JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Potřeba jistoty a bezpečí u pacientek na gynekologicko – porodnickém oddělení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Andrea Festová, Mgr.

2007

Autor:
Jana Večeřová

ABSTRACT

For security and safety, it is necessary to avoid risk and danger. They represent needs of trust, reliability, stability, freedom from fear, economical provision. It is necessary to divide need for security and safety in need of avoiding risk, preserving of health, trust, self-sufficiency, information and orientation, stimulations, property and possession accumulation, peace and tranquillity, hope and belief. Degree of feeling of security and safety affects the biological side of human organism. It is affecting functions of the individual organ systems by influencing the central nervous system. Insecurity works as a stressful factor and it affects the adaptation mechanism of the organism. Fear, anxiety, anger and grief belong among psychical reactions to dissatisfaction of safety need. Type and intensity of the reaction are always individual.

The aim of this work was to find out, whether the needs of security and safety are satisfied for female patients in the gynaecological-maternity ward and which factors affect satisfaction of these needs. Two hypotheses were determined in the beginning. The first hypothesis says: Needs of security and safety of female patients in the gynaecological-maternity ward are satisfied. The second hypothesis was determined as follows: Approach of medical staff affects the satisfaction of needs of security and safety of female patients in the gynaecological-maternity ward.

The first hypothesis was testified by the research – needs of security and safety of female patients in the gynaecological – maternity ward are satisfied. The second hypothesis was testified as well – the research proved that staff approach shares in the satisfaction of needs of security and safety. The research was realized by quantitative method by means of answer sheets, which I have chosen, because it enables to provide a huge number of empiric data in relatively short time period and also it enables for the questioned patients to be anonymous. The answer sheets were distributed in the standard wards: conservative gynaecology, peri-surgical gynaecology, risk gravidity and childbed in hospital České Budějovice a. s. during June in 2007. 86 filled-in answer sheets were processed in total. Work will be used within education at Jihočeská Univerzita and published in the internet.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Potřeba jistoty a bezpečí u pacientek na gynekologicko – porodnickém oddělení“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které 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.

V Českých Budějovicích, dne……. ……..

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Andree Festové za její čas, ochotu a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Jejího vedení a pomoci si velmi vážím.

OBSAH : **str.**

ÚVOD ... 3

1. SOUČASNÝ STAV ... 4

1.1 Potřeby člověka ... 4

1.1.1 Klasifikace potřeb ... 5

1.1.2 Hierarchie potřeb podle Abrahama Maslowa ... 6

1.1.3 Proces naplňování potřeb ... 8

1.1.4 Potřeby člověka v nemoci ... 8

1.1.5 Význam ošetřovatelské péče při naplňování potřeb ... 9

1.2 Jistota a bezpečí ... 10

1.2.1 Potřeba jistoty a bezpečí ... 11

1.2.2 Faktory ovlivňující uspokojování potřeby jistoty a bezpečí ... 11

1.2.3 Reakce na neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí ... 16

1.3 Specifika ošetřovatelské péče na gynekologicko – porodnickém oddělení ... 19

1.3.1 Gynekologické ošetřovatelství ... 19

1.3.2 Porodnické ošetřovatelství ... 20

1.4 Ošetřovatelský proces u potřeby jistoty a bezpečí ... 21

1.4.1 Posouzení ... 21

1.4.2 Diagnostika ... 22

1.4.3 Plánování ... 25

1.4.4 Realizace ... 25

1.4.5 Vyhodnocení ... 26

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY ... 27

2.1 Cíl práce ... 27

2.2 Hypotézy ... 27

3. METODIKA ... 28

3.1 Metodika práce ... 28

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru ... 28

4. VÝSLEDKY..... 29
5. DISKUSE..... 46
6. ZÁVĚR..... 50
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... 51
8. KLÍČOVÁ SLOVA..... 54
9. PŘÍLOHY..... 55

Úvod

Problematika lidských potřeb je velice širokým tématem, které je v současné době klíčovým momentem ošetřovatelství. Filosofie ošetřovatelství, holismus, nás vede k chápání člověka nejen tělesně, ale v celé šíři bio-psycho-sociálních složek. Přesto jsou stále v popředí pozornosti hlavně potřeby fyziologické. Potřeba jistoty a bezpečí je chápána jako jedna z potřeb základních, v hierarchii A. Maslowa je řazena hned za potřeby fyziologické. Během hospitalizace, kdy je narušen pocit životní jistoty se dostává do popředí. Proto jsem se rozhodla se na toto téma zaměřit a svou práci mu věnovat.

Jistota a bezpečí je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Představuje potřebu důvěry, spolehlivosti, stability, osvobození od strachu, ekonomického zajištění. Potřebu jistoty a bezpečí je možné rozdělit na potřebu vyhnout se ohrožení, zachování zdraví, důvěry, soběstačnosti, informací a orientace, podnětů, vlastnictví a hromadění majetku, míru a klidu, naděje a víry. Míra pocitu jistoty a bezpečí má vliv na biologickou stránku lidského organismu. Působením přes centrální nervový systém a vegetativní nervstvo má vliv na funkci jednotlivých orgánových systémů. Nejistota působí jako stresující faktor a ovlivňuje adaptační mechanismy organizmu. Mezi psychické odezvy na neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí patří strach, úzkost, hněv a smutek. Typ a intenzita odezvy je vždy individuální.

Uspokojená potřeba jistoty je tedy jedním z předpokladů správného fungování organismu jako celku. Je nedílnou součástí procesu uzdravování a jednou z podmínek zachování zdraví. Klient zdravotnického zařízení by měl mít primárně zajištěny nejen potřeby fyziologické, ale i potřeby týkající se jistoty a bezpečí. Problematika potřeby jistoty a bezpečí by neměla být zdravotníky opomíjena při stanovování ošetřovatelských diagnóz.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Potřeby člověka

Lidské potřeby jsou nezbytné, prospěšné a velmi úzce souvisí s kvalitou a zachováním našeho života.

Potřeby v oblasti základního zachování existence jsou vlastní všem rostlinám i živočichům na Zemi. U člověka pak druhá signální soustava mění obsah a způsob naplnění těchto potřeb, přidružují se potřeby psychické, sociální a duchovní.(20)

Každý člověk má jedinečné vlastnosti a potřeby. Lidské potřeby jsou určené společenskými podmínkami života, jejich vývoj vychází z podmínek života, je určován společenskými vztahy a místem, které určitý člověk v soustavě těchto vztahů zaujímá. (3)

Potřeby člověka vyplývají buď z nedostatku nebo z přebytku něčeho. Cílem lidské snahy je uspokojování potřeb. Neuspokojené potřeby mají za následek neklid, strach, pocity ohrožení a narušení jednoty organizmu. (17)

„Potřebami rozumíme vlastnosti organizmu, které mu dávají podnět k vyhledávání podmínek nezbytných k životu a vyhýbání se podmínkám, které by ho poškodily“ (17, str. 90)

„Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho zcela konkrétního a pro člověka jednoznačně důležitého“ (22, str. 32)

Potřeba je stav odchylky od normy, kterou si určuje sám člověk, po které touží, která mu vyhovuje a kterou sám pro sebe považuje za nejlepší.

Nastalou potřebu doprovází celkové napětí a snaha co nejdříve a co nejlépe potřebu uspokojit. Člověk začne jednat a vyvine konkrétní činnost, aby dosáhl uspokojení potřeby. (22)

Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým originálním způsobem, určitý způsob motivovaného chování se projevuje zcela individuálně. Všichni lidé mají stejné potřeby, každý jim však přikládá vlastní důležitost a uspokojuje je vlastním způsobem. Lidské potřeby se vyvíjejí a kultivují odlišně v průběhu života. (21)

Pravidelné a plynulé naplňování potřeb přináší pocit klidu a štěstí. Opakované a dlouhodobé nenaplňování naopak vede k nesouladu a neshodám, mění chování jedince a poškozuje ho. Nenaplnění potřeby postihne občas každého. Jednotliví lidé se od sebe ale liší schopností snášet rozdíly mezi skutečností a vlastním přáním. (22)

Typickým znakem moderního ošetřovatelství je cílené hodnocení a uspokojování potřeb zdravého a nemocného člověka, které se realizuje přes ošetřovatelský proces. (21)

1.1.1 Klasifikace potřeb

V psychologii jsou většinou potřeby člověka členěny na biogenní, fyziologické a dále na psychogenní, sociogenní, psychologické. Toto rozdělení odpovídá pojetí člověka jako bytosti biologické a současně sociální. Z ošetřovatelského hlediska odpovídá holistickému pojetí člověka. Pojem potřeba pak vyjadřuje jednak nedostatky biologické, jako je nedostatek jídla nebo odpočinku, a jednak nedostatky v sociálním životě člověka, jako potřeba lásky nebo zázemí. Některé sociální potřeby mají biologický základ. (21)

Potřeby člověka mohou být členěny z několika pohledů.

Podle významu pro život můžeme potřeby rozdělit na primární (základní) a sekundární (vyšší) potřeby. Uspokojování primárních potřeb je nezbytné pro zachování samotného života, jedná se o potřeby biologické, jako je dostatek vzduchu a potravy, dostatečný spánek a odpočinek. Mezi základní potřeby můžeme zařadit i potřebu bezpečí. Naplnění potřeb sekundárních pak činí život pestřejší a příjemnější. Přináší do života obohacení, uspokojení, seberealizaci, potřebu společenských interakcí a lásky, potřebu kulturnosti.

Podle obsahu můžeme potřeby rozčlenit na fyziologické, psychické, sociální a spirituální. Potřeby fyziologické jsou potřebami základními, jsou synonymem k potřebám primárním. Potřeby psychické vycházejí z individuálního vnímání okolního světa, ze schopnosti a síly vnímat a zpracovávat podněty k našemu jednání a chování. Jedná se o potřeby uspokojování vývoje osobnosti, potřebu jistoty a bezpečí, potřebu

orientovat se v okolí, potřebu s okolím komunikovat a být s ním v interakci, potřebu milovat a být milován. Potřeby sociální jsou potřebami dostatku informací o sobě a okolním světě, potřeby péče o zdraví, ekonomického zajištění, potřeby sounáležitosti s určitou lidskou skupinou. Jsou naplňovány aktivitou a prožitky. Potřeby spirituální se týkají oblasti duchovního života a religiozity. Jsou to potřeby týkající se víry a vyznání. (20)

1.1.2 Hierarchie potřeb podle Abrahama Maslowa

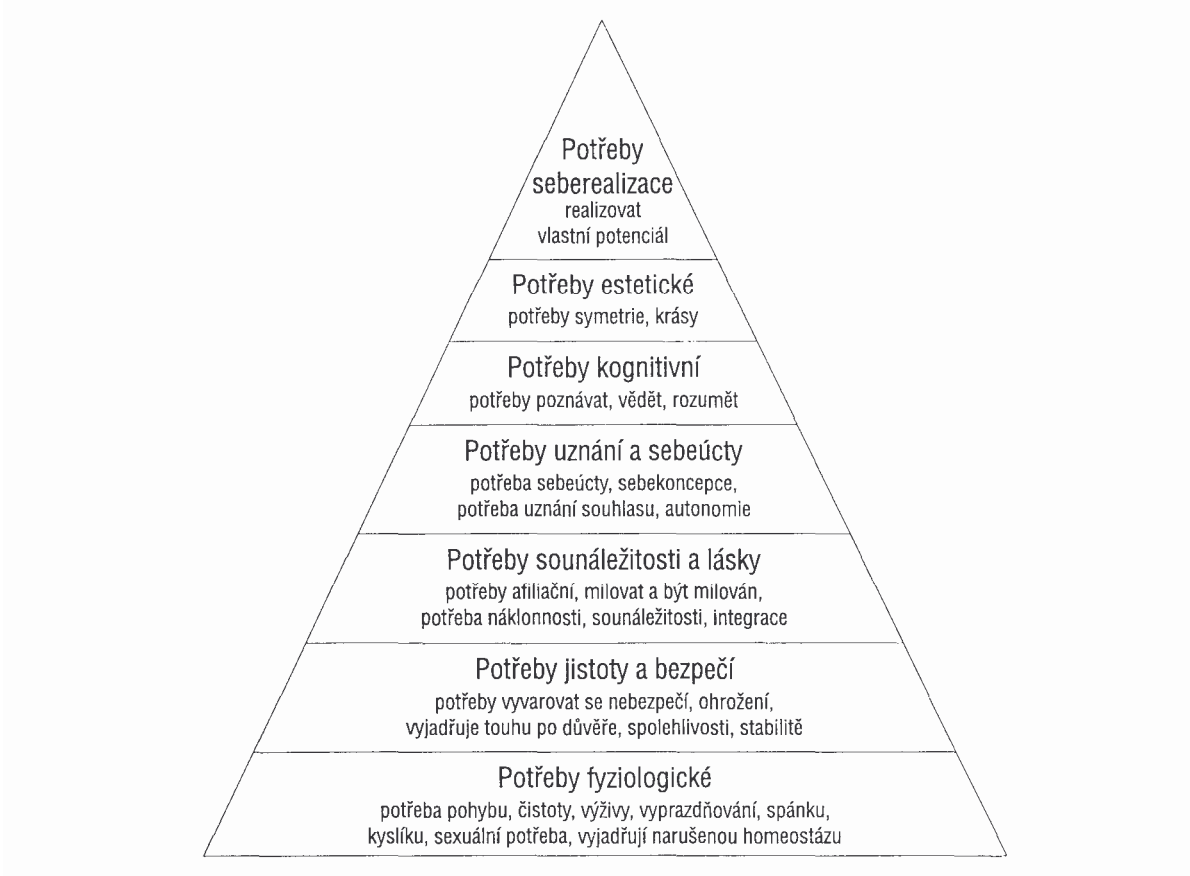
Humanista a psycholog A. Maslow se zabýval problematikou lidských potřeb a motivacemi které vedou k jejich naplnění. (20)

Ve čtyřicátých letech dvacátého století vyvinul teorii lidských potřeb. Podle něj potřeby motivují chování jednotlivce. Jeho model zahrnuje fyziologické i psychologické potřeby, které hodnotí podle jejich významu pro přežití jednotlivce. Potřeby na jedné úrovni je podle něj třeba uspokojit dříve než potřeby na následující úrovni. Maslowových pět kategorií úrovní potřeb a jejich hierarchické uspořádání zahrnuje fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, potřebu lásky a příslušnosti, potřebu sebeúcty a seberealizace.

Lidé po celý svůj život usilují o zabezpečení svých potřeb na všech úrovních. Dominantní potřeby na jednotlivých úrovních se ale mohou lišit v průběhu života. Lidé se v průběhu života stále mění a vyvíjejí se. Pokud se lidská potřeba uspokojí, člověk si ji již dále neuvědomuje. Potřeby se mohou splnit úplně, částečně, nebo se nemusí splnit vůbec. Člověk se většinou svým konáním snaží vytrvale svoje potřeby uspokojovat.

Mezi základní fyziologické potřeby Maslow zařazuje vzduch, potravu, vodu, přístřeší, odpočinek a spánek, činnost a udržování teploty. Jsou to potřeby nezbytné pro zachování života. Osoba, která nemá delší čas tyto potřeby uspokojeny, zaměřuje na jejich saturaci veškeré své úsilí. Když člověk dosáhne splnění fyziologických potřeb, objevuje se potřeba bezpečí v jeho prostředí. Tato potřeba má dvě stránky: fyzikální a psychologickou. Osoba chce být v bezpečí a cítit se v bezpečí, fyzickém i citovém. Třetí úroveň potřeb, potřeba lásky, náklonnosti a příslušnosti se vynořuje, pokud jsou

uspokojeny dvě předchozí. Potřeba lásky zahrnuje její poskytování i přijímání. Mezi potřeby příslušnosti patří dosáhnutí místa ve skupině, založení rodiny. Čtvrtou úrovní je potřeba úcty a ocenění. Člověk potřebuje sebeúctu stejně jako ocenění od druhých. Pokud se uspokojí potřeba ocenění, člověk usiluje o seberealizaci V ní si jedinec uvědomuje svůj plný potenciál, svůj život řídí sám, je autonomní. (5)



Obrázek 1 – Maslowova hierarchie potřeb

Zdroj: TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.*

1.1.3 Proces naplňování potřeb

Uspokojování potřeb chápeme jako dynamický proces, měnící se podle rozvoje společnosti. Proces uspokojování potřeb se mění zároveň s měnícími se potřebami a představami jednotlivce, rodiny nebo komunity. Uspokojování potřeb většinou probíhá v určitých periodách. Při procesu uspokojování potřeby dochází k individuálnímu přehodnocení významu konkrétní potřeby.

Každý má jinou míru naléhavosti naplňování jednotlivých potřeb. Při hodnocení míry a touhy po uspokojování můžeme použít pojmů prahové, podprahové a nadprahové.

Podprahové uspokojování potřeb může vést člověka postupně k pocitu, frustrace, stresu a deprivace. Záleží pak na adaptivních mechanizmech jedince a s jeho schopností se problémem vyrovnat.

