

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Jaroslava Strnadová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jaroslava Strnadová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**USPOKOJOVÁNÍ POTŘEBY JISTOTY A BEZPEČÍ ZA
HOSPITALIZACE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Dvořáková

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jaroslava STRNADOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0069K**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí za hospitalizace**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíle kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační formu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

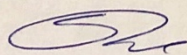
Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

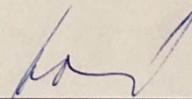
- VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství a dospívání. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-2462-153-1
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 134 s. ISBN 978-80-2473-223-7
- TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. 261 s. ISBN 987-80-7013-590-7
- ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). 121 s. ISBN 978-80-2710-156-6
- MASLOW, Abraham Harold. O psychologii bytí. Praha: Portál, 2014. 232 s. ISBN 978-80-2620-618-7
- GROL, Richard. Improving patient care: the implementation of change in health care. 2nd ed. Hoboken, NJ, USA: Wiley Blackwell, BMJ/Books, 2013. 374 s. ISBN 978-04-7067-338-6

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Andrea Dvořáková**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V

2020

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Jaroslava Strnadová

Katedra: Západočeská Univerzita v Plzni

Fakulta zdravotnických studií

Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí za hospitalizace

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Dvořáková

Počet stran – číslované: 81

Počet stran – nečíslované: 39

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: potřeby pacienta, jistota a bezpečí, komunikace, hospitalizace, bazální stimulace, práva pacientů

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou uspokojování potřeby jistoty a bezpečí za hospitalizace. Teoretická část práce je věnována potřebám obecně a zaměřuje se zejména na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí, projevům její nedostatečnosti a důležitosti komunikace jako nástroje k jejímu uspokojení. Praktická část prezentuje výsledky analýzy dat a poskytuje zmapování saturace potřeby jistoty a bezpečí u hospitalizovaných pacientů v Karlovarské krajské nemocnici. Výzkumné šetření ukázalo, že většina dotazovaných respondentů má saturovanou potřebu jistoty a bezpečí. Potvrdil se dostatečný zájem ze strany zdravotnického personálu o psychický a zdravotní stav pacienta v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení. Komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem, která je jedním z měřítek kvality ošetrovatelské péče, hodnotila většina dotazovaných kladně. Výzkum také ukázal, že ne všichni pacienti byli ve zdravotnickém zařízení spokojeni a měli pocit důvěry ve zdravotnický personál, ale prožívali strach a úzkost z různých důvodů,

např. z nedostatku podpory, soukromí, ale i nedostatečné komunikace. Výsledkem výzkumného šetření je fakt, že většina respondentů má saturovanou potřebu jistoty a bezpečí za hospitalizace, což vnímáme jako pozitivní zjištění.

Abstract

Surname and name: Jaroslava Strnadová

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Satisfying the need for security and safety during hospitalization

Consultant: Mgr. Andrea Dvořáková

Number of pages – numbered: 81

Number of pages – unnumbered: 39

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 23

Keywords: patient needs, safety and security, communication, hospitalization, basal stimulation, patients' rights

Summary:

The bachelor's thesis deals with the issue of satisfying the need for security and safety during hospitalization. The theoretical part of this thesis is dedicated to the needs in general and focuses particularly on meeting the need for security and safety, manifestations of its lack and the importance of communication as a tool to its satisfaction. The practical part illustrates the results of data analysis and provides a mapping of the saturation of the need for safety and security by hospitalized patients in the Karlovy Vary Regional Hospital. The research showed that the majority of respondents have a saturated need for security and safety. By medical staff it was confirmed a satisfactory interest in the patient's mental and health condition during hospitalization in the hospital facility. The communication between the medic and the patient, which is one of the indicators of the nursing care quality, was evaluated positively by most of the respondents. The research has also shown that not all patients were satisfied in the healthcare facility and felt safe with medical personnel, but experienced fear and anxiety for various reasons, such as lack of support, privacy and

communication. The result of the research is the fact that most respondents have a saturated need for security and safety during hospitalization, which is in our opinion a positive finding.

Předmluva

Zdravotnický tým je schopný rozpoznat faktory ovlivňující uspokojování potřeb pacienta a pomoci jim při jejich uspokojování. Ale přesto, se stává, že potřeba jistoty a bezpečí bývá opomíjena i u nás ve zdravotnickém zařízení. Proto jsem se rozhodli zjistit, zda je u pacientů v nemocničním zařízení KKN Karlovy Vary saturovaná potřeba jistoty a bezpečí. Hodnotíme poskytovanou péči a psychickou podporu ze strany zdravotnického personálu a zda má zdravotnické prostředí, komunikace a dostatečná informovanost pacientů vliv na uspokojení druhé základní potřeby.

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Andree Dvořákové za odborné vedení práce, poskytování rad, materiálních podkladů a podpory při psaní této práce. Dále děkuji vedení KKN a.s. Karlovy Vary za umožnění výzkumného šetření v nemocničním zařízení a respondentům za věnovaný čas pro vyplnění dotazníkových formulářů, které nám umožnily provést výzkum. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, za psychickou podporu a trpělivost, kterou mi věnovali během celého studia.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ.....	13
SEZNAM ZKRATEK.....	15
ÚVOD	16
TEORETICKÁ ČÁST	18
1 LIDSKÉ POTŘEBY.....	18
1.1 Definice potřeby	18
1.2 Motivace.....	19
1.3 Pojetí motivace	20
1.4 Základní rozdělení lidských potřeb.....	23
1.5 Uspokojení potřeb během nemoci	27
1.6 Nedostatečná saturace potřeb	29
1.7 Faktory ovlivňující uspokojování lidských potřeb	29
1.8 Překážky v uspokojování potřeb.....	31
2 JISTOTA A BEZPEČÍ	32
2.1 Potřeba jistoty a bezpečí.....	32
2.2 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí.....	33
2.3 Potřeba jistoty a bezpečí z vývojového hlediska.....	33
2.4 Nemoc a potřeba jistoty a bezpečí.....	40
2.4.1 Hospitalizace	40
2.5 Psychické projevy neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí	42
2.6 Saturace potřeby jistoty a bezpečí pomocí komunikace.....	43
2.7 Zásady správné komunikace s pacientem	46
2.7.1 Empatie	48
2.7.2 Evalvace a devalvace	48
PRAKTICKÁ ČÁST.....	50
3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE	50
3.1 Formulace problému	50
4 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	51
4.1 Hlavní cíl.....	51
4.2 Dílčí cíle	51
5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	53
6 METODIKA PRÁCE.....	54
7 ORGANIZACE VÝZKUMU	55
7.1 Pilotní studie.....	55
7.2 Sběr údajů a třídění dat	55

8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	56
9 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	84
DISKUZE.....	90
ZÁVĚR	95
SEZNAM LITERATURY	98
SEZNAM PŘÍLOH.....	101
PŘÍLOHY.....	102

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů.....	56
Graf 2 Pohlaví respondentů.....	57
Graf 3 Věk respondentů.....	58
Graf 4 Věk respondentů.....	58
Graf 5 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	59
Graf 6 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	59
Graf 7 Hospitalizace.....	60
Graf 8 Hospitalizace.....	60
Graf 9 Hospitalizace.....	61
Graf 10 Hospitalizace.....	61
Graf 11 Den hospitalizace.....	62
Graf 12 Den hospitalizace.....	62
Graf 13 Zkušenost z předešlé hospitalizace.....	63
Graf 14 Zkušenost z předešlé hospitalizace.....	63
Graf 15 Seznámení s důvodem k hospitalizaci.....	64
Graf 16 Seznámení s důvodem k hospitalizaci.....	64
Graf 17 Seznámení s oddělením.....	65
Graf 18 Seznámení s oddělením.....	65
Graf 19 Podávání informací.....	66
Graf 20 Podávání informací.....	66
Graf 21 Podávání informací.....	67
Graf 22 podávání informací.....	67
Graf 23 Kdo poskytuje nejvíce informací.....	68
Graf 24 Kdo podává nejvíce informací.....	68
Graf 25 V soukromí hovořit.....	69
Graf 26 V soukromí hovořit.....	69
Graf 27 Návštěva zdravotnickým personálem.....	70
Graf 28 Návštěva zdravotnickým personálem.....	70
Graf 29 Psychická podpora.....	71
Graf 30 Psychická podpora.....	71
Graf 31 Přístup zdravotnického personálu.....	72
Graf 32 Přístup zdravotnického personálu.....	72

Graf 33 Možnost aktivně se podílet.....	73
Graf 34 Možnost aktivně se podílet.....	73
Graf 35 Možnost návštěvy	74
Graf 36 Možnost návštěvy	74
Graf 37 Soukromí a intimita.....	75
Graf 38 Soukromí a intimita.....	75
Graf 39 Zdravotnické zařízení.....	76
Graf 40 Zdravotnické zařízení.....	76
Graf 41 Kladné hodnocení	77
Graf 42 Kladné hodnocení	77
Graf 43 Negativní hodnocení	78
Graf 44 Negativní hodnocení	78
Graf 45 Pocit při příjmu	79
Graf 46 Pocit při příjmu	80
Graf 47 Pocity během hospitalizace	81
Graf 48 Pocity během hospitalizace	81
Graf 49 Obavy během hospitalizace	82
Graf 50 Obavy během hospitalizace	82
Graf 51 Reakce na stresové situace	83
Graf 52 Reakce na stresové situace	83

SEZNAM ZKRATEK

KKN..... Karlovarská krajská nemocnice

ÚVOD

„Jsou-li lidé jiní, než dobří a slušní, je to jen proto, že reagují na stres a bolest, nebo je jim upíráno uspokojení základních lidských potřeb, jako je bezpečí, láska a sebeúcta.“

Abraham Harold Maslow

Každý zdravotnický pracovník se snaží poskytovat tu nejlepší možnou péči pacientům. Ale potřeba jistoty a bezpečí bývá často v určité míře opomíjena či zanedbána. Pocit jistoty a bezpečí hraje velmi důležitou roli v životě každého člověka natož u nemocného jedince, který ztrácí svou nemocí své životní jistoty. Z vývojového hlediska se s potřebou jistoty a bezpečí setkáváme ve všech fázích našeho života, od početí až k našemu konci. Uspokojení této potřeby je jedním z předpokladů pro správné fungování našeho organismu jako celku a je nedílnou součástí procesu uzdravování a podmínkou pro zachování zdraví. Zdravotník by měl umět rozpoznat a správně reagovat na pocity a potřeby pacienta, a proto ani tato potřeba by neměla být opomíjena při sestavování ošetrovatelských diagnóz. Při nedostatečné saturaci, z důvodu nedostačující informovanosti, lékařských a ošetrovatelských úkonů, ztráty autonomie, aj., jedinec prožívá úzkost, strach, smutek, hněv. Z tohoto důvodu je důležité navázat s nemocným vztah založený na důvěře, citlivém a uctivém zacházení, podávání dostatečného množství informací a respektovat jedince jako takového. (Trachtová, 2018, s. 156-162, Šamánková, 2011, s 39-53)

Během své praxe se setkáváme s pacienty, kteří nemají dostatečně či vůbec saturovanou základní potřebu jistoty a bezpečí. Proto se rozhodla o této problematice napsat ve své práci na téma Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí za hospitalizace. Před zpracováním teoretické části jsme si nejprve nechali v Národním centru ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů sestavit rešerši, která umožnila vyhledat většinu knih. Další zdroje jsme vyhledali na internetových stránkách za pomoci klíčových slov, které vystihují problematiku daného tématu. První kapitola se zabývá obecnou rovinou potřeb, její definicí, dělením, teoriemi a faktory ovlivňující naplnění potřeb a uspokojování potřeb v nemoci. Další kapitola věnuje pozornost druhé nejdůležitější hierarchicky postavené potřebě jistoty a bezpečí, faktorům ovlivňující její uspokojení, potřebě jistoty a bezpečí z vývojového hlediska jedince, saturaci potřeby během nemoci, psychickým projevům při neuspokojení

a v závěru teoretické části se zaměřuje na saturaci potřeby jistoty a bezpečí pomocí komunikace a na zásady správné komunikace.

Cílem práce bylo zjistit, zda u hospitalizovaných pacientů byla uspokojena saturace potřeby jistoty a bezpečí za pomoci dotazníkového šetření, které proběhlo v Karlovarské krajské nemocnici se svolením náměstkyně pro nelékařské povolání a kvalitu Mgr. Gabrielly Fritsch Píchové.

TEORETICKÁ ČÁST

1 LIDSKÉ POTŘEBY

V naší pomáhající profesi je důležité, abychom si ujasnili své vlastní pocity. Abychom rozpoznali naše potřeby, ale i těch, kteří očekávají od nás pomoc. Poznání a pochopení našich potřeb nám napomáhá k pochopení potřeb druhých lidí, k naučení tolerance k názoru druhého člověka a orientaci ve svízelné situaci. (Šamánková, 2011, s. 12)

Ošetrovatelský proces je systematický přístup k ošetrovatelské péči o nemocného, který umožňuje identifikovat problémy a potřeby. Zabývá se tělesnými, psychickými i sociálními potřebami, které je sestra schopna komplexně uspokojit s přihlédnutím na jeho individualitu. S pomocí ostatních je následně schopna zhodnotit pacientův zdravotní stav, vytyčit si plán a priority, realizovat a vyhodnotit účinnost ošetrovatelské péče. (Plevová, 2011, s.107-108) V centru zájmu konceptuálních modelů byly potřeby jedinců, jako např. model Nightingaleové, Oremové, Ropérové, Hendersonové, Royové, Loganové a Tierneyové, Watsonové apod. Specifickým předmětem zkoumání v ošetrovatelství je hodnocení potřeb jednotlivců, rodin nebo komunit v závislosti na změnách zdraví jedince. (Plevová, 2011, s. 107-108)

1.1 Definice potřeby

Potřeba je projevem nějakého nedostatku nebo přebytku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. (Trachtová, 2018, s.10) Lidská potřeba vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou po něčem, něčeho dosáhnout v oblasti bio-psycho-sociální nebo duchovní, co nás vede k činnosti, jimiž tuto potřebu uspokojíme. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organismu. Potřeby jsou nutné, užitečné a velmi úzce souvisí se zachováním kvality našeho života. (Šamánková, 2011, s. 12-16) Jsou to potřeby něčeho, jejichž motivační dynamiku aktivuje nějaký deficit. Všechny nedostatkové (deficientní) motivace mají jedno společné, a to že ovlivňují naše vnímání skutečnosti. Zkreslují také naše zacházení s realitou, protože nás nutí, abychom na ni kladli požadavky. Čím naléhavěji potřebujeme uspokojit danou potřebu (jídlo, bezpečí, sebeúctu), tím více budeme jednat se svým okolím, s ostatními lidmi

i sami se sebou podle toho, do jaké míry může toto okolí urychlit nebo znemožnit naplnění našich potřeb. (Maslow, 2014, s.12)

Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, jeho pozornost, myšlení, emoce, volní procesy a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje své potřeby svým individuálním způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého člověka jinak. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvantity a kvality. Všichni lidé mají společné potřeby, které jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života. (Trachtová, 2018, s. 10)

1.2 Motivace

Motivace je odvozena z latinského slova *moveo* – hýbat. Hybná síla našeho jednání a konání. Pro naplnění potřeb je důležitá její síla a schopnost jedince překonávat překážky. Jak velká motivace je, tak moc se jedinci dostává síly a odvahy pro naplnění cíle. Jde o faktor, který uvádí do pohybu, a to jak fyzického (přesun v prostoru), tak do pohybu psychického (pohyb myšlenek, představ, přání atd.). Motivace je psychický a psychologický proces, který vede organismus k aktivaci, usměřňuje naše jednání a chování, určuje směr (zaměření), sílu (míru úsilí) a délku trvání určitého chování pro dosažení daného cíle (uspokojení potřeby). Aktivizace jedince trvá, dokud není daná potřeba uspokojena nebo dokud se člověk nesmíří s tím, že tato potřeba nemůže být uspokojena. Naplnění potřeby nebo náhradního cíle bývá přímo úměrné síle motivace. (Šamánková, 2011, s. 16, Trachtová, 2018, s.11)

Motivy mohou být vědomé a nevědomé. Mohou působit v různých kombinacích, tedy i protichůdně. Motivaci lze hodnotit ve spojení s určitým cílem podle toho, jak je žádoucí, jak velkou touhu vyvolává a jak je dosažitelný. Někdy se mohou dané cíle kombinovat a být i protikladné, nelze jich tedy dosáhnout zároveň a jedinec si musí vybrat. Vznik motivu závisí na vnitřním psychickém a somatickém stavu člověka, ale i na vnějších podnětech. Vnitřním zdrojem motivu je potřeba, která stimuluje jedince k aktivitě a tím mu přináší uspokojení. Mnohé potřeby mohou zůstat v latentním stavu a projevit se až nastane vhodná situace. Z hlediska vnějšího prostředí působí na jedince určitý podnět neboli pobídka, která vyvolá potřebu a s ní související motiv. Vše závisí na aktuálním stavu a zkušenostech daného jedince. Subjektivní hodnota se tedy může měnit v závislosti na okolnostech a vnitřním stavu člověka. Může také dojít někdy až k přesycení určitými podněty a následně k dočasnému odmítání.

Motivace je vázána na emoční prožitek, funguje jako regulační aspekt, který nám podává informaci o stavu našich potřeb. Reguluje zaměření, délku trvání dané aktivity a též ovlivňuje ochotu angažovanosti. Motivace je též vázaná na kognici. Je kladen důraz na způsob chápání a rozumového zhodnocení. Lidé o svých potřebách a cílech uvažují, mají tedy různá očekávání a různé představy o možnostech jejich dosažení. Snaží se odhadnout své možnosti a zvolit si cíle, které jsou pro ně dosažitelné. (Vágnerová, 2016, s. 329-332) Motivace nemocných k překonávání zdravotních problémů by měl každý poskytovatel péče intenzivně vyhledávat, podporovat a pomáhat hledat nové cesty v naplnění potřeby. Mělo by dojít k souladu intenzity potřeby člověka s mírou jejich naplnění. (Šamánková, 2011, s. 17)

1.3 Pojetí motivace

Z teorií lidských potřeb jsou nejvýznamnější teorie motivace, které tvrdí, že jedinec je hnán dopředu touhou dosáhnout svého maximálního potenciálu, za předpokladu, že se mu do cesty nepostaví překážky. Tyto překážky zahrnují všechno, co jedinci brání v jeho plném rozvoji. (Šamánková, 2011, s. 25)

Americký psycholog Henry Alexander Murray, který se zasloužil o zavedení pojmu potřeby do psychologie, považoval za důležité jak vnitřní sílu (vědomé a nevědomé potřeby), tak vnější podmínky ovlivňující jejich možné uplatnění a uspokojení. Vnitřní síla je chápána jako to, co jedinec chce a o co usiluje, zatímco vnější podmínky jsou definovány jako tlak vnějšího prostředí, který klade na jedince nároky a nutí ho k určitému jednání. Dle Murrayho, potřeba ovlivňuje vnímání, myšlení i prožívání jedince a stimuluje ho k určitému chování. Každý jedinec své potřeby vnímá jinak, mají pro něj různý význam, má různý způsob zpracování jeho záměru a má individuální charakteristický projev. (Šamánková, 2011, s. 29, Vágnerová, 2016, s. 335)

Humanistické pojetí podle A. H. Maslowa a C. Rogerse. Humanistická psychologie klade důraz na vědomé potřeby, možnost vlastní volby a s ní související i zodpovědnost, vnímá člověka primárně jako dobrého. Pro humanisty je nejdůležitější potřeba rozvoje vlastní osobnosti, která vede k naplnění osobního potenciálu, a je korigována vnějšími požadavky. Psychoterapeut **C. Rogers** považoval za nejdůležitější potřebu seberealizace, využitím vlastních možností, které nám byly dány, i když ji všichni naplnit nedokáží. Podmínkou seberealizace je dosažení vlastní psychické rovnováhy, jejímž základem je uspokojení dvou potřeb nižší úrovně. A to potřeby akceptace a dobrého hodnocení jinými

lidmi a potřeby sebezpětí, tj. dosažení žádoucí sebeúcty a z ní pak vyplývající sebedůvěry. (Vágnerová, 2016, s. 337) Nejvýznamnější výzkumník a zakladatel humanistického proudu v psychologii **Abraham Harold Maslow** uvedl v roce 1943 svoji slavnou hierarchii potřeb. Chápe potřebu jako podmínku udržování fyzického a duševního zdraví. (Šamánková, 2011, s. 26, Zacharová, 2011, s. 43)

Jádrem Maslowovy revize jsou dvě zjištění a to, že málo kdy, pokud vůbec někdy, dosáhneme stavu motivačního klidu. V bdělém stavu jsme prakticky neustálými nositeli té či oné pohnutky, i když některé pohnutky mohou být slabé, že si jich sotva povšimneme. Jakmile uspokojíme jednu pohnutku, na jejím místě se okamžitě objeví jiná, jako by celou dobu čekala na svou příležitost vystoupit napovrch. Jakmile je opět uspokojena, nahradí jí jiná, a tak to pokračuje. Druhé zjištění bylo, že pořadí různých motivů a pohnutek není náhodné. Některé pohnutky jsou biologicky naléhavější, silnější než jiné, mají tzv. svou vnitřní prioritu. Lidské motivy jsou tedy hierarchicky uspořádány a jejich místo je určeno mírou naléhavosti, síly a priority. Vzájemně propojenou naléhavost, sílu a prioritu označoval výrazem „prepotence“. Dožadují-li se současně uspokojení dvě jakékoliv pohnutky, prioritu získá ta, která je naléhavější z biologického hlediska, má tedy vyšší prepotenci. (Maslow, 2014, s. 10-11, McLeod, 2020, online)

Zabýval se potřebami zdravých lidí. Uspořádal tedy základní potřeby do hierarchizované struktury, od nižších, převážně pudových potřeb zaměřených na zajištění biologické existence přes obecněji významnou potřebu bezpečí k vyšší potřebě lásky a sounáležitosti (někam patřit, být milován) až k potřebě ocenění a respektu. Dalším stupněm Maslowovy pyramidy je potřeba seberealizace (naplnění), kterého nemusí dosáhnout každý člověk. Vrcholem představuje potřeba sebezpětí spojeného s existenciálním prožitkem sebe sama, součástí většího celku (lidstva, světa, vesmíru). Podle A. Maslowa, aby se člověk mohl zaměřit na rozvoj své osobnosti, musí dosáhnout dané úrovně, která splňuje určité podmínky, tak aby byl vůbec schopen o něco takového usilovat. Lidé, kteří dosáhli požadovaného stupně osobního rozvoje bývají realističtější, akceptují dobré i špatné stránky života a dívají se na svět s nadhledem. Jednají autonomně, snaží se situaci spíše změnit, než aby se jí pasivně podřídili. Bývají poměrně stabilní a odolní. (Vágnerová, 2016, s. 338)

Teorie amerických psychologů **E. Deciho a R. Ryana** vychází z velmi různorodých základů. Kombinuje psychoanalýzu a behaviorálně-kognitivní přístup, který se nakonec spíše podobá humanistickým koncepcím. Podobně jako A. H. Maslow a C. Rogers,

kladou důraz na potřebu autentického osobního rozvoje a s ním spojené seberealizace. Díky experimentálním a klinickým poznatkům (1985) jsou přesvědčeni o tom, že člověk je vybaven vrozenou tendencí jednat v souladu se svými potřebami, ale není vždy schopen je plně prosadit. Mohou být ve větší míře ovládáni vnějšími tlaky, které urychlují vnitřní motivy. Mohou je podporovat nebo oslabovat. Označují tuto teorii jako sebedeterminence („self-determination theory“).

Pokud člověk reaguje tak, jak sám uzná za vhodné, cítí se nezávislejší, schopnější a spokojenější. Pokud by se nechal ve větší míře někým nebo něčím jiným ovládnout, mohl by své chování vnímat jako plně autentické a necítil by se příliš spokojený. Za vrozené základní aspekty určující lidské chování považují pouze tři potřeby, a to potřebu kompetentnosti, potřebu autonomie a potřebu sounáležitosti. Lidé tedy potřebují potvrdit své schopnosti, neboť vědomí jejich existence jim pomůže ovládat vnější tlaky, a zároveň potřebují žít v souladu s ostatními lidmi a s požadavky dané společností.

Vnitřně motivovaní lidé se nenechají příliš ovlivňovat a dělají převážně to, co sami považují za důležité. Kompetentní lidé s vysokou potřebou autoregulace a nezávislosti dokážou si udržet svou autonomii. Nemají potřebu někoho ovládat a necítí se být ohroženi. Jejich vztahy bývají vyrovnané, oproti jedincům, kteří se nechají ve větší míře ovlivnit a ovládat vnějšími tlaky. Tito jedinci většinou vnější požadavky akceptují dobrovolně, i když s nimi nejsou vnitřně ztotožnění a necítí se úplně spokojeni. Dochází k potlačení jejich autentickým projevům a prožívají nepříjemné omezení. Cítí bezmocnost a méněcennost. Bývají většinou stresováni běžnými situacemi a převažuje spíše vyhyčivé chování než úsilí zaměřené na dosažení žádoucího cíle. (Vágnerová, 2016, s. 339-341)

Viktor Emanuel Frankl (1905-1997) byl rakouský neurolog, psychiatr, zakladatel existenciální analýzy (lidského bytí) a teorie Logoterapie, slovo odvozené z řeckého slova logos – smysl. Viktor E. Frankl vystihl lidskost člověka, jeho logoterapie vidí v člověku bytost hledající smysl a reaguje na volání po smyslu. Byl přesvědčen, že terapii je třeba vést do hlubších a duchovnějších sfér, má-li být běžnému člověku se všemi jeho starostmi užitečná. Naučil se naslouchat svým pacientům a učit se od nich. Existenciální analýza je určitý směr zkoumání a výkladu lidského bytí. Pojímá člověka jako přirozeně směřujícího k uskutečňování hodnot, a tím naplňujícího svůj život smyslem. Popisuje lidskou povahu jako celistvou jednotu (dimenzionální ontologie) navzájem složitě propojených způsobů lidského bytí. Která se skládá ze tří rovin, a to somatické, psychické a noetické (osoba,

svědomí, svoboda, odpovědnost), tři hlavních lidských rozměrů jeho bytí. Podle Frankela dávají životu smysl. Dělí je na hodnoty postoje (naplnit čin, který si vytyčíme), hodnoty tvůrčí (naplnit dílo, které vytváříme a dáváme světu) a hodnoty zážitkové (co člověk získává od světa v podobě životně významných vztahů a zážitků, vztahy a láska). (Wikipedie, 8.11.2019 online, Sleá, 8.11.2019, online, Šamánková, 2011, s. 25)

Erich Pinchas Fromm (1900-1980) byl sociální psycholog, humanistický filozof a psychoanalytik, který považoval za nejvýznamnější síly motivující lidské chování, které bezprostředně souvisejí s existencí člověka. Považoval svobodu za nejdůležitější znak lidské povahy. Kromě základních fyziologických potřeb uvádí specificky lidské potřeby, odpovídající sociálnímu vymezení, a to potřeba sociálního začlenění, potřeba transcendence, potřeba zakořenění, potřeba individuální identity a potřeba racionality. E. P. Formm zdůrazňoval význam sebeuvědomění a uvědomění si své vnitřní hodnoty. (Šamánková, 2011, s.30, Drapela, 2011, s. 64)

Americký behaviorální a sociální psycholog **David C. McClelland (1917-1998)** jehož teorie je znám pod názvem teorie tří potřeb, tvrdí, že lidé mají potřebu něčeho dosáhnout, někam patřit a potřebu po moci. Liší se pouze vnitřním žebříčkem priorit těchto hodnot. (Šamánková, 2011, s. 29)

Autor teorie očekávání profesor **Victor Vroom (1932)** říká, že v člověku neustále probíhá proces předvídání budoucnosti. Je-li jedinec přesvědčen o dosažitelnosti a atraktivnosti cíle a způsobu cesty k výsledku, pak je dostatečně motivován cíle dosáhnout. Člověk je ovlivněn vnitřním očekáváním a upřednostňuje chování, které má největší motivační sílu. Motivační síla je úměrná třem přesvědčením a to valenci (přesvědčení o přitažlivosti cíle), instrumentalitě (přesvědčení o tom, že vhodným chováním dosáhne cíle) a expectanci (přesvědčení, že se daným chováním bude umět řídit). (Šamánková, 2011, s. 28)

1.4 Základní rozdělení lidských potřeb

V psychologii se obvykle objevuje třídění na potřeby biogenní, fyziologické, psychogenní, sociogenní a psychologické. Rozdělení odpovídá pojetí člověka jako bytosti současně biologické tak sociální. Z pohledu ošetřovatelství odpovídá holistickému přístupu k člověku. Pojem potřeba vyjadřuje určité nedostatky biologické (jídlo, pohyb, odpočinek), sociální (zázemí, opory, projev úcty). Některé sociální potřeby jako je třeba potřeba něžnosti, tělesného kontaktu, lásky, mají vrozený základ. (Trachtová, 2018, s. 12) Jsou hluboce zakořeněny v samém jádru lidské přirozenosti, zastíněny biologicky naléhavějšími po-

třebami. (Maslow, 2014, s. 11) Jiné sociální potřeby vznikly za určitých sociálních podmínek, na které si jedinec v průběhu života zvykl. (Trachtová, 2018, s. 12)

Henry A. Murray (1893), americký psycholog třídí potřeby na viscerogenní tedy primární a na psychogenní jinak řečeno sekundární. Primární vychází z aktivace vrozených tělesných mechanismů a jsou nezbytné pro lidskou existenci. Primární ještě dělíme na potřeby pozitivní a zaopatřovací (hlad, žízeň), negativní, vyhýbavé (strach, bolest) a potřeby udržení druhu. Ty vyvolávají tendenci k přiblížení se nebo tendenci vyhnout se určitým stimulacím či situacím.

Sekundární (psychogenní) neboli vyšší se vyvíjejí na podkladě primárních, jsou individuální a činí náš život příjemnější a bohatší. (Zacharová, 2013, s. 20) Psychogenní potřeby H. A. Murray rozděluje na potřeby manifestní (zjevné) a latentní. Projevují se v chování jedince nebo jen ve fantazii a vyjadřují nevědomé touhy. Manifestní potřeba zahrnuje veškerou činnost jedince, vědomě záměrnou i nezáměrnou např. potřebu autonomie (pocit svobody a nezávislosti), potřebu pořádku, obrany, porozumění, zábavy, začlenění. Latentní potřeby, skryté, nezjevné, mají většinou formu přání, tužeb (potřebu poznání, pomoci, ovládnutí, agrese, ponížení). Index této kategorie potřeb doplnil Hilgard (Atkinson, Hilgard 2000). (Trachtová, 2018, s.12, Plevová, 2011, s.89-91, Šamánková, 2011 s.19, Vágnerová, 2016, s. 332)

A. H. Maslow rozlišuje potřeby vývojově nižší neboli základní a vývojově vyšší, potřeby růstu (viz příloha A). Mezi základní potřeby řadí potřeby fyziologické a potřebu bezpečí. Později v ontogenezi podle Maslowa vznikají potřeby vyšší, v nichž se upevňuje vazba jedince na sociální podmínky jeho fungování (potřeby styku). Vývojově nejvyšší, potřeby růstu (growth needs) tvoří organizovaný komplex kolem potřeby seberealizace. Všechny potřeby s výjimkou nejvyšší potřeby seberealizace (sebeaktualizace) jsou uspokojovány redukcí nedostatku stavu potřeby. Jedinec osvobozen od deficitních potřeb, touží po uspokojení nejvyšších potřeb (kráse, dobru, spravedlnosti). To je druh transcendence, kterou Maslow označuje jako metapotřeby, vyjadřující jeho potřebu růstu neboli sebezdokonalování. (Maslow, 2014, s. 10-11, Plevová, 2011, s. 92-93)

Hierarchický organizovaný systém potřeb podle Maslowa:

Nižší neboli základní potřeby

Fyziologické potřeby – objevují se při nerovnováze lidského organismu a slouží k přežití. Patří sem potřeba kyslíku, výživy, spánku, pohybu, čistoty, vyprazdňování a sexuální potřeba. A proto se člověk snaží, aby nedošlo k nedostatku těchto potřeb denním režimem, neboť při deficitu dochází k jejich dominanci, a tak ovlivnění celkového chování a jednání jedince.

Potřeba jistoty a bezpečí – jsou-li uspokojeny fyziologické potřeby, objeví se potřeby bezpečí. Patří sem potřeba jistoty, stability, ochrany, důvěry, spolehlivosti, pravidel a mezí, osvobození od strachu, chaosu a úzkosti. Ale i potřeba ekonomické a rodinné jistoty. Objevuje se, dojde-li ke ztrátě životní jistoty. Lze ji uspokojit prostřednictvím spolehlivého a jistého mezilidského vztahu, dosažení pocitu pozitivní naděje.

Vyšší potřeby

Potřeba lásky a sounáležitosti neboli potřeba afiliační. Potřeba sociálního začlenění neboli někam patřit, potřeba sounáležitosti, náklonosti a v neposlední řadě možnost milovat a být milován. Empatie, laskavost, sympatie, porozumění, pochopení, i toto jsou vše formy určité lásky. Vystupují do popředí v situaci opuštění a osamocení.

Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty jsou dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty, sebehodnocení, kompetence a nezávislosti na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhými lidmi, sociálním statutu, prestiži, nezávislosti a svobody. Do popředí vystupuje při ztrátě respektu, důvěry a kompetence. Člověk se snaží získat ztracené hodnoty zpět.

Potřeba seberealizace a sebeaktualizace je na vrcholu pyramidy. Jinak i popisovány jako metapotřeby, potřeby růstu. Tendence člověka realizovat své záměry a schopnosti. Patří sem i potřeba po dokonalosti, kráse, jedinečnosti, porozumění, jednoty, harmonie, autonomie, ale také spravedlnost a smysluplnost. Chtít být tím, kým podle svého přesvědčení může být. Realizace našich představ, které nás uspokojují. Je to touha po nejvyšším smyslu bytí. **Metapotřeby** jsou méně naléhavější ve srovnání se základními potřebami. (Trachtová, 2018, s. 14, Plevová, 2011, s. 2011)

Dělení potřeby dle obecných kritérií

Podle podstaty člověka – sem patří jak fyziologické potřeby, tak psychické, etické, sociální, sociální a kulturní potřeby a v neposlední řadě sebevyjádření a duchovní potřeby.

Potřeby podle počtu osob, kterých se týkají – potřeby individuální týkají se člověka jako jednotlivce v oblasti seberealizace, potřeba sebeuplatnění, splnění svých plánů, snů aj. Zatím co potřeba kolektivní se týká skupiny lidí či celé společnosti skrze jednotlivce.

Potřeba podle obsahu – materiální potřeba vyjadřuje lidské vlastnictví, mít a využívat danou věc. Nemateriální potřeba je zaměřena na lidské hodnoty, duchovno (láska, svědomí, svoboda, přátelství).

Potřeba podle ekonomického a neekonomického pohledu. Potřeba podle způsobu vyvolání, které se dělí na hlavní a doplňkové potřeby.

Potřeba podle naléhavosti – nezbytné, které zajišťují lidskou existenci (pití, jídlo, spánek), zbytné potřeby jsou potřeby, bez kterých se dokážeme obejít (dovolená u moře, vlastnit drahé auto).

Potřeba podle četnosti výskytu, které dělíme na trvalé, občasné a výjimečné. Trvalé potřeby se objevují denně (potrava, spánek), občasné potřeby se objevují pouze s určitou pravidelností, třeba závisle na roční období a potřeby výjimečné se vyskytují nepravidelně, ve výjimečných situacích.

Potřeba podle času se dělí na současné a budoucí. Současná potřeba je zaměřena na přítomnost a budoucí je spojena s očekáváním. (Šamánková, 2011, s. 16-19)

Klasifikace potřeb podle Heleny Chloubové

Ve své klasifikaci vychází z pyramidy Abraham Harold Maslowa, kterou zpracovala pro snadnější pochopení problematiky: „*Dům životních potřeb*“ (viz příloha B). Vychází z individuálního přístupu každého člověka, který si během života staví svůj dům životních potřeb. Pevné základy domu tvoří základní tělesné potřeby, které jsou podmínkou naší biologické tělesné existence. V době zdraví se jimi moc nezabýváme, dostávají se do popředí v období nemoci a začínají mít pro nás velký význam.

Psychosociální potřeby dělíme na potřebu jistoty a bezpečí (existenciální), která je složitější a vzniká adaptací člověka na prostředí a jeho socializací. Tato potřeba je velmi individuální, závisí na osobnostních předpokladech, na prostředí, do kterého člověk proniká, na sociálním prostředí a okolnostech umožňující socializaci. Dále na vyšší psychosociální potřeby, které se dělí na dvě potřeby, na potřebu vztahu (afiliační), lásky a sounáležitosti a na potřebu sebepojetí (Já). Potřeby vztahové jsou aktuální v okamžiku uspokojení

nižších potřeb. Jedinec touží po citovém vztahu, chce někam patřit, chce milovat a být milován. Chce pomáhat a očekává pomoc. Druhá vyšší psychosociální potřeba je potřeba sebepojetí a sebeúcty. Mluví o vnitřním obrazu vnímání sebe sama o hodnotách, myšlenkách, které charakterizují „Já“. Sebepojetí zahrnuje složky kognitivní (poznávací), emocionální (prožívání), konativní (usilující) a nevědomou (nepoznaná složka osobnosti). (Dufková, 2011, online 27.12.2019,23:15)

1.5 Uspokojení potřeb během nemoci

Každý zdravý jedinec je schopen si saturovat své základní biologické potřeby bez pomoci druhých lidí. Má možnosti a sílu dosáhnout toho, o co usiluje, snížit či zvýšit své nároky, neboť jeho snažení není omezeno nemocí. (Šamánková, 2011, s. 33)

Zdraví představuje v lidské společnosti jednu z nejvýznamnějších hodnot uznávanou ve všech dobách a kulturách. Někteří autoři se domnívají, že pojem zdraví a nemoc nelze jednoznačně vymezit. Zdraví je stav člověka (tělesný, psychický, sociální a duchovní), který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života. (Zacharová, 2017, s. 17-18)

Nemoc je poruchou systému člověka, jednoty a celistvosti organismu a prostředí. Vlastnosti organismu omezují možnost vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí v němž člověk žije. (Zacharová, 2013, s. 13) Nemoc je chápána společností jako nežádoucí stav a odchýlení nemocného člověka od očekávání, které vůči němu společnost má. Pro většinu lidí je nemoc náročnou životní situací, vnímána jako obtížně zvládnutelná, v některých případech dokonce jako nezvládnutelná. Dochází ke změně obvyklého způsobu života, mění se doposud navyklý denní stereotyp a denní program. Po kratší či delší době omezuje jedince v jeho běžných činnostech. Během nemoci dochází k neuspokojování celé řady potřeb. (Zacharová et al., 2011, s. 113-114)

Specifická podoba potřeb nemocného člověka je závislá jak na charakteru nemoci, tak na jedinci samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije. Uspokojování potřeb je ovlivněno obecnými faktory (výchova, rodinný stav, vzdělání), společenskými faktory a patologickými faktory (bolest, horečka, aj.). Některé potřeby jsou limitovány onemocněním samotným, jako změna životního stylu, sociální a ekonomické problémy a potřeby, které nově vznikají (pomoci od bolesti, ztráta pocitu jistoty a bezpečí). (Šamánková, 2011, s. 36, Zacharová et al., 2011, s.119)

Potřeby se v průběhu nemoci mění, některé mizí, jiné se zas naléhavě objevují. Uspokojování a naplnění potřeb v těžké nemoci zachycuje změnu seřazení hodnot, vycházející z Maslowovy pyramidy. Seberealizace v podstatě zaniká, jedinec chce být spíše ujištěn, že se mu mnohé povedlo a něco dokázal. Sebeúctu u nemocného posilujeme a dáváme mu najevo, že nás neobtěžuje o něj pečovat. Láska a pocit příslušnosti je nemocnému dávana najevo porozuměním a pochopením jeho změněných potřeb a nároků. Projevujeme toleranci k nemocnému a jeho potřebám individuálním přístupem a zájmem o jeho osobu. (Šamánková et al., 2011 s. 36)

Dělení potřeb člověka dle Bártlové:

Potřeby, které se nemocí nemění a jsou stejné jako u zdravého člověka. Patří sem potřeba vzduchu, výživy, odpočinku, spánku, vyprazdňování, pocit pohodlí a bezpečí. V nemoci může být jejich potřeba pocíťována však intenzivněji a docházet k posunu jejich důležitosti. Tyto potřeby jsou za hospitalizace uspokojovány pomocí ošetrovatelského týmu.

Potřeby, které se nemocí změnily, tvoří nejsložitější skupinou. Jsou velmi individuální a proměnlivé, ovlivněné onemocněním jako takovým, druhem, závažností a fází. Pozornost je potřeba věnovat potřebám sociálním. Ty se nejdříve omezují a postupně se vracejí. Může se projevit i deformace dřívějších potřeb, neboť ne všichni klienti se vrací do původního stavu jako před nemocí.

Potřeby, které nemocí vznikly, v závislosti na řadě okolností – na osobnosti, předchozí zkušenosti, vztahu a chování okolí (lékaři, sestry, jiní klienti, rodina), charakteru, stupni závažnosti a průběhu nemoci a informovanosti o nemoci. Naléhavá je potřeba navrácení zdraví, tlumení či úplné zbavení bolesti, potřeba udržení a obnovení funkcí a potřeba připravit se na nové sociální funkce. Jejich důležitost pramení z priorit pacienta.

Pro člověka v daném okamžiku je nemoc zátěž, která přináší problémy a komplikace. Nemoc se stává svízelnou situací, která může přerůst až v životní krizi. Jedinec se mnohým situacím umí postupně přizpůsobit, někdy se ovšem aktivizují obranné mechanismy a tím zabrání přizpůsobení. Hovoříme tedy o neadaptivním chování neboli maladaptaci. Život je stálá adaptace na měnící se podmínky, které trvají od narození až do smrti. Adaptace vyjadřuje vyrovnávání, obnovování rovnováhy jedince a prostředí. Obnovování rovnováhy se týká jak fyzické rovnováhy organismu, tak mezi osobností a prostředím,

ale i vnitřní rovnováhy organismu a osobnosti. Při ošetřování nemocného, bychom měli mít stále na paměti, že pracujeme s člověkem, jehož nálada, chování i prožívání jsou ovlivněny uspokojováním jeho biologických, psychických a sociálních potřeb. (Zacharová, 2013, s. 61-62)

1.6 Nedostatečná saturace potřeb

Při nenaplnění potřeb dochází u jedince ke změně chování a k psychickým a somatickým potížím. Člověk pocítuje neklid, úzkost, nervozitu, napětí, vztek, nesoustředí se a je celkově citlivější na některé podněty. Nově vzniklá situace může negativně ovlivnit jeho následující činnost, chování a jednání. Nenaplněné potřeby mohou vycházet z vnějších i vnitřních podnětů. Pocit neuspokojené potřeby může vyústit až ve stres, který následně může vést k frustraci. Pokud frustrace trvá delší dobu, dochází k závažnému psychickému stavu, a to k deprivaci. Jiní lidé mohou upadat při dlouhodobém působení frustrace do deprese a dochází k tělesnému a duševnímu selhání. Uvedenou situaci označujeme jako náročnou životní situaci neboli svízelnou situaci, která působí negativně a přináší řadu problémů a komplikací, ale pro některé jedince může v určité míře mít pozitivní mobilizující význam a podněcovat člověka k aktivitě a k lepšímu výkonu. Nejčastěji tento stav člověk řeší agresí, ať už slovní, a to namířeno přímo či nepřímo, nebo fyzickou vůči předmětům nebo ublíží druhé osobě či je schopen poškodit i sám sebe. (Šamánková, 2011, s. 15, Zacharová, 2013, s. 62)

1.7 Faktory ovlivňující uspokojování lidských potřeb

Způsob uspokojování potřeb je ovlivněn řadou faktorů, řadíme sem individualitu jedince, v jakém stádiu vývoje se člověk nachází, sociálně-kulturní prostředí, mezilidské vztahy, a v neposlední řadě nemoc a okolnosti za kterých nemoc vznikla. Tyto faktory mohou znemožnit, narušit i měnit způsob uspokojování potřeb člověka. (Trachtová, 2018, s.16, Plevová, 2011, s. 98, Šamánková, 2011, s. 24)

Individualita jedince – jedná se především o osobní charakter jedince. Temperament osobnosti, individuální zvláštnosti citů, jako je citová dráždivost, emocionální labilita a stabilita, citová zralost a odolnost proti zátěži, to vše ovlivňuje způsob prožívání a následně uspokojování potřeb. Člověk s narušenou sebekoncepcí má oslabenou schopnost uspokojit základní potřeby, ale i schopnost uvědomit si, zda byly potřeby uspokojené nebo neuspokojené. Lidé, kteří se poznají a váží si sami sebe, snášejí snadněji změny, identifikují

jí své potřeby i způsob, jak je uspokojit. Lidé s narušenou sebekoncepcí nejsou schopni uspokojit samostatně své potřeby a budou vyžadovat pravděpodobně vždy pomoc sestry.

Vývojové stadium člověka – dítě se ve svém osobnostním rozvoji postupně zbavuje plné závislosti na nižších potřebách, které jsou spojeny s odkázaností na péči druhých a vyvíjí se potřeby vyšší, které vyjadřují více jeho autonomii a svébytnost. Okamžitou potřebou po narození novorozence je potřeba kyslíku a tepla. Postupně se k nim přidávají další biologické potřeby, potřeby psychické a sociální, které se vzájemně prolínají. Jak v dětství, tak i ve stáří může být rozpoznání potřeb pro pečující osoby problematické. Involuční změny provázející vyšší věkové období mají vliv na způsob saturace potřeb. Člověk se v průběhu vývoje musí naučit důvěře k lidem, protože na základě této schopnosti je snadněji dosažitelné naplnění základních pocitů jistoty a bezpečí. Je nutné brát v úvahu, že zvláště v období kojeneckém, batolecím a částečně i následujících věkových obdobích nemá dítě dostatečné výrazové prostředky k signalizaci potřeb. Obdobný problém nastává i u starého člověka.

Kultura – předává jednotlivcům vzorce pro uspokojování potřeb, ale také určité projevy potřeb potlačuje. Sociální prostředí je formováno rozmanitostí kultur, kterými byl člověk ovlivněn v průběhu života.

Rodina a mezilidské vztahy – Potřeby dítěte zabezpečuje především rodina, jejímž úkolem je dbát o jeho základní životní potřeby a ochranu zdraví a současně i o rozvoj schopností a zájmy dítěte. Funkční rodina přirozenými projevy citové náklonnosti, citovým přístupem k dítěti vytváří pro něj zázemí a buduje pocit bezpečí a jistoty. Rodinné zázemí a podpora blízkých ovlivňuje způsob uspokojování potřeb i v dospělosti včetně stáří. Zejména vztahy k příbuzným a blízkým narušují uspokojování potřeby. Zdravotnický personál často vstupuje do těchto vztahů, protože je v blízkosti nemocného v jeho kritickém období.

Onemocnění – Nemoc často jedinci brání v uspokojování jeho potřeb a sama určuje způsob vyjádření potřeb a možnost jejich uspokojování. Prožívání a uspokojování potřeb ovlivňuje ráz onemocnění (akutní či chronické), zvolený způsob léčby, přítomnost bolesti, hospitalizace či omezení pohybu. Během nemoci mohou vzniknout i potřeby nové, v důsledku nedostatku vědomostí, zručnosti a stresu. Když jsou uspokojeny fyziologické potřeby, nemocný chce uspokojovat potřeby vyšší úrovně. Nemocní často svou veškerou pozornost zaměřují na fyziologické potřeby („přežítí“) a přechodně se nezabývají třeba-

mi vyšší úrovně. K dalším faktorům, které mohou ovlivnit nejen vnímání potřeb, ale i jejich saturaci ve zdraví i nemoci, patří životní styl, schopnost adaptace jedince na stres, faktory prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal a ve kterém žije, mohou záviset na inteligenci, zkušenostech, pohlaví jedince aj. (Plevová, 2011, s. 98-99, Šamánková, 2011, s. 13, Trachtová, 2018, s. 16-17, Šamánková, 2011 s. 24)

1.8 Překážky v uspokojování potřeb

Bariéry v naplnění, ale i pojmenování potřeb bývají jiné ve zdraví než v nemoci. Záleží na komunikačních dovednostech poskytovatele a příjemce. Mnohdy neumíme přesně pojmenovat to, co nám chybí, čeho máme nadbytek a ani to po čem opravdu toužíme

Osobní bariéra – ostych vyslovit přání, obavy ze zklamání, pocit nedůvěry, choulostivá a osobní sdělení

Psychická bariéra – v nemoci je důležité znát podstatu nemoci a její příznaky. Znalosti pomohou nemocnému nalézt pojmenování chybějící saturace potřeby. Roli může hrát i sympatie nebo antipatie.

Jazyková bariéra – může se jednat o nepochopení toho, co si vzájemně říkáme, nevhodná nebo nesrozumitelná volba slov.

Fyziologická bariéra – zapříčiněná tělesný dyskomfortem.

Bariéra z prostředí – nezvyklé, nové prostředí pro nemocného, zima, neútulno.

Neporozumění sdělovanému – ostych se znovu ptát.

Možné bariéry – vyslovení a přijímání omluvy, kritiky, pochvaly, řeč těla a zpětná vazba. (Šamánková, 2011, s.13-15)

2 JISTOTA A BEZPEČÍ

2.1 Potřeba jistoty a bezpečí

Již Abraham Harold Maslow uvedl jako druhou prioritní potřebu na své pyramidě potřebu jistoty a bezpečí, hned nad biologickou potřebu, jako potřebu nedostatkovou. Pocit jistoty a bezpečí zasahuje do oblasti psychiky člověka. Potřeba jistoty a bezpečí souvisí s přežitím jedince, potřebou sebezáchovy a vyhnout se ohrožení, s potřebou důvěry, informací a orientace, soběstačnosti, být zdravý, s potřebou míru, klidu, naděje a víry. V okamžiku, kdy jsou uspokojeny fyziologické potřeby (výživa, spánek, aj.) se potřeba jistoty a bezpečí stává pro jedince aktuální.

Jistota a bezpečí je potřebou vyvarovat se nebezpečí a ohrožení. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, potřebu ochránce, osvobození od strachu, ale také ekonomické zajištění. Pocit jistoty a bezpečí umožňuje jedinci získání důvěry, životní hodnoty, nezávislosti, orientaci ve společnosti i v materiálním světě. V uvědomování si potřeby jistoty a bezpečí hraje důležitou roli věk jedince. Typická reakce na neuspokojení této potřeby je u dětí, kdy dítě velmi špatně snáší odloučení od rodiny, zejména od matky, projevující se separační úzkostí. Dítě v ohrožení pláče, křičí, nespolupracuje a utíká. Negativně prožívá diagnostické a léčebné zákroky. Dospělý člověk je schopen zvládnout neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí vlastními kompenzačními mechanismy, které si osvojuje během svého ontogenetického vývoje, které mohou být pro něho samotného i pro okolí prospěšné i neprospěšné (agrese, únik, izolace, racionalizace, aj.). (Trachtová, 2018, s. 17, 153-154)

Hlavním cílem kvalitní léčebné a ošetrovatelské péče je uspokojení potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti pacienta. (Šamánková, 2011, s. 39) Míra jistoty a bezpečí ovlivňuje fyziologicko-biologickou stránku lidského organismu, podporuje jeho normální funkci jednotlivých orgánových systémů přes působení centrální nervové soustavy a vegetativního nervstva. Nejistota působí jako stresor působící na adaptační mechanismy organismu. (Trachtová, 2018, s. 153) Být v bezpečí je pro každého jedince velmi důležité. Vztah mezi pacientem a zdravotníkem by měl být založen na vzájemné důvěře a respektu. Zdravotnický personál je vázán povinností mlčenlivosti, která je dána zákonem, měl by jednat v souladu s etickým kodexem a dodržovat zásady profesionálního chování a jednání. Vzájemná interakce mezi zdravotníkem a pacientem by měla splňovat určité zásady, které obsahují důvěru, pochopení, naději a empatii. Nemocný vnímá zdravotníka jako zdroj bezpečí

čí a odborníka ve svém oboru, kterému důvěřuje, ale i tak prožívá strach a nedůvěru s vědomím, že není zasvěcen do všeho, co zdravotník myslí a koná. (Zacharová, 2013, s. 78-80)

2.2 Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí

Neuspokojením potřeby jistoty a bezpečí dochází k vážnému narušení vnitřní rovnováhy jedince a jeho homeostázy.

Fyziologicko-biologické faktory hrají velmi významnou roli ve vztahu k potřebě jistoty a bezpečí. Zahrnují věk a vývojové stadium jedince, funkce orgánových systémů, adaptační mechanismy a způsob zvládnání stresových situací.

Psychicko-duchovní faktory, mezi které řadíme osobnost člověka, vlohy, vlastnosti, schopnosti, určují schopnost uspokojování potřeby jistoty a bezpečí.

Sociálně-kulturní faktory, socializace neboli zařazení člověka do společnosti, má vliv na další vývoj člověka. Zvláště období kojenecké a batolecí je pro uspokojování potřeby jistoty a bezpečí nejdůležitější. Míra uspokojení potřeby lásky, jistoty, bezpečí a vztah mezi matkou a dítětem je podmínkou pro bezproblémové navazování sociálních vztahů jak v dětství, tak i v dospělosti. Dalším sociálně kulturním faktorem, který má význam pro pocit jistoty a bezpečí je postavení člověka v zaměstnání, rodině, plnění role, ekonomické zajištění rodiny.

Faktory životního prostředí, životní podmínky jsou základním faktorem pro uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. (Trachtová, 2018, s. 156-157)

2.3 Potřeba jistoty a bezpečí z vývojového hlediska

Jak již bylo zmíněno, věk a vývojové stadium jedince hraje významnou roli ve vztahu k potřebě jistoty a bezpečí.

Prenatální období – významným výsledkem celkové prenatální zkušenosti je bazální pocit bezpečí, který se však nemusí vždy vytvořit. V prenatálním období zajišťuje ochranu plodu děložní stěna a plodová voda. V 5. měsíci plod reaguje na tlak a začíná vnímat zvukové podněty, jde především o zvuky mateřského organismu, tlukot srdce aj. Okolo 7. až 8. měsíce plod slyší zvuky z vnitřního i vnějšího prostředí. Dokončuje se rozvoj struktur středního ucha a rozvoj příslušných mozkových center, který je stimulován různými zvukovými podněty. Dítě kontinuálně vnímá zvuky z matčina organismu, mateř-

ský hlas a další zvuky. Plod získává různé specifické zkušenosti. Dostupné podněty přispívají k rozvoji určitých nervových spojení, pouhé zrání by k jejich rozvoji nestačilo. Mezi matkou a plodem se vytváří určitý komunikační systém. Plod reaguje na různé podněty specifickým způsobem a tím dává matce informace o svých pocitech a potřebách. Rozvoj pocitu bezpečí a jistoty pokračuje v postnatálním období, především ve vazbě s matkou. (Vágnerová, 2017, s. 62-64, Šamánková, 2011, 54)

Postnatální období – vazba, rozvíjející se mezi matkou a dítětem po narození, je pokračováním biologické symbiózy a zkušeností získaných v prenatálním období. Vývoj narozeného dítěte je závislý na chování matky, na její vnímavosti a citlivosti vůči jeho potřebám. (Vágnerová, 2017, s. 68)

Novorozenecké a kojenecké období – (novorozenecké období je od narození do jednoho měsíce života dítěte, na které navazuje období kojenecké, které končí v prvním roce života dítěte) je charakterizováno naprostou závislostí dítěte po biologické tak psychické stránce na dospělé osobě. Rodiče jsou pro dítě zdrojem jistoty a bezpečí, svým objektivním, svým tělem poskytují dítěti pevný štít proti hrozícímu nebezpečí.

Vytvoření symbiotické vazby s matkou, dítěti v počátečním období usnadňuje adaptaci na svět a představuje základ budoucího pocitu jistoty, který je předpokladem ochoty k jeho poznávání a k postupnému osamostatnění. Matka slouží jako významný zdroj uspokojování potřeb dítěte a je i prostředníkem mezi dítětem a okolním světem. Přibližuje mu svět v takové podobě, která je pro něj srozumitelná a nenarušuje jeho pocit jistoty a bezpečí. Jako základní podnětovou kvalitu v prvním roce dítěte uvádějí psychologové, pozitivní naladění ke svému prostředí. Pro správný vývoj dítěte je potřebné, aby stimulace měla převážně pozitivní charakter, protože jenom taková stimulace ho nebude odrazovat od kontaktu s okolím. Pokud jsou jeho prožitky, které fungují jako autoregulační mechanismus, příjemné, mohou jeho zvědavost posilovat, a pokud jsou nepříjemné, mohou ji tlumit. Je potřeba, aby jedinec získal základní důvěru ke světu a byl schopen obnovovat pozitivní vztah ke svému okolí i po případné frustraci, která je v lidském životě zákonitá. Opětovné získání jistoty, pokud nepříjemné pocity netrávají příliš dlouho a nejsou příliš časté, posiluje v dítěti základní důvěru. Následným posílením jistoty dochází k znovu dosažení uspokojení. Na základě zkušeností si dítě zafixuje určitý bazální postoj, z něhož vyplývá strategie chování.

Potřeba jistoty a bezpečí je pro počáteční vývoj dítěte velmi klíčová. Bowlby (1969) označil vytvoření uspokojivé vazby s matkou, která posiluje jeho celkový pocit jistoty a bezpečí, jako připoutání. Připoutání (attachmant) k určité osobě, většinou k matce, představuje dlouhotrvající emoční vazbu, která není zaměnitelná s jinou a následně určuje vztahy k ostatním lidem. Bezpečná vazba mezi dítětem a matkou je typická vzájemností citového vztahu, ze kterého vyplývá potřeba fyzické blízkosti. Prožitek dlouhodobé bezpečné vazby ovlivňuje celkové hodnocení a prožívání, představuje klíčový aspekt modulace negativních emocí. Děti mají větší toleranci k negativním prožitkům a dovedou je lépe rozeznávat a zvládat.

Mezi 6. až 9. měsícem života dítěte, začne dítě odlišovat nejen matku, ale i jiné známé a neznámé osoby. Známy člověk pro dítě bude představovat jistotu a bezpečí. Strach a úzkost z cizích lidí a neznámých situací je v tomto období kojence, jedním z nejdůležitějších signálů normálního vývoje. Rozlišovat cizí a známé lidi vede dítě k ostražitosti. Dítě začíná chápat svou oddělenost od matky a uvědomuje si sama sebe jako samostatnou bytost. Tak začíná separace na psychické úrovni. Toto období označuje Mahlerová (1975) jako diferenciacní (rozlišovací) fázi separačně individuálního procesu. Spolehlivý vztah s matkou je pro dítě zdrojem vnitřní jistoty a stability, která je odolná proti vnějším rušivým vlivům. Subjektivně bezpečným se svět pro dítě stává, pokud jej chápe jako stabilní, předvídatelný a dovede se v něm orientovat. Dlouhodobé neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí nebo nedostatečná saturace, způsobuje dítěti psychickou deprivaci, která může být v pozdějším věku příčinou vážných psychických poruch. Děti mladší 7. měsíce při odloučení matky ještě neprotestují, pokud jsou zachovány jejich zvyklosti a patřičný komfort. (Trachtová, 2018, s. 155, Šamánková, 2011, s. 54, Zacharová, 2011, s. 65-67, Vágnerová, 2017, s. 71-115)

Batolečí věk – Období batolete je od 1 roka do 3 let života dítěte. E. H. Erikson (1963) německý psycholog, nazývá batolečí věk autonomie. V tomto období dochází k rozvoji jeho osobnosti a charakteristickým znakem je osamostatnění a postupné uvolňování z různých vazeb, které měly v předcházejícím vývoji svůj význam (např. matka). Dítě se stává aktivnější, samostatnější a uvědomuje si svůj vztah k prostředí, ve kterém žije. Důležitým zdrojem vývojové dynamiky pro batole, je rovnováha mezi potřebou emancipace, osamostatňování a potřebou stability, jistoty a bezpečí, v krajním případě až stereotyp. Každé dítě potřebuje pro svůj správný rozvoj určitý přísun podnětů odpovídající kvality, které jsou pro něj do jisté míry srozumitelné a nevyvolávají svou nejasností strach. Dítě se

může osamostatnit jen tehdy, když je natolik zralé, aby mělo většinu potřebných kompetencí. Jestliže je z nějakého důvodu nemá, potřeba emancipace se nevytváří a převládne tendence k udržení jistoty a tím větší závislosti a zachování současného stavu. Negativní zkušenosti mohou vést k útlumu emancipace. Neuspokojivá orientace v okolí zvyšuje nejistotu a vyvolává strach. (Zacharová, 2011, s. 67, Vágnerová, 2017, s. 120-121,166)

V batolecím věku se rozvíjí vědomí sociální příslušnosti jako součást sebepojetí a získávání vědomí rodinné identity. V ohraničeném rodinném společenství se učí sociálním dovednostem, získává potřebnou jistotu. Pro dítě je důležité teritorium domova, je to místo, které dobře zná a kde se může cítit bezpečně. Dítě, které si vytvoří bezpečný vztah k oběma rodičům, získá určitou výhodu, neboť otec usnadňuje odpoutání z těsné vazby na matku. Má možnost získat větší pocit jistoty a bezpečí, a to na základě vícečetné citové vazby. Schopnost separace dítěte od matky je závislá na rozvoji poznávacích procesů, lokomoce, komunikace a emoční zralosti. Schopnost separace od matky je podporována rozvojem symbolického myšlení dítěte, kdy batole je schopno si uchovat nějakou podobu matky ve formě představy. Matka je chápána jako trvalý objekt, a proto dítěti vadí o mnoho méně, když není na chvíli přítomna. Separace má dvojí formu, a to aktivní a pasivní. Aktivní forma separace závisí na dítěti samotném. Dítě se vzdaluje od matky na takovou dobu vzdálenost, kterou považuje samo za únosnou. Zatímco pasivní forma nezávisí na vůli dítěte, nemůže ji nijak ovlivnit, i když se o to pokouší. Dítě je odloučeno od matky někým jiným. Dítě prožívá separační úzkost, která se projevuje v první fázi protestem, v druhé zoufalstvím a apatií a vrcholí třetí fází odpoutáním od matky, kdy po delší době odloučení se dítě snaží uspokojit potřeby bezpečí a citové vazby navázáním vztahu k jiné osobě (či hračce), která je dostupná. (Vágnerová, 2017, s. 150-155, Zacharová, 2011, s. 69-70)

Předškolní věk – trvá od 3 do 6-7 let. Předškolní věk je charakterizován stabilizací vlastní pozice ve světě a rozlišení vztahu ke světu. V jeho procesu poznávání si dítě pomáhá představivostí, pokud mu není něco jasné nebo srozumitelné, vypomáhá si fantazijním zpracováním informací a intuitivním uvažováním, které není ještě regulováno logikou. Dítě ulpívá na svém pohledu, který pro něj představuje určitou jistotu. Převažující emoční ladění dítěte a jeho tendence reagovat určitým způsobem nezávisí jen na temperamentu dítěte, ale i na zkušenosti a míře jistoty a bezpečí v rámci rodiny. U dětí, které mají bezpečné zázemí, převažuje pozitivní emoce a lepší porozumění citovému ladění jiných osob. Děti, které potřebné jistoty nedosáhly, tak dobře ostatním lidem nerozumějí a reagují často

méně přiměřeně. Citová rovnováha dítěte do značné míry závisí na chování blízkých lidí jak k dítěti, tak k sobě navzájem.

V předškolním věku se postupně uvolňuje vázanost na rodinu i na dospělou osobu. Dítě si v průběhu batolecího věku zpravidla potvrdí jistotu rodinných vazeb natolik, že dokáže navazovat kontakty mimo rodinu s dospělými i vrstevníky (např. mateřská školka). Identifikace s významnou osobou v dítěti posiluje pocit jistoty a bezpečí a snižuje pocit ohrožení (rodič, starší sourozenec). Součástí identity a pocitu jistoty je vlastní prostředí, osobní teritorium dítěte (osobní věci, hračky, postýlka, oblečení, aj.). Dítě je považuje za součást své osoby, i když později pochopí, že tomu tak není, vlastnický vztah k věcem přetrvává. Rozvoj prosociálního chování dítěte je podmíněn dosažením určitého stupně emoční zralosti, schopnost empatie, kontrola agresivity, ovládnání vlastních aktuálních potřeb, především ve smyslu oddálení jejich uspokojení. Důležitým předpokladem je uspokojena potřeba citové jistoty a bezpečí. Dítě, které získalo základní pocit důvěry v život i ve vlastní kompetence, nahlíží na svět jako na relativně bezpečný a věří, že je možné ovlivnit dění, které v něm probíhá, vlastními silami.

Stabilita rodinného zázemí má pro dítě v předškolním období velký význam. Rozpad rodiny pro něj představuje specifickou psychosociální zátěž. Dochází k silnému zásahu do světa dítěte, který považovalo za bezpečný a jistý, chápán dítětem jako trvalý. Rozpad rodiny ovlivní jeho postoj k jiným lidem, ale i k sobě samému. U dítěte se zvyšuje tendence dosáhnout potvrzení potřebné jistoty jakýmkoliv způsobem. Vymáhají si pozornost rodičů a opakované důkazy jejich lásky. Občas v rámci svých obranných tendencí reagují regresivně, začnou se chovat na úrovni mladšího věku. (Zacharová, 2011, s. 71-73, Vágnerová, 2017, s. 177-237)

Školní věk – jedná se o období, které lze rozdělit na tři dílčí fáze – raný, střední a starší školní věk (od 6 let do 15 let věku dítěte). Dle Eriksona je školní období fází píle a snaživosti, v níž se především prosazuje svými výkony. Je důležité, aby jeho snaha byla oceněna a tím dítě získává pocit jistoty a bezpečí. Dalším zdrojem saturace této potřeby je rodina.

Dospívání – je velmi dominantním obdobím každého jedince, charakteristické hledáním vlastní identity, bojem s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém a své pozici ve společnosti. Dospívání probíhá mezi 11 a 20 rokem života, které se dělí na tři fáze, a to prepuberta, puberta a adolescence.

První období začíná projevem zrychleného tělesného růstu, větší produkcí hormonů a tím změnou sekundárních pohlavních znaků a citovou labilitou. Proto počátky dospívání dítěte jsou spojeny s prožitky ztráty jistoty a citovou zátěží. Období počátku dospívání je období velmi neklidné, proto je důležité dát dospívajícímu jedinci jistotu v celodenním řádu, podporu a možnost uvědomit si vlastní pozici, jak v rodině, tak ve společnosti.

Puberta u dívek obvykle začíná přibližně v 12 letech a u chlapců až ve 13 letech. Začíná prvotními projevy pohlavní zralosti a vyrovnáním rozdílů mezi rychlým tělesným a pomalejším psychickým vývojem. Pozornost jedinci zaměřují na vlastní vzhled, který tvoří jejich identitu. Důraz na neměnnost úpravy zevnějšku pubescenta, pomáhá překonávat pocit nejistoty ze změn, kterými prochází. Také denní snění, druh určité fantazie s bohatou představivostí, vzniká na základě obrany před stykem s realitou světa a vnitřní nejistotou. Začínají hledat smysl života, hodnotit a zkoumat hloubku a trvalost svého okolí. Zhodnocení a pochopení řádu a pravidel ve společnosti, umožňuje pubescentovi se rychle orientovat a stanou se tak zdrojem jistoty a bezpečí. Základním citem je pro ně přátelství. Naplňuje potřebu citové vazby s přáteli, které mu dávají určitý pocit jistoty a bezpečí. Citové vztahy s rodinou se pozvolna uvolňují.

Třetí fáze dospívání se nazývá adolescencí, trvá přibližně od 15 let do 20 let života jedince a vyznačuje se obdobím přípravy na dospělost. Role dospělého je náročnější, plná účasti na společenském životě, odpovědnosti a povinností. Adolescence je převážně dobou duševního dospívání, získávání předpokladů stát se dospělým ve všech oblastech. Tělo se stává důležitou součástí vlastní identity, vytváří jedinci oporu vlastního sebepojetí, ubezpečuje se o své hodnotě. Vztahy s vrstevníky poskytují citovou oporu, ujištění o vlastní hodnotě, naplnění základních psychických potřeb jako je jistota a bezpečí, pochopení adolescenty. I přesto, že se více uplatňuje vliv vrstevníků, význam rodičovské podpory přetrvává a postupně klesá v dospělosti. (Vágnerová, 2017, s. 254-424, Zacharová, 2011, 74-90, Orel a spol., 2016, s. 36)

Mladá dospělost – období mezi 20-30 lety je považováno za období rané dospělosti, doba velkých nadějí, optimismu, energie, tělesné síly a zdraví. Partnerský vztah představuje citové zázemí, jistotu, vzájemnou důvěru a respekt. Ekonomické zajištění, společenský úspěch, osobní rozvoj, vzdělanost, manželství, v těchto oblastech mohou jedinci v tomto období hledat pocit jistoty.

Střední dospělost – období mezi 30-45 lety je považováno za životní mezník s tendencí bilancovat svou minulost, hodnocení a posuzování míry naplnění života a představ o budoucnosti. V tomto období se může objevit i tzv. krize středního věku. Jedinec si počíná uvědomovat úbytek své atraktivity, profesní roli si potvrzuje svými kvalitami a uspokojuje potřebu seberealizace. Úspěch a moc ustupuje preferencím pohody a jistoty. Jedinec se vzdává iluzí, představ, akceptuje dané možnosti a jistotu mu přináší stereotyp, který je pohodlný, snadný a předvídatelný, ale nemusí přinášet emoční uspokojení.

Starší dospělost – 45-60 let – označováno také jako střední věk. Období, kdy se člověk postupně smiřuje s přibývajícím věkem a začíná se připravovat na svízelnost stáří. Zhoršují se některé funkce, projevují se první viditelné známky stárnutí. Objevují se zvýšené pocity nejistoty a obavy ze selhání, podrážděnost, úzkost, deprese, které mění a narušují postoj k sobě samému a sebehodnocení. Manželství a rodina představují jistotu sociálního kontaktu a člověk nezůstává ve stáří sám. Zvyšuje se ochota přijímat kompromisy a snižuje se tendence řešit určité problémy, pro pocit klidu a jistoty, kterou mu stereotyp dává. Dochází k fyzickému úbytku sil, který v profesní oblasti může představovat nejistotu, ale dobrá zkušenost, rozumová schopnost a schopnost zpracovávat informace představují jistotu. (Zacharová, 2011, 91-100)

Stáří – Jedinec v tomto období života ztrácí své jistoty a zaujímá některé ze strategií, které popsal Bromley, jako přijetí stáří. Mezi ně patří konstruktivní strategie, ta představuje smíření se se stářím, přizpůsobení se svým tělesným a duševním možnostem. Dále strategie závislosti, očekávání péče druhými lidmi. Třetí strategie je obranný postoj, kdy se jedinec nechce smířit se svým stářím. Obává se závislosti na druhých, má strach ze ztráty aktivního života. Další způsob reakce na stáří je nepřátelský postoj k mladým lidem, vnímání stáří jako nespravedlnost. Dávají za vinu své potíže druhým lidem, bývají osamělí. Nebyli a nejsou schopni tolerance, lásky a altruismu. Sebenenávist, negativní přístup k sobě samému je poslední způsob, jak se jedinec může vyrovnávat se svým stářím. Jedinec pak bývá pesimistický se sklony k depresím až k sebevražednému chování.

Rané stáří – období mezi 60-75 lety se vyznačuje úbytkem schopností jak rozumových, poruchou paměti a psychickými poruchami tak i úbytkem fyzických sil. V raném stáří se může objevit demence, jedinec bývá citlivější a zranitelnější. Může trpět chronickým smutkem, duševní bolestí, neklidem a úzkostí. Tyto stavy a poruchy v jedinci vzbuzují pocit nejistoty a ohrožení. Zatím co lidé žijící v manželství, s rodinou, která představuje

pocit jistoty a bezpečí a umožňuje jim se ujistit ve vlastních hodnotách a být potřebným, osamělí jedinci tento pocit ztrácejí.

Pravé stáří – období mezi 75-90 lety. Lidé v tomto věku bývají ceněni pro svou moudrost a nadhled, ale na druhou stranu jsou poznamenáni psychickým a somatickým úpadkem. Prožívají těžké životní situace, kam patří nemoc či úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu a tím ztráta soběstačnosti, sociální izolace, postupná ztráta jistoty, soukromí a vynucená změna životního stylu např. hospitalizací nebo přesunutím do domova pro seniory nebo jiného zařízení. Někteří jedinci mohou s odchodem do domova pro seniory získat nové sociální kontakty, vytvořit si nový stereotyp a tím si zajistit uspokojení základních potřeb. Integrita a zralost u starého člověka se projeví připraveností na smrt. Téma smrti je pro ně stále častější a aktuálnější. Trpící člověk potřebuje mít pocit jistoty, že o něj bude dobře postaráno, že nebude strádat kvůli bolesti, nebude zatěžován a obtěžován různými výkony a bude mít zajištěné klidné prostředí. Blížící se smrt v jedinci vyvolává úzkost, projevující se různým způsobem chování, proto je důležité k umírajícímu zachovat úctu a respekt, a tím naplnit jejich potřeby sebeúcty. (Zacharová, 2011, s.101, Šimíčková, Čížková, 2010, s.125-140)

2.4 Nemoc a potřeba jistoty a bezpečí

Nemoc ovlivňuje a mění způsob uspokojování potřeb biologických a psychosociálních. Neuspokojením potřeby jistoty a bezpečí v nemoci dochází k vážnému narušení vnitřní rovnováhy nemocného. Pokud nejsou dostatečně saturovány, nemocný psychicky a fyzicky strádá a neuspokojení potřeb pociťuje jako ohrožení své existence z vnějšího okolí. Pocit jistoty a bezpečí v tomto případě nabírá na intenzitě. Člověk chce vědět, že nebude opuštěn a nezůstane samocen. Nemocný chce být zbaven bolesti a ostatních doprovodných příznaků, jako je nauzea, nechutenství, nespavost a chce vědět, že se mu dostane v případě potřeby všeho, co mu přinese úlevu. (Šamánková a kol., 2011, s. 36, Trachtová, 2018, s. 156)

2.4.1 Hospitalizace

Hospitalizace je určitou zárukou, že pacient bude dodržovat léčebný režim a aktivně se zapojí do vlastního léčebného procesu. Některé diagnostické a léčebné úkony vyžadují důkladnou přípravu, kontrolu pacienta, určitý režim, a proto je hospitalizace pacienta nezbytná. (Zacharová 2013, s. 33-34) Pobytem v nemocnici, zjištěním nového onemocnění či zhoršením stavu přicházejí lidé o každodenní jistoty, o podporu svého okolí, známé pro-

středí, sociální postavení, omezení osobního soukromí. (Šamánková, 2011, s. 53) Hospitalizace pro některého jedince představuje svízelnou situaci, při které se zpravidla mobilizují prostředky organismu k optimální adaptaci, která poskytuje uvolnění a snížení napětí, ale může se také aktivizovat obranné mechanismy, jako je neadaptivní chování nebo maladaptace (špatné, nepřizpůsobivé chování). (Zacharová et al., 2011, s.151)

Nemocný člověk ztrácí během hospitalizace v nemocnici pocit bezpečí z mnoha důvodů. Jeden z nejčastějších je nedostatek informací nebo zkreslené informace o svém zdravotním stavu, obavy z diagnostických, terapeutických výkonů, většinou z nedostatku informací, z infaustní diagnózy, bolesti, nesoběstačnosti, ztráty autonomie. Nemocný může ztratit pocit jistoty a bezpečí z nedůvěry ve zdravotnický personál ze strachu z jejich chyb. Jiní nemocní nacházejí pocit jistoty a bezpečí právě při hospitalizaci. Ve špatném zdravotním stavu se nemocný cítí ohrožen, má potřebu navrácení zdraví a uspokojení potřebu jistoty a bezpečí prostřednictvím zdravotnické péče. (Trachtová, 2018, s. 156)

Pocit jistoty a bezpečí hraje velmi důležitou roli u nemocných dětí, které musí být hospitalizovány. Dítě se ocitá v novém prostředí, s cizími lidmi, někdy i odloučené od rodiny, bez citové podpory blízkých osob. Tyto chvíle může prožívat velmi těžce, v závislosti na předešlých zkušenostech, věku a emocionální vyspělosti dítěte a opory rodiny a zdravotnického personálu. Dítě se cítí opuštěně, traumatizované prostředím, léčebnými zážitky a diagnostickými postupy a pociťuje strach a bolest. U některých dětí v kojeneckém (od 6. m.) a batolecím věku se může rozvinout separační úzkost, kdy dítě reaguje na stres, neznámé prostředí, odloučení od rodiny aj. Proto vhodným řešením je přijetí na oddělení spolu s matku nebo jinou blízkou osobou, která pečuje o dítě a tím pozitivně ovlivňuje prožívání nemoci a hospitalizaci dítěte.

Také dospělý člověk nepříjemně pociťuje změnu ve své životní roli, přerušením kontaktu s rodinou a nepříznivě hospitalizaci prožívá, nemá-li dostatek informací. Projevy podpory a pochopení ze strany ošetřujícího personálu příznivě ovlivňuje zdravotní stav nemocného. (Zacharová, 2011, s. 121)

U některých pacientů, především dětí a starších lidí, se může během dlouhodobé hospitalizace projevovat negativní reakce na pobyt v nemocničním a jiném lůžkovém zařízení. Hovoří se o hospitalizmu, což je silná reakce na hospitalizaci. Je to důsledek dlouhodobého působení negativních faktorů (dlouhodobá nečinnost, pasivita pacienta, izolace od světa, rodiny aj.). Jedinec z různých důvodů není schopen uspokojovat některou

z životně důležitých potřeb, a tak nastává psychická deprivace. Může se objevit v oblasti sensorické, emoční, intelektové a sociální. Chátrá jak fyzicky, tak psychicky. U dětí citová deprivace, vyvolaná nedostatečným nebo zcela chybějícím projevem mateřské lásky, může vést k trvalému psychickému poškození osobnosti. (Zacharová, 2011, s. 168-169, Zacharová, 2013, s. 93) Každé onemocnění působí na člověka více či méně nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy, osobnostní rysy. Postoj k nemoci, prožívání a chování během nemoci, může být velmi rozdílný. Závisí na sociálním zázemí, hlavně rodině, která může a nemusí být bezpečným zázemím a podporou, na osobnosti samotného člověka, jeho povahou, postojích a zkušenostech, ale i na vlastní léčebné a ošetrovatelské péči a průběhu onemocnění. (Zacharová, 2013, s. 35)

2.5 Psychické projevy neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí

Nemocný nedostatečnou saturaci potřeby jistoty a bezpečí vnímá jako ohrožení. Dochází u něj k narušení životní rovnováhy, fyzickému a psychickému strádání. Pocit jistoty a bezpečí vystřídá úzkost, strach, hněv a smutek.

Úzkost je nepříjemný prožitek a stav, kdy si jedinec neuvědomuje její bezprostřední příčinu, která ji vyvolává. Jedinec ji vnímá jako neznámou hrozbu. Bývá pro jedince horší než strach, neboť očekávání něčeho nepříjemného a neznámého je horší než sama událost. Úzkost má za určitých okolností adaptační význam. Všechny vyvolávající faktory se prolínají se základními potřebami (kyslík, spánek, jistota, bezpečí, pohodlí, aj.). Faktory, které mohou v jedinci úzkost vyvolat jsou např. změna sociální role, nemoc, ztráta zaměstnání, ohrožení bezpečnosti, u dětí separace, hospitalizace či smrt.

Strach je silná emocionální reakce nebo způsob chování, kterým člověk reaguje na signály, jež vnímá jako nebezpečí. Prožívá nepříjemný pocit, pocit hrůzy vztahující se k určitému definovatelnému zdroji nebezpečí, před kterým varuje potřeba jistoty. Jedinec se soustředí na nebezpečí, což se projevuje nedostatkem pozornosti, snižuje se jeho výkon a kontrola. Prožívání strachu je závislé na věku jedince, na naší toleranci vůči vyvolávajícímu podnětu a na tom, zda je schopen určit jeho začátek a konec.

Hněv je častou reakcí na frustraci a je spojen s agresí. U dětí se objevuje okolo 4. a 5. měsíce, je proto patrné, že je vrozenou reakcí na překážku v uspokojení potřeb. Typickým znakem je fyzická agrese, která může nahrazovat agresi verbální. Vystupňovaný hněv se projevuje vztekem, zuřivostí až běsněním. Často se hněv projeví oslabením a ztrátou zábrán, které zaplavuje vědomí a dezorganizuje jeho intelektovou činnost.

Smutek je reakcí na ztrátu hodnoty v podobě zarmoucení až žalu, projevující se pláčem. Hluboký žal probíhá bez pláče. Smutek je pocit bezvýchodnosti, doprovázen atakou hněvu, vzpoury, pocitem strachu a viny.

Nedostatek informací, ztráta intimity, léčebné a diagnostické výkony, bolest, sociální izolace, změna prostředí, změna sociálního postavení, neschopnost provádět běžné denní činnosti, neschopnost komunikovat, následky onemocnění, umírání a smrt to vše a jiné může vyvolat u jedince strach, úzkost, hněv, beznaděj. (Trachtová, 2018, s. 157-162, Zacharová, 2017, s. 56-57)

2.6 Saturace potřeby jistoty a bezpečí pomocí komunikace

Sestra v rámci ošetrovatelského procesu vyzývá naprosto cizí lidi k tomu, aby se např. svlékli a odhalili intimní část svého těla. Dotýká se nejrůznějších částí těla a provádí jim nepříjemné a bolestivé úkony. Proto je velmi důležité, aby zdravotník uměl vytvořit atmosféru důvěry a bezpečí, tak aby s pacientem navázal vztah založený na úctě a respektu. Proto vytvoření dobrého vztahu mezi sestrou a pacientem bez efektivní komunikace není možné. (Špaténková at al., 2009, s.7)

Komunikace je neoddelitelnou součástí práce sestry a základem všech činností, které provádí. Kvalitní ošetrovatelská péče se neobejde bez komunikace. Komunikace je nezbytná k získávání informací o zdravotním, psychickém a sociálním stavu nemocného, také při stanovování ošetrovatelských diagnóz ve spolupráci s nemocným. V rámci pomáhající profese komunikace vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, které se musí zdravotník naučit během profesionální přípravy. Od sestry se tedy především vyžaduje empatické naslouchání a porozumění verbálním a neverbálním projevům. Zdravotníci používají komunikaci k získání informací, navození důvěry, edukaci, motivaci, k budování vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, k potřebné terapeutické intervenci, hodnocení potřeb pacienta, ale i k rozvoji interpersonálních vztahům. (Plevová, 2011, s. 11-12, Zacharová, 2011, s. 183, Trachtová, 2018, s. 21)

Komunikace pochází z latinského slova *communico* – což znamená sdílet, podělit se o něco, vyměnit myšlenky, postoje, emoce. Nejčastěji používané dělení komunikace je na verbální a neverbální, které se vzájemně doplňují nebo jedna druhou může nahradit, na verbální. V některých situacích mohou být v rozporu, neboť chování jedince neodpovídá tomu, co tvrdí. Ontogeneticky mladší je komunikace verbální oproti neverbální komunikaci. Komunikace se odehrává na několika úrovních, které se navzájem ovlivňují. Rozli-

šujeme intrapersonální, interpersonální a skupinovou komunikaci. Komunikace jedince začíná již v prenatálním období, kdy plod komunikuje s matkou prostřednictvím pohybů. Reaguje na zvuky a tlaky z vnějšího prostředí. Novorozenec se zas učí rozlišovat a vytváří si vztah k pečující osobě pomocí výrazu obličeje, doteku a krmení. Komunikace a interakce s nejbližšími je zdrojem důvěry, ochrany a bezpečí, jak v raném věku, tak i v celoživotních interpersonálních vztazích a komunikačních vzorcích. Smysl komunikace spočívá v účelnosti a dopadu na příjemce. Hlavní funkce komunikování je získání informací, poučení, přesvědčení, vyjednávání, zábava, poznávat, motivovat, pomáhat, spojovat a ovlivňovat. (Plevová, 2011, s. 15-22, Zacharová, 2011, s. 189-203)

Verbální komunikace je lidská řeč, kterou komunikujeme pomocí slov a prostřednictvím jazyka mluveného i psaného. Je nezbytnou součástí společenského života a nezbytnou podmínkou myšlení. Komunikace umožňuje uvádět do rovnováhy (harmonizovat) lidské úsilí, shromažďovat znalosti, zkušenosti předchozí generace a předávat dál v průběhu výchovy a vzdělávání. Jádrem pochopení významu sdělovaného je porozumění. Význam řeči určují lidé, nikoliv slovo. Schopnost navozovat a udržovat slovní kontakt s pacientem se řadí do profesionálního chování zdravotnického personálu. (Plevová, 2011, s. 21, Zacharová, 2011, s. 203-205) Verbální sdělení doplňuje paralingvistické projevy (vyjádření) – tón hlasu, intonaci, rychlost a plynulost řeči, důraz, chyby (parazitická a návyková slova) aj. Paralingvistické znaky častěji ovlivňují příjemce zprávy než samotné sdělení. (Plevová, 2011, s. 24)

Neverbální komunikace často popisovaná jako „řeč těla“, řadíme do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili i ty, které komunikaci doprovází. Zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či doprovází slovní komunikaci. Prostřednictvím neverbální formy řeči jedinec naznačuje emocionální stav, interpersonální postoje, aktuální prožívání. Neverbální projevy nám ve zdravotnictví dávají mnoho informací o pocitech a postojích pacientů. Proto je nezbytnou a důležitou dovedností sestry vyznat se v řeči těla a umět pracovat se svými neverbálními projevy, tak umět vnímat a dekodovat neverbální projevy svých pacientů.

Jaro Křivohlavý, autor nejčastěji používaného členění neverbální komunikace, uvádí komponenty v závislosti na jednotlivých částech těla, které dělí na mimiku, proxemiku, haptiku, posturologii, kinetiku a gesta.

Proxemika je chápána jako věda o podvědomém členění svého osobního prostoru a dodržování hranic. Každý jedinec má svou určitou stabilní vzdálenost od druhého člověka, kterou obvykle v kontaktu s druhými lidmi dodržuje a v ní se cítí bezpečně. Jestliže mu někdo vstoupí do prostoru může se cítit následně nepříjemně a ustupuje vzad nebo stranou. Pokud se druhý opět přiblíží k jedinci, nastává proxemický tanec. Rozlišujeme čtyři proxemické zóny, které udržují lidé mezi sebou, a to intimní, osobní, společenskou a veřejnou.

Haptika označuje komunikaci prostřednictvím dotyku. Tento způsob komunikace je důležitý během celého života a objevuje se už v prenatálním období člověka. Je spojován se silnými emočními pocity. Haptický kontakt je zprostředkovaný tlakem na kůži, působení tepla, ale i chladu, vibrací, chvěním, ale i bolestí. Dotek je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Zdravotník používá při kontaktu s pacientem různé druhy doteku, některé mohou být uklidňující nebo naopak nepříjemné až bolestivé. Sociálně akceptovatelné doteky jsou např. položení ruky na rameno či podržení za ruku.

Kinetika opisuje aktivitu pohybu jedince nebo dvou a více lidí. Komunikace pohybem zahrnuje sledování a rozbor různých pohybů těla a jeho částí (rukou, nohou, očí) v mezilidském komunikačním stylu. Kinetika se dělí na mimiku, gestiku a pantomimiku. Ve zdravotnictví nám některé kinetické typy projevů mohou pomoci v diagnostice onemocnění, zhoršení stavu nebo zlepšení zdravotního stavu pacienta (hospitalismus, flapping tremor, tonické křeče, epileptické, febrilní křeče, aj.).

Mimika je považována za jeden z nejvýznamnějších neverbálních projevů prostřednictvím svalů tváře, který vyjadřuje psychický stav jedince. Mimikou člověk dokáže vyjádřit několik emocí, jako například štěstí, smutek, zlost, klid, spokojenost, jistotu, překvapení, strach, odpor, opovržení, úžas. Pro sestru je důležité citlivě vnímat pacientovy projevy, které vysílá. Mohou signalizovat projevy bolesti, psychického napětí, studu aj.

Gestika je odvozena z latinského slova *gerere* – projevoval emoce, jednat. Znamená pohyb či uspořádání těla. Mezi základní gesta řadíme pohyby hlavy, rukou a ramen. V mnoha případech gesta mohou i nahrazovat slova, zvyšovat výraznost řečeného, dokreslit obsah sdělovaného. S věkem dochází k redukci používání gest. Ve zdravotnictví se denně setkáváme s množstvím gest, které díky empatii jsme schopni analyzovat a proniknout do prožívání pacienta. (Zacharová, 2011, s. 223-229, Plevová, 2011, s. 28-38, Špaténková, 2009, s. 31)

Jako zdravotníci vstupujeme pacientovi při ošetrovatelské péči a výkonech do intimní zóny, kam pouštíme jen nejbližší, a naše dotyky bývají spojovány s nepříjemnými prožitky. Proto je nezbytnou a důležitou dovedností sestry vyznat se v řeči těla a umět pracovat jak se svými neverbálními projevy, tak „naslouchat“ neverbálním projevům pacienta. (Zacharová, 2016, s. 55) Pacienti velmi citlivě vnímají neverbální projevy, všímají si mnohem více toho, co sestra dělá a jak se chová než to, co říká. (Špaténková, 2009, s. 30)

Motivaci ke komunikaci má každý jedinec, ať už přiměřenou, zvýšenou nebo sníženou. U člověka se motivace vyskytuje v různé intenzitě, která kolísá a závisí na řadě okolností. Například na tom, zda je jedinec unavený nebo svěží, zda jsou obsahy v jeho mysli dostatečně naléhavé, či zda má potřebu se o ně podělit. (Plevová, 2011, s. 15, Zacharová, 2011, s. 189-193) Faktorem ovlivňující komunikaci je fyziologický stav, emocionální stav, nenaplněné potřeby, vnímání, hodnoty a přesvědčení, osobnost, sebepojetí, sebeúcta a stav růstu a vývoje, úroveň důvěry a otevřenosti mezi účastníky, výměna informací, řešení problémů, vyjádření emocí, dosažení cíle. Také prostředí, ve kterém komunikace probíhá (soukromí, pohodlí, bezpečí, rušivé elementy) a sociokulturní prvky ovlivňující vzájemnou interakci (jazyk, způsob vyjadřování, vzdělání, zvyky, aj.). (Plevová, 2011, s. 12-14)

2.7 Zásady správné komunikace s pacientem

Jedním z nástrojů profesionální práce zdravotnických pracovníků je komunikace. Cílem by mělo být dosažení spokojenosti pacientů v oblasti somatické, psychické a sociální péče. Komunikace s nemocným jedincem je základem ošetrovatelského procesu. Jejím prostřednictvím jsou uspokojovány potřeby nemocného v bio-psycho-sociální oblasti. Každá komunikace musí odpovídat věku pacienta, jeho stavu a intelektu. Chování sestry vůči nemocnému má být pojímáno jako psychoterapeutický přístup, který prolíná veškerou prací sestry s nemocným.

Pro vytvoření vztahu mezi sestrou a pacientem je potřeba několik základních principů. Při vzájemné komunikaci je potřeba důvěry, neboť se pacient nachází ve zranitelné pozici. Prožívá ambivalentní pocity, jako naděje a důvěru, ale i strach a nejistotu. Proto porozumění, pochopení, zájem a podpora ze strany sestry může pacientovi ulehčit zvládání a překonání náročné životní situace. Každý jedinec se vyrovnává s danou situací individuálním způsobem, proto je důležité, aby sestra bezpodmínečně kladně přijala pacienta a respektovala jeho specifické zvláštnosti. Je nutné brát v úvahu zdravotní a psychický stav

pacienta, zda trpí bolestí nebo prožívá strach či úzkost. Dalším požadavkem je úcta k pacientovi, vážit si ho za všech okolností. Respektovat pacienta jako osobnost a ponechat mu určitou autonomii. Individuální přístup k pacientovi, patří k základním požadavkům úspěšné komunikace. Postoj k nemocnému se projeví nejen v řeči, ale i ve výrazu v tváři, pohledu či pohybech těla. Empatie je velmi důležitá schopnost sestry, vcítit se do toho co nemocný právě prožívá, jaký má vztah k nemoci a jak hodnotí sebe a svět v něm.

Rozhovor je plánovaná forma interpersonální komunikace, která se uplatňuje ve všech etapách ošetrovatelské péče a prostupuje všemi fázemi edukačního procesu. Každý rozhovor má stránku obsahovou a sociálně emoční, kterou udává sestra svým postojem k pacientovi a schopností vcítit se do nemocného. Pro účinný způsob komunikace by měl být zdravotnický pracovník vybaven odbornými znalostmi, komunikativními dovednostmi, úrovní jednání a vystupování a schopností empatie. Správná profesní komunikace by měla obsahovat zájem o nemocného (vstřícnost, trpělivost), kognitivní přizpůsobení se nemocnému (srozumitelné informace), vyváženost komunikace (dát prostor druhému), bezprostřednost reakce, konzistentní komunikace (snaha jednat stejně, soudržně), pozitivní komunikace aj. (Trachtová, 2018, s. 22, Špaténková, 2009, s. 21-54. Zacharová, 2013, s.87)

Pro navázání dobrého vztahu s nemocným je zapotřebí se dobře připravit a vše naplánovat. Sestra by si měla ujasnit cíle a obsah rozhovoru, kolik času je možné věnovat rozhovoru, zjistit a shromáždit si předem všechny dostupné a potřebné informace o pacientovi, připravit si potřebný materiál a otázky, které mu bude klást. Další důležitá podmínka pro úspěšný rozhovor je vhodně zvolené prostředí bez rušivých elementů a vhodné načasování. Oblečení a úprava zevnějšku zdravotníka je pro interakci velmi důležitá. Sestra, která není adekvátně oblečena a upravená, vzbuzuje v pacientovi nejistotu a pochybnosti. Je nezbytné zvolit správný způsobu a úroveň komunikace, tak aby odpovídala úrovni nemocného. Příjemné a slušné vystupování, správné oslovení pacienta při prvním setkání by nemělo chybět v žádném jednání s pacientem. Vhodně zvolené tempo řeči, výška hlasu, srozumitelnost sdělovaného, množství informací je důležité pro efektivní komunikaci s pacientem. Důležité je také následně si ověřit, zda nemocný pochopil vaše sdělení. Během rozhovoru je nutné udržovat oční kontakt, sledovat reakce nemocného a následně na ně správně reagovat. Respektujeme pacienta jako jedinečnou lidskou bytost. Nesmíme zapomenout, že i ticho je nedílnou součástí komunikace. Rozhovor s pacientem by neměl být direktivní, ale přátelský, vlídný a měli bychom s pacientem jednat s maximální úctou k lidské důstoj-

nosti. Každá interakce by měla cílevědomě směřovat k podpoře a udržení soběstačnosti. (Zacharová, 2016, s.32-38, Špaténková, 2009, s. 29-77)

Chybná nebo nezvládnutá komunikace může být zdrojem **sororigenie**, což je poškozování pacient sestrou či jiným zdravotnickým personálem. V napětí a nejistotě je pacient daleko vnímavější na neobratné výroky. Slova dokážou nejen utěšit, ale i urazit či ranit. (Špaténková, 2009, s. 37)

Koncept Bazální stimulace jako komunikační technika, která napomáhá v komunikaci, vnímání a lokomoci, podporuje prostřednictvím dotykových, zrakových, zvukových a jiných stimulů vnímání vlastního těla, zvládnutí orientace v čase a prostoru, respekt autonomie člověka, důstojné prožívání, navazování komunikace, rozvoj vlastní identity, navození pocitu jistoty a bezpečí aj. (Trachtová, 2018, s. 23, Špaténková, 2009)

2.7.1 Empatie

Termín empatie vychází ze starořeckého slova *empathia* – které označuje schopnost rozeznat a chápat emoce prožívané druhou osobou. Schopnost se vcítit do pocitů myšlení a jednání jiného člověka. Schopnost empatického vcítění je do určité míry vrozená a do určité míry získaná učením. Empatie je specifická kognitivně-emoční funkce, která zahrnuje schopnost spoluprožívání, a přesto umožňuje člověku zůstat sám sebou. Empatie je považována za nejdůležitější faktor působící na vzájemnou komunikaci mezi sestrou a pacientem. Předpokládá se, že sestra má schopnost rozpoznat v jakém duševním stavu se pacient nachází, co potřebuje a jaký je způsob jeho myšlení, a je schopna pochopit danou situaci a umět na ni správně reagovat. Empatie je základní nástroj psychoterapie, která je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, neboť nemocný člověk je psychicky mnohem citlivější než zdravý a reaguje citlivěji na každé slovo. Sestra svým empatickým chováním poskytuje pacientovi pocit jistoty a bezpečí. (Zacharová, 2011, s. 234-235, Plevová, 2011, s. 43-44, Mellanová, 2017, s.69)

2.7.2 Evalvace a devalvace

V každém vztahu by měla být určitá míra úcty, uznání, vážnosti, která je označována jako evalvace. Snižování hodnoty druhého člověka, které je spojované s projevem neúcty či pohrdání, se nazývá devalvace.

Evalvace je spojena s projevem úcty a vzájemné vážnosti. Projevili-li sestra pacientovi úctu a pochopení, očekává se, že nemocný jedinec bude citově vyrovnanější. Mezi

evalvační projevy sestry se řadí, otevřené jednání bez zastírání, opravdový upřímný zájem o pacienta, snaha pomoci, přehlédnout drobné nedostatky bez očekávání vděčnosti. Umět pochválit, ocenit pacientovu snahu, naslouchat mu a udělat si na něj čas. Dalšími prvky empatie jsou citlivé a taktní jednání, zastání se při neoprávněném obvinění. Evalvace je produktivní chování sestry, které je vyjádřeno pozitivním chováním sestry k pacientovi v ošetrovatelském procesu. Mezi tyto pozitivní prvky patří především pozitivní uvítání nemocného, redukce negativních emocí, projevy empatie, úsilí o spolupráci a udržování kontaktu.

Devalvace v sociálním styku znamená projev neúcty, snižování hodnoty, sebevědomí a ponižování druhé osoby. Toto jednání vytváří velký problém v komunikaci mezi jedinci. Devalvace je projevem neúcty k nemocnému, ponižování a snižování mezilidského vztahu. Jedinec toto chování může vnímat velmi intenzivně až bolestivě. Mezi devalvační prvky sestry patří hrubé a necitlivé jednání, nezájem spolupracovat s pacientem, skákaní do řeči, bagatelizování, zneužívání důvěrných informací, ignorace pacientových dotazů, ironie, povýšenecké chování, vymáhání projevu vděku, nevhodná kritika, agresivita aj. Kromě zdravotníka se může i takto chovat pacient, který je devalvován svou nemocí. Devalvační projevy sestry lze označit za neproduktivní chování, které vychází z negativního postoje k pacientovi a k profesi zdravotníka. (Zacharová, 2011, s. 201-202, Plevová, 2011, s. 23-24, Zacharová, 2016, s. 26-27)

Každá sestra, která je schopna empatie, působí na pacienta pozitivně, vzbuzuje pocit jistoty a bezpečí, poskytuje citovou pomoc a déletrvající citovou oporu, poskytuje pocit spoluúčasti a vytváří podmínky pro smysluplný, efektivní rozhovor. (Zacharová, 2016, s. 73)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

3.1 Formulace problému

Jistota a bezpečí jsou jako jedny ze základních lidských potřeb zakotveny v Listině základních práv a svobod, která byla u nás schválena a potvrzena v lednu 1991. (Trachtová, 2018, s. 154)

Aniž bychom si to uvědomovali, uspokojení této potřeby je velmi důležité už během vývoje plodu v prenatálním období. Má velký vliv na vývoj psychiky a následně na osobnost jedince. A proto bychom neměli tuto potřebu opomíjet v jakémkoliv věku jedince, tak i situaci. Během nemoci a následně i během hospitalizace člověk ztrácí jistoty, které doposud měl, ocitá se v neznámé situaci a jiném prostředí. Má pocit ohrožení, obavy o své zdraví, existenci, rodinu, průběh nemoci, průběh léčby, aj. Jako profesionální zdravotnický tým jsme schopni rozpoznat faktory ovlivňující uspokojování potřeb pacienta a pomoci jim při jejich uspokojování. Ale přesto, se bohužel stává, že tato potřeba bývá často opomíjena i u nás ve zdravotnickém zařízení. Potřeba jistoty a bezpečí hraje důležitou roli v životě člověka, obzvlášť objeví-li se ve svízelné situaci, což nemoc a hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, pro některé jedince, představuje. Při uspokojení této potřeby pacienti lépe spolupracují a adaptují se na danou situaci. Potřeba jistoty a bezpečí může mít vliv na průběh léčby, na průběh diagnostických vyšetření, ale i na uzdravování pacienta jako takové. Velmi významnou úlohu v uspokojování potřeb má především komunikace.

Byla uspokojena u pacientů potřeba jistoty a bezpečí na různých odděleních?

4 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, zda je u pacientů za hospitalizace uspokojena základní potřeba jistoty a bezpečí.

4.2 Dílčí cíle

Dílčí cíl 1: Zmapovat sociodemografické údaje (věk, pohlaví, vzdělání).

Výzkumný problém: Mají sociodemografické údaje vliv na saturaci potřeby jistoty a bezpečí?

Otázka č. 1., 2., 3.

Dílčí cíl 2: Zmapovat délku hospitalizace a předešlé zkušenosti s hospitalizací.

Výzkumný problém: Ovlivňuje délka hospitalizace a předešlé zkušenosti s hospitalizací uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

Otázka č. 4., 5., 7., 10.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda má pacient dostatečné množství informací.

Výzkumný problém: Bylo pacientům podáváno dostatečné množství informací?

Otázka č. 6., 11., 12., 13., 14., 15.

Dílčí cíl 4: Zmapovat kvalitu poskytované péče na vybraných odděleních z hlediska uspokojování potřeby jistoty a bezpečí.

Výzkumný problém: Má pacient důvěru ve zdravotnický personál?

Otázka č. 19., 20., 25.

Výzkumný problém: Bylo pacientům umožněno se zapojit do péče?

Otázka č. 16.

Výzkumný problém: Je brán ohled na intimitu pacienta a jeho soukromí?

Otázka č. 15., 17., 18.

Výzkumný problém: Byli pacienti s oddělením spokojeni?

Otázka č. 21., 23., 24.

Výzkumný problém: Jaké měli pacienti pocity během příjmu a hospitalizace?

Otázka č. 8., 9., 22., 26.

5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor tvořili pacienti náhodně vybraných standardních oddělení v Karlovarské krajské nemocnici v Karlových Varech (neurologické oddělení, traumatologické, urologické, gynekologické aj.). Do průzkumu byli zařazeni pacienti hospitalizovaní v nemocničním zařízení, kteří splňovali následující kritéria: musí být hospitalizováni minimálně 24 hodin a nezáleží na pohlaví ani dosaženém vzdělání. Výzkum se týkal pouze dospělých pacientů.

6 METODIKA PRÁCE

K realizaci průzkumu byla zvolena metoda kvantitativního sběru dat pomocí dotazníkového šetření. Kvantitativní výzkum, který pracuje s velkým souborem respondentů má nízkou validitu (platnost) a vysokou reliabilitu (stabilitu výsledků výzkumu v čase). Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování dat a následně je analyzuje v numerických informacích. Zjištěné údaje pak lze generalizovat na celou populaci. (Plevová, 2018, s. 220, Kutnohorská, 2009, s. 21-22) Nástrojem ke sběru dat byl polostrukturovaný anonymní dotazník se záměrným výběrem respondentů, ve kterém byly použity uzavřené, polootevřené otázky a jedna otevřená otázka s možností doplnit svou odpověď. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné.

Dotazník se skládal z 26 otázek, z toho první tři jsou sociodemografické, pro zjištění pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání. Další sedm otázek se zaměřuje na údaje o hospitalizaci, předešlé zkušenosti s hospitalizací a pocity provázející pacienta během příjmu a hospitalizace. Následující čtyři otázky se zabývají tím, zda byl pacient seznámen s oddělením a zda mu jsou dostatečně podávány v průběhu hospitalizace informace. Poslední otázky se zaměřují na prožívání hospitalizace, a na to, jak na pacienta působí zdravotnické prostředí a ošetřovatelský tým.

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Sběr dat probíhal v průběhu listopadu 2019 až do ledna 2020 po dohodě a sepsáním informovaného souhlasu s náměstkyní pro nelékařská povolání KKN Karlovy Vary Mgr. Gabrielou F. Píčovou a po dohodě s vrchní sestrou každého vybraného oddělení (urologie, neurologie, ortopedie, traumatologie, aj.). Informovaný souhlas je přiložen v seznamu příloh. (viz příloha F)

Dotazníkové formuláře byly distribuovány osobně nebo vrchními sestrami daných oddělení, které zajišťovaly i jejich následný sběr do uzavřeného boxu pro zachování anonymity. Bylo rozdáno 145 dotazníků, z toho se vrátilo 95, 2 nevyplněných, 2 částečně vyplněných a 91 zcela vyplněných. Při vyhodnocování všech položek dotazníkového šetření vycházíme tedy z konečného počtu 91 respondentů.

7.1 Pilotní studie

Před hromadným rozdělením dotazníkových formulářů v KKN Karlovy Vary, byla provedena pilotní studie, která podle Kutnohorské (2009, s. 54) prověřuje projekt po stránce věcné, ověřuje srozumitelnost zvolených otázek a předpokládá další průběh průzkumu. Do pilotního průzkumu bylo zařazeno 10 respondentů, kteří splňovali stanovená kritéria. K dotazníku byly připomínky ohledně jedné nejednoznačně formulované otázky, která byla následně odstraněna. Upravený dotazník byl distribuován v nové verzi.

7.2 Sběr údajů a třídění dat

Pro orientaci byly vytvořeny kruhové grafy, které vyhodnocují odpovědi respondentů a sloupcové skládané grafy vyjadřující saturování potřeby jistoty a bezpečí ve vztahu k dané položce.

8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

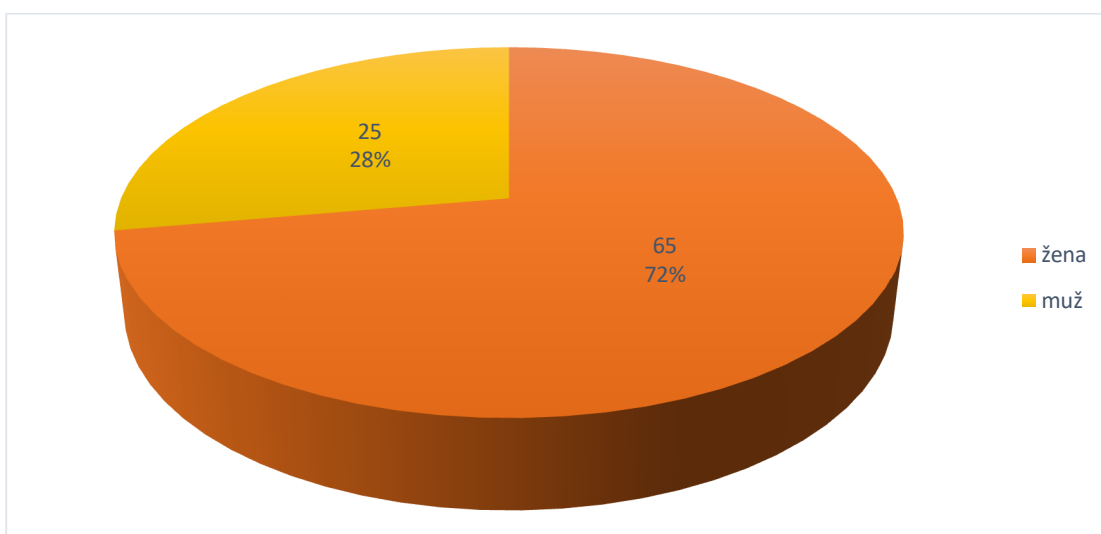
Dílčí cíl 1: Zmapovat sociodemografické údaje

Výzkumný problém: Mají sociodemografické údaje vliv na saturaci potřeby jistoty a bezpečí?

Otázka č. 1., 2., 3.

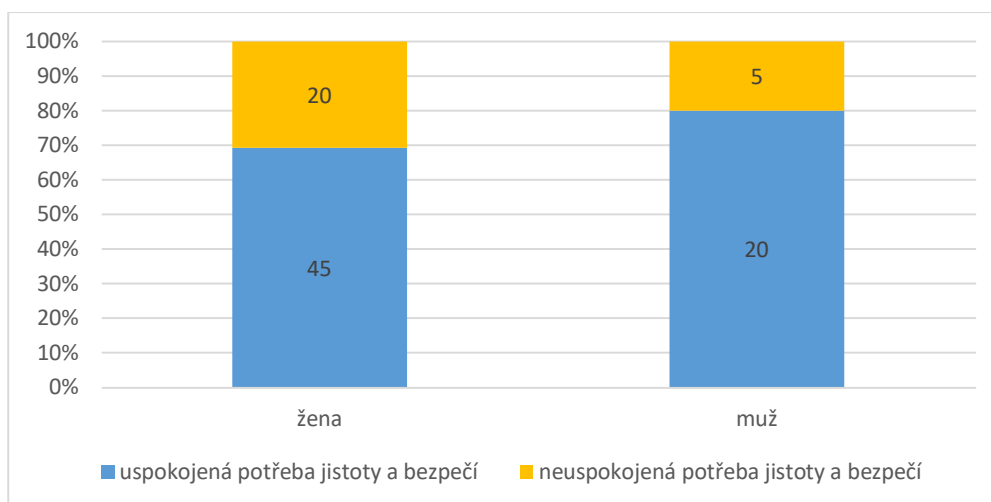
Otázka č. 1. Vaše pohlaví

Graf 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní

Graf 2 Pohlaví respondentů

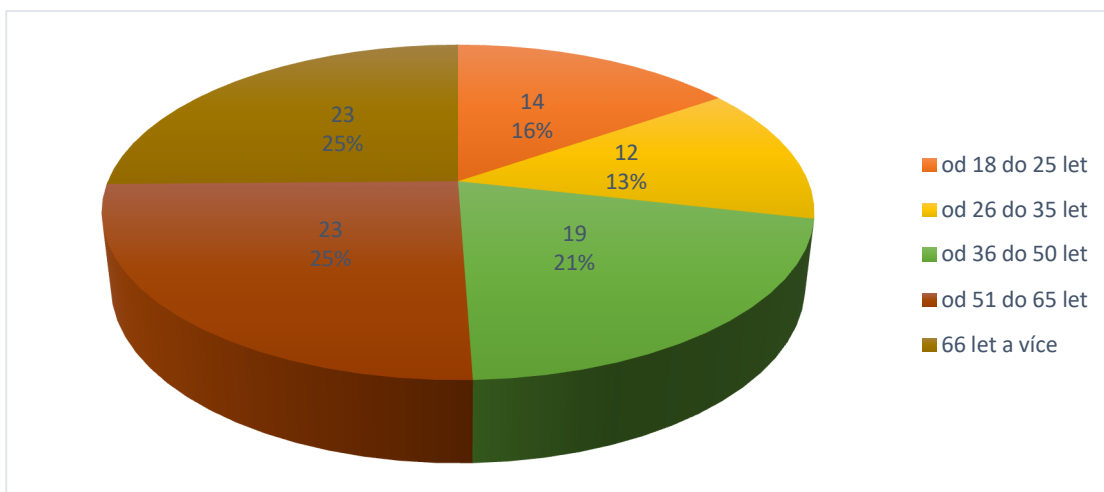


Zdroj vlastní

V otázce č. 1 jsme zjišťovali pohlaví dotazovaných a dle odpovědí jsme rozdělili respondenty na ženy a muže. Z celkových 91 respondentů bylo 65 (72 %) žen a 25 (28 %) mužů.

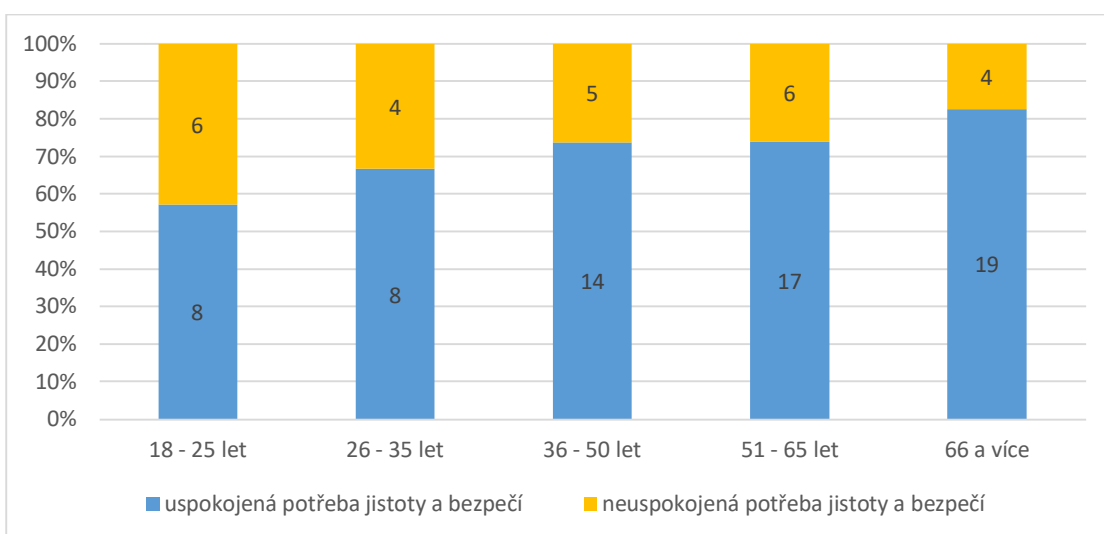
Otázka č 2. Váš věk?

Graf 3 Věk respondentů



Zdroj vlastní

Graf 4 Věk respondentů

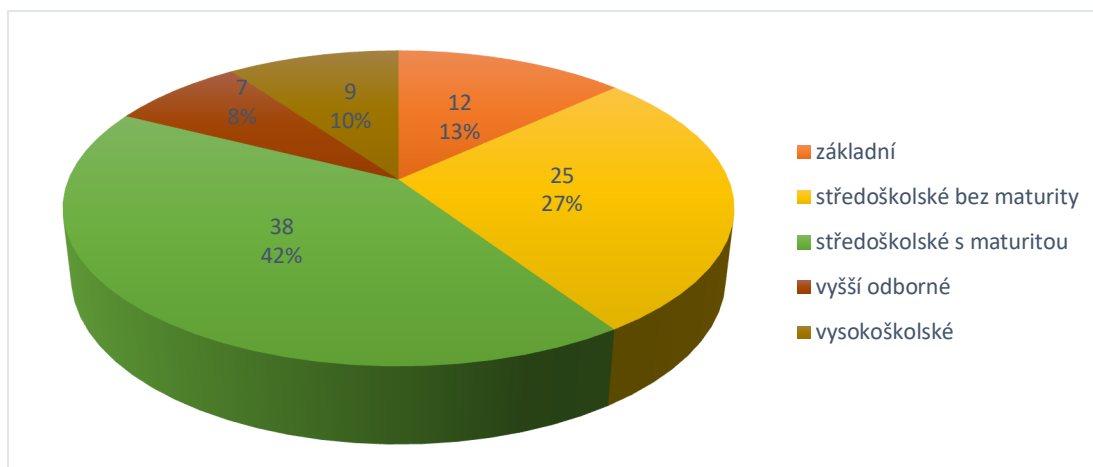


Zdroj vlastní

Z celkového počtu respondentů odpovědělo 14 (16 %), že je ve věkovém rozmezí 18 – 25 let, 12 (13 %) respondentů je ve věkovém rozmezí 26 – 35 let. Ve věku 36 – 50 let je 19 (21 %) respondentů, 23 (25 %) dotazovaných bylo ve věkovém rozmezí 51 – 65 let. Ve věku 66 let a více je 23 (25 %) námi dotazovaných respondentů.

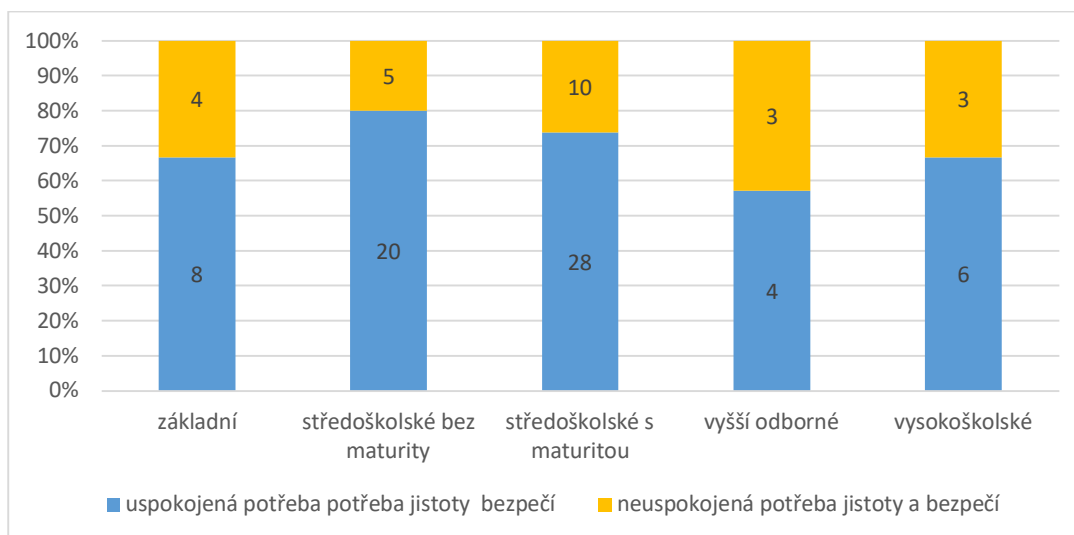
Otázka č. 3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf 5 Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj vlastní

Graf 6 Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: vlastní

Z grafu číslo pět lze vyčíst, že z celkového počtu respondentů odpovědělo 12 (13 %), že má základní vzdělání. Středoškolské vzdělání bez maturity má 25 (27 %) respondentů. Největší počet dotazovaných respondentů je se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou s počtem 38 (42 %). Vyšší odborné vzdělání jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo 7 (8 %) dotazovaných. Zbýlých 9 (10 %) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

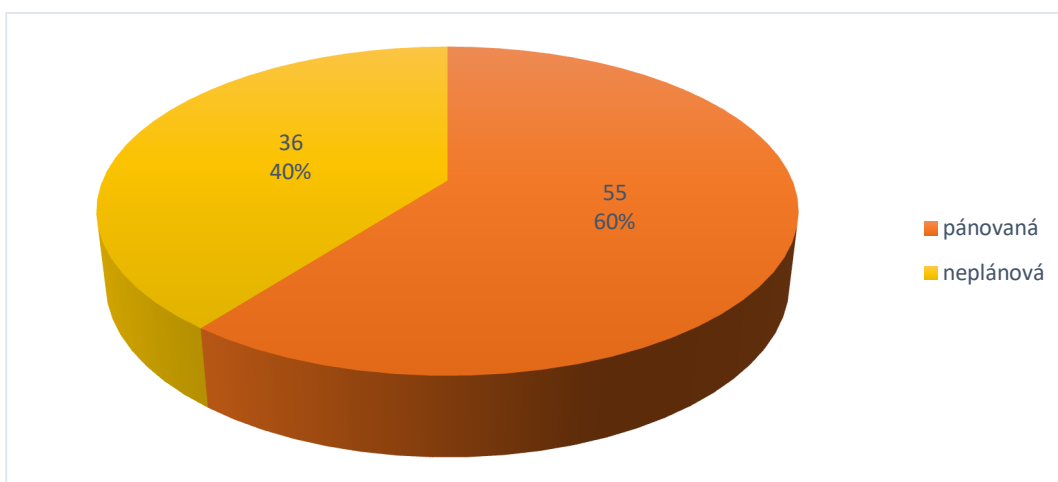
Dílčí cíl 2: Zmapovat délku hospitalizace a předešlé zkušenosti s hospitalizací.

Výzkumný problém: Ovlivňuje délka hospitalizace a předešlé zkušenosti s hospitalizací uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

Otázka č. 4., 5., 7., 10.

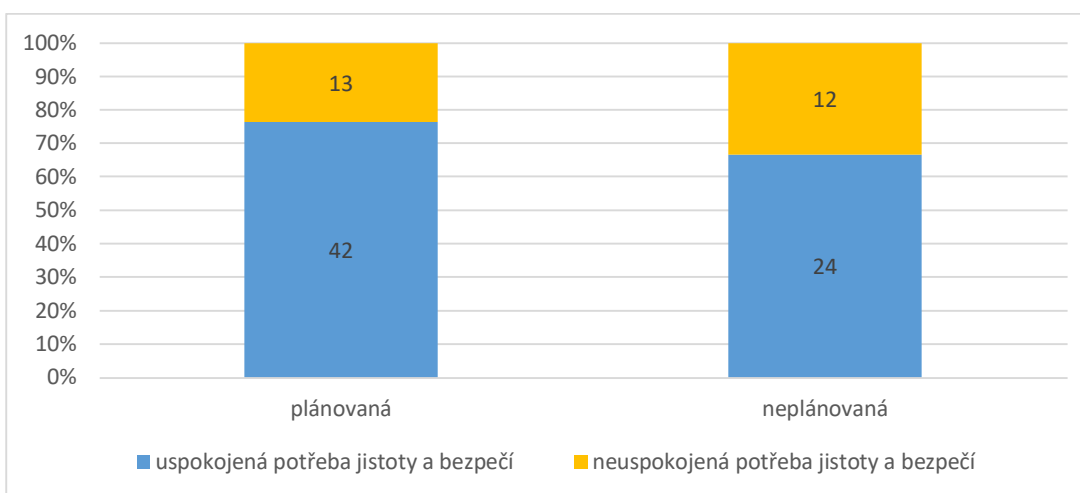
Otázka č. 4. Vaše hospitalizace byla?

Graf 7 Hospitalizace



Zdroj vlastní

Graf 8 Hospitalizace

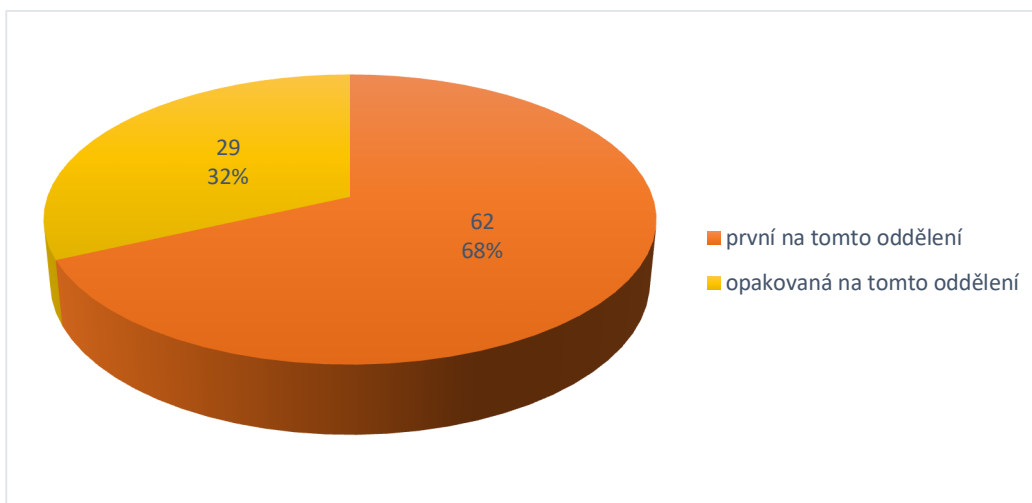


Zdroj vlastní

Graf znázorňuje, že z celkového počtu respondentů bylo přijato k plánované hospitalizaci 55 (60 %). Zbýlých 36 (40 %) bylo přijato do nemocničního zařízení neplánovaně.

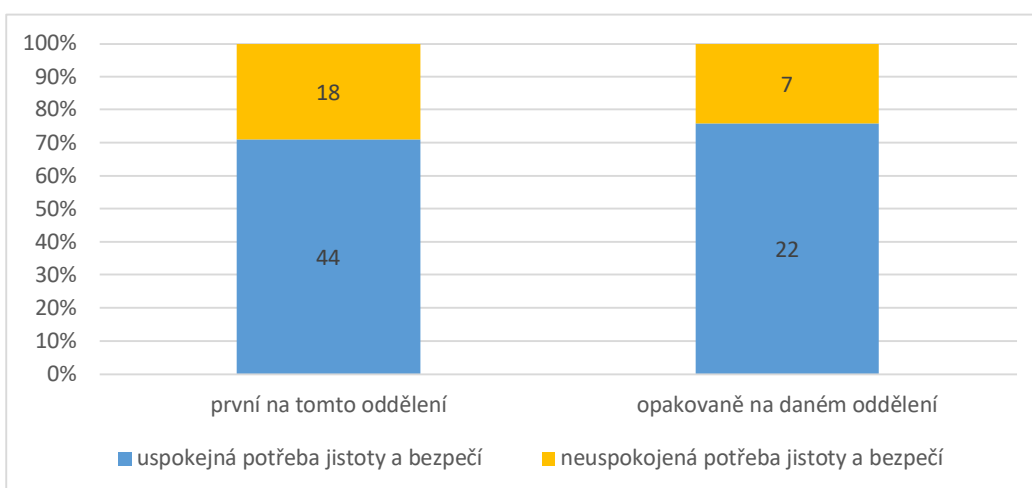
Otázka č. 5. Vaše hospitalizace byla?

Graf 9 Hospitalizace



Zdroj vlastní

Graf 10 Hospitalizace

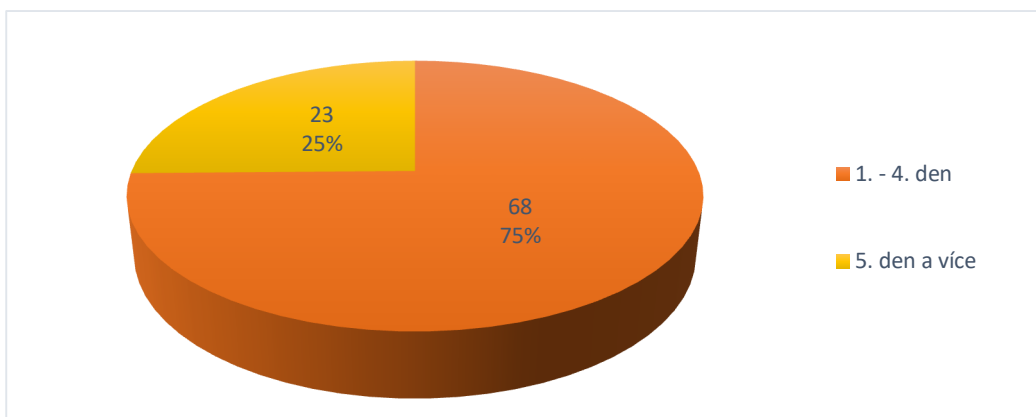


Zdroj vlastní

Z grafu je patrné, že více jak polovina respondentů, a to 62 (68 %), bylo na daném oddělení hospitalizováno poprvé. Zbytek dotazovaných činil 29 (32 %).

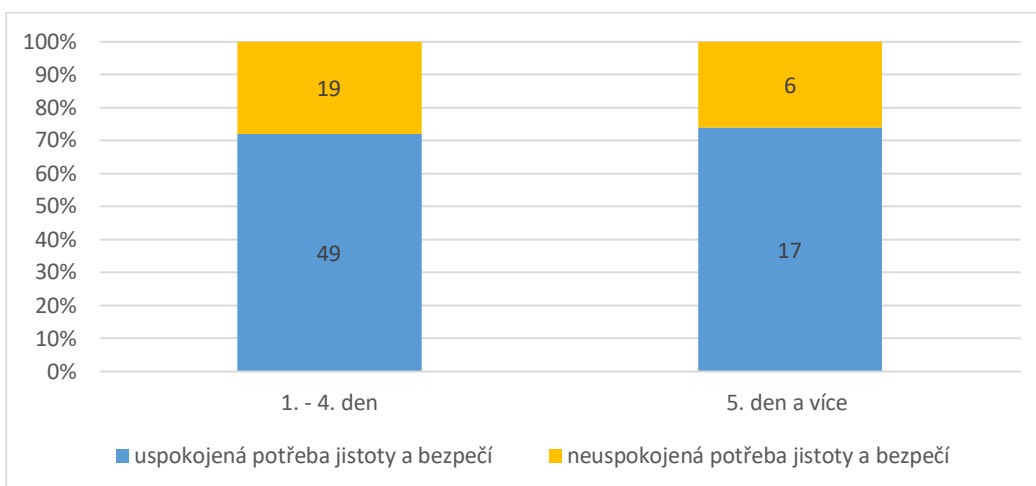
Otázka č. 7. Kolikátý den jste nyní hospitalizovaný/á?

Graf 11 Den hospitalizace



Zdroj vlastní

Graf 12 Den hospitalizace

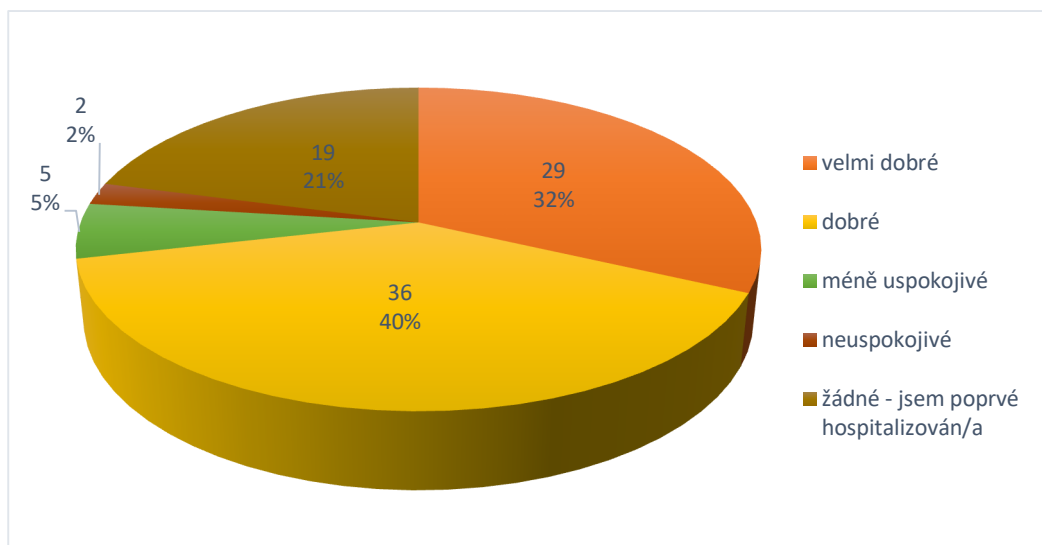


Zdroj vlastní

V otázce č. 7 jsme se zajímali, kolikátý den jsou pacienti hospitalizovaní respondenty jsme si následně rozdělili do dvou skupin – s krátkodobou hospitalizací kratší 5 dnů a delší hospitalizací (5 dnů a více). Většina pacientů byla v době vyplňování dotazníku hospitalizována krátce, a to méně než 5 dnů, jednalo se o 68 (75 %) respondentů, do druhé skupiny jsme zařadili pacienty, kteří zde byli 5 a více dnů, bylo jich 23 (25) %.

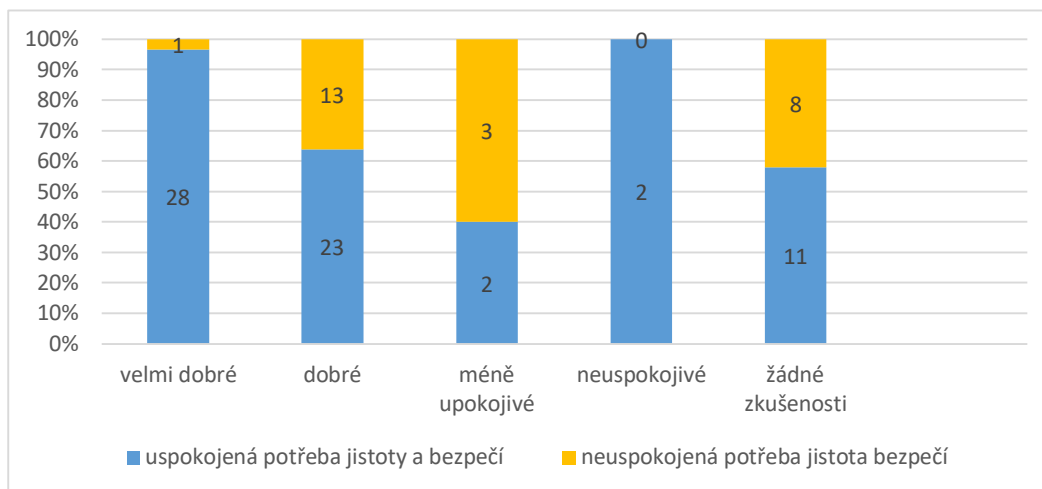
Otázka č. 10. Jaké máte zkušenosti z předešlé hospitalizace?

Graf 13 Zkušenost z předešlé hospitalizace



Zdroj vlastní

Graf 14 Zkušenost z předešlé hospitalizace



Zdroj vlastní

Zkušenost z předešlé hospitalizace byla u 36 (40 %) respondentů dobrá. Velmi dobrou zkušenosti mělo 29 (32 %) dotazovaných. Méně uspokojivé zkušenosti mělo 5 (5 %) respondentů a 2 (2 %) dotazovaní označili zkušenosti z předešlé hospitalizace jako neuspokojivé. Zbývajících 19 (21 %) pacientů uvedlo, že nemá žádné předešlé zkušenosti s hospitalizací.

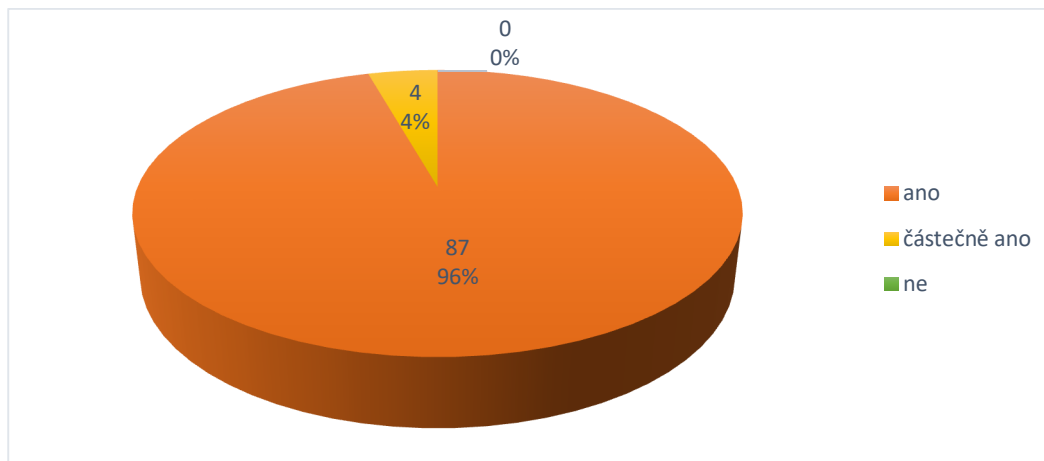
Dílčí cíl 3: Zjistit, zda má pacient dostatečné množství informací.

Výzkumný problém: Bylo pacientům podáváno dostatečné množství informací?

Otázka č. 6., 11., 12., 13., 14., 15.

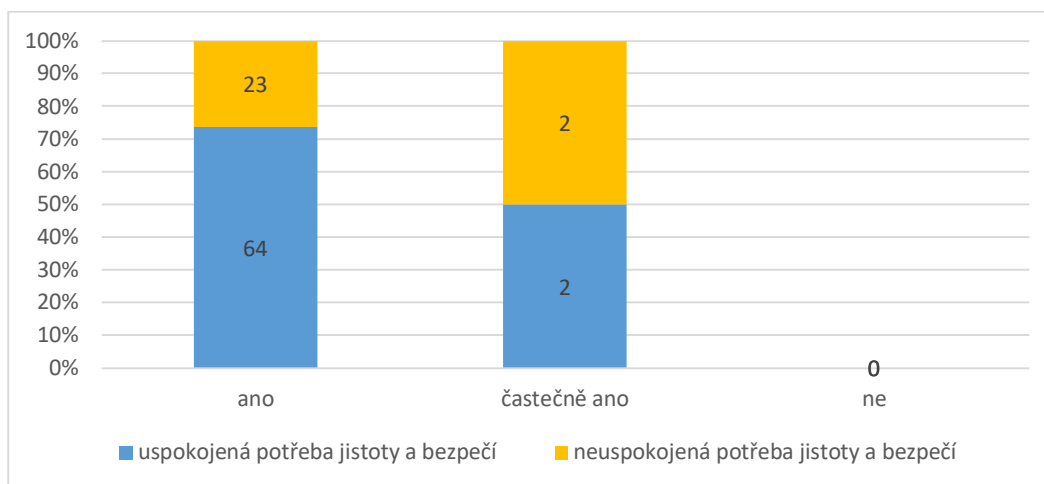
Otázka č. 6. Byl/a jste seznámen/a s důvodem Vašeho přijetí k hospitalizaci?

Graf 15 Seznámení s důvodem k hospitalizaci



Zdroj vlastní

Graf 16 Seznámení s důvodem k hospitalizaci



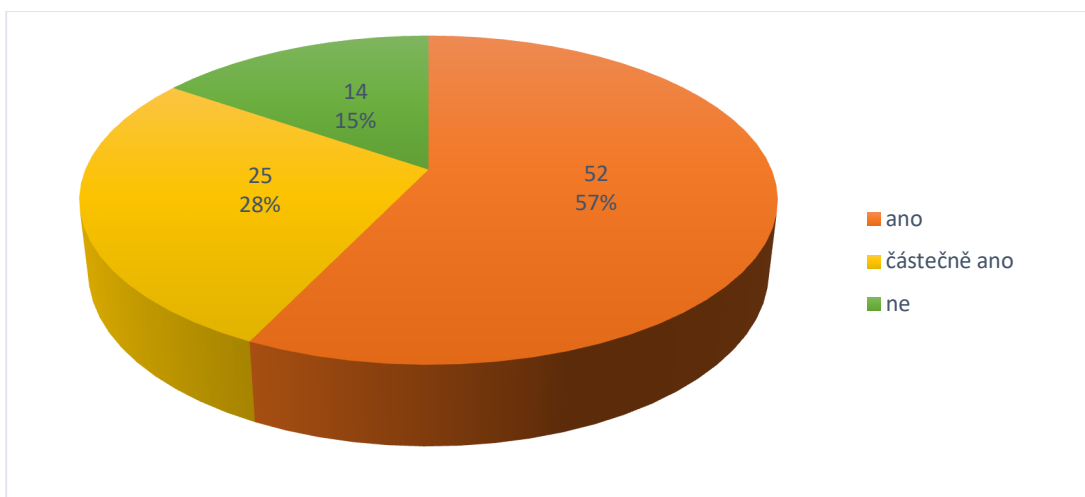
Zdroj vlastní

Otázka č. 6. měla zmapovat informovanost a seznámení s důvodem k hospitalizaci. Z celkového počtu nám 87 (96 %) respondentů uvedlo, že byli seznámeni s důvodem přijetí k hospitalizaci, zbylí 4 (4 %) dotazovaní byli seznámeni s důvodem přijetí k hospitalizaci

jen částečně. Žádný z pacientů nevedl, že by nebyl seznámen s důvodem přijetí k hospitalizaci.

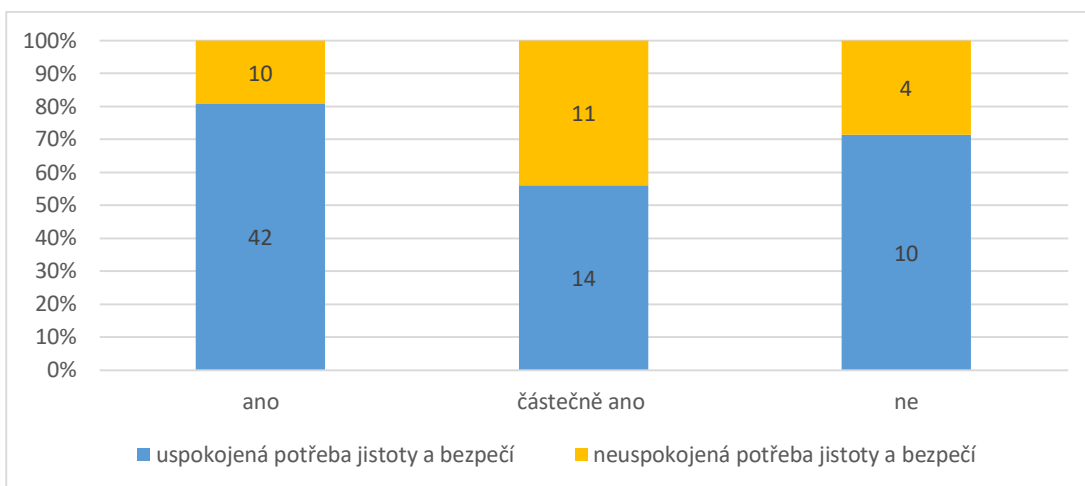
Otázka č. 11 – Byl/a jste seznámen/á s chodem, režimem a zdravotnickým personálem na tomto oddělení?

Graf 17 Seznámení s oddělením



Zdroj vlastní

Graf 18 Seznámení s oddělením

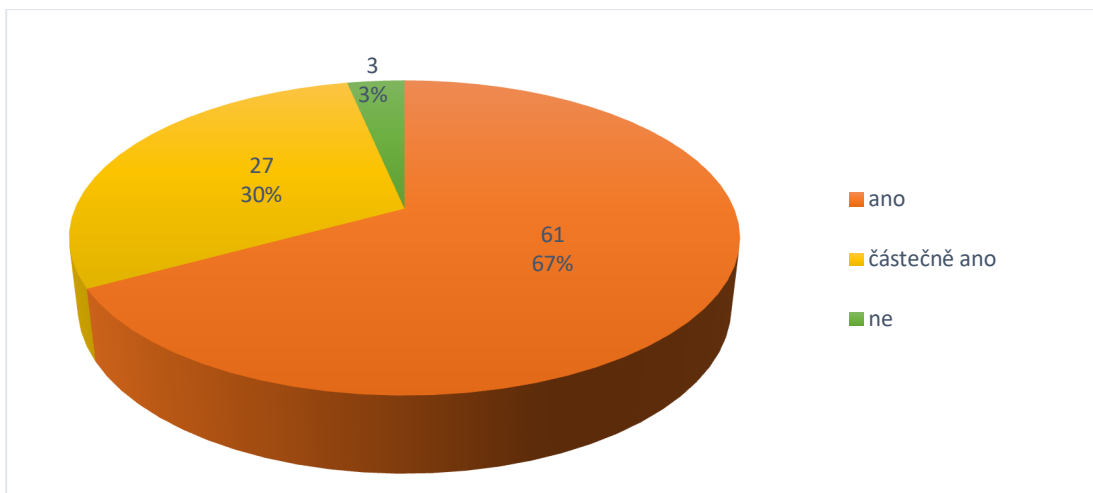


Zdroj vlastní

Z grafu lze vidět, že z celkového počtu dotazovaných bylo seznámeno s chodem, režimem a zdravotnickým personálem na daném oddělení 52 (57 %). Částečné seznámení bylo 25 (28 %) a 14 (15 %) pacientů uvedlo, že nebylo seznámeno vůbec.

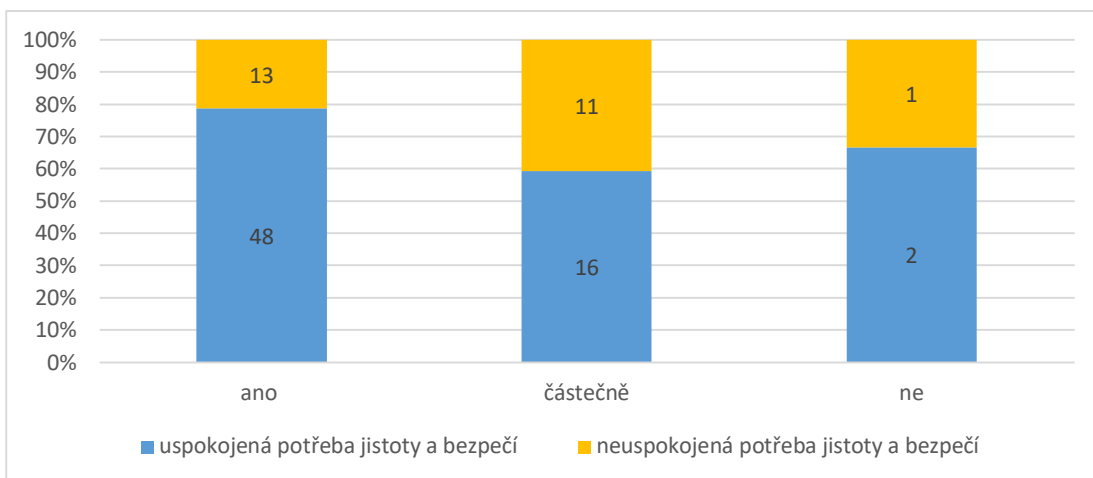
Otázka č. 12. Jsou Vám dostatečně podávány informace o Vaší nemoci a průběhu léčby?

Graf 19 Podávání informací



Zdroj vlastní

Graf 20 Podávání informací

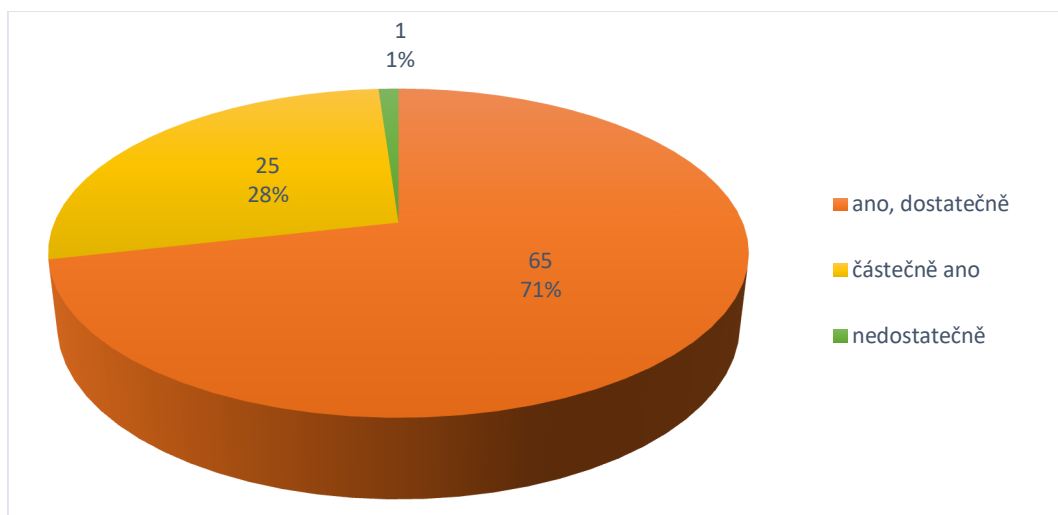


Zdroj vlastní

V otázce č. 12 jsme zjišťovali, zda jsou pacientům dostatečně podávány informace o jejich nemoci a průběhu léčby. Nejvíce dotazovaných 61 (67 %) uvedlo, že jim je podáváno dostatečné množství informací. Dalších 27 (30 %) pacientů odpovědělo, že jsou jim tyto informace podávány pouze částečně a zbylí 3 (3 %) respondenti uvedli, že jim nebylo podáváno dostatečné množství informací o zdravotním stavu a průběhu léčby.

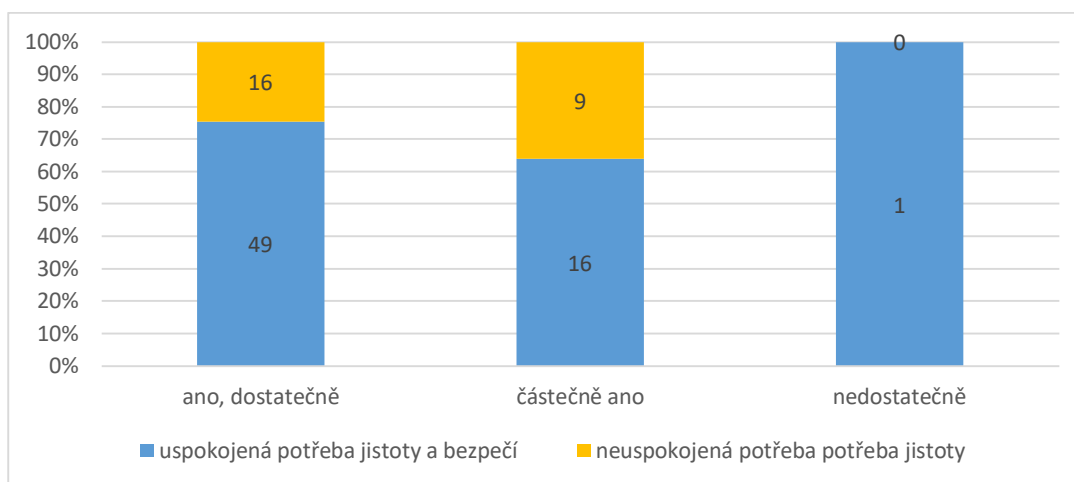
Otázka č. 13. Jsou Vám dostatečně podávány předem informace a vysvětleny jednotlivé výkony a ošetření?

Graf 21 Podávání informací



Zdroj vlastní

Graf 22 podávání informací

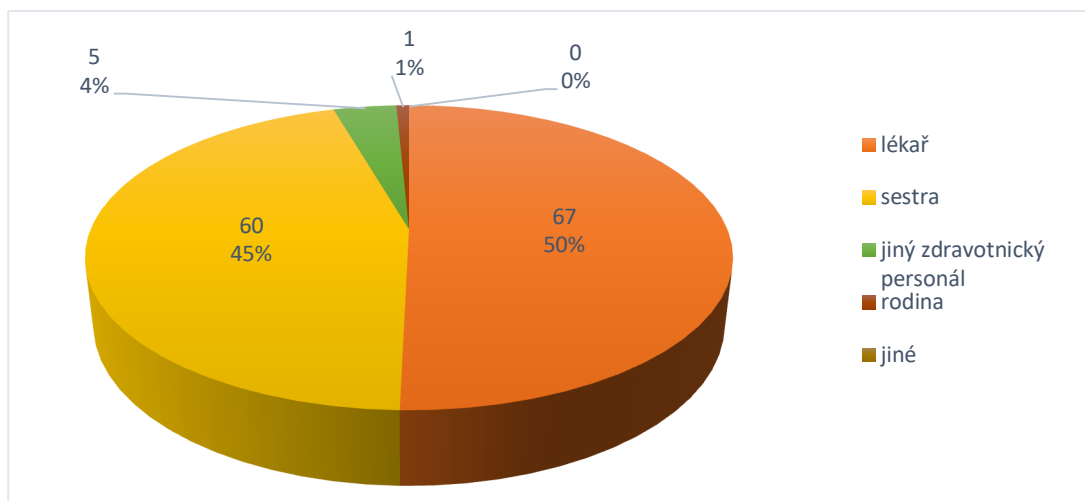


Zdroj vlastní

V otázce č. 13. jsme se ptali, zda jsou respondentům dostatečně podávány předem informace a vysvětleny jednotlivé úkony a vyšetření. Nejvíce dotazovaných 65 (71 %) uvedlo, že jim bylo před jednotlivými úkony podáváno dostatečné množství informací. Dalších 25 (28 %) pacientů uvedlo, že jsou jim podávány informace jen částečně. Pouze jediný pacient uvedl, že mu byly podány informace a vysvětleny jednotlivé výkony a ošetření nedostatečně.

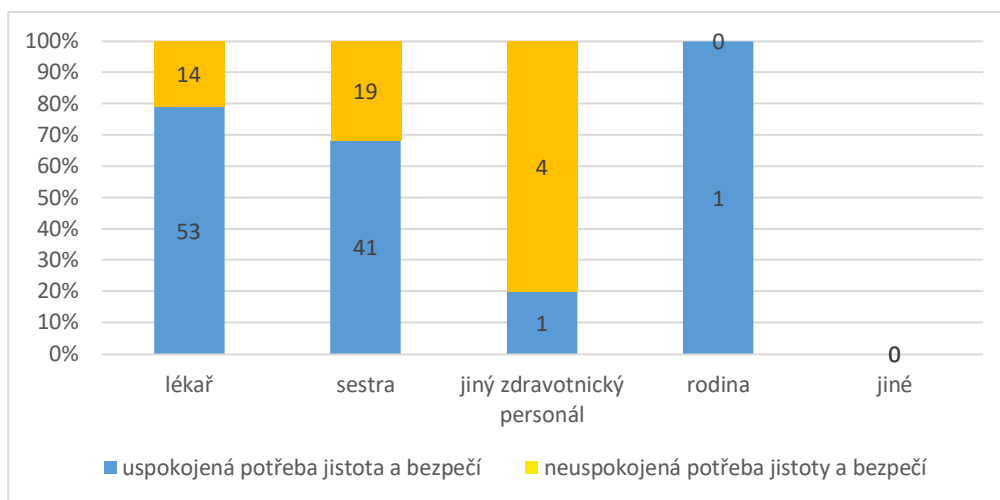
Otázka č. 14. Kdo Vám poskytuje nejvíce informací během hospitalizace?

Graf 23 Kdo poskytuje nejvíce informací



Zdroj vlastní

Graf 24 Kdo podává nejvíce informací

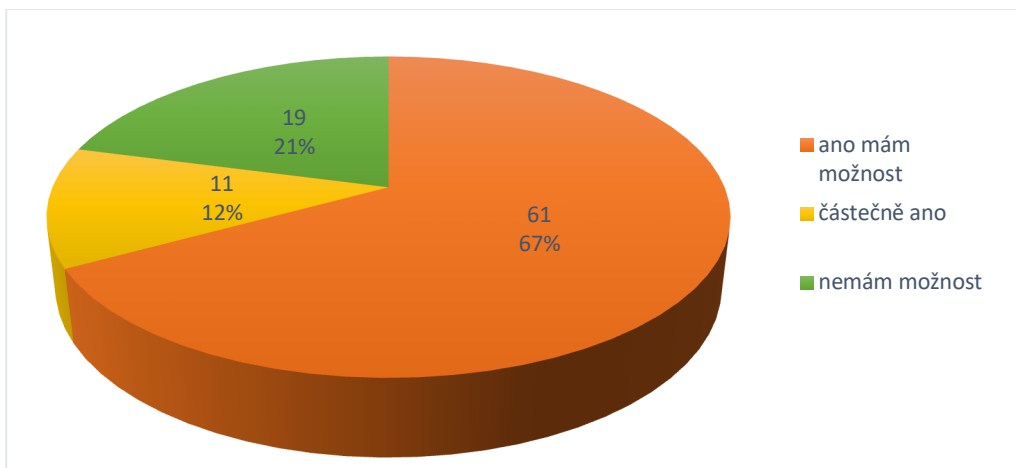


Zdroj vlastní

Otázka č. 14 umožňovala respondentům zvolit více odpovědí. Od počtu 91 respondentů jsme získali celkem 133 odpovědí. Tento graf znázorňuje, že respondenti nejčastěji vybrali jako poskytovatele informací lékaře, a to v 67 (50 %) případech. Jako sestru označili 60 krát (45 %) a 5 krát (4 %) vybrali respondenti odpověď, že jim poskytoval informace i jiný zdravotnický personál. Jeden dotazovaný (1 %) vybral jako poskytovatele informací během hospitalizace svoji rodinu.

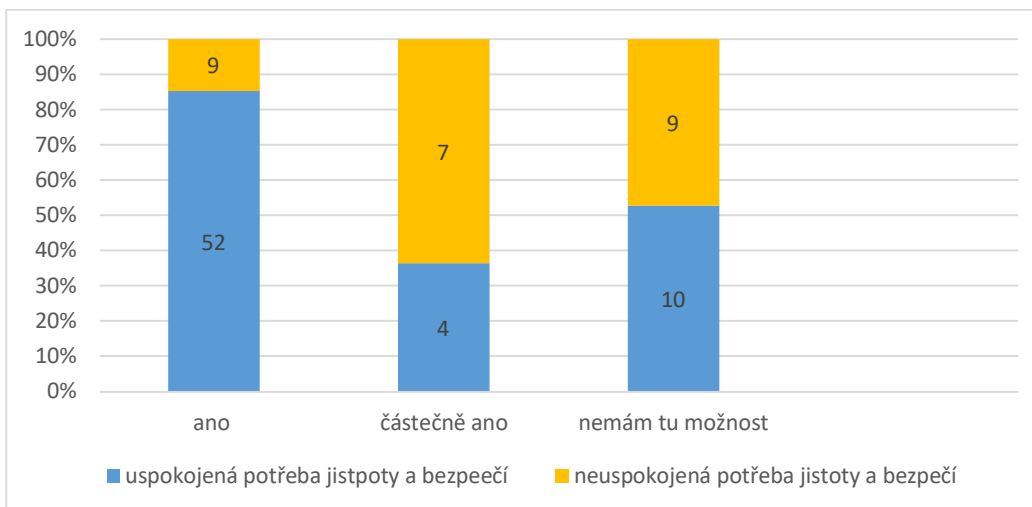
Otázka č. 15. Máte možnost v soukromí hovořit se zdravotnickým personálem o svém zdravotním stavu a Vašich potřebách?

Graf 25 V soukromí hovořit



Zdroj vlastní

Graf 26 V soukromí hovořit



Zdroj vlastní

Možnost hovořit v soukromí se zdravotnickým personálem o svém zdravotním stavu a potřebách mělo 61 (67 %) pacientů. Dalších 19 (21 %) respondentů uvedlo, že nemělo tuto možnost a zbylých 11 (12 %) mělo tuto možnost pouze částečně.

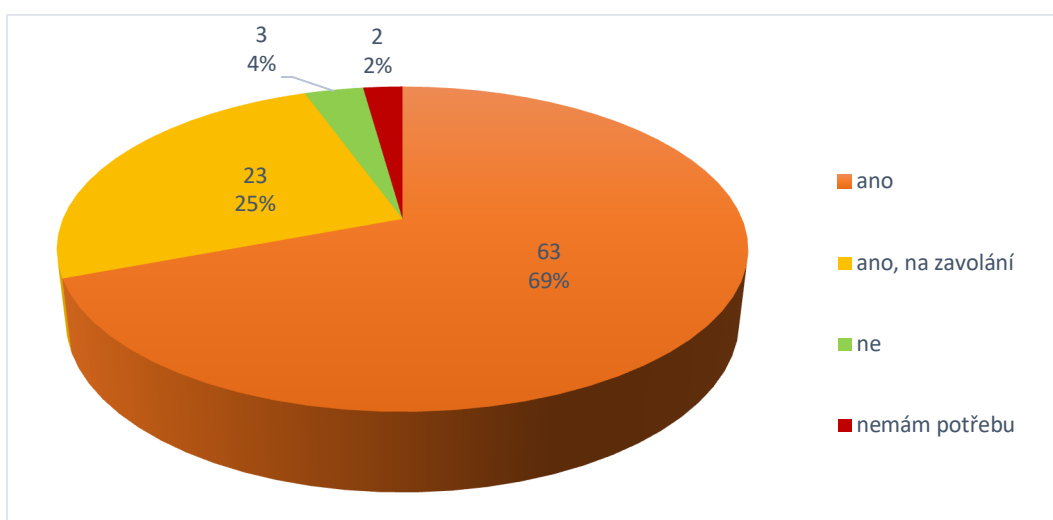
Dílčí cíl 4: Zmapovat kvalitu poskytované péče na vybraných odděleních z hlediska uspokojování potřeby jistoty a bezpečí.

Výzkumný problém: Má pacient důvěru ve zdravotnický personál?

Otázka č. 19., 20., 25.

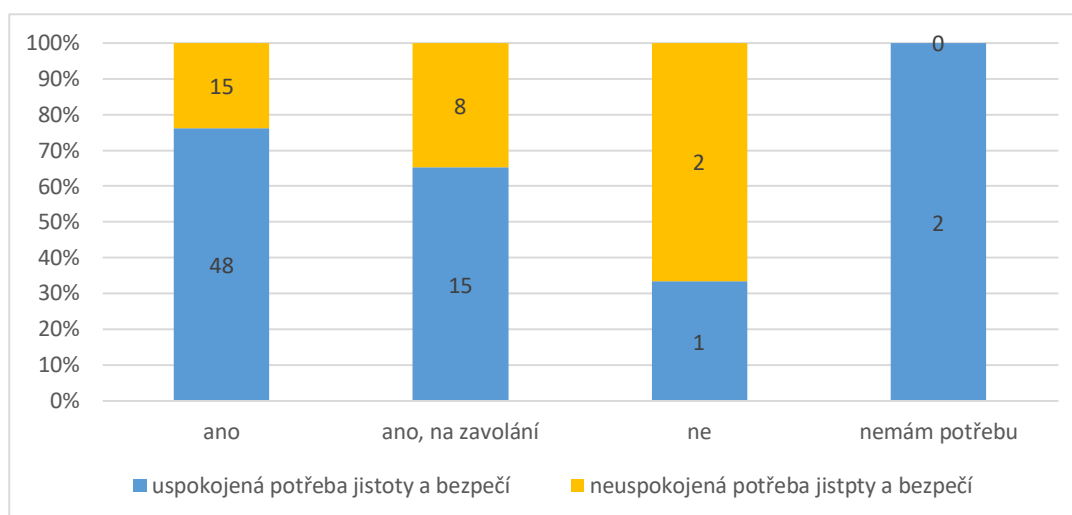
Otázka č. 19. Navštěvuje Vás zdravotnický personál i mimo vizitu a plnění ordinací?

Graf 27 Navštěva zdravotnickým personálem



Zdroj vlastní

Graf 28 Navštěva zdravotnickým personálem



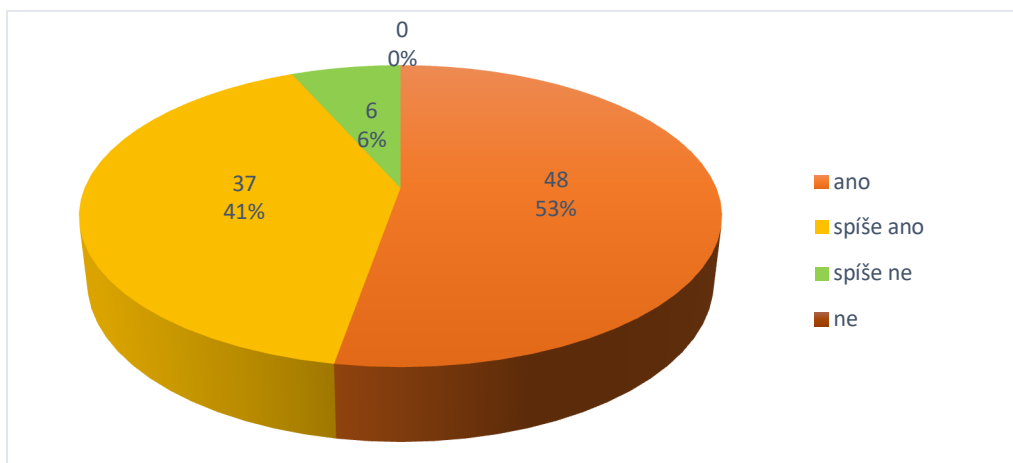
Zdroj vlastní

Z grafu je patrné, že více než polovina respondentů, a to 63 (69 %), byla navštěvována zdravotnickým personálem i mimo vizitu a plnění ordinací. Odpověď pouze na zavo-

lání vybralo 23 (25 %) pacientů. Zbývající 3 (4 %) pacienti nebyli mimo vizitu a plnění ordinací zdravotnickým personálem navštěvování vůbec a 2 (2 %) respondenti uvedli, že tuto potřebu neměli.

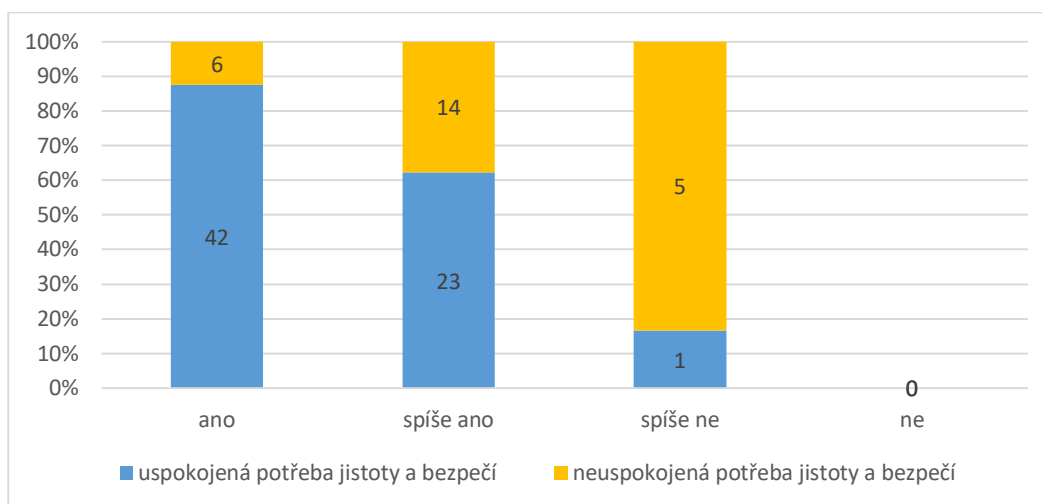
Otázka č. 20. Máte pocit psychické podpory, důvěry a povzbuzení ze strany zdravotnického personálu?

Graf 29 Psychická podpora



Zdroj vlastní

Graf 30 Psychická podpora

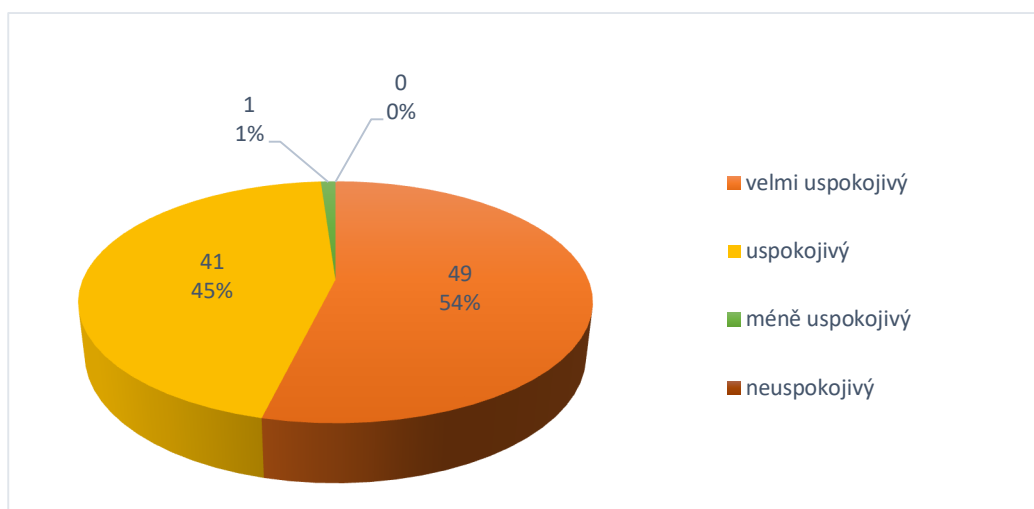


Zdroj vlastní

U otázky č. 20 se měli respondenti vyjádřit k tomu, zda měli pocit psychické podpory, důvěry a povzbuzení ze strany zdravotnického personálu. Většina dotazovaných se vyjádřila kladně, a to 48 (53 %) zcela, 37 (41 %) uvedlo, že spíše ano a zbylých 6 (6 %) respondentů tento pocit spíše nemělo.

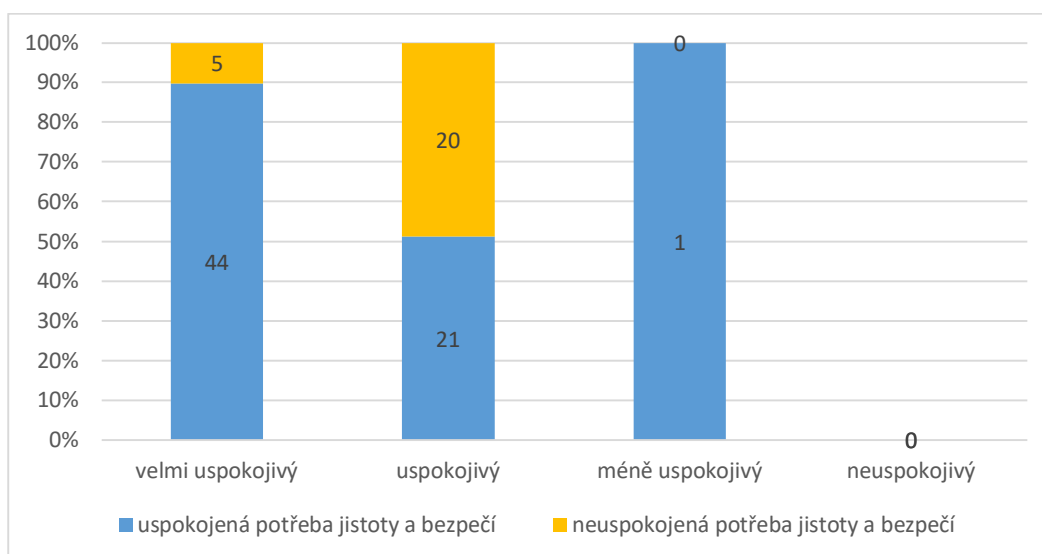
Otázka č. 25. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu?

Graf 31 Přístup zdravotnického personálu



Zdroj vlastní

Graf 32 Přístup zdravotnického personálu



Zdroj vlastní

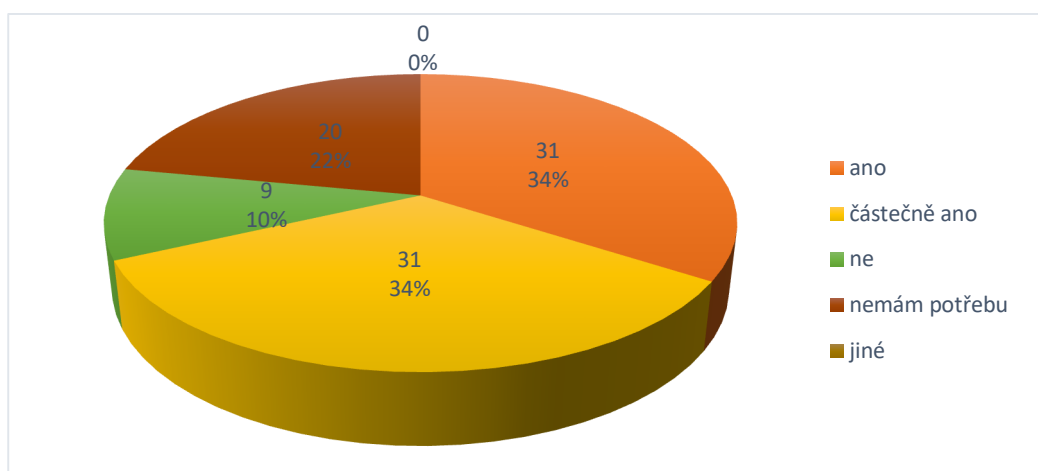
Z celkového počtu respondentů hodnotilo 49 (54 %) přístup zdravotnického personálu jako velmi uspokojivý. Uspokojivé hodnocení vybralo 41 (45 %) dotazovaných. Pouze jeden pacient uvedl, že byl méně spokojený s přístupem zdravotnického personálu.

Výzkumný problém: Bylo pacientům umožněno se zapojit do péče?

Otázka č. 15., 16.

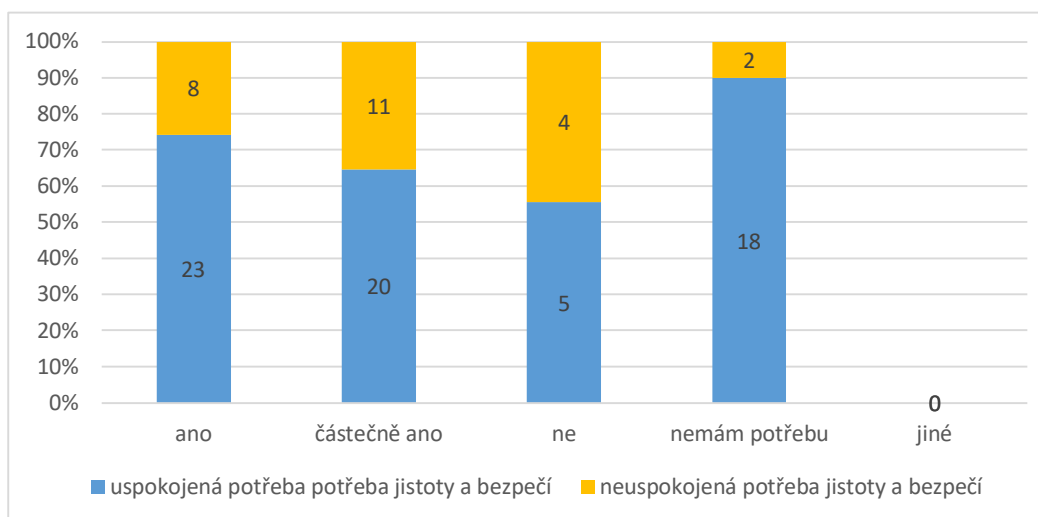
Otázka č. 16. Máte možnost aktivně se zapojit a podílet se (spolurozhodovat) na vlastní léčbě (+ vyšetření)?

Graf 33 Možnost aktivně se podílet



Zdroj vlastní

Graf 34 Možnost aktivně se podílet



Zdroj vlastní

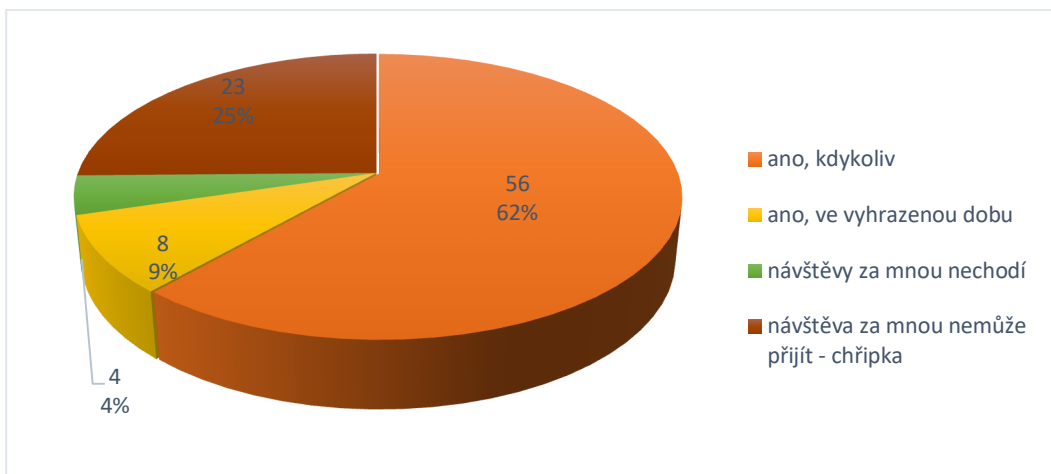
Graf uvádí, že možnost aktivně se zapojit a podílet na své léčbě mělo 31 (34 %) dotazovaných a stejný počet respondentů uvedl, že se mohou podílet pouze částečně. Potřebu aktivně se podílet a spolurozhodovat nemělo 20 (22 %) dotazovaných. Zatímco 9 (10 %) respondentů nemělo možnost se aktivně podílet a zapojit se do vlastní léčby.

Výzkumný problém: Je brán ohled na intimitu pacienta a jeho soukromí?

Otázka č. 15., 17., 18.

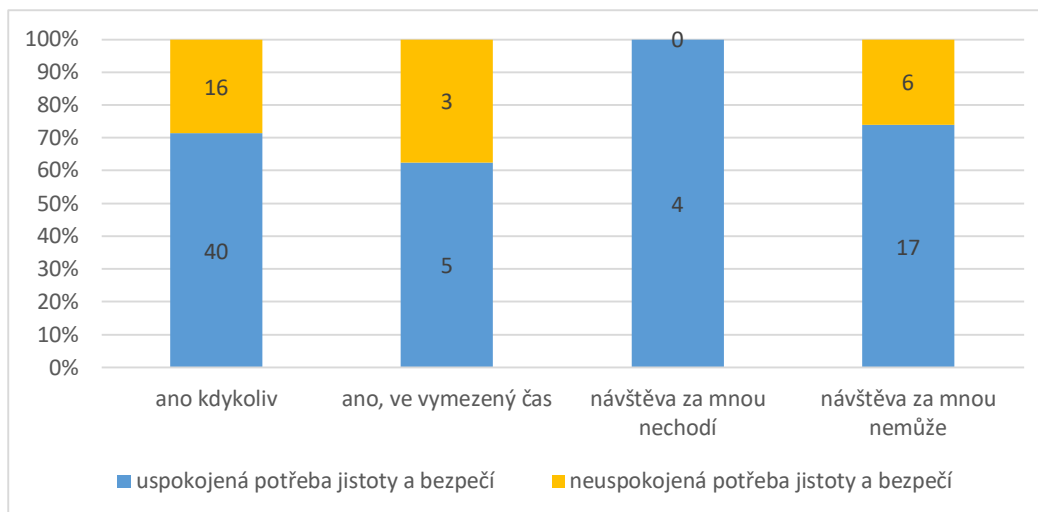
Otázka č. 17. Máte možnost návštěvy Vašich blízkých?

Graf 35 Možnost návštěvy



Zdroj vlastní

Graf 36 Možnost návštěvy

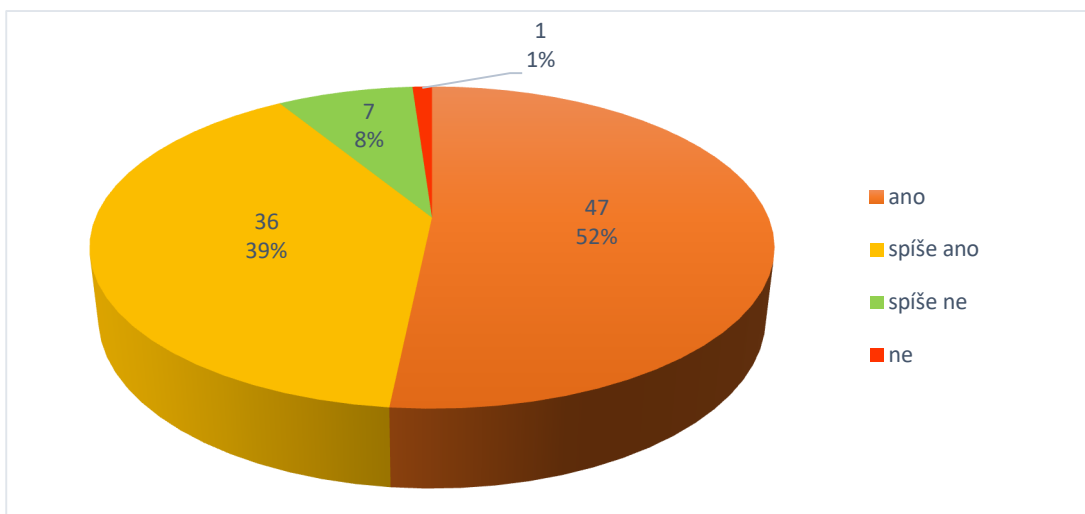


Zdroj vlastní

Z celkového počtu dotazovaných 56 (62 %) respondentů uvedlo, že mají možnost návštěvy kdykoliv. Zatímco 23 (25 %) uvedlo, že z důvodu chřipkového onemocnění mají zcela omezené návštěvy, dalších 8 (9 %) pacientů mělo možnost návštěvy pouze ve vyhrazenou dobu a zbylí 4 (4 %) respondenti uvedli, že za nimi návštěva nechodí.

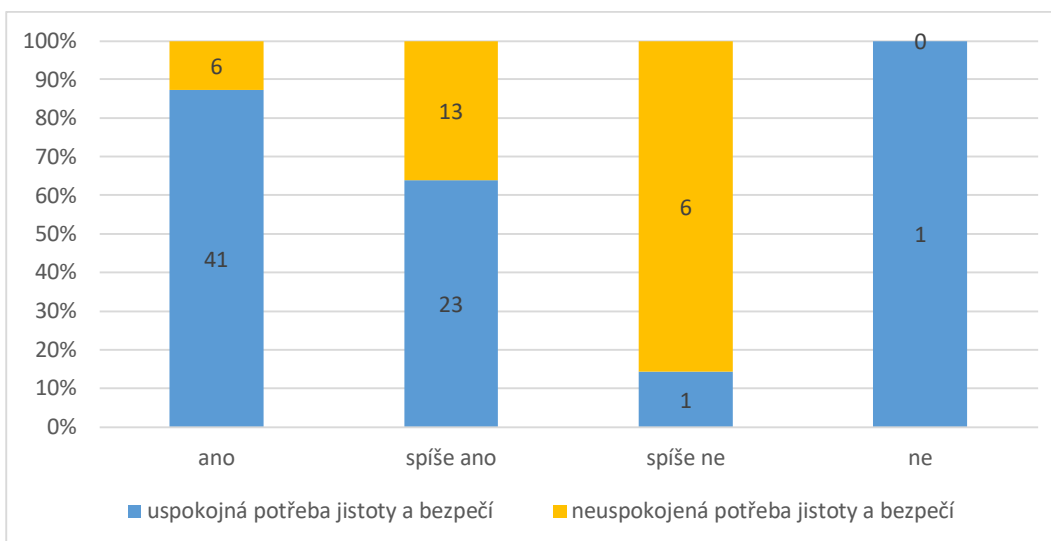
Otázka č. 18. Je brán ohled na Vaše soukromí a intimitu?

Graf 37 Soukromí a intimita



Zdroj vlastní

Graf 38 Soukromí a intimita



Zdroj vlastní

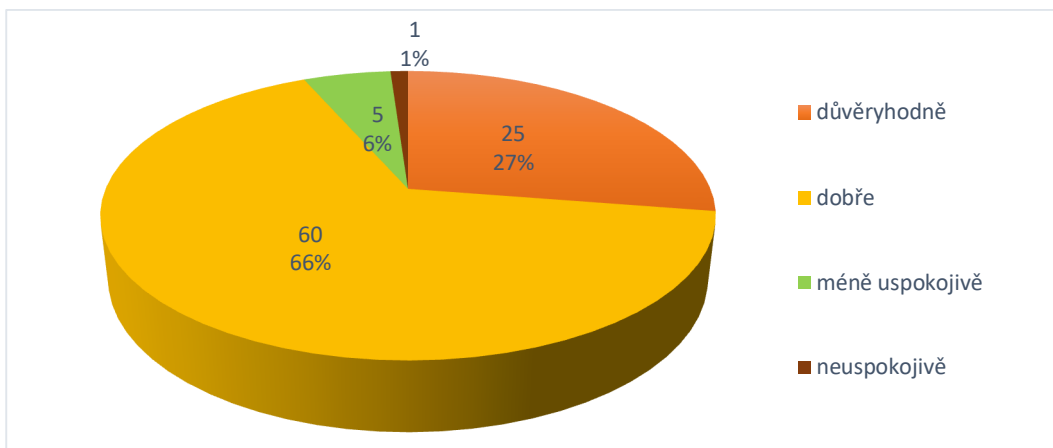
V této otázce jsme se ptali respondentů, zda je brán ohled na jejich soukromí a intimitu. Nejvíce dotazovaných, a to 47 (52 %) uvedlo, že ano. U 36 (39 %) pacientů byl brán ohled částečně a 7 (8 %) respondentů odpovědělo, že spíše nebyl brán ohled na jejich soukromí a intimitu. Zbýlý 1 (1 %) dotazovaný vnímal své soukromí a intimitu jako velmi narušenou.

Výzkumný problém: Byli pacienti s oddělením spokojeni?

Otázka č. 21., 23., 24.

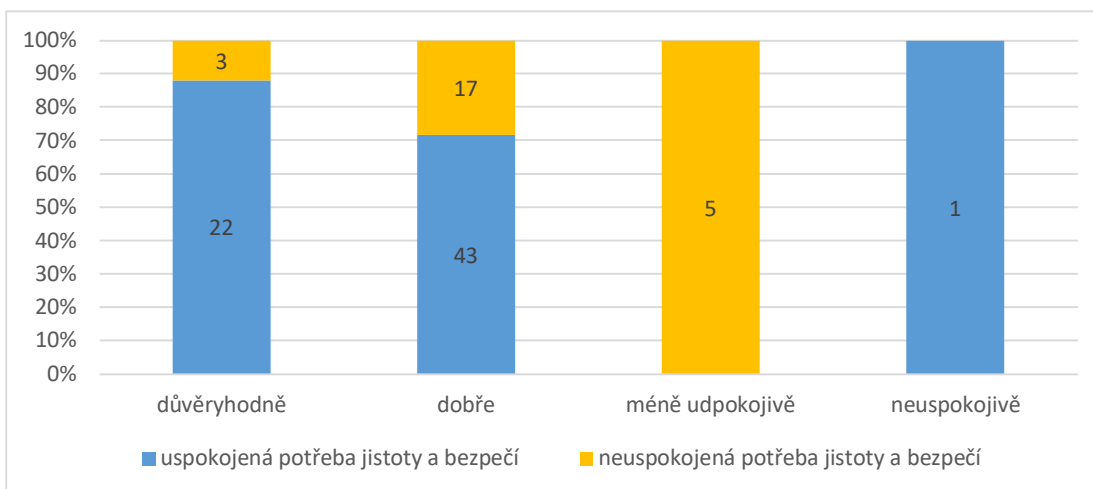
Otázka č. 21. Jak na Vás působí zdravotnické zařízení?

Graf 39 Zdravotnické zařízení



Zdroj vlastní

Graf 40 Zdravotnické zařízení

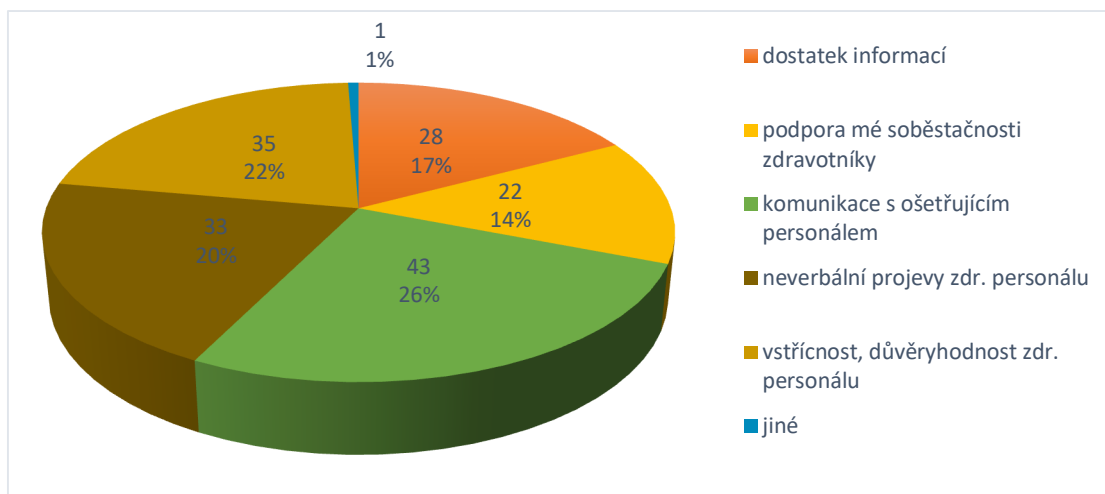


Zdroj vlastní

Z grafu lze vyčíst, že na 25 (27 %) pacientů působilo zdravotnické zařízení důvěryhodně, 60 (66 %) respondentů uvedlo, že zdravotnické prostředí na ně působí dobře. Méně uspokojivě hodnotí zdravotnické zařízení 5 (6 %) dotazovaných a jen jeden (1 %) pacient uvedl, že zdravotnické prostředí je pro něj neuspokojivé.

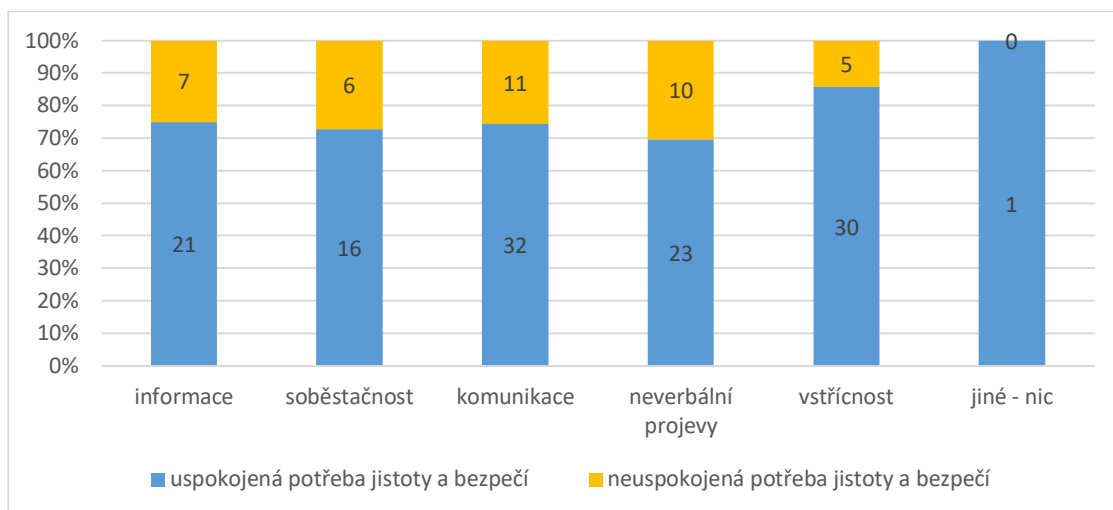
Otázka č. 23. Co kladně hodnotíte na tomto oddělení?

Graf 41 Kladné hodnocení



Zdroj vlastní

Graf 42 Kladné hodnocení



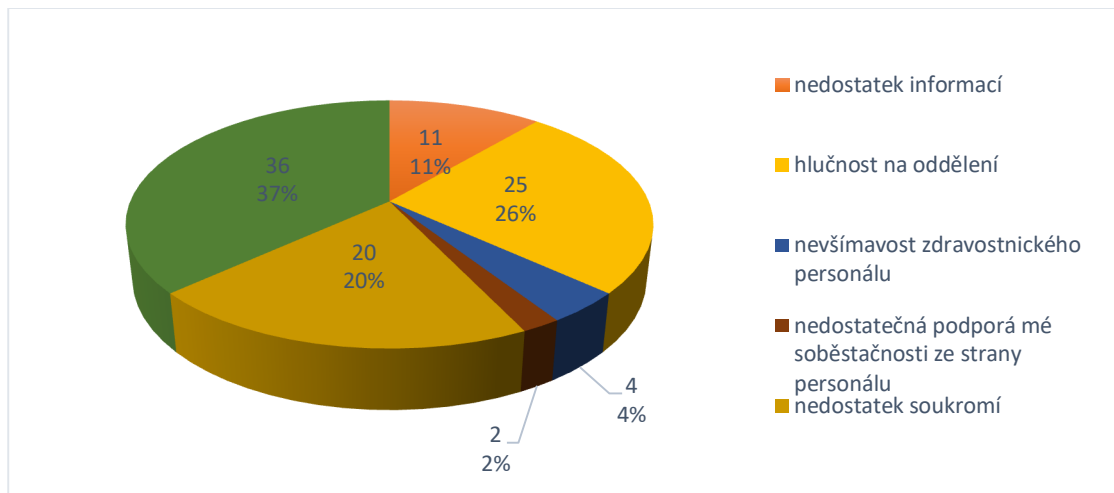
Zdroj vlastní

Otázka č. 23, která zjišťovala, co hodnotí pacienti na daném oddělení kladně, umožňovala respondentům zvolit více odpovědí. Od počtu 91 respondentů jsme získali celkem 162 odpovědí. Tyto grafy znázorňují, že velká část respondentů vnímala kladně komunikaci s ošetřujícím personálem, a to v případě 43 (26 %) odpovědí, z toho 74 % respondentů mělo uspokojenou potřebu jistoty a bezpečí. V počtu 28 (17 %) odpovědí hodnotili pacienti kladně dostatek informací. Vstřícnost zdravotnického personálu vybralo 35 (22 %) respondentů a 33 (20 %) dotazovaných hodnotilo rovněž kladně neverbální projevy zdravotnického personálu. Kladně byla rovněž hodnocena i podpora soběstačnosti zdravot-

níky, a to v 22 (14 %) případech. Pouze 1 (1 %) dotazovaný uvedl jako odpověď jiné, a sice, že nic neshledává kladné na daném oddělení.

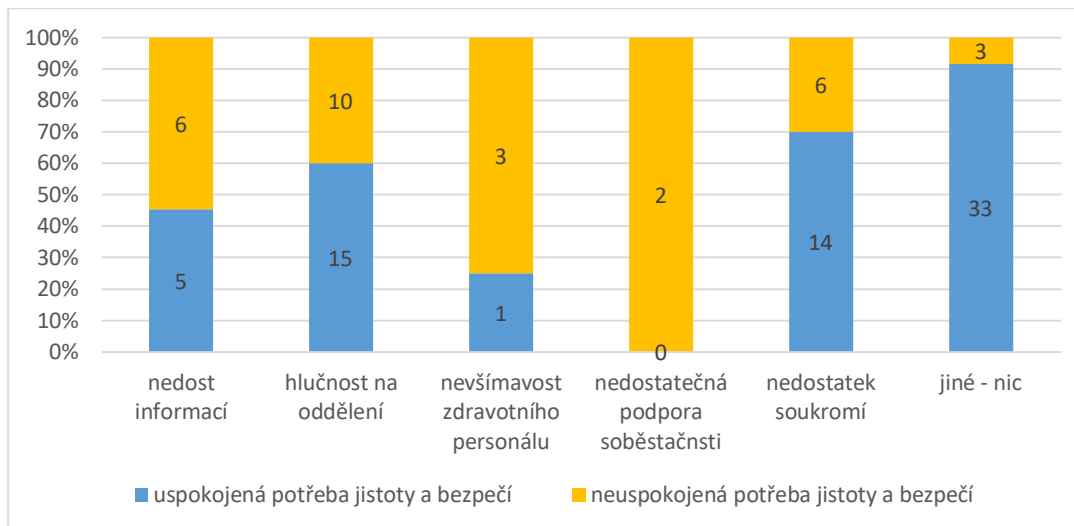
Otázka č. 24. Co hodnotíte jako negativní na tomto oddělení?

Graf 43 Negativní hodnocení



Zdroj vlastní

Graf 44 Negativní hodnocení



Zdroj vlastní

Otázka č. 24, která zjišťovala, co hodnotí pacienti na daném oddělení jako negativní, umožňovala respondentům zvolit více odpovědí. Od počtu 91 respondentů jsme získali celkem 98 odpovědí. Tyto grafy znázorňují, že velká část respondentů nevnímala žádný problém na oddělení, a to v případě 36 (37 %) odpovědí, z toho 92 % pacientů mělo saturovanou potřebu jistoty a bezpečí. V počtu 20 (20 %) odpovědí uvedli respondenti, že jim

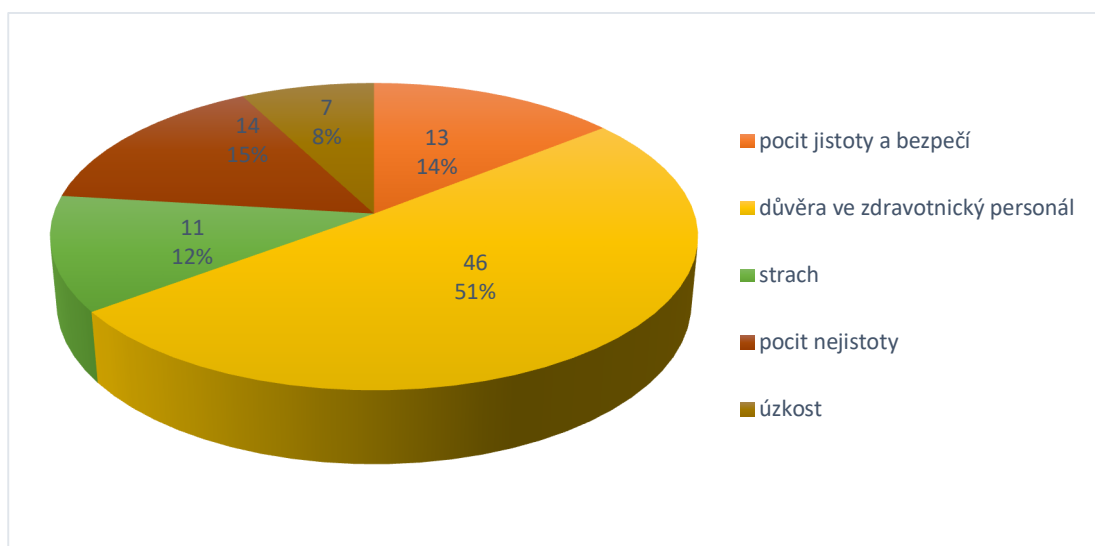
vadil nedostatek soukromí, jako negativní na oddělení hodnotili i hlučnost a to ve 25 (26 %) případech a v počtu 11 (11 %) případech to byl nedostatek informací a 4 krát (4 %) hodnotili dotazovaní jako negativní nevěšimavost zdravotnického personálu a 2 krát (2%) uvedli nedostatek podpory v soběstačnosti.

Výzkumný problém: Jaké měli pacienti pocity během příjmu a hospitalizace?

Otázka č. 8., 9., 22., 26.

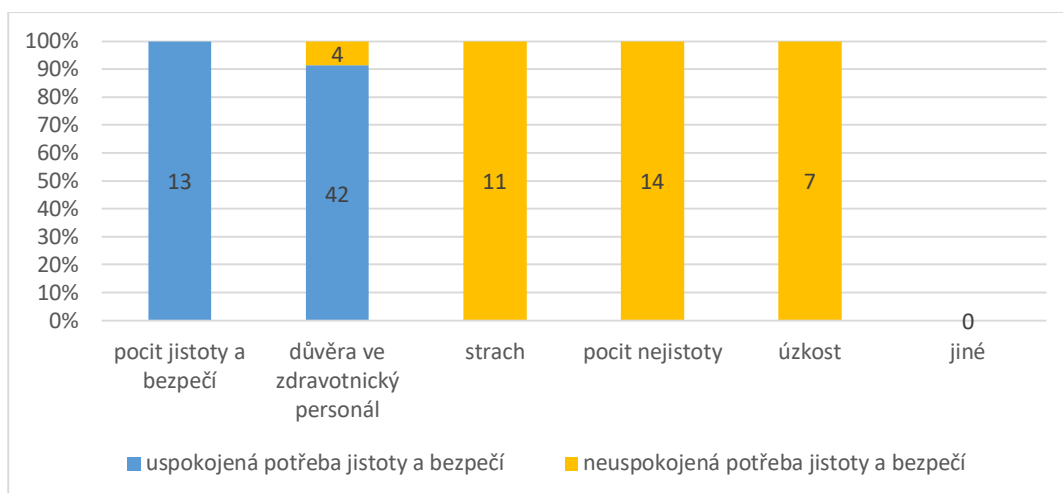
Otázka č. 8. Jaké pocity u Vás převládaly během příjmu do nemocnice?

Graf 45 Pocity při příjmu



Zdroj vlastní

Graf 46 Pocit při příjmu

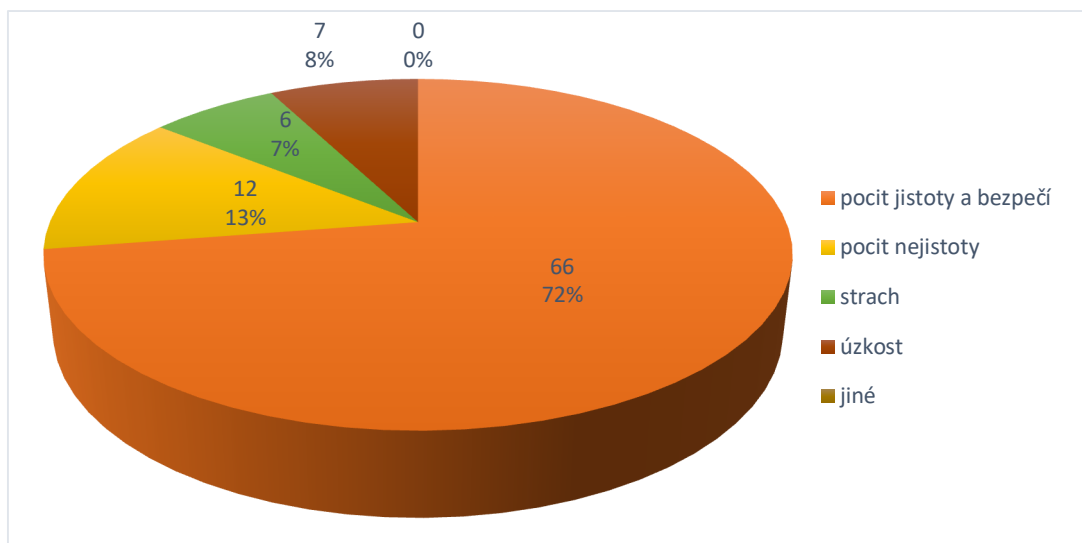


Zdroj vlastní

Na tuto otázku většina dotazovaných odpověděla, že má důvěru ve zdravotnický personál, a to 46 (51 %) respondentů. Pocit nejistoty během příjmu k hospitalizaci převládá u 14 (15 %) dotazovaných. Pocit jistoty a bezpečí v dotazníkovém šetření označilo 13 (14 %) respondentů a 11 (12 %) dotazovaných pociťovalo během příjmu strach. U 7 (8 %) pacientů byla zaznamenána během příjmu úzkost.

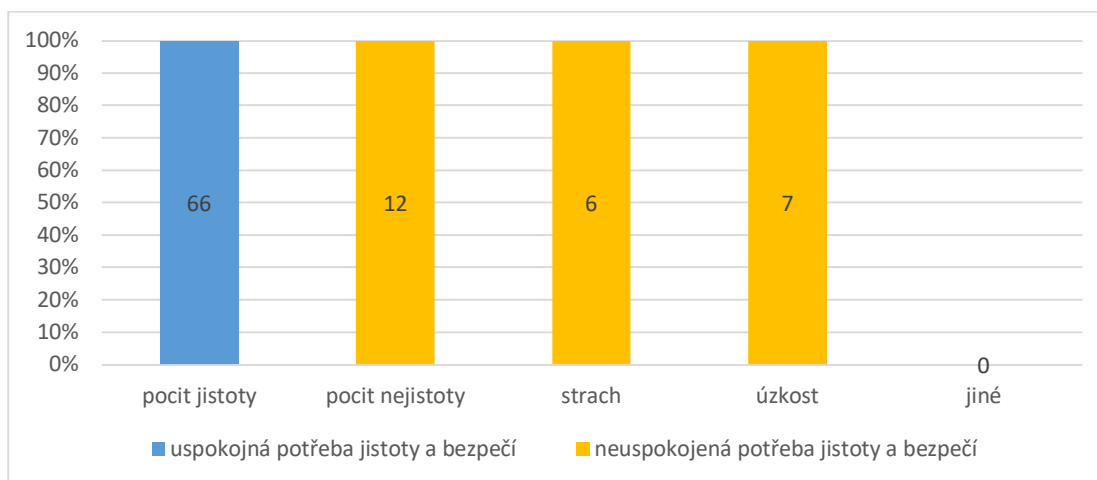
Otázka č. 9. Jak byste charakterizoval/a Vaše pocity během hospitalizace?

Graf 47 Pocity během hospitalizace



Zdroj vlastní

Graf 48 Pocity během hospitalizace

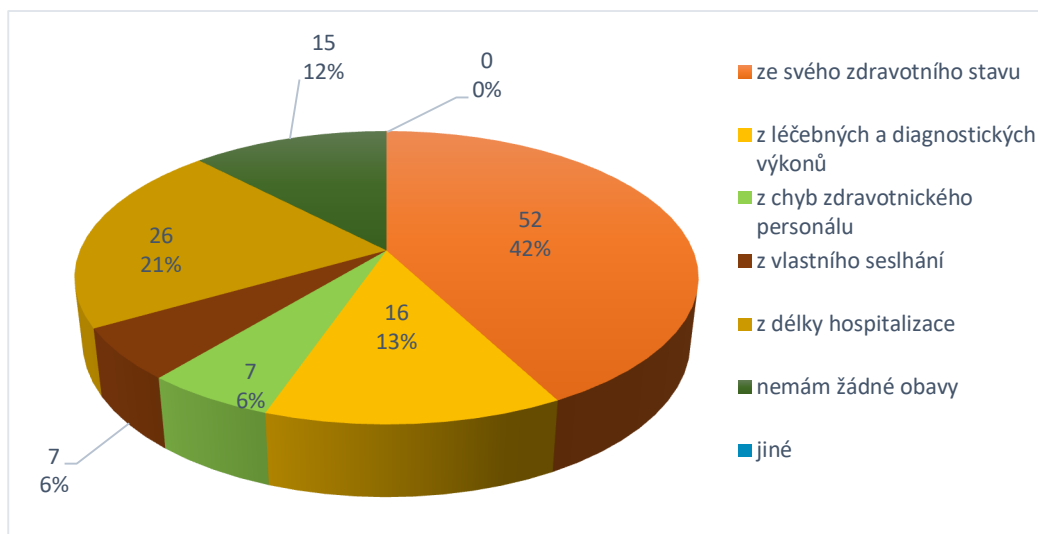


Zdroj vlastní

V této otázce byla zvolena nejčastěji odpověď s počtem 66 (72 %) respondentů a to, že měli pocit jistoty a bezpečí během hospitalizace. Pocit nejistoty označilo jako odpověď 12 (13 %) pacientů, 6 (7 %) dotazovaných prožívalo strach a 7 (8 %) pociťovalo během hospitalizace úzkost.

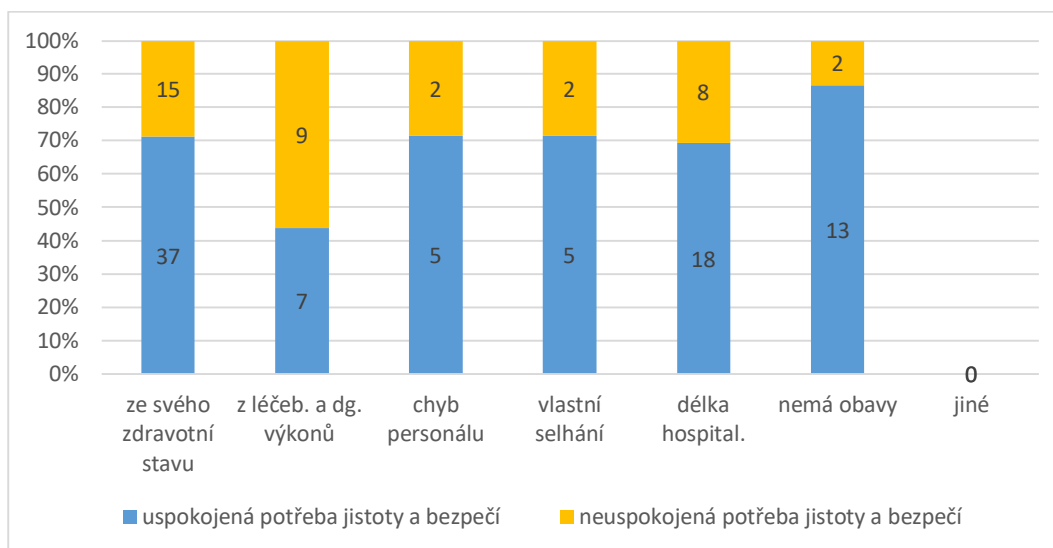
Otázka č. 22. Z čeho máte největší obavy během hospitalizace?

Graf 49 Obavy během hospitalizace



Zdroj vlastní

Graf 50 Obavy během hospitalizace

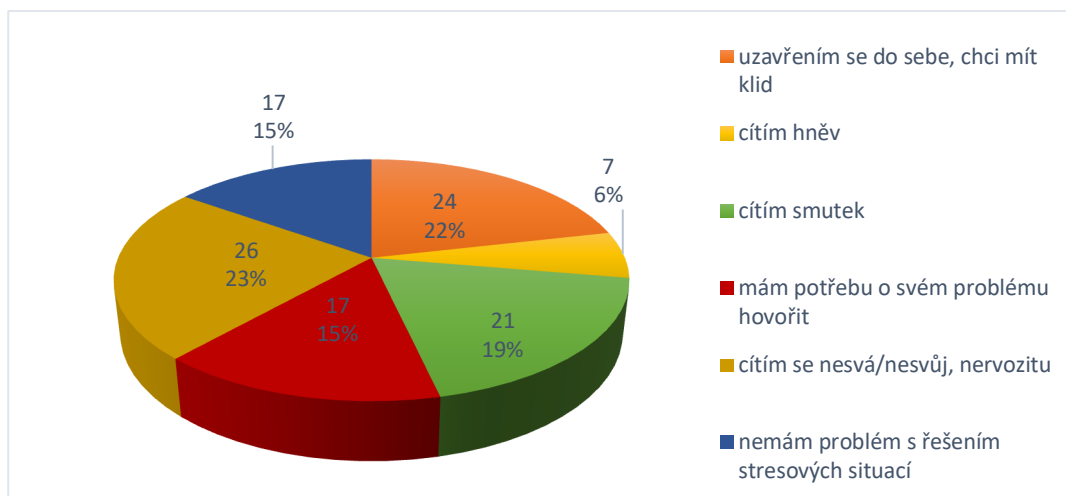


Zdroj vlastní

U této otázky byla možnost libovolného výběru odpovědí. Od 91 dotazovaných respondentů jsme jich získali celkem 123. V 52 případech (42 %) se jednalo o obavy ze svého zdravotního stavu. Ve 26 případech (21 %) šlo o obavy z délky hospitalizace, 16 odpovědí (13 %) se týkalo obavy z léčebných a diagnostických výkonů, 7 krát (6 %) šlo o obavy z chyb zdravotníků a stejně tak v 7 případech (6 %) byla vybrána odpověď z vlastního selhání. Žádné obavy označili respondenti v 15 případech (12 %).

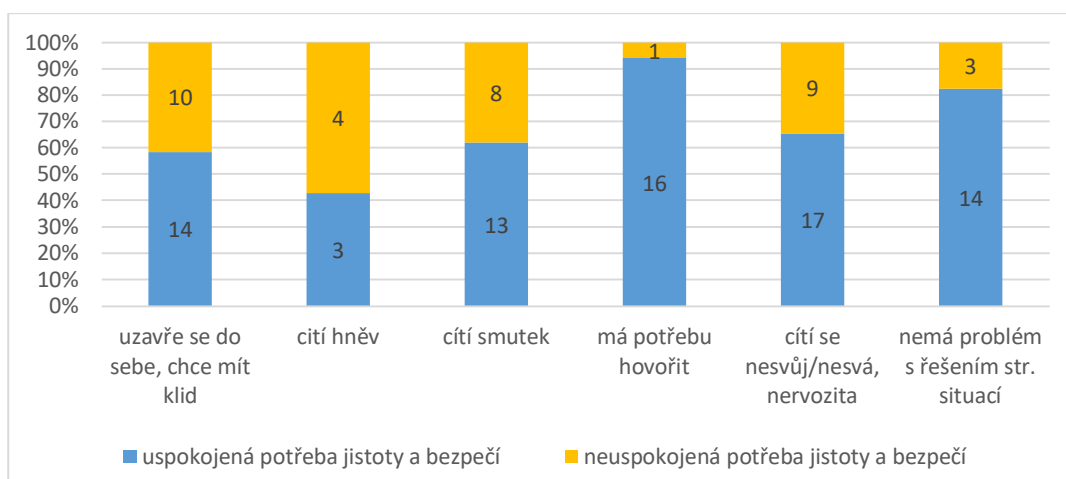
Otázka č. 26. Jak reagujete na stresové situace?

Graf 51 Reakce na stresové situace



Zdroj vlastní

Graf 52 Reakce na stresové situace



Zdroj vlastní

U této položky byla rovněž možnost zvolit více odpovědí. Od 91 dotazovaných respondentů jsme jich získali celkem 112. Z grafu lze pozorovat, že dotazovaní reagují na stresovou situaci různě. Nejvíce 26 (23 %) odpovědí vyjadřuje, že se pacienti ve stresové situaci cítí nesví. V 24 (22 %) případech pacienti mají rádi ve stresové situaci klid. Odpověď, že cítí ve stresové situaci smutek, označili respondenti celkem ve 21 (19 %) případech. Potřebu hovořit o svých problémech vybralo 17 (15 %) dotazovaných. To, že cítí hněv, uvedlo 7 (6 %) pacientů. V 17 případech (15 %) odpovědí, neměli respondenti s řešením stresových situací žádný problém.

9 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda je u pacientů za hospitalizace uspokojena základní potřeba jistoty a bezpečí. K vyhodnocení nám pro lepší přehlednost posloužily kruhové a sloupcové grafy. V kruhových grafech jsou vyhodnoceny všechny položky dotazníku, sloupcové grafy nám ukazují, do jaké míry byla, či nebyla saturovaná potřeba jistoty a bezpečí u pacientů v každé sledované položce.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda mají sociodemografické údaje vliv (věk, pohlaví, vzdělání) na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí.

Výzkumný problém: Mají sociodemografické údaje vliv na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 1., 2., 3.

V otázce č. 1 bylo úkolem zjistit pohlaví všech respondentů. Z výsledku vyplynulo, že nejvíce dotazovaných bylo žen a to 72 %, a z nich 69 % mělo během hospitalizace uspokojenou potřebu jistoty a bezpečí. Dotazovaných mužů bylo 28 % a 80 % z nich mělo tuto potřebu také saturovanou. Lze tedy konstatovat, že více než dvě třetiny žen a tři čtvrtiny mužů mělo za hospitalizace tuto potřebu saturovanou, přičemž mezi oběma pohlavími se nejedná o výrazný rozdíl.

Otázka č. 2 měla zjistit věk dotazovaných pacientů. V dotazníkovém šetření lze pozorovat zastoupení ve všech věkových skupinách. Nejvíce byly zastoupeny dvě skupiny se stejným počtem respondentů, a to skupina ve věku 51 – 65 let a věková skupina 66 let a více. Z hlediska uspokojení potřeby jistoty a bezpečí se ukazuje jistá vyváženost napříč všemi věkovými kategoriemi, přičemž významnější rozdíl nacházíme mezi nejmladšími respondenty, kteří vykazují míru uspokojení v 57 % a nejstaršími respondenty, kteří mají potřebu saturovanou z 83 %.

Třetí otázka měla zmapovat nejvyšší získané vzdělání respondentů. I z tohoto hlediska jsme měli v dotazníkovém šetření zastoupeny respondenty se všemi dosaženými úrovněmi vzdělání. Nejpočetnější skupinou byli středoškoláci s maturitou, a to 42 % z celkového počtu. Míra uspokojení potřeby jistoty a bezpečí byla napříč těmito kategoriemi také celkem vyvážená, nejčastěji vyjadřují uspokojení středoškoláci bez maturity, a to z 80 %.

Dílčí cíl 2: – Zmapovat délku hospitalizace a předešlé zkušenosti s hospitalizací.

Výzkumný problém: Ovlivňuje délka, typ hospitalizace a předešlé zkušenosti s hospitalizací uspokojení potřeby jistoty a bezpečí?

K tomuto výzkumnému problému se vztahují otázky č. 4., 5., 7., 10.

Cílem otázky č. 4 bylo zjistit, zda byla hospitalizace našich respondentů plánovaná, či neplánovaná a následně vyhodnotit, jak je tímto faktorem ovlivněna saturace potřeby jistoty a bezpečí. Více našich respondentů, a to 60 %, bylo přijato plánovaně a současně tito respondenti častěji pociťují jistotu a bezpečí, a to ze 76 %. Ostatní pacienti, kteří byli přijati neplánovaně, mají saturovanou tuto potřebu z 67 %.

V 5. otázce jsme se snažili zjistit, zda se u respondentů jednalo o první či opakovanou hospitalizaci na daném oddělení a zda i tento faktor ovlivňuje saturaci potřeby jistoty a bezpečí. Došli jsme k tomu, že větší část respondentů (68 %) zde byla poprvé, ale co se týče míry uspokojení uvedené potřeby, jsou na tom obě skupiny téměř shodně, míra uspokojení je u pacientů poprvé hospitalizovaných je 77 % a u opakovaně hospitalizovaných je to 76 %.

V otázce č. 7 jsme se zajímali, kolikátý den jsou pacienti hospitalizováni a v návaznosti na to jsme obdobně, jako u předešlých otázek, vyhodnotili míru saturace potřeby jistoty a bezpečí. Většina pacientů byla v době vyplňování dotazníku hospitalizovaná krátce, a to méně než 5 dnů, jednalo se o 75 % respondentů, do druhé skupiny jsme zařadili pacienty, kteří zde byli 5 a více dnů, bylo jich 25 %. Zjistili jsme, že míra uspokojení je téměř srovnatelná 72 % a 73 %.

U otázky č. 10 jsme chtěli vědět, jaké byly u dotazovaných respondentů předešlé zkušenosti s hospitalizací a jak souvisí tyto zkušenosti s uspokojením zkoumané potřeby. Z příslušného grafu jasně vidíme, že nejvíce pacientů mělo velmi dobré či dobré zkušenosti. Mnohem méně pacientů označilo svoje zkušenosti jako méně uspokojivé či neuspokojivé. Na grafu, který nám ukazuje vyhodnocení míry uspokojení potřeby jistoty, je vidět zřetelná souvislost. Pacienti, kteří hodnotí své zkušenosti jako velmi dobré, vyjadřují svoje uspokojení této potřeby z 97 % a naopak všichni pacienti s neuspokojivými zkušenostmi vnímají tuto potřebu jako neuspokojenou.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda má pacient během hospitalizace dostatek informací.

Výzkumný problém: Bylo pacientům podáváno dostatečné množství informací?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 6., 11., 12., 13., 14.

Otázka č. 6 byla zaměřena na to, zda byli respondenti dostatečně seznámeni s důvodem přijetí k hospitalizaci. Většina respondentů (96 %) seznámena byla, a tato kategorie vyjadřuje vyšší míru saturace potřeby jistoty a bezpečí, a to 74 %.

Otázka č. 11 měla zmapovat, zda dotazovaní byli dostatečně seznámeni s chodem, režimem a zdravotnickým personálem na daném oddělení. Zjistili jsme, že většina respondentů byla seznámena zcela nebo částečně, 14 % pacientů seznámeno nebylo. Skupina respondentů, kteří byli dobře seznámeni s výše uvedeným, vyjadřuje i vyšší míru saturace potřeby jistoty a bezpečí, a to 80 % z nich.

V otázce č. 12 měli dotazovaní respondenti uvést, jestli mají dostatek informací o jejich nemoci a průběhu léčby. Dostatek těchto informací mělo 67 % respondentů a tato skupina vnímá saturovanou potřebu jistoty a bezpečí nejčastěji, a to 78 % z nich.

Otázkou č. 13 byla obdobná, s tím že nás zajímalo, zda pacienti dostali před výkony a ošetřeními dostatek informací. 71 % pacientů odpověděla, že v dostatečné míře a většina dostala informace částečné. Velmi podobně, jako v předchozí položce, 75 % pacientů vnímání uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Pokud je však informovanost jen částečná, klesá s tím i míra jejího uspokojení.

Otázka č. 14 byla zaměřena na posouzení, kdo poskytuje pacientům během hospitalizace nejvíce informací. Podávání informací lékařem a sestrou patřily mezi nejčastější odpovědi respondentů, v případě výběru lékaře uvádí saturovanou potřebu 79 % respondentů a v případě sestry je to 68 %.

Dílčí cíl 4: Zmapovat kvalitu poskytované péče na vybraných odděleních z hlediska uspokojování potřeby jistoty a bezpečí.

Výzkumný problém: Má pacient důvěru ve zdravotnický personál?

Otázka č. 19., 20., 25.

V otázce č. 19 jsme se ptali, zda zdravotnický personál navštěvuje respondenty i mimo vizitu a plnění ordinací. Zjistili jsme, že 69 % pacientů to potvrdilo, 25 % pacientů uvedlo, že sice také ano, ale až na zavolání. Zbývající pacienti uvedli, že je personál mimo vizitu a plnění ordinací nenavštěvuje nebo nemají tuto potřebu. Míra uspokojení také koresponduje s uvedeným zjištěním, častěji ji vyjadřují ti pacienti, kteří jsou navštěvováni zdravotnickým personálem i mimo vizitu a plnění ordinací, což je 76 % pacientů.

Otázka č. 20 měla zmapovat vztahy mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Ptali jsme se, zda pacient má pocit psychické podpory, důvěry a povzbuzení ze strany zdravotnického personálu. Většina respondentů se vyjádřila kladně a současně u nich vidíme uspokojení potřeby jistoty a bezpečí.

Otázka č. 25 byla velmi podobná předchozí položce, hodnotila přístup zdravotníků. Došli jsme i k podobným výsledkům, které jsou vyjádřeny v příslušných grafech.

Výzkumný problém: Bylo pacientům umožněno se zapojit do péče?

Otázka č. 16.

Úkolem otázky č. 16 bylo zjistit, zda se mohou dotazovaní aktivně podílet na své léčbě. Z výsledků vyplynulo, že velká část respondentů tuto možnost má buď zcela, nebo částečně, celkem je jich 61 %. Ostatní pacienti tuto možnost nemají nebo o to neusilují. U pacientů, kteří se mohou aktivně podílet a zapojit se do léčby jsme vyhodnotili i vyšší míru uspokojení potřeby bezpečí a jistoty a to u 69 % z nich.

Výzkumný problém: Je brán ohled na intimitu pacienta a jeho soukromí?

Otázka č. 15., 17., 18.

Cílem otázky č. 15 bylo zjistit, zda pacienti mají možnost hovořit se zdravotnickým personálem v soukromí o svých problémech a potřebách. 67 % dotazovaných tuto možnost mělo, 12 % jen částečně a 21 % nemělo tuto možnost. Je zde zřetelná vyšší míra uspokojení potřeby jistoty a bezpečí v případě, že pacienti měli možnost soukromí při komunikaci se zdravotníky, než je tomu v ostatních případech.

Otázkou č. 17 jsme se ptali respondentů na možnost návštěvy jejich blízkých. 62 % respondentů uvedlo, že je blízcí mohou navštěvovat kdykoliv, 9 % respondentů mohlo mít návštěvu jen ve vyhrazenou dobu. Za ostatními pacienty návštěvy nechodí nebo nemohou.

Míra uspokojení potřeby jistoty a bezpečí s tímto zjištěním korespondovala jen částečně, i pacienti, za kterými návštěva nemohla z důvodu omezení v době chřipkové epidemie, vykazovali podobnou míru její saturace, jako respondenti, za kterými návštěva přijít mohla.

Otázkou č. 18 jsme se snažili zmapovat, zda je brán ohled na soukromí a intimitu respondentů. 52 % respondentů odpovědělo kladně a rovněž tyto respondenti většinou hodnotili potřebu jistoty a bezpečí jako saturovanou, významná část pacientů (39 %), která sděluje, že spíše ano, má i významně méně uspokojenou potřebu jistoty a bezpečí. U zbylých respondentů brán ohled v této oblasti nebyl.

Výzkumný problém: Byli pacienti s oddělením spokojeni?

Tento problém zastupují otázky č. 21., 23., 24.

Úkolem otázky č. 21 bylo zjistit, jak působí zdravotnické prostředí na dotazovaného respondenta. Jak vyplývá z obou grafů, na většinu pacientů působilo toto prostředí důvěryhodně nebo dobře, a i potřeba jistoty a bezpečí je u těchto pacientů většinou saturována dobře.

V otázce č. 23 měli dotazovaní možnost si zvolit libovolný počet odpovědí a uvést, co hodnotí na daném oddělení kladně. Nejčastěji se jednalo o komunikaci s ošetřujícím personálem, dalšími možnostmi byly dostatek informací, vstřícnost a neverbální projevy. Výběr jednotlivých odpovědí byl zastoupen celkem vyváženě, jak vyčteme z grafu, podobně i míra uspokojení potřeby jistoty a bezpečí.

Otázka č. 24. měla za úkol zjistit, co hodnotí pacienti na daném oddělení jako negativní. Nejčastěji zastoupenou odpovědí, která činila 37 %, byla ta, kdy pacienti nevnímali žádný problém, ostatní pacienti vybrali mnohem méně často negativní faktory jako hlučnost, nedostatek soukromí, nedostatek informací a nevědomost zdravotnického personálu. V této položce je na grafu dobře patrné, že míra neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí vzrůstá s negativním hodnocením některých faktorů působících na hospitalizované pacienty.

Výzkumný problém: Jaké měli pacienti pocity během příjmu a hospitalizace?

Otázka č. 8., 9., 22., 26.

Otázkou č. 8 jsme se ptali respondentů na pocity během příjmu k hospitalizaci. 51 % dotazovaných pacientů odpovědělo, že má důvěru ve zdravotnický personál, pocit jistoty a bezpečí uvádělo 14 % respondentů, zbylí pacienti, kterých bylo dohromady 35 %, vyjádřili pocit nejistoty, strach a úzkost.

Otázka č. 9 je klíčovou otázkou celého výzkumu. Pomocí ní jsme u jednotlivých položek dotazníkového šetření hledali, jak je uspokojována potřeba jistoty a bezpečí z hlediska různých aspektů, a tím jsme se snažili získat informace o saturaci této základní potřeby během hospitalizace. Z grafu je patrné, že 72 % dotazovaných mělo potřebu jistoty a bezpečí za hospitalizace uspokojenou. Zbylých 28 % respondentů pociťovalo smutek, nejistotu nebo strach. Z této položky jsme následně vycházeli a vzájemně vyhodnocovali odpovědi dotazovaných vyjádřené pomocí sloupcových skládaných grafů.

V otázce č. 22 měli dotazovaní respondenti uvést, z čeho mají největší obavy během hospitalizace. Otázka umožňovala zvolit více odpovědí. Nejčastěji, ve 42 % odpovědí, se jednalo o obavy ze zdravotního stavu. 12 % respondentů, kteří se vyjádřili v tom smyslu, že žádné obavy během hospitalizace nepociťují, mělo i nejvíce saturovanou potřebu jistoty a bezpečí, a to 86% z nich.

U otázky č. 26 jsme se zaměřili na reakce dotazovaných na stresové situace. Z příslušného grafu je vidět, že stresové situace prožívají pacienti různě, stejně tak v různých situacích mají potřebu jistoty a bezpečí saturovanou jinak. Nejvíce saturovanou tuto potřebu, mají ti pacienti, kteří současně vyjadřují potřebu o svém problému hovořit, a to v 94 %. Nejčastěji dotazovaní uvádějí, že se ve stresové situaci cítí nesví. Tato skupina respondentů měla saturovanou potřebu na 65 %.

DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na hospitalizované pacienty v nemocničním zařízení. V tomto případě došlo k zmapování v KKN Nemocnici Karlovy Vary za souhlasu náměstkyně pro nelékařská povolání a kvalitu Gabriely Fritsch Píchové. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda u nemocných je uspokojena potřeba jistoty a bezpečí za hospitalizace. Stanovili jsme si celkem čtyři cíle a osm výzkumných problémů, k jejichž dosažení a vyhodnocení jsme vytvořili polostrukturovaný dotazník s 26 položkami. Dotazníky byly distribuovány za pomoci vrchních sester a pro zajištění anonymity byly zpětně vybrány do uzavřeného boxu. Výzkumné šetření proběhlo na pěti zvolených odděleních. Bylo rozdáno celkem 145 dotazníků, z toho se vrátilo 91 plně zodpovězených.

První dílčím cíl měl za úkol zmapovat sociodemografické údaje a výzkumným problémem, který se k tomuto cíli vztahoval, bylo zjistit, zda mají vliv na saturaci potřeby jistoty a bezpečí. Z celkového počtu respondentů převládal počet oslovených žen. Z šetření vyplynulo, že mezi oběma pohlavími není v míře saturace potřeby jistoty a bezpečí výrazný rozdíl. V průzkumu byly nejčastěji zastoupeny věkové skupiny 51 až 65 let a 66 a více. V nejstarší věkové kategorii měli respondenti potřebu jistoty a bezpečí nejvíce saturovanou, nejmladší kategorie nejméně. Podle autorky Zacharové, lidé ve vyšší věkové skupině bývají ochotni přijímat kompromisy se sníženou tendencí řešit konflikty, pro klid a jistotu. (Zacharová, 2011, s. 98). U mladých lidí se můžeme domnívat, že se jedná o nedostatek životních zkušeností. Co se vzdělání týče, nejpočetnější skupinou byli středoškoláci s maturitou. Nevětší míru uspokojení potřeby jistoty a bezpečí jsme našli u středoškoláků bez maturity, přičemž míru uspokojení této potřeby vidíme napříč všemi kategoriemi vzdělání jako celkem vyváženou.

V druhém dílčím cíli jsme si stanovili zmapovat délku hospitalizace a předešlé zkušenosti s hospitalizací. V rámci výzkumného problému jsme chtěli zjistit, zda má vliv na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí délka hospitalizace a jaké byly předešlé zkušenosti respondentů s nemocničním zařízením. Zjistili jsme, že délka hospitalizace nijak neovlivnila míru uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. V případě plánovaného přijetí k hospitalizaci jsme u dotazovaných zaznamenali vyšší míru saturace potřeby jistoty a bezpečí, než tomu bylo u pacientů přijatých neplánovaně, což lze vysvětlit tím, že náhlé zhoršení zdravotního stavu přispívá k vyšší míře stresu, který ovlivní prožívání dané situace a uspokojení sledované potřeby. Zkušenosti s předešlou hospitalizací u těch pacientů, kteří vykazovali vyšší

míru saturace potřeby jistoty a bezpečí byly velmi dobré a dobré. Můžeme tedy předpokládat, že respondenti měli dostatečné množství informací a plně důvěřovali zdravotnickému personálu.

K tomu se následně vztahují naše další dílčí cíle, které se snažily zjistit informovanost pacientů a zda mají důvěru ve zdravotnický personál. Přesunem do nemocnice každý přichází o bezpečí svého domova a je vystaven cizímu prostředí. Kvůli nemoci samotné, vyšetřovacím procedurám nebo chirurgickým zákrokům bývá narušená tělesná integrita. Nemocný člověk je bezradný, zranitelnější a závislejší na svém okolí (Šamánková, 2011, s. 55). Dospělí lidé s dobře zažitou podporou, si ji v případě potřeby, dokážou zajistit a nemají problémy přijmout pomoc od svého okolí, lépe odolávají zátěži, nemají sklony pod tlakem zkolabovat a jsou tak schopní najít podporu nejen v okolí, ale i v sobě. Kdo neměl v dětství dostatek podpory, může trpět pocity nejistoty, nestability nebo ztráty rovnováhy, nervozitou nebo nakonec panikou. (Šamánková, 2011, s. 52)

Třetím dílčím cílem, který jsme si stanovili, bylo zjistit, zda bylo pacientům podáváno dostatečné množství informací. Dostatek informací nejen o nemoci, ale i režimu nemocničního zařízení přispívá ke klidu a získání pacientovy spolupráce. Zatím co neinformovanost vyvolává obavy a může narušit průběh léčebného a ošetrovatelského procesu. (Plevová, 2013, s. 22) Z našeho výzkumného šetření lze vyčíst, že většina dotazovaných byla dostatečně informována a seznámena s prostředím, průběhem nemoci, léčbou a jednotlivými úkony. Být v bezpečí je velmi důležitá potřeba každého člověka. Abychom se cítili bezpečně, musíme být schopni předvídat danou situaci, ve které se ocitáme. Potřebujeme situaci chápat, znát prostředí, ve kterém jsme, znát osoby, které se o nás budou starat. (Šamánková, 2011, 96) Ti respondenti, kteří uvedli, že mají dostatek informací nebo je mají aspoň částečně, měli častěji saturovanou potřebu jistoty a bezpečí než respondenti, u kterých tomu tak nebylo. Nemocní při příjmu jsou zahrnuti řadou informací, které nemusí chápat a jsou tak pro ně stresující. Pokud však nemocný dostane na své otázky včas odpovědi, kterým rozumí, může se tak spíše cítit v bezpečí, než pokud byly informace podány částečně nebo vůbec. (Šamánková, 2011, s. 96-97) Nejvíce informací podávali pacientům lékaři a sestry. Respondenti zároveň vyjádřili, že mají možnost se zdravotníky hovořit v soukromí, což také velmi přispívá k uspokojování zkoumané potřeby. Na základě výsledků dotazníkového šetření se můžeme domnívat, že respondenti zdravotníkům důvěřují, což se odráží i v míře saturované potřeby jistoty a bezpečí.

Poslední **čtvrtý dílčí cíl** měl za úkol zmapovat kvalitu poskytované péče na oddělení z hlediska uspokojování potřeby jistoty a bezpečí. Nejprve nás zajímal přístup zdravotnického personálu, zda se pacientům dostalo psychické podpory a zda personál vzbuzuje v nemocných důvěru. Většina dotazovaných měla pocit důvěry a podpory ze strany zdravotníků, což se nepochybně promítá do uspokojené potřeby jistoty a bezpečí.

V rámci výzkumného problému, který měl zmapovat, zda nemocní mají možnost se spolupodílet a aktivně zapojovat do péče, jsme zjistili, že více než polovina dotazovaných měla možnost se zcela nebo aspoň částečně podílet na spolupráci a aktivně se zapojit do péče. Někteří respondenti však takovou potřebu nemají. V dnešní době většina lidí důvěřuje zdravotnickému personálu a předává jim za své zdraví veškerou odpovědnost. Autonomie (schopnost prožít odpovědnost za své vlastní zdraví jedince) ve smyslu být svobodný, znamená, že člověk, který je částečně nebo plně fyzický závislý na druhých, může být zároveň zcela psychicky nezávislý. Dáme mu možnost podílet se na plánování své léčby, na spoluhledání nových cest v léčbě i možnost přijmout nebo odmítnout terapeutický nebo ošetrovatelský úkon. (Šamánková, 2011, s. 40) O pacienta je nutné pečovat takovým způsobem, aby se mohl svobodně rozhodnout. To vyžaduje určitý respekt k jedinci. Nemocnému umožníme, aby řešil své problémy, uchoval si svou jedinečnost a ponaučil se ze svých zkušeností. (Heřmanová, 2012, s. 41) Skoro desetina z celkového počtu, ale uvedla, že neměla možnost se spolupodílet a aktivně se zapojit do péče. Jedna pacientka dokonce uvedla, že nevěděla, že takovou možnost vůbec má. Pacient nechce být jen pasivním objektem, ale chce na svém uzdravení se aktivně podílet. Pomáhá tak nemocnému spolupráce překonat bolest, strach a úzkost. (Plevová, 2013, s. 21). Záleží tedy na zdravotnících samotných, jakým způsobem aktivitu v tomto směru u svých pacientů dokážou podporovat.

Soukromí a intimita, byl náš další předmět zkoumání. Velkým zásahem do soukromí nemocného je obnažování, a to jak při ordinacích a výkonech, tak na pokojích před ostatními spolupacienty, a také vykonávání základních hygienických či vyprazdňovacích potřeb na pokoji. Nemocný člověk prožívá rozpaky, stud i někdy zahanbení. Stud se ještě zvyšuje, když se člověk obává současně bolesti při ošetření nebo vyšetření a je svými projevy zahanben. Proto je důležité postupovat velmi ohleduplně a šetrně, tak aby byla zachována sebeúcta nemocného. (Plevová, 2013, s. 26). V našem dotazníkovém šetření kladně odpověděla polovina respondentů, u další významné části z nich (39 %) byly vnímány ur-

číté nedostatky v podobě odpovědi spíše ano. Bohužel u části klientů zřetel na zachování intimity a soukromí brán nebyl.

Dále nás zajímalo, zda pacienti měli možnost v soukromí hovořit o svých problémech a potřebách. I když dvě třetiny respondentů uvedly, že mohou v soukromí hovořit se zdravotnickým personálem, tak jedna třetina z celkového počtu respondentů už takovou možnost neměla. I tato skutečnost má výrazný vliv na vnímání potřeby jistoty a bezpečí. Dotazovaní, kteří uvedli, že mají nedostatek soukromí, a nemají možnost hovořit o svých problémech a potřebách, měli výrazně méně saturovanou tuto potřebu, než pacienti, jimž bylo soukromí při komunikaci ze strany zdravotníků dopřáno. Správná informovanost a pravidelná komunikace je nedílnou součástí uspokojování a naplnění potřeb nemocného. Je-li pacient informován o své léčbě, prognóze, účincích léků, plánovaných vyšetření, snáší svoji nemoc klidněji. Nejistota a neinformovanost stěžují naplnění jak primárních, tak i sekundárních potřeb. (Šamánková, 2011, s. 39)

Oblast soukromí pacientů je rovněž řešena z pohledu možnosti návštěv blízkých. Zde jsme dospěli k zajímavému zjištění. Někteří pacienti, za kterými návštěva nemohla z důvodu chřipkové epidemie, vykazovali podobnou míru saturace potřeby jistoty a bezpečí, jako pacienti, za kterými návštěva přijít mohla. Můžeme si to vysvětlit i tím, že v dnešní době mají pacienti výbornou možnost komunikace se svými příbuznými, vzhledem k tomu, že téměř všichni, napříč všemi věkovými kategoriemi, využívají ke komunikaci mobilní telefon, tablet nebo počítač a takový způsob kontaktu s příbuznými je možný prakticky kdykoliv a jakkoliv dlouho a využívá ho jistě velké množství pacientů. I když tuto skutečnost jsme přímo v našem dotazníkovém šetření nezkoumali.

Dalším výzkumným problémem byla spokojenost pacientů s oddělením. Zde se nám ukázalo to, že byli pacienti s prostředím většinou spokojeni a prostředí na ně působilo důvěryhodně a pomáhalo jim saturovat potřebu jistoty a bezpečí. Je pravdou, že Karlovarská krajská nemocnice je v posledních letech stále modernizována a řada oddělení nově a citlivě rekonstruována tak, aby prostředí bylo nejen příjemné, ale i pohodlné a komfortní, a odpovídalo tak moderním požadavkům.

Kromě oddělení hodnotili respondenti i personál a opět většinou kladně. Mezi cenné hodnoty, které bezesporu přispívají k saturaci potřeby jistoty a bezpečí, řadíme profesionální komunikaci, poskytování dostatečného množství informací, vstřícnost personálu

a v neposlední řadě neverbální projevy, které vnímají pacienti častokrát mnohem citlivěji než samotný obsah sdělovaných informací.

Z pocitů našich respondentů, které byly zkoumány v rámci posledního výzkumného problému, převládaly ty pozitivní, a to jak při příjmu, tak i v průběhu hospitalizace. A právě na tomto místě se dostáváme ke klíčové otázce celého dotazníkového šetření. Klíčová odpověď, zda má či nemá nemocný saturovanou potřebu jistoty a bezpečí nám v závěru podtrhla naše zjištěné informace o průběhu a spokojenosti pacienta na oddělení. Více jak polovina respondentů měla pocit jistoty a bezpečí během hospitalizace, důvěru ve zdravotnický personál, dostatek informací, možnost se zapojit do péče o své uzdravení. Ale i zde jsme našli necelou jednu třetinu pacientů, kteří pociťovali smutek, nejistotu a strach. A to není ani zdaleka zanedbatelný počet. Působících faktorů může být mnoho, některé mohou přímo souviset se zdravotnickou péčí, mohou vycházet z obav ze zdravotního stavu, jiné mohou pramenit i z osobního života nemocného nebo z jakékoliv jiné stresující situace.

Nemocný žije ve stavu citové ambivalence, střetávají se v něm pocity naděje, důvěry s pocitem strachu a nejistoty. Zájem, pochopení, porozumění a podpora ze strany zdravotníků mohou pacientovi ulehčit zvládání pro něj náročné situace a překonání krizových okamžiků života a negativních pocitů. (Zacharová, 2016, s. 32)

I přestože výzkum vyšel vcelku pozitivně, nesmíme opomíjet respondenty, kteří neměli saturovanou potřebu jistoty, pocit podpory a důvěry ve zdravotnický personál, dostatek informací, soukromí a neměli možnost se zapojit do péče o své uzdravení, prožívali strach a úzkost. Proto bychom neměli zapomínat na jedinečnost a individualitu našich pacientů, použít naše nástroje, jako je empatie, porozumění, vcítění, naslouchání a přizpůsobit naše chování každému jedinci zvlášť.

Každodenní chování sestry vůči pacientovi má být pojímáno jako psychoterapeutický přístup. Akceptovat pocity druhého, znamená dávat mu najevo, že vnímáme to, co prožívá. (Zacharová, 2017, s. 84, Zacharová, 2016, s. 45)

ZÁVĚR

Cílem dnešního ošetřovatelství je holistický přístup, který vyžaduje hodně znalostí a vhodný přístup a přizpůsobivost zdravotníků. Hlavním cílem kvalitní péče je uspokojit potřebu jistoty a bezpečí nemocného a podporovat jeho nezávislost. Být v bezpečí je pro každého velmi důležité. Nemocný člověk vnímá zdravotníka jako odborníka ve svém oboru, kterému důvěřuje a tím se stává jeho zdrojem bezpečí. Hospitalizace představuje pro každého jedince něco jiného a bývá většinou velkým zásahem do běžného života. Člověk ztrácí jistoty, které doposud měl, ocitá se v neznámé situaci a v jiném prostředí. Může mít pocit ohrožení, obavy o své zdraví, a proto, bychom jako profesionálové, jim měli být oporou a přistupovat ke každému nemocnému individuálně.

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku uspokojování potřeby jistoty a bezpečí za hospitalizace. Samotné zpracování teoretické části nám rozšířilo obzory dané tematiky. V první kapitole se zabýváme obecnou rovinou potřeb, jejich dělením, faktory ovlivňující saturaci a uspokojování potřeb vzniklých během nemoci. Další kapitola věnuje pozornost druhé, nejdůležitější hierarchicky postavené, potřebě jistoty a bezpečí, faktorům ovlivňujícím její uspokojení z vývojového hlediska jedince i z hlediska průběhu nemoci a psychickým projevům při jejím neuspokojení. V závěru teoretické části se zaměřujeme na saturaci dané potřeby za pomoci komunikace a zásad správné interakce s pacienty. V praktické části analyzujeme a hodnotíme výsledky předem námi stanovených cílů. Pro získání potřebných dat jsme si zvolili formu kvantitativního dotazníkového šetření, který probíhal na několika odděleních Karlovarské krajské nemocnice. Výběr respondentů měl pouze dvě kritéria, a to, že se výzkumu mohli zúčastnit pouze dospělí respondenti a museli být hospitalizováni minimálně 24 hodin. Stanovili jsme si 4 dílčí cíle a 8 výzkumných problémů. Díky odpovědím respondentů jsme mohli těchto dílčích cílů dosáhnout a vyhodnotit výzkumné problémy. Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit, zda mají pacienti na daném oddělení uspokojenou potřebu jistoty a bezpečí.

Výzkumné šetření ukázalo, že většina hospitalizovaných respondentů měla saturovanou potřebu jistoty a bezpečí. Potvrdili dostatečný zájem zdravotnického personálu o svůj psychický a zdravotní stav v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení. Komunikaci, která je měřítkem kvality ošetřovatelské péče mezi zdravotníkem a pacientem, hodnotila většina z nich jako velmi dostačující. Dotazovaní též ocenili individuální přístup, neverbální projevy zdravotníků na oddělení, informovanost o zdravotním stavu, průběhu

léčby a aktivního zapojení do péče. Šetření, ale také ukázalo, že ne všichni pacienti byli spokojeni a měli pocit důvěry ve zdravotnický personál, ale byli mezi nimi i ti, kteří prožívali strach a úzkost z důvodu nedostatečné komunikace, nedostatečné podpory ze strany zdravotníků a nedostatku soukromí. Někteří pacienti též uvedli, že neměli možnost se spolupodílet na vlastní péči. Výsledky ukázaly, že ve vnímání potřeb existují mezi pacienty rozdíly.

Doufáme, že poznatky z našeho výzkumného šetření poskytnou zdravotnickému personálu lepší orientaci v potřebách pacienta a na základě zjištěných skutečností bychom navrhovali pro zdravotnický personál několik doporučení pro klinickou praxi:

- Přistupovat k pacientovi s úctou a respektem, vnímat jeho individualitu.
- Získat si důvěru nemocného.
- Zajistit klidné prostředí bez rušivých elementů.
- Podávat všechny podstatné, ověřené a dostupné informace.
- Přizpůsobit komunikaci věku, zdravotnímu stavu, intelektu, citovému rozpoložení, k úrovni znalostí a vzdělání pacienta, schopnosti vnímat a zvolit vhodný způsob podání informací.
- Poskytnout čas a prostor pro vstřebání, promyšlení informací a následnou odpověď.
- Zjistit, zda pacient porozuměl sdělení a je pro něj dostačující. Dát prostor pro otázky, být trpělivý. Udržovat přiměřený oční kontakt. Rozhovor ukončovat pozvolna stručným souhrnem a zopakováním.
- Naslouchat, vnímat neverbální projevy pacienta a správně na ně reagovat.
- Respektovat a snažit se zajistit soukromí nejen fyzické, ale i při sdělování informací o zdravotním stavu, léčbě a jiných osobních informací.
- Chovat se empaticky, mile, vstřícně a vlídně.
- Usilovat o produktivní chování (neignorovat, nebagatelizovat, nedevalvovat), chválit a povzbuzovat.
- Vyhnout se direktivnímu a necitlivému jednání.
- Podporovat autonomii pacienta, aktivně zapojovat do péče o své uzdravení.
- Zajistit psychickou oporu a podporu, dát naději.

- Při dlouhodobé hospitalizaci aktivně podporovat pacienta a povzbuzovat jej k aktivitě, tím předejít psychické, emoční, sociální, sensorické, fyzické a intelektové deprivaci.
- Aktivně zapojit do péče o nemocného příbuzné.
- Nabídnout vždy všechny dostupné možnosti pomoci a řešení.

Co tedy říci závěrem? Chovejme se k našim pacientům tak, jak bychom si sami přáli, kdybychom se ocitli v podobné situaci v roli nemocného, aby se k nám zdravotníci chovali.

SEZNAM LITERATURY

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024735573.

DRAPEL, Victor, J. *Přehled teorií osobnosti.* 6.vyd. Praha: Portál, 2011, 176 s. ISBN 978-80-262-0040-6.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 9788024734699.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství.* Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 9788024727134.

MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí.* Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206187.

MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi.* Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 9788024755892.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.,* přepracované a doplněné vydání Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 9788027108886.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024735580.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu.* Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024732237.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie.* 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 9788024424330.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry.* Praha: Galén, 2009. ISBN 9788072625994.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester.* Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 9788070135907.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. 2. dotisk druhého, rozš. a přeprac. Vydání. Praha: Karolinum, 2017. ISBN 9788024621531.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 9788027101566.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 9788027101559.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024740621.

Online zdroje:

DUFKOVÁ, A. Existují ještě nějakí autoři, kteří definovali lidské potřeby, pokud ano tak jak? [online]. 2011 [cit. 27.12.2019], Dostupné z: https://www.szs-rus-ka.cz/userdata/files/oppa/dotazy/OPPA_dotaz_20_10_2011.pdf?fbclid=IwAR3RaLiJsfz6rCi9QkblII-LkVjTVFu_9PrjMesG7WEQ5JWDoeK1JKrHfjo

MAZALOVÁ, Lenka. *Kapitoly z výzkumu v ošetrovatelství* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016 [cit. 2019-08-31]. ISBN 978-80-244-5085-8. Dostupné z: <https://www.fzv.upol.cz>

McLEOD, S. *Maslow's Hierarchy of Needs. Simply psychology* [online]. 2020 [cit. 05.01.2020]. Dostupné z: https://www.simplypsychology.org/maslow.html?fbclid=IwAR0-jBsCq-GRD5a1U-twi7nm_bx5vcVbNRHZjwBX1kf_qyBA6rP3i1Ypg7w

OREL, Miroslav., OBEREIGNERŮ Radko., MENDEL Andrej. *Vybrané aspekty sebepojetí dětí a adolescentů* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016 [cit. 2020-02-11]. ISBN 9788024449913. Dostupné z: https://books.google.cz/books/about/Vybrané_aspekty_sebepojetí_dětí_a_ad.html?id=_03yDQAAQBAJ&redir_esc=y

SLEA. SLEA [online]. Copyright © Sleá 2011 [cit. 8.11.2019]. Dostupné z: <http://www.slea.cz/index.php?page=kb1>

Viktor Frankl – Wikipedie. [online]. [cit. 08.11.2019] Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Viktor_Frankl?fbclid=IwAR3PIaz-UMZEPGc58mnMXdezPYYyas00k-ok4sOjEE4OgZ6jIfa6EINb-RE

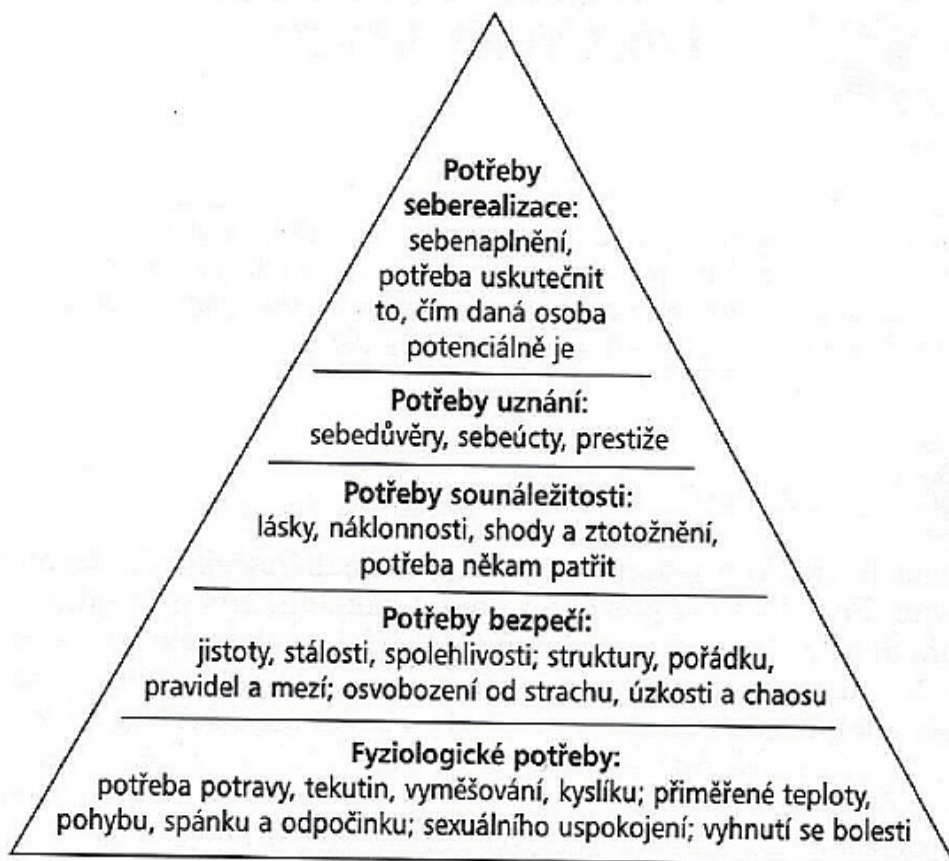
ZACHAROVÁ, E. ZÁKLADY ZDRAVOTNICKÉ PSYCHOLOGIE. *Podpora terciárního vzdělávání studentů se specifickými vzdělávacími potřebami na Ostravské univerzitě v Ostravě* [online]. 2013, no. 1 [cit. 08.11.2019]. Dostupné z: https://projekty.osu.cz/svp/opory/LF_Zacharova_Zaklady-zdravotnicke-psychologie.pdf?fbclid=IwAR1wGUrsqPmvHdr9K1MLEyAqaRIimWUMxZ_2kCrZvnfAg7JpRBuvsBaFsDk. ISBN 978-80-7464-275-3.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Maslowova pyramida potřeb	102
Příloha B „Dům potřeb“.....	103
Příloha C Rešerše.....	104
Příloha D Dotazník	108
Příloha E Původně rozdaný dotazník.....	115
Příloha F Souhlas s výzkumem	118
Příloha G Práva pacientů – Etický kodex.....	119

PŘÍLOHY

Příloha A Maslowova pyramida potřeb



Hierarchie potřeb podle A. Maslowa

Zdroj <http://osetrovatelstvi.blog.cz/0910/komunitni-sluzby-a-instituce>

8.11.2019

Příloha B „Dům potřeb“

POTŘEBY ČLOVĚKA										
seberealizace		sebe-aktualizace	duchovní potřeby	estetické	kulturní	pohybové	různé pracovní	různé zájmy		
uznávání sebe sama		důstojnosti	neudělat ostudu	úspěchu	poznávání sebe sama	sociální postavení (role)	učení			
lásky (pozitivní vztah)		důvěra	kommunikace	přátelství	moci – dominance	podřízenosti - submise	pečovat o druhé	rodiny		
bezpečí		jistoty	zdraví (FF)	vyhnout se ohrožení	soběstačnosti	ekonom. jistoty	potřeba informací	míru a klidu		
O ₂	H ₂ O	výživy	vyprazdňování moči stolice	fyzická aktivita duševní		spánek odpočinek	teplo pohodlí	vyhýbání se bolesti	hygiena	sexuální potřeby

„Dům životních potřeb“

(Chloubová, 1992)

Zdroj: [https://www.szs-](https://www.szs-ru-ka.cz/userdata/files/oppa/dotazy/OPPA_dotaz_20_10_2011.pdf?fbclid=IwAR3RaLiJsfz6rCi9QkblII-LkVjTVFu_9PrjMesG7WEQ5JWDoeK1JKrHfjo)

[ru-](https://www.szs-ru-ka.cz/userdata/files/oppa/dotazy/OPPA_dotaz_20_10_2011.pdf?fbclid=IwAR3RaLiJsfz6rCi9QkblII-LkVjTVFu_9PrjMesG7WEQ5JWDoeK1JKrHfjo)

[ka.cz/userdata/files/oppa/dotazy/OPPA_dotaz_20_10_2011.pdf?fbclid=IwAR3RaLiJsfz6rCi9QkblII-LkVjTVFu_9PrjMesG7WEQ5JWDoeK1JKrHfjo](https://www.szs-ru-ka.cz/userdata/files/oppa/dotazy/OPPA_dotaz_20_10_2011.pdf?fbclid=IwAR3RaLiJsfz6rCi9QkblII-LkVjTVFu_9PrjMesG7WEQ5JWDoeK1JKrHfjo)

Rešerše

Uspokojování potřeb jistoty a bezpečí za hospitalizace

Z databází: katalog knihovny NCO NZO Brno
~~Bibliographia medica Českoslovac~~
CASLIN
~~Google Scholar~~
Google Knihy

Časový rozsah: 2010 - 2019

Celkový počet záznamů: 173

3.4.2019

Zpracovala: Michaela Musilová

ČEDÍKOVÁ, Marcela. Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí ve zdravotnickém zařízení [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2019-04-03]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/xcvxhs/>>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Cihlářová.

STANDARDY PRO NEMOCNICE

1.

TI: Akreditační standardy pro nemocnice : obsahující hodnotící požadavky specifikované v příloze č. 1 vyhlášky MZ ČR č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

AU: Marx, David, 1960- – Vlček, František

PU: 3. vyd. Praha : SAK společně s TIGIS, 2013. 168 s.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: právní předpisy

DE: akreditace (normy) ; nemocnice (normy) ; sdružená komise pro akreditaci organizací zdravotní péče ; kvalita zdravotní péče (zákonodárství a právo)

SG: OVI: K 10416

LI: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/> - plný text volně přístupný

AN: MED00183356

DT: 140410

2.

TI: Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice : překlad 3. vydání

AU: Marx, David, 1960- – Staněk, Ivan

PU: 1. české vyd. Praha : Grada, 2008. 309 s. ; 25 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: směrnice

DE: akreditace (normy) ; nemocnice - řízení (metody, normy) ; nemocnice (normy) ; referenční standardy ; řízení kvality ; hodnocení programu ; péče orientovaná na pacienta (metody, organizace a řízení, normy) ; mezinárodní spolupráce ; kvalita zdravotní péče (klasifikace, organizace a řízení, normy)

IN: ISBN: 978-80-247-2436-2

SG: NLK: K 83748

SG: OVI: K 8527

SG: ÚHKT: S322

AN: MED00163610

DT: 090305

POTŘEBY PACIENTŮ, USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB PACIENTŮ, KOMUNIKACE ZDRAVOTNÍK-PACIENT

1.

TI: Bezpečnosť pacientov v intenzívnej péči

AU: Rottková, Jana – Miklovičová, Emília – Pániková, Gabriela

CI: Ošetrovateľský obzor : odborný časopis Ministerstva zdravotníctva SR a Slovenskej zdravotníckej Univerzity v Bratislave. 2018, roč. 15, č. 3-4, s. 35-39. ISSN: 1336-5606. Literatura

LA: slo RT: články

DE: vztahy mezi ošetrovatelkou a pacientem ; zdravotní sestry ; rizikové faktory ; bezpečnost pacientů ; ošetrovatelská péče o pacienty v kritickém stavu ; komunikace

AN: nco031846

DT: 190211

2.

TI: Pacient v paliatívnej starostlivosti na intenzívnom lôžku

AU: Hudáková, Tatiana – Lipnická, Martina
CI: Sestra : odborný mesačník pre ošetrovateľstvo. 2018, roč. 17, č. 11-12, s. 23-26. ISSN: 1335-9444. Literatura
LA: slo RT: články
DE: péče o pacienty v kritickém stavu ; etika ; paliativní péče (pracovní síly, metody, psychologie, trendy, etika) ; kvalita života
AN: nco031808 DT: 190111

3.

TI: Paliatívna starostlivosť z pohľadu sestry
AU: Marcinová, Katarína
CI: Sestra : odborný mesačník pre ošetrovateľstvo. 2018, roč. 17, č. 11-12, s. 20-22. ISSN: 1335-9444. Literatura
LA: slo RT: články
DE: zdravotní sestry ; paliativní péče (klasifikace, dějiny, pracovní síly, metody, organizace a řízení, psychologie, trendy, využití) ; hospicová a paliativní péče (klasifikace, dějiny, pracovní síly, metody, organizace a řízení, etika) ; humanismus
AN: nco031807 DT: 190111

4.

TI: Lahko počúvať a snažiť sa chápať
AU: Feketová, Erika
CI: Sestra : odborný mesačník pre ošetrovateľstvo. 2018, roč. 17, č. 11-12, s. 11. ISSN: 1335-9444. Literatura
LA: slo RT: články
DE: empathie ; rozhovory jako téma ; komunikace
AN: nco031804 DT: 190110

5.

TI: Potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia
AU: Balogová, Eva – Bramušková, Jarmila
AD: Katedra ošetrovateľstva, FZ v Banskej Bystrici, SZÚ v Bratislave
CI: Cesta k modernímu ošetrovateľství : (recenzovaný sborník příspěvků z konference). Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 1999-. 2018, roč. 20, s. 104-108. Literatura
LA: slo RT: články, článok ve sborníku
DE: bolest (farmakoterapie, prevence a kontrola) ; paliativní péče (metody) ; hospicová a paliativní péče (metody) ; lidé ; péče o umírající
AB: Príspevok prináša teoretickú reflexiu potrieb pacientov v terminálnom štádiu chronického ochorenia. Zameriava sa na potreby, ktoré autori považujú za kľúčové a ktoré sú naplnením snahy o ľudskú starostlivosť rešpektujúcu ľudskú dôstojnosť a autonómiu umierajúceho. V úvodných častiach stručne definujú pojem „ terminálne štádium ochorenia“, približujú základné atribúty paliatívnej starostlivosti a závere sa sústreďujú na vybrané potreby patriace do roviny psychosociálnej a spirituálnej.
SG: NLK: CD 1715
AN: bmc18040392 DT: 201812

6.

TI: Komunikačné zručnosti sestier v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov na umelej pľúcnej ventilácii
AU: Zsilinszká, Anna – Bystrická, Zuzana – Kollárová, Lívia
CI: Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia. 2018, roč. 16, č. 4, s. 36-41. ISSN: 1336-183X (print); 1339-5920 (online). Literatura
LA: slo RT: články
DE: vzťahy medzi ošetrovatelkou a pacientem ; zdravotní sestry ; průzkumy a dotazníky ; plicní ventilace ; ošetrovateľská péče o pacienty v kritickém stavu ; komunikace
AB: Práca sa zameriava na oblasť komunikácie s pacientom v intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorému jeho zdravotný stav neumožňuje

komunikovať tak, ako v období pred chorobou alebo úrazom. Cieľom bolo poukázať na to, že v ošetrovateľskej praxi má komunikácia nezastupiteľné miesto, je súčasťou poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a nie je možné ju oddeliť. Je dôležité, aby sestra disponovala vedomosťami, ale zároveň aj zručnosťami v oblasti komunikácie, aby mohla pacientom pomôcť prekonať toto náročné obdobie efektívnou komunikáciou. Na získanie údajov v prieskume sme použili štruktúrované pozorovanie, ako výskumnú metódu získavania informácií. Výsledky prieskumu sme spracovali kvantitatívne a kvalitatívne. Prieskum sme uskutočnili vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Nových Zámkoch. Respondentmi prieskumu bolo 22 sestier pracujúcich v trojzmennej prevádzke, ktoré súhlasili s realizáciou prieskumu. Zistili sme, že u sestier v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta na umelej pľúcnej ventilácii (UPV) sa vyskytovali najčastejšie nedostatky v oblasti oslovenia pacienta a používania zdobnenín. Z výsledkov vyplýva, že komunikácia je dôležitou a neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti aj u pacientov na UPV a náš prieskum odhalil výrazné medzery a nedostatky.

AN: nco031766 DT: 181213

7.

TI: Potreby nemocného v ošetrovateľskom procese : učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalárské a magisterské studium, specializační studium sester

AU: Trachtová, Eva

PU: Vydání: čtvrté rozšířené. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. 261 stran : ilustrace ; 30 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: učebnice vyšších odborných škol

DE: denní péče o pacienty (metody) ; ošetrovateľský proces (normy) ; vztahy mezi ošetrovatelkou a pacientem ; ošetrovateľská péče (metody) ; péče o sebe ; ošetrovateľská diagnóza

IN: ISBN: 978-80-7013-590-7

SG: NCONZO: 15909, 15908, 15907

AN: nco031706 DT: 181112

8.

TI: Špecifiká komunikácie s pacientmi rôznych kultúr

AU: Kabátová, Olga – Puteková, Silvia – Botíková, Andrea

CI: Sestra : odborný mesačník pre ošetrovateľstvo. 2018, roč. 17, č. 7-8, s. 28-30. ISSN: 1335-9444. Literatura

LA: slo RT: články

DE: kulturní různorodost ; komunikace ; transkulturní ošetrovateľství

AN: nco031705 DT: 181105

9.

TI: Komunikácia s onkologickým pacientom

AU: Chorvátová, Jana

CI: Sestra : odborný mesačník pre ošetrovateľstvo. 2018, roč. 17, č. 1-2, s. 29-31. ISSN: 1335-9444. Literatura

LA: slo RT: články

DE: empatie ; lékařská onkologie ; nádory (psychologie) ; vztahy mezi ošetrovatelkou a pacientem ; zdravotní sestry ; pacienti (psychologie) ; komunikace

AN: nco031519 DT: 180313

Zdroj: vlastní

Příloha D Dotazník

Vážený dotazovaný/dotazovaná

jmenuji se Jaroslava Strnadová a studuji 3. ročník bakalářského studijního programu Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který mi poslouží jako výzkumný materiál k bakalářské práci na téma: „Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí za hospitalizace.“

Tento dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Prosím o zakroužkování Vaší odpovědi, popřípadě stručné doplnění k dané položce. Pokud nebude uvedeno jinak, prosím označte Vám nejbližší odpověď.

Předem Vám děkuji.

1. Vaše pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Váš věk:

- a) od 18 do 25 let
- b) od 26 do 35 let
- c) od 36 do 50 let
- d) 51 do 65 let
- e) 66 let a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

4. Vaše hospitalizace byla:

a) plánovaná

b) neplánovaná

5. Vaše hospitalizace byla:

a) první na tomto oddělení

b) opakovaná na tomto oddělení

6. Byl/a jste seznámen/a s důvodem Vašeho přijetí k hospitalizaci?

a) ano

b) částečně ano

c) ne

7. Kolikátý den jste nyní hospitalizován/a?

8. Jaké pocity u Vás převládaly během příjmu do nemocnice?

a) pocit jistoty a bezpečí

b) důvěra ve zdravotnický personál

c) strach

d) nejistota

e) úzkost

f) jiné (doplňte)

9. Jak byste charakterizoval/a Vaše pocity během hospitalizace?

a) pocit jistoty a bezpečí

- b) pocit nejistoty
- c) úzkost
- d) strach
- e) jiné (doplňte)

10. Jaké máte zkušenosti z předešlé hospitalizace? (i z jiného oddělení)

- a) velmi dobré
- b) dobré
- c) méně uspokojivé
- d) neuspokojivé
- e) žádné – jsem poprvé hospitalizován/a

11. Byl/a jste seznámen/a s chodem, režimem a zdravotnickým personálem na tomto oddělení? (prostory oddělení – sesterna, ošetrovna, sociální zařízení, harmonogram – ranní buzení pacientů, vizita, signalizační zařízení, ...)

- a) ano
- b) částečně ano
- d) ne

12. Jsou Vám dostatečně podávány informace o Vaší nemoci a průběhu léčby?

- a) ano
- b) částečně ano
- c) ne

13. Jsou Vám dostatečně podávány předem informace a vysvětleny jednotlivé výkony a ošetření?

- a) ano, dostatečně
- b) částečně ano

c) nedostatečně

14. Kdo Vám poskytuje nejvíce informací během hospitalizace? (možnost více odpovědí)

a) lékař

b) sestra

c) jiný zdravotnický personál

d) rodina

e) jiné ...

15. Máte možnost v soukromí hovořit se zdravotnickým personálem o svém zdravotním stavu a Vašich potřebách?

a) ano mám

b) částečně ano

c) nemám tu možnost

16. Máte možnost aktivně se zapojit a podílet se (spolurozhodovat) na vlastní léčbě (+ vyšetření)?

a) ano

b) částečně ano

c) ne

d) nemám potřebu

e) jiné (doplňte)

17. Máte možnost návštěvy Vašich blízkých (rodina, přátelé, ...)?

a) ano, kdykoliv

b) ano, ve vymezenou dobu

c) návštěvy za mnou nechodí

d) návštěva za mnou nemůže přijít (uved'te důvod)

18. Je brán ohled na Vaše soukromí a intimitu?

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

19. Navštěvuje Vás zdravotnický personál i mimo vizitu a plnění ordinací?

- a) ano
- b) ano, na zavolání
- c) ne
- d) nemám potřebu

20. Máte pocit psychické podpory, důvěry a povzbuzení ze strany zdravotnického personálu?

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

21. Jak na vás působí zdravotnické prostředí?

- a) důvěryhodně
- b) dobře
- c) méně uspokojivě
- d) neuspokojivě

22. Z čeho máte největší obavy během hospitalizace?

- a) ze svého zdravotního stavu

- b) z léčebných postupů a diagnostických vyšetření
- c) z chyb personálu
- d) z vlastního selhání
- e) z délky hospitalizace
- f) nemám žádné obavy
- g) jiné (doplňte)

23. Co kladně hodnotíte na tomto oddělení? (možnost více odpovědí)

- a) dostatek informací
- b) podpora mé soběstačnosti zdravotníky
- c) komunikace s ošetřujícím personálem
- d) neverbální projevy zdravotnického personálu (úsmev, dotyk, oční kontakt,..)
- f) vstřícnost, důvěryhodnost personálu
- e) jiné (doplňte)

24. Co hodnotíte jako negativní na tomto oddělení? (možnost více odpovědí)

- a) nedostatek informací
- b) hlučnost na oddělení
- c) nevšímavost zdravotnického personálu
- d) nedostatečná podpora mé soběstačnosti ze strany personálu
- e) nedostatek soukromí
- f) jiné (doplňte)

25. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu?

- a) velmi uspokojivý
- b) uspokojivý

c) méně uspokojivý

d) neuspokojivý

26. Jak reagujete na stresové situace? (možnost více odpovědí)

a) uzavřením se do sebe, chci mít klid

b) cítím hněv

c) cítím smutek

d) mám potřebu o svém problému hovořit

e) cítím se nesympaticky, nervozita

f) nemám problém s řešením stresových situací

g) jiné (doplňte)

Zdroj: vlastní

Příloha E Původně rozdaný dotazník

Vážený dotazovaný/dotazovaná,

jmenuji se Jaroslava Strnadová a studuji 3. ročník bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který mi poslouží jako výzkumný materiál k bakalářské práci na téma: „Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí za hospitalizace.“

Tento dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Prosím o zakroužkování Vaší odpovědi, popřípadě stručné doplnění k dané položce. Pokud nebude uvedeno jinak, prosím označte Vám nejbližší odpověď.

Předem Vám děkuji.

1. Vaše pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Váš věk:

- a) od 18 do 25 let
- b) od 26 do 35 let
- c) od 36 do 50 let
- d) 51 do 65 let
- e) 66 let a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Vaše hospitalizace byla:

- a) plánovaná
- b) neplánovaná

5. Vaše hospitalizace byla:

- a) první na tomto oddělení
- b) opakovaná na tomto oddělení

6. Byl/a jste seznámen/a s důvodem Vašeho přijetí k hospitalizaci?

- a) ano
- b) částečně ano
- c) ne

7. Kolikátý den jste nyní hospitalizován/a?

8. Jaké pocity u Vás převládaly během příjmu do nemocnice?

- a) pocit jistoty a bezpečí
- b) důvěra ve zdravotnický personál
- c) strach
- d) nejistota
- e) úzkost
- f) jiné (doplňte)

9. Jak byste charakterizoval/a Vaše pocity během hospitalizace?

- a) pocit jistoty a bezpečí
- b) pocit nejistoty
- c) úzkost
- d) strach
- e) jiné (doplňte)

10. Jaké máte zkušenosti z předešlé hospitalizace? (i z jiného oddělení)

- a) velmi dobré
- b) dobré
- c) méně uspokojivé
- d) neuspokojivé
- e) žádné – jsem poprvé hospitalizován/a

11. Byl/a jste seznámen/a s chodem, režimem a zdravotnickým personálem na tomto oddělení? (prostory oddělení – sesterna, ošetrovna, sociální zařízení, harmonogram – ranní buzení pacientů, vizita, signalizační zařízení, ...)

- a) ano
- b) částečně ano
- d) ne

12. Jsou Vám dostatečně podávány informace o Vaší nemoci a průběhu léčby?

- a) ano
- b) částečně ano
- c) ne

13. Jsou Vám dostatečně podávány předem informace a vysvětleny jednotlivé výkony a ošetření?

- a) ano, dostatečně
- b) částečně ano
- c) nedostatečně

14. Kdo Vám poskytuje nejvíce informací během hospitalizace? (možnost více odpovědí)

- a) lékař
- b) sestra
- c) jiný zdravotnický personál
- d) rodina
- e) jiné ...

15. Máte možnost v soukromí hovořit se zdravotnickým personálem o svém zdravotním stavu a Vašich potřebách?

- a) ano mám
- b) částečně ano
- c) nemám tu možnost

16. Máte možnost aktivně se zapojit a podílet se (spolurozhodovat) na vlastní léčbě (+ vyšetření)?

- a) ano

- b) částečně ano
- c) ne
- d) nemám potřebu
- e) jiné (doplňte)

17. Máte možnost návštěvy Vašich blízkých (rodina, přátelé, ...)?

- a) ano, kdykoliv
- b) ano, ve vymezenou dobu
- c) návštěvy za mnou nechodí
- d) návštěva za mnou nemůže přijít (uveďte důvod)

18. Je brán ohled na Vaše soukromí a intimitu?

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

19. Navštěvuje Vás zdravotnický personál i mimo vizitu a plnění ordinací?

- a) ano
- b) ano, na zavolání
- c) ne
- d) nemám potřebu

20. Máte pocit psychické podpory, důvěry a povzbuzení ze strany zdravotnického personálu?

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

21. Jak na vás působí zdravotnické prostředí?

- a) důvěryhodně
- b) dobře
- c) méně uspokojivě
- d) neuspokojivě

22. Z čeho máte největší obavy během hospitalizace?

- a) ze svého zdravotního stavu
- b) z léčebných postupů a diagnostických vyšetření
- c) z chyb personálu
- d) z vlastního selhání
- e) z délky hospitalizace
- f) nemám žádné obavy
- g) jiné (doplňte)

23. Co kladně hodnotíte na tomto oddělení? (možnost více odpovědí)

- a) dostatek informací
- b) podpora mé soběstačnosti zdravotníky
- c) komunikace s ošetřujícím personálem
- d) neverbální projevy zdravotnického personálu (úsměv, dotyk, oční kontakt,..)
- f) vstřícnost, důvěryhodnost personálu
- e) jiné (doplňte)

24. Co hodnotíte jako negativní na tomto oddělení? (možnost více odpovědí)

- a) nedostatek informací
- b) hluchost na oddělení
- c) nevšímavost zdravotnického personálu
- d) nedostatečná podpora mé soběstačnosti ze strany personálu
- e) nedostatek soukromí
- f) jiné (doplňte)

25. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu?

- a) velmi uspokojivý
- b) uspokojivý
- c) méně uspokojivý
- d) neuspokojivý

26. Jak reagujete na stresové situace? (možnost více odpovědí)

- a) uzavřením se do sebe, chci mít klid
- b) cítím hněv
- c) cítím smutek
- d) mám potřebu o svém problému hovořit
- e) cítím se nesvá/nesvůj, nervozita
- f) nemám problém s řešením stresových situací
- g) jiné (doplňte)

Paní

Mgr. Gabriela Fritsch Píchová

Náměstek pro nelékařská povolání a kvalitu
Karlovarská krajská nemocnice a.s.

Bezručova 1190/19

Karlovy Vary 36001

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Jmenuje se Jaroslava Strnadová a jsem studentka 3. ročníku bakalářského oboru Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Chtěla bych Vás tímto požádat o svolení s výzkumným šetření v KKN Karlovy Vary u hospitalizovaných pacientů na téma: „Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí za hospitalizace“. Jako techniku výzkumu jsem zvolila dotazník, který příkládám. Pořízené odpovědi budou sdíleny pouze mnou a mým vedoucím bakalářské práce (Mgr. Andrea Dvořáková). Odpovědi pacientů poslouží jako výzkumný materiál a budou použity při prezentaci mé studie. Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Zpracování výsledků bude anonymní a v případě zájmu se s nimi můžete seznámit.

Děkuji

Strnadová Jaroslava

V Horním Slavkově 15.11.2019

Adresa: U Lesoparku 742/11, H. Slavkov 35731

Email: Jaroslava.strnadova5@seznam.cz

Telefon: 604132603

Souhlasím s provedením výzkumného šetření
g. Fritsch Píchová

Karlovarská krajská nemocnice a.s.
Náměstek pro nelékařská povolání
Tel.: 353 115 203 (1)

Práva pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

Zdroj: <https://www.mpsv.cz/web/cz/prava-pacientu-cr>