POTŘEBA SEBEREALIZACE U PACIENTŮ BĚHEM HOSPITALIZACE

Need of self-fulfilment in patients in the course of their hospitalization

Ivana Vachtová,¹ Andrea Hudáčková²

11: 1–270, 2009

ISSN 1212-4117

¹Nemocnice České Budějovice, a. s.²Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství**Summary**

The need of self-fulfilment means a realization of one's own potential. The person having this need is a realistic individual, who is able to see clearly the life and to be objective in his/her considerations. He/she is able to recognize appropriate and inappropriate points, is resolute, and his/her self-confidence or self-respect is not reduced. The disease is a hindrance in the process of satisfying human needs and it determines the way of expression and possibility of satisfying the needs. In association with a disease, one frequently pays his/her attention to the satisfaction of lower needs and is only transiently interested in needs at a higher level. The needs and their mental response are usually affected by circumstances under which the disease is developed and also by environment surrounding the person in the disease. The target of the research investigation, which was implemented at the beginning of 2008, was to determine the occurrence of the need of self-fulfilment in hospitalized patients. Three groups of patients were compared as follows: patients, who were quite unexpectedly hospitalized and whose life was changed within a second, patients admitted to planned surgical interventions and those hospitalized for a long period. The further target was the investigation of the activity of nurses in the satisfaction of this need.

Key words: higher needs – need of self-fulfilment – patient – hospitalization – disease – role of nurse

Souhrn

Potřeba seberealizace znamená realizaci vlastního potenciálu. Člověk, který má tuto potřebu, je realista, vidí život jasně a umí být objektivní ve svých hodnoceních. Umí rozpoznat správné od nesprávného, je rozhodný, nemá snížený pocit sebedůvěry ani sebeúcty. Nemoc je překážkou v uspokojování potřeb člověka a sama určuje způsob vyjádření a možnosti jejich uspokojování. Člověk v souvislosti s nemocí často zaměřuje svou pozornost na uspokojování nižších potřeb a potřebami vyšší úrovně se zabývá pouze přechodně. Potřeby a jejich psychická odezva bývají ovlivněny okolnostmi, za kterých nemoc vzniká, a také prostředím, ve kterém se člověk v nemoci nachází. Cílem výzkumného šetření, které bylo realizováno na počátku roku 2008, bylo zjištění výskytu potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů. Byly porovnány 3 skupiny pacientů. Ti pacienti, co byli hospitalizováni zcela nečekaně, jimž se ve vteřině změnil život, s těmi, co byli přijati k plánovanému operačnímu výkonu, a také s těmi, kteří byli hospitalizováni již dlouhodobě. Dalším cílem bylo zjištění, zda jsou sestry aktivní při uspokojování této potřeby.

Klíčová slova: vyšší potřeby – potřeba seberealizace – pacient – hospitalizace – nemoc – úloha sestry

ÚVOD

Osobnost člověka je uspořádaný systém dílčích složek, které stojí v určitých vazbách a vztazích.

Není dána jednou provždy, ale vzniká, utváří se a vyvíjí na základě vrozených předpokladů a ve vztahu k podmínkám v životě. Člověka je třeba

chápat v kontinuitě toho, co je, s tím, co bylo, a s tím, kam se jeho život ubírá. Mozek člověka je schopen v sociálních podmínkách odrážet svět pomocí pojmů a přetvářet ho v souladu se svými potřebami, zájmy a ideály. Lidské vědomí uschopnilo člověka nejen poznávat, pracovat, rozhodovat se a rozumně jednat, ale také uvědomit si sebe sama. Sebeuvědomování pak je vrcholem vývoje člověka a úzce souvisí se seberealizací.

Neexistuje jediná definice seberealizace. Každý člověk si musí najít svůj smysl tohoto slova. Tak jako má každý své tělo, má také možnost uskutečnit své poslání. Seberealizovat se. Potřeba seberealizace tvoří vrchol pyramidy. Podle Maslowa má tuto potřebu silně vyvinutou asi jedna desetina lidí. Ti se snaží naplňovat cíle, jako jsou dobro, smysl pro spravedlnost, pravdu a dokonalost. Seberealizace přináší člověku pocit uspokojení a povznesení se nad běžné starosti života. Vývoj seberealizačních potřeb je celoživotní záležitostí. Seberealizovat se znamená být respektován druhými lidmi, rodinou a společenstvím, ve kterém člověk žije. Mít rodinnou sounáležitost, radovat se a těšit z rodinného života. Zachovávat rodinné tradice, žít podle zvolených hodnot. Sledovat spirituální, kulturní, duchovní nebo intelektuální cíle. Udržovat své tělesné a duševní zdraví – nezávisle fungovat, nebýt druhým lidem břemenem. Být materiálně zabezpečený, být úspěšný ve všech možných oblastech života. Životní spokojenost odvozovat z toho, co se člověku podařilo dokázat. Realizovat to, co leží mimo oblast egocentrického zájmu. Seberealizací rozumíme realizování vlastního potenciálu. Je to snaha realizovat své schopnosti a plány, člověk chce být tím, kým si myslí, že by mohl být. Podle Maslowa se potřeba seberealizace řadí k metapotřebám nebo k potřebám růstu, které vyjasňují specifické snahy člověka, jenž se seberealizuje. Potřeba seberealizace je stejně jako ostatní metapotřeby méně naléhavá. Její uspokojování posiluje pocit štěstí a radosti. Je vyjádřením možnosti, ne skutečnosti, překročením každodenní zkušenosti, potřebou vyššího duchovního života. Člověk, který má potřebu realizovat vlastní potenciál, je realistou, vidí život jasně a umí být objektivní ve svých hodnoceních. Umí rozpoznat správné od nesprávného a je rozhodný. Umí naslouchat druhým. Je oddaný určité práci či povolání. Nemá snížený pocit sebedůvěry a sebeúcty. Má

vyváženou osobnost, která neprožívá časté vnitřní konflikty. Je přátelský a přijímá svět takový, jaký je. Uspokojování vyšších potřeb má k seberealizaci blíže nežli uspokojování potřeb nižších, vede k větší, silnější a opravdovější individualitě. Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm ontogenetického vývoje. Čím vyšší potřeba je, tím méně je důležitá pro přežití. Proto může být její uspokojení odkládáno a tím snáze se může tato potřeba ztratit. Žití na úrovni vyšších potřeb vede k větší biologické efektivnosti, delšímu životu, k menšímu počtu nemocí, lepší kvalitě spánku, chuti k jídlu atd. Sledování a uspokojování vyšších potřeb současně znamená směřování ke zdraví, tj. tendenci směřující dál od psychopatologie. Člověk, u kterého dochází k uspokojení vyšších i nižších potřeb, si cení obvykle vyšších potřeb více než těch nižších. Jestli člověk ve svém životě dospěje k potřebě seberealizace, je ovlivněno několika faktory. Patří sem individualita člověka a osobnostní vlastnosti modifikující potřeby. Určující je, zda je člověk introvert nebo extrovert. Důležité jsou mezilidské vztahy, zvláště vztahy mezi nejbližšími. Čím je vyšší úroveň potřeby, tím je širší okruh identifikace láskou. Potřeba seberealizace je také ovlivněna vývojovým stadiem člověka. U starého člověka stojí v popředí uspokojování nižších potřeb před vyššími, podobně problematické bude vyjádření potřeb u dítěte (15, 21).

Nemoc je překážkou v uspokojování potřeb člověka, sama určuje způsob vyjádření a možnosti jejich uspokojování. Člověk v souvislosti s nemocí často zaměřuje svou pozornost na uspokojování nižších potřeb a potřebami vyšší úrovně se zabývá pouze přechodně. Potřeby a jejich psychická odezva bývají ovlivněny okolnostmi, za kterých nemoc vzniká, a také prostředím, ve kterém se člověk v nemoci nachází. Jinak bude vyjadřovat a uspokojovat potřeby člověk v domácí péči a jinak v nemocničním prostředí. K tomu, aby nemocný člověk dospěl k uspokojování vyšších potřeb, na jejichž vrcholu stojí seberealizace, potřebuje, mimo jiné, naději. Naděje představuje doprovodný projev jednání člověka. Dodává mu sílu hlavně tam, kde se setkává s překážkami. Je zdrojem pozitivního myšlení při přijetí i při dosažení cíle. Důležitým jevem v životě člověka je hledat, nacházet nebo přetvářet smysl žití a bytí.

Zdravý člověk prožívá svůj život zpravidla

spokojeně v pracovní i zájmové činnosti, s pocitem pohody a jistoty, má vytýčené blízké i vzdálené cíle. Svou současnou situaci prožívá příznivě, cítí se fyzicky i duševně zdrav. Svůj pocit zdraví si příliš neuvědomuje a ve svém systému hodnot nezařazuje zdraví na nejvyšší stupeň (Čechová, 1999; Nakonečný, 2005; Trachtová, 2001).

Nemocnice je značně odlišným zařízením od těch, na které je člověk zvyklý v běžném životě. Má specifické úkoly. Prvním z nich je pacienta vyšetřit, stanovit diagnózu a začít léčit. Podstatou léčení je pak úplné vyléčení nebo alespoň podstatné zlepšení zdravotního stavu. Jiným úkolem je tzv. zdravotnická péče. Je tím myšlena humanistická stránka zdravotnictví, tedy péče o to, aby pacient zůstal v dobrém psychickém stavu, aby se nezhroutil emocionálně a aktivně se zapojil do léčebného procesu. Pro generaci našich prarodičů představovala nemocnice místo posledního pobytu člověka. V povědomí zvláště starších lidí toto pojetí stále ještě existuje. Nemocnice je rozdělena na mnoho specializovaných oddělení, jejichž názvy mohou být zcela cizí a jejich účel pro člověka nesrozumitelný. Jsou zde zřizována lůžka akutní péče, např. oddělení úrazové chirurgie. Chronicky nemocní se umisťují mimo hlavní komplex nemocničních budov, ve specializovaných zařízeních pro dlouhodobě nemocné. Bylo zjištěno, že pouze 2 % nemocných se do nemocnice dostávají přímo (např. po autohavárii). V 98 % jsou lidé posíláni do nemocnice prostřednictvím odborného lékaře. V takových případech se jedná o rozhodnutí autority a na toto rozhodnutí má člověk jen malý vliv. Chce se od něj, aby byl trpělivý, poslušný a relativně pasivní nemocniční pacient. Umístění a léčení člověka v nemocnici (hospitalizace) bývá pro něj zážitkem nového druhu. Mnohé se změní nejen v jeho těle, ale i v jeho duševním životě. Člověk, ve zdraví aktivní, se změní v pasivního, protože hlavními aktéry v jeho životě v nemocnici se stávají zdravotníci. Relativně nezávislý člověk se tady stane závislým na druhých lidech, kteří mu určují, jak a co má dělat. Zdravý člověk si sám určuje životní rytmus. V nemocnici je mu zatěžko řídit se takovým rytmem, který je mu zde předkládán. Značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení dává zdravému člověku to, že podává ve svém životě dobré výkony v činnostech, pro které má předpoklady. Za hospitalizace

musí dělat činnosti, které neumí a neovládá, což devalvuje jeho sebedůvěru. V běžném životě žije člověk v kruhu své rodiny, mezi přáteli a známými, které dobře zná. Nemocnice je pro něj relativní sociální izolace. Kontakt s blízkými je mu značně omezen a je zde uzavřen do poměrně neznámého prostředí. Poměrně stabilizovaný rozsah zájmů se v nemocnici zužuje především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny. Zdravý člověk běžně zvládá problémy, které mu život stavěl do cesty. V nemoci ztrácí vládu nad svým fyzickým i psychickým stavem, kterému moc nerozumí (neví, co se s ním děje). V životě dosud zdravého člověka většinou převládají kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života. Má určitou míru jistoty a naděje. Emocionální stav pacienta je charakterizován souborem negativních citů, jako jsou strach, bolest, obava a nejistota. Zdravý člověk žije v dosti široké časové dimenzi. Uvědomuje si minulost, žije v přítomnosti s pohledem do budoucna. Pacient žije jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá (Piaget, 1999; Špatenková, 2004; Vymětal, 1999).

Cíle práce

1. Zjistit výskyt potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů.
2. Porovnat potřebu seberealizace u pacientů hospitalizovaných na lůžkách akutní péče s pacienty přijatými k plánovanému výkonu a pacienty hospitalizovanými na ONP.
3. Zjistit, zda sestry přistupují se zájmem k uspokojování potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů.

Hypotézy

1. Pacienti hospitalizovaní na lůžkách akutní péče nevykazují nutnost uspokojení potřeby seberealizace.
2. Pacienti přijatí k plánovanému operačnímu výkonu mají větší potřebu uspokojení potřeby seberealizace než pacienti hospitalizovaní na lůžkách akutní péče.
3. Pacienti přijatí k plánovanému operačnímu výkonu mají větší potřebu uspokojení potřeby seberealizace než pacienti hospitalizovaní na ONP.
4. Sestry nepřistupují se zájmem k uspokojování potřeby seberealizace u hospitalizovaných pacientů.

Metodika práce a výzkumné soubory

Pro zjištění výsledků této práce bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření. Údaje nutné pro zhodnocení vytýčených cílů a potvrzení, či vyvrácení hypotéz byly získány metodou dotazování a sběr dat technikou anonymních dotazníků. Dotazníky byly použity dva.

První byl určen pacientům a obsahoval 15 otázek uzavřených a 2 polouzavřené. Celkem bylo rozdáno 52 dotazníků, po 13 dotaznících pacientům na TRO, JIP, chirurgii a ONP. Zpět se vrátilo všech 52 dotazníků. Otázky č. 5–9 byly kladeny tak, aby daly odpověď na výskyt potřeby seberealizace u pacientů ve zdraví. Otázky č. 10–12 měly dát odpověď na to, jaké potřeby pacienti upřednostňují v době nemoci a při pobytu v nemocnici. Zda sestry přistupují k problémům pacientů se zájmem a svým chováním a vystupováním poskytují oporu a dávají pacientům pocit naděje měly zodpovědět otázky č. 13–17. Dotazník tvořily otázky uzavřené, pouze otázky č. 6 a 7 byly polouzavřené, dávaly

tak při kladné odpovědi možnost písemného doplnění, které pacienti využívali minimálně.

Druhý dotazník byl určen sestrám a obsahoval 23 otázek uzavřených a jednu otevřenou. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na TRO, JIP, chirurgii a ONP. Celkem bylo rozdáno 52 dotazníků, po 13 dotaznících na jednotlivá oddělení. Otázky č. 5–9 byly položeny tak, aby bylo z odpovědí možno vyčíst, jaké informace o potřebě seberealizace sestry mají. Otázky č. 10–11 byly zaměřeny na potřeby uspokojované přednostně v nemoci. Odpovědi na otázky č. 13–15 vypověděly názor sester na jejich pracovní vytíženost. Otázky č. 16–22 byly zaměřeny na názory sester v problematice přístupu k pacientovi, důležitosti komunikace s ním a schopnosti dávat naději. Polouzavřená otázka č. 22 dávala možnost vyjádření v případě kladné odpovědi. Otevřené otázky bylo použito pouze v případě otázky č. 23, aby byla poskytnuta sestrám možnost volně se vyjádřit k otázce naslouchání.

VÝSLEDKY**Výsledky – pacienti**

Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Celkem odpovídalo 34 (65 %) žen a 18 (35 %) mužů z celkového počtu 52 (100 %) pacientů. Z TRO odpovídalo 5 žen a 8 mužů,

z JIP 10 žen a 3 muži, z CHIR 6 žen a 7 mužů a z ONP 10 žen a 3 muži.

Graf č. 2 Potřeby upřednostňované v životě

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z TRO dávají 4 (31 %) z nich přednost bezpečí, spolehlivosti a stabilitě, 2 (15 %) upřednostňují potřebu milovat a být milován, 5 (39 %) potřebu vědět a rozumět a 2 (15 %) realizaci vlastních myšlenek.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z JIP dávají 2 (15 %) přednost potřebě pohybu a spánku, 5 (39 %) bezpečí, spolehlivosti a stabilitě, 4 (31 %) upřednostňují potřebu milovat a být milován, 2 (15 %) potřebu vědět a rozumět a žádný neupřednostňuje realizaci vlastních myšlenek.

Z celkového počtu 13 pacientů z CHIR dává 5 (39 %) z nich přednost potřebě pohybu a spánku, 4 (31 %) bezpečí, spolehlivosti a stabilitě, 1 (7,5 %) upřednostňuje potřebu milovat a být milován, 1 (7,5 %) potřebu vědět a rozumět a 2 (15 %) realizaci vlastních myšlenek.

Z celkového počtu 13 pacientů z ONP dávají 3 (23 %) přednost potřebě pohybu a spánku, 6 (47 %) bezpečí, spolehlivosti a stabilitě, 1 (7,5 %) upřednostňuje potřebu milovat a být milován, 2 (15 %) potřebu vědět a rozumět a 1 (7,5 %) realizaci vlastních myšlenek.

Graf č. 3 Spokojenost v životě

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z TRO je spokojeno se svým životem 9 (69 %) pacientů, částečně 4 (31 %) a nikdo neuvedl, že by byl nespokojen.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z JIP je spokojeno se svým životem 6 (46 %) pacientů, částečně 3 (23 %) a nespokojeni 4 (31 %).

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z CHIR je spokojeno se svým životem 9 (69 %) pacientů, částečně 4 (31 %) a nikdo neuvedl, že by byl nespokojen.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z ONP jsou spokojeni se svým životem 3 (23 %) pacienti, částečně 8 (62 %) a nespokojeni 2 (15 %).

Graf č. 4 Nemoc a pobyt v nemocnici

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z TRO představuje pro 3 (23 %) pacienty nemoc situaci, která jim zcela změnila život; nikdo neuvedl, že by to byla situace zcela nečekaná, o které neví, zda se vyřeší, a 10 (77 %) pacientů uvedlo, že je to pro ně situace řešitelná.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z JIP představuje pro 1 (7,5 %) pacienta nemoc situaci, která mu zcela změnila život, 5 (39 %) pacientů tvrdí, že je to situace zcela nečekaná, o které neví, zda se vyřeší, a 7 (53,5 %) pacientů uvedlo, že je to pro ně situace řešitelná.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z CHIR představuje pro 2 (15 %) pacienty nemoc situaci, která jim zcela změnila život; nikdo neuvedl, že by to byla situace zcela nečekaná, o které neví, zda se vyřeší, a 11 (85 %) pacientů uvedlo, že je to pro ně situace řešitelná.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z ONP představuje pro 5 (39 %) pacientů nemoc situaci, která jim zcela změnila život, 2 (15 %) pacienti tvrdí, že je to situace zcela nečekaná, o které neví, zda se vyřeší, a 6 (46 %) pacientů uvedlo, že je to pro ně situace řešitelná.

Graf č. 5 Potřeby, které pacienti upřednostňují v souvislosti s nemocí

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z TRO upřednostňuje nyní v nemoci 6 (46 %) pacientů potřebu být bez bolesti, 5 (39 %) pocit bezpečí a jistoty a 2 (15 %) potřebu být respektován druhými.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z JIP upřednostňuje nyní v nemoci 8 (61,5 %) pacientů potřebu být bez bolesti, 3 (23 %) pocit bezpečí a jistoty a 1 (7,5 %) potřebu být respektován druhými.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z CHIR upřednostňují nyní v nemoci 4 (31 %) pacienti potřebu být bez bolesti, 9 (69 %) pocit bezpečí a jistoty a nikdo potřebu být respektován druhými.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z ONP upřednostňuje nyní v nemoci 5 (39 %) pacientů potřebu být bez bolesti, 7 (53,5 %) pocit bezpečí a jistoty a 1 (7,5 %) potřebu být respektován druhými.

Graf č. 6 Nejdůležitější potřeby při pobytu v nemocnici

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z TRO je pro 5 (39 %) pacientů nejdůležitější potřeba v souvislosti s pobytem v nemocnici být v kontaktu s rodinou a pro 8 mít sílu bojovat s nemocí.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z JIP je pro 7 (54 %) pacientů nejdůležitější potřeba v souvislosti s pobytem v nemocnici být v kontaktu s rodinou a pro 6 (46 %) mít sílu bojovat s nemocí.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů

z CHIR 1 (7,5 %) upřednostňuje čisté lůžko, pro 3 (23 %) pacienty je nejdůležitější potřeba v souvislosti s pobytem v nemocnici být v kontaktu s rodinou a pro 9 (69,5 %) mít sílu bojovat s nemocí.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z ONP 1 (7,5 %) upřednostňuje čisté lůžko, pro 3 (23 %) pacienty je nejdůležitější potřeba v souvislosti s pobytem v nemocnici být v kontaktu s rodinou a pro 9 (69,5 %) mít sílu bojovat s nemocí.

Graf č. 7 Ochota sester najít si čas na povídání s pacientem

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z TRO neudává žádný pacient to, že by sestry nebyly ochotné najít si čas na popovídání s ním, 8 (61 %) pacientů udává, že sestry ochotné jsou někdy a 5 (39 %) tvrdí, že často.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z JIP neudává žádný pacient to, že by sestry nebyly ochotné najít si čas na popovídání s ním, 10 (77 %) pacientů udává, že sestry ochotné jsou někdy a 3 (23 %) tvrdí, že často.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů

z CHIR udává 1 (8 %) pacient to, že by sestry nebyly ochotné najít si čas na popovídání s ním, 6 (46 %) pacientů udává, že sestry ochotné jsou někdy a 6 (46 %) tvrdí, že často.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z ONP neudává žádný pacient to, že by sestry nikdy nebyly ochotné najít si čas na popovídání s ním, 2 (15 %) tvrdí, že ochotné téměř nejsou, 9 (70 %) pacientů udává, že sestry ochotné jsou někdy a 2 (15 %) tvrdí, že často.

Graf č. 8 Pocity pacientů při rozhovoru se sestrou

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z TRO tvrdí 10 (77 %) z nich, že při rozhovoru se sestrou je vidět, že má zájem, 3 (23 %) tvrdí, že je vidět, že by poslouchala ráda, ale nestíhá svou práci.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z JIP tvrdí 5 (39 %) z nich, že při rozhovoru se sestrou je vidět, že má zájem, 3 (23 %) tvrdí, že je vidět, že poslouchá, protože má na to čas, 1 (8 %) tvrdí, že je vidět, že je nervózní a přemýšlí nad svou prací, 4 (30 %) tvrdí, že je vidět, že by poslouchala ráda, ale nestíhá svou práci.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z CHIR tvrdí 9 (70 %) z nich, že při rozhovoru se sestrou je vidět, že má zájem, 1 (7,5 %) tvrdí, že je vidět, že poslouchá, protože má na to čas, 1 (7,5 %) tvrdí, že je vidět, že by poslouchala ráda, ale nestíhá svou práci, a 2 (15 %) udávají, že je vidět, že ji rozhovor nezajímá.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z ONP tvrdí 5 z nich, že při rozhovoru se sestrou je vidět, že má zájem, 2 tvrdí, že je vidět, že je nervózní a přemýšlí nad svou prací, 6 tvrdí, že je vidět, že by poslouchala ráda, ale nestíhá svou práci.

Graf č. 9 Názor pacienta na poskytování porozumění a opory sestrou

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z TRO všichni pocítují, že jim sestra při rozhovoru poskytuje oporu a rozumí jim.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z JIP 11 (85 %) z nich pocítuje, že jim sestra při rozhovoru poskytuje oporu a rozumí jim, 2 (15 %) tvrdí, že spíše ne.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů

z CHIR 11 (85 %) pocítuje, že jim sestra při rozhovoru poskytuje oporu a rozumí jim, 2 (15 %) tvrdí, že spíše ne.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z ONP 10 (77 %) pocítuje, že jim sestra při rozhovoru poskytuje oporu a rozumí jim, 3 (23 %) tvrdí, že spíše ne.

Graf č. 10 Zájem sester o to, co je pro pacienta v době nemoci nejdůležitější

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z TRO tvrdí 6 (46 %) z nich, že se sestry ptají, co je pro ně v době nemoci nejdůležitější, 1 (8 %) tvrdí, že se neptají a 6 (46 %) udává, že se ptají pouze některé sestry.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z JIP tvrdí 4 (30 %), že se sestry ptají, co je pro ně v době nemoci nejdůležitější, 1 (8 %) tvrdí, že se neptají, a 8 (62 %) udává, že se ptají pouze některé sestry.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z CHIR tvrdí 5 (38,5 %) z nich, že se sestry ptají, co je pro ně v době nemoci nejdůležitější, 5 (38,5 %) tvrdí, že se neptají, a 3 (23 %) udává, že se ptají pouze některé sestry.

Z celkového počtu 13 (100 %) pacientů z ONP tvrdí 3 (23 %) z nich, že se sestry ptají, co je pro ně v době nemoci nejdůležitější, 4 (31 %) tvrdí, že se neptají, a 6 (46 %) udává, že se ptají pouze některé sestry.

Výsledky – sestry

Graf č. 11 Potřeby a jejich uspokojování na počátku nemoci

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na TRO tvrdí 4 (31 %) z nich, že na počátku nemoci bývá pro člověka prvořadá potřeba jistoty a bezpečí, a 9 (69 %) udává potřeby fyziologické.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na JIP tvrdí 7 (54 %) z nich, že na počátku nemoci bývá pro člověka prvořadá potřeba jistoty a bezpečí, a 6 (46 %) udává potřeby fyziologické.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na CHIR tvrdí 6 (46 %) z nich, že na počátku nemoci bývá pro člověka prvořadá potřeba jistoty a bezpečí, a 7 (54 %) udává potřeby fyziologické.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na ONP tvrdí 4 (31 %) z nich, že na počátku nemoci bývá pro člověka prvořadá potřeba jistoty a bezpečí, a 9 (69 %) udává potřeby fyziologické.

Graf 12 Volný čas ve službě na povídání si s pacientem

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na TRO tvrdí 3 (23 %) sestry, že na popovídání si s pacientem nemají téměř čas, 2 (15 %) ho mají někdy, 1 (8%) udává, že má čas vždy, a 7 (54 %) se jej vždy snaží najít, pokud je potřeba.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na JIP tvrdí 3 (23 %) sestry, že na popovídání si s pacientem nemají téměř čas, 6 (46 %) ho má někdy, 1 (8 %) udává, že má čas vždy, a 3 (23 %) se jej vždy snaží najít, pokud je potřeba.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na CHIR tvrdí 4 (31 %) sestry, že na popovídání si s pacientem mají čas někdy, 3 (23 %) udávají, že mají čas vždy, a 6 (46 %) se jej vždy snaží najít, pokud je potřeba.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na ONP tvrdí 2 (15 %) sestry, že na popovídání si s pacientem nemají téměř čas, 7 (54 %) ho má někdy a 4 (31 %) se jej vždy snaží najít, pokud je potřeba.

Graf č. 13 Zájem sester o povídání si s pacientem

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na TRO mají 3 (23 %) zájem popovídat si s pacientem pouze někdy, 10 (77 %) tvrdí, že vždy.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na JIP má 7 (54 %) zájem popovídat si s pacientem pouze někdy, 6 (46 %) tvrdí, že vždy.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na CHIR má 6 (46 %) zájem popovídat si s pacientem pouze někdy, 7 (54 %) tvrdí, že vždy.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na ONP má 9 (69 %) zájem popovídat si s pacientem pouze někdy, 4 (31 %) tvrdí, že vždy.

Graf č. 14 Schopnost sester dávat při komunikaci pacientovi naději

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na TRO si myslí 7 (54 %) z nich, že jsou schopny dávat pacientovi při komunikaci s ním naději, 5 (38 %) neví a 1 (8 %) se toho bojí.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na JIP si myslí 12 (92 %) z nich, že jsou schopny dávat pacientovi při komunikaci s ním naději a 1 (8 %) se toho bojí.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na CHIR si myslí 6 (46 %) z nich, že jsou schopny dávat pacientovi při komunikaci s ním naději, 6 (46 %) neví a 1 (8 %) se toho bojí.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na ONP si všechny myslí, že jsou schopny dávat pacientovi při komunikaci s ním naději.

Graf č. 15 Přístup sester ke komunikaci s pacientem

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na TRO poslouchají 4 (31 %) sestry pacienta se zájmem, 1 (8 %) poslouchá, protože na komunikaci má čas, 3 (23 %) při komunikaci myslí na úkoly, které musí ještě vykonat, 5 (38 %) myslí při komunikaci s pacientem na to, že nestíhají.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na JIP poslouchá 5 (38 %) sester pacienta se zájmem, 1 (8 %) poslouchá, protože na komunikaci má čas, 6 (46 %) myslí na to, že nestíhají a 1 (8 %) tvrdí, že ji nezajímá, co jí pacient říká.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na CHIR poslouchá 9 (69 %) sester pacienta se zájmem, 1 (8 %) poslouchá, protože na komunikaci má čas, 3 (23 %) myslí na to, že nestíhají.

Z celkového počtu 13 (100 %) sester pracujících na ONP poslouchají 2 (15 %) sestry pacienta, protože na komunikaci mají čas, 11 (85 %) myslí na to, že nestíhá svou práci.

Diskuse

Z odpovědí vyplynulo, že pacienti přijatí na lůžko akutní péče vykazovali před hospitalizací uspokojování potřeby seberealizace nebo se v uspokojování svých potřeb pohybovali v blízkosti vrcholu pyramidy. Po dobu hospitalizace se pacienti na traumatologii a na JIP přechodně věnují uspokojování potřeb nižší úrovně, ale na potřebu seberealizace nezapomínají. Nemoc a pobyt v nemocnici je pro ně, dle zjištěných výsledků, většinou situace, kterou lze řešit. To znamená, že racionálnost svého hodnocení a myšlení dokáží v případě potřeby užít jako štítu před emocemi (Tuček, 2005). Je pro ně důležité bojovat s nemocí. Je pro ně důležitá naděje, to je známka toho, že potřeba seberealizace je u nich stále důležitá, ale v době hospitalizace se věnují přechodně uspokojování potřeb nižší úrovně.

Pacienti přijatí na lůžko plánovaných výkonů vykazovali před přijetím do nemocnice uspokojování vyšších potřeb, ale ne potřeby seberealizace. Pobyt v nemocnici je pro ně situace, kterou lze řešit. Při pobytu v nemocnici upřednostňují pocit bezpečí a je pro ně důležité mít sílu bojovat s nemocí, cítit oporu a porozumění ze strany sester a je pro ně důležitý pocit naděje, který je vyjádřením vyšších potřeb. Na rozdíl od traumatologických pacientů nezmiňují

při pobytu v nemocnici potřebu být respektováni druhými.

Pacienti hospitalizovaní na ONP dávají v životě přednost bezpečí, spolehlivosti a stabilitě, pohybu a spánku. Se svým životem jsou částečně spokojeni a částečně šťastni. Téměř polovina dotázaných říká, že nemoc a pobyt v nemocnici je pro ně situace, která zcela změnila jejich život. V souvislosti s nemocí potřebují především být bez bolesti, mít pocit bezpečí, ale i bojovat s nemocí. Potřebují naději a je pro ně důležité porozumění a opora. Na rozdíl od pacientů přijatých na lůžka plánovaných výkonů označovali potřebu být respektováni druhými. Uspokojování této potřeby spěje k seberealizační potřebě stejně jako mít sílu bojovat s nemocí, kterou pacienti hospitalizovaní na ONP označili jako odpověď v 67 %. I v životě dávali více přednost potřebě vědět a rozumět než pacienti přijatí na lůžka plánovaných výkonů, což je zajímavé.

Sestry si pod pojmem holistický přístup k člověku představují celostní přístup. O potřebách člověka mají dostatečné informace, vědí, že jsou organizovány podle své naléhavosti a že vznikají v závislosti na životní situaci. Na rozhovor s pacientem čas příliš nemají nebo pouze někdy, ale většina dotázaných se snaží jej najít. Sestry vědí, že mohou svým přístupem k pacientovi ovlivnit jeho prožívání a mají zájem s ním komunikovat. Většina sester si myslí, že je schopna dávat pacientovi naději, i když se toho některé bojí. Myslí si, že je důležité poskytovat při své péči také porozumění a oporu. Kromě sester na ONP všechny poslouchají pacienta se zájmem, ale někdy musí myslet také na to, co je třeba ještě udělat. Pojem naslouchání jim není cizí a umí jej vysvětlit. Většina sester také dobře rozumí pojmu naslouchání.

Sestry přistupují k potřebě seberealizace po dobu hospitalizace se zájmem, i když samozřejmě ne na všech zkoumaných odděleních stejně. Z odpovědí pacientů lze vyvodit závěr, že sestry na ONP by rády poslouchaly, ale nestíhají svou práci. Poskytují nemocným také oporu a porozumění, dávají svým chováním a vystupováním pocit naděje, i když to, co je pro pacienty v době nemoci nejdůležitější, zajímá pouze některé. Na JIP poslouchají sestry se zájmem. Poskytují nemocným také porozumění a oporu, dávají svým chováním a vystupováním pocit naděje. Co je pro nemocné v době nemoci nej-

důležitější zajímá pouze některé sestry. Sestry na chirurgii poslouchají se zájmem. Poskytují nemocným také porozumění a oporu a svým chováním a vystupováním dodávají nemocným pocit naděje. Ne všechny se ptají, co je pro nemocné v době nemoci nejdůležitější. Na TRO podle pacientů sestry poslouchají se zájmem, všechny sestry ze zkoumaného vzorku poskytují porozumění a oporu a dodávají svým chováním a vystupováním pocit naděje. Ptají se nemocných, co je pro ně v nemoci nejdůležitější, i když pouze některé to zajímá.

ZÁVĚR

Cíle tohoto výzkumného šetření byly splněny, hypotéza 1 (pacienti hospitalizovaní na lůžkách akutní péče nevykazují potřebu uspokojení potřeby seberealizace) byla potvrzena (viz např. graf č. 5 a č. 6), ostatní byly vyvráceny.

Závěrem lze říci, že v nemalé míře záleží na péči lékařů a ošetřujícího personálu, jaké bude pacientovo prožívání nemoci a zda se vlivem hospitalizace nezmění žebříček jeho hodnot. Sestry, které tráví s pacientem daleko více času než lékaři, mohou svým přístupem k pacientovi mnohé ovlivnit. Snahou je, aby toto ovlivnění bylo ve vztahu k pacientovi pozitivní – s ohledem na pracovní vytíženost sestry, s ní souvise-

jící možná rizika a nákazy, každodenní setkání s nemocí a handicapem, v nemalé míře také uspokojení z práce a s etikou související úvaha, kdo si péči zaslouží.

Z výsledků šetření plyne, že nezáleží, na jakém oddělení sestra pracuje či jakého dosáhla ve své praxi vzdělání, ale na jejích osobnostních rysech a vlastnostech, na jejím fyzickém i psychickém zdraví. V tomto povolání nezbývá než na sobě stále pracovat a při své obrovské pracovní vytíženosti dbát na své fyzické a psychické zdraví, věnovat se duševní hygieně. Nejlépe je, když sestra vykonává své poslání s láskou.

LITERATURA

- ČECHOVÁ, V.: *Speciální psychologie*. 2. vyd., Brno: IDVPZ, 1999. 174 s.
 NAKONEČNÝ, M.: *Sociální psychologie organizace*. 1. vyd., Praha: Grada, 2005. 228 s.
 PIAGET, J.: *Psychologie inteligence*. 1. vyd., Praha: Portál, 1999. 162 s.
 ŠPATENKOVÁ, N. et al.: *Krize: psychologický a sociální fenomén*. 1. vyd., Praha: Grada, 2004. 132 s.
 TRACHTOVÁ, E.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: IDVPZ, 2001. 186 s.
 VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*. 1. vyd., Praha: Portál, 1999. 278 s.

Ivana Vachtová a Andrea Hudáčková
Vachtova.Iva@seznam.cz