Nadprahové naplnění potřeb je většinou projevem hyperprotektivní péče někoho z okolí. Může vést k pocitům přílišné kontroly, nesvobody a může mít vážné následky.

Prahové naplnění potřeb je doprovázeno pocitem uspokojení, přináší životní vyrovnanost a pohodu a pocit životního optima.

Způsoby vedoucí k uspokojení potřeb je možno rozdělit na zdravé a nezdravé uspokojování. Za zdravé uspokojování potřeb lze považovat takové chování, které neškodí jedinci ani nikomu v jeho okolí, je v souladu se sociálně-kulturními hodnotami a právními normami. Nezdravé způsoby uspokojování potřeb jsou pak pravým opakem předcházejících. (20)

1.1.4 Potřeby člověka v nemoci

Klient přichází do zdravotnického zařízení a účelem diagnostiky nebo léčby onemocnění. Společným zájmem nemocného i zdravotníků je návrat ke zdraví. Pro uzdravení nemocného je třeba vedle dodržování léčebného režimu i uspokojování základních fyzických potřeb. Na uzdravovací proces má příznivý vliv i dobrá psychická pohoda nemocného. Vedle biologických potřeb by měl mít nemocný saturovány i potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu, úcty, potřeby estetické a poznávací. (21)

V době nemoci jsou u člověka zachovány v plné míře dosavadní somatické potřeby. Změny nastávají tam, kde se některé z potřeb stávají více naléhavými, mění se podmínky a způsob jejich saturace. Nemocný je nedává najevo obvyklým způsobem, případně je dávat najevo nechce nebo neumí.

K významným změnám dochází hlavně v oblasti psychických a sociálních potřeb.

Člověk je díky nemoci vytržen ze svého sociálního i materiálního prostředí, má porušeny denní rytmy a zvyklosti, musí používat nové vzorce chování. Dostává se do situací, které se zcela vymykají jeho dosavadnímu životnímu stylu. Jeho dosavadní jistoty jsou ohroženy, začíná se cítit ohrožen.

Pro každého člověka je nemoc těžkou situací, ve které potřebuje pomoc. (22)

Posouzení uspokojení biologických potřeb je většinou objektivní, ale může být i subjektivní pro nemocného. Posouzení, zda byla saturována potřeba psychologická je hodnocením subjektivním, objektivně ji lze těžko posoudit.

Na uspokojování potřeb člověka má vliv celá řada faktorů, patří mezi ně nemoc a okolnosti, za kterých nemoc vzniká , individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka. (21)

1.1.5. Význam ošetřovatelské péče při naplňování potřeb

Léčebná i ošetřovatelská péče musí být zaměřena na uspokojování všech primárních i sekundárních potřeb v plném rozsahu, tak jak je klient prezentuje a je schopen je přijmout. (19)

Důležité je nalezení cesty ve vztahu ke klientovi, která je základem porozumění jeho potřebám jejich následného naplnění. Zdravotnický personál by měl chápat člověka jako holistickou bytost, jako bytost bio-psycho-sociální a spirituální. Měl by také dobře znát potřeby člověka, aby ho mohl správně vést k jejich pochopení a uspokojení.

Potřeby člověka by měly být uspokojovány postupně, v pořadí podle důležitosti, kterou jim klient přikládá. Vždy, pokud je to možné, by měly být řešeny nejdříve problémy s prioritním významem pro klienta. (9, 21)

Prioritou ošetřovatelské péče by mělo být uspokojování potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného. Další prioritou je podpora terapeutických procesů, do nichž by měl být klient aktivně zapojován. Pro naplnění těchto cílů je dobré požádat o spolupráci i klientovu rodinu. Klient by měl mít dostatek adekvátních informací o své nemoci a její léčbě. Nejistota a nedostatek informací brání naplňování primárních i sekundárních potřeb. (19)

1.2 Jistota a bezpečí

Jistota a bezpečí jsou subjektivními pocity jedince, jejich posouzení závisí na osobnosti člověka na kulturním a sociálním prostředí ve kterém se vyvíjel a ve kterém se nyní nalézá, stejně tak jako na řadě okolností které mají na člověka v danou chvíli vliv. Týkají se jak abstraktního světa pocitů a dojmů tak i konkrétního materiálního světa.

Jistota a bezpečí je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje potřebu důvěry, spolehlivosti, stability, osvobození od strachu, ekonomického zajištění. Potřebu jistoty a bezpečí je možné rozdělit na potřebu vyhnout se ohrožení, zachování zdraví, důvěry, soběstačnosti, informací a orientace, podnětů, vlastnictví a hromadění majetku, míru a klidu, naděje a víry. Míra pocitu jistoty a bezpečí má vliv na biologickou stránku lidského organismu. Působením přes centrální nervový systém a vegetativní nervstvo má vliv na funkci jednotlivých orgánových systémů. Nejistota působí jako stresor a ovlivňuje adaptační mechanismy organizmu.

Jistota a bezpečí jsou zakotveny i v Listině základních lidských práv a svobod. Každý člověk má právo na život, jistotu a svobodu osobnosti, na sociální jistoty, na životní úroveň, která jemu a jeho rodině zajistí zdraví a spokojenost, má právo na jistoty v případě nezaměstnanosti, nemoci, invalidity a stáří. (21)

1.2.1 Potřeba jistoty a bezpečí

Potřeba jistoty a bezpečí patří mezi základní lidské potřeby. Má souvislost s přežitím jedince, můžeme tedy mluvit o potřebě sebezáchovy, o snaze vyhnout se ohrožení. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti a stabilitě.

Hierarchický systém potřeb A. Maslowa řadí potřebu jistoty a bezpečí na stupnici potřeb na druhé místo, hned za potřeby biologické. Jistota a bezpečí mají úzkou spojitost s psychikou, přesto je A. Maslow řadí mezi potřeby nižší, biologické, nedostatkové. Toto zařazení odůvodňuje jejich vrozenou podstatou.

V teorii motivace A. Maslow popisuje potřebu jistoty a bezpečí jakou soubor potřeb, který se dostává do popředí vždy po uspokojení potřeb biologických. Reakce na neuspokojenou potřebu jistoty a bezpečí se v průběhu ontogenetického vývoje mění, člověk si postupně osvojuje adaptivní formy chování.(21)

1.2.2 Faktory ovlivňující uspokojování potřeby jistoty a bezpečí

Faktory působící na potřebu jistoty a bezpečí lze rozdělit do čtyř skupin: fyziologicko-biologické faktory, psychicko-duchovní faktory, sociálně kulturní faktory a faktory životního prostředí. (21)

Fyziologicko-biologické faktory

Mezi filologicko-biologické faktory patří věk a vývojové stádium člověka, funkce orgánových systémů, intaktní tělesná struktura, adaptační mechanismy a zvládání stresu.(21)

Věk a vývojové stádium

Věk a vývojové stádium jedince významně ovlivňují potřebu jistoty a bezpečí.

Pro novorozenecké a kojenecké období je charakteristická závislost na dospělé osobě, kdy zdrojem jistoty a bezpečí je pro dítě matka a blízký kontakt s ní. Pro dítě je v tomto věku vedle uspokojení biologických potřeb životně důležité i uspokojení

potřeby jistoty a bezpečí. Neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí v tomto věku vede k těžké duševní deprivaci, která může později vyústit a až v psychiatrickou poruchu.

V batolecím období se dítě postupně osamostatňuje. Dítě je na matce stále dosti závislé, zároveň se od ní však začíná pomalu vzdalovat a poznává okolní svět.

Dítě *předškolního věku* je stále nejvíce závislé na rodičích a hledá v nich oporu. Rodina pro něj zůstává nejdůležitější sociální skupinou a poskytovatelem zdroje jistoty a bezpečí.

Školní věk je zdrojem významných změn v životě dítěte, do jeho života vstupuje nová autorita – učitel. Nepřiměřené nároky rodičů nebo školy vzhledem ke schopnostem dítěte mohou být zdrojem intenzivního pocitu nejistoty.

Starší školní věk je provázen emocionální disharmonií. Nejdůležitější pro pocit jistoty a bezpečí je stále rodina, dítě v tomto věku začíná pomalu hledat oporu u svých vrstevníků. Neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí má za následek strach a úzkost, které mají v tomto věku své zvláštnosti způsobené nezralostí centrální nervové soustavy a nedostatkem životních zkušeností.

V období adolescence se začíná výrazně projevovat potřeba seberealizace, dominující dospělému věku. Pro saturaci potřeby jistoty a bezpečí je důležitá úspěšnost ve studiu nebo v zaměstnání a ekonomická situace. Velkou roli hrají i vztahy v rodině a s vrstevníky, partnerské a přátelské vtahy.

Období dospělosti je nejdelším vývojovým stádiem člověka. Hlavními cíly v dospělosti jsou založení rodiny, výchova dětí a profesionální zakotvení, dále se rozvíjí osobnost člověka a vztahy s druhými lidmi. Období dospělosti je postaveno na dvou pilířích – rodinném soužitím a zaměstnání.

Období dospělosti se obvykle dále dělí na tři etapy. Časná dospělost je obdobím přechodu mezi adolescencí a plnou dospělostí, člověk upevňuje svou identitu, ztotožňuje se s rolí dospělého, upřesňuje osobní cíle a hodnoty, získává nezávislost na rodičích, hledá životního partnera, zakládá vlastní rodinu a volí povolání. Střední dospělost je charakteristická plnou výkonností a relativní stabilitou. Člověk upevňuje svou identitu, cíle a hodnoty, má plnou odpovědnost v rodině a při výchově dětí. Ve střední dospělosti nastává období tzv. krize středního věku, člověk bilancuje svůj

předchozí život, vztahy v rodině, úspěšnost v zaměstnání… Pozdní dospělost je obdobím uvědomování si vlastní smrtelnosti, odchodu ze zaměstnání na odpočinek.

Pro uspokojení potřeby jistoty a bezpečí *v období stáří* je rozhodující skutečnost, zda člověk žije sám, s partnerem nebo v širší rodině. Velmi důležitý je zdravotní stav, který se v tomto období přirozeně začíná zhoršovat. Dochází k atrofiím a snížení výkonu všech orgánových soustav. Člověk se postupně stává méně soběstačným a nezávislým v běžných denních aktivitách, často je odkázán na pomoc druhých v různém rozsahu. (8, 21, 23)

Nemoc a potřeba jistoty a bezpečí

Na saturaci potřeby jistoty a bezpečí má zásadní vliv nemoc nebo tělesný handicap.

Neuspokojením potřeby jistoty a bezpečí v období nemoci je těžce narušena homeostáza, vnitřní rovnováha nemocného. Nemocný v této situaci strádá jak po stránce psychické tak i fyzické, neuspokojení potřeby chápe jako externí ohrožení své existence.

Nemoc je vždy spojena se ztrátou pocitu jistoty a bezpečí. Zvláště je-li nemoc spojena s hospitalizací nebo jedná-li se chronické onemocnění. Tyto dvě skutečnosti významně ovlivňují a omezují život nemocného v širokém spektru činností.

Hospitalizovaný člověk má potřebu akceptace a pozitivního hodnocení od personálu i ostatních pacientů. Hospitalizovaní mají dále potřebu soukromí, ale zároveň mají potřebu vyvarovat se osamělosti, potřebují adekvátní podněty a aktivitu. Důležitá je pro ně orientace v chodu oddělení a pochopení vlastní hospitalizace a všech terapeutických i diagnostických úkonů. Člověk by během hospitalizace neměl mít nedostatek komunikace a pozitivního kontaktu, silně nežádoucí je izolace od rodiny a přátel. Nežádoucí pro potřebu jistoty a bezpečí jsou i veškeré konflikty s ostatními pacienty a personálem. (21, 23)

Stres a adaptační mechanismy člověka

Stres je situace, jejíž řešení vyžaduje větší schopnosti, než jaké má jedinec k dispozici. Jedinec tuto situaci zvládá s obtížemi nebo nezvládá, je přetížen a postupně se ji snaží překonat mimořádnými mechanizmy. Stresová situace znamená ohrožení a jedinec na ni reaguje psychicky i fyzicky. Pokud selže obranná reakce jedince, nastává únava a útlum a často se dostavuje deprese spojená s pocity bezmoci a beznaděje. Je-li jedinec vystaven působení stresu dlouhodobě, objevuje se u něj některá z psychosomatických poruch zdraví. (23)

Aby jedinec úspěšně překonal stresovou situaci, musí: vyřešit situaci nebo problém, vyřešit vlastní pocity, využít dostupnou společenskou oporu a minimalizovat fyziologické podráždění stresem za pomoci přiměřených činností. (9)

Základní a nejstarší mechanizmy vyrovnání se se závažnými životními situacemi a událostmi jsou tři: útok, útěk a volání o pomoc. Od těchto základních strategií můžeme odvodit další psychické obranné mechanizmy. Mezi nejčastější vnitřní strategie, které nám pomáhají zvládnout stresové situace, patří: racionalizace, popření, vytěsnění, projekce, identifikace, kompenzace, sublimace, opačné reagování, odčinění, disociace, somatizace a regrese. (23)

Zvládání stresu není jednorázovou záležitostí, je to dynamický proces. Není automatickou reakcí, vyžaduje vědomou snahu a námahu člověka. Zvládání stresu je snahou mít pod kontrolou a řídit dění kolem sebe. (6)

Psychicko-duchovní faktory

Na způsob uspokojování potřeby jistoty a bezpečí má zásadní vliv osobnost, vlastnosti, vlohy a schopnosti člověka. Pro potřebu jistoty a bezpečí je určující zejména Eysenckova typologie osobnosti: extroverze – introverze, emocionální labilita – emocionální stabilita. (21)

Extrovert je zaměřený především na okolní svět, je společensky aktivní, je otevřený, přístupný, závislý na mínění ostatních. Dobře se cítí hlavně ve společnosti, svoje problémy řeší většinou se svým okolím.

Introvert je zaměřen více na sebe sama, žije ve svém vlastním vnitřním světě, má bohatou fantazii a představivost. Ve vážných situacích se stahuje sám do sebe, problémy většinou neventiluje do okolí, snaží se najít řešení sám.

Sebekoncepce a sebeúcta vyjadřuje postoj jedince k sobě samému, k vnímání vlastního já. Jedinec s porušenou sebekoncepcí je nejistý a úzkostlivý.

Nemá důvěru v sebe sama, podceňuje svoje schopnosti. Často se cítí ohrožený v nových situacích a prostředích. Oporu hledá ve svém okolí, ať už v osobách, předmětech nebo ve víře.

Pozitivní emocionální stavy, jako radost a spokojenost, a vztahy, jako láska a přátelství, vyvolávají v lidech pocit jistoty a bezpečí. A naopak nedostatek těchto pozitivních stavů může v člověku vyvolat pocit ohrožení a nejistoty. (16, 21)

Sociálně kulturní faktory

Na procesu utváření osobnosti člověka a jeho vývoji se významně podílí celý soubor podmínek, který člověka celý život obklopuje. Na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí se tak podílí kultura a zvyky obvyklé v rodině i v celé společnosti, způsob výchovy i vzdělávání. Každý člověk je jedinečnou osobností a na jeho utváření se jedinečným způsobem podílí vše, s čím se v průběhu svého života setká.

Zařazení člověka do společnosti je procesem, který má zásadní význam pro jeho další vývoj. Pro uspokojování potřeby jistoty a bezpečí je určující zejména kojenecké a batolecí období. Vztah mezi matkou a dítětem, stupeň uspokojování potřeby jistoty a bezpečí a lásky jsou nezbytné pro bezproblémové navazování sociálních vztahů v průběhu celého dalšího života.

Postavení člověka ve společnosti, rodině, zaměstnání, spokojenost nebo nespokojenost s plněním sociálních rolí jsou dalším významným sociálně-kulturním faktorem pro navozování pocitu jistoty a bezpečí. Přiměřené plnění sociálních rolí navozuje pocity spokojenosti, potřebnosti a pozitivně ovlivňuje sebekoncepci člověka. Naopak problémy s plněním sociálních rolí se odráží v oblasti sebekoncepce, navozuje pocity strachu, úzkosti a nejistoty. S naplňováním pracovní role každého člověka je spojeno ekonomické zajištění. (21)

Faktory životního prostředí

Životní prostředí je souborem konkrétních materiálních podmínek, který nás během našeho života obklopuje. Je jedním z bazálních faktorů ovlivňujících potřebu jistoty a bezpečí. Životní prostředí nám poskytuje základní podmínky a prostředky k existenci, může se ale pro život stát i nebezpečné nebo dokonce škodlivé.

Vlivem industrializace a technického pokroku se v životním prostředí kolem nás objevilo více jistoty v podobě dostatku potravy, pitné vody, ochrany před nepřízní počasí atd., stejně tak jako více ohrožujících faktorů. Mezi ty můžeme zařadit znečištění životního prostředí toxickými látkami, vyčerpání nerostného bohatství, zneužití jaderné energie, přírodní katastrofy a celou řadu dalších, více či méně, ohrožujících podnětů. (21)

1.2.3 Reakce na neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí

Mezi psychické odezvy na neuspokojení potřeby jistoty bezpečí patří strach úzkost, hněv a smutek. Typ odezvy závisí na povaze a typu osobnosti, na momentálním stupni vývoje osobnosti, na konkrétních okolnostech situace vedoucí k neuspokojení této potřeby. (21)

Strach

„Strach je možné definovat jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, která v jedinci vyvolává obavu z ohrožení je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obranou funkci.“ (23, str. 235)

Strach je chápán jako obava z něčeho konkrétního, z určitého nebezpečí. Má velice reálný obsah daný chápáním ohrožující situace. Prožívání a zdroj strachu se mění během průběhu života jedince. Tolerance vůči podnětům vyvolávajícím strach se mění v závislosti na tom zda jsme schopni kontrolovat jejich počátek a konec, nebo zda se domníváme, že jsou pod naší kontrolou. (21)

Funkcí strachu je, spolu s únikovou reakcí, obrana proti nebezpečí, strach zároveň signalizuje volání o pomoc a vytváří tendenci k obrannému sdružování a hledání bezpečí. Strach je pudovým projevem touhy po bezpečí a uchování života.

Mírnější formou strachu jsou obavy, silnějším projevem je stav označovaný jako hrůza nebo zděšení, které může být až ochromující.

Příčiny strachu jsou ovlivňovány situačním kontextem, zkušenostmi, hlavně interakcí člověka s jeho prostředím.

Strach má jak fyziologické, tak psychologické příznaky. Mezi fyziologické příznaky patří sucho v ústech, studený pot, zrychlená srdeční činnost, žaludeční nevolnost, zrychlení střevní peristaltiky,pocit slabosti, mdloby atd. Za psychologické příznaky bývá považován zastřený hlas, pocit svíravosti, tísně, sklíčenosti, ohrožení, bezmocnosti, ve strachu může jedinec křičet, volat o pomoc atd. (15)

Úzkost

„Úzkost je nepříjemný prožitek a stav. Na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je horší než událost sama.“ (23, str.236)

Mezi úzkostí a strachem nelze stanovit ostré hranice. Úzkost se může vyvinout na základě vrozených dispozic, na základě silnějších psychických traumat, přetěžování nervové soustavy nebo vlivem konfliktních situací. Úzkost má za některých okolností adaptační význam, za jiných vede k destrukčnímu chování. Úzkost je nerovnovážný stav, který v nás aktivuje potřebu udělat něco pro posílení kladné emoční sféry, nalézt rovnováhu, sebejistotu. (21)

Mezi situace vyvolávající úzkost patří snižování a ztráta prestiže, nemoc nebo fyzické ohrožení, školní práce a zkoušky, problémy a konflikty v rodinných vztazích, finanční těžkosti, ale i abstraktní problémy. Úzkost bývá prožívána jako stísněnost, úzkost je tak ve vztahu s depresí.

Fyziologické komponenty úzkosti jsou velmi různorodé, patří mezi ně zvýšené svalové napětí, zrychlená akce srdeční, bolest na hrudi, dechové obtíže, zažívací obtíže, nutkání na zvracení, zvýšená potivost atd.

Psychická obrana proti úzkosti spočívá v nevědomé snaze vyhnout se zážitkům úzkosti nebo je redukovat. Obranou proti úzkosti je racionalizace, bagatelizace, obraná projekce, regrese nebo nutkavá jednání různého druhu. (15)

Hněv

„Hněv je specificky lidská emoce, prožitkově a ve svém projevu interkulturálně velmi podobná, a proto lze předpokládat její vrozené základy. Obvykle předchází lidskému agresivnímu projevu a bývá jeho podmínkou, ten však nemusí být přítomen. Člověk pociťuje hněv zvláště tehdy, jestliže se ho druhý jedinec něčím dotkne.“ (23, str. 257)

Hněv je původně vrozenou reakcí na frustraci a bývá spojen s agresí vůči zdroji frustrace. Hněv vyvolaný na podkladě sociálních podnětů se spojuje s nepřátelskými postoji (hostilitou) a s nenávistí, s potřebou deptat a ničit, devalvovat protivníka. Hněv má explozivní povahu a vztek může být těžko ovladatelný. Vystupňovaný hněv se projevuje vztekem, zuřivostí, běsněním a je často doprovázen oslabením, nebo ztrátou zábran. (21)

Hněv je spojen s mobilizací energie, zvýšením svalové síly a nutkáním k útoku. Mezi fyziologické projevy hněvu patří rozšíření krevních vlásečnic a vzestup povrchové cirkulace krve, to má za následek zčervenání a opuchnutí, dále dochází ke zvýšení inervace kosterního svalstva - nekoordinované, křečovité pohyby, úsečná a chraptivá řeč, tělo se připravuje k útoku – prudké pohyby, zatínání pěstí, přikrčení, rozšiřují se nosní dírky a dech supí.

Existují i civilizované, intelektualizované formy hněvu zvláště nenávist, závist, zášť a msta.(15)

Agresivita často doprovází emoci hněvu. U člověka může mít různou podobu, může se projevovat v myšlení, komunikaci, prožívaní, jednání, je ukryta v představách, fantaziích, přáních, denních a nočních snech. Agresivitu lze rozdělit na vnitřní a vnější,

verbální a brachiální a na intrapunitivní, zaměřenou proti sobě, a extrapunitivní, zaměřenou proti okolí. (23)

Smutek

Smutek je odpovědí na ztrátu nějaké hodnoty, mírnější podobou je zarmoucení, výraznější podobou je žal spojený s bezvýchodností a touhou po změně minulosti, extrémní formou je hoře. Výrazem smutku je pláč, hluboký smutek pak probíhá bez pláče. Smutek bývá doprovázen celou škálou pocitů: atakami hněvu a vzpoury, strachu a studu, pocitem viny. (21)

Zvláštní formou smutku jsou nostalgie a splín.

Smutek je primární emocí, má vrozený základ a lze ho pozorovat i u některých zvířat. Intenzita smutku závisí na subjektivní hodnotě ztracené hodnoty. Častým projevem smutku bývá pláč s typickou mimikou, lkaním a produkcí slz. Pláč tiší bolest, uvolňuje vnitřní napětí a má důležitou funkci signální, v sociálním okolí vzbuzuje soucit a lítost. (15)

1. 3 Specifika ošetřovatelské péče na gynekologicko – porodnickém oddělení

1.3.1 Gynekologické ošetřovatelství

Gynekologické ošetřovatelství je aplikovaný obor ošetřovatelství, který se zaměřuje na ošetřovatelskou péči o ženu ve všech obdobích jejího života. Gynekologické ošetřovatelství poskytuje ošetřovatelskou péči zdravým i nemocným jedincům ženské populace, jejich rodinám a komunitám. Zaměřuje se především na gynekologické a reprodukční zdraví, na prevenci vzniku ženských chorob, na rychlou obnovu zdraví a případně na zabezpečení pokojného a důstojného umírání a smrti.

Mezi úlohy porodní asistentky v gynekologickém ošetřovatelství patří: uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb ženské populace, poskytování primární, sekundární a terciární zdravotnické péče, podporovat aktivní

zájem žen o proces udržování a podpory vlastního zdraví, léčebný režim a ošetřovatelskou péči, zabezpečovat a realizovat edukaci žen, monitorovat ošetřovatelské požadavky ženské populace a zabezpečit maximální kvalitu ošetřovatelské péče poskytované metodou ošetřovatelského procesu, využívat vědecky zdůvodněné pracovní metody, postupy a techniky kvalifikovanými odborníky, rozpoznávat ošetřovatelské problémy, které mohou být předmětem výzkumu, využívat a aplikovat výsledky výzkumu v gynekologické ošetřovatelské praxi. (4, 11)

1.3.2 Porodnické ošetřovatelství

Porodnické ošetřovatelství je jedním z oborů ošetřovatelství. Zabývá se péčí o ženu ve fertilním období, během těhotenství, porodu a šestinedělí, která se poskytuje v rámci primární, sekundární a následné péče.

Úlohy porodní asistentky v porodnickém ošetřovatelství jsou: poskytovat preventivní, léčebnou, ošetřovatelskou péči, vychovávat ženy k uvědomování si vlastního zdraví, zabezpečit systematickou péči na nejvyšší kvalitativní úrovni, registrovat a dispenzarizovat těhotné ženy, realizovat systematickou a vysoce kvalitní péči v prenatálních poradnách, poskytovat ošetřovatelskou péči v souladu s etickými principy, dodržovat práva ženy a dítěte, zabezpečit ženám absolvování psychosomatické přípravy na porod, umožnit jí výběr prostředí a způsobu porodu, podporovat rozvoj vztahu mezi matkou, dítětem a rodinou. (2, 10)

1.4 Ošetřovatelský proces u potřeby jistoty a bezpečí

„Ošetřovatelský proces je racionální metoda poskytování ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které ošetřovatelští profesionálové používají k posouzení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity, k plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti ošetřovatelské péče.“ (12, str. 40)

Ošetřovatelský proces má pět fází: posouzení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.(12)

1.4.1 Posouzení

„V rámci posouzení probíhají činnosti, kterými zjistíme stav individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity. Posouzení se vždy orientuje na biologické, psychosociální, kulturní a duchovní potřeby klienta.“ (12, str. 42)

Při posuzování potřeby jistoty a bezpečí, vychází porodní asistentka ze skutečnosti, že nemoc a pobyt nemocničním zařízení zásadně zasahují do jejího uspokojování. Mezi projevy neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí patří strach, úzkost a jiné negativní emocionální stavy jako zlost, hněv a agrese. Důvodem těchto emocionálních stavů mohou být různé příčiny spojené s diagnózou a prognózou onemocnění, diagnostickými a léčebnými postupy, nedostatek informací, bolest, vytržení z domácího prostředí, nedostatek sociálních kontaktů atd. (21)

Při získávání anamnestických údajů začíná porodní asistentka studiem zdravotnické dokumentace, kde se seznámí se základními informacemi o klientce a jejím onemocnění. Pokračuje strukturovaným anamnestickým rozhovorem, vedeným dle diagnostických domén. Rozhovor je nutné individuálně přizpůsobit mentálním a jazykovým schopnostem klientky, tak aby porozuměla a mohla plně spolupracovat. Při rozhovoru s klientkou by měla být zachována intimita. Studium zdravotnické dokumentace a strukturovaný rozhovor může být ještě doplněn pozorováním, vyšetřením testy a škálami a rozhovorem s partnerem a rodinou.

Nalezené diagnostické prvky je nutné zaznamenat do ošetřovatelské dokumentace. (12)

1.4.2 Diagnostika

Úkolem ošetřovatelské diagnostiky je identifikovat ošetřovatelské problémy klientek, nikoli jejich onemocnění.

Z údajů získaných při posouzení stanoví porodní asistentka aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy. Diagnózy by se měly skládat z ošetřovatelského problému, dle aktuální verze taxonomie NANDA klasifikace a ze souvisejících faktorů, u aktuálních diagnóz ještě z charakteristických znaků nebo symptomů. Diagnózy se řadí podle priority pro klientku.

Nejčastějšími ošetřovatelskými diagnózami dle NANDA taxonomie II u potřeby jistoty a bezpečí jsou:

00148 Strach

Související faktory: snížená pohyblivost, poškození těla, opakované onemocnění, hospitalizace, léčebné a diagnostické výkony, vztahové konflikty, ztráta blízké osoby, změna prostředí, nedostatek znalostí, neúspěch atd.

Charakteristické projevy: bušení srdce, zvýšený krevní tlak, zvýšená respirace, nespavost, tělesná nevolnost, sucho v ústech, třes, chvění, nauzea, zvracení, nemožnost odpočinku, závrať, časté močení, nervozita, napětí, pocit neštěstí, podrážděnost, netrpělivost, výbuchy vzteku, stahování se do sebe, křik, pláč, změny ve vnímání a myšlení, verbální projevy – slovní vyjádření obav, paniky, hrůzy, děsu, nadměrné dotazování.

00146 Úzkost

Související faktory: onemocnění, invazivní výkony, umírání, domnělé nebo skutečné ohrožení, změna sociální role, ztráta hodnot, etické dilema, vztahový konflikt, ohrožení bezpečnosti, přenos úzkosti z jedné osoby na druhou atd.

Charakteristické projevy: jsou podobné jako u diagnózy strach.

00124 Beznaděj

Související faktory: chronické nebo opakující se onemocnění, chronická bolest, výskyt nových symptomů, léčba bez pozitivních výsledků, esteticky znehodnocující procesy, dlouhodobá závislost na přístrojích pro zachování života, omezení aktivity, dlouhodobá izolace, ztráta významných hodnot, dlouhodobá role pečovatele, dlouhodobý stres atd.

Charakteristické projevy: výraz hluboké apatie, zpomalení reakcí, nedostatek energie, prodloužený spánek, nechutenství, úbytek na váze, zhoršený tělesný stav, ztráta smyslu života, pocit prázdnoty, vyhoření, rezignace, apatie, hněv, suicidiální myšlení, změny v myšlení a vnímání atd.

00125 Bezmocnost

Související faktory: neschopnost komunikovat, neschopnost vykonávat běžné denní činnosti, dementní stavy, duševní onemocnění, drogová závislost, nedostatek informací, ztráta intimity, sociální izolace, změna prostředí, krizové situace atd.

Charakteristické projevy: zjevné nebo skryté vyjadřování neschopnosti zvládat situaci, odmítání nebo neschopnost rozhodovat se, agrese, apatie, úzkostné stavy, deprese, neschopnost komunikace, rezignace.

00126 Deficitní znalost

Související faktory: nedostatek zkušeností s danou situací, nesprávné vyhodnocení informací, nezájem o informace, poruchy paměti, vnímání, jazyková bariéra atd.

Charakteristické projevy: vyjádření problému, žádost o informace, neadekvátní chování, nedodržování léčebného režimu, strach, úzkost atd.

Další ošetřovatelské diagnózy související s potřebou jistoty a bezpečí:

00050 Porušená vnitřní energie

00051 Zhoršená verbální komunikace

00053 Sociální izolace

00059 Sexuální dysfunkce

00061 Přetížení pečovatele

00066 Duchovní nouze

00069 Neefektivní zvládání zátěže

00078 Neefektivní léčebný režim

00083 Konflikt v rozhodování

00085 Zhoršená pohyblivost

00095 Porušený spánek

00097 Nedostatek zájmových aktivit

00102 Deficitní sebepéče při jídle

00108 Deficitní sebepéče při koupání a hygieně

00109 Deficitní sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku

00110 Deficitní sebepéče při vyprazdňování

00114 Stresový syndrom po přemístění

00121 Porušená osobní identita

00122 Porucha smyslového vnímání

00127 Porušená interpretace okolí

00128 Akutní zmatenost

00129 Chronická zmatenost

00130 porušené myšlení

00131 Poškozená paměť

00132 Akutní bolest

00133 Chronická bolest

00137 Chronický zármutek

00138 Riziko násilí vůči jiným

00140 Riziko násilí vůči sobě

00147 Úzkost ze smrti

(1, 12, 13, 14, 18)

1.4.3 Plánování

Jestliže jsou nalezeny ošetřovatelské diagnózy, je nutné sestavit plán jejich řešení. Pro každou klientku vytváří porodní asistentka individuální plán ošetřovatelské péče. Plány ošetřovatelské péče můžeme rozdělit na dlouhodobé, střednědobé, krátkodobé, standardní, vstupní, průběžné. Každý ošetřovatelský plán by měl obsahovat nalezené ošetřovatelské diagnózy s číselným kódem, ošetřovatelské cíle s kritérii pro hodnocení, naplánované ošetřovatelské činnosti nebo intervence, plán uskutečňování péče, data pro vyhodnocení výsledků péče. (12)

1.4.4 Realizace

Je pro klientku nejpodstatnější částí, je při ní poskytována konkrétní individuální ošetřovatelská péče. Péče je zaměřená na prevenci problémů, na jejich odstranění nebo minimálně zmírnění. Při poskytování ošetřovatelské péče plní porodní asistentky zároveň lékařské ordinace a spolupracují s dalšími členy ošetřovatelského týmu. (12)

- Pokus se klientkou navázat vztah a vzbudit v ní důvěru.
- Pravidelně informuj klientku o prováděné ošetřovatelské péči, vždy vysvětli, co a proč budeš dělat, na co je lék, který mu podáváš atd.
- Odpovídej klientce na její otázky, nejsi – li kompetentní k odpovědi, zajisti klientce rozhovor s lékařem.
- Vyslechni klientku a dej jí čas, aby vyjádřila svoje problémy.
- Naslouchej klientčiným problémům, nebagatelizuj je.
- Všímej si i neverbálních projevů klientky, sama jí nabídni rozhovor.
- Nabídni klientce svou pomoc, pokus se jí navrhnout možná řešení.
- Nevnucuj klientce svoje myšlenky, pouze jí pomáhej utřídit si vlastní.
- Pokus se spolu s klientkou její problém rozebrat a nalézt možná řešení.
- Pokus se klientku zabavit, nalezněte spolu činnost, která by ji bavila.
- Informuj rodinu klientky a pokus se s ní nalézt možná řešení, aktivně ji zapoj.
- Pokud je situace závažná, zajisti klientce odbornou pomoc. (1, 12, 13, 14, 18)

1.4.5 Vyhodnocení

V této fázi probíhá vyhodnocení a zpětná kontrola poskytnuté péči. Porodní asistentka zjišťuje, zda cíle byly realistické, zda byly splněny a zda zvolené intervence byly vhodné. Po celou dobu probíhajících intervencí se provádí dílčí vyhodnocení, po odstranění klientčina problému se provede vyhodnocení finální. (12)

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je určit, zda je u pacientek na gynekologicko - porodnickém oddělení uspokojována potřeba jistoty a bezpečí a zjistit, jaké faktory ovlivňují uspokojování této potřeby.

2.2 Hypotézy

H1: Pacientky na gynekologicko porodnickém oddělení mají uspokojenou potřebu jistoty a bezpečí.

H2: Na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacientek na gynekologicko - porodnickém oddělení má vliv přístup zdravotnického personálu.

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

K výzkumu uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacientek na gynekologicko – porodnickém oddělení byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování. Technika dotazníku byla vybrána, protože poskytuje velké množství dat za poměrně krátkou dobu a umožňuje dotazovaným ženám zůstat v anonymitě. Dotazník obsahoval 28 otázek a byl rozdáván ženám hospitalizovaným na standardních odděleních: konzervativní gynekologii, perioperační gynekologii, rizikovém těhotenství a šestinedělí v nemocnici České Budějovice a. s. v červnu roku 2007.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Základní soubor tvoří ženy hospitalizované na gynekologicko – porodnickém oddělení. Dotazníky byly rozdávány na standardních odděleních: konzervativní gynekologii, perioperační gynekologii, rizikovém těhotenství a šestinedělí v nemocnici České Budějovice a. s. v červnu roku 2007.

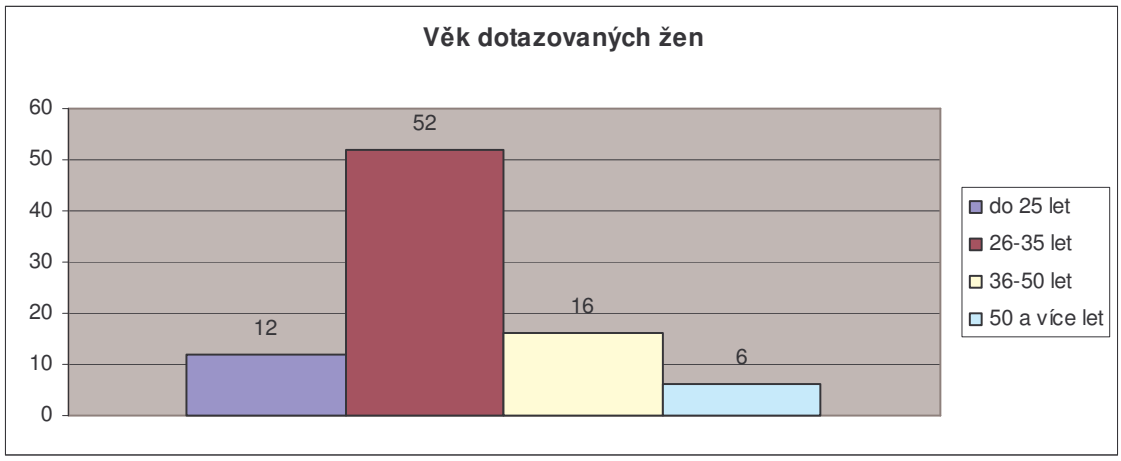
Celkem bylo rozdáno 142 dotazníků. Vrátilo se 91 dotazníků, což je 64,1% návratnost. 5 dotazníků bylo nedostatečně vyplněno a bylo ze souboru vyřazeno. Celkový soubor, který se stal základem pro další výzkum tedy tvořilo 86 dotazníků (100%). Dotazník obsahoval 28 otázek.

Úvodní otázky v dotazníku byly koncipovány jako identifikační (věk a oddělení). Následující otázky se týkají informovanosti žen o důvodech přijetí a léčbě. Další otázky jsou zaměřeny na subjektivní pocity žen a jejich vývoj, na vztah žen s personálem a ostatními pacientkami, na problémy žen při hospitalizaci a jejich řešení a na obavy pacientek během hospitalizace. Poslední tři otázky jsou zaměřeny na pocit jistoty a bezpečí a na faktory související s kladnými pocity během hospitalizace.

Výsledky výzkumu jsou znázorněny v grafech. Grafy ukazují vždy počet žen odpovídajících na danou otázku. Pod grafem jsou popsány získané údaje v absolutních i relativních hodnotách. U grafických znázornění odpovědí na otázky, kde ženy volily více odpovědí, relativní hodnoty uvedeny nejsou.

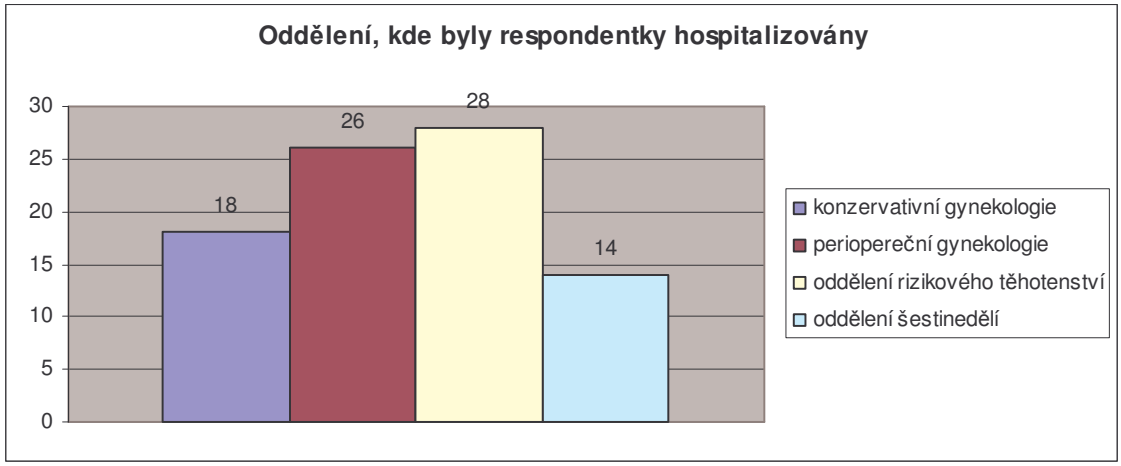
4. VÝSLEDKY

Graf 1



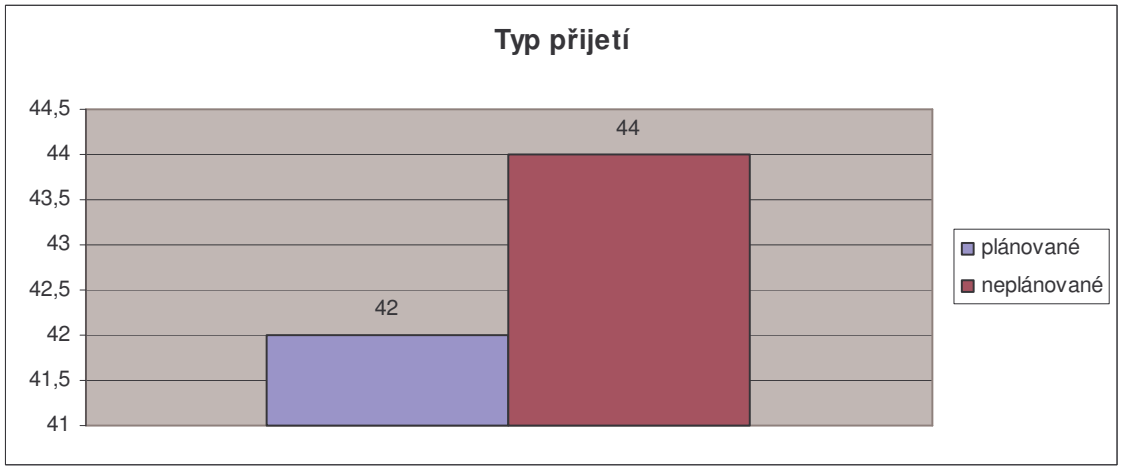
Graf 1 znázorňuje věk dotazovaných žen. Z 86 (100%) bylo12 ženám (14%) méně než 25 let, 52 žen (60%) bylo v rozmezí od 26 do 35 let, 16 žen (19%) v rozmezí od 36 do 50 a 6 žen (7%) bylo starších 50 let.

Graf 2



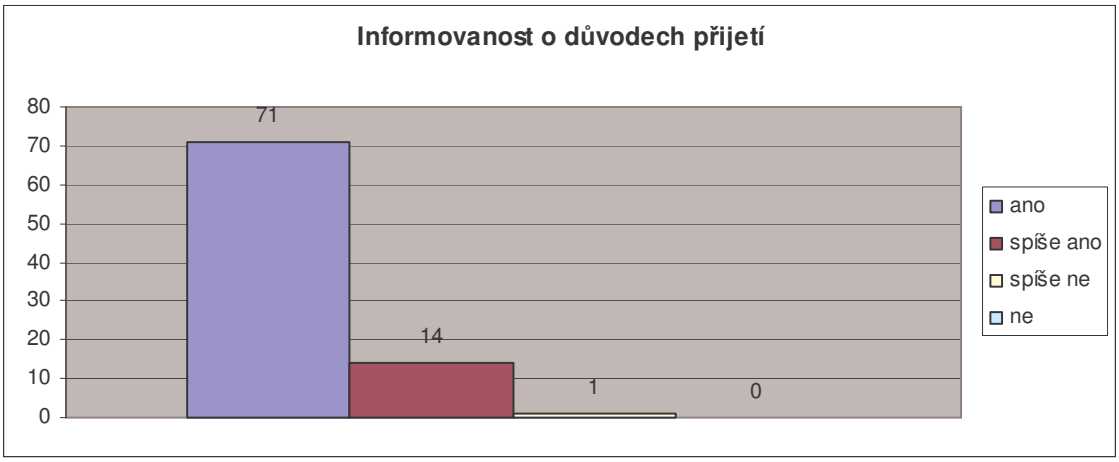
Graf 2 znázorňuje na kterém oddělení byly respondentky hospitalizovány. Z 86 (100%) bylo 18 žen (21%) hospitalizováno na oddělení konzervativní gynekologie, 26 žen (30%) na oddělení perioperační gynekologie, 28 žen (33%) na oddělení rizikového těhotenství a 14 žen (16%) na oddělení šestinedělí.

Graf 3



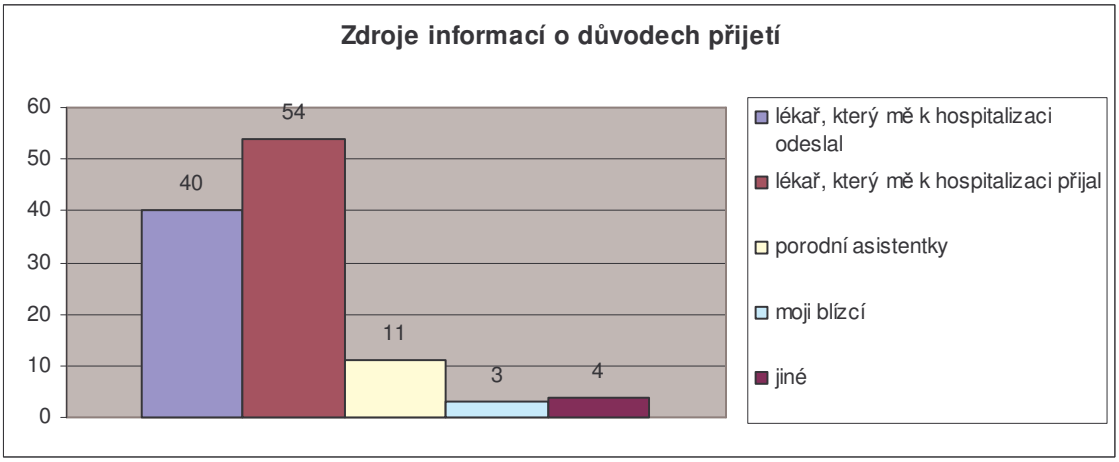
Graf 3 popisuje, zda byly respondentky přijaty plánovaně nebo neplánovaně.Z 86 (100%) bylo 42 žen (49%) přijato plánovaně a 44 žen (51%) neplánovaně.

Graf 4



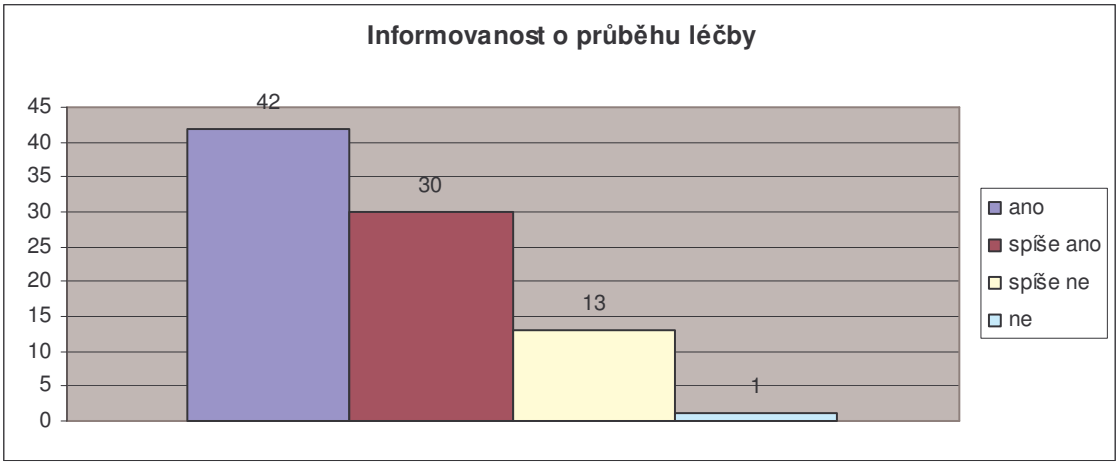
Graf 4 znázorňuje, zda byly ženy dostatečně informovány o důvodech svého přijetí. Z 86 žen (100%) 71 žen (83%) odpovědělo ano, 14 žen (16%) spíše ano, 1 žena (1%) spíše ne a žádná nezvolila možnost ne.

Graf 5



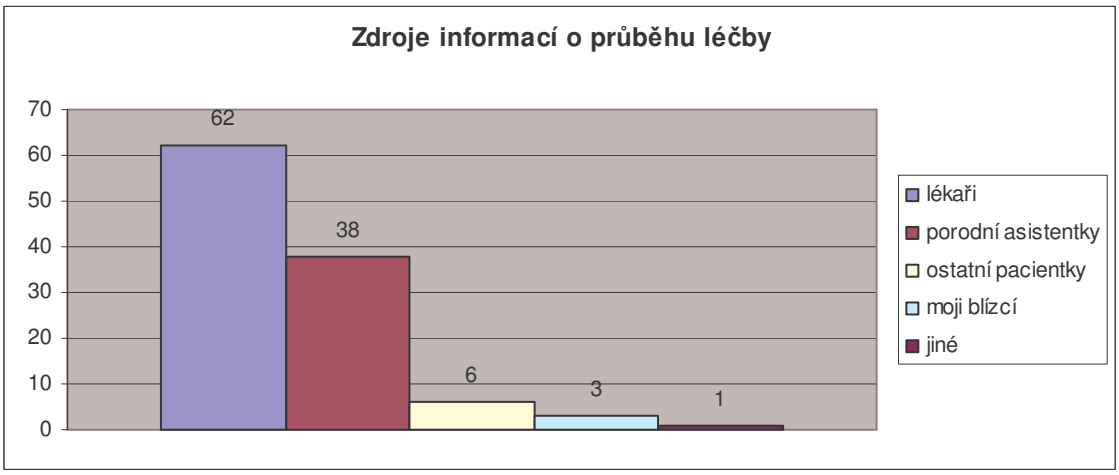
Graf 5 ukazuje z jakých zdrojů čerpaly ženy informace o důvodech přijetí. Ženy zde volily více odpovědí. Z celkových 112 odpovědí 40 odpovědí udávalo lékaře odesílajícího k hospitalizaci, 54 odpovědí udávalo lékaře, který k hospitalizaci přijímal, 11 odpovědí udávalo porodní asistentky, 3 odpovědi udávaly blízké osoby a 4krát byla zvolena možnost jiné, kde byl 2krát vyplněn internet, 1krát známý lékař a 1krát zdravotnické vzdělání.

Graf 6



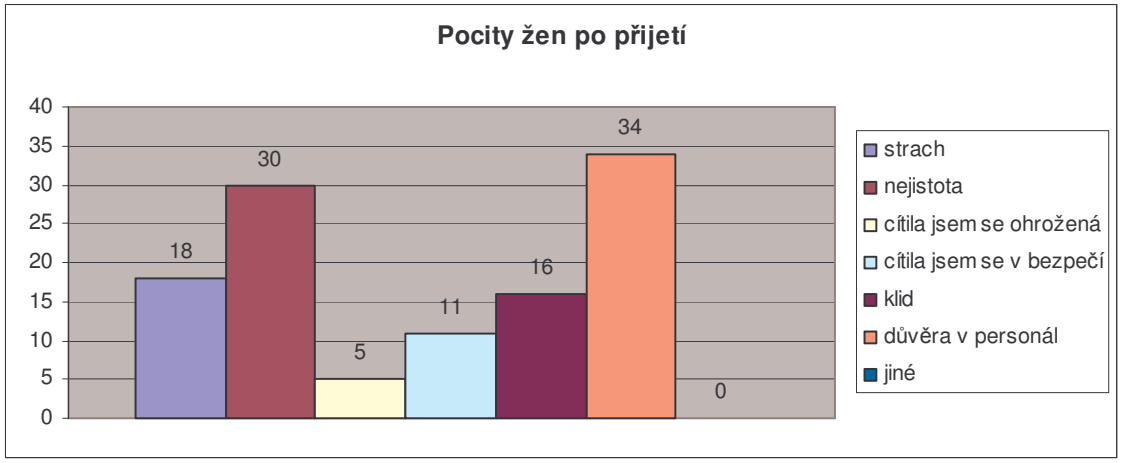
Graf 6 znázorňuje odpovědi na otázku, zda byly ženy dostatečně informovány o průběhu své léčby. Z 86 žen (100%) 42 žen (49%) odpovědělo ano, 30 žen (35%) spíše ano, 13 žen (15%) spíše ne a 1 žena (1%) ne.

Graf 7



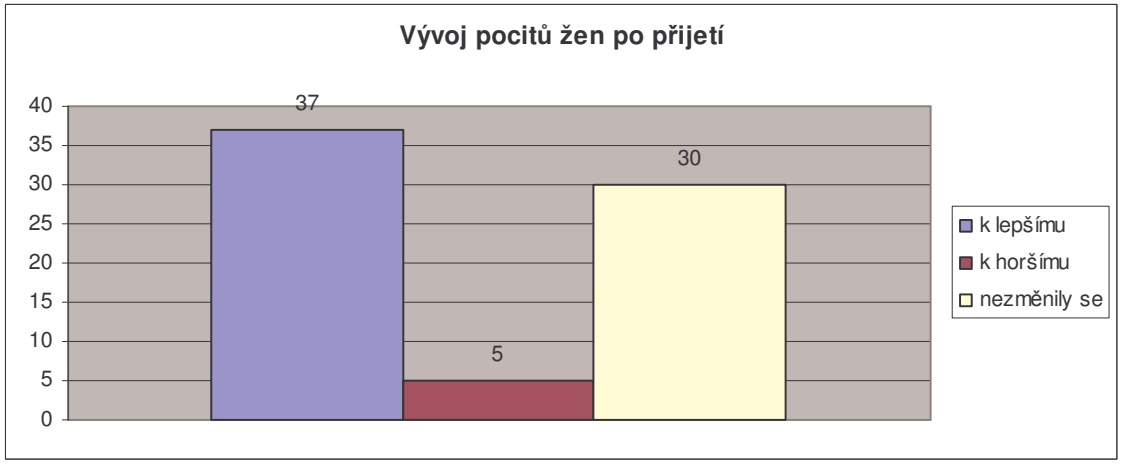
Graf 7 ukazuje z jakých zdrojů získaly ženy nejvíce informací o průběhu léčby. Ženy volily více odpovědí. Z celkových 110 odpovědí 62 odpovědí udávalo lékaře, 38 odpovědí porodní asistentky, 6 odpovědí ostatní pacientky, 3 odpovědi své blízké a 1 odpověď možnost jiné, kde bylo vyplněno zdravotnické vzdělání.

Graf 8



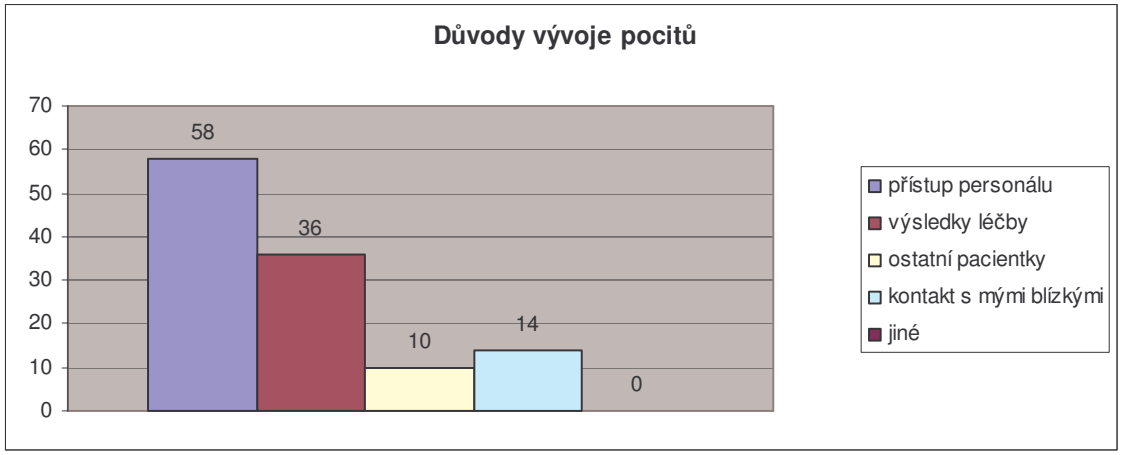
Graf 8 popisuje pocity žen po přijetí k hospitalizaci. Ženy volily více odpovědí. Z celkových 114 odpovědí 18 odpovědí uvádělo možnost strach, 30 odpovědí nejistotu, 5 odpovědí cítila jsem se ohrožená, 11 odpovědí cítila jsem se v bezpečí, 16 odpovědí klid, 34 odpovědí důvěra v personál a možnost jiné nezvolila žádná z žen.

Graf 9



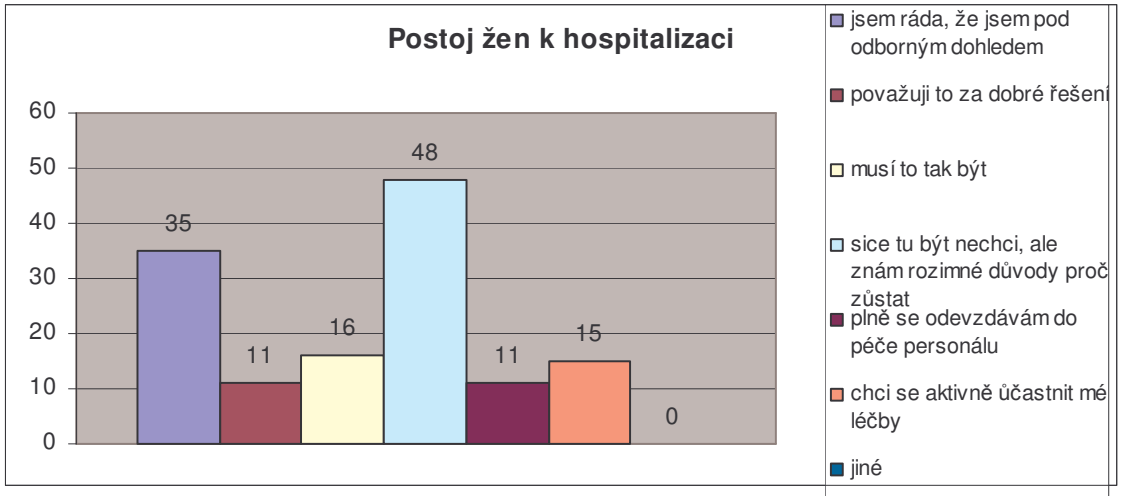
Graf 9 popisuje jak se změnily pocity po přijetí během hospitalizace. Z 86 žen (100%) 37 žen (51%) zvolilo odpověď k lepšímu, 5 žen (7%) k horšímu a 30 žen (42%) uvedlo, že se jejich pocity nezměnily.

Graf 10



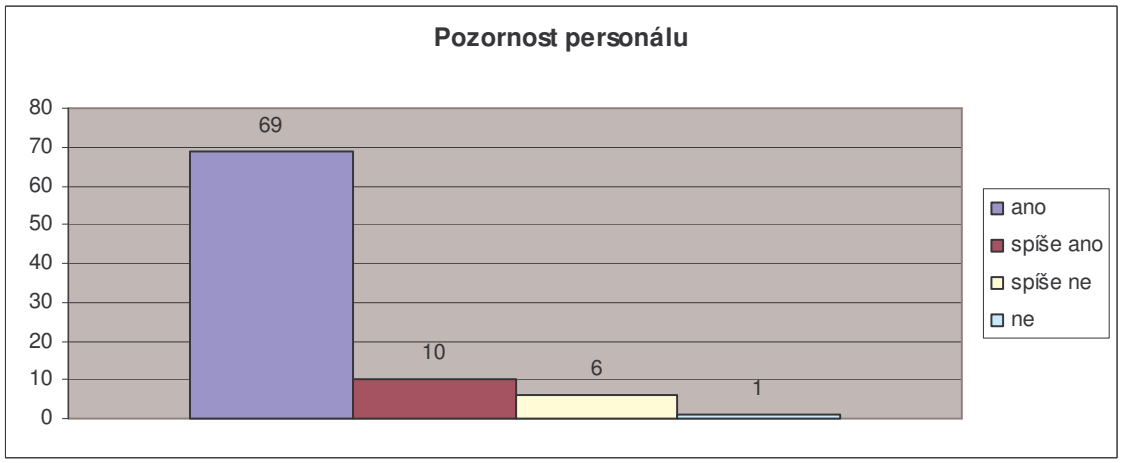
Graf 10 znázorňuje, co mělo vliv na vývoj pocitů žen po přijetí. Ženy volily více odpovědí. Ze 118 odpovědí 58 odpovědí udávalo možnost přístup personálu, 36 odpovědí výsledky léčby, 10 odpovědí ostatní pacientky, 14 odpovědí kontakt se svými blízkými a nikdo nezvolil možnost jiné.

Graf 11



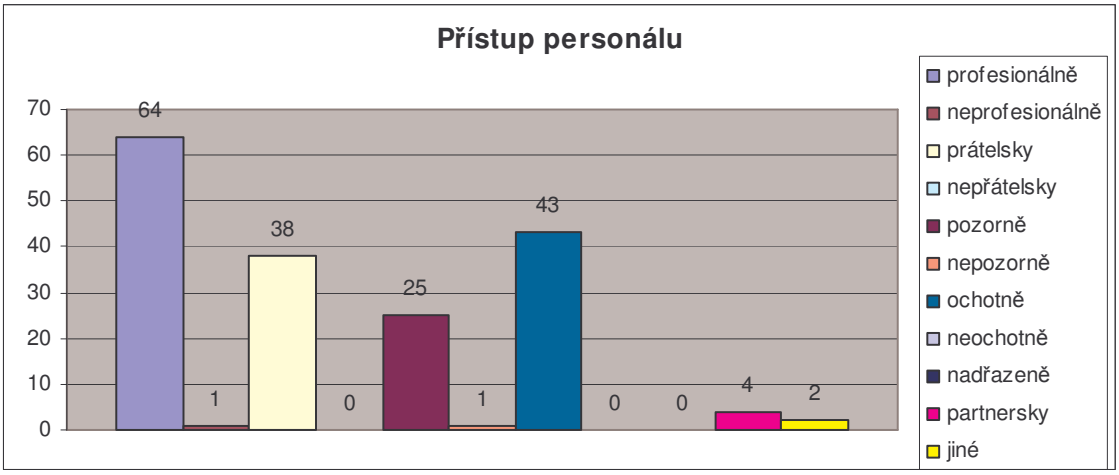
Graf 11 uvádí, jaký je postoj žen k hospitalizaci. Ženy volily více odpovědí. Ze 146 odpovědí 35 odpovědí uvedlo možnost jsem ráda, že jsem pod odborným dohledem, 11 odpovědí považuji to za dobré řešení, 16 odpovědí musí to tak být, 48 odpovědí sice tu být nechci, ale znám rozumné důvody, proč tu zůstat, 11 odpovědí plně se odevzdávám do péče personálu, 15 odpovědí chci se aktivně účastnit mé léčby a nikdo nezvolil možnost jiné.

Graf 12



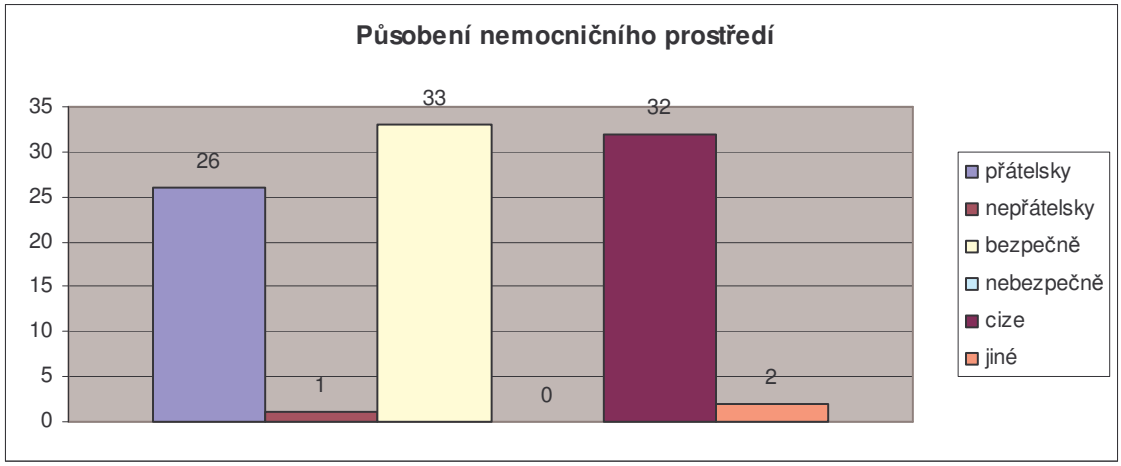
Graf 12 znázorňuje odpovědi na otázku, zda se personál věnuje pacientkám podle jejich mínění dostatečně. Z 86 žen (100%) 69 žen (80%) zvolilo možnost ano, 10 žen (12%) spíše ano, 6 žen (7%) spíše ne 1 žena (1%) ne.

Graf 13



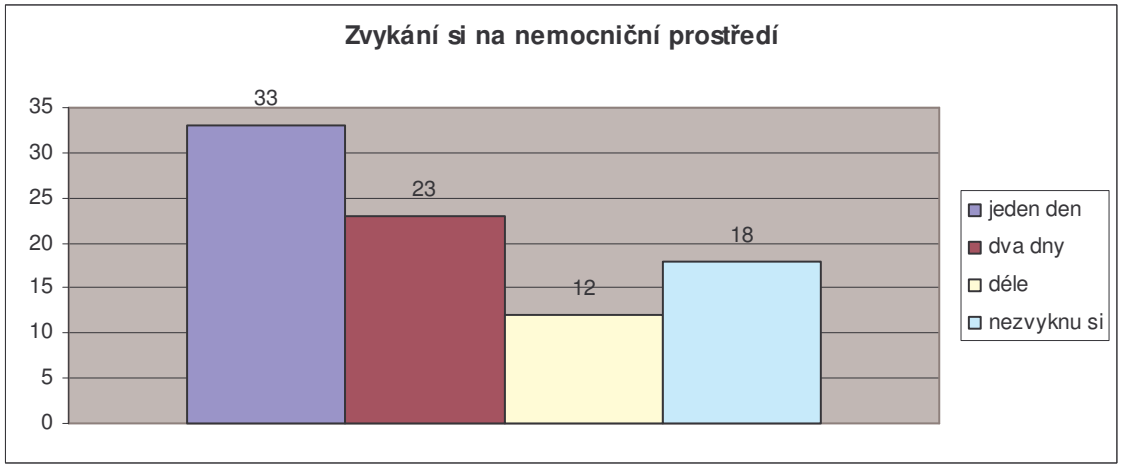
Graf 13 ukazuje, jak ženy celkově hodnotí přístup personálu. Ženy volily více odpovědí. Ze 179 odpovědí 64 odpovědí zvolilo možnost profesionálně, 1 odpověď neprofesionálně, 38 odpovědí přátelsky, 0 odpovědí nepřátelsky, 25 odpovědí pozorně, 1 odpověď nepozorně, 43 odpovědí ochotně, 0 odpovědí neochotně, 0 odpovědí nadřazeně, 4 odpovědi partnersky a dvě ženy zvolily možnost jiné, kde obě odpověděly ve smyslu že nelze všechny hodnotit stejně.

Graf 14



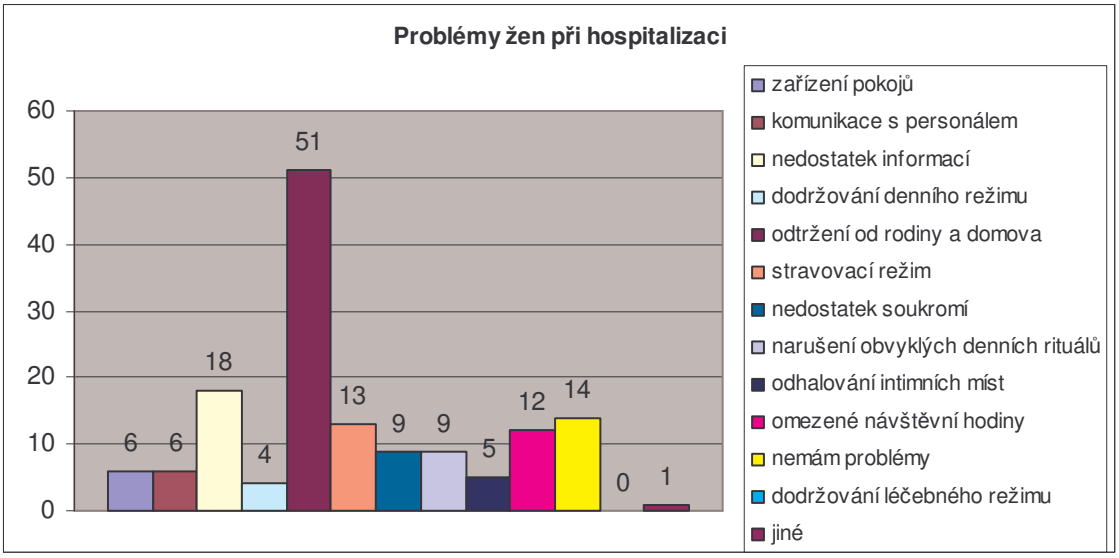
Graf 14 znázorňuje, jak na ženy působí nemocniční prostředí. Ženy volily více odpovědí. Z 94 odpovědí 26 odpovědí zvolilo možnost přátelsky, 1 odpověď nepřátelsky, 33 odpovědí bezpečně, 0 odpovědí nebezpečně, 32 odpovědí cize, 2 odpovědi jiné, kde ženy uvedli neosobně a sterilně.

Graf 15



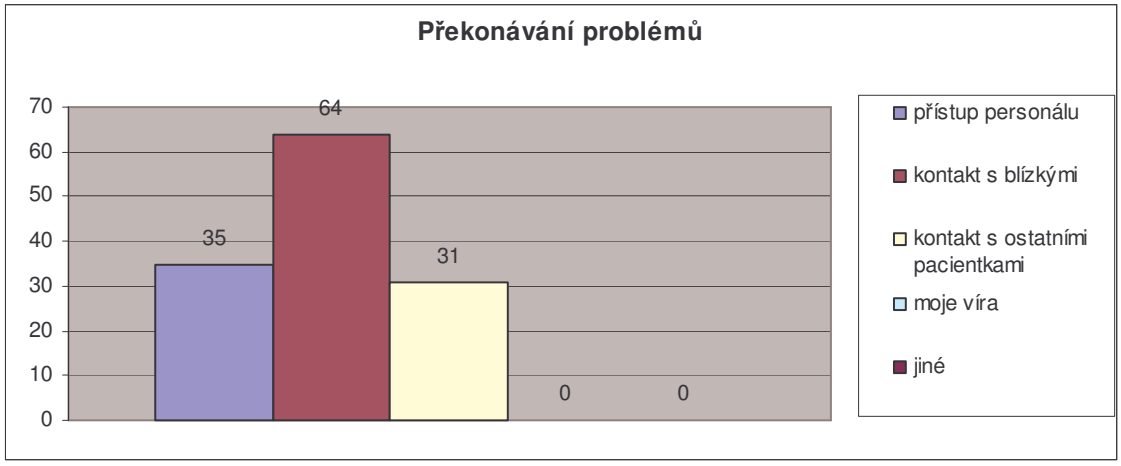
Graf 15 ukazuje, jak dlouho si ženy zvykají na nemocniční prostředí. Z 86 žen (100%) 33 žen (38%) odpovědělo jeden den, 23 žen (27%) dva dny, 12 žen (14%) déle a 18 žen (21%) uvedlo, že si nezvykne.

Graf 16



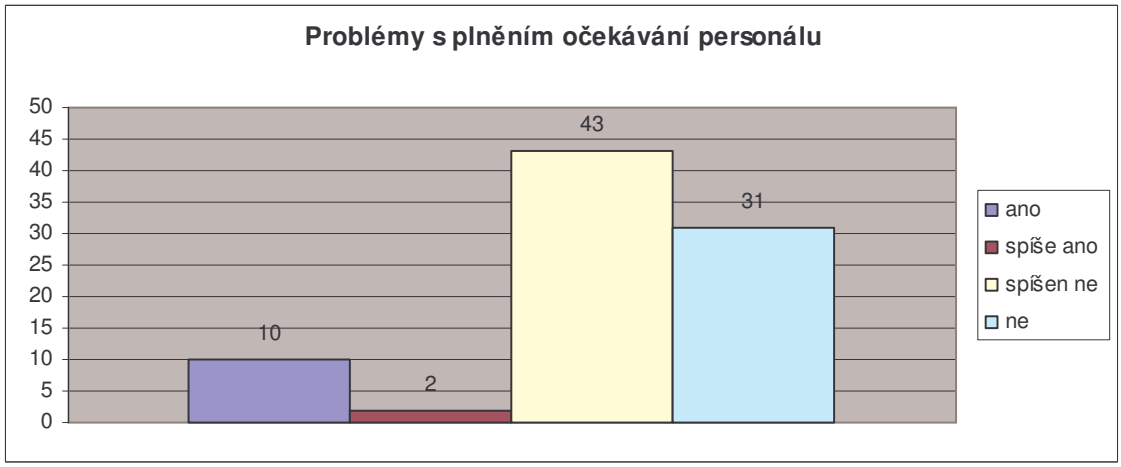
Graf 16 popisuje co pro ženy představuje během hospitalizace problém. Ženy volily z více odpovědí. Ze 148 odpovědí 6 odpovědí zvolilo možnost zařízení pokojů, 6 odpovědí komunikace s personálem, 18 odpovědí nedostatek informací, 4 odpovědi dodržování denního režimu, 51 odpovědí odtržení od rodiny a domova, 13 odpovědí stravovací režim, 9 odpovědí nedostatek soukromí, 9 odpovědí narušení obvyklých denních rituálů, 5 odpovědí odhalování intimních míst, 12 odpovědí omezené návštěvní hodiny, 14 odpovědí nemám problémy, 0 odpovědí dodržování léčebného režimu a 1 odpověď jiné, kde dotazovaná uvedla neefektivní využití volného času při čekání na operaci.

Graf 17



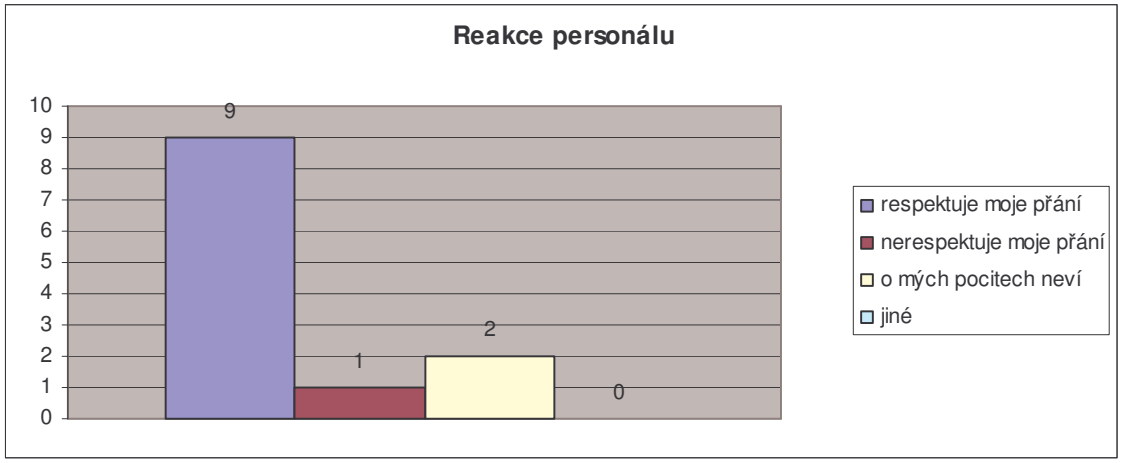
Graf 17 ukazuje, co ženám pomáhá při řešení problémů spojených s hospitalizací. Ženy volily více odpovědí. Ze 130 odpovědí 35 odpovědí zvolilo možnost přístup personálu, 64 odpovědí kontakt s blízkými, 31 odpovědí kontakt s ostatními pacientkami, možnosti moje víra a jiné nezvolil nikdo.

Graf 18



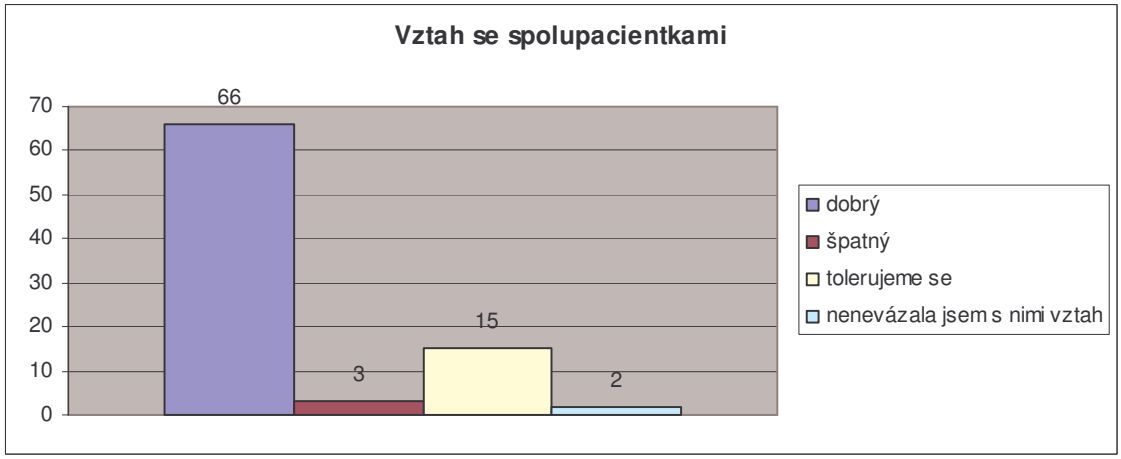
Graf 18 znázorňuje odpověď na otázku, zda mají ženy během hospitalizace problémy plnit očekávání personálu. Z 86 žen (100%) 10 žen (12%) uvedlo odpověď ano, 2 ženy (2%) spíše ano, 43 žen (50%) spíše ne a 31 žen (36%) ne.

Graf 19



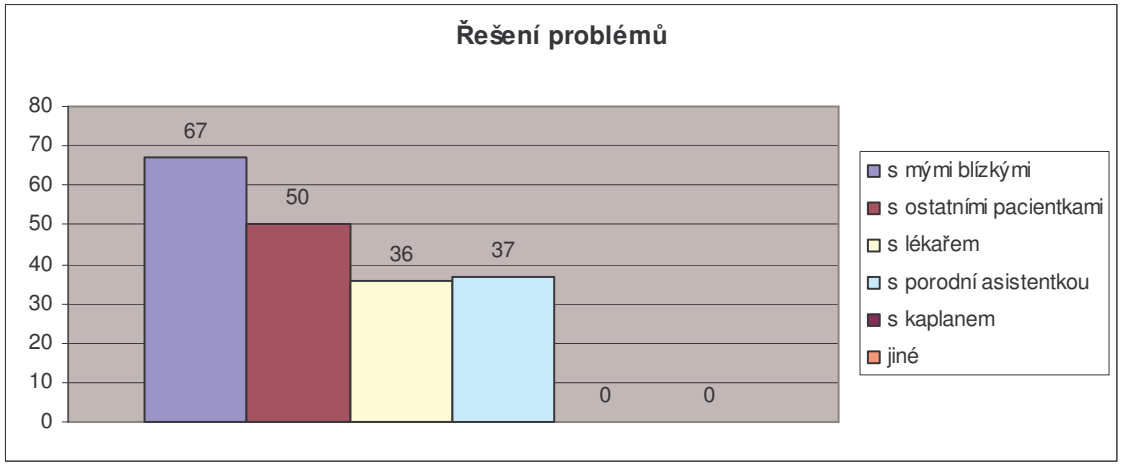
Graf 19 popisuje odpověď na otázku, jak personál reaguje na případné problémy při plnění jeho očekávání. Na tuto otázku odpovídalo pouze 12 žen, které v předchozí otázce reagovaly kladně. 9 žen zvolilo variantu respektuje moje přání, 1 žena nerespektuje moje přání, 2 ženy o mých pocitech neví a žádná nezvolila jiné.

Graf 20



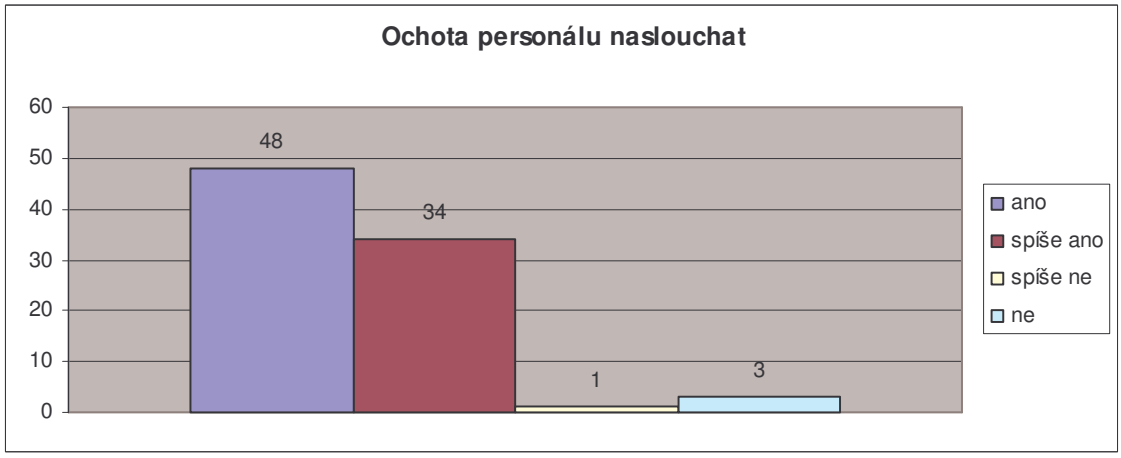
Graf 20 vypovídá o vztahu žen s ostatními pacientkami. Z 86 žen (100%) 66 žen (78%) uvedlo dobrý, 3 ženy (3%) špatný, 15 žen tolerujeme se a 2 ženy uvedly, že vztah nenavázaly.

Graf 21



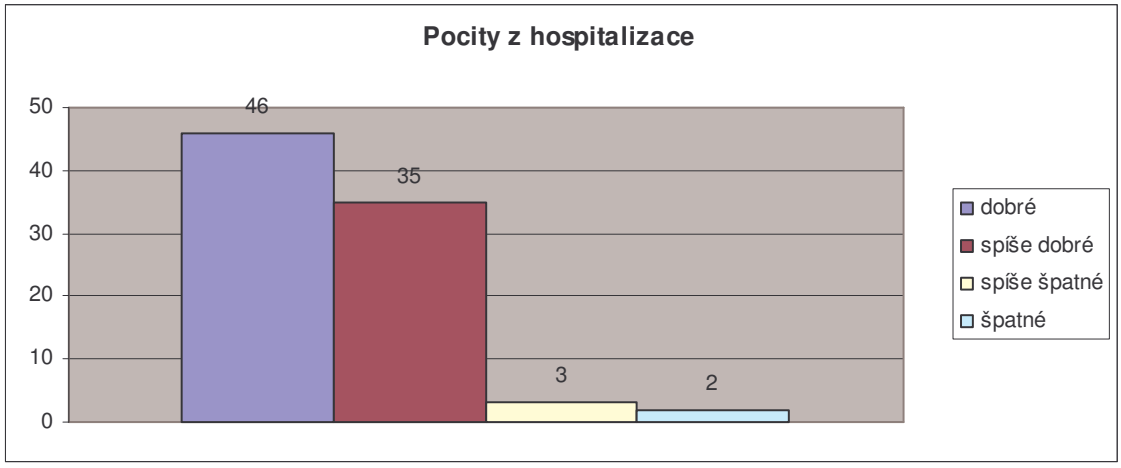
Graf 21 znázorňuje s kým ženy nejčastěji během hospitalizace hovoří o svých problémech. Ženy volily více odpovědí.Ze 190 odpovědí 67 odpovědí zvolilo možnost s mými blízkými 50 odpovědí s ostatními pacientkami, 36 odpovědí s lékařem, 37 odpovědí s porodní asistentkou a nikdo nezvolil možnost s kaplanem a jiné.

Graf 22



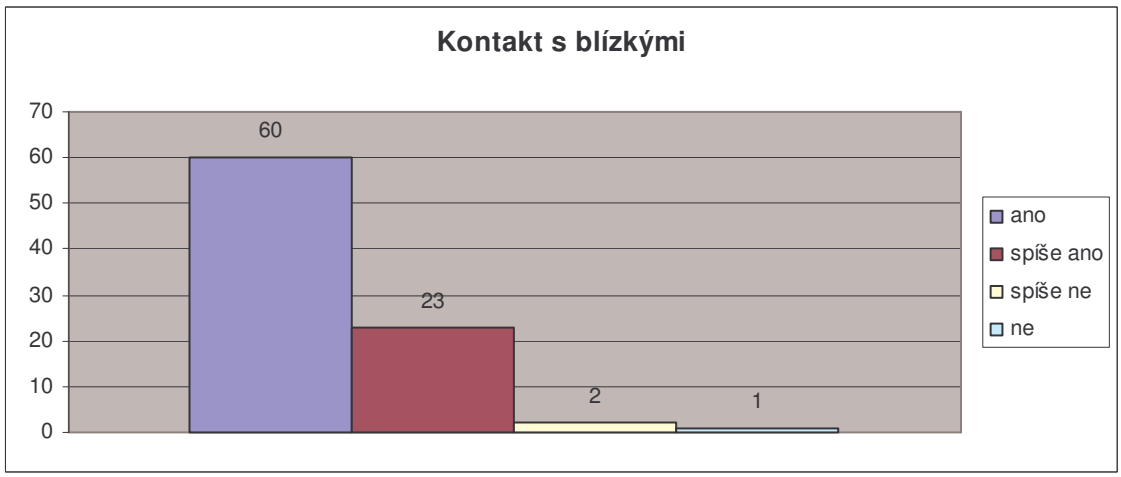
Graf 22 popisuje odpověď na otázku, zda je personál ochoten pacientkám naslouchat. Z 86 žen (100%) 48 žen (56%) uvedlo, že ano, 34 žen (40%) spíše ano, 1 žena (1%) spíše ne, a 3 ženy (3%) ne.

Graf 23



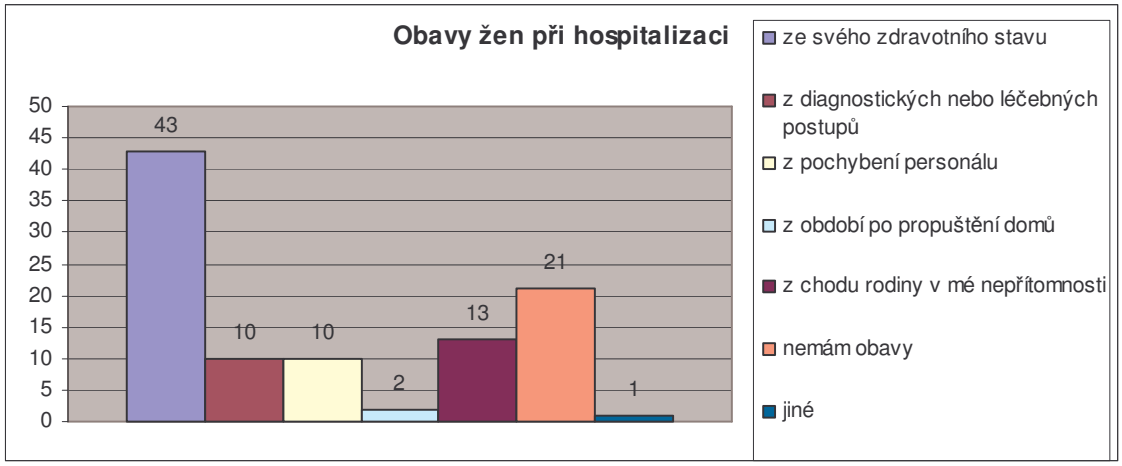
Graf 23 ukazuje jaké jsou celkové pocity žen z hospitalizace.Z 86 žen (100%) 46 žen (54%) uvedlo dobré, 35 žen (41%) spíše dobré, 3 ženy (3%) spíše špatné a 2 ženy (2%) špatné.

Graf 24



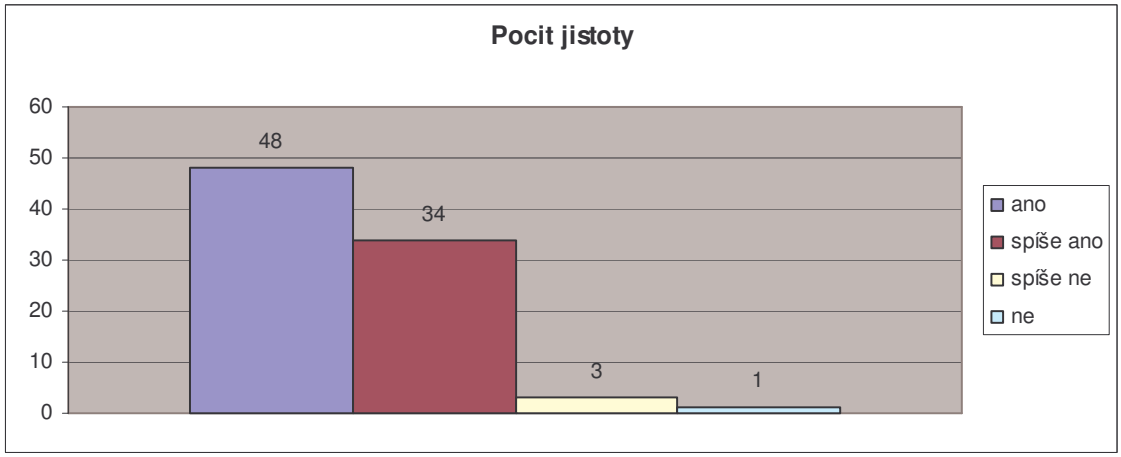
Graf 24 popisuje, zda dotazované ženy považují kontakt se svými blízkými za dostatečný. Z 86 žen (100%) 60 žen (70%) odpovědělo ano, 23 žen (27%) spíše ano, 2 ženy (2%) spíše ne a 1 žena (1%) ne.

Graf 25



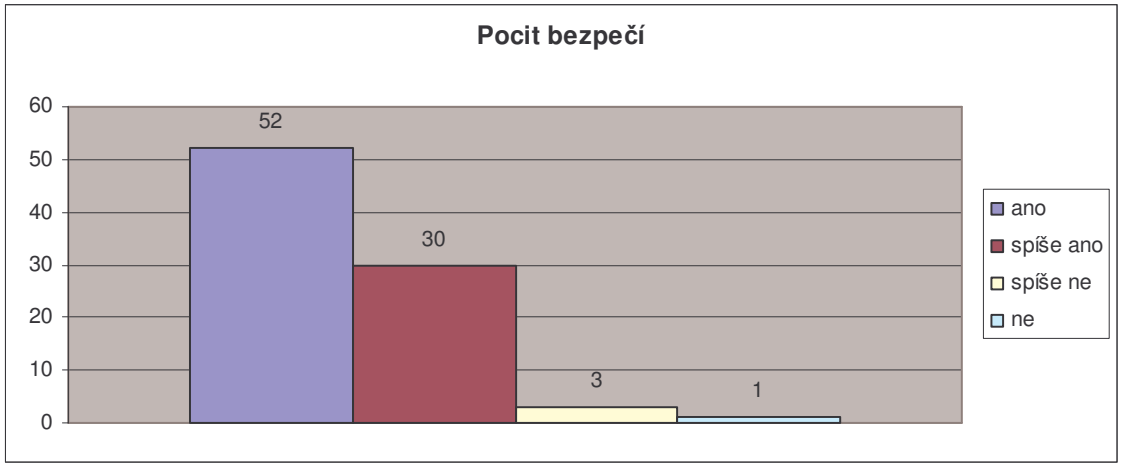
Graf 25 znázorňuje, z čeho mají ženy během hospitalizace největší obavy. Ženy volily více odpovědí. Ze 100 odpovědí 43 odpovědí zvolilo možnost ze svého zdravotního stavu, 10 odpovědí z diagnostických nebo léčebných postupů, 10 odpovědí z pochybení personálu, 2 odpovědi z období po propuštění domů, 13 odpovědí z chodu rodiny v mé nepřítomnosti, 21 odpovědí nemám obavy a jedna odpověď jiné, kde bylo vyplněno ze zdravotního stavu miminka.

Graf 26



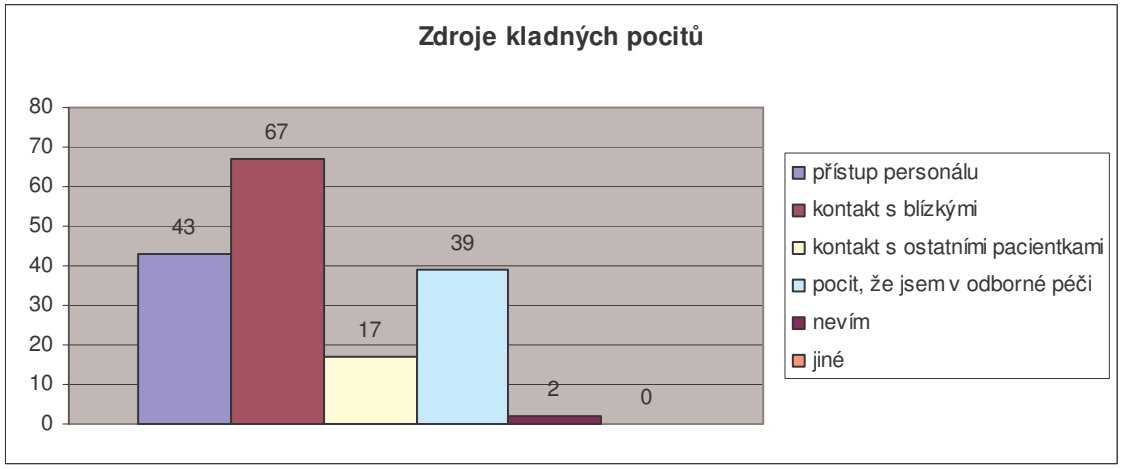
Graf 26 popisuje, zda mají ženy během hospitalizace dostatečný pocit jistoty. Z 86 žen (100%) 48 žen (56%) uvedlo, že ano, 34 žen (40%) spíše ano, 3 ženy (3%) spíše ne a 1 žena (1%) ne.

Graf 27



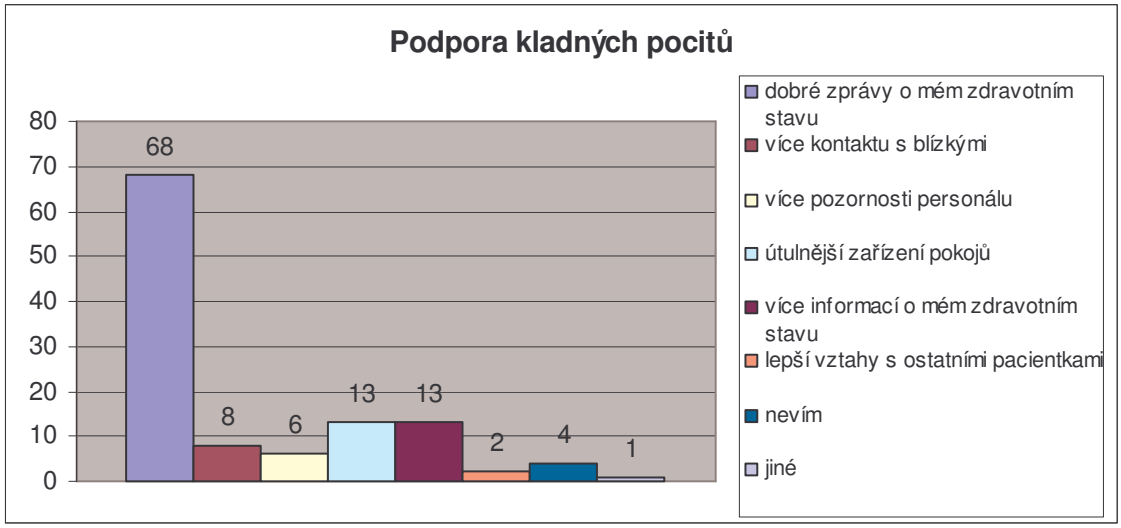
Graf 27 ukazuje, zda mají ženy během hospitalizace dostatečný pocit bezpečí. Z 86 (100%) 52 žen (61%) uvedlo, že ano, 30 žen (35%) spíše ano, 3 ženy (3%) spíše ne a 1 žena (1%) ne.

Graf 28



Graf 27 znázorňuje, co ženám během hospitalizace dodává nejvíce kladných pocitů. Ženy volily více odpovědí. Ze 168 odpovědí 43 odpovědí zvolilo možnost přístup personálu, 67 odpovědí kontakt s blízkými, 17 odpovědí kontakt s ostatními pacientkami, 39 odpovědí pocit, že jsou v odborné péči, 2 odpovědi nevím a 0 odpovědí jiné.

Graf 29



Graf 29 popisuje odpověď na otázku, co by zvýšilo kladné pocity žen během hospitalizace. Ženy volily více odpovědí. Ze 115 odpovědí 68 odpovědí vybralo možnost dobré zprávy o mém zdravotním stavu. 8 odpovědí více kontaktu s blízkými, 6 odpovědí více pozornosti personálu, 13 odpovědí útulnější zařízení pokojů, 13 odpovědí více informací o mém zdravotní stavu, 2 odpovědi lepší vztahy s ostatními pacientkami, 4 odpovědi nevím a jedna odpověď jiné, kde bylo uvedeno odchod domů se zdravým miminkem.

5. DISKUSE

Výzkum práce s názvem „Potřeba jistoty a bezpečí u pacientek na gynekologicko – porodnickém oddělení“ věnující se problematice uspokojování této potřeby byl prováděn pomocí dotazníků rozdávaných ženám hospitalizovaným na standardních odděleních: konzervativní gynekologii, perioperační gynekologii, rizikovém těhotenství a šestinedělí v nemocnici České Budějovice a. s.

V červnu roku 2007 bylo celkem rozdáno 142 dotazníků. Vrátilo se 91 dotazníků, což je 64,1% návratnost. 5 dotazníků bylo nedostatečně vyplněno a bylo ze souboru vyřazeno. Celkový soubor, který se stal základem pro další výzkum tedy tvořilo 86 dotazníků (100%). Dotazník obsahoval 28 otázek.

Úvodní grafy jsou zaměřeny na identifikaci výzkumného souboru. Graf 1 znázorňuje věk dotazovaných žen. Největší zastoupení měly ženy mezi 26 a 35 lety (60%), na dalším místě byly ženy mezi 36 a 50 lety (19%), dále ženy do 25 let (14%) a nejméně bylo žen nad 50 let (7%). Nejvíce žen bylo tedy ve fertilním věku, jak se dalo vzhledem k výraznému zastoupení těhotných a šestinedělek předpokládat. Graf 2 zaměřený na oddělení, na kterém jsou ženy hospitalizovány, ukazuje, že návratnost dotazníků z jednotlivých oddělení byla rovnoměrná. Nejméně dotazníků se vrátilo z oddělení šestinedělí, což připisuji prioritnímu zájmu matky pečovat o dítě. Podobný význam měl i graf 3, ukazující, zda přijetí bylo akutní nebo plánované, 49% žen bylo přijato plánovaně a 51% žen neplánovaně.

Grafy 4 – 7 byly zaměřeny na informovanost pacientek, protože jednou ze složek potřeby jistoty a bezpečí je i potřeba informací a orientace, jak uvádí Trachtová. Většina pacientek uvedla, že se cítí dostatečně, nebo spíše dostatečně informována (99% o důvodech přijetí a 84% o průběhu léčby). Nejvýznamnějším zdrojem informací byl podle mého očekávání zdravotnický personál. Překvapující pro mě bylo, že pouze 3 ženy hledaly informace před přijetím aktivně samy, dvě na internetu a jedna u známého odborníka. Předpokládala jsem, že toto číslo bude významnější.

Grafy 8, 9, 10 a 11 ukazují pocity žen po přijetí. Ze 114 odpovědí 58 odpovědí označilo možnosti strach, nejistota, pocit ohrožení, 61 odpovědí označilo možnosti pocit

bezpečí, klid a důvěra v personál. Původně jsem očekávala výraznější převahu negativních pocitů, protože jak uvádí Trachtová i Vymětal, nemoc spojená s hospitalizací je vždy zdrojem pocitů ohrožení. Výsledek byl pravděpodobně ovlivněn zahrnutím rodiček, které vnímají hospitalizaci odlišně, do výzkumného souboru. 51% žen uvedlo, že jejich pocity se dále měnily k lepšímu, 42% uvedlo, že se nezměnily a pouze 7% uvedlo změnu k horšímu, což považuji za pozitivní výsledek. Nejvíce odpovědí uvedlo jako důvod změny přístup personálu, což podpořilo potvrzení druhé hypotézy.

Grafy 12, 13 a 22 se týkaly přístupu personálu k pacientkám. V těchto grafech je vidět, že pacientky hodnotily personál výrazně pozitivně. 92% dotazovaných označilo pozornost personálu jako dostatečnou, v jiném grafu uvedlo 96% dotazovaných, že personál je ochoten naslouchat jejich problémům. V grafu hodnotícím přístup personálu uvedla drtivá většina žen kladné možnosti: přátelsky, profesionálně, pozorně, partnersky a ochotně. Negativních odpovědí bylo minimum, pouze 2 odpovědi ze 178. V grafu 20 znázorňujícím vztah s ostatními pacientkami uvedly pouze 3% žen, že je špatný. Tyto odpovědi považuji za velmi pozitivní jev, protože jak uvádí Vymětal, jakýkoli konflikt se zdravotnickým personálem a ostatními pacienty je pro potřebu jistoty a bezpečí nežádoucí.

Graf 16 se týkal zdrojů problémů při hospitalizaci, nejvíce odpovědí uvedlo jako problém odtržení od rodiny a domova. V grafu 17 pak ukazuje, že při překonávání těchto problémů ženám nejvíce pomáhá kontakt s blízkými a dále přístup personálu a kontakt s ostatními pacientkami. Stejně tak graf 21 ukazuje, že ženy o svých problémech hovoří nejčastěji se svými blízkými, s personálem a ostatními pacientkami. Tyto odpovědi ukazují na lidskou potřebu sociálních interakcí a jsou obranou proti relativní sociální izolaci, která během hospitalizace nastává, jak uvádí Křivohlavý.

Graf 24 ukazuje, že 97% žen má dostatek kontaktu se svými blízkými, což překvapující vzhledem ke grafu 16. Ženy zde ale pravděpodobně chápaly jako dostatečný kontakt, který je jim umožněn v rámci návštěvních hodin a telefonátů, kdežto v otázce 16 považovaly za problém, že nemají možnost kontaktu jako v běžném životě.

Graf 25 se týkal obav žen během hospitalizace. Ze 100 odpovědí 43 odpovědí uvedlo, že ze zdravotního stavu, 21 odpovědí, že nemá obavy, 10 odpovědí z diagnostických nebo léčebných postupů, 10 z pochybení personálu, 13 z chodu rodiny v jejich nepřítomnosti, 2 z období po propuštění domů a 1 odpověď jiné – ze zdravotního stavu miminka. Tyto odpovědi potvrzují, že zdravotní stav se významně podílí na pocitu jistoty a bezpečí, jak uvádí Trachtová.

Grafy 26 a 27 byly klíčové pro potvrzení 1. hypotézy. Ukazují, zda ženy mají dostatečný pocit jistoty a bezpečí. V obou grafech odpovědělo 96% žen kladně.

Grafy 28 a 29 se ukazují, co je největším zdrojem kladných pocitů pacientek a co by tyto pocity ještě umocnilo. Ze 168 odpovědí 67 odpovědí uvedlo, že nejvíce kladných pocitů jim dodává kontakt s blízkými, 43 odpovědí uvedlo přístup personálu, 39 uvedlo pocit, že jsou v odborné péči a 2 odpovědí uvedly nevím. Ze 115 odpovědí 68 odpovědí uvedlo, že jejich kladné pocity by zvýšily dobré zprávy o jejich zdravotním stavu, 13 odpovědí uvedlo více informací o zdravotním stavu, 13 odpovědí uvedlo útulnější zařízení pokojů, 8 více kontaktu s blízkými, 6 odpovědí více pozornosti personálu, 4 odpovědí nevím, 2 odpovědi lepší vztahy s ostatními pacientkami, a 1 odpověď jiné – odchod domů se zdravým miminkem. Tyto odpovědi opět potvrdily důležitost sociálních interakcí pro hospitalizované a zdravotní stav v popředí pozornosti, je-li ohrožen, jak uvádí Trachtová i Vymětal. Překvapující pro mne bylo, že z 28 žen hospitalizovaných na rizikovém těhotenství pouze 1 doslova uvedla, že její kladné pocity by zvýšil odchod domů se zdravým miminkem. Ostatní pacientky ale pravděpodobně zahrnuly tuto možnost pod zlepšení svého vlastního zdravotního stavu.

Na počátku výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza 1: Pacientky na gynekologicko – porodnickém oddělení mají uspokojenou potřebu jistoty a bezpečí. Hypotéza 2: Na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u pacientek na gynekologicko - porodnickém oddělení má vliv přístup zdravotnického personálu. Obě hypotézy se dle výsledků výzkumu potvrdily.

Při hledání podkladů pro diskusi mě velmi překvapilo, že mnoho zdrojů se zaměřuje na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí u dlouhodobě nebo nevyléčitelně nemocných, onkologických pacientů a dětských pacientů, ale problematika

gynekologických pacientek a hospitalizovaných těhotných a rodiček je opomíjena. Typické pro gynekologicko porodnického oddělení je zaměření na reprodukční orgány žen. Léčebné a diagnostické postupy se týkají intimních částí těla, a pro klientky mohou být zdrojem pocitu ohrožení. Stejně tak může být onemocnění reprodukčních orgánů zdrojem obav o zachování reprodukčních schopností. Velmi specifickým tématem je pak těhotenství a porod, pro ženu velmi důležité životní události. K obavám o vlastní zdraví se přidávají i obavy o zdraví a život dítěte.

6. ZÁVĚR

Má práce je zaměřena na potřebu jistoty a bezpečí u pacientek na gynekologicko – porodnickém oddělení. Cílem práce bylo zjistit, zda je u pacientek na gynekologicko – porodnickém oddělení uspokojována potřeba jistoty a bezpečí a jaké faktory ovlivňují její uspokojování. Byly stanoveny dvě hypotézy.

V hypotéze 1 přepokládám, že pacientky mají uspokojenou potřebu jistoty a bezpečí. Tato hypotéza byla potvrzena. K hodnocení hypotézy jsem vycházela z otázky 26, ta se skládala ze dvou částí, v první části jsem zkoumala dostatečný pocit jistoty a ve druhé dostatečný pocit bezpečí. V obou těchto částech otázky odpověděla většina žen kladně. Po vypočtení průměru počtu kladných odpovědí v obou částech otázky je relativní hodnota 96% žen, které potvrdily subjektivně dostatečný pocit jistoty a bezpečí.

Hypotéza 2, kde je předpokládáno, že na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí má vliv přístup zdravotnického personálu se potvrdila. K vyhodnocení jsem zpracovávala data získaná z otázek 10, 17, 21 a 27. Zde významná část pacientek uvedla, že se personál má vliv na vývoj jejich pocitů po přijetí, řeší s ním své problémy a je pro ně jedním ze zdrojů kladných pocitů během hospitalizace.

Uspokojená potřeba jistoty a bezpečí je jedním z předpokladů dobré psychické kondice a tedy i oporou při hospitalizaci a léčbě. Z výsledků výzkumu je jasné, že ženy mají tuto potřebu dostatečně saturovánu. Z faktorů nemocničního prostředí má na uspokojování této potřeby největší vliv kontakt s personálem, déle je významný i kontakt s ostatními pacientkami. Nejvýznamnějším faktorem je však dostatek kontaktu s rodinou a blízkými, jež nemůže být nikdy přístupem personálu plně nahrazen. Přestože většina pacientek hodnotila přístup personálu kladně a pozornost personálu jako dostatečnou, za nejdůležitější zdroj kladných pocitů byl ve většině případů vybrán kontakt s rodinou a blízkými.

Práce poukázala na uspokojování potřeby jistoty a bezpečí na Gynekologicko – porodnickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Práce může být využita v rámci výuky na Jihočeské Univerzitě, publikována v odborných časopisech a na internetu.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

2. ELIÁŠOVÁ, A. et al. *Porodnické ošetrovatělstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2000. 110 s. ISBN 80 – 8063 – 053 – 4

3. FARKAŠOVÁ, D. et. al. *Ošetrovateľstvo teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80 – 8063 – 182 – 4.

4. KOLÁŘÍKOVÁ, A. et. al. *Gynekologické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2000. 133 s. ISBN 80 – 8063 – 052 – 6

5. KOZIEROVÁ, B. et. al. *Ošetrovateľstvo 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80 – 217 – 0528 – 0

6. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80 – 7178 – 774 – 4

7. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80 – 247 – 0179 – 0

8. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. 3 vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80 – 7169 – 195 – X

9. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 164 s. ISBN 80 – 7013 – 277 – 9

10. MACKŮ, F. ČECH, E. *Porodnictví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 236 s. ISBN 80 – 86073 – 92 – 0

11. MACKŮ, F. ČECH, E. *Gynekologie pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 247 s. ISBN 80 – 7333 – 001 – 6

12. MAREČKOVÁ, J. *NANDA – Internacionální diagnostika v ošetřovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80 – 7368 – 109 – 9

13. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy NANDA v doménách*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 246 s. ISBN 80-247-1399-3

14. MIKŠOVÁ, Z. FROŇKOVÁ, M. ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetřovatelské péče 1*. 1. vyd. Valašské Meziříčí: NALIOS, 2002. 98 s.

15. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1, vyd. Praha: Academia, 2000. 335 s. ISBN 80 – 200 – 0763 – 6

16. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 1997. 336 s. ISBN 80 – 200 – 0628 – 1

17. ROZSYPALOVÁ, M. HALADOVÁ, E. ŠAFRÁNKOVÁ, A.Ošetřovatelství 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80 – 86073 – 97 – 1

18. STAŇKOVÁ, M. *Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe.* 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 49 s. ISBN 80 – 7013 – 282 – 5

19. ŠARMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetřovatelství.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s, ISBN 80 – 246 – 1091 – 4

20. ŠARMÁNKOVÁ, M. HUŠKOVÁ, M. MATOUŠOVIC, K. et. al. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80 – 246 – 0477 – 9

21. TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80 – 7013 – 324 – 4

22. VUČKOVÁ, J. *Ošetřovatelství - 1*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1996. 72 s. ISBN 80 – 7168 – 151 – 2

23. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie.* 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80 – 7178 – 740 – X

8. KLÍČOVÁ SLOVA

potřeby člověka
potřeba jistoty a bezpečí
ošetřovatelství
ošetřovatelský proces
porodní asistentka

10. PŘÍLOHY

Příloha 1 *Dotazník*

Příloha 1 **Dotazník**

Milá paní, milá slečno!

Chtěla bych Vás tímto poprosit o chvíli Vašeho času a o laskavou pomoc – vyplnění dotazníku, který potřebuji k napsaní své bakalářské práce. Mým tématem je Potřeba jistoty a bezpečí u pacientek na gynekologicko – porodnickém oddělení, a chtěla bych zjistit jaké jsou Vaše pocity během hospitalizace, zda se opravdu cítíte jistá a v bezpečí.

Doufám že si najdete chvilku a zamyslíte se nad mým dotazníkem. Pokud to uznáte za vhodné, zatrhněte i více možností a pokud Vám můj výčet nebude vyhovovat, napište mi vlastní odpověď.

Předem velice děkuji za ochotu a trpělivost při vyplňování!

Jana Večeřová, studentka oboru Porodní asistentka

1. Jaký je Váš věk?
a) do 25 let
b) 26 – 35 let
c) 36 – 50 let
d) 50 a více

2. Na jakém oddělení jste hospitalizovaná?
a) konzervativní gynekologie
b) perioperační gynekologie
c) oddělení rizikového těhotenství
d) oddělení šestinedělí

3. Vaše přijetí bylo:
a) plánované
b) neplánované

4. Měla jste dostatek informací o důvodech Vašeho přijetí?
a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

5. Kdo Vám poskytl nejvíce těchto informací?
a) lékař který mě k hospitalizaci odeslal
b) lékař který mě k hospitalizaci přijal
c) porodní asistentky
d) moji blízcí
e) jiné……

6. Máte dostatek informací o průběhu léčby?
a) ano
b) spíše ano

c) spíše ne
d) ne

7. Kdo Vám o průběhu Vaší léčby poskytuje informace pro Vás nejvíce důležité?
a) lékaři
b) porodní asistentky
c) ostatní pacientky
d) moji blízcí
e) jiné……

8. Jak byste charakterizovala Vaše pocity po přijetí?
a) strach
b) nejistota
c) cítila jsem se ohrožená
d) cítila jsem se v bezpečí
e) klid
f) důvěra v personál
e) jiné……

9. Jak se tyto pocity během hospitalizace změnily?
a) k lepšímu
b) k horšímu
c) nezměnily se

10. Co mělo na vývoj Vašich pocitů největší vliv?
a) přístup personálu
b) výsledky léčby
c) ostatní pacientky
d) kontakt s mými blízkými
e) jiné……

11. Jak byste charakterizovala Váš postoj k hospitalizaci?
a) jsem ráda, že jsem pod odborným dohledem
b) považuji to za dobré řešení
c) musí to tak být
d) sice tu být nechci, ale znám rozumné důvody proč zůstat
e) plně se odevzdávám do péče personálu
f) chci se aktivně účastnit mé léčby
g) jiné……

12. Věnuje se Vám personál podle Vašeho mínění dostatečně?
a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

13. Jak celkově hodnotíte přístup personálu k Vám?
a) profesionálně
b) neprofesionálně
c) přátelsky
d) nepřátelsky
e) pozorně
f) nepozorně
g) ochotně
h) neochotně
i) nadřazeně
j) partnersky
k) jiné:…….....

14. Jak na Vás působí nemocniční prostředí?
a) přátelsky
b) nepřátelsky
c) bezpečně
d) nebezpečně
e) cize
f) jiné…….....

15. Jak dlouho si zvykáte na nemocniční prostředí?
a) jeden den
b) dva dny
c) déle
d) nezvyknu si

16. Které z uvedených možností pro Vás během hospitalizace představují problém?
a) zařízení pokojů
b) komunikace s personálem
c) nedostatek informací
d) dodržování denního režimu
e) odtržení od rodiny a domova
f) stravovací režim
g) nedostatek soukromí
h) narušení obvyklých denních rituálů
i) odhalování intimních částí těla
j) omezené návštěvní hodiny
k) nemám žádné problémy
l) dodržování léčebného režimu
m) jiné……

17. Co Vám při překonávání těchto problémů nejvíce pomáhá?
a) přístup personálu
b) kontakt s mými blízkými
c) kontakt se ostatními pacientkami
d) moje víra
e) jiné……

18. Míváte někdy během hospitalizace problém plnit očekávání personálu?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

19. *Pokud ano*, jak k těmto problémům přistupuje personál?

a) respektuje moje přání
b) nerespektuje moje přání
c) o mých pocitech neví
e) jiné……

20. Jaký máte vztah s ostatními pacientkami?

a) dobrý
b) špatný
c) tolerujeme se
d) nenavázala jsem s nimi vztah

21. S kým během hospitalizace hovoříte o svých problémech?

a) s mými blízkými
b) s ostatními pacientkami
c) s lékařem
d) s porodní asistentkou
e) s kaplanem
f) jiné……

22. Je personál ochotný naslouchat Vám?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

23. Jaké jsou celkově Vaše pocity z hospitalizace?

a) dobré
b) spíše dobré
c) spíše špatné
d) špatné

24. Máte během hospitalizace dostatek kontaktu se svými blízkými?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

25. Z čeho máte během hospitalizace největší obavy?

a) ze svého zdravotního stavu
b) z diagnostických nebo léčebných postupů
c) z pochybení personálu
d) z období po propuštění domů
e) z chodu rodiny v mé nepřítomnosti
f) nemám obavy
g) jiné……

26. Máte během hospitalizace dostatečný pocit:

a) jistoty ■ ano ■ spíše ano ■ spíše ne ■ ne
b) bezpečí ■ ano ■ spíše ano ■ spíše ne ■ ne

27. Co Vám během hospitalizace dodává nejvíce kladných pocitů?
a) přístup personálu
b) kontakt s mými blízkými
c) kontakt s ostatními pacientkami
d) pocit, že jsem v odborné péči
e) nevím
f)jiné…….....

28. Co si myslíte, že by Vaše kladné pocity zvýšilo?
a) dobré zprávy o mém zdravotním stavu
b) více kontaktu s mými blízkými
c) více pozornosti personálu
d) útulnější zařízení pokojů
e) více informací o mém zdravotním stavu
f) lepší vztahy s ostatními pacientkami
g) nevím
h)jiné……..…….....