



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Saturace psychosociálních potřeb pacienta / klienta

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Saturace psychosociálních potřeb pacienta / klienta
Saturation of the patient's psychosocial needs

Lea Hodaňová

Místo této prázdné stránky se vkládá Originál zadání práce podepsané rektorem a ředitelem USZ.

P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum:

Podpis

Poděkování

Chtěla bych velice poděkovat paní Mgr. Kateřině Švejdové za cenné připomínky a rady, které mi dávala během vypracování bakalářské práce. Také bych dále chtěla poděkovat respondentům, kteří nám vstřícně vyplňovali dotazníky.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Lea Hodaňová

Instituce: Technická univerzita Liberec, Ústav zdravotních studií

Název práce: Saturace psychosociálních potřeb pacienta/ klienta

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Švejdomá

Počet stran: 87

Počet příloh: 2

Rok obhajoby: 2013

Souhrn: Bakalářská práce se zaměřuje na psychosociální potřeby klienta, který je hospitalizovaný na lůžkovém oddělení. V teoretické části jsme se zabývali psychosociálními potřebami po teoretické stránce. Praktická část se skládá z výzkumu a statistického šetření. Výzkum jsme zaměřili na klienta a jeho potřeby. Nejprve jsme zkoumali vliv náboženství na uspokojování psychosociálních potřeb klienta, zda dochází v průběhu hospitalizace ke zhoršenému uspokojování psychosociálních potřeb klienta, dále jak délka hospitalizace ovlivňuje životní hodnoty, které se vztahují k psychosociálním potřebám a zda počet ošetrovatelského personálu zásadně ovlivňuje uspokojování psychosociálních potřeb pacienta.

Klíčová slova: Psychosociální potřeby, životní hodnoty, míra saturace psychosociálních potřeb

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Lea Hodaňová

Institution: Technical University of Liberec

Title: Saturation of the patient's psychosocial needs

Supervisor: Mgr. Kateřina Švejdová

Pages: 87

Apendix: 2

Year: 2013

Summary: The bachelor's thesis focuses on psychosocial needs of the client who is hospitalized in the inpatient ward. The theoretical part deals with psychosocial needs from the theoretical point of view.

The practical part consists of two parts: the research and the statistical survey. The research is focused on the client and his/her needs. First the thesis examined the influence of religion on meeting the psychosocial needs of the client. It studies whether meeting the psychosocial needs of the client gets worse during the hospitalization, then how the length of the hospitalization affects patient's life values which are related to psychosocial needs. It also considers whether the number of nursing staff significantly influences meeting the psychosocial needs of the patient.

Key words: Psychosocial needs, life values, degree of saturation of the psychosocial needs

Obsah

1	Úvod.....	11
2	Potřeby pacienta.....	12
2.1	Vývoj lidských potřeb	12
2.2	Hierarchie potřeb.....	16
2.2.1	Hierarchie potřeb dle A. Maslowa.....	16
2.2.2	Dům životních potřeb podle Chloubové.....	18
2.2.3	Teorie potřeb Manfreda Max-Neefa	19
2.2.4	Klasifikace potřeb podle Hendersonové	20
2.2.5	Model funkčních vzorců zdraví - Marjory Gordon	21
3	Psychosociální potřeby	23
3.1	Potřeba bezpečí a jistoty.....	23
3.2	Potřeba sounáležitosti a lásky	24
3.3	Potřeba autonomie - úcty a sebeúcty.....	25
3.4	Potřeba seberealizace	26
4	Uspokojování potřeb.....	27
4.1	Saturace potřeb v ošetrovatelském procesu	27
4.1.1	Saturace potřeb jako nástroj zjišťování kvality ošetrovatelské péče v ošetrovatelském procesu	28
4.2	Faktory ovlivňující uspokojování potřeb	28
4.3	Vliv motivace na saturaci potřeb.....	30
4.4	Saturace potřeb.....	31
5	Frustrace.....	33
5.1	Frustrace potřeb v ošetrovatelském procesu	33
5.2	Vliv frustrace na komunikaci	34
5.3	Uspokojování psychosociálních potřeb u dlouhodobě nemocných	35
6	Praktický pohled na kulturní specifika uspokojování psychosociálních potřeb	37

7	Empirická část.....	38
7.1	Metodika práce.....	38
7.1.1	Cíle a výzkumné předpoklady	38
7.2	Metodika výzkumu a harmonogram výzkumu	39
7.2.1	Harmonogram výzkumu	39
7.2.2	Charakteristika respondentů	40
7.2.3	Výsledky výzkumu a jejich analýza	42
7.3	Vyhodnocení cílů a výzkumných předpokladů.....	59
7.4	Statistické testování hypotéz	63
8	Diskuze	68
9	Závěr	71
10	Doporučení pro praxi	73
11	Seznam bibliografických citací.....	76
12	Seznam tabulek, grafů a obrázků	79
13	Seznam příloh	81

Seznam zkratk

Zkratka	Vysvětlení zkratky
Oše. plán	Ošetřovatelský plán
Psychosoc. potřeby	Psychosociální potřeby

1 Úvod

V bakalářské práci se zabýváme životními hodnotami, psychosociálními potřebami a vlivem náboženství na uspokojování psychosociálních potřeb. Téma bylo zvoleno na základě osobního zájmu o psychologii a jejím úzkým spojením s oborem ošetrovatelství, zejména v oblasti psychosociálních potřeb člověka. V dnešní době se neustále zvyšuje kvalita ošetrovatelské péče. V dalším posunu kvality ošetrovatelské péče je zcela elementární respektovat pacienta jako bio-psycho-sociální bytost a dbát nejen o jeho biologické potřeby, ale také psychosociální, které by v rámci ošetrovatelského procesu neměly být opomíjeny. Na toto téma již bylo zaměřeno několik závěrečných prací. Tato práce si klade za cíl propojit psychosociální potřeby a jejich saturaci s ohledem na náboženské vyznání pacienta, nemoc a hospitalizaci. Zároveň propojujeme psychosociální potřeby s životními hodnotami, které jsou nedílnou součástí psycho-socio-spirituálního vnímání jedince. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabýváme odbornou terminologií vztahující se k problematice psychosociálních potřeb a životních hodnot. Nalezneme zde kapitoly věnující se vývoji lidských potřeb, hierarchií potřeb, saturaci a frustraci potřeb a praktický pohled na kulturní specifika uspokojování psychosociálních potřeb. V empirické části byl realizován a statisticky hodnocen výzkum, který byl zaměřen na ovlivnění psychosociálních potřeb hodnot náboženským vyznáním pacienta, dále jak délka hospitalizace a samotné onemocnění ovlivňuje saturaci psychosociálních potřeb. V rámci praktické části jsme také zkoumali změnu hodnotového žebříčku pacientů před a v průběhu hospitalizace. V samotné empirické části byly stanoveny 4 hypotézy, které byly nadále podrobeny statistickému testování.

V bakalářské práci jsme si vytyčili 4 cíle:

- Cíl- zjistit vztah náboženství s mírou saturace psychosociálními potřeb.
- Cíl- zjistit míru uspokojování psychosociálních potřeb u hospitalizovaných pacientů.
- Cíl- zjistit vliv hospitalizace na uspokojování psychosociálních potřeb klienta.
- Cíl- zjistit vliv počtu ošetrovatelského personálu na oddělení na uspokojování psychosociálních potřeb u klienta.

2 Potřeby pacienta

„Pojem potřeba můžeme definovat jako stav nedostatku nebo nadbytku. Prožívání nedostatku (hlad, žízeň) stejně jako nadbytku (hluk) ovlivňuje psychické činnosti (vnímání, myšlení, učení, emoce aj.) a tím další chování jedince. Lidské potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se. Mění se jejich kvantita a kvalita.“¹

Jsou úzce spojeny s motivací a motivačním napětím. Několik autorů se snažilo definovat potřeby a rozdělit je do skupin. Mezi nejznámější autory, kteří sestavili teorii potřeb, patří například Abraham Harold Maslow. Z této teorie potřeb čerpala i Helena Chloubová, která sestavila dům životních potřeb.

2.1 Vývoj lidských potřeb

Novorozenecké období do prvního měsíce života je nejvíce zaměřeno na nižší, primární potřeby. Kojenecké, od prvního měsíce do 1 roku života, se již začíná zaměřovat na vyšší, sekundární potřeby, které jsou velice důležité pro další vývoj. Nejdůležitější potřebou je získání důvěry a nedůvěry. Kojenec od 7. do 8. měsíce života začíná poznávat cizí a známé osoby a právě v tomto období se začíná projevovat strach z neznámého a známého. Dochází ke střídání potřeby zvědavosti a potřebou stability. V tomto období se uceluje potřeba bezpečí a jistoty. V novorozeneckém období je důležitá stimulace novorozence ze strany matky a otce. [16, 25, 26]

V **batolecím období** od 1 do 3 let se nacházíme ve fázi samostatného studu a pochyb. Typickým znakem je utváření si vztahu k vlastnímu tělu a vztahu k okolnímu světu. Batole se začíná částečně osamostatňovat, úzce spojený vztah s matkou se začíná měnit a oddalovat. Nejdůležitější je pro něj získat důvěru v sebe samého a své schopnosti. [25, 26]

Předškolní věk od 3 do 6 let. Typické pro tento věk je, že jednání, myšlení a pozornost dítěte je zaměřena na sebe, vytváření si určité podoby světa. Dítě si vykládá svět tak, aby pro něj byl pochopitelný a srozumitelný. Zde se nachází fáze iniciativy proti fázi

¹ KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-802-4728-308. S 32-33

viny. Toto období se také vyznačuje tím, že dítě kolem 4. roku života začíná odlišovat ženské a mužské pohlaví. [16, 25, 26]

Školní věk se dělí do třech období:

Raný školní věk je od nástupu do školy od 6 let do 8 let. Zde je charakteristická změna životní situace a vývojové změny, které jsou v úzkém spojení ve vztahu ke škole. [25]

Střední školní věk trvá od 9 do 12 let. V průběhu tohoto období dochází k mnoha změnám, které jsou jak biologické tak i sociální. [25]

Starší školní věk pokračuje po středním školním věku a trvá přibližně do 15 let, do ukončení základní školy. [26]

Ve školním věku a období pubescence dochází k rozporu a střídání rolí dítěte. Dítě je nestálé, snaží se začlenit do určité skupiny spolužáků, se kterými sdílí totožný názor a pohled na věc. Potřeba kontaktu se svými vrstevníky roste a zvětšuje se touha být součástí určité skupiny. Formuje se identita a dítě chce být kladně hodnoceno svým okolím. [16, 25, 26]

Období pubescence začíná kolem 11 let a končí ve 14 letech. Velká hormonální změna ovlivňuje chování pubescenta a časté výkyvy nálad. Jedinec je emocionálně labilní, vztahovačný, zranitelný a mění se jeho sebehodnocení. Díky dozrávání spolužáků a sebe samého, může také docházet k frustraci. Pubescenti mívají sklony svoje úvahy považovat za jedinečné a často jsou hyperkritičtí. [16, 25, 26]

Období adolescence tvá přibližně od 15 do 20 let. Tělo adolescenta se stává prostředkem k dosažení potřebného sociálního postavení. Adolescenti velice často ztrácejí motivaci ke studiu, ale při nadchnutí pro určitou věc jsou schopni dosáhnout velikého výkonu pro dosažení cíle. Dalším znakem tohoto období je, že dochází k vytváření určitého postoje a obecné strategie chování. Rozvíjejí se a utvářejí ženské a mužské role, které si adolescent osvojuje. V adolescenci se začínají rozvíjet profesionální role v důsledku následného vzdělání. V tomto období dochází k ukončení procesu odloučení od rodiny, člověk se stává závislejším na vztazích a vrstevnicích. [25, 26]

Dospělost se dělí do tří období:

Období mladé dospělosti hovoříme od 20 do 35 let. Jedná se o dosažení psychické dospělosti, které je spojeno s větší sebejistotou a vědomím vlastních pravomocí. Je to spojeno s uvědoměním si následků svého jednání a zodpovědnosti za své činy. Toto období je charakteristické tím, že lidé mají stálé zaměstnání, uzavírají manželský svazek a plánují rodičovství. U žen dochází k rozhodování mezi profesním životem a rolí matky. Během mladé dospělosti začíná nastávat výběr partnera a stabilnější monogamní partnerské vztahy. Manželství často napomáhá při uspokojování některých psychosociálních potřeb, ale ne vždy tomu tak musí být ve všech případech. Může částečně určité potřeby saturovat, ale i frustrovat. To samé se vyskytuje i u příchodu nového člena rodiny. [25, 26]

Období střední dospělosti od 35 do 45 let, ve kterém nastává změna postoje k sobě samému i okolnímu světu. Často přemýšlí o smyslu života a následném plánování života. Začínají první projevy stárnutí, které jsou u žen výraznější než u mužů. Tento věk se vyznačuje změnou vnímání profesní role, mělo by docházet k uspokojení potřeby seberealizace. Často toto období přináší druhou manželskou krizi, která je často kompenzovaná mimomanželským vztahem. To však není jediný způsob kompenzace, který dokáže uspokojit potřeby. Jedinci si začínají uvědomovat svou zranitelnost a omezenost života. První manželskou krizi lze pozorovat po narození prvního potomka, kdy matka veškerou svou pozornost vztahuje dítěti. [16, 25, 26]

Období starší dospělosti od 45 do 60 let se stává procesem stárnutí. Lidé uzavírají svoji profesní kariéru, kterou budovali celý život. Děti odcházejí zakládat své rodiny a rodiče mají postupem času pocit prázdného hnízda. Vidíme opět změnu úhlu pohledu na sebe samého, partnera a své okolí. V důsledku odchodu dětí z domova nastává neuspokojování potřeb. S následným rozšířením rodiny a narozením vnoučat jsou opět sekundární potřeby uspokojeny. Postupem času dochází k neuspokojování potřeb člověka v důsledku stárnutí a snížení soběstačnosti. Toto neuspokojení se týká jak primárních, nižších potřeb, ale i sekundárních, vyšších potřeb. [16, 25, 26]

Období raného stáří od 61 do 74 let je ovlivněno předchozími stádii života. Lidé se často vracejí do minulosti a k zpětnému prožívání zážitků. V průběhu raného stáří dochází k postupnému zhoršování fyzického stavu, tudíž dochází k zhoršenému uspokojování potřeb. Probíhají změny nejen biologické, ale i psychické. Nacházíme zpomalení psychických změn, zhoršení paměti, ale i změny osobnosti nejsou výjimkou.

Další z problémů, které přináší stáří, je ztráta sociálních kontaktů v důsledku nedoslýchavosti, pomalosti a nevybavování si slov. V tomto období člověk přechází z produktivního období do starobního důchodu, přináší to mnoho psychických změn a změn rolí. Přijmutí tohoto faktu můžeme popsat v několika fázích, které trvají odlišnou dobu. [16, 25, 26]

„Fáze adaptace na důchod jsou:

- 1. Fáze přípravy na důchod*
- 2. Fáze bezprostřední reakce na změnu spojená s pocitem vykořenění a ztráty zafixovaných jistot.*
- 3. Fáze deziluze a postupného přizpůsobování nové životní situaci.*
- 4. Fáze adaptace na životní styl důchodce a stabilizace nového stereotypu.“²*

Manželství v tomto období přináší pocit jistoty, bezpečí, sounáležitosti a sdílení života. Při úmrtí jedno z manželů se objevují pocity bezvýznamnosti a nepotřebnosti. Toto období je významné, protože člověk si začíná uvědomovat svou smrtelnost. [25, 26]

Období pravého stáří od 75. roku života je provázeno polymorbiditou, která ovlivňuje fyzické i psychické potřeby. V důsledku toho jsou senioři nuceni změnit svůj životní styl a často opustit vlastní domov. Změna prostředí a životního stylu je pro starého člověka velice stresující a náročná. Opět se zde začínají promítat myšlenky o konci života, nejčastěji strach, který v tuto dobu není ze smrti, ale ze samotného umírání. [25, 26]

Dlouhověkosti, neboli **kmetského věku**, se dožívá pouze zlomek obyvatelstva. Toto období je od 90 let. Uspokojování potřeb se odvíjí od soběstačnosti pacienta. V tomto období si již jedinci zvykli na změnu životního stylu, která přišla v období raného stáří. Období dlouhověkosti přináší již velikou závislost na druhých lidech, kteří napomáhají při uspokojování potřeb.

² VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří: uvedení do moderních teorií*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0. S. 361,362,363

2.2 Hierarchie potřeb

Potřeby můžeme rozdělit do dvou rovin. První rovina jsou **fyziologické potřeby** neboli nižší, primární, do kterých řadíme ty, které jsou nezbytné pro lidský život. Druhou rovinou jsou **vyšší, sekundární potřeby**, které utvářejí lidskou pohodu a to jak fyzickou, tak duševní. Všeobecně bychom mohli říct, že vyšší sekundární potřeby se rozvíjejí na základě primárních potřeb a jednotlivé individuality člověka. Sekundární potřeby tvoří v životě každého z nás jednotlivou samostatnou životní hodnotu. [15, 24]

2.2.1 Hierarchie potřeb dle A. Maslowa

Americký humanistický psycholog Abraham Harold Maslow, který žil v letech 1908 – 1970. Byl organizátorem a také prezidentem Společnosti humanistické psychologie. Společnost humanistické psychologie byla škola, která se považovala za „třetí sílu ve společnosti“.[15, 24]

Abraham Maslow sestavil teorii motivace, ze které odvodil hierarchickou teorii potřeb. Podle A. Maslowa lidské potřeby motivují chování jedince a samotný jedinec hodnotí tyto potřeby dle významu a potřeby člověka přežít. V 60. letech 20. století sestavil model lidských potřeb, který se dělí do dvou skupin. **První skupina jsou nižší fyzické potřeby a druhá skupina jsou vyšší psychosociální potřeby.** Domníval se, že vyšší psychosociální potřeby se stávají důležitými v případě, že nižší fyzické potřeby jsou alespoň částečně saturovány. Naplnění nižších fyzických potřeb je mnohem jednodušší než naplnění vyšších psychosociálních potřeb. Každý z nás je schopen úplně naplnit potřeby nižší, ale potřeby vyšší, psychosociální, nelze takto jednoduše uspokojit. Jakmile uspokojíme alespoň částečně jednu vyšší psychosociální potřebu, tak se nám opět objeví další vyšší psychosociální potřeba. A. Maslow viděl člověka jako jedince, který se snaží stále uspokojovat své potřeby od početí do smrti. Tyto potřeby se neustále vyvíjejí a rostou. Rovněž zjistil, že v každé životní etapě dochází ke změně dominantních potřeb a v různých obdobích života se mohou velice lišit. [15, 24]

Dále se A. Maslow domníval, že každý jedinec má individuální systém motivů, který se řadí v pořadí. Toto pořadí ovlivňuje síla motivů, která je u každého jedince různá a vyhrává nejsilnější motiv. Každý jedinec je motivovaným posloupným systémem

základních potřeb. Prohlašoval, že každá nutnost jedince je výrazem celé bytosti a není pouze výrazem určitého orgánu. [15, 20, 24]

A. Maslow říká: „*Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.*“³

Jednotlivé potřeby osob jsou vždy sestaveny v postupném pořadí dle své naléhavosti. Nikdo z nás by netoužil po úpravě svého obydlí nebo zkrášlování své osoby, když by věděl, že má pocit hladu, nebo ho čekala živelná pohroma. Díky tomuto porovnání můžeme pozorovat, že v rozporu mezi nižší a vyšší potřebou člověka dojde k zesílení motivace u nižší potřeby, a tím i jejímu vítězství. Jakmile dojde k uspokojení nižší potřeby, začíná dominovat vyšší potřeba a v důsledku toho dochází ke změně chování jedince. [15, 24]

Dále A. Maslow říká: „*Motivační život jedince tak může být popsán jako vzestup různými vrstvami pyramidy potřeb.*“⁴

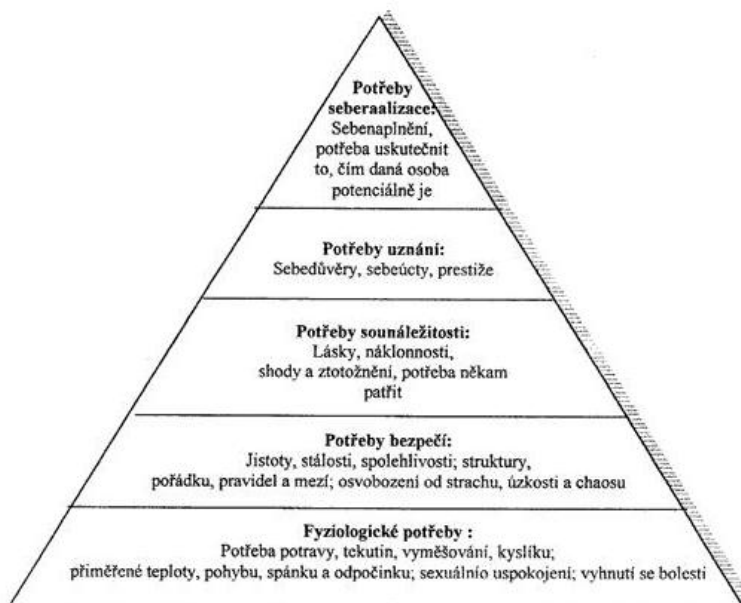
Každé životní období je charakterizováno specifickými potřebami jedince. V novorozeneckém období převládají potřeby fyziologické. Mladší děti mají potřebu bezpečí a lásky, na rozdíl od větších dětí, které mají potřebu lásky a uznání. Období adolescence se vyznačuje potřebou seberealizace, ale k úplnému ovládnutí potřeby seberealizace dochází až v dospělém věku. V případě, kdy dochází k dlouhodobému neuspokojování potřeb, můžeme nalézt u jedinců až psychopatologické projevy. [15, 20, 24]

Maslow uspořádal potřeby do stupnice dle sledu:

1. Fyziologické potřeby
2. Potřeba jistoty a bezpečí
3. Potřeba lásky a sounáležitosti
4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty
5. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace

³ TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4 S. 14.

⁴ TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4 S. 14.



Obrázek 1 - Maslow - pyramida potřeb [30]

2.2.2 Dům životních potřeb podle Chloubové

Dům životních potřeb vychází z pyramidy potřeb A. Maslowa, z holistického pojetí potřeb. Pro lepší orientaci sestavila dům životních potřeb PhDr. Helena Chloubová. Každý jedinec si tento dům životních potřeb sestavuje sám a v průběhu svého života jej částečně mění a přehodnocuje. [15, 24]

Dům potřeb dle H. Chloubové se skládá z pěti pater, ve kterých se zaměřuje na konkrétní potřeby:

1. Fyziologické, biologické potřeby
2. Základní psychosociální potřeby existenciální, nachází se zde potřeba jistoty a bezpečí
3. Vyšší psychosociální potřeby vztahové – lásky a sounáležitosti
4. Vyšší psychosociální potřeby self – sebepojetí a sebeúcty
5. Vyšší psychosociální potřeby- seberealizace [10]

POTŘEBY ČLOVĚKA								
sebe-realizace	sebe-aktualizace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebe-pojetí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	moc	submise
láska	sounáležitost	důvěra	kommunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživa	vyprázdnění moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo být bez bolesti	očista hygiena	sexuální mateřské potřeby

Obrázek 2 - Dům životních potřeb [30]

2.2.3 Teorie potřeb Manfreda Max-Neefa

Manfred Max-Neef byl chilský ekonom, který se narodil v roce 1932 v Chile. Zabýval se nejčastěji tématem chudoby. [18]

„Max-Neefova teorie potřeb - model rozvoje lidské škály (Human-Scale Development) – klasifikuje lidské potřeby jako nehmotné, konečné a určité, navíc konstantní ve všech lidských kulturách a historických časových periodách.“⁵

Domníval se, že základní lidské potřeby nejsou hierarchické, ontologicky univerzální a neměnné ve svém charakteru. Teorie potřeb dle M. Max-Neefa se nazývala „**Model rozvoje lidské škály**“, ve které klasifikoval potřeby jako nehmotné, nekonečné a určité. Dále předpokládal, že potřeby jsou ovlivňovány lidskými kulturami a časovými periodami. V teorii M. Max-Neefa jsou potřeby rozděleny na potřeby existence a přežití. Max-Neef mezi základní lidské hodnoty řadil základní potřebu bytí, ochranu, city, porozumění, účastnění se, rekreaci, tvoření a svobodu. Dále potřeby definoval v

⁵ DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383. S. 43

kategoriích týkajících se podstatných struktur života jako je bytí, vlastnictví, děláni a interakce. [15, 18, 20, 24]

V této teorii se také zabýval uspokojováním potřeb a jejich ovlivňováním se navzájem. Mínil, že v rámci uspokojování jedné potřeby může dojít ke snížení nebo úplnému znemožnění uspokojení druhé potřeby. [15, 18, 20, 24]

Lidé hledají objekt a způsob uspokojení své potřeby. Každé uspokojování vlastních potřeb je ovlivněno kulturou. U rozdílných kultur vznikají potřeby, jež by odlišné kultury absolutně neměly a nevyžadovaly je. [18]

2.2.4 Klasifikace potřeb podle Hendersonové

Viktoria Hendersonová ve 20. století formulovala 14 základních principů ošetrovatelské péče, kterými je důležité se zabývat:

1. Pomoc pacientovi s dýcháním - potřeba dýchání
2. Pomoc při příjmu potravy - potřeba výživy
3. Pomoc při vyměšování - potřeba vyprazdňování moče a stolice
4. Pomoc při udržení žádoucí polohy - potřeba aktivity tělesné i duševní
5. Pomoc při odpočinku a spánku - potřeba odpočinku a spánku
6. Pomoc při oblékání svlékání a používání vhodného oděvu - estetické potřeby
7. Pomoc při udržování tělesné teploty a v normálním rozmezí - potřeba tepla
8. Pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana kůže - potřeba očisty a hygieny
9. Ochrana nemocného před nebezpečím z okolí - potřeba bezpečí a jistoty
10. Pomoc při komunikaci nemocného, při vyjádření jeho pocitů a potřeb - potřeba komunikace
11. Pomoc při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla - duchovní potřeby
12. Pomoc při produktivní činnosti nemocného - potřeba seberealizace a sebeaktualizace
13. Pomoc v odpočinkových činnostech - potřeba odpočinku a spánku
14. Pomoc při učení - potřeba seberealizace [15]

Potřeby nemocného jsou závislé na povaze nemocného a sociální situaci, ve které žije.

2.2.5 Model funkčních vzorců zdraví - Marjory Gordon

Marjory Gordon absolvovala, základní ošetrovatelské vzdělání na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku. Dále absolvovala bakalářské a magisterské studium, opět v New Yorku. Již od svých kariérních začátků věnovala pozornost celistvému pojetí člověka. Svou doktorskou práci zaměřila na pedagogickou psychologii, jež byla zaměřena na diagnostické hodnocení. V roce 1974 definovala 11 okruhů chování a v roce 1987 zveřejnila Model funkčního zdraví. Mezi její velké úspěchy patřilo získání titulu profesorky, koordinátorky a prezidentky North American Nursing Diagnostic Association, kterou byla až do roku 2004. [13, 20]

Model je vydedukován ze vzájemného propojení osoby a prostředí. Celkový zdravotní stav osoby je odvozen od mnohostranného propojení bio-psycho-sociálních činitelů. Po kontaktu s pacientem je sestra schopna identifikovat, o jaký vzorec se jedná. Rozlišujeme dva základní vzorce: funkční vzorec zdraví a dysfunkční vzorec zdraví. [13, 20]

Teoretickým východiskem tohoto modelu je holistická a humanistická filozofie. Hlavní jednotky ošetrovatelských cílů jsou: zdraví, individuální odpovědnost člověka za své zdraví, rovnováha mezi bio-psycho-sociálními činiteli. Pacienta tento model bere jako celistvou holistickou bytost s biologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. Dále odlišuje pacienta s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví. V tomto ošetrovatelském modelu sestra zaujímá roli, ve které získává informace v individuálních oblastech vzorců zdraví rozbořením získaných informací a hodnocením funkčního nebo dysfunkčního vzorce chování. Zabývá se zdrojem obtíží, jež vychází z oblasti bio-psycho-sociálních interakcí. Mezi ohniska zásahu ošetrovatelského plánu patří dysfunkční vzorce zdraví. Dále je stěžejním bodem způsob intervence a důsledky, které se zabývají funkčním vzorcem zdraví. [20]

„Vzorce zdraví Marjory Gordon obsahuje:

- 1. Vnímání zdraví-udržování zdraví, obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby jakými se stará o vlastní zdraví.*
- 2. Výživa-metabolizmus zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu.*
- 3. Vylučování - zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže*

4. *Aktivita-cvičení obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity*
5. *Spánek-odpočinek zahrnuje způsob spánku, oddechu, relaxace.*
6. *Citlivost (vnímání) poznávání obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování atd.*
7. *Sebepojetí-sebeúcta vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu*
8. *Role-vztahy obsahuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů*
9. *Reprodukce-sexualita zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti, změn.*
10. *Stres, zátěžové situace-zvládání, tolerance obsahuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací.*
11. *Víra-životní hodnoty obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání) a transcendentna (to, co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), které jedince ovlivňují.*
12. *Jiné.*⁶

Tyto vzorce zdraví napomáhají sestře rozlišit, zda se chování řadí do funkčního nebo dysfunkčního vzorce chování. Funkční vzorec chování je ve zdraví a dysfunkční je v nemoci. Dysfunkční vzorec je příznakem probíhajícího onemocnění a stává se součástí potencionálního problému. Jestliže si sestra všimne takového vzorce chování, musí jej zaznamenat, označit, správně definovat ošetrovatelskou diagnózu a věnovat se dalším krokům řešení ošetrovatelského problému. [13, 20]

⁶ PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3. S. 101

3 Psychosociální potřeby

Patří mezi ně sociální, získané, kulturní a společenské potřeby. Jsou to takové potřeby, u kterých potřebuje člověk přítomnost druhých lidí. Psychosociální potřeby patří mezi vyšší, primární potřeby. A. Maslow tvrdil, že vyšší psychosociální potřeby začínají být důležité v okamžiku, když jsou uspokojeny základní biologické potřeby. [15, 18, 21]

Dle A. Maslowa: „*K psychickým potřebám náleží: potřeba pomoci, péče, jistoty, bezpečí, lásky, štěstí, dominance, porