

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**POTŘEBY ČLOVĚKA HOSPITALIZOVANÉHO NA
KARDIOLOGICKÉ JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Autor práce: **Valéria Šrejberová**

Vedoucí práce: **Mgr. Kramářová Alexandra**

2007

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**THE NEEDS OF A PATIENT HOSPITALISED IN THE
CARDIOLOGICAL UNIT OF INTENSIVE CARE**

Bachelor's thesis

Autor: **Valéria Šrejberová**

Supervisor: **Mgr. Kramářová Alexandra**

2007

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Potřeby člověka hospitalizovaného na kardiologické jednotce intenzivní péče“ vypracovala samostatně a veškerou literaturu, kterou jsem použila, jsem uvedla v seznamu literatury.

V Hradci Králové, 15.dubna 2007

.....

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování patří zejména vedoucí mé práce Mgr. Kramářové a konzultantce PhDr. Rybářové, za cenné rady při zpracovávání bakalářské práce. Ráda bych poděkovala také zdravotnickému personálu a pacientům kardiologické jednotky intenzivní péče, kteří svou spoluprací umožnili naplnění empirické části práce.

OBSAH

ÚVOD	7
1 HOLISMUS A OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	8
2 POJEM POTŘEBY ČLOVĚKA	10
3 KLASIFIKACE POTŘEB	12
4 A. H. MASLOW	13
4.1 Maslowova klasifikace potřeb	13
4.2 Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslowa	14
5 FAKTORY MODIFIKUJÍCÍ USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB ČLOVĚKA	16
5.1 Nemoc	16
5.2 Osobnost člověka	16
5.3 Mezilidské vztahy	17
5.4 Vývojové stádium člověka	17
5.5 Vlivy prostředí	18
6 MALADAPTIVNÍ CHOVÁNÍ	19
7 POTŘEBY NEMOCNÉHO	22
7.1 Potřeba pohybu a tělesné aktivity	22
7.2 Potřeba tělesné hygieny a oblékání	22
7.3 Potřeba spánku a odpočinku	23
7.4 Potřeba výživy	24
7.5 Potřeba vyprazdňování	24
7.6 Potřeba dýchání	25
7.7 Bolest	26
7.8 Potřeba jistoty a bezpečí	26
7.9 Sebekoncepce a sebeúcta	27
8 PSYCHIKA ČLOVĚKA UPOUTANÉHO NA LŮŽKO	28
8.1 Aktivita – pasivita	28
8.2 Změny v kvalitě i kvantitě výkonu	28
8.3 Změny v životním rytmu	29
8.4 Změny prostředí	29
8.5 Změny zájmů	30
8.6 Změny v citovém stavu	30
8.7 Změny v obsahu vědomí	30

8.8	Vztah k vlastnímu tělu	31
8.9	Změny v sociální interakci	31
8.10	Změny v sociální komunikaci	32
8.11	Místo nezávislosti závislost	32
8.12	Časová perspektiva	33
9	SPECIFICKÉ PROBLÉMY CHRONICKY NEMOCNÝCH	34
10	MORÁLKA A ETIKA V KOMUNIKACI S PACIENTEM	36
10.1	Devalvace	36
10.2	Evalvace	37
11	ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY	38
11.1	Vzorek respondentů	38
11.2	Metoda výzkumu	38
11.3	Výsledky výzkumu	39
12	VÝSLEDKY	40
13	DISKUSE	63
	ZÁVĚR	73
	ANOTACE	74
	SEZNAM LITERATURY	75
	SEZNAM OBRÁZKŮ	77
	SEZNAM GRAFŮ	78
	SEZNAM TABULEK	79
	SEZNAM PŘÍLOH	80
	PŘÍLOHY	81

ÚVOD

Ti, kdo se starají o obnovu zdraví jiných lidí, jsou vysoce postaveni nade všechny ostatní, neboť uchovávat a obnovovat je stejně ušlechtilé jako tvořit.

Voltaire

Práce zdravotní sestry je podle mého názoru krásné, i když velmi náročné povolání. Vždycky se o této profesi hovořilo jako o poslání a myslím si, že to platí i v dnešní době. Dnešní doba je všeobecně spojena se spěchem, stresem, častokrát jsou lidé na sebe zlí nebo vůči sobě nevšímaví. To je přesný opak toho, s čím by se náš pacient měl setkat při svém kontaktu s nemocnicí a zdravotnickým personálem. Od zdravotníků by měl slyšet vlídné slovo, cítit zájem, oporu a pomoc. Proto jsem se rozhodla ve své práci zjistit, jak pacienti hodnotí přístup zdravotnického personálu.

Pokud jsme profesionály, pak jsme schopni mu toto všechno poskytnout, ale bohužel tomu tak v mnoha případech není. Některé sestry jakoby zapomněly na to, že jednají s lidskou bytostí, jež má své názory, pocity a potřeby. Musíme neustále myslet na to, že máme před sebou člověka s jeho tužbami a potřebami a jsme těmi, kdo mu je má pomoci vyplnit a uspokojit. Zpravidla se nám do cesty staví překážky, které nám brání nebo znesnadňují tyto potřeby uspokojovat a tudíž se pokusím zjistit, jaké faktory nejvíce narušují uspokojování vybraných potřeb pacientů.

Pacient, který se ocitá v těžké životní situaci vyvolané zhoršením zdravotního stavu, může mít strach, neví co se bude dít, zejména v případě, kdy se s tímto stavem setkává poprvé a z tohoto důvodu se budu snažit přijít na to, jestli pociťují pacienti strach a z čeho konkrétně.

Jako zdravotníci bychom se měli snažit řešit potřeby pacientů s maximálním úsilím, protože úsměv, spokojenost a poděkování pacienta přeci stojí za to.

Pro větší přehlednost ještě jednou uvedu v bodech cíle své práce:

1. Jak pacienti hodnotí přístup zdravotnického personálu?
2. Jaké faktory nejvíce narušují uspokojování vybraných potřeb pacientů?
3. Pociťují pacienti strach a z čeho konkrétně?

1 HOLISMUS A OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Dnešní doba je charakterizována obrovským pokrokem. Medicína dostala nové možnosti díky mnoha poznatkům, zkušenostem, rychlému rozvoji techniky a nepřebornému množství materiálního vybavení. Zároveň je to také doba stresu, spěchu, závislosti na financích. Někdy se stává, že se na člověka jako na živou bytost zapomíná a stává se jakýmsi druhem zboží. I dnešní ošetřovatelství dostalo novou tvář a změnil se i jeho přístup. Snaží se o to, aby se člověk jako pacient stal středem zájmu. Nově je člověk chápán jako celek, který nejde rozdělit na jednotlivé části a o ně poté pečovat. Tyto jednotlivé části celého organismu jsou ve vzájemné interakci, jsou úzce propojeny. Bude-li porušena jen jedna část z celku, pak budou automaticky narušeny části další a tím i celý organismus. Proto ošetřovatelský personál pečuje o člověka celostně. Tento přístup nazýváme jako holistický. Holismus vychází z filosofického směru a jeho název je odvozen z řeckého slova holos, nebo-li celek. Zavedl ho na počátku dvacátého století jihoafrický politik a generál J. Ch. Smuts. Holistická teorie vidí člověka jako bytost mající své biologické, sociální, emocionální, duchovní a kognitivní potřeby. Není to pouze jednota biologických, psychických a sociálních potřeb. Jejich vzájemná interakce je z holistického pohledu vyjádřena následujícím modelem.

Obr. 1: Bio-psycho-sociální model nemoci



„Ze schématu vyplývá, že:

1. Dlouhodobá psychická zátěž, závažný stres může být jednou z příčin, popř. faktorem vyvolávajícím somatické onemocnění.
2. Každé onemocnění, i banální je provázeno negativními emocemi. Onemocníme-li, máme-li se podrobit operačnímu zákroku, ztrácíme půdu pod nohama, prožíváme strach, úzkost.
3. Psychické stavy jako strach, napětí, úzkost v mezilidských situacích vedou k sociální izolaci, osamocení. Ve vystupňované formě k vyhýbání se kontaktu s lidmi. Mluvíme o sociální fobii.

4. Sociální izolace, opuštěnost člověka může být příčinou vzniku negativních emocí – strachu, úzkosti, hněvu, hostility.
5. Nemocný člověk (handicapovaný, dialyzovaný nemocný, ale i nemocný s onkologickým onemocněním) žije často sám, opuštěný, v sociální izolaci. Mluvíme také o sociální smrti.
6. Prostředí, ve kterém člověk žije – životní i sociální, ovlivňuje přímo nebo zprostředkovaně zdravotní stav člověka. Je dokázané, že lidé žijící osamoceni dříve umírají.“ (Trachtová, 1999)

Z pohledu ošetřovatelství to pro nás jako pro sestry znamená, že chceme-li o naše pacienty pečovat holisticky, pak musíme myslet na vzájemnou propojenost jednotlivých složek. Také nesmíme zapomenout, že každý nemocný je silná individualita, která má své názory, vlastnosti, postoje, ale hlavně potřeby, a tudíž i způsob přístupu k nim a pomoc při jejich uspokojování bude silně individuální.

Dnešní doba přinesla i mnoho změn v pohledu na práci sestry. Chceme-li uspokojovat individuální potřeby našich pacientů, pak jim musíme poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči formou ošetřovatelského procesu. Díky němu by pak naše poskytovaná péče měla působit pozitivně na zdravotní stav nemocných. Systematickou metodou při plánování a současně poskytování ošetřovatelské péče je ošetřovatelský proces. Pro jeho správný efekt by měla být sebrána důkladná anamnéza. Je to tedy určitý soubor činností, které si sestra naplánuje, aby mohla následně docílit předem vytyčeného cíle. Důraz je zároveň kladen na to, aby se ošetřovatelského procesu aktivně účastnil sám pacient. Tohoto pojetí se přidržuji i ve své práci, a proto se v dotazníku snažím o pokrytí potřeb biologických, psychických a sociálních.

2 POJEM POTŘEBY ČLOVĚKA

Stěžejním pojmem v mé práci je pojem potřeba. O něj se budu opírat, vycházet z něho a proto bych ho ráda vysvětlila. Na pojem potřeba můžeme nalézt mnoho definic, ale já jsem se rozhodla ve své práci citovat jednak definici z psychologického slovníku a ve druhém případě využít definice jak ji uvádí Trachtová (1999), protože mi z ošetrovatelského pohledu připadá výstižná a snadno pochopitelná.

„Potřeba (need) **1** nutnost organismu něco získat n. něčeho se zbavit **2** stav lidského organismu, kt. znamená porušení vnitřní rovnováhy n. nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti (opakem je stav rovnováhy, nepřítomnosti aktuální potřeby, → *homeostáza*; komplementárním pojmem k potřebám jsou *hodnoty*, jejichž výběrem mohou být potřeby uspokojovány; zatímco systém potřeb ve vývoji lidstva se podstatně nemění, hodnoty jsou proměnlivé; jinak řečeno **p.** vzniká při jakékoli fyziologické odchylce od ideální hodnoty; pokud odchylka od ideální hodnoty nemůže být automaticky upravena, je aktivován *pud* a vybuzený organismus zahájí činnost ke znovuobnovení rovnováhy; na rozdíl od *přání* jsou potřeby určeny životní nutností člověka jako druhu a jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu dobré pohody ⇒ *hierarchie potřeb*.“ (Hartl, Hartlová, 2000)

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, 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. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Jednání zaměřené k uspokojení potřeby převádí potřebu na její psychologickou úroveň (mluvíme také o psychické odezvě).

V termínu potřeba je zdůrazněna jednota vnitřního s vnějším, s okolním světem, každá potřeba je potřebou něčeho, vztahuje se k něčemu v prostředí. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů, které chápeme jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí.

Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého člověka jinak. V průběhu života se potřeby jedince mění

z hlediska kvantity i kvality. Je důležité vědět, že všichni lidé mají společné potřeby, je stejně nutné si uvědomit, že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života, z nichž si ani dva nejsou podobné.“ (Trachtová, 1999)

Fyzické nebo psychické strádání nazýváme frustrací. Dlouhodobé a nedostatečné uspokojování potřeb vede ke vzniku deprivace. Je to vlastně objektivní nedostatek něčeho, co potřebujeme k tomu, abychom mohli potřebu uspokojit.

3 KLASIFIKACE POTŘEB

Stejně jako se objevuje mnoho různých definic potřeb, tak dnes můžeme najít i řadu různých způsobů klasifikace potřeb člověka. Pro potřeby své práce jsem vybrala ty nejpoužívanější v ošetrovatelství. Potřeby z holistického pohledu na člověka jako bio-psycho-sociální jednotu klasifikuje Trachtová (1999) takto:

1. **biogenní, fyziologické**, potřeby nutné pro udržení homeostázy a potřeby, jež jsou zároveň úzce propojeny s potřebami psychogenními.
2. **psychogenní, sociogenní, psychologické**, jejichž uspokojení by nebylo možné bez uspokojení potřeb biologických.

Čechová a Rozsypalová (1992) rozlišují potřeby jinak, a to proto, že podle jejich názoru potřeby nelze striktně rozdělit do skupin, protože se všechny navzájem prolínají.

1. **Základní (primární)** potřeby jsou např. potřeba kyslíku, potřeba potravy (hlad, žízeň), potřeba ochrany před nepohodou (před horkem, chladem, bolestí), potřeba spánku a odpočinku, potřeba zachování rodu (sexuální potřeba).
2. **Sekundární potřeby** se vyvíjejí na podkladě primárních potřeb. Například potřeba jistoty, bezpečí, podnětů, změny a činnosti, potřeba sociálního styku, porozumění, vzájemné pomoci, potřeba výkonu (výkonová motivace) a společenského uznání, potřeba poznávací, potřeba estetická, potřeba uskutečňovat v životě určitý záměr nebo cíl.

Maslow potřeby klasifikuje následovně a vzhledem k tomu, že z jeho práce dnes vychází většina pohledů na potřeby, budu se jimi více zabývat v následující kapitole (Obr. 2, s. 13).

1. **Nižší** jako jsou fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, které Maslow také nazývá jako potřeby nedostatkové. Zároveň by bez jejich uspokojování nemohlo docházet k uspokojování potřeb vyšších.
2. **Vyšší** kam řadí potřeby sounáležitosti, potřebu uznání a potřebu seberealizace. Jsou to potřeby, které podle Maslowa nelze uspokojit bez toho, aniž by byly nejdříve uspokojeny potřeby nižší.

4 ABRAHAM H. MASLOW

Pro svou práci jsem si vybrala v dnešní době rozšířenou a velmi často užívanou teorii hierarchického uspořádání potřeb předního amerického psychologa A. H. Maslowa. A to zejména pro její názornost, relativní jednoduchost, a tudíž i snadnou pochopitelnost. Budeme-li hovořit o potřebách nemocných a jejich uspokojování, pak si většina zdravotníků vybaví právě Maslowovu pyramidu potřeb.

Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908-1970) byl organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii. Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb (viz příloha 1, s. 81).

4.1 Maslowova klasifikace potřeb

„Hierarchické uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládají a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jednotlivce.“ (Trachtová, 1999)

„Vývojově nejvyšší potřeba sebeaktualizace vystupuje jen u mála lidí, kteří jsou dobře adjustováni a uspokojeni ve svých základních a psychických potřebách, váží si sebe sama a respektují své sebepojetí. Maslow nazývá tento komplex motivů také potřebami růstu („growth needs“), jejich výrazem jsou tzv. metapotřeby jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti a další.“ (Nakonečný, 1998)

Obr. 2: Maslowova klasifikace potřeb

Vyšší potřeby	potřeby seberealizace potřeby uznání potřeby sounáležitosti	potřeby růstu – metapotřeby nedostatkové potřeby
Nižší potřeby	potřeby bezpečí fyziologické potřeby	

Dnešní ošetrovatelská praxe následně ukázala, že Maslowovo rozdělení není všeobecně platné. Jsou i takoví jedinci, kteří uspokojují potřeby vyšší, i na úkor těch nižších, a je to pro ně důležitější, než právě saturování potřeb základních. Příkladem nám mohou být intelektuálové, kteří si místo chleba raději koupí knihu i přesto, že mají hlad. Nebo mohou sedět ve svetr v nevytopené místnosti, ale šťastní, že mají novou knihu. Obzvláště u některých lidí, kteří dosáhli vrcholu a uspokojili si své metapotřeby, pak potřeby nižší ztrácí na své důležitosti. S takovými jsme se již v praxi setkali také. Pro názornost můžeme ukázat na cílevědomého podnikatele, který si nepřipustí, že „prodělal“ infarkt myokardu a musí za každou cenu z nemocnice, protože bez něj by to v práci nezvládli. Ale je i mnoho jiných, jemu podobných. Tito jedinci se pak potřebami základními nezabývají tak intenzivně. Přesto však pro většinu populace Maslowova pyramida platí jako zjednodušené a přehledné schéma.

4.2 Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslowa

- 1. Fyziologické potřeby** chápeme jako potřeby základní, nutné pro udržení stálosti vnitřního prostředí. Jsou to potřeby, které většinou uspokojujeme, aniž bychom si to uvědomovali, avšak nastane-li situace, jenž nám zabrání v tomto spontánním uspokojování, pak si to okamžitě uvědomíme. Náhle se jejich uspokojení pro nás stane primární záležitostí a ostatní potřeby jsou odsunuty na vedlejší kolej.
- 2. Potřeba jistoty a bezpečí** se objevuje zejména v situacích, které vnímáme jako ohrožující a pro nás nebezpečné. Potřebujeme nemít pocit úzkosti a strachu. Chceme být zajištěni, mít v životě určitý řád a cítit životní jistotu. Dostaneme-li se však do situace, která nás „vykolejí“ a které nerozumíme, pak je uspokojení této potřeby silně ohroženo.
- 3. Potřeba lásky a sounáležitosti** je potřebou být někým milován, k někomu patřit. Být s někým, komu na nás záleží a kdo naši přítomnost vyhledává. Zároveň je potřebou také někoho mít rád, být na někom citově závislý a s někým se o lásku a náklonnost dělit. Zejména si tuto potřebu uvědomujeme právě v době, kdy jsme sami nebo se necítíme dobře a vztahová osoba není dosažitelná.

4. **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty** je potřeba, jež je pro člověka nesmírně důležitá. Každý z nás potřebuje mít pocit, že ho ti druzí uznávají, váží si ho, respektují ho. Zejména pak v určité sociální skupině rádi cítíme, že nám ti druzí důvěřují a zároveň si sami více věříme. Kladně se hodnotíme a vnímáme. Jsme dostatečně sebejistí, na druhých nezávislí.
5. **Potřeba seberealizace, sebeaktualizace** se projeví snahami jedince dosáhnout nějaké cíle, uskutečnit vymezené záměry nebo projevit své schopnosti. Takový člověk je potom pozitivně naladěný a přesvědčen o tom, že dosáhne toho, co chtěl, a snaží se být v tom dobrý. Platí to nejen o povolání nebo hobby, které si vybere, ale platí to i pro situaci člověka, jenž onemocněl a své chorobě se chce postavit.

Jak jsem uvedla již v úvodu, dle Nakonečného (1998) existuje několik výjimek z principu hierarchického uspořádání.

1. „Někteří lidé jsou vrozeně tvořiví.
2. U některých osob může být trvale snížena aspirace na vyšší cíle v důsledku masivní deprivace základních potřeb v minulosti.
3. Někteří lidé mají vysokou toleranci k frustraci fyziologických potřeb a jestliže byly jejich základní potřeby dlouhou dobu uspokojovány, mohou časem ztratit svůj význam.
4. Potřeba úcty může být silnější než potřeba lásky, protože získání úcty se stává prostředkem k získání lásky (milování bývají často lidé silní a úspěšní, vzbuzující respekt a úctu).“ (Nakonečný, 1998)

5 FAKTORY MODIFIKUJÍCÍ USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB ČLOVĚKA

Existuje dlouhá řada obecných psychických a sociálních faktorů, které významně ovlivňují schopnost uspokojování potřeb člověka. Z hlediska ošetřovatelství je nutno myslet i na faktory biologické a v neposlední řadě i na faktory životního prostředí, jež mohou zásadně narušit, ovlivnit, změnit nebo znesnadnit snahu o uspokojení potřeby. Z pohledu ošetřovatelství se nejvíce uplatňují následující faktory.

5.1 Nemoc

O nemoci již bylo v odborné literatuře napsáno mnoho. Obecně se dá charakterizovat jako náročná životní situace, která významnou měrou zasahuje do života člověka. Ovlivňuje jeho průběh, mění hodnotový systém člověka, výrazně prověřuje interpersonální vztahy, a to zejména ty nejužší, rodinné. Mnohokrát je spojena s nepříjemnými prožitky, jako je úzkost, strach, napětí, ale i bolest. Nikdo z nás v životě si určitě nepřeje ztratit své zdraví a setkat se tvář v tvář s nemocí, bohužel, to však nikdo z nás nemůže úplně ovlivnit. Nemoc prověřuje i schopnost adaptace člověka a jeho sílu s nemocí bojovat. Jeho reakční odpověď může být různá a dopředu ji nemůže odhadnout nikdo. Ani nejbližší příbuzní, ani zdravotníci, ba ani on sám. Schopnost adaptace a reakce člověka na nemoc nazýváme psychogenními faktory a jsou podstatné pro vlastní průběh nemoci, jež opět zpětně ovlivňují. Z praxe víme, že pokud je člověk v akutní fázi onemocnění, bývá jeho pozornost obvykle zaměřena především na uspokojení potřeb fyziologických. Potřeby vyšší jsou dočasně odsunuty na druhé místo.

5.2 Osobnost člověka

Vezmeme-li v úvahu temperament člověka, pak budou vrozené vlastnosti, jež určují dynamiku chování a prožívání pro nás jako pro zdravotníky opravdu důležité. Z hlediska získávání informací pro ošetřovatelskou anamnézu sami zjistíme, jak rozdílný je přístup člověka extrovertního a introvertního a jak těžce lze zjistit u pacienta problém. Při snaze o aktivní zapojení pacienta do léčebného režimu bude rovněž rozhodující, zda to bude pacient psychicky labilní nebo stabilní, neboť schopnost adaptace je značně rozdílná a u labilních pacientů trvá zpravidla o něco déle. Také se můžeme setkat s reakcí nemocných, kterou nazýváme jako neadaptivní chování, o němž pohovořím v samostatné kapitole. V souvislosti s temperamentem jde ruku v ruce charakter, který je také významným faktorem ovlivňujícím uspokojování potřeb člověka.

Charakter určuje povahu člověka a tím i jeho projevy. Podstatné pro ošetrovatelský personál bude zejména pacientovo sebezpečí. To, jak se vnímá, hodnotí, přistupuje sám k sobě značně ovlivní proces uspokojování potřeb.

Ještě bych se v krátkosti ráda zmínila o postojích. Jako zdravotníci musíme myslet na to, že každý člověk má tendence reagovat určitými stereotypními způsoby, které jsou ovlivněny předchozími zkušenostmi. Mohou být pozitivní, což nám práci v mnohém ulehčí, ale bohužel bývají i negativní. Má-li náš pacient špatné zkušenosti z předešlých hospitalizací, pak bude jeho přístup k nám negativistický a spolupráce s ním náročná.

5.3 Mezilidské vztahy

Ve většině případů se se svými pacienty setkáváme v akutním stavu a pak je provázíme po dobu jejich hospitalizace. Jsme s nimi ve velmi úzkém kontaktu, často narušujeme jejich intimní zónu. Získáváme od nich informace a vytváříme si s nimi určitý vztah. Naše vztahy jsou ovlivněny oboustranně. Do těchto vztahů zasahují i příbuzní a blízcí našeho pacienta. Mnohokrát jsou pro ošetrovatelský personál velkým pomocníkem, neboť nám ukazují cestu, jak se přiblížit problémovému nebo uzavřenému pacientovi. Druhou stranou mince však může být přítomnost příbuzného, která je pro pacienta nežádoucí a pacient jí odmítá. To jsou smutné situace, ale i takové se běžně stávají. Právě v náročné životní situaci má pacient cítit oporu a lásku svých příbuzných.

5.4 Vývojové stádium člověka

Věnovala bych se zejména období pozdní dospělosti a stáří, protože takoví pacienti bývají na kardiologické jednotce intenzivní péče hospitalizováni nejčastěji. Přístup k pacientům v období pozdní dospělosti bývá odlišný, než k pacientům starým. Většinou jsou to ještě lidé v trvalém pracovním poměru, kteří mají pocit, že v nemocnici zatím nemají co dělat. Zajišťují rodinu, děti nebo už vnoučata. V dnešní době má spousta z nich ještě finanční závazky, které musí plnit. Také to zpravidla bývá jejich první hospitalizace a setkání s nemocí. To všechno jsou faktory, které uspokojování potřeb pacientů v tomto věku mohou ovlivnit, narušit nebo znesnadnit.

Naopak pacienti v období stáří už většinou tyto starosti nemají, zato je trápí ztráta samostatnosti a schopnosti sebezpečí. Často jsou sami a nemá se o ně kdo postarat. Vztahy s příbuznými jsou omezeny na minimum díky jejich povinnostem k vlastním rodinám. Jsou zvýšeně citliví, zaměřeni více na sebe s nezájmem o okolí. Zhoršují se funkce všech orgánů. Mnohem hůře se adaptují na jakékoliv změny. Rovněž signalizace potřeb bývá značně

zkreslena. Proto je nutné, si tyto změny ve všech oblastech uvědomit a podle nich k pacientům přistupovat.

5.5 Vlivy prostředí

Bereme-li v úvahu povahu kardiovaskulárních onemocnění, pak je zřejmé, že pacient v akutním stavu nemoci bude obvykle nejprve hospitalizován na jednotce intenzivní péče. Po stabilizaci zdravotního stavu je možno ho přeložit na standardní oddělení a následně propustit do domácího ošetřování. Na aktuálním zdravotním stavu bude záviset i způsob vyjádření potřeb a možnosti jejich uspokojování.

V akutním stádiu nemoci bývá zpravidla v popředí zájmu uspokojení potřeb fyziologických. Na to má velký vliv prostředí. Prostředí jednotek intenzivní péče bývá neosobní, neútluné, hlučné, všude samé monitory a „hadičky“. Jednotlivá lůžka oddělena pouze zástěnou, a to ještě ne vždy, v lepším případě jsou zde boxy. To k psychické pohodě pacienta a bezproblémovému uspokojování potřeb rozhodně nepřispívá.

6 MALADAPTIVNÍ CHOVÁNÍ

Nemoc jako taková, je bezesporu náročnou životní situací a každý z nás se s ní vyrovnává různými způsoby. V běžném životě většinou uspokojujeme své potřeby a dosahujeme vytyčených cílů i přesto, že se nám občas postaví do cesty nějaká překážka. Nemoc však může být tak velkou překážkou, že nejsme schopni dosáhnout cíle, anebo uspokojit potřebu a vzniká stav, který je nazýván frustrací. Dojde-li k překročení frustrační tolerance a selžou-li adaptační mechanismy, pak se jedinec začne chovat nesrozumitelně a pro své okolí nepochopitelně. Toto označujeme termínem neadaptivní nebo také maladaptivní chování. V učebnicích psychologie se uvádí mnoho forem maladaptivního chování, které se mírně liší. Obecně ale lze konstatovat, že se žádný z projevů nevyskytuje samostatně, právě naopak. Mohou se různě prolínat, obměňovat.

Agrese

Agrese může být reakcí nemocného na frustraci nebo forma nepřizpůsobivého chování. Vyjádřena bývá různými způsoby, s ohledem na věk pacientů. Agrese ze strany pacientů může mít charakter slovní, formu ironizování, jízlivosti, neustálých připomínek vůči všem a všemu, ale i dobírání si a škádlení ošetřovatelského personálu. Velice často se ale setkáváme i s formou přímé agrese, kdy nás pacient napadne, udeří, odstrčí atp. Jsou i pacienti, volící formu neustálého dotazování a vyžadování malých služeb. Vše za jediným účelem, a to upoutat na sebe pozornost. Takové chování však může být i projevem strachu a úzkosti ze strany pacienta.

Projekce

Projekcí ze strany pacientů rozumíme jakési hledání viny za vlastní chorobu v druhých lidech nebo přidělování svých vlastních, subjektivně nepříjemně vnímaných pocitů jiným lidem.

Identifikace

Znamená v překladu ztotožnění se, ve smyslu pozitivním nebo negativním. Identifikace v pozitivním slova smyslu může být pro pacienta výhodou. Snaží se dodržovat léčebný režim, snadněji přijímá změnu životního stylu, bojuje se svým onemocněním. V negativním slova smyslu je tomu naopak.

Kompenzace

Kardiovaskulární onemocnění často znamená pro pacienty výraznou změnu v životě, ve smyslu změny životního stylu, denního režimu, kvality života, zaměstnání, omezení ve sportu atp. Mnoho pacientů v období pozdní dospělosti nese tyto změny velmi těžce a nehodlá se s nimi jenom tak smířit. Proto se snaží vyhledávat jiné způsoby vlastní seberealizace, mění se i okruh jejich zájmů, nalézají náhradní cíle.

Racionalizace

Touto technikou se snaží pacienti rozumově vysvětlit, proč u nich vzniklo dané onemocnění nebo si zdůvodnit způsob chování.

Únikové chování

S únikovým chováním se v praxi velice často setkáváme. Známe pacienty, kteří se izolují, působí samotářsky, svou komunikaci s ošetřujícím personálem omezují na minimum a tím se snaží uniknout ze situace, která je pro ně frustrující.

Jobánková a kolektiv autorů (2000) rozlišují několik forem úniku, a to únik faktický, mající podobu útěku z nějakého konkrétního místa, symbolický únik, kdy si pacienti mohou zakrývat uši, oči, odvracet tvář atp. Fantazijní únik známe všichni, protože určitě neexistuje jediný člověk, který by si nesnil, nefantaziroval. Únik pomocí drog, mezi něž patří i léky a alkohol, zná také většina lidí.

V naší praxi se však nejčastěji setkáváme s únikem do nemoci. Mnoho pacientů je úzkostlivých a vyžaduje si zvýšenou pozornost zdravotníků. Přenáší na ně zodpovědnost za své zdraví, očekávají plnou starostlivost. Máme potom tendence, vyjadřovat se o jejich chování jako o hypochondrickém, ba až hysterickým. Ale pozor, takové soudy jsou velmi nebezpečné a nemělo by k nim docházet. Jako profesionálové musíme myslet na to, že pacient je individuum se vším všudy a tak ho také plně akceptovat.

Fixace

Při fixaci dochází u pacientů k ustrnutí na nějakém způsobu chování. I přesto, že již došlo ke změně, chová se dotýčný stále stejně, jako by vzniklou situaci vůbec nevnímal, nedokáže se toho vzdát. K ustrnutí řadíme stereotypii, kdy se pacient stále znovu snaží dosáhnout cíl, aniž by se poučil z neúspěchu. Také regrese je určitou formou ustrnutí. Je charakterizována navrácením se do vývojově nižšího stádia, než je současný věk pacienta. Velmi častá bývá u dětí, i když objevit se může i u dospělých a starých lidí. Tento stav se ale zpravidla i

v souvislosti se zlepšením zdravotního stavu upravuje. Regrese může ovlivnit i hierarchii potřeb. Ztratí-li náš pacient zájem o okolní dění a stává se samotářským a uzavřeným, hovoříme o netečnosti.

Vytěsnění (represe)

Je obranná reakce na vtíravé myšlenky, které se objevují v průběhu nemoci a na rozdíl od potlačení je to reakce neuvědomovaná. Cílem je, aby se do vědomí člověka nedostaly nežádoucí skutečnosti a on si je tudíž ani neuvědomoval. Pacientům se pak stane, že neví, jak se jmenuje jejich choroba, nepamatují se na události, kde byli hlavními aktéry. Úplné vytěsnění je nazýváno zapomenutím.

Potlačení

Potlačení bývá záměrné, nemocní chtějí zapomenout. Dochází k němu u pacientů, kteří žijí ve strachu, u těch, kteří trpí pocitem viny nebo u pacientů tlumících nepříjemné pocity, značně se ovládajících. V realitě nemocničního prostředí se pak bojí o cokoli žádat. Prvotním úkolem ošetřujícího personálu by mělo být daný stav rozpoznat, následně podávat pomocnou ruku a tak situaci klientům usnadnit.

Negativismus

Můžeme ho chápat jako vzdorovitost. V praxi takového pacienta poznáme snadno, protože většinou má nějaké námitky, musí mít poslední slovo a velmi špatně spolupracuje v léčebném režimu, i když si tím sám škodí. Negativismus má formu aktivní nebo pasivní. Aktivní negativismus projeví pacient tím, že provede přesný opak toho, co po něm žádáme. Při pasivitě nám pacient neudělá vůbec nic a naše žádost zůstane bez reakce.

7 POTŘEBY NEMOCNÉHO

V této kapitole jsem se inspirovala výčtem potřeb jak je uvádí Trachtová (1999). Dle mého názoru jsou pro pacienta hospitalizovaného na kardiologické jednotce intenzivní péče nejvíce aktuální a proto jsem je použila i v mém dotazníku.

7.1 Potřeba pohybu a tělesné aktivity

Pro každý živý organismus a zejména pak pro člověka je typické, že ke svému životu potřebuje pohyb. Tato základní, fyziologická potřeba je však každým z nás uspokojována značně individuálně. Tak, jak existuje rozdíl mezi lidmi v uspokojování potřeby pohybu ve zdraví, tak existuje logicky rozdíl v uspokojování potřeby pohybu i v nemoci.

Mnoho z nás se v životě setkává s pohybem, jako prostředkem dostat se někam, odněkud nebo pro něco. Chodíme do práce, na nákup, pohybujeme se na pracovišti, doma atp. Pohyb potom bereme jako součást běžného života. U velké spousty lidí je to však jediný pohyb, který vykonávají.

Pak je mnoho jedinců, kteří se věnují pohybu jakoby navíc, rekreačně, aniž by k tomu byli okolnostmi nuceni. Takoví lidé se na pohyb dívají jako na prostředek svého aktivního odpočinku, formu relaxace, udržení si svého fyzického a psychického zdraví nebo možnost setkání s jinými lidmi.

V ošetrovatelské praxi se pak setkáváme s pacienty, kteří i přes klidový režim, jsou v lůžku velmi aktivní a nemohou se dočkat, až ho budou moci opustit. Opakem takových pacientů jsou „lenivci“, kterým toto omezení plně vyhovuje a někdy se pak stane, že je ošetřující personál musí pobízet k větší aktivitě.

Na kardiologické jednotce intenzivní péče bývá zpravidla uspokojování potřeby pohybu a tělesné aktivity nemocných omezeno z důvodu nutnosti dodržování klidového režimu na lůžku. Většinou je to jedna z podmínek, aby byla poskytována léčba účinná, a také je to forma prevence vzniku komplikací.

7.2 Potřeba tělesné hygieny a oblékání

Další základní potřebou, a v oboru ošetrovatelství velmi aktuální, je potřeba tělesné hygieny a oblékání. Trachtová (1999) definuje tuto potřebu ve třech rovinách. V rovině biologické znamená uspokojení této potřeby zajištění nejen čistoty, ale i odstranění sekretů, exkretů a mikroorganismů z těla. V souvislosti s tím, je tak zabráněno riziku vzniku infekce a

možných komplikací a samozřejmě i kůže je pak udržována v dobrém stavu. V rovině psychologické se uspokojení potřeby kladně promítá pocitem spokojenosti člověka, navozuje u něj pozitivní emoce, uvolnění atp. Uspokojená potřeba hygieny a oblékání zasahuje i do mezilidských vztahů, které ovlivňuje zpravidla pozitivně. Napomáhá vytvářet i příjemné prostředí, vhodné zejména pro komunikaci, a tak zasahuje rovinu sociální.

Tato potřeba je nám vštěpována od narození ve formě hygienických návyků. Existuje řada faktorů, které mohou uspokojování potřeby hygieny a oblékání ovlivnit. Mohou to být obecné jako: věk pacienta, finanční možnosti, rodinné zvyklosti, atp. Nebo z pohledu zdravotnického hlavně: charakter nemoci, aktuální zdravotní stav pacienta, pohybová aktivita (klidový režim na lůžku). Ta rozhodne, zda bude potřeba hygieny uspokojena na lůžku nebo ve sprše. Na kardiologické jednotce intenzivní péče uspokojujeme tuto potřebu převážně na lůžku, přičemž značnou roli zde hraje pacientova schopnost sebezpěče a míra jeho soběstačnosti.

Obtížnější už to bude s uspokojováním potřeby oblékání, kde to svým pacientům neusnadňujeme, protože jsou po přijetí na jednotku intenzivní péče převlečeni do „stejnokroje“. Důvodem k tomu je nutnost připojení různých kabelů k monitorování, napojení infúze, tlakové manžety a jiných „hadiček“. Nemohou se tudíž oblékat, jak byli zvyklí doma. V noční košili zvané „anděl“ se cítí jako nazi a je jim nepříjemně.

7.3 Potřeba spánku a odpočinku

Spánek je jednou z mnoha základních lidských potřeb. Charakterizovat bychom ho mohli jako změnu vědomí, která je fyziologická a pravidelně se opakuje. Každý z nás se jistě mnohokrát setkal se stavem, kdy se cítil unavený, neodpočatý, podrážděný, nervózní. V tom horším případě ještě navíc pociťoval bolest hlavy, pálení očí atp. Znamená to, že spánek nebyl kvalitní. Kvalitu spánku ovlivňuje řada faktorů jako jsou věk, pracovní nebo finanční problémy, problémy v rodinných vztazích atp.

Z pohledu ošetrovatelské péče se však přidávají faktory, které se jako zdravotníci v mnohých případech snažíme aktivně řešit, přesto se nám to častokrát nedaří. Výrazným činitelem, který nám brání potřebu spánku uspokojit je nemoc. Ať už somatická nebo psychická klade na organismus zvýšené nároky, je potřeba mnohem více energie ke zvládnání každodenních aktivit, nemocný se potýká se zvýšenou únavou, bolestí. Kardiovaskulární onemocnění bývají také doprovázena ve zvýšené míře úzkostí, strachem, ale i dušností a pocitem bušení srdce. Dalším a v nemocnici neodmyslitelným faktorem je vliv prostředí.

Pacienti si stěžují na hluk, který může být vyvolán nejen monitory a infúzními pumpami, ale dost často také ošetřujícími personálem, hlasitým mluvením nebo smíchem.

7.4 Potřeba výživy

Potřebu výživy má každý člověk a její uspokojování je nezbytné pro zachování rovnováhy organismu, nejen z fyziologického hlediska, ale i z psychosociálního. Nutno podotknout, že aby byla tato potřeba uspokojena, musí být zajištěn dostatek stravy jak tekutého, tak pevného charakteru. Už od dětství se učíme určitým stravovacím návykům, které nás potom v průběhu našeho života provází. Stává se, že mnohokrát mají tyto návyky podobu zlovyků, které našemu zdraví nepřidávají, spíše je tomu právě naopak. Jako bumerang se nám to pak vrací v podobě kardiovaskulárních onemocnění, obezity, úplavice cukrové a mnoha jiných chorob, jež souhrnně označujeme jako civilizační. Naše doba je charakterizována stresem, spěchem, nedostatkem času na nic a nikoho, zejména ne na své zdraví. Málokdo z nás se může pochlubit pravidelným stravováním, natož pak zdravým životním stylem, dostatečným pitným režimem nebo každodenní konzumací ovoce a zeleniny. Uspokojení této potřeby bývá také spojeno s příjemnými situacemi. Díky jídlu se rodina schází u jednoho stolu, jiní vnímají stravování jako relaxaci a formu odpočinku.

Výrazná změna však nastane v období nemoci, kdy bude uspokojení potřeby výživy ohroženo nebo dokonce narušeno. Kardiovaskulární onemocnění s sebou přináší nutnost dodržování diety, která je nejčastěji neslaná, šetřící a mnohokrát kombinovaná s dietou diabetickou. Praxe nám ukazuje, že řada nemocných trpí nechutenstvím. Velmi často je nechutenství spojeno s bolestí, únavou, úzkostí a strachem. Nelichotivé, ať už pro nemocniční kuchyň nebo ošetřovatelský personál, bývá nechutenství spojené s neestetickým vzezřením, anebo nevhodným servírováním. Neměli bychom zapomenout ani na dodržování správného pitného režimu. Uspokojení potřeby přijímání tekutin však bývá u pacientů se srdečním selháváním omezeno.

7.5 Potřeba vyprazdňování

Tato potřeba zahrnuje vyprazdňování moče a vyprazdňování stolice. Je opět jednou z fyziologických potřeb, jejíž uspokojování bude značně individuální a ovlivněné mnoha faktory.

Charakter moči a frekvence jejího vylučování je závislá nejen na příjmu tekutin, ale i na užívání diuretik, která mají močopudný účinek. Obecně víme, že u starých lidí mizí pocit žízně, proto jejich pitný režim bývá nedostatečný a odráží se to v barvě, zápachu a množství

moče. Vylučování stolice je rovněž značně odlišné a pro mnohé i obtížné, proto řada lidí musí užívat různé kapky nebo čípky. Pro některé jedince je fyziologická frekvence vyprázdnění stolice dvakrát za týden, pro jiné jednou za den.

Stejně jako všechny biologické potřeby, zasahuje i tato sféra psychosociální. Pro velikou spojitost vývodných cest močových, zevních pohlavních orgánů a samozřejmě i análního otvoru o ní hovoříme jako o potřebě velmi intimní. Lidé se ostýchají o ní hovořit, natož pak se zmínit o problému.

Při kardiovaskulárních chorobách dochází v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem a jeho léčbou k mnoha změnám. U některých pacientů, bude frekvence vylučování moče zvýšena, díky užívání léků s diuretickým účinkem. Existuje mnoho jiných faktorů, které mohou uspokojování potřeby ovlivňovat. Zejména v případě pacientů kardiologické jednotky to mohou být: aktivita a pohyb, jež jsou zde výrazně omezeny, aktuální zdravotní stav, často spojený s bolestí a dušností, ale i samotné místo, kde se pacient musí vyprazdňovat, v neposlední řadě to je i intimita a soukromí atp. Úkolem ošetrovatelského personálu by pak mělo být provedení co nejdůkladnější anamnézy, aby mohl pomoci nemocnému uspokojovat jeho potřeby.

7.6 Potřeba dýchání

Základní biologickou potřebou bez níž nelze existovat, je bezpochyby dýchání. Je zřejmé, že pokud člověk nedýchá, nedostává se do organismu potřebný kyslík, který všechny buňky našeho těla nutně potřebují a velmi záhy dochází k zániku organismu. Dýcháním udržujeme homeostázu organismu. Je-li dýchání bez potíží, pak si ho ani neuvědomujeme. V okamžiku, kdy se projeví dechová nedostatečnost, bývá automaticky narušena psychika.

O dýchání se zmiňují také proto, že úzce souvisí s kardiovaskulárním systémem. Jejich vzájemná propojenost je patrná. Manifestuje-li se nějaké srdeční onemocnění, je zpravidla doprovázeno potížemi s dechem. Potíže mohou mít charakter od lehké dechové nedostatečnosti, až po neschopnost dýchat spontánně.

Pacient, který je přijímán na kardiologickou jednotku intenzivní péče je dušný, ale zároveň rozrušený, vyděšený, úzkostný, má strach o svůj život. Spolupráce s ním je zhoršená mimo jiné i proto, že pociťuje silné bolesti na prsou. Bolest je vyvolána nedostatkem kyslíku v srdečním svalu, proto ji odborně nazýváme ischemickou (stenokardickou) bolestí. Pokud si pacient začne stěžovat na bolesti za hrudní kostí, pak je prvním úkolem sestry, podat pacientovi kyslík a teprve následně volat lékaře. V praxi u lůžka, se však opakovaně

setkáváme s tím, že pacient kyslíkovou masku nebo brýle odmítá. Proto klademe důraz na edukaci pacientů o důležitosti aplikace kyslíku a důsledně dohlížíme na jeho užívání.

7.7 Bolest

Bolest je subjektivní, nepříjemně vnímaný prožitek, který nás upozorňuje na akutní nebo potenciální poškození tkáně. Základními formami je bolest akutní a chronická. Pro pacienta je něčím, co v něm vyvolává obavy, úzkost, stresuje ho a významně snižuje kvalitu jeho života. Přesto má i svůj kladný význam a tím je její varovný charakter. Signalizuje, že se něco děje, že došlo k výkyvu od normálu.

V oboru kardiologie se nejčastěji setkáváme s bolestí akutní. Pro diagnostiku a následnou léčbu je velikou výhodou, že je specifická a dá se celkem dobře popsat. Pacienti ji charakterizují jako tlakovou, palčivou a svíravou s lokalizací za hrudní kostí, vystřelující nejčastěji do levé horní končetiny. Vzniká v důsledku nedostatečného prokrvení srdečního svalu, který je na přísunu kyslíku závislý. Léčba bolesti je na kardiologické jednotce intenzivní péče doslova na „denním pořádku“. Ošetřující personál by měl být vůči veškerým verbálním, ale hlavně neverbálním projevům pacienta na bolest pozorný. Je hrubou chybou, pokud zdravotníci vysloví pochybnosti o výskytu bolesti, anebo ji bagatelizují. Pacient přece přichází proto, abychom mu pomohli, spoléhá na nás.

7.8 Potřeba jistoty a bezpečí

A. Maslow zařadil potřebu jistoty a bezpečí ve své pyramidě potřeb na druhé místo. Nemoc je tak náročnou životní situací, že v člověku automaticky vyvolává pocity nejistoty, úzkost, strach, obavy z budoucnosti. Jejich vlivem jsou aktivovány adaptační mechanismy jedince.

Dospělý člověk uspokojuje tuto potřebu dobrým zaměstnáním, fungující rodinou, finančním zajištěním atp. Ocitne-li se však nečekaně v roli pacienta, pak je tento způsob uspokojování výrazně narušen. Na uspokojení potřeby jistoty a bezpečí má vliv rodina pacienta. Naštěstí už jsme v dnešní době pokročili směrem vpřed a byly povoleny návštěvy i na jednotkách intenzivní péče s minimálním časovým omezením. Velikou roli při uspokojování potřeby zde hraje i zdravotnický personál. Jeho přístup může napomoci pacientovi znovu nabýt stabilitu, dodat sílu, bojovat a nad nemocí zvítězit. Nemusím ani dodávat, že tomu může být i naopak. U starých nemocných je uspokojení potřeby jistoty a bezpečí spojeno s přítomností a péčí ošetřujícího personálu, protože na svou nemoc nejsou

sami, někdo je při nich a pomáhá jim. Zároveň je podporuje ve snaze zvládat běžné denní aktivity a být tak maximálně soběstačný a nezávislý.

7.9 Sebekoncepce a sebeúcta

Poslední potřebou, kterou se ve své práci budu zabývat, je sebekoncepce a sebeúcta. V pyramidě potřeb dle Maslowa zaujímá čtvrtou příčku. Sebekoncepcí rozumíme vnímání sebe sama. To, jak se vidíme, hodnotíme, jaké o sobě máme mínění. Sebeúcta znamená, jaký máme vztah k sobě samému, co si sami o sobě myslíme.

Z pohledu ošetřovatelství je toto poznání velmi důležité, jednak z pohledu zdravotnického personálu, ale hlavně z pohledu pacienta. Pozitivní sebekoncepce a sebeúcta obou zmíněných stran je také jednou z podmínek, aby mohly být uspokojovány potřeby pacientů. Pozitivní přístup zdravotnického personálu a podpora pacienta má kladný vliv na jeho adaptaci a jeho následný přístup k léčebnému režimu. Je však nezbytné, aby to tak vnímal i sám nemocný. V praxi se tento přístup nazývá evalvací, bohužel se však častokrát setkáváme i s opačným přístupem a tím je devalvace. V rámci interpersonální komunikace se jimi budu později ještě zabývat.

Máme-li před sebou pacienta, který se sám pozitivně vnímá a je zdravě sebevědomý, pak se nám stává velkým pomocníkem a dobře se s ním spolupracuje. Jeho přístup k nemoci, jako náročné životní situaci a následným životním změnám, jež se sebou nemoc přináší, je aktivní, protože nic nevzdává, nepodléhá situaci, ba naopak. Přijímá ji jako výzvu.

8 PSYCHIKA ČLOVĚKA UPOUTANÉHO NA LŮŽKO

„Zatímco ambulantní formu léčby přijímá pacient většinou dobrovolně, hospitalizace pacienta nastává převážně z rozhodnutí lékařské autority a zásadně mění jeho životní podmínky. Při příchodu do nemocnice prožívá pacient řadu nepříznivých emocionálních pocitů, které mají nejčastěji podobu nejistoty, obav, úzkosti a strachu. V nemocnici musí pacient přijmout změnu svého sociálního statusu a role a vyrovnat se s tím, že musí přijmout zvláštní druh oblečení. Musí respektovat přítomnost cizích lidí v neznámém prostředí, i to, že je nucen k pro něj novým způsobům chování. Okruh jeho potřeb a zájmů je zúžen, s pacientem se jedná spíše neosobně.“ (Mlčák, 2005)

Srovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka v rozhodujících dimenzích dle Křivohlavého tak, jak ji uvádí Mlčák (2005) uvádím v příloze 2, s.82. Podrobněji budu citovat v následujících podkapitolách.

8.1 Aktivita – pasivita

„Zatímco zdravý stav člověka je charakterizován poměrně značnou činností různého druhu, kdy je jednajícím člověkem hlavním aktérem, je pacient na lůžku charakterizován pasivitou. Aktivita druhých lidí je přitom zaměřena na něj. Aktérem dění je někdo jiný, ne sám pacient. Ten do určité míry jen pasivně přijímá péči druhých.“ (Křivohlavý, 1989)

To platí zejména na kardiologické jednotce intenzivní péče, kdy je pacient opravdu nucen být pasivní tím, že musí dodržovat klid na lůžku vzhledem k typu poskytnuté léčby. Omezení ale platí pouze po určitou dobu, protože včasné aktivizování pacienta je nezbytně nutné pro prevenci komplikací. I přes klidový režim se však v rámci omezení snaží ošetřovatelský personál maximálně aktivizovat pacienty, zejména pro udržení jejich soběstačnosti a schopnosti sebeběče.

8.2 Změny v kvalitě i kvantitě výkonu

„Zdravý člověk je zvyklý podávat poměrně dobrý výkon v řadě různých činností, které před něj staví každodenní život. Dělá to, pro co má určité předpoklady – dovednosti, schopnosti, zkušenost atp. Dělá to, co dělat umí. To vše mu dává určitou míru sebejistoty. Nemocný člověk upoutaný na lůžko, se musí přeorientovat na činnosti, které neovládá tak, jak by si přál, musí dělat, co mu druzí nařídí, i věci, které dosud nedělal. Není tedy divu, že

kvalita činnosti není vždy taková, na jakou byl zvyklý. To pak snižuje jeho sebevědomí a výrazně se odráží v jeho psychice.“ (Křivohlavý, 1989)

To s sebou bohužel hospitalizace na jednotce intenzivní péče přináší, ale svým pozitivním chováním můžeme psychiku pacienta podpořit a zvýšit mu tak sebevědomí. I v činnostech, které musí provádět na lůžku může být šikovný a maximálně soběstačný, jenom by o tom měl vědět a být neustále přesvědčován. Je to přeci jen dočasný stav, který se za pár dní změní.

8.3 Změny v životním rytmu

„Zdravý člověk je zvyklý na určitý rytmus, na chod všeho, co se značnou pravděpodobností nastává. Je-li však upoután na lůžko, pak mu životní rytmus určují zásahy vyšší moci – např. lékařů, zdravotních sester atp. Musí brát léky přesně v určitý čas, musí se podrobovat vyšetřením a ošetřením, o jejichž konání rozhoduje někdo jiný s ohledem ne na pacientovy zvyky, ale na vlastní možnosti zdravotnického systému. Pacient se musí přizpůsobit.“(Křivohlavý, 1989)

Každý člověk a zejména pacient má v nemocnici svá práva, ale zároveň i povinnosti. To je odvrácená strana hospitalizace. Příkladem může být pracovní doba nemocniční kuchyně, která končí v 15 hodin, tudíž pacienti dostávají po celý týden studené večeře. Nebo pracovní doba laboratoří, které ignorují naše pacienty v tom smyslu, že musí být ranní odběry krve a moče odeslány do laboratoře nejpozději do sedmi hodin. Teoreticky víme, že tímto přístupem k uspokojování potřeb pacientů rozhodně nepomáháme, ale prakticky to nemůžeme změnit.

8.4 Změny v prostředí

„Zdravý člověk se pohybuje v určitém, jemu blízkém prostředí. Zná ho, je se vším, co je v něm obsaženo obeznámen. Nejen doma, ale i v práci je *jako doma*. *Doma* se cítí i při různých společenských činnostech a při schůzkách zájmových skupin. Je-li upoután na lůžko, je jeho prostředí relativně ochuzeno. I když leží doma, je stále *doma*. Nic se nemění. Leží-li však v nemocnici, nemá v dosahu to, co by si právě přál. To ho může znepokojit.“(Křivohlavý, 1989)

Uvážíme-li, jakým je dnes nemocnice labyrintem, pak to platí dvojnásob. Setkáváme se s pacienty, ale hlavně jejich blízkými, kteří bloudí, hledají, nemohou nalézt. Na jednotce intenzivní péče je toto prostředí výrazně ochuzeno tím, že většinou pacient jen leží, maximálně jej personál odveze na toaletu. Vše se děje jen v rámci lůžka nebo okolo něj, kde jsou postaveny zástěny, infúzní pumpy, nad hlavou monitor. To vše bývá pro naše pacienty opravdu stresující.

8.5 Změny zájmů

„Ve svém občanském životě měl pacient poměrně široký rozsah zájmů. Zajímal se nejen o domov, ale i o práci a o vše s tím spojené. Zajímal se i o společenské dění. Nyní je upoután na lůžko a cítí se neustále přitahován k jednomu jedinému tématu: ke svému zdravotnímu stavu. Na ten se častokrát až výlučně zužuje okruh jeho zájmů. To nesou těžce lidé kolem něj. Leželi-li pacient doma, dá se to ještě unést. Leží-li však v nemocnici a zjistí-li návštěvníci, že pacient nemá zájem o to, co se děje mimo nemocnici, může je to deprimovat a mohou mu to zazlívat.“ (Křivohlavý, 1989)

V případě pacientů, kteří jsou hospitalizováni poprvé by se to dalo pochopit, protože každý z nás má právo reagovat na nemoc vlastním způsobem, i když s tím okolím nesouhlasí. Ale i přesto se musí ošetrovatelský personál snažit tyto pacienty zabavit a využít i pomoci rodiny nebo spolupacientů, kteří už mají nějakou zkušenost za sebou.

8.6 Změny v citovém stavu

„Občanský život je charakterizován převahou relativně příjemných, pozitivních emocí – řadou důvodů k radosti, určitými jistotami a nadějemi. U člověka upoutaného na lůžko je emocionální sféra kvalitativně jiná. Bolesti, i když jsou tlumeny, přece jen vstupují do pacientova vědomí a zabarvují ho negativně. Na místo jistoty nastupuje nejistota. Pacient neví dost dobře, co se s ním děje a jaká je jeho perspektiva. I když se snažíme hovořit s ním povzbudivě o prognóze nemoci, často se nám to nedaří.“ (Křivohlavý, 1989)

Na prvním místě v tomto případě stojí léčba bolesti. Jsme ti, kdo s ní umí docela dobře bojovat a měl by o tom vědět hlavně náš pacient. Není přece na jednotce intenzivní péče hospitalizován proto, aby zde trpěl bolestí. Na dalším místě stojí boj s nedostatkem informací. Nejen ze strany lékařů, ale hlavně z pohledu ošetrovatelského by měl být pacient informován tak, aby situaci rozuměl a zbytečně netrpěl pocitem úzkosti a strachu. Využít bychom měli pozitivních rodinných vztahů. V případě nutnosti lze využít konzultace psychologa, kterého má nemocnice k dispozici.

8.7 Změny v obsahu vědomí

„I když nám soudobé poznatky o činnosti mozku říkají, že mozek funguje jako *jednokanálové informační zařízení*, přece jen se v něm u zdravého člověka střídá poměrně pestrá, ba přepestrá směs témat. U ležícího pacienta je podstatně zúžena. Dominuje téma vlastního zdravotního stavu a vše ostatní ztrácí naléhavost. Často pacient upadá do takového

druhu myšlení, že *nevidí a neslyší*, ba ani nechce o ničem jiném myslet a hovořit než jen a jen o své nemoci. To však nepomáhá zlepšit jeho psychický stav.“ (Křivohlavý, 1989)

Velmi často, hlavně u pacientů mladší věkové kategorie se setkáváme nejen s myšlenkami na nemoc, ale také s myšlenkami na důsledky nemoci. Je mnoho takových, kteří myslí na to, jak zajistí rodinu, jak se k jejich nemoci postaví zaměstnavatel nebo jak budou splácet půjčky či jiné druhy závazků. Změny v této oblasti jsou zásadními a pro ošetrovatelský personál prakticky neřešitelnými. Tady si myslím, že jsou nesmírně důležité rodinné vztahy a jejich kvalita, která rozhodne o psychické podpoře pacienta.

8.8 Vztah k vlastnímu tělu

„Zdravý člověk do určité míry ovládá své fyzické projevy. Nedělají mu potíže, ba probíhají častokrát tak automaticky, že na ně ani nemusí myslet. Nezabývá se jimi. Tak je možno výstižně definovat termín, kterým chceme říci, že si pacient rozumí. Jinak – jak se zdá – je tomu u ležícího pacienta. Ten najednou svému fyzickému i psychickému stavu *nerozumí*, je samé *proč?* Padá na něj deprese při pomyšlení, že sám nad sebou – nad svým fyzickým i psychickým stavem – ztrácí vládu.“ (Křivohlavý, 1989)

To se projeví zejména v odlišném způsobu uspokojování hlavně fyziologických potřeb, které už není spontánní, ba stává se aktuální tak, že ostatní potřeby pacient odsouvá do pozadí. Zdůrazňuje to i fakt, že k uspokojování potřeb vyžaduje pacient většinou pomoc personálu, protože není schopen spoustu úkonů zvládnout na lůžku sám. Tím je opět kladen i na personál požadavek velké trpělivosti, vstřícnosti a ochoty.

8.9 Změny v sociální interakci

„Doposud byl náš pacient v poměrně živé sociální interakci jak se členy své rodiny, tak se svými spolupracovníky a přáteli. Nyní se podstatně zúžil okruh lidí, s nimiž se stýká, je-li upoután na lůžko. Přibyli však v tomto seznamu jiní lidé. Ti však mají odlišnou charakteristiku. Pro ty první byl pacient *někdo*. Pro ty, s kterými přichází do styku poměrně nově, je též *někdo*, avšak někdo, kdo potřebuje naši pomoc. V prvním uvedeném kladném smyslu slova je *někdo* nyní jeho ošetřující lékař, ba každý lékař, který se v jeho světě objeví. *Někdo* je v tomto smyslu i každá zdravotní sestra, instrumentářka, ba častokrát i sanitářka. Jsou lidé, kteří právě tuto změnu v sociální hierarchii, v žebříčku sociálních postavení a rolí těžce snášejí.“ (Křivohlavý, 1989)

Příkladem mohou být lidé, kteří jsou zvyklí rozhodovat, někoho řídit a nyní jsou v opačné situaci. Jsou těmi, kteří přijímají pokyny, jsou bezmocní, je o nich rozhodováno. Druhou

stranou mince jsou lidé, jimž taková situace plně vyhovuje a rádi se jí poddávají, nechávají o sobě rozhodovat.

Na kardiologické jednotce intenzivní péče nosí zdravotnický personál pěkná červená trička, ale rozlišit pracovníky můžete pouze podle jmenovek. Někdy je ale problém v tom, že jmenovky personál buď vůbec nenosí nebo je písmo na nich tak malé, že je lze jen těžko přečíst. Uvážíme-li věk a častou poruchu smyslových orgánů u našich pacientů, pak mnohdy nastane situace, kdy k lůžku pacienta přichází „kdosi“ a pacient ani neví, s kým má tu „čest“.

8.10 Změny v sociální komunikaci

„S lidmi, s nimiž jsme v občanském životě ve styku, komunikujeme verbálně i neverbálně, bez obtíží. Víme, jak se máme tvářit, víme, co máme říci nebo kdy máme i mlčet. Zvládáme to. U ležícího pacienta je to jiné. Neví, jakou mimiku, tj. jaké výrazy obličeje má volit a jak se má v té či oné situaci tvářit. To, jak se blízko k druhému přiblíží, neurčuje on, ale lékař nebo zdravotní sestra. Do podobných obtíží se dostává v rozhovoru s druhými lidmi. Je-li lékařem nebo zdravotní sestrou tázán, často neví, jak odpovědět. Nedostává se mu odborných slov a chybí mu technické termíny. Někdy si připadá jako školák, který není připraven, a učitel to cítí. To vše mu jeho sebevědomí neposiluje.“ (Křivohlavý, 1989)

Charakteristické pro naše pacienty je, že mnohdy nerozumí svému zdravotnímu stavu a své nemoci vůbec. Jako laici neznají odborné výrazy a neví, jak se v dané situaci chovat, co smí a co nesmí. Z toho důvodu je nesmírně důležitá správná a vhodná komunikace zdravotnického personálu už od počátku. Musíme si uvědomit, jakého máme před sebou pacienta a tomu přizpůsobit i odbornost podávaných informací. Velký důraz by měl být kladen i na zpětnou vazbu. Často narušujeme pacientům jejich intimní zónu, aniž bychom je žádali o souhlas. Dávejme si proto neustále pozor na to, že máme před sebou lidskou bytost, která je nám rovnocenná, zaslouží si respekt, úctu a naši podporu v náročné životní situaci.

8.11 Místo nezávislosti závislost

„Z hlediska hierarchizace vzájemných vztahů byl určitý člověk ve své sociální skupině poměrně vysoko na žebříčku lidí, kteří něco znamenají. Měl sice jako každý z nás někoho nad sebou, ale měl i též někoho pod sebou. V určitém směru měl i poměrnou nezávislost. Nyní nad ním, obrazně řečeno, *leží celá řada lidí*. *Vrch* nad ním má lékař, ale musí poslouchat i jiné členy zdravotnického týmu – i sanitářku. I když se snaží někoho *komandovat*, sám cítí, že to není to pravé.“ (Křivohlavý, 1989)

Pacient vyhledává pomoc zdravotníků proto, aby mu v jeho těžkých chvílích pomohli. To ovšem neznamená jeho závislost na nás. Právě naopak. On sám by měl být za své zdraví zodpovědný, a tudíž by nám měl být partnerem, jenž se aktivně účastní na procesu obnovy zdraví. Jako pacient sice musí dodržovat určité povinnosti, ale má také právo na pochvalu, ocenění. Jestliže se sekáváme s pacienty, kteří se nás snaží „komandovat“, pak bychom měli zjistit důvod, proč tomu tak je a profesionálně na to reagovat.

8.12 Časová perspektiva

„Ve chvílích zdraví žijeme plně daným okamžikem. Jsme si však vědomi toho, co bylo, a hledíme vstříc budoucnosti. U ležícího pacienta se tato časová perspektiva zužuje na *nyní*, případně na dosti zřetelné ohraničené *zítra*. I nad tímto *zítra* však často visí otazník. To klidu nepřidá. Zakrytý výhled působí depresivně. I když určitý pacient může některé změny zvládnout lépe, přece jen je možno říci, že psychický stav ležícího pacienta je změněn, a to jak v sociální sféře – v jeho jednání s druhými lidmi a v jeho rozhovorech s nimi – tak v oblasti jeho emocí, zájmů, myšlenek a perspektiv. S tím vším je třeba počítat. Je možno je kritizovat a to či ono vytýkat. Pravdou však je, že vhodnější než kritika je pokus o porozumění, proč se asi pacient chová určitým způsobem.“ (Křivohlavý, 1989)

Někdy má lékař opravdu těžkou pozici, neboť pacientova prognóza může být nejasná, není dostatek informací, jež by mohl pacientovi poskytnout. Mnohdy ani neumí odpovědět na pacientovy otázky. Přesto všechno by však měl být otevřený, upřímně s pacientem komunikovat, nic mu nezastírat. Ať už bude reakce pacienta jakákoliv, vždy to bude jeho osobitá reakce, na kterou má právo a my bychom ji měli respektovat.

9 SPECIFICKÉ PROBLÉMY CHRONICKY NEMOCNÝCH

Kardiovaskulární choroby a zejména pak ischemická choroba srdeční, jsou bezesporu onemocnění, o nichž můžeme říci, že jsou zpravidla chronická a výrazně omezují kvalitu života pacientů, kteří jimi onemocní. Zdravotníci se v mnoha případech dostávají do situace, kdy se snaží stabilizovat stav svých pacientů a následně je udržet v remisi. Zdaří-li se jim to, pak hovoříme o velkém úspěchu. U nemocných se zpravidla střídá fáze remise, kdy jejich obtíže mizí, s relapsem, nebo-li opětovným padnutím do další fáze choroby, častokrát zhoršené. V takových situacích je pak nezbytné, aby byl ošetřující personál schopen respektovat i nepříjemné a hostilní projevy svých pacientů, protože u nich dochází ke změně v jejich hierarchii potřeb, v životním stylu a k zásadním obrátům v kvalitě života. Péče ošetřujícího personálu by tedy měla vycházet nejen z kvalitní komunikace s nemocnými, ale opírat se i o znalosti lidských potřeb a způsobech jejich uspokojování. Metodou volby se v tomto případě stává ošetrovatelský proces, který je systematickou metodou plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Cílem ošetrovatelského procesu by pak měla být kvalitní ošetrovatelská péče, která uspokojuje individuální potřeby pacientů. Jobánková s kolektivem (2000) autorů pak specifikuje problémy vážně a nevléčitelně nemocných následujícím způsobem.

