedla otázku pro studenty a otázky pro pracující. Pak již byly dotazníky vyplňovány bez problémů.

Hypotéza č.1 byla zaměřena na uspokojení potřeby bolesti. Podle mého názoru je uspokojení potřeby bolesti prioritou u klientů ONP ve všech věkových kategoriích. Při sestavování hypotézy č.1 jsem vycházela z několika publikací, které se uspokojováním potřeby bolesti zabývají (13, 14, 34). Ze všech 190 klientů mělo při přijetí na ONP bolesti celkem 159 klientů (83,7%). V době vyplňování dotazníku mělo bolesti 133 klientů (70%). Ve všech věkových skupinách vybralo variantu, ve které bylo uspokojení potřeby (jak by personál měl potřeby uspokojovat) na prvním místě, více jak 50% klientů. Ze všech respondentů to bylo 123 klientů (64,7%). Podle 123 klientů (64,7%) uspokojuje ošetřující personál potřebu bolesti jako první. Výše uvedenými skutečnostmi byla potvrzena hypotéza č.1. Současně v grafu č. 9 je porovnáno, zda jsou potřeby uspokojovány podle představ klienta. Celkem 116 klientů (61%) uvedlo shodnou odpověď na otázku č.7 a č.8, což znamená, že u více jak poloviny klientů jsou potřeby bolesti, jídla, pití a vyprazdňování uspokojovány v pořadí podle jejich představ. Výzkum potvrdil, že velké množství klientů na oddělení následné péče má při přijetí bolesti. Je jistě dobře, že více jak polovina klientů (61%) uvedla, že jsou jejich potřeby (bolest, jídlo, pití, vyprazdňování) uspokojovány tak, jak si představují. Vše to jsou potřeby subjektivní, pocit uspokojení závisí na mnoha okolnostech. Jinak jedinec pocítuje nedostatek v jejich uspokojení pokud je v relativní kondici a jinak, když je organismus vyčerpán. Právě u polymorbidních nemocných, u nemocných s poruchou vědomí, apatických, nekomunikujících si musí sestry všimnout neverbálních známek

bolesti a včas je lékaři hlásit. Pokud je přítomna bolest, ztrácí klient chuť na jídlo, pití a tím je i nadále organismus vyčerpáván. V současné době má již Nemocnice České Budějovice a.s. vypracován standard ošetrovatelské péče o nemocné s bolestí, jehož součástí jsou i hodnotící škály bolesti a přesná metodika ošetrovatelské péče o tyto nemocné.

Hypotéza č.2: Vyrovnat se s nutností vykonávat potřebu vyprazdňování na lůžku trvalo nejdéle u klientů ONP ve věkové kategorii do 20 let. K této problematice se vztahují v dotazníku otázky č.9 – č.12. Ze všech klientů (190) má nepříjemné pocity při vyprazdňování na lůžku 136 klientů (71,6%) a nepříjemné pocity jen při vyprazdňování stolice 35 klientů (18,4%). Z klientů, kteří mají nepříjemné pocity jen při vyprazdňování stolice, bylo 28 mužů (80,0%) a jen 7 žen (20,0%). Celkem má tedy nepříjemné pocity při vyprazdňování na lůžku 171 klientů, což je 90%. Pro 88 klientů (46,3%) není po určitém čase vyprazdňování již takovým stresem. Přesto ale 128 klientů (67,4%) uvedlo, že mají nepříjemné pocity stále. Největší počet klientů, kterým stále vadí vyprazdňování na lůžku, byl ve věkové kategorii 31 – 45 let. V této věkové kategorii to bylo 38 klientů ze 42, celých 90,4%. Hypotéza č.2 nebyla potvrzena. V otázce č.12 měli klienti možnost vyjádřit, co jim při vyprazdňování na lůžku nejvíce vadí. Mohli označit více možností a celkem jich bylo označeno 592 (100%). Nejvíce jim vadí nemožnost umýt si ruce pod tekoucí vodou, což bylo označeno celkem 174x (29,4%). Nedostatečná hygiena po vyprázdnění byla označena 168x (28,4%) a další v pořadí byla označena možnost spolupacienti na pokoji. Ti vadí 126 klientům (21,3%). Nezavřené dveře vadí věkové kategorii do 20 let 7 klientům (53,8%) ze 13. Přítomnost personálu je nepříjemná věkové kategorii nad 60 let. Tuto variantu označilo 24 klientů (41,4%) z 58. Jednotlivé varianty rozdělené podle věkových kategorií jsou znázorněny v grafu č.14. Se základními potřebami souvisí i potřeba vyprazdňování. Imobilní nemocný se musí vyprazdňovat na lůžku a to pro dosud chodícího je velkým stresem, což ve všech věkových kategoriích uvedlo v průměru 86,8% klientů. Nejvíce stresující je pro klienty nemožnost umýt si ruce pod tekoucí vodou a nedostatečná hygiena po vyprázdnění. Se zjištěnými informacemi mohou sestry dále pracovat a v této oblasti je rozhodně co zlepšovat. Ošetrovatelský personál je zvyklý mnoho výkonů provádět automaticky.

Přinést mísu, odnést mísu, umýt si ruce. Z dotazů směřovaných sestřám, zda by jim vadila nemožnost umýt si po vykonané potřebě na lůžku ruce vyplynulo, že ano. Pokud se sestra nebo jiný zdravotník ocitne v roli pacienta, teprve tehdy si uvědomí, co vše jí vadí, co cítí jako neuspokojenou potřebu.

Hypotéza č.3 měla dát odpověď na schopnost klientů zaměstnat se během dne drobnými aktivitami. Tuto schopnost by podle hypotézy č.3 měla mít nejvíce věková kategorie 31 – 45 let. Nečinnost skutečně vadí nejvíce této věkové kategorii, neboť 38 klientů ze 42 (90,5%) odpovědělo na otázku č.13 ano, ale při současné hospitalizaci nejvíce klientů provozuje drobné aktivity ve věkové kategorii 21 – 30 let. V otázce č.14 mohly označit klienti více možností z nabídky drobných denních aktivit. Celkem bylo označeno 719 možností (100%). Pokud by všichni klienti ve věkové kategorii 21 – 30 let označili všechny možnosti, bylo by označeno celkem 225 odpovědí. V této věkové kategorii bylo označeno 119 možností, což je 52,9%. Ve věkové kategorii 31 – 45 let označili respondenti celkem 154 odpovědí, což bylo 40,7%. Všichni klienti tyto aktivity před nemocí již provozovali. Nejmenší počet aktivit označili klienti ve věkové kategorii nad 60 let, 196 možností, což je 48,3%. Hypotéza č.3: „Schopnost zaměstnat se během dne drobnými aktivitami má nejvíce klientů ONP ve věkové kategorii 31 – 45 let“ se nepotvrdila. Zaměstnávání dlouhodobě nemocných jistě přispívá ke zlepšení jejich psychické kondice. Pokud nemocný leží apaticky v lůžku a nemá o nic zájem, probíhá uzdravování obtížně. Mám možnost porovnat klienty, kteří jsou hospitalizováni na 1. ONP na kombinované stanici. Pokud mají klid na lůžku jsou hospitalizováni na ONP a když je jim povoleno cvičit, jsou po provedeném rehabilitačním konziliu přeloženi na oddělení rehabilitační. Ve skutečnosti to však znamená, že se na jedné stanici přeloží z pokoje na pokoj. Na oddělení rehabilitace však cvičí několikrát denně, nácvik běžných činností provádí za dohledu ergoterapeutky a klient má individuální plán od rána až do odpoledne. Ve většině případů pobyt na rehabilitaci netrvá déle, než 14 dní až 3 týdny. Klient odchází domů a je schopen si doma sám poradit s běžnými činnostmi. Jsem přesvědčena o tom, že na oddělení následné péče by ergoterapie měla své místo, protože sama vidím, že podstatně zkracuje dobu hospitalizace, a tím i náklady na zdravotní péči.

Klienti si velice chválí, že je zde někdo, kdo jim poradí, jak správně vstát z lůžka, jak si obléci ponožky, jak se osprchovat a jak vše provádět správně a samostatně.

Hypotéza č.4: Používání moderní techniky nejvíce chybí klientům ONP věkové kategorie do 20 let. Všichni klienti v této věkové kategorii uvedli, že před hospitalizací používali mobilní telefon, počítač i internet. Pokud nemají tuto techniku u sebe, vadí to 5 klientům (100%), tedy všem, kteří u sebe techniku nemají. Shodně odpověděli i klienti ve věkové skupině 21 – 30 let. Hypotéza č.4 se potvrdila. V současné době si nemocní již nedovedou představit, že by alespoň služeb mobilního telefonu při nemoci nevyužívali. Pro tyto nemocné představuje telefonování a posílání SMS a jiných zpráv, kontakt s rodinou, přáteli a někdy i zaměstnání, tedy zdroj příjmů. V době nemoci slyšet milovaného člověka, oznámit, co potřebuji donést nebo i to, že dnes již návštěvu nestihnu, přispívá k dobré psychické pohodě nemocného. Na druhé straně jsou však nemocní, kteří svým věčným telefonováním a vyzváněním obtěžují spolupacienty a nerespektují zákazy používání těchto telefonů v místech, kde to může ohrozit funkci i jiných přístrojů.

Hypotéza č.5: Strach o ostatní členy rodiny mají nejvíce klienti ONP ve věkové kategorii 31 – 45 let a nad 60 let. O chod své domácnosti mají největší obavy skutečně klienti ve věkové skupině 31 – 45 let, celkem 66,7%. Další věkovou skupinou jsou klienti ve věkové kategorii 21 – 30 let (48%). O svou domácnost má obavu jen 25,9 % klientů ve věkové kategorii nad 60 let. V tomto věku jsou si klienti schopnostmi svého partnera ohledně fungování domácnosti jisti a nebo mají někoho, kdo se o jejich partnera a domácnost postará. Především to jsou děti a vnoučata. V dotazníku v otázce č. 20 měli klienti navrženy otázky, které si v souvislosti s chodem své domácnosti nejčastěji pokládají. Mohli označit i více otázek. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č.2. Zatím co ve věkové kategorii do 20 let měli klienti obavy o zdraví blízkých a jestli je někdo přijde navštívit, ve věkové kategorii 21 – 30 let a 31 – 45 let měli klienti starost o své děti, partnera, domácnost. Nejčastěji pokládanou otázkou byla otázka č.4: Jsou všichni zdraví? Tuto otázku si pokládalo celkem 118 klientů ze 190, což je 62,1%. Ve věkové kategorii nad 60 let byly nejvíce pokládané otázky na zdraví (70,7%), na návštěvy přátel (65,5%) a návštěvy příbuzných (62,1%). Hypotéza byla potvrzena jen

pro věkovou kategorii 31 – 45 let. Pro věkovou kategorii nad 60 let hypotéza potvrzena nebyla. I když jsou dnes návštěvy povoleny každý den, mnohdy za některými klienty nikdo nepříjde mnoho dnů. Proto mě překvapilo, že všichni dotazovaní uvedli, že jim četnost jejich návštěv vyhovuje. Čím jsou klienti starší, tím obtížněji samotu snáší. V tomto směru má existence mobilních telefonů své nezastupitelné místo.

Hypotéza č.6 se týká strachu ze ztráty zaměstnání. Předpokládá, že strach ze ztráty zaměstnání mají nejvíce klienti ve věkové kategorii 46 – 60 let. V této věkové kategorii bylo zaměstnáno celkem 33 klientů (63,5%), 21 klientů ze všech pracujících této věkové kategorie (63,6%) na trvalý pracovní poměr a 12 klientů (36,4%) jako OSVČ. Je zajímavé, že obavy ze ztráty zaměstnání v této věkové kategorii má jen 13 klientů (39,4%). Ve věkové kategorii 21 – 30 let má strach ze ztráty zaměstnání z důvodu nemoci 8 klientů (50%) ze všech 16 pracujících. V této věkové skupině také 8 klientů (50%) uvedlo, že má pracovní poměr na dobu určitou. Proto mají obavu, že zaměstnavatel z důvodu dlouhodobé pracovní neschopnosti nebude dále prodlužovat pracovní smlouvu a oni o práci přijdou. Hypotéza č.6: „Strach o ztrátu zaměstnání z důvodu nemoci mají nejvíce klienti ONP ve věkové kategorie 46 – 60 let“, nebyla potvrzena. V této věkové kategorii je nejvíce klientů s pracovním poměrem na dobu určitou. Mladí lidé mají strach ze ztráty zaměstnání, ale pokud se uzdraví, většinou zaměstnání najdou. Ve věkové kategorii 46 – 60 let uzdravování trvá delší dobu a pokud přijdou tito klienti o práci, většinou to řeší žádostí o důchod (invalidní, předčasný starobní).



## 6. ZÁVĚR

Uspokojování potřeb imobilních nemocných je na oddělení následné péče nedílnou součástí komplexní ošetrovatelské péče. Velké množství těchto imobilních nemocných a stále se zvyšující nároky na odborné znalosti sester by měly vést k zamyšlení, jak pracovat co nejkvalitněji a nejefektivněji. Každý nemocný prožívá svou nemoc jinak a potřebuje individuální přístup v uspokojování potřeb. Cílem práce bylo zmapovat problematiku uspokojování potřeb imobilních nemocných na oddělení následné péče. Proto bylo zvoleno 6 hypotéz a každá hypotéza se zabývala jiným okruhem potřeb.

Výzkumem bylo potvrzeno, že prioritou ve všech věkových skupinách je uspokojení potřeby bolesti. Velkou problematikou je uspokojování potřeby vyprazdňování na lůžku. Jde o intimní záležitost každého jedince. Výzkum potvrdil, že se časem nepříjemné pocity zmírňují, ale přesto i nadále vyprazdňování na lůžku klientům vadí. Nejdelší dobu na vyrovnání se s touto situací potřebovali klienti ve věkové kategorii 31 – 45 let. K dobře probíhající léčbě patří i aktivizace nemocných a péče o psychickou pohodu. Schopnost zaměstnat se během dne nějakou aktivitou, která je pro nemocného alespoň trochu zajímavá, má význam v tom, že nemocný není tak soustředěn na své problémy a potíže. Největší schopnost něčím se během dne zaměstnat má věková skupina 21 – 30 let. Mnoho klientů se zaměstnává právě hrou s mobilním telefonem, na počítači nebo surfování po internetu. Pro mladé lidi je mobilní telefon nepostradatelný. Výzkum potvrdil, že i ve vyšším věku si na tuto moderní techniku lidé rychle zvykají, používají ji, ale rozhodně není pro ně nepostradatelná. Pokud musí být nemocný hospitalizován, většinou v počátcích nemoci ho zajímají otázky týkající se jeho zdraví. Je-li hospitalizace delší a zdravotní stav se lepší, začíná klient přemýšlet o svých blízkých, o práci, která zůstala nedokončena nebo o budoucnosti. O své blízké mají skutečně obavy nejvíce klienti ve věkové kategorii 31 – 45 let. Ve věkové kategorii nad 60 let se nejvíce obávají o zdraví svých blízkých. Největší obavy ze ztráty zaměstnání mají klienti ve věkové kategorii 21 – 30 let. V této věkové kategorii je nejvíce klientů, kteří mají pracovní poměr na dobu určitou, i když podle zákoníku práce

(§ 46) platného od 1.1.2007 může zaměstnavatel zaměstnance propustit, pokud není zdravotně způsobilý pro práci, kterou vykonává, a nedohodnou se na práci jiné.

Je mnoho otázek, které nemocné znepokojují a jejichž vyřešení je pro ně důležité. Rozhodně je nutné, aby byl nemocnému nablízku někdo, komu se může se svými problémy svěřit a který mu v řešení jeho problémů pomůže. Na ONP má své nezastupitelné místo také sociální sestra, která úzce spolupracuje s celým zdravotnickým týmem a rodinami klientů. Je velkým přínosem v řešení především sociálních problémů klientů. Problematika uspokojování potřeb na ONP je složitá. Je zde mnoho klientů se zhoršenou soběstačností, s poruchami paměti i klienti, u kterých převládá paliativní péče. V péči o všechny tyto klienty musí denně sestry řešit rozhodnutí, co udělat hned a co snese odklad. Uspokojení potřeb ve správném pořadí pomáhá klientům s adaptací na nemoc a nové prostředí. Spokojenost klienta se pak odráží v jeho spolupráci s celým zdravotnickým týmem a v neposlední řadě má vliv na jeho uzdravování.

## 7. SEZNAM LITERÁRNÍCH ZDROJŮ

- 1) BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P., *Základy klinické psychologie*, 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 440 s., ISBN 80-7178-550-4.
- 2) ČÁP, J., MAREŠ, J., *Psychologie pro učitele*, 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 656 s., ISBN 80-7178-550-4.
- 3) FARKAŠOVÁ, D., a kol., *Ošetrovatel'stvo – teória*, Martin: Osveta, 2001. 135 s., ISBN 80-8063-086-0.
- 4) GERMANN, G., BRYCHTA, P., ŠVESTKOVÁ, S., et al., *Kompendium ran a jejich ošetrování*, 1. vydání. Veverská Bytýška: Hartman Rico, 1999. 123 s., ISBN 3-929870-18-5.
- 5) GRUBEROVÁ, B., *Gerontologie*, 1. vydání. České Budějovice: JU ZSF, 1998. ISBN 80-7040-286-5.
- 6) HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*, 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 776 s., ISBN 80-7178-303-X.
- 7) *Historie*. [online]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/>, [citováno 15.4.2007].
- 8) HUGO, J., VOKURKA, M., *Praktický slovník medicíny*, 6. vydání. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s., ISBN 80-85912-38-4.
- 9) JUŘENÍKOVÁ, P., *Ošetrovatel'ství, učební text pro SZŠ*, 1. vydání. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999. 236 s.
- 10) KALVACH, Z., et al., *Geriatric a gerontologie*, 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 864 s., ISBN 80-247-0548-61.
- 11) KOHOUTEK, R., *Základy psychologie osobnosti*, Brno: CERM, 2000. 263 s., ISBN 80-7204-156-8.
- 12) KOLEKTIV AUTORŮ, *České ošetrovatel'ství, příručka pro sestry 2*, 1. vydání. Brno: IDVPZ, 1998. 47 s., 57-863-98.
- 13) KOLEKTIV AUTORŮ, *Lemon, učební texty pro sestry a porodní asistentky 1díl*, 1. vydání. Brno: IDVPZ, 1997. 184 s., ISBN 80-7013-234-5.
- 14) KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o léčbě bolesti*, 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 356 s., ISBN 80-247-1720-4.

- 15) LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie, 2. aktualizované vydání*, 2. vydání. Praha: Grada, 2006. 368 s., ISBN 80-247-1248-9.
- 16) LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie*, 1. vydání. Praha: Grada, 1998. 343 s., ISBN 80-7169-195-X.
- 17) MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*, 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 264 s., ISBN 80-247-1399-3.
- 18) MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství I. díl*, 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 187 s., ISBN 80-246-0429-9.
- 19) MASTILIAKOVÁ, D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*, 1. vydání. Brno: IDVPZ, 1999. 164 s., ISBN 80-7013-277-9.
- 20) *Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení k aplikaci zák. č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. [online]. Dostupné z: [http://www.mzd.cz/data/c2414/lib/Methodicky\\_pokyn.doc](http://www.mzd.cz/data/c2414/lib/Methodicky_pokyn.doc), [citováno 15.4.2007].
- 21) MUSIL, J., V., *Úvod do sociální psychologie*, 1. vydání. Olomouc: Universita Palackého, 1996. 81 s., ISBN 80-7067-647-7.
- 22) *Obecná psychologi.*, [online]. Dostupné z: [http://psychologie.nazory.cz/psychologie\\_osobnosti.htm](http://psychologie.nazory.cz/psychologie_osobnosti.htm), [citováno 15.4.2007].
- 23) PACOVSKÝ, V., *Geriatrická diagnostika*, 1. vydání. Praha: Scientia Medica, 1994. 152 s., ISBN 80-85526-32-8
- 24) PETR, Petr. *Kvalita života ve světle novějších konceptů, Hodnocení kvality života*. [online]. 2.11. 2005. Dostupné z: [http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni\\_texty/texty\\_KZ05/](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/verzdrav/clenove/petr/studijni_texty/texty_KZ05/), [citováno 15.4.2007].
- 25) RECINOVÁ, Irena. *Přínos Ericha Fromma k pochopení duchovní situace současného světa*. [online]. 1.1.2006. Dostupné z: <http://clovek.ff.cuni.cz/rservice.php?akce=tisk&cislocclanku=2006010806>, [citováno 15.4.2007].
- 26) ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, *Ošetrovatelství I. díl pro 1. ročník SZŠ*, 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. 231 s., ISBN 80-86073-96-3.
- 27) STAŇKOVÁ, M., *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*, 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2001. 55 s., 57-873-00.

- 28) STAŇKOVÁ, M., *Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*, 1. vydání. Brno: IDVPZ, 1998. 50 s., 57-856-98.
- 29) ŠIMÁNKOVÁ, M., A KOL., *Základy ošetrovatelství*, 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. 354 s., ISBN 80-246-1091-4.
- 30) ŠOTOLOVÁ, M., *Nemocnice České Budějovice a.s.*, 1. vydání. České Budějovice: Protisk, 2006. 68 s., ISBN není uvedeno.
- 31) ŠOTOLOVÁ, M., *Osobnost*, Nemocniční zpravodaj, ročník 16, č. 2/2006. str. 35 – 37. ISSN neuvedeno.
- 32) ŠOTOLOVÁ, M., *Změny na postech primářů*, Nemocniční zpravodaj, ročník 17, č. 1/2007. str. 5 – 6. ISSN neuvedeno.
- 33) ŠŤASTNÝ, J., *Lůžka následné péče – zavádějící pojem*, Zdravotnické noviny, ročník 50, č. 39/2001. str. 15. ISSN neuvedeno.
- 34) TRACHTOVÁ, E., et al., *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*, 1. vydání. Brno: IDVPZ, 1999. 186 s., ISBN 80-7013-285-X.
- 35) VAGNEROVÁ, M., *Základy psychologie*, 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 360 s., ISBN 80-246-0841-3.
- 36) Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 2/1998, str. 24 – 25.
- 37) Výroční zpráva 2005 Nemocnice České Budějovice a.s., 17.5.2006.
- 38) *Vývojová psychologie*. [online]. Dostupné z: [http://psychologie.nazory.cz/vyvojova\\_psychologie.htm](http://psychologie.nazory.cz/vyvojova_psychologie.htm), [citováno 15.4.2007].
- 39) *Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.* [online]. 31.3.2006. Dostupné z: <http://www.spdn-cr.org/media/soubory/socialni/castka-37-06-zak.-o-soc.-sluzbach-a-dalsi.pdf>, [citováno 15.4.2007].
- 40) *Zdravotnická oddělení*. [online]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/>, [citováno 15.4.2007].

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Imobilizace

Léčebny dlouhodobě nemocných

Oddělení následné péče

Potřeba

Uspokojování potřeb

Věkové kategorie

## **9. PŘÍLOHY**

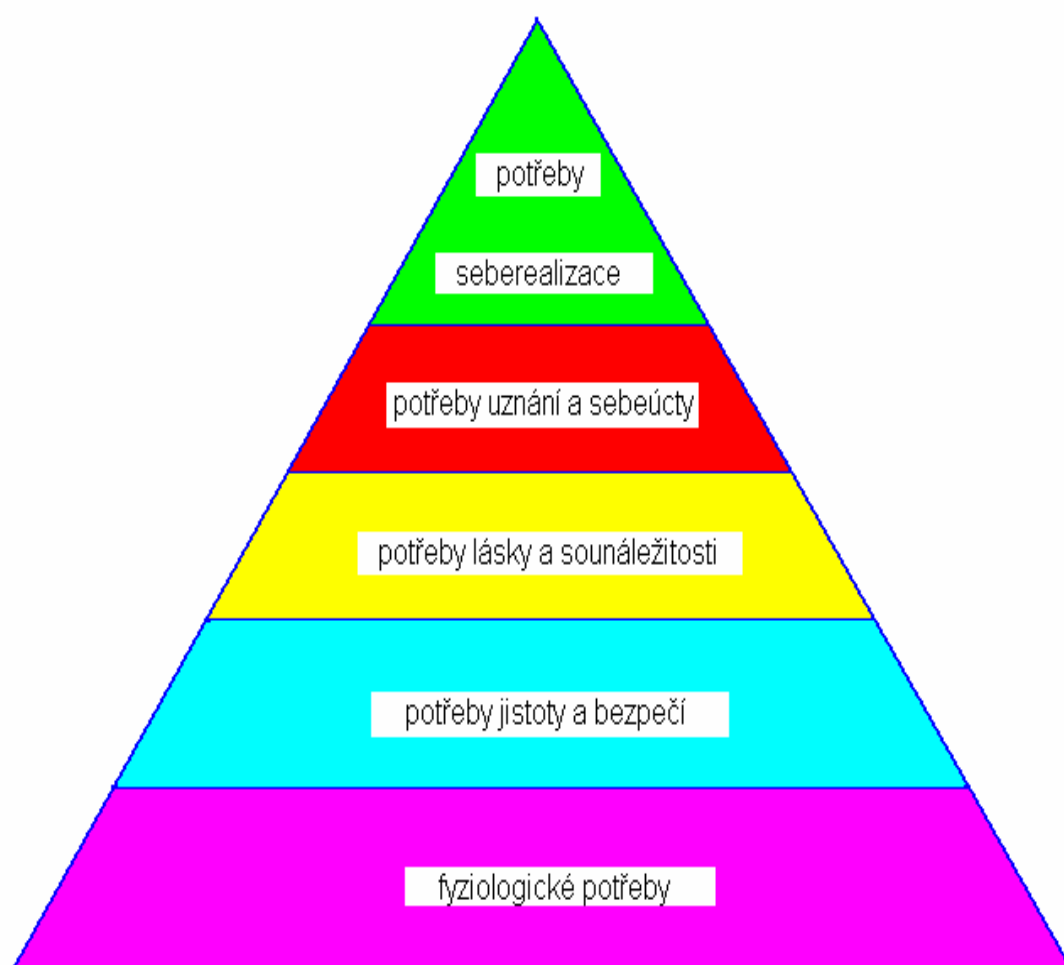
Příloha č.1 - Maslowova hierarchie lidských potřeb

Příloha č.2 - Dotazník – pilotní studie

Příloha č.3 – Dotazník

## Příloha č.1 - Maslowova hierarchie lidských potřeb

K nejvýznamnějším příspěvkům Abrahama Maslowa v psychologii patří hierarchie lidských potřeb, kterou obvykle zobrazoval jako pyramidu.





## Příloha č.2 - Dotazník – pilotní studie

Vážená paní, vážený pane

Jmenuji se Jindra Hašková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tématem mé závěrečné bakalářské práce je: „Problematika uspokojování potřeb u imobilních nemocných podle věkových kategorií na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s.“ Tímto Vás prosím o spolupráci při sběru údajů. Vámi vybrané odpovědi označte křížkem, případně prosím doplňte. Přeji Vám brzké uzdravení a za spolupráci děkuji.

Jindra Hašková

- 1) Jaký je Váš věk:
  - do 20 let
  - 21 – 30 let
  - 31 – 45 let
  - 46 – 60 let
  - nad 60 let
- 2) Jste:
  - muž
  - žena
- 3) Měl/a jste při přijetí na ONP bolesti?
  - ano
  - ne
- 4) Máte bolesti v současnosti?
  - ano
  - ne

Představte si stupnici od 1 – 10, kdy 0 je bolest nejmenší a 10 největší.  
Zakreslete na osu pod textem této otázky místo, které by odpovídalo intenzitě Vaší bolesti.

1 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 10  
nejmenší \_\_\_\_\_ největší

- 5) Znáte nějaké alternativní způsoby tišení bolesti?
  - ano, jaké:.....
  - ne

- 6) Využíváte alternativních metod tišení bolesti při současné hospitalizaci?
- ano
  - ne, z jakého důvodu: .....
- 7) V jakém pořadí by měl dle Vašeho názoru zdravotnický personál uspokojovat Vaše potřeby?
- bolest, vyprázdnění, jídlo, pití
  - pití, bolest, vyprázdnění, jídlo
  - bolest, jídlo, pití, vyprázdnění
  - jídlo, pití, bolest, vyprázdnění
  - bolest, pití, vyprázdnění, jídlo
  - vyprázdnění, bolest, pití, jídlo
  - jiná kombinace: .....
- 8) V jakém pořadí zdravotnický personál uspokojuje Vaše potřeby?
- bolest, vyprázdnění, jídlo, pití
  - pití, bolest, vyprázdnění, jídlo
  - bolest, jídlo, pití, vyprázdnění
  - jídlo, pití, bolest, vyprázdnění
  - bolest, pití, vyprázdnění, jídlo
  - vyprázdnění, bolest, pití, jídlo
  - jiná kombinace: .....
- 9) Máte nepříjemné pocity při vyprazdňování na lůžku?
- ano
  - ne
  - jen při vyprazdňování stolice
  - jiné: .....
- 10) Máte pocit, že časem vykonání potřeby na lůžku není pro Vás již takovým stresem?
- ano
  - ne
  - nevím
- 11) Jak dlouho trvalo, než se Vaše nepříjemné pocity při vyprazdňování na lůžku zmírnily?
- asi 2 – 3 dny
  - asi týden
  - asi 2 týdny
  - nepříjemné pocity mám stále
  - vykonávat potřebu na lůžku mi nevádí

12) Co Vám nejvíce vadí při vykonávání potřeby vyprazdňování na lůžku?

(můžete označit i více možností)

- přítomnost spolupacientů na pokoji
- přítomnost zdravotnického personálu
- nezavřené dveře
- nedostatečná hygiena po vyprázdnění na lůžku
- nemožnost si důkladně omýt ruce pod tekoucí vodou
- jiné: .....

13) Vadí vám při současné hospitalizaci nečinnost?

- ano
- ne
- nevím

14) Které aktivity během dne při současné hospitalizaci provádíte?

(můžete označit i více možností)

- čtení
- sledování TV
- poslech hudby
- služby mobilního telefonu
- práce na počítači
- internet
- luštění křížovek (sudoku)
- povídání se spolupacienty
- jiné: .....

15) Provozoval/a jste výše uvedené aktivity i před nemocí?

- ano
- ne
- jen někdy

16) Používal/a jste před nemocí moderní techniku?

mobilní telefon

počítač

internet

- |                             |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> ano   | <input type="radio"/> ano   | <input type="radio"/> ano   |
| <input type="radio"/> ne    | <input type="radio"/> ne    | <input type="radio"/> ne    |
| <input type="radio"/> někdy | <input type="radio"/> někdy | <input type="radio"/> někdy |

17) Pokud nemáte tuto techniku u sebe, vadí Vám to?

- ano
- ne
- nevím
- potřebnou techniku mám u sebe

18) Vyhovuje Vám četnost Vašich návštěv?

- ano, je dostačující
- ne, je nedostačující z důvodu: .....

.....

19) Máte obavy o chod Vaší domácnosti v souvislosti s Vaší nepřítomností?

- ano
- ne
- nevím

20) Které otázky v souvislosti s chodem Vašeho rodinného života si nejčastěji pokládáte?

(můžete uvést více možností)

- Jak děti bez mého dohledu zvládnou školu?
- Bude bez mého dohledu fungovat domácnost?
- Poradí si beze mě partner?
- Jsou všichni zdraví?
- Přijdou na návštěvu kamarádi?
- Přijdou na návštěvu příbuzní?
- jiné: .....

21) Chodíte do zaměstnání?

- ano
- ne

- trvalý pracovní poměr
- pracovní poměr na dobu určitou
- brigády
- osoba samostatně výdělečně činná
- studující
- mateřská dovolená
- důchodce (starobní, invalidní)
- uchazeč o zaměstnání
- jiné : .....

### **Otázka pro studenty**

22) Máte obavy, že hospitalizace negativně ovlivní Vaší přípravu na budoucí povolání?

- ano
- ne
- nevím

## Otázky pro pracující

- 23) Máte obavy, že ztratíte z důvodu hospitalizace kontakt s novinkami, týkající se Vaší profese?
- ano
  - ne
  - nevím
- 24) Máte strach, že můžete v souvislosti se stávajícím stavem přijít o práci?
- ano
  - ne
  - nevím
- 25) Máte obavu, že pro svůj zdravotní stav budete muset změnit zaměstnání?
- ano
  - ne
  - nevím
- 26) Máte obavy, že nemoc zhorší Vaši ekonomickou situaci?
- ano
  - ne
  - nevím
- 27) Máte obavu z toho, jak zvládnete současnou situaci doma po propuštění?
- ano
  - ne
  - nevím

### Příloha č.3 – Dotazník

Vážená paní, vážený pane

Jmenuji se Jindra Hašková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tématem mé závěrečné bakalářské práce je: „Problematika uspokojování potřeb u imobilních nemocných podle věkových kategorií na oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice a.s.“ Tímto Vás prosím o spolupráci při sběru údajů. Vámi vybrané odpovědi označte křížkem, případně prosím doplňte. Přeji Vám brzké uzdravení a za spolupráci děkuji.

Jindra Hašková

- 1) Jaký je Váš věk:
  - do 20 let
  - 21 – 30 let
  - 31 – 45 let
  - 46 – 60 let
  - nad 60 let
- 2) Jste:
  - muž
  - žena
- 3) Měl/a jste při přijetí na ONP bolesti?
  - ano
  - ne
- 4) Máte bolesti v současnosti?
  - ano
  - ne

Představte si stupnici od 1 – 10, kdy 0 je bolest nejmenší a 10 největší.  
Zakreslete na osu pod textem této otázky místo, které by odpovídalo intenzitě Vaší bolesti.

1 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 10  
nejmenší \_\_\_\_\_ největší

- 5) Znáte nějaké jiné způsoby tišení bolesti, než jsou léky?
  - ano, jaké:.....
  - ne

- 6) Využíváte alternativních metod tišení bolesti při současné hospitalizaci?
- ano
  - ne, z jakého důvodu: .....
- 7) V jakém pořadí by měl dle Vašeho názoru zdravotnický personál uspokojovat Vaše potřeby?
- bolest, vyprázdnění, jídlo, pití
  - pití, bolest, vyprázdnění, jídlo
  - bolest, jídlo, pití, vyprázdnění
  - jídlo, pití, bolest, vyprázdnění
  - bolest, pití, vyprázdnění, jídlo
  - vyprázdnění, bolest, pití, jídlo
  - jiná kombinace: .....
- 8) V jakém pořadí zdravotnický personál uspokojuje Vaše potřeby?
- bolest, vyprázdnění, jídlo, pití
  - pití, bolest, vyprázdnění, jídlo
  - bolest, jídlo, pití, vyprázdnění
  - jídlo, pití, bolest, vyprázdnění
  - bolest, pití, vyprázdnění, jídlo
  - vyprázdnění, bolest, pití, jídlo
  - jiná kombinace: .....
- 9) Máte nepříjemné pocity při vyprazdňování na lůžku?
- ano
  - ne
  - jen při vyprazdňování stolice
  - jiné: .....
- 10) Máte pocit, že časem vykonání potřeby na lůžku není pro Vás již takovým stresem?
- ano
  - ne
  - nevím
- 11) Jak dlouho trvalo, než se Vaše nepříjemné pocity při vyprazdňování na lůžku zmírnily?
- asi 2 – 3 dny
  - asi týden
  - asi 2 týdny
  - nepříjemné pocity mám stále
  - vykonávat potřebu na lůžku mi nevadí

12) Co Vám nejvíce vadí při vykonávání potřeby vyprazdňování na lůžku?  
(můžete označit i více možností)

- přítomnost spolupacientů na pokoji
- přítomnost zdravotnického personálu
- nezavřené dveře
- nedostatečná hygiena po vyprázdnění na lůžku
- nemožnost si důkladně omýt ruce pod tekoucí vodou
- jiné: .....

13) Vadí vám při současné hospitalizaci nečinnost?

- ano
- ne
- nevím

14) Které aktivity během dne při současné hospitalizaci provádíte?  
(můžete označit i více možností)

- čtení
- sledování TV
- poslech hudby
- služby mobilního telefonu
- práce na počítači
- internet
- luštění křížovek (sudoku)
- povídání se spolupacienty
- jiné: .....

15) Provozoval/a jste výše uvedené aktivity i před nemocí?

- ano
- ne
- jen někdy

16) Používal/a jste před nemocí moderní techniku?

- | mobilní telefon             | počítač                     | internet                    |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> ano   | <input type="radio"/> ano   | <input type="radio"/> ano   |
| <input type="radio"/> ne    | <input type="radio"/> ne    | <input type="radio"/> ne    |
| <input type="radio"/> někdy | <input type="radio"/> někdy | <input type="radio"/> někdy |

17) Pokud nemáte tuto techniku u sebe, vadí Vám to?

- ano
- ne
- nevím
- potřebnou techniku mám u sebe



18) Vyhovuje Vám četnost Vašich návštěv?

- ano, je dostačující
- ne, je nedostačující z důvodu: .....

.....

19) Máte obavy o chod Vaší domácnosti v souvislosti s Vaší nepřítomností?

- ano
- ne
- nevím

20) Které otázky v souvislosti s chodem Vašeho rodinného života si nejčastěji pokládáte?(můžete uvést více možností)

- Jak děti bez mého dohledu zvládnou školu?
- Bude bez mého dohledu fungovat domácnost?
- Poradí si beze mě partner?
- Jsou všichni zdraví?
- Přijdou na návštěvu kamarádi?
- Přijdou na návštěvu příbuzní?
- jiné: .....

21) Máte obavu z toho, jak zvládnete současnou situaci doma po propuštění?

- ano
- ne
- nevím

22) Máte obavy, že nemoc zhorší Vaší ekonomickou situaci?

- ano
- ne
- nevím

23) Chodíte do zaměstnání?

- ano
- ne
- trvalý pracovní poměr
- studující
- pracovní poměr na dobu určitou
- mateřská dovolená
- brigády
- důchodce (starobní, invalidní)
- osoba samostatně výdělečně činná
- uchazeč o zaměstnání
- jiné :.....

### **Otázka pro studenty**

- 24) Máte obavy, že hospitalizace negativně ovlivní Vaši přípravu na budoucí povolání?
- ano
  - ne
  - nevím

### **Otázky pro pracující**

- 25) Máte obavy, že ztratíte z důvodu hospitalizace kontakt s novinkami, týkající se Vaší profese?
- ano
  - ne
  - nevím
- 26) Máte strach, že můžete v souvislosti se stávajícím stavem přijít o práci?
- ano
  - ne
  - nevím
- 27) Máte obavu, že pro svůj zdravotní stav budete muset změnit zaměstnání?
- ano
  - ne
  - nevím