1. „U nemocných často dochází ke snížení potřeby stimulace ve smyslu omezení preference novosti a rozmanitosti podnětů, nemocný dává přednost těm věcem, které zná a které jej příliš nezahlcují a nevyčerpávají. Podněty nové, neznámé či příliš intenzivní vyvolávají negativní reakci, stažení se do ústraní a odmítání, bez ohledu na to, o jaký typ podnětů jde. Ne každá návštěva, ne každý rozhovor je pro nemocného něčím, co pozitivně přijímá. Proto je potřeba brát ohled na přání nemocného, akceptovat je.
2. Selhávání některých somatických funkcí (např. vyprazdňování, poruchy trávení) vede k regresi na úroveň infantilizované potřeby citového vztahu, bezpečí a závislosti. Nemocný má zvýšenou touhu po emocionální odezvě a pozornosti ze strany personálu a rodinných účastníků. Potřeba sociálního kontaktu, který slouží jako obrana před úzkostí a strachem, je vyjádřena přáním, aby na ně někdo smysluplně mluvil a nezaobíral se jimi pouze profesionálně.

3. Nemocný potřebuje najít smysl toho, čím žije. Učí se hledat životní styl, který by vyhovoval jeho současným podmínkám, který by akceptoval jako přijatelný a který by také zvládl. Frustrace pozitivní budoucnosti je zpracovávána nejružnějšími obrannými mechanismy, které má jedinec k dispozici a užíval je již v minulosti v situaci ohrožení. Toto manévrování obrannými technikami, jimiž se vyrovnává se stresovou situací, bývá často neuvědomělé. Nemocný se může bránit všemi projevy, které byly popsány v pasáži o neadaptivním chování. Často si rovněž zafixuje tendence zvýšeného zaměření na vlastní somatické funkce. Obecně jde o zvýšení citlivosti a pozornosti ke všem somatickým procesům.“ (Jobánková a kol., 2000)

Tyto problémy se však netýkají pouze pacientů s kardiovaskulárním onemocněním, ale i pacientů onkologicky nemocných, pacientů s cévní mozkovou příhodou, s onemocněním tkání nervového systému a mnoha jiných. Středem mého zájmu ale zůstávají pacienti s kardiovaskulárním onemocněním, zejména ve výzkumné části mé práce.

10 MORÁLKA A ETIKA V KOMUNIKACI S PACIENTEM

Pro pacientovo vnímání vlastního stavu a potřeb je důležité, jakým způsobem s ním zdravotnický personál komunikuje, neboť se to promítá do jeho hodnocení ošetřovatelské péče jako celku. Komunikace zdravotnických pracovníků s pacientem, počínaje lékařem a ošetřujícím personálem konče, je jednou z forem sociální interakce. Z ošetřovatelského hlediska a z hlediska budoucího přístupu pacienta k léčebnému režimu, k vlastní nemoci a potřebám je podstatné, jakým způsobem se komunikace mezi jednotlivými účastníky odehrává. Důležité je i to, jakým způsobem tuto situaci vnímá pacient, protože je to právě on, koho se to nejvíce dotýká. Pacient zpravidla stojí v roli člověka závislého na pomoci druhých. Bývá ve svém nitru citlivý, úzkostný, vyplašený a protože je nemoc náročná životná situace, není mnohdy schopen se s ní sám poprat. Zdravotníci stojí v pomyslném žebříčku rolí výše a jsou to oni, koho pacient vyhledává.

V komunikaci s ním hraje roli nejen neverbální složka, ale zejména složka verbální tedy mluvená a jejich formy, jak lze k pacientovi přistupovat. V komunikačním přístupu se rozlišují dva extrémy, které známe pod pojmem evalvace a devalvace. Bohužel v mnoha případech a pro zdravotníky velmi ostudných, se setkáváme s devalvací. Jak tedy můžeme pacienta snadno devalvovat či evalvovat? Pro názornost uvádím několik příkladů, které volně vychází z Křivohlavého (1995).

10.1 Devalvace

Snižujeme-li hodnotu nějakého člověka v očích jiných lidí, eventuelně i v jeho vlastních, v rámci mezilidského jednání, pak hovoříme o devalvací. Devalvace pacienta lze dosáhnout mnoha způsoby.

1. Chováme se k pacientovi hrubě, neuctivě, necitlivě.
2. Jsme pyšní, chováme se nadřazeně nebo pacienta urážíme.
3. Obviňujeme pacienta neprávem, z něčeho ho podezříváme.
4. Bereme pacienta jako nedůvěryhodného, nespolehlivého.
5. Jsme vůči pacientovi nevšímaví, je nám lhostejný.
6. Nenecháme ho hovořit a přerušíme jeho řeč tím, že mu do ní skočíme.
7. Vysmíváme se pacientovi a bagatelizujeme jeho projevy.
8. Nebereme ho jako sobě rovného partnera.

10.2 Evalvace

Evalvací chápeme jako opak devalvace, kdy pacientovi projevujeme respekt a tím mu dáváme najevo, že si ho vážíme, ctíme. Takové evalvační chování ze strany zdravotníků bývá vyjádřeno řadou možností.

1. Jsme k pacientovi slušní, přátelští, empatičtí.
2. Pacienta umíme pochválit, povzbudit.
3. Aktivně pacienta zapojujeme do léčebného režimu, spolupracujeme s ním.
4. Pacientovi důvěřujeme, spoléháme se na něj.
5. Pacient je středem našeho zájmu, který není předstíraný, jsme pozorní.
6. Necháváme pacienta hovořit, nepřerušujeme ho a nasloucháme mu.
7. Bereme pacienta vážně a věříme mu, neodsuzujeme ho.
8. Bereme ho jako sobě rovného partnera.

11 ZKOUMANÝ SOUBOR A POUŽITÉ METODY

11.1 Vzorek respondentů

V empirické části mé bakalářské práce se respondenty stali pacienti kardiologické jednotky intenzivní péče Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. Byli vybíráni náhodně, bez ohledu na věk, pohlaví, typ příjmu a počet hospitalizací. Výjimku tvořili pouze pacienti v bezvědomí a pacienti, u nichž byla kvalitativní porucha vědomí, například jako následek po kardiopulmonální resuscitaci. K naplnění výzkumné části této práce přispěla obrovskou měrou i staniční sestra, která nemocné oslovovala a žádala je o spolupráci. Účast byla samozřejmě dobrovolná. Celkový počet respondentů činí 62, z toho 37 mužů a 25 žen.

11.2 Metoda výzkumu

Použila jsem metodu explorační, z níž jsem si vybrala techniku dotazníku (viz příloha 3, s.83). Jak uvádí Pelikán (1998), je to technika výhodná pro svou dostupnost a možnost oslovit značný počet respondentů. Můj dotazník je anonymní, což zajišťuje pacientům větší otevřenost v odpovědích na otázky, kterých je celkem dvacet. V dotazníku nejsou uvedeny žádné informace ze zdravotnické dokumentace. Otázky jsem vytvořila sama, neboť jsem v dostupné odborné literatuře nenalezla dotazník podobného typu nebo výzkum, který by se daným tématem v potřebném rozsahu zabýval. Potřebami nemocných hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče se ve své absolventské práci zabývá například Petra Mervartová, absolventka bakalářského studia ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové z roku 2006. Ve své práci ovšem zjišťuje potřeby nemocných na různých typech jednotek intenzivní péče. Z jejího dotazníku jsem převzala jednu otázku, které jsem dala číslo šest, možnost b jsem pozměnila, ostatní možnosti jsem ponechala dle původního znění.

V úvodu svého dotazníku zjišťuji, jakou měli pacienti diagnózu, jakého jsou pohlaví, zda byla jejich hospitalizace první nebo opakovaná a jestli byl příjem akutní či plánovaný. Dalšími otázkami jsem pátrala, do jaké míry lékaři podávají informace a jaké kvality má ošetrovatelský personál. Zbytek otázek byl zaměřen na vnímání potřeb a jejich uspokojování či neuspokojování. O potřebách, jež jsou uvedeny v dotazníku jsem podrobněji hovořila v teoretické části. Využila jsem převážně otázek polouzavřených, na něž respondenti odpovídají buď ano nebo ne, ale zároveň mají možnost svou odpověď doplnit nebo vysvětlit. Ve dvou případech jsem využila otázek škálovacích, kde jsem respondentům nabídla

numericke variantu odpovědi v rozsahu od jedné do pěti. Jednička znamená nejméně bodů nebo negativní odpověď, naopak pětka pak bodů nejvíce nebo odpověď pozitivní.

11.3 Výsledky výzkumu

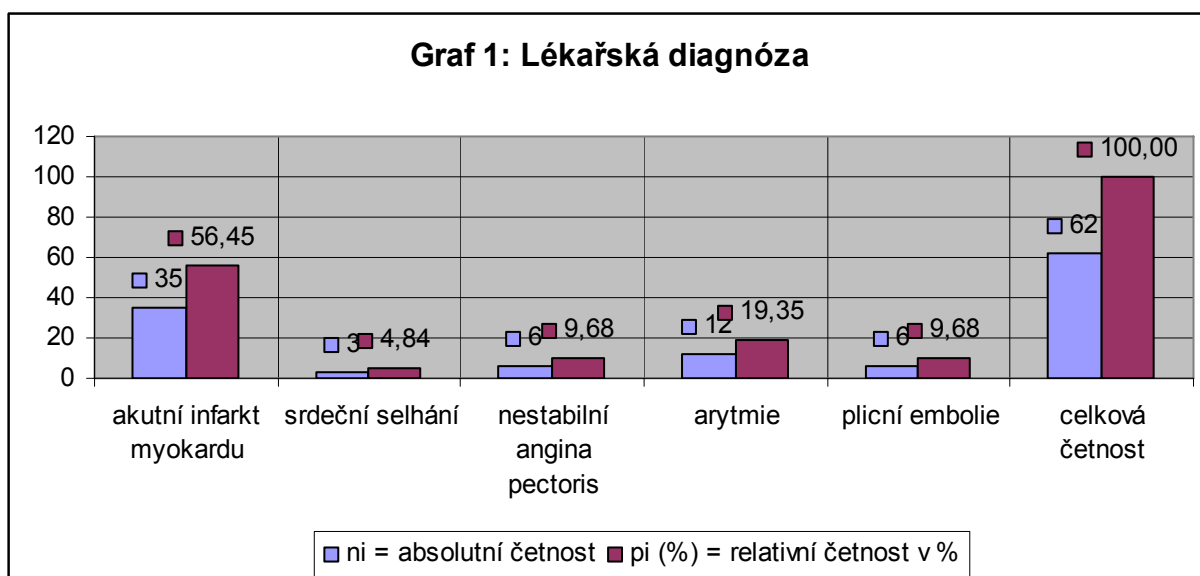
Zjištěná data prezentuji ve frekvenčních tabulkách a zároveň ve sloupcových grafech. Absolutní počet (četnost) je charakterizován veličinou n_i . Relativní četnost p_i (%) je podíl absolutní četnosti ku celkovému rozsahu souboru. V tabulkách ji vyjadřuji v procentech a výsledky zaokrouhluji na dvě desetinná místa. Pro výpočet jsem využila vzorec $p_i = n_i / n \times 100$. Celkový počet (četnost) zkoumaného souboru vyjadřuje veličina n .

12 VÝSLEDKY

12.1 Lékařská diagnóza

Tab. 1: Lékařská diagnóza

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Akutní infarkt myokardu	35	56,45 %
Srdeční selhání	3	4,84 %
Nestabilní angina pectoris	6	9,68 %
Arytmie	12	19,35 %
Plicní embolie	6	9,68 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



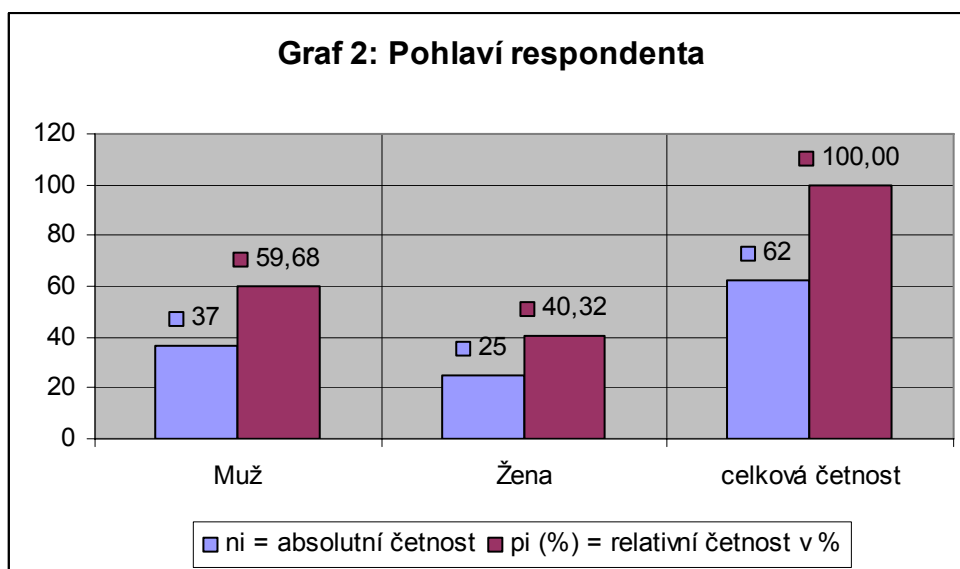
Komentář:

Z celkového počtu 62 respondentů bylo 56,45 % pacientů hospitalizováno s diagnózou akutní infarkt myokardu, u 4,84 % pacientů bylo diagnostikováno srdeční selhání, 9,68 % respondentů trpělo nestabilní anginou pectoris. Diagnózu arytmie mělo 19,35 % respondentů a s plicní embolií bylo hospitalizováno 9,68 % pacientů.

12.2 Pohlaví

Tab. 2: Pohlaví respondenta

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Muž	37	59,68 %
Žena	25	40,32 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



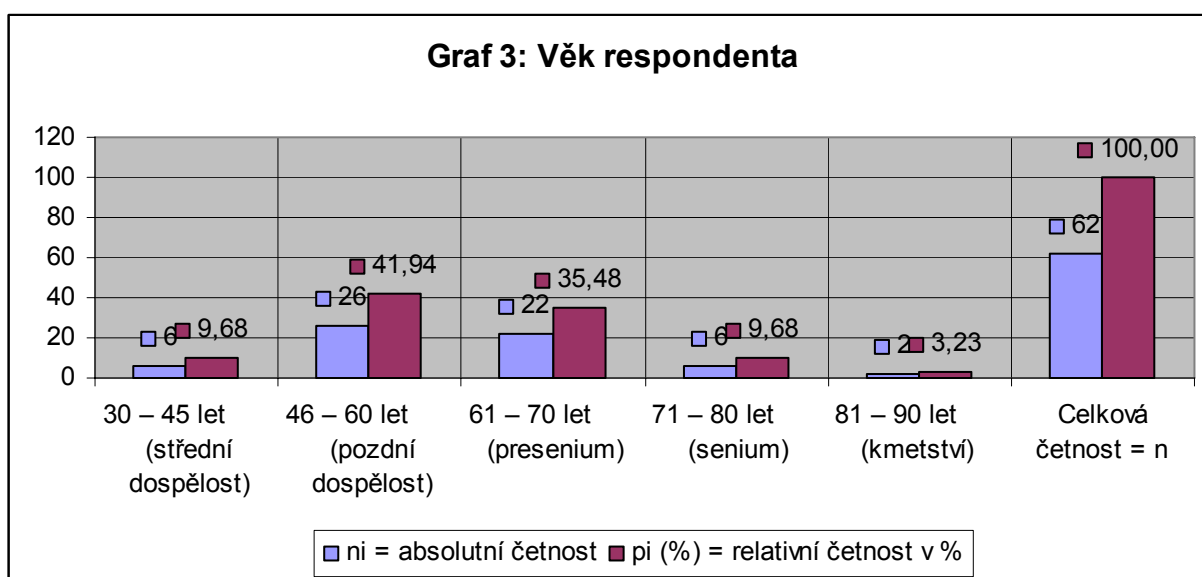
Komentář:

Z celkového počtu 62 pacientů bylo 59,68 % mužů a 40,32 % žen.

12.3 Věk

Tab. 3: Věk respondenta

Odpověď respondenta	n_i absolutní četnost	p_i v % relativní četnost $p_i = n_i/n \times 100$
30 – 45 let (střední dospělost)	6	9,68 %
46 – 60 let (pozdní dospělost)	26	41,94 %
61 – 70 let (presenium)	22	35,48 %
71 – 80 let (senium)	6	9,68 %
81 – 90 let (kmetství)	2	3,23 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



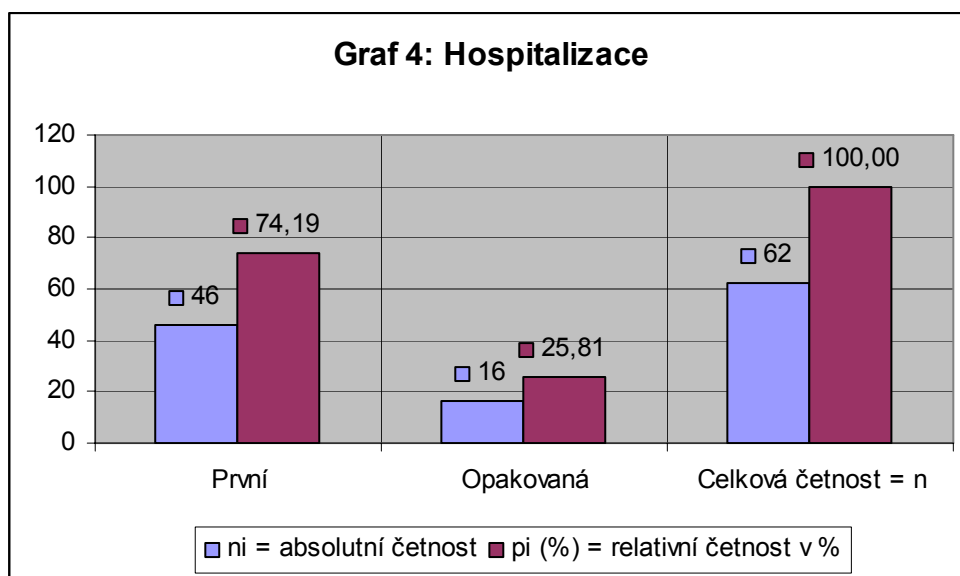
Komentář:

Ve věku mezi 30-45 lety bylo hospitalizováno 9,68 % respondentů, až 41,94 % respondentů mělo věk mezi 46-60 lety a 35,48 % pacientů spadalo věkově do skupiny 61-70 let. Pouze 9,68 % klientů bylo ve věku mezi 71-80 lety a vůbec nejméně, 3,23 % respondentů bylo starších než 81 roků.

12.4 Hospitalizace

Tab. 4: Hospitalizace

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
První	46	74,19 %
Opakovaná	16	25,81 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



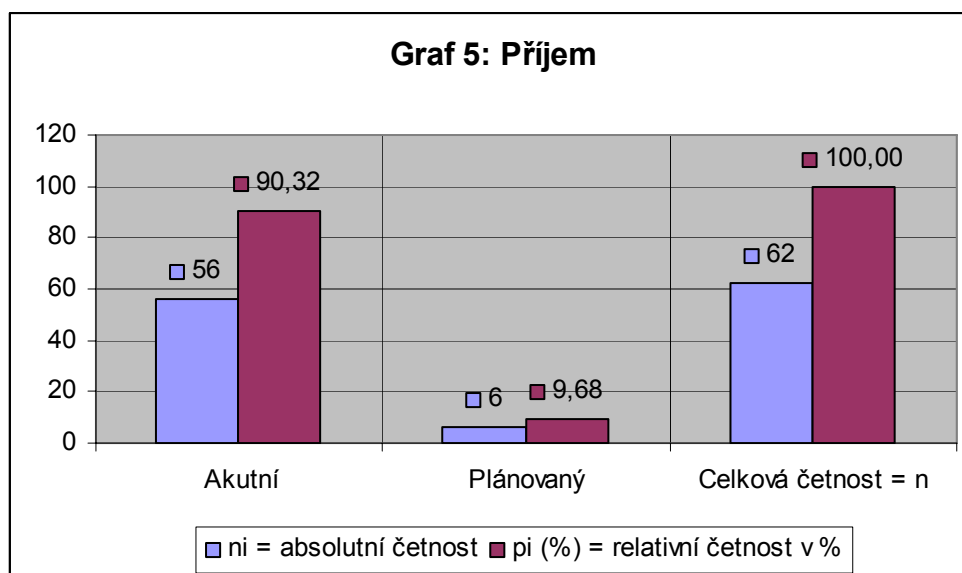
Komentář:

U 74,19 % respondentů to byla hospitalizace první, pouze u 25,81 % klientů byla hospitalizace opakovaná.

12.5 Příjem

Tab. 5: Příjem

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Akutní	56	90,32 %
Plánovaný	6	9,68 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



Komentář:

Až 90,32 % respondentů bylo na kardiologickou jednotku intenzivní péče přijato akutně, plánovaný příjem byl u 9,68 % pacientů.

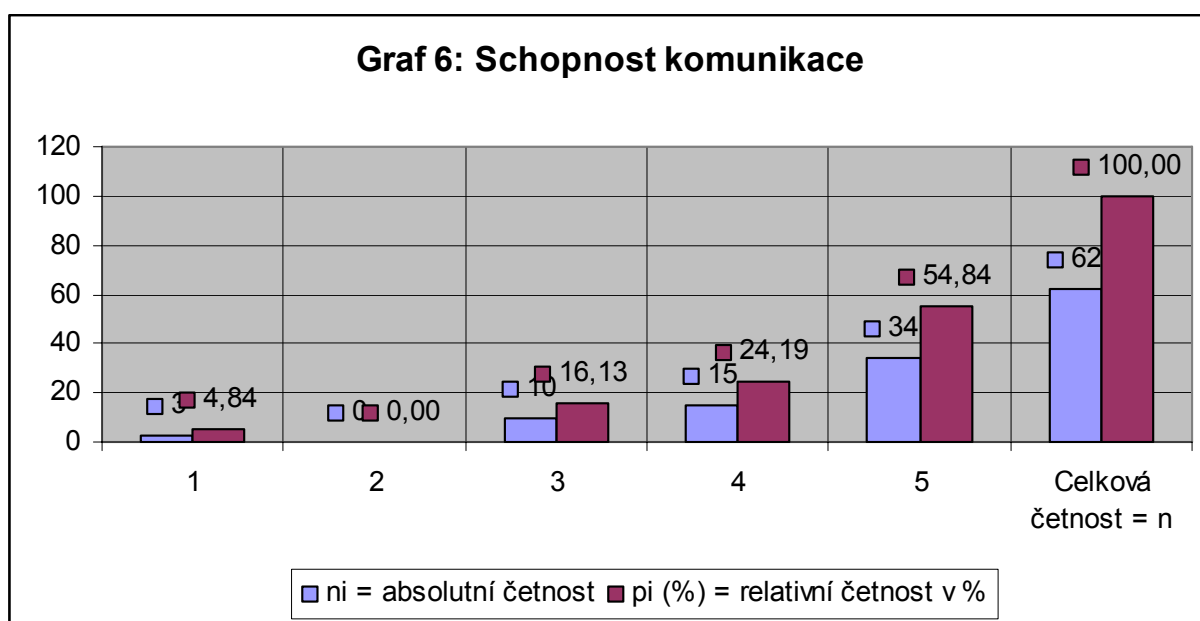
12.6 Jak hodnotíte kvalitu ošetrovatelského personálu z hlediska:

- a) schopnosti komunikace
- b) šetrnosti při ošetřování
- c) vstřícnosti
- d) emotivní podpory

Ohodnoťte škálou bodů 1-5, 1 = nejméně bodů, 5 = nejvíce bodů

Tab. 6: Schopnost komunikace

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
1	3	4,84 %
2	0	0,00 %
3	10	16,13 %
4	15	24,19 %
5	34	54,84 %
Celková četnost = n	62	100,00 %

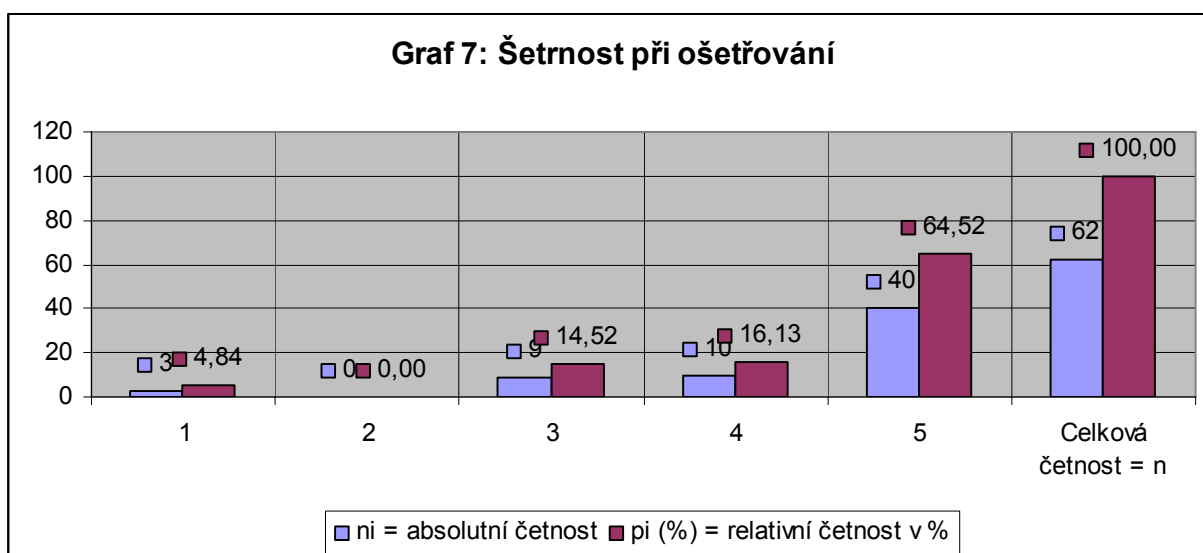


Komentář:

Schopnost personálu komunikovat hodnotili pacienti v 54,84 % nejvyšším hodnocením, tedy 5 body. 4 body udělilo personálu 24,19 % pacientů, 3 body dostal personál od 16,13 % respondentů, 2 body neudělil žádný klient a 1 bod jako nejnižší hodnocení udělilo 4,84 % pacientů.

Tab. 7: Šetrnost při ošetřování

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $p_i = n_i/n \times 100$
1	3	4,84 %
2	0	0,00 %
3	9	14,52 %
4	10	16,13 %
5	40	64,52 %
Celková četnost = n	62	100,00 %

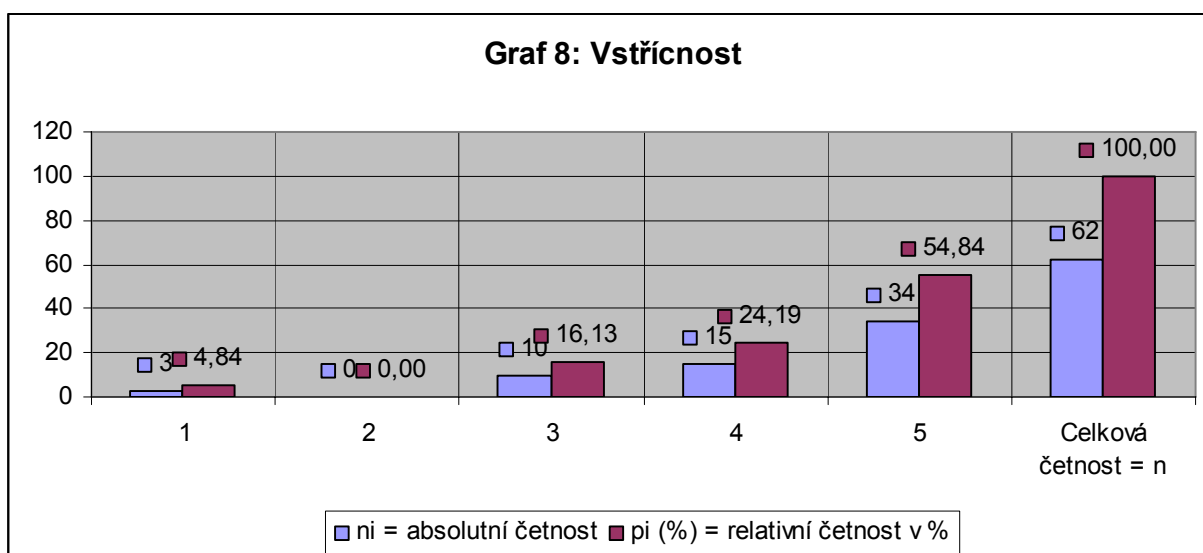


Komentář:

64,52 % respondentů udělilo personálu nejvyšší 5-ti bodové hodnocení za šetrnost při ošetřování, 4 body dalo personálu 16,13 % respondentů, 14,52 % klientů dalo 3 body, 2 body neoznačil ani jeden klient a pouze 4,84 % respondentů hodnotilo šetrnost personálu 1 bodem.

Tab. 8: Vstřícnost personálu

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
1	3	4,84 %
2	0	0,00 %
3	10	16,13 %
4	15	24,19 %
5	34	54,84 %
Celková četnost = n	62	100,00 %

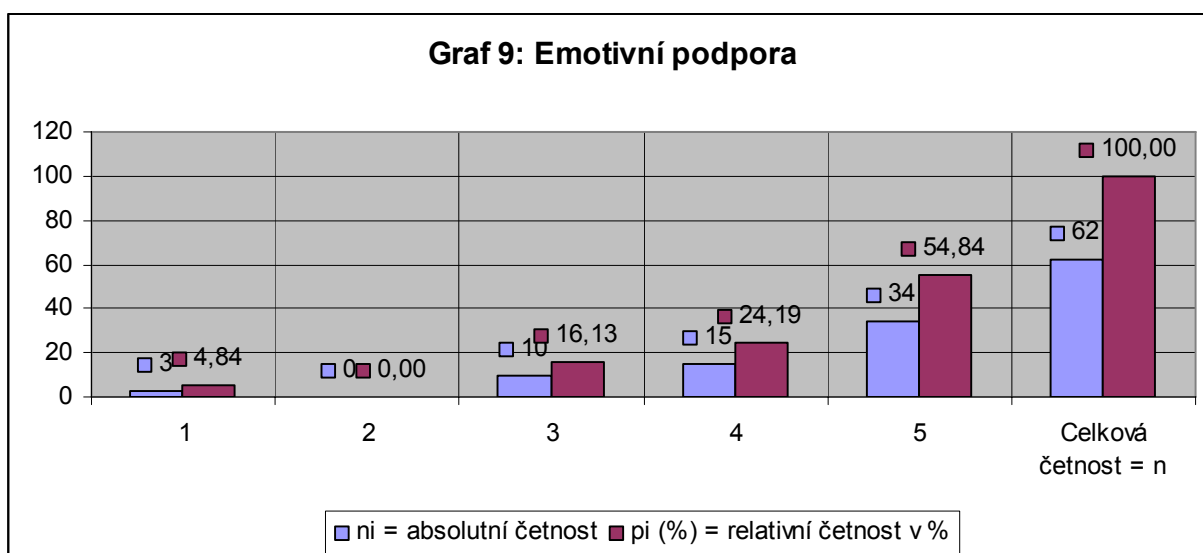


Komentář:

Vstřícnost personálu ohodnotilo až 54,84 % respondentů maximálním počtem 5-ti bodů, 4 body udělilo 24,19 % pacientů, 3 body za vstřícnost dostal personál od 16,13 % pacientů, 2 body neudělil žádný klient a 1 bod označilo pouze 4,84 % respondentů.

Tab. 9: Emotivní podpora

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
1	3	4,84 %
2	0	0,00 %
3	10	16,13 %
4	15	24,19 %
5	34	54,84 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



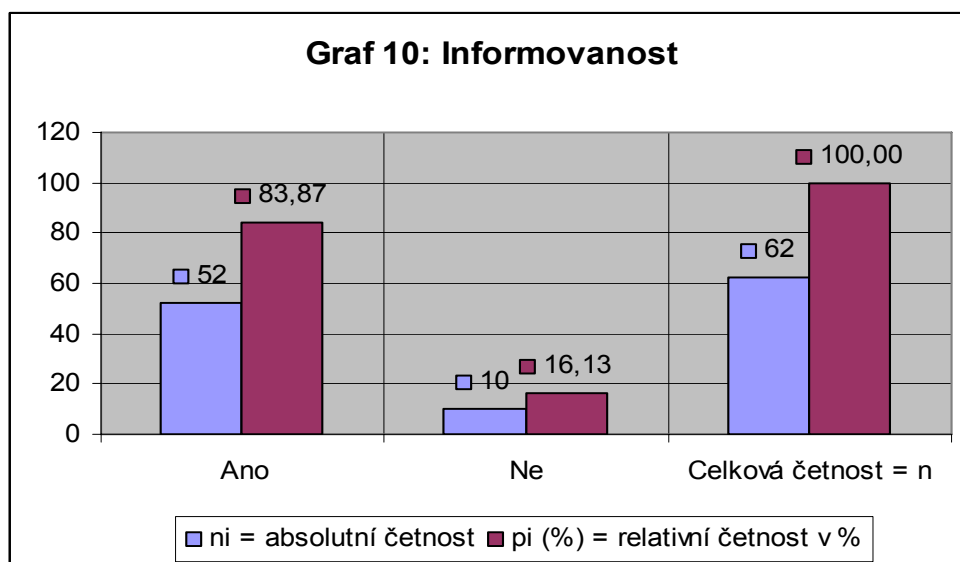
Komentář:

Schopnost personálu poskytnout emotivní podporu hodnotili pacienti v 54,84 % nejvyšším hodnocením, tedy 5 body. 4 body udělilo personálu 24,19 % pacientů, 3 body dostal personál od 16,13 % respondentů, 2 body neudělil žádný klient a 1 bod jako nejnižší hodnocení udělilo 4,84 % pacientů.

12.7 Byly informace poskytnuté lékařem dostatečné?

Tab.10: Informovanost

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Ano	52	83,87 %
Ne	10	16,13 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



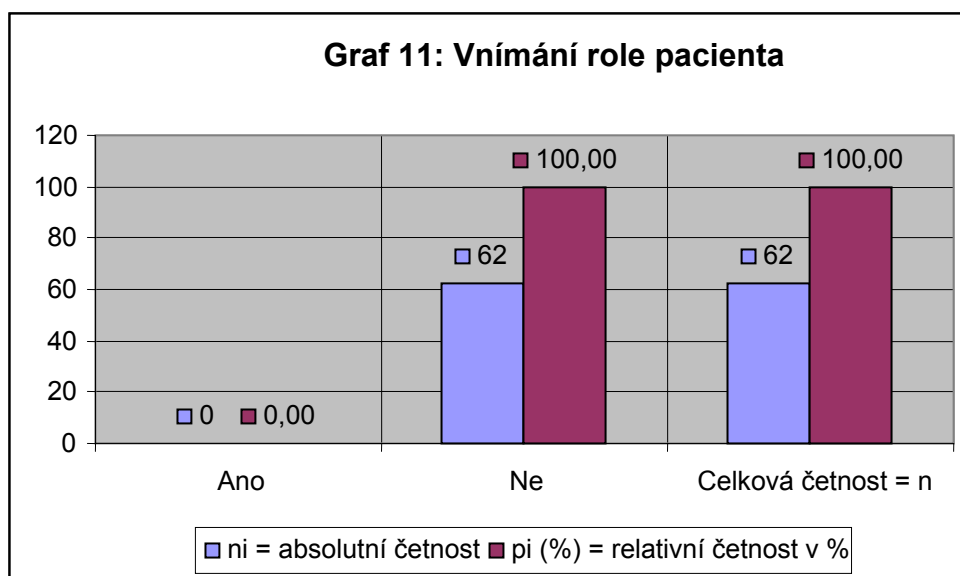
Komentář:

Až 83,87 % respondentů považovalo informace poskytnuté lékařem za dostatečné, pouze pro 16,13 % klientů tomu tak nebylo.

12.8 Vnímá (a) jste roli pacienta jako ponižující?

Tab. 11: Vnímání role pacienta

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Ano	0	0,00 %
Ne	62	100 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



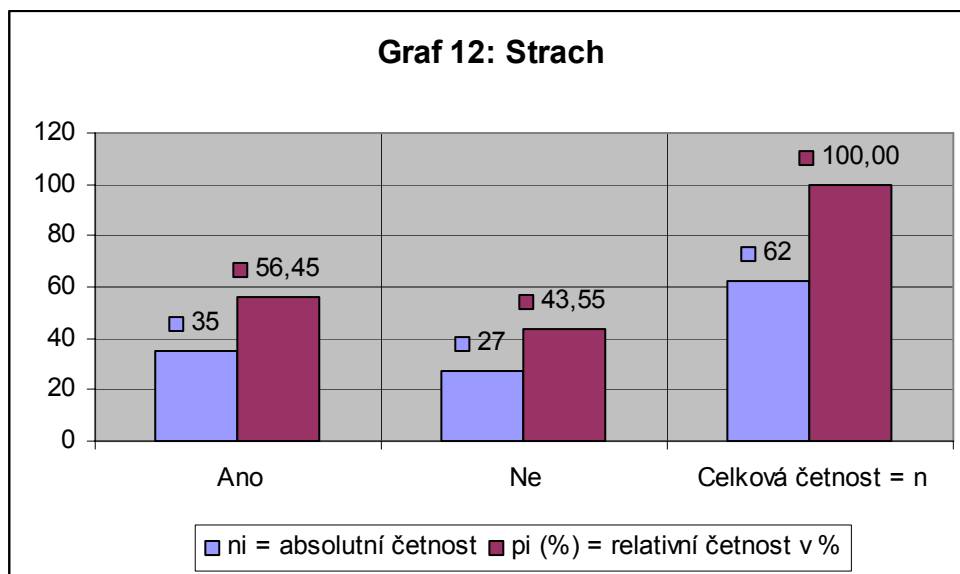
Komentář:

Celých 100 % respondentů z celkového množství 62 nevnímalo roli pacienta jako ponižující.

12.9 Pociťoval (a) jste strach?

Tab. 12: Strach

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Ano	35	56,45 %
Ne	27	43,55 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



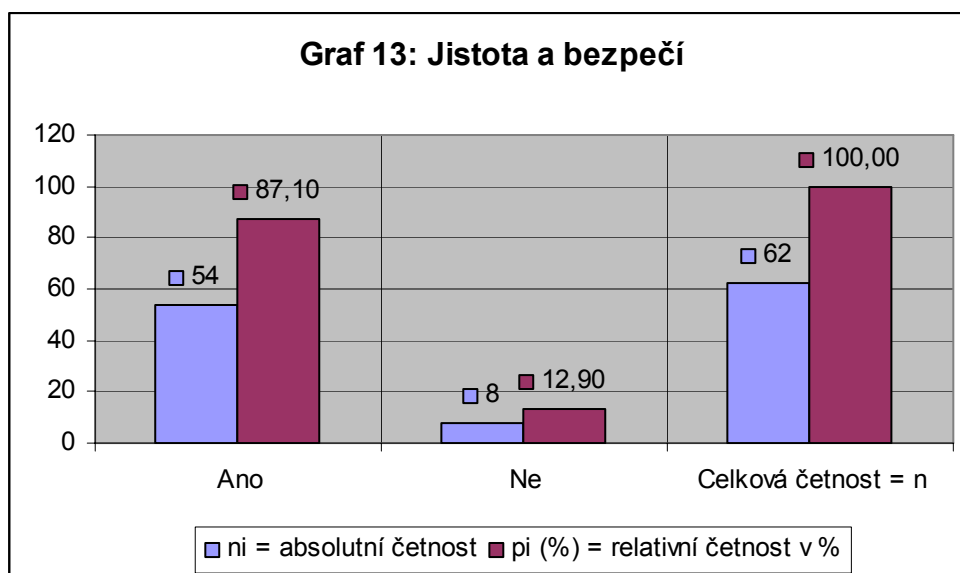
Komentář:

56,45 % respondentů uvedlo, že při hospitalizaci měli strach, přičemž 43,55 % klientů strach nepociťovalo.

12.10 Měl (a) jste pocit jistoty, bezpečí?

Tab. 13: Jistota a bezpečí

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Ano	54	87,10 %
Ne	8	12,90 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



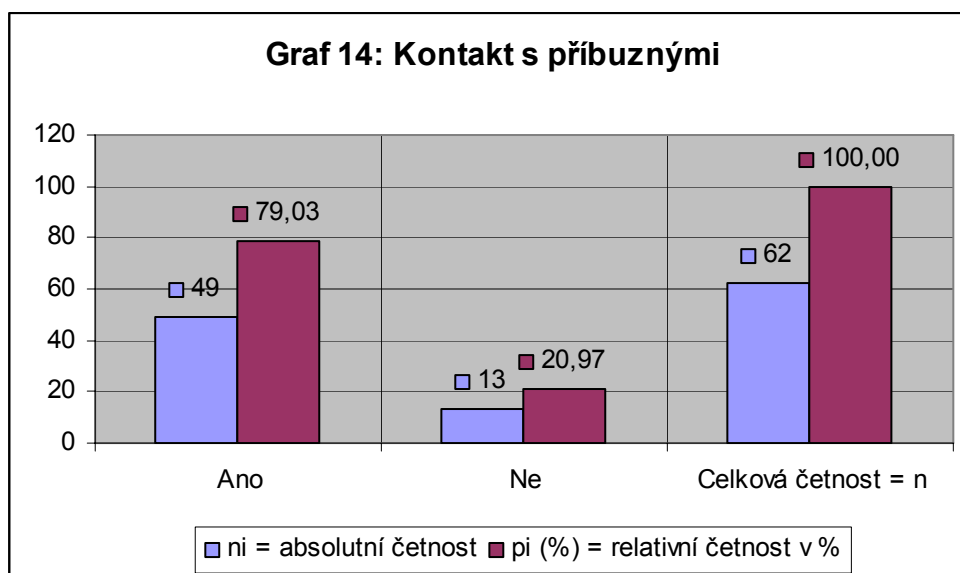
Komentář:

87,10 % respondentů pocívalo pocit jistoty a bezpečí a 12,90 % klientů uvedlo, že pocit jistoty a bezpečí nemělo.

12.11 Měl (a) jste dostatek kontaktu s příbuznými?

Tab. 14: Kontakt s příbuznými

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Ano	49	79,03 %
Ne	13	20,97 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



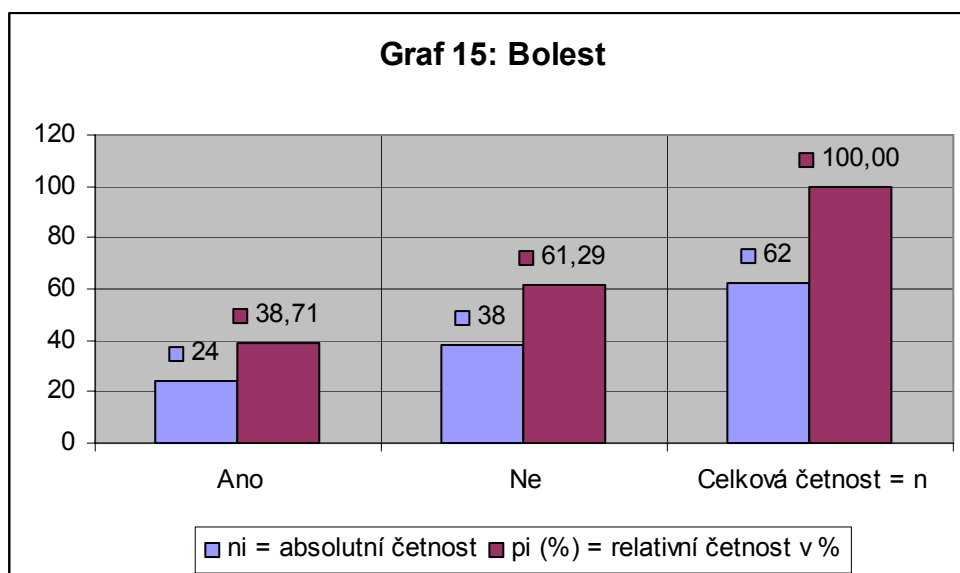
Komentář:

Až 79,03 % respondentů mělo dostatek kontaktu s příbuznými a 20,97 % klientů kontakt s příbuznými nemělo.

12.12 Trpěl (a) jste během hospitalizace na JIP bolestí?

Tab. 15: Bolest

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Ano	24	38,71 %
Ne	38	61,29 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



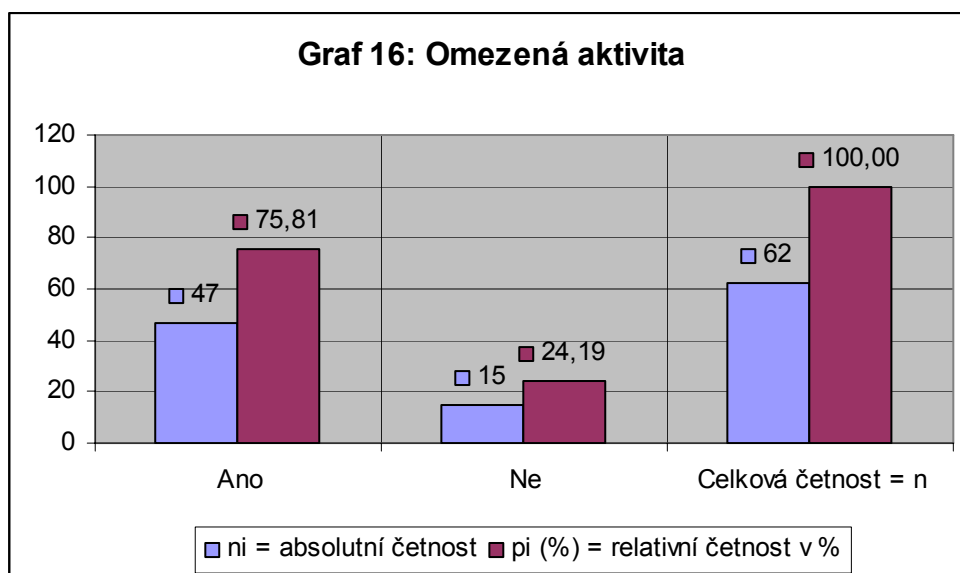
Komentář:

Pouze 38,71 % respondentů trpělo během hospitalizace bolestí a 61,29 % klientů bolest nepocíťovalo.

12.13 Byla nějakým způsobem omezena Vaše pohybová aktivita?

Tab. 16: Omezená aktivita

Odpověď respondenta	n_i absolutní četnost	p_i v % relativní četnost $p_i = n_i/n \times 100$
Ano	47	75,81 %
Ne	15	24,19 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



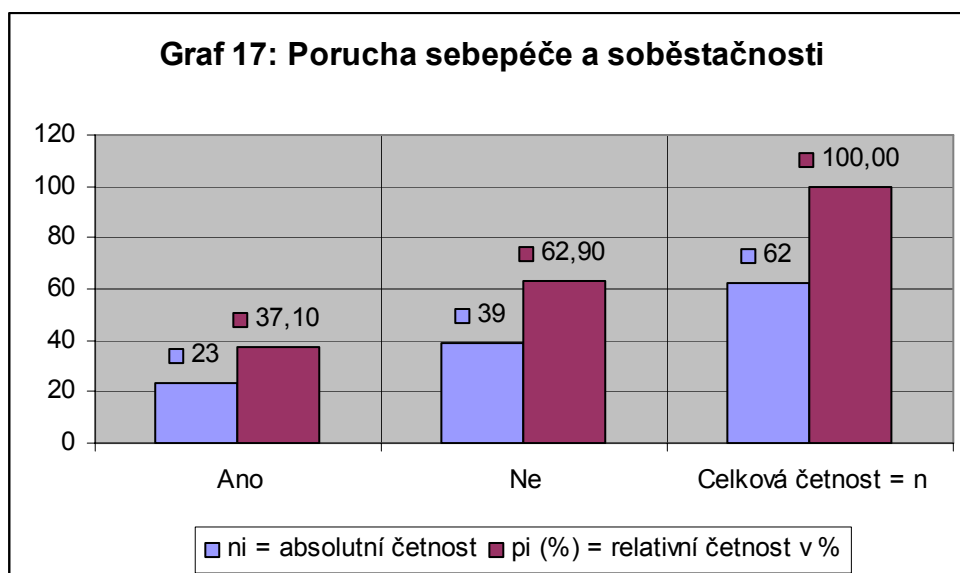
Komentář:

Až 75,81 % respondentů uvedlo, že byla jejich pohybová aktivita omezená a 24,19 % omezení pohybové aktivity nepociťovalo.

12.14 Byla narušena Vaše schopnost sebezpečí a soběstačnosti?

Tab. 17: Porucha sebezpečí a soběstačnosti

Odpověď respondenta	n _i absolutní četnost	p _i v % relativní četnost $p_i = n_i/n \times 100$
Ano	23	37,10 %
Ne	39	62,90 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



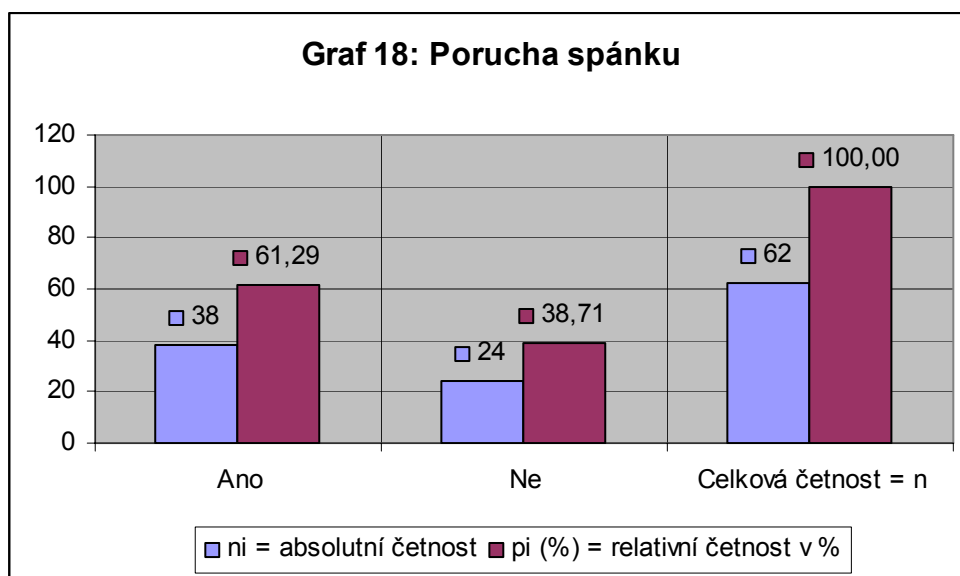
Komentář:

U 37,10 % respondentů byla schopnost sebezpečí a soběstačnosti narušena a 62,90 % klientů uvedlo, že schopnost sebezpečí a soběstačnost narušena nebyla.

12.15 Měl (a) jste problémy s nespavostí nebo jinou poruchu spánku?

Tab. 18: Porucha spánku

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Ano	38	61,29 %
Ne	24	38,71 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



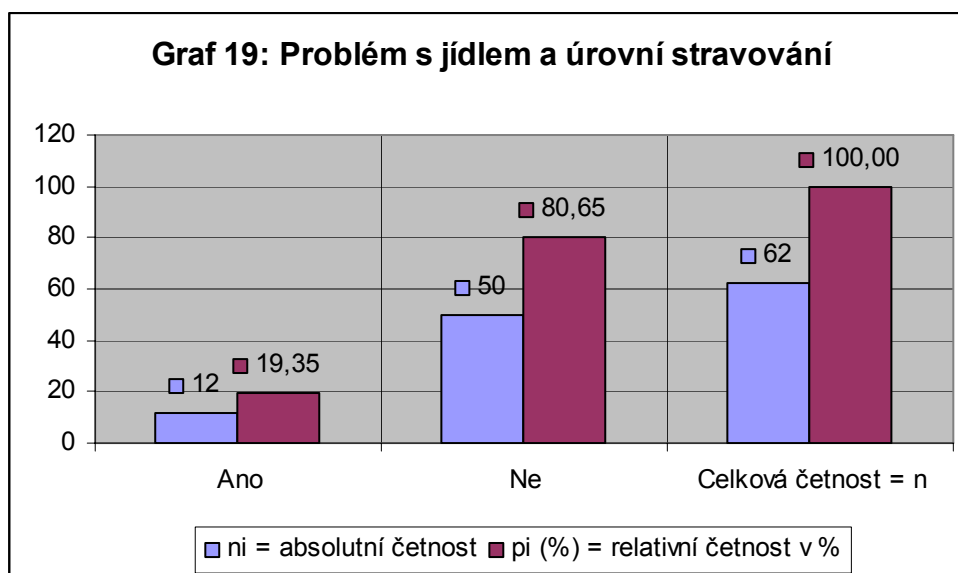
Komentář:

Problém se spánkem mělo 61,29 % respondentů a 38,71 % pacientů žádný problém se spánkem nemělo.

12.16 Měl (a) jste problém s kvalitou jídla a úrovní stravování?

Tab. 19: Problém s jídlem a úrovní stravování

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Ano	12	19,35 %
Ne	50	80,65 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



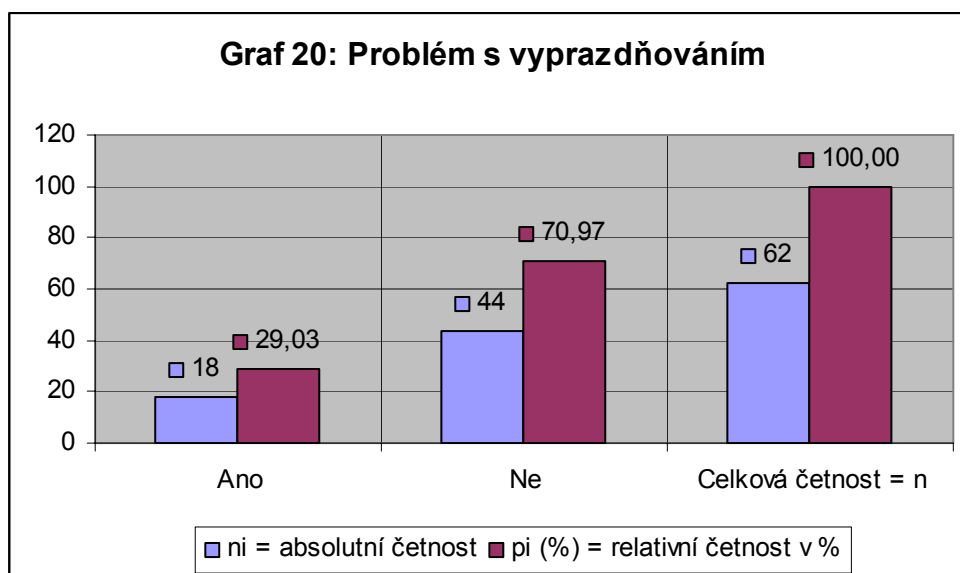
Komentář:

Pouze 19,35 % klientů mělo problém s kvalitou jídla a úrovní stravování. Až 80,65 % respondentů neuvvedlo žádný problém s kvalitou jídla a úrovní stravování.

12.17 Pociťoval (a) jste nepříjemně zhoršený komfort při vyprazdňování?

Tab. 20: Problém s vyprazdňováním

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Ano	18	29,03 %
Ne	44	70,97 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



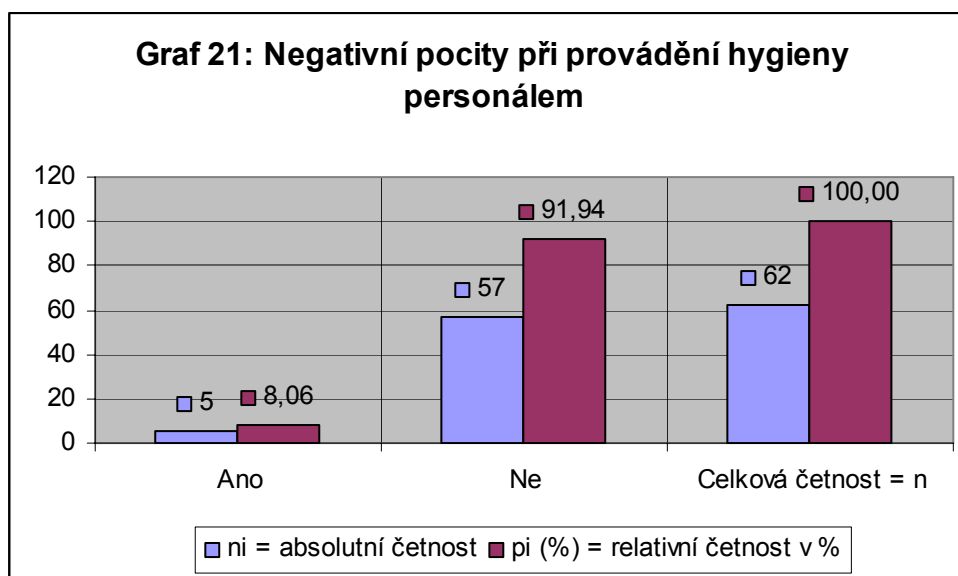
Komentář:

Zhoršený komfort při vyprazdňování pociťovalo 29,03 % respondentů a 70,97 % klientů zhoršený komfort nepociťovalo.

12.18 Pociťoval (a) jste nepříjemně hygienu prováděnou ošetřujícím personálem?

Tab. 21: Negativní pocity při provádění hygieny personálem

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Ano	5	8,06 %
Ne	57	91,94 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



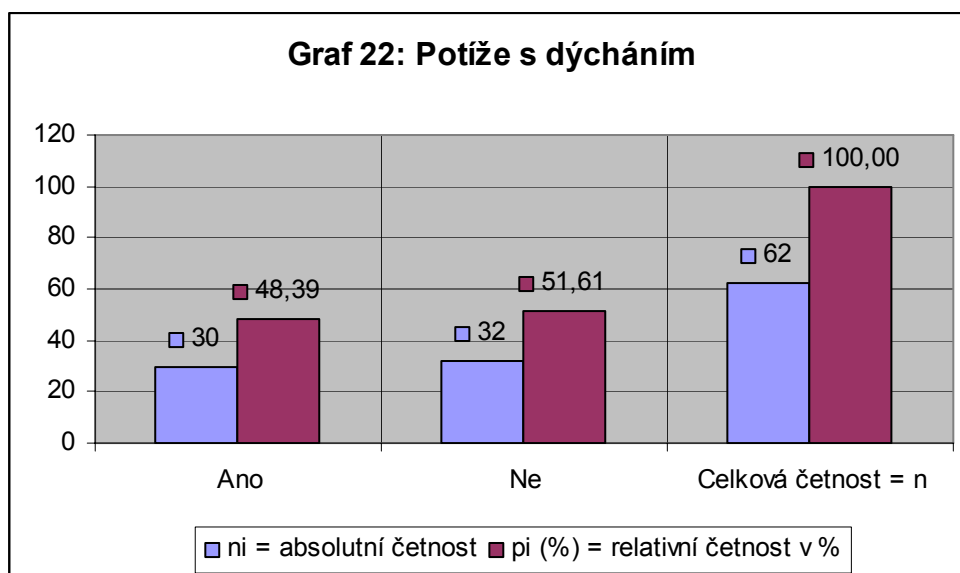
Komentář:

8,06 % klientů vnímalo nepříjemně hygienu prováděnou ošetřujícím personálem a 91,94 % respondentů nepříjemné pocity při hygieně nepociťovalo.

12.19 Měl jste problém s dýcháním?

Tab. 22: Potíže s dýcháním

Odpověď respondenta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
Ano	30	48,39 %
Ne	32	51,61 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



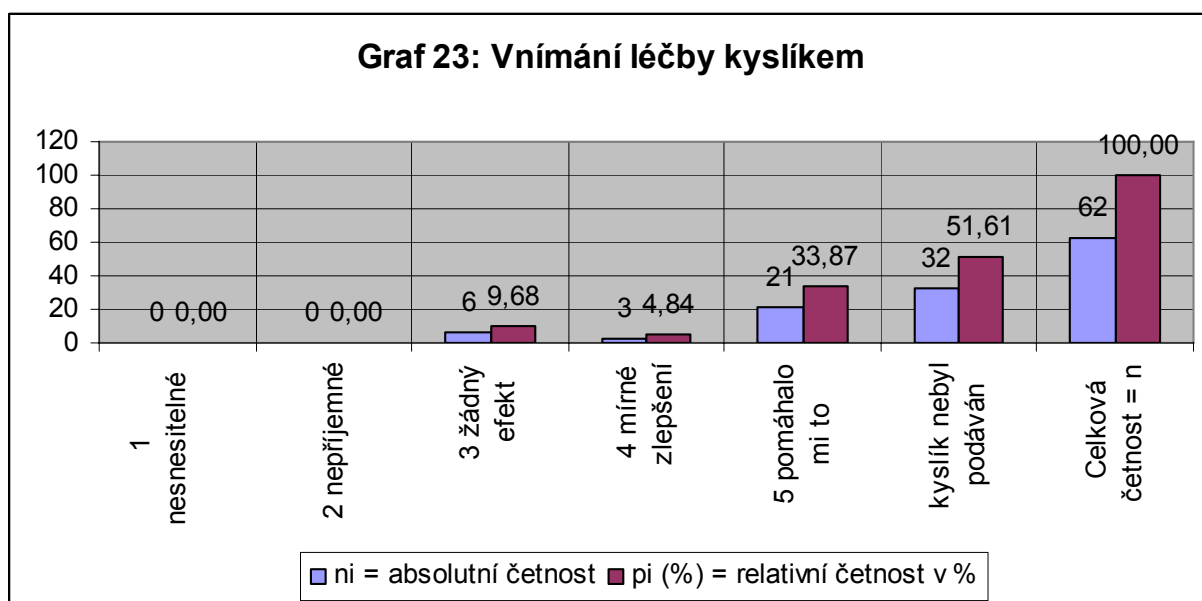
Komentář:

Problém s dýcháním mělo 48,39 % respondentů a 51,61 % pacientů tento problém nemělo.

12.20 Pokud Vám byl podáván kyslík, jak jste vnímal (a) tuto léčbu?

Tab. 23: Vnímání léčby kyslíkem

Odpověď pacienta	ni absolutní četnost	pi v % relativní četnost $pi = ni/n \times 100$
1 (bylo to nesnesitelné)	0	0,00 %
2 (bylo to nepříjemné)	0	0,00 %
3 (necítil/a jsem žádný efekt)	6	9,68 %
4 (cítil/a jsem mírné zlepšení)	3	4,84 %
5 (pomáhalo mi to)	21	33,87 %
Kyslík mi nebyl podáván	32	51,61 %
Celková četnost = n	62	100,00 %



Komentář:

Možnosti 1 a 2 neuvedl žádný respondent, možnost 3 uvedlo 9,68 % respondentů, kteří nepocítovali při léčbě kyslíkem žádný efekt, možnost 4 uvedlo 4,84 % respondentů, kteří cítili při léčbě kyslíkem mírné zlepšení a možnost 5 uvedlo 33,87 % respondentů, protože cítili, že jim terapie kyslíkem pomáhá. U 51,61 % pacientů kyslík nebyl podáván.

13 DISKUSE

Nyní se budu podrobněji věnovat jednotlivým konkrétním otázkám tak, jak byly položeny v dotazníku (viz příloha 3, s. 83) a pokusím se rozebrat nejdůležitější získané výsledky.

Otázka 1. Lékařská diagnóza

Z mého výzkumu vyplývá, že 56,45 %, tedy více jak polovina respondentů, byla na kardiologické jednotce intenzivní péče hospitalizována s akutním infarktem myokardu. U všech pacientů byla v rámci léčby provedena perkutánní koronární angioplastika. Je to moderní léčebná metoda, díky které se hospitalizace pacientů s infarktem myokardu výrazně zkrátila oproti dřívější době, kdy zůstávali pacienti v nemocnici až tři týdny. Zároveň ubylo komplikací spojených s podáváním trombolitik a antikoagulancií. To vše je velkou předností a výhodou pro naše pacienty, protože akutní infarkt myokardu je v dnešní době opravdu velmi častou diagnózou. Myslím si, že je to způsobeno rychlým a uspěchaným životním stylem a všude přítomným stresem. Mnoho z nás nemá čas na odpočinek, nemá aktivní pohyb, nepravidelně se stravuje nebo nedodržuje zásady zdravé výživy. To je pouze část faktorů, které se podílejí na vzniku tohoto onemocnění. Přesto jsou to však faktory, které může každý člověk vědomě a aktivně ovlivnit. Se srdečním selháním bylo hospitalizováno 4,84 % respondentů a s nestabilní anginou pectoris 9,68 % respondentů. Jsou to diagnózy zastoupené vzhledem k akutnímu infarktu myokardu ve velmi malém procentu. Zpravidla se jednalo o pacienty chronicky nemocné, u kterých došlo k dekompenzaci onemocnění. Druhou, nejčastěji se vyskytující diagnózou byla arytmie, která byla léčebně řešena buď farmakologicky, pomocí kardioverze nebo zavedením trvalého kardiostimulátoru. S plicní embolií bylo hospitalizováno 9,68 % respondentů, což je dle mého názoru rovněž celkem nízké procento výskytu této diagnózy.

Otázka 2. Pohlaví

Z celkového počtu 62 respondentů bylo 59,68 % respondentů mužského pohlaví a 40,32 % ženského pohlaví. Mužů bylo o něco málo více než polovina, což je dle mého názoru malý rozdíl. Uvádí se, že muži bývají kardiovaskulárními chorobami postiženi o něco více než ženy. U žen pak bývá nástup těchto chorob o několik let později než u mužů. V dnešní době se však počet nemocných žen zvyšuje, což ukazuje i výsledek mého výzkumu.

Otázka 3. Věk

Velmi překvapivé bylo zjištění, že 9,68 % respondentů bylo na kardiologické jednotce intenzivní péče hospitalizováno ve velmi nízkém věku 30-45 let. Skoro všichni měli akutní infarkt myokardu, ve dvou případech měli respondenti arytmií. Myslím si, že takto mladí lidé ještě nemají v nemocnici „co pohledávat“. V dnešní době se bohužel posouvá věk nemocných kardiovaskulárními chorobami do nižších věkových kategorií. Upozorňuje na to řada rozsáhlých výzkumů a výsledky mého výzkumu i na tak malém vzorku respondentů to potvrzují. Nejvyšší počet respondentů 41,94 % byli pacienti, jejichž věk se pohyboval mezi 46-60 lety. Je to období pozdní dospělosti, ve kterém jsou zpravidla respondenti ještě pracovně činní. Domnívám se, že na zdravotní stav těchto respondentů má mimo jiné velký negativní vliv dnešní doba. Ta je charakterizována uspěchaným životním stylem, vysokým pracovním nasazením a stresem. S tím bychom měli jako zdravotníci něco dělat, za pomoci pedagogů a vychovatelů. Nesmírně důležitá je prevence, která by měla pramenit z důkladné edukace celé rodiny a ze správné výchovy našich dětí. Až 35,48 % respondentů bylo ve věku mezi 61-70 lety, což je zřejmě i důsledek předchozího období a celkového opotřebování organismu. Pak si myslím, že úkolem zdravotníků je naučit pacienty s onemocněním žít a dodržovat zásady stanovené léčby. U 9,68 % respondentů se věk pohyboval mezi 71-80 lety a pouze 3,23 % klientů bylo starších než 81 let.

Otázka 4. Hospitalizace

Výzkumem jsem zjistila, že u 74,19 % respondentů se jednalo o první hospitalizaci na kardiologické jednotce intenzivní péče v Ústí nad Labem. Domnívám se, že toto vysoké procento je důsledkem existence jednoho katetrizačního pracoviště na celý ústecký kraj a tudíž širokou spádovou oblastí. U pouhých 25,81 % pacientů byla hospitalizace opakovaná a jednalo se o pacienty žijící v Ústí nad Labem.

Otázka 5. Příjem

Srdeční činnost je jednou z vitálních funkcí a hrozí-li její selhání, pak musí být pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče, kde je kontinuálně monitorován. Kardiovaskulární onemocnění ohrožují pacienty na životě přímo, protože hrozí selhání jejich srdce jako pumpy. Až 90,32 % respondentů bylo přijato akutně na kardiologickou jednotku intenzivní péče, kde výzkum probíhal. Pouze 9,68 % pacientů bylo přijato plánovaně. V těchto případech se jednalo o pacienty přijaté k provedení kardioverze nebo k zavedení trvalého kardiostimulátoru.

Otázka 6. Jak hodnotíte kvalitu ošetrovatelského personálu z hlediska:

a) schopnosti komunikace

U této škálovací otázky dávali respondenti body 1-5, přičemž 1 znamená nejméně bodů a tudíž nejhorší hodnocení a 5 pak nejvíce bodů a nejlepší hodnocení. Pouhých 4,84 % respondentů ohodnotilo komunikační schopnosti ošetrovatelského personálu jedním bodem. Dva body neudělil žádný klient. To je pro ošetrovatelský personál velmi kladné hodnocení. Třemi body ohodnotilo personál 16,13 % pacientů. Není to dle mého názoru nijak vysoké číslo, přesto však tito pacienti museli mít důvod, aby tuto možnost označili. Pacienti, kteří označili 1, 2 nebo 3 byli možná komunikativní typy a měli pocit, že se jim nedostalo patřičné pozornosti. Mohli to však být také pacienti, kteří měli „štěstí“ na nepříliš sdílnou sestru. Ať už však byl důvod tohoto pacientova vnímání jakýkoliv, neměl by u pacientů vůbec vznikat. Překvapujícím a pro ošetrovatelský personál velmi pozitivním výsledkem je hodnocení čtyřmi body od 24,19 % a pěti body od 54,84 % respondentů. Dokazuje to jediné. Že je personál tohoto oddělení schopen komunikovat s pacienty na vysoké úrovni.

b) šetrnosti při ošetřování

Zde hodnotilo šetrnost 4,84 % respondentů jedním bodem. Třemi body hodnotilo 14,52 % pacientů. Čtyři body za šetrnost při ošetřování dalo 16,13 %. Absolutně nejvyšší hodnocení pěti body uvedlo 64,52 %. Je to v mých očích rovněž perfektní hodnocení, protože bolesti a nepříjemností „umí“ ošetřující personál způsobit dost. Mluvím z vlastní zkušenosti. Nejen z pozice zdravotní sestry, ale i z pozice pacienta. Ne vždy se podaří pacientovi odebrat krev ze žíly napoprvé nebo na první pokus zavést periferní žilní katétr. Existuje řada různorodých průzkumů této problematiky a stejně jako můj výzkum všechny shodně dokazují, že šetrnost zdravotníků vnímají pacienti úplně jinak, než si myslíme. Řada pacientů přijme opakované „ubližování“ a bolest od sestry, která se umí omluvit, požádat o nový pokus a být slušná mnohem raději než od sestry, která sice „napíchne“ napoprvé, ale je přitom hrubá a nešetrná. Proto bychom měli v ošetrovatelské péči obecně, neustále apelovat na slušné chování a respektování osobnosti pacienta.

c) vstřícnosti

Pouhých 4,84 % respondentů ohodnotilo vstřícnost ošetrovatelského personálu jedním bodem. Dva body neudělil žádný klient. Tři body dalo 16,13 % pacientů. Celkově byly možnosti 1, 2 a 3 body využity malým procentem klientů. Milým překvapením je 24,19 %

respondentů, kteří hodnotili vstřícnost čtyřmi body a vynikající je, že více než polovina tedy 54,84 % klientů, udělila pět bodů.

d) emotivní podpory

Domnívám se, že vstřícnost, komunikace a emotivní podpora spolu úzce souvisí a chápou to tak zřejmě i respondenti mého výzkumu, neboť zde nalezneme stejné výsledky jako u možností 6a) a 6c). Výsledky jsou opravdu výborné, protože právě při první hospitalizaci a zhoršeném zdravotním stavu potřebuje mít pacient pocit, že není sám a že při něm stojí někdo, kdo mu chce pomoci. Hodnocením čtyřmi (24,19 %) a pěti body (54,84 %) respondenti poukázali na to, že ošetřující personál této jednotky intenzivní péče umí poskytnout i emotivní podporu.

Nyní bych se ráda vrátila k prvnímu cíli své bakalářské práce. Dala jsem si za úkol zjistit, **jak pacienti hodnotí přístup zdravotnického personálu**. Zhodnocením odpovědí na otázku 6. jsem získala dle mého názoru velmi uspokojivé výsledky. Nízké procento (4,84 %) respondentů ohodnotilo nejmenším počtem bodů. Naopak vysoké hodnocení čtyřmi body (24,19 %) a pěti body (54,84 %) použilo celkem 79,03 % respondentů. Domnívám se, že tyto výsledky svědčí o kvalitách zdravotnického personálu kardiologické jednotky intenzivní péče a že ošetrovatelská péče je zde poskytována na dobré úrovni.

Otázka 7. Byly informace poskytnuté lékařem dostatečné?

V dnešní době často slýcháme z úst zejména ambulantních pacientů výtky k nedostatečnosti komunikace lékaře s pacientem. Někteří pacienti tak z ordinací odchází nazlobení, v mnoha případech je pro ně jejich nemoc „velká neznámá“. Sama mám špatné zkušenosti i přesto, že jsem zdravotnice. Z tohoto důvodu mne velmi zajímalo, jaké budou odpovědi v mém výzkumu. Absolutně překvapujících je 83,87 % respondentů, kteří považovali informace poskytnuté lékařem za dostatečné. Z toho mi plyne, že pro 83,87 % pacientů jsou lékaři kardiologické jednotky intenzivní péče všímaví a dostatečně sdílní. Zřejmě i odborné informace podávají takovým způsobem, že jim pacienti rozumí. Pouhých 16,13 % nepovažovalo informace za dostatečné. Možná byl důvodem nedostatek informací, špatný způsob jejich podání nebo informacím neporozuměli. Dnes už to nezjistím, protože ani jeden z těchto klientů svou odpověď v dotazníku nezdůvodnil, i přesto, že měl možnost.

Otázka 8. Vnímá (a) jste roli pacienta jako ponižující?

U této otázky pro mne bylo naprosto překvapivé zjištění, že celých 100 % klientů nevnímalo roli pacienta jako ponižující. Předpokládala bych, že budou situace, které budou pacienti této jednotky intenzivní péče vnímat jako ponižující. Například sporé oděnění (anděl), vyprazdňování na lůžku nebo dočasná ztráta soběstačnosti a schopnosti sebezpěče. Někdy se v této roli může pacient cítit nepříjemně i díky devalvačnímu chování zdravotníků. Přesto tomu tak nebylo a opět se mi potvrdilo, že jako zdravotní sestra vnímám tyto situace zcela odlišně, než je vnímají pacienti mého výzkumu. Ošetřující personál tohoto oddělení své pacienty zřejmě nedevaluje nebo jeho chování není jako devalvační vnímáno, což dokazuje výsledek této otázky.

Otázka 9. Pociťoval (a) jste strach?

Tuto otázku jsem do svého dotazníku uvedla záměrně, neboť druhým cílem mé bakalářské práce byla snaha zjistit, **pociťují-li pacienti strach a z čeho konkrétně**. U této otázky bych očekávala v celku jednoznačné odpovědi ano, přesto jsem se dočkala jiného výsledku. Strach pociťovalo 56,45 % respondentů, na rozdíl od 43,55 % klientů, kteří strach nepociťovali. Usuzovala bych, že problém se srdcem, hospitalizace na jednotce intenzivní péče, kontinuální pozornost a přítomnost zdravotníků a neznalost situace, automaticky vyvolá v pacientovi strach. Zřejmě tomu tak nebylo. Proto mne velmi zajímalo, proč pacienti strach nepociťovali. Možná se styděli to přiznat nejen do dotazníku, ale hlavně sami sobě, možná ho neměli díky profesionálnímu přístupu zdravotníků, kterým plně důvěřovali. Respondenti měli možnost doplnit svou odpověď, učinili tak však jen někteří. Jako nejčastější důvody strachu respondenti uváděli obavy z budoucnosti, nejistotu, z výkonu, ze smrti a strach o sebe samého. Všechny důvody jsem očekávala, neboť kardiovaskulární choroby s sebou přináší zásadní změny v životě, životním stylu, mnohdy musí pacient i změnit povolání atp. Manifestace srdečních onemocnění probíhá zpravidla bouřlivě, zejména z důvodu stimulace autonomního nervového systému. Proto je logické, že se mimo jiné člověk bojí i o svůj „holý“ život. Strach z výkonu je také opodstatněný, neboť ho řada nemocných ještě nezažila a nemá s tímto stavem žádné zkušenosti. Vše bych shrnula následovně. Snažme se vždy poskytnout klientovi dostatečné množství informací (v rámci své kompetence), buďme mu nablízku, mluvm s ním na rovinu a vzbudíme v něm důvěru. To je to nejmenší, co pro pacienta můžeme v takové situaci udělat a výsledky mého výzkumu dokazují, že to i pomáhá.

Otázka 10. Měl (a) jste pocit jistoty, bezpečí?

Velkým překvapením bylo 87,10 % respondentů, kteří měli během hospitalizace pocit jistoty a bezpečí, pouhých 12,90 % tento pocit nemělo. Jako důvod svého pocitu jistoty a bezpečí uvedla absolutní většina z 87,10 % pacientů naprostou profesionalitu personálu, jeho kontinuální dohled, ochotu a vstřícnost, důvodem byla i záchrana života. Jako bývalou kardiologickou sestru mne odpovědi pacientů mile překvapily. Nečekala bych, že na personál pacienti pohlíželi jako na profesionály ve svém oboru, a proto jim také plně důvěřovali. Také stálá přítomnost personálu, málo klidu a soukromí jsou dle mého názoru velmi obtěžující, přesto je to právě jeden z hlavních důvodů, proč cítili klienti jistotu a bezpečí. Opět jsem se utvrdila v tom, že jinak situaci vnímá pacient a jinak zdravotník, což je pro mne pozitivní poznání.

Otázka 11. Měl (a) jste dostatek kontaktu s příbuznými?

Až 79,03 % respondentů uvedlo, že měli během hospitalizace dostatek kontaktu s příbuznými, buď prostřednictvím mobilního telefonu nebo osobně, prostřednictvím návštěv. Pouhých 20,97 % klientů uvedlo, že kontakt neměli, bylo to však tím, že jejich příbuzní bydleli daleko. U druhé části respondentů byl z důvodu chřipkové epidemie vyhlášen zákaz návštěv, proto je jejich příbuzní nemohli navštívit osobně. Dnes si naštěstí již uvědomujeme, že je pro pacientovu psychickou pohodu velmi důležitá přítomnost jeho blízkých. Mnohokrát se nám příbuzní stávají pomocníky a jsme za ně vděční, někdy je ovšem jejich přítomnost pro pacienta vyčerpávající. Ošetřující personál by si pak takové situace měl všimnout a měl by umět zasáhnout. Celkově jsem s výsledkem této otázky spokojena.

Otázka 12. Trpěl (a) jste během hospitalizace na JIP bolestí?

Během hospitalizace nepocíťovalo bolest 61,29 % respondentů. Prvním důvodem bylo jejich přijetí na jednotku intenzivní péče až po katetrizačním výkonu, kde byla zprůchodněna uzavřená céva a tudíž odstraněna příčina bolesti. Druhým důvodem byla aplikace opiátů během transportu rychlou záchrannou službou a odvoz rovnou na katetrizační sál. U 38,71 % klientů se během hospitalizace bolest objevila. Všichni zmínění však uvedli, že poté, co to oznámili ošetřujícímu personálu, jim byl okamžitě aplikován lék a tím došlo ke zmírnění či odstranění bolesti. Z toho mi jasně vyplývá, že zdravotníci na sledovaném oddělení nenechávají své pacienty trpět bolestí a umí je řešit bez prodlení. Zároveň je přítomnost bolesti kontinuálně kontrolována, neboť znovu navrácení bolesti svědčí o dekompenzaci stavu a musí být tudíž urgentně řešena. I to je důvod, proč mohli mít pacienti pocit jistoty a bezpečí.

Otázka 13. Byla nějakým způsobem omezena Vaše pohybová aktivita?

Jak jsem předpokládala, byla u 75,81 % respondentů omezena pohybová aktivita. Valná většina mi k odpovědi doplnila, že to bylo vzhledem ke klidovému režimu. Ten musí pacienti po katetrizačním výkonu dodržovat po 12 hodin, kdy leží ve vodorovné poloze na zádech se zátěží v třísle. Z toho logicky vyplývá, že vyprazdňování, příjem potravy a toaleta musí být prováděny na lůžku a za pomoci personálu. Ostatní klienti nemuseli sice ležet na zádech, přesto byli omezeni pouze na lůžko, které nesměli opustit, dokud to nepovolil lékař. Malá část respondentů se cítila omezena kabely, které vedly k přístrojům a sloužily k trvalé monitoraci vitálních funkcí pacienta. Chceme-li však našim pacientům poskytnout kvalitní péči, musíme jim bohužel aktivitu částečně omezit. Myslím si však, že to není pro pacienty velký problém, alespoň odpovědi u následujících otázek to dokládají. Pouhých 24,19 % pacientů nepocíťovalo omezení pohybové aktivity, i přesto že je jasné z jejich diagnózy a obvyklého léčebného režimu, že byli rovněž po určitou dobu omezeni pouze na lůžko.

Otázka 14. Byla narušena Vaše schopnost sebezpečí a soběstačnosti?

Vzhledem k tomu, že jsem na této jednotce pracovala, měla jsem vždy pocit, že je u pacientů schopnost sebezpečí a soběstačnosti významně snížena. Odpovědi mne však opět utvrdily v tom, že to pacienti vnímají úplně jinak. Až 62,90 % respondentů uvedlo, že schopnost sebezpečí a soběstačnosti narušena nebyla. Naopak jenom 37,10 % uvedlo, že narušena byla. Asi nejvíce pocíťovali svou neschopnost při provádění hygieny, kdy jim musel personál pomáhat. Někteří vnímali narušení schopnosti sebezpečí a soběstačnosti pouze v době, kdy dodržovali klidový režim po výkonu a malá část pacientů vnímala narušení schopnosti ve všech oblastech, myšleno na hygienu, stravování a vyprazdňování. Pravdou ale je, že i přes jisté omezení klienta na lůžko, ho může personál do jisté míry aktivizovat a naučit, jak být i v lůžku soběstačný. Někdy stačí pacientům ukázat či naznačit určité pohyby, doplnit lůžko pomůckami nebo upravit polohu, pak už to může pacient zvládnout sám.

Otázka 15. Měl (a) jste problémy s nespavostí nebo jinou poruchu spánku?

Pozitivní odpovědi na tuto otázku jsem předpokládala. Problém se spánkem mělo 61,29 % respondentů, kteří jako nejčastější důvod uváděli vliv prostředí. Všichni se shodli na tom, že doma je doma a jakákoliv změna automaticky vyvolá problémy se spánkem. V pořadí druhým nejčastějším důvodem byla malá aktivita, pospávání přes den, a tudíž nepřítomnost únavy ve večerních hodinách. Měl by v tomto případě personál pacienty budit a více je aktivizovat? Asi bude těžké najít správnou odpověď. Dle mého názoru jsou pacienti při své nemoci vyčerpaní

a měli by být během hospitalizace v klidu a dostatečně odpočívat. Někteří klienti nemohli spát z důvodu hluku. Rušily je zvuky monitorů, infuzních pump a telefonů. To je problém, který asi nevyřešíme, neboť monitory i pumpy alarmovat musí a prostřednictvím telefonu personál komunikuje s laboratoří a podobně. Ani jeden z klientů si nestěžoval na hlučnost personálu kardiologické jednotky intenzivní péče, což je velmi potěšující zjištění. Byli i pacienti, kteří uvedli, že nespavostí trpí i doma, tudíž v nemocnici nenastala žádná změna. Minimum pacientů uvedlo, že příčinou poruchy spánku byla dušnost nebo bolest. Nejméně zmiňovaným a pro mne překvapujícím důvodem byl strach. Čekala jsem, že kvůli strachu nebude spát větší množství klientů, opak je pravdou.

Otázka 16. Měl (a) jste problém s kvalitou jídla a úrovní stravování?

U této otázky jsem očekávala, že budou klienti nespokojeni, neboť jsem měla tu možnost nemocniční stravu v Ústí nad Labem přijímat jako pacientka. Očekávala jsem to i vzhledem k tomu, jak řada pacientů stravu hodnotila v době, kdy jsem zde pracovala. Na této jednotce intenzivní péče byla totiž strava častým konverzačním tématem v negativním slova smyslu. Proto mne klienti mého výzkumu svými odpověďmi překvapili. Až 80,65 % respondentů nemělo vůbec žádný problém s kvalitou jídla a úrovní stravování. Možná jen nechtěli zkazit celkový pozitivní výsledek dotazníku nebo se jim prostě strava nezdála být až tak „strašná“, aby ji museli kárat. Pouhých 19,35 % respondentů si postěžovalo na studené večeře, které jsou po celý týden. Některým nechutnalo a jiní klienti měli pocit, že jedí stále to stejné a jídelníček se skoro vůbec neobměňuje. Víím, že nespokojených pacientů je v mé práci malé procento, přesto by se tento problém měl vyřešit. Tím spíše, že se stále uvažuje o finanční spoluúčasti pacientů, kdy by si měli stravu a pobyt částečně hradit. Určitě to není jednoduchá záležitost, ale pro spokojenost pacientů by se to mělo zkusit.

Otázka 17. Pociťoval (a) jste nepříjemně zhoršený komfort při vyprazdňování?

Zde jsem očekávala, že pro většinu klientů bude nutnost vyprazdňovat se na lůžku nepříjemnou záležitostí, ale opět jsem byla v rámci mého vzorku pacientů přesvědčena o opaku. V 70,97 % případů klienti nepociťovali zhoršený komfort při vyprazdňování, 29,03 % respondentů zhoršený komfort pociťovalo. Je s podivem, že mnoho pacientů opravdu nevnímá vyprazdňování na lůžku jako problém. U pacientů, kteří pociťovali dyskomfort byl v prvním případě tento pocit spojen s nedostatkem soukromí a studem. Druhým důvodem byla nutnost vyprazdňovat se na lůžku. Toto nemůže bohužel personál v mnoha případech ovlivnit, přesto víím, že jakmile to zdravotní stav klienta dovolí, lékař neváhá pacientovi

povolit opuštění lůžka z důvodu vyprázdnění. Také vím, že v prvním případě se ošetřující personál snaží, zajistit alespoň trochu soukromí pomocí pojízdných zábran. Opět platí, že jakmile to lékař povolí, je pacient odvezen na toaletu. Domnívám se, že se v tomto ohledu personál kardiologické jednotky intenzivní péče opravdu snaží.

Otázka 18. Pociťoval (a) jste nepříjemně hygienu prováděnou ošetřujícím personálem?

Až 91,94 % respondentů nemělo nepříjemné pocity při provádění hygieny ošetřujícím personálem. Je to překvapivě vysoké procento. Domnívám se, že je to tím, že se personál tohoto oddělení snaží maximálně zachovat soběstačnost pacienta a pouze mu při toaletě dopomoci. Pacienti tak nemají pocit závislosti a důvod ostýchat se a cítit se nepříjemně. Takto se cítilo 8,06 % pacientů, protože si mysleli, že by hygienickou péči zvládli sami. V takových situacích je nezbytné, aby ošetřující personál svým pacientům vysvětlil, proč tak činí. Pacient by měl vědět, že to je jistá prevence vzniku komplikací a možného zhoršení zdravotního stavu. Naopak by to měl vnímat jako zájem a snahu pomoci ze strany ošetřujícího personálu.

Otázka 19. Měl (a) jste problém s dýcháním?

Z výsledků vyplývá, že dušností trpělo 48,39 % respondentů. 51,61 % respondentů problém s dýcháním nemělo. Domnívám se, to bylo díky včasnému katetrizačnímu výkonu. U klientů, kteří dušností trpěli byla započata léčba kyslíkem a následovala další terapie dle ordinace lékaře. U těchto pacientů mne zajímalo, jak terapii kyslíkem vnímali a proto se na to ptám v další otázce.

Otázka 20. Pokud Vám byl podáván kyslík, jak jste vnímal (a) tuto léčbu?

Z praxe si pamatuji, že pro spoustu pacientů byla terapie kyslíkem nepříjemnou záležitostí. Oxygenoterapie však do léčby kardiovaskulárních chorob neodmyslitelně patří, proto je nezbytné to pacientům dostatečně vysvětlit a přesvědčit je pro spolupráci. U 51,61 % respondentů jež uvedli, že dušností netrpěli kyslík podáván nebyl. Aplikován byl u již zmíněných 48,39 % respondentů. Těmto pacientům jsem nabídla výběr odpovědí. Možnost 1 měli uvést klienti, kteří vnímali oxygenoterapii jako nesnesitelnou. Možnost 2 měli uvést klienti, kterým byla terapie nepříjemná. Obě dvě možnosti nebyly využity, neoznačil je ani jeden respondent. Možnost 3, kdy pacient nepocítil žádný efekt terapie kyslíkem označilo 9,68 % respondentů. Pouhých 4,84 % pacientů uvedlo 4. To znamenalo, že cítili mírné zlepšení. Poslední možnost 5 bodů označilo 33,87 % respondentů, kteří vnímali, že jim kyslík pomáhá. Je to vysoké číslo a jsem mile překvapena, že pacienti cítili efekt kyslíkové terapie v

tak vysokém procentu. Proto by efekt oxygenoterapie neměl být podceňován ani samotnými zdravotníky, kteří by o něm měli své pacienty edukovat.

V závěru své diskuse bych se zmínila o třetím cíli, jež jsem si ve své výzkumné práci zvolila. **Jaké faktory nejvíce narušují uspokojování vybraných potřeb pacientů.** Mezi nejvýznamnější faktory narušující uspokojování potřeb pacientů patřil bezesporu klidový režim. I když moji respondenti zdá se chápali jeho význam a nutnost dodržování, byla díky klidovému režimu a pobytu na lůžku významně omezena jejich pohybová aktivita, schopnost sebezpěče a soběstačnosti. Narušeno bylo i vyprazdňování a provádění hygieny. Druhým faktorem narušujícím uspokojení potřeby spánku bylo prostředí a hluk přístrojů. S tím celkem nic nezmůžeme, ale s bolestí a dušností, které rovněž způsobovaly poruchy spánku už něco provést můžeme. Jednak monitorovat vitální funkce pacienta, zajímat se o subjektivní pocity a v neposlední řadě upozornit lékaře a bez prodlení umět zasáhnout. Posledním faktorem, který znesnadňoval uspokojení potřeby vyprazdňování, byl nedostatek soukromí a stud. I tady se dá pacientům pomoci. Pomocí pojízdných zábran a poskytnutím dostatečného časového prostoru můžeme vliv těchto faktorů alespoň minimalizovat. Posléze na základě ordinace lékaře můžeme pacientům poskytnout soukromí na toaletě. I když se pobyt a prostředí jednotky intenzivní péče může jevit velmi nevlídně a pro některé pacienty až strašidelně, pacienti mého výzkumu to tak nevnímali. Právě naopak. Jejich hodnocení bylo velmi pozitivní a nemohu říci, že by si na něco nebo někoho záměrně stěžovali.

ZÁVĚR

Základním rysem dnešního moderního ošetrovatelství je snaha uspokojovat biologické, sociální, emocionální, duchovní a kognitivní potřeby pacienta. Potřeby člověka hospitalizovaného na kardiologické jednotce intenzivní péče byly tématem mé výzkumné bakalářské práce.

Zhodnotím-li obecně získané výsledky, pak musím konstatovat, že dopady nad má očekávání velmi dobře. Podle odpovědí respondentů umí ošetřující personál kardiologické jednotky intenzivní péče v Ústí nad Labem pečovat o své pacienty výborně. Výzkum dokazuje, že ošetřující personál má nejen dobré komunikační schopnosti, ale i jeho přístup, emocionální podpora a praktické dovednosti jsou na vysoké úrovni.

Média nám denně přináší negativní zprávy ze zdravotnických zařízení celé České republiky. Informují veřejnost o stížnostech pacientů a jejich rodinných příslušníků, kteří často obviňují zdravotníky ze zanedbání péče a podobně. Domnívám se, že i to je důvod, proč se v dnešní společnosti objevují tendence vytýkat, nadávat a stále si na něco a někoho stěžovat. Právě s ohledem na tuto situaci bych ráda poukázala na to, že tomu tak není vždy.

Jednotliví členové ošetřujícího týmu kardiologické jednotky intenzivní péče by si měli být vědomi toho, že podle pacientů mého výzkumu mají určité kvality. Také by měli vědět, že jsou jim tito pacienti vděční za své životy, důvěřují jim a spoléhají na jejich profesionalitu. Z pohledu zdravotníků se tak situace možná nejeví, ale výsledky mé práce jsou toho důkazem.

Z tohoto důvodu jsem ošetřujícímu personálu kardiologické jednotky intenzivní péče poskytla zpětnou vazbu prostřednictvím staniční sestry Herty Holbíkové a zároveň jsem poskytla jednu kopii mé bakalářské práce i hlavní sestře Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem Soně Čechové. Všichni bychom se měli snažit, aby to tak zůstalo, a pak budou pacienti i nadále spokojeni.

ANOTACE

Autor:	Valéria Šrejberová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Potřeby člověka hospitalizovaného na kardiologické jednotce intenzivní péče
Vedoucí práce:	Mgr. Kramářová Alexandra
Počet stran:	86
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	potřeba, potřeby nemocného, uspokojování potřeby, psychika člověka, maladaptivní chování, devalvace a evalvace, výzkum

Bakalářská práce pojednává o potřebách člověka hospitalizovaného na kardiologické jednotce intenzivní péče. Teoretická část práce objasňuje pojem potřeby, zabývá se faktory, které ovlivňují jejich uspokojování. Zmiňuje se o neadaptivním chování. Rozebírá některé potřeby fyziologické a psychologické. Neopomíná ani psychiku člověka a problematiku devalvace a evalvace pacienta. Část praktická prezentuje kvantitativní výzkum, při kterém byla využita metoda dotazníkového šetření. Zkoumaný vzorek tvořili pacienti kardiologické jednotky intenzivní péče v Ústí nad Labem. Získané informace jsou prezentovány jako výsledky ve formě tabulek a grafů, následně pak diskutovány. V závěru práce nalezneme celkové shrnutí bakalářské práce a jeho přínos pro ošetrovatelskou praxi.

This bachelor thesis is about the needs of a patient hospitalised in the cardiological unit of intensive care. The theory part explains the meaning of needs and covers factors which influence their fulfillment. It mentions unadaptable behaviour. It looks into some physiological and psychological needs. It doesn't forget to mention the psyche of a patient. and patients devaluation and positive evaluation. The practical part presents quantitative research in which the questionnaire method was used. The questionnaire poll group consisted of patients of the cardiological unit of intensive care in Ústí nad Labem. The information collected from the poll is presented in a form of charts and graphs and is discussed later. In the final part we find a summary of the bachelor thesis and its contribution to nursing practice.

SEZNAM LITERATURY

BERAN, J. *Psychoterapeutický přístup v klinické praxi*. 2. vyd. Praha: H&H, 1996. ISBN 80-85-467-43-7

BŘÍZA, V. *Tabulky a grafy v Excelu v rekordním čase*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0084-0

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-342-2

ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1992. ISBN 80-7013-124-1

ELLIS, J.R., NOWLIS, E.A. *Nursing a human needs approach*. 1. vyd. Boston: Houghton Mifflin, 1989. ISBN 0-395-43304-5

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X

HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-60-4

JOBÁNKOVÁ, M. et.al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 3. vyd. Brno: IDV PZ, 1996. ISBN 80-7013-209-4

JOBÁNKOVÁ, M. et.al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-288-4

KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1995. ISBN 80-7013-187-X

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně. Pro mediky, lékaře a ošetřující personál.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5

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

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví.* 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-277-9

MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě – Filozofická fakulta, 2005. ISBN 80-7368-035-1

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti.* 2. vyd. Praha: Academica, 1998. ISBN 80-200-0628-1

PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů.* Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8

PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie.* 1. vyd. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1387-3

SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-1009-9

ŠKALOUDOVÁ, A. *Statistika v pedagogickém a psychologickém výzkumu.* 1. vyd. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1998. ISBN 80-86039-56-0

TRACHTOVÁ, E. et.al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-285-X

ZVÁROVÁ, J. *Základy statistiky pro biomedicínské obory.* Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-786-0

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Bio-psycho-sociální model nemoci, s. 8

Obr. 2: Maslowova klasifikace potřeb, s. 13

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1: Lékařská diagnóza, s. 40
- Graf 2: Pohlaví respondenta, s. 41
- Graf 3: Věk respondenta, s. 42
- Graf 4: Hospitalizace, s. 43
- Graf 5: Příjem, s. 44
- Graf 6: Schopnost komunikace, s. 45
- Graf 7: Šetrnost při ošetřování, s. 46
- Graf 8: Vstřícnost personálu, s. 47
- Graf 9: Emotivní podpora, s. 48
- Graf 10: Informovanost, s. 49
- Graf 11: Vnímání role pacienta, s. 50
- Graf 12: Strach, s. 51
- Graf 13: Jistota a bezpečí, s. 52
- Graf 14: Kontakt s příbuznými, s. 53
- Graf 15: Bolest, s. 54
- Graf 16: Omezená aktivita, s. 55
- Graf 17: Porucha sebepéče a soběstačnosti, s. 56
- Graf 18: Porucha spánku, s. 57
- Graf 19: Problém s jídlem a úrovní stravování, s. 58
- Graf 20: Problém s vyprazdňováním, s. 59
- Graf 21: Negativní pocity při provádění hygieny personálem, s. 60
- Graf 22: Potíže s dýcháním, s. 61
- Graf 23: Vnímání léčby kyslíkem, s. 62

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1: Lékařská diagnóza, s. 40
- Tab. 2: Pohlaví respondenta, s. 41
- Tab. 3: Věk respondenta, s. 42
- Tab. 4: Hospitalizace, s. 43
- Tab. 5: Příjem, s. 44
- Tab. 6: Schopnost komunikace, s. 45
- Tab. 7: Šetrnost při ošetřování, s. 46
- Tab. 8: Vstřícnost personálu, s. 47
- Tab. 9: Emotivní podpora, s. 48
- Tab. 10: Informovanost, s. 49
- Tab. 11: Vnímání role pacienta, s. 50
- Tab. 12: Strach, s. 51
- Tab. 13: Jistota a bezpečí, s. 52
- Tab. 14: Kontakt s příbuznými, s. 53
- Tab. 15: Bolest, s. 54
- Tab. 16: Omezená aktivita, s. 55
- Tab. 17: Porucha sebepéče a soběstačnosti, s. 56
- Tab. 18: Porucha spánku, s. 57
- Tab. 19: Problém s jídlem a úrovní stravování, s. 58
- Tab. 20: Problém s vyprazdňováním, s. 59
- Tab. 21: Negativní pocity při provádění hygieny personálem, s. 60
- Tab. 22: Potíže s dýcháním, s. 61
- Tab. 23: Vnímání léčby kyslíkem, s. 62

SEZNAM PŘÍLOH

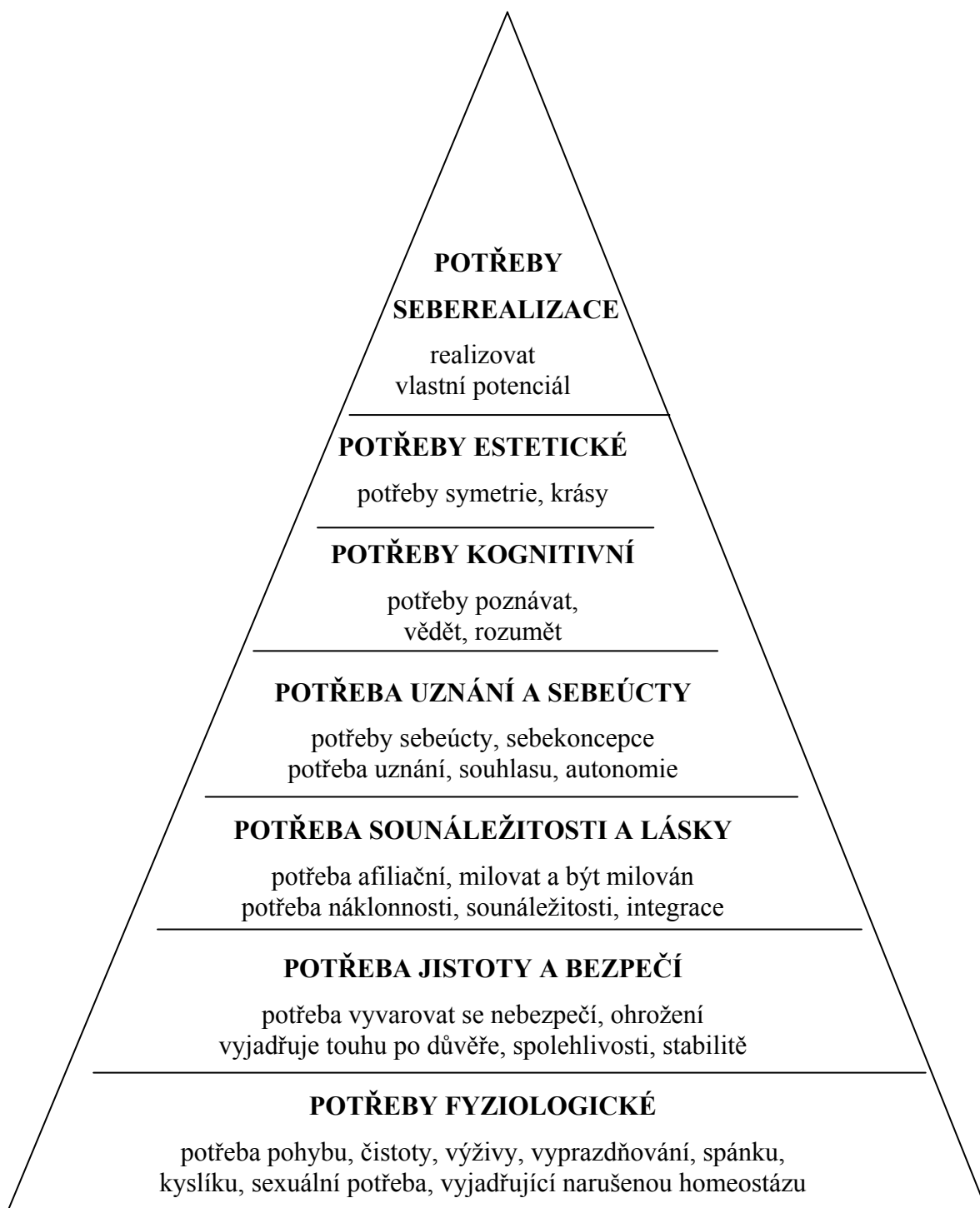
Příloha 1: Hierarchický systém základních potřeb, s. 81

Příloha 2: Psychická situace zdravého a nemocného člověka dle Křivohlavého, s. 82

Příloha 3: Dotazník, s. 83

PŘÍLOHY

Příloha 1: Hierarchický systém základních potřeb



Příloha 2: Psychická situace zdravého a nemocného člověka dle Křivohlavého

DIMENZE	ZDRAVÍ	NEMOC
Aktivita	Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě.	Pacient je předmětem péče odborného personálu, kteří jsou hlavními aktéry jeho života.
Závislost na lidech	Zdravý člověk není závislý na druhých lidech a má svobodnou vůli.	Pacient musí dělat to, co mu určují druzí lidé, na nichž je závislý.
Životní rytmus	Zdravý člověk má zažitý vlastní životní rytmus, který si sám určuje.	Pacientovi je vnucen životní rytmus, který se mu zdá nepřírozený.
Sebedůvěra	Zdravý člověk má dobrou sebedůvěru a kladné hodnocení.	Činnosti pacienta, které neovládá, snižují jeho sebevědomí.
Sociální interakce	Zdravý člověk žije v sociální síti blízkých lidí, které dobře zná.	Pacient je v relativní izolaci nemocničním prostředím s neznámými lidmi.
Životní prostředí	Zdravý člověk se pohybuje ve známém prostředí svého domova, pracoviště a společnosti.	Pacient v nemocnici je uzavřen v neznámém prostředí, kde je vše jiné než doma.
Zájmy	Zdravý člověk může plně uspokojovat své široké zájmové aktivity.	Okruh životních zájmů pacienta je zúžený.
Zvládání problémů	Zdravý člověk disponuje zažitými způsoby, jak zvládat problémy.	Pacient svému somatickému a psychickému stavu nerozumí.
Emoce	U zdravého člověka převládají spíše kladné emoce a pocit životní jistoty.	Emocionální prožitky nemocného člověka jsou negativně zbarveny.
Časový prostor	Časové dimenze zdravého člověka zahrnují minulost, přítomnost i budoucnost.	Časové prožívání pacienta se koncentruje především na přítomnost, kontakt s minulostí je omezen, budoucnost se jeví jako nejistá.

Příloha 3: Dotazník

Vážená paní, vážený pane !

Jsem studentka 4.ročníku bakalářského studia ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Má závěrečná bakalářská práce má téma: *Potřeby nemocných hospitalizovaných na kardiologické jednotce intenzivní péče*. Má výzkumný charakter.

Pro potřeby mé práce jsem vytvořila anonymní dotazník, který se Vám nyní dostává do rukou a je zaměřený na zjištění Vašich potřeb, v průběhu hospitalizace na kardiologické jednotce intenzivní péče.

Žádám Vás proto o vyplnění dotazníku, který bude nedílnou součástí této práce. Respektuji povinnost mlčenlivosti a ochrany osobních údajů, proto budou veškeré získané informace použity pouze na zpracování mé závěrečné bakalářské práce.

Mnohokrát děkuji Valéria Šrejberová

1. lékařská diagnóza (případně doplní sestra)

2. pohlaví muž žena

3. věk

4. hospitalizace první opakovaná

5. příjem akutní plánovaný

6. Jak hodnotíte kvalitu ošetrovatelského personálu z hlediska:

- a) schopnosti komunikace c) vstřícnosti
b) šetrnosti při ošetrování d) emotivní podpory

Ohodnoťte škálou bodů 1-5, 1 = nejméně bodů, 5 = nejvíce bodů

7. Byly informace poskytnuté lékařem dostatečné ?

ano

ne Proč ?

8. Vnímal (a) jste roli pacienta jako ponižující ?

ano Proč ?

ne

9. Pociťoval (a) jste strach ?

ano Kdy a z čeho konkrétně ?

ne

10. Měl (a) jste pocit jistoty, bezpečí ?

ano Proč ?

ne Proč ?

11. Měl (a) jste dostatek kontaktu s příbuznými ?

ano Forma kontaktu ?

ne Proč ?

12. Trpěl (a) jste během hospitalizace na JIP bolestí ?

- ano Jak na ni reagoval personál ?
- ne Proč ? (dostal /a jste léky?)

13. Byla nějakým způsobem omezena Vaše pohybová aktivita ?

- ano Z jakého důvodu ?
- ne

14. Byla narušena Vaše schopnost sebezpečí a soběstačnosti ?

- ano V jaké oblasti ? (umýt se, najíst se...)
- ne

15. Měl (a) jste problémy s nespavostí nebo jinou poruchu spánku ?

- ano Důvod ?
- ne

16. Měl (a) jste problém s kvalitou jídla a úrovní stravování ?

- ano Jaký ?
- ne

17. Pociťoval (a) jste nepříjemně zhoršený komfort při vyprazdňování ?

- ano Důvod ?
- ne

18. Pociťoval (a) jste nepříjemně hygienu prováděnou ošetřujícím personálem ?

- ano Z jakého důvodu ?
- ne

19. Měl (a) jste problém s dýcháním ?

- ano
- ne

20. Pokud Vám byl podáván kyslík, jak jste vnímal (a) tuto léčbu ?

- 1 = bylo to nesnesitelné
- 2 = bylo to nepříjemné
- 3 = necítil/a jsem žádný efekt
- 4 = cítil/a jsem mírné zlepšení
- 5 = pomáhalo mi to
- kyslík mi nebyl podáván

Chcete-li se vyjádřit k něčemu, co bylo opomenuto, zde máte možnost.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mnohokrát děkuji za ochotu vyplnit dotazník a pomoc při naplnění výzkumné části mé práce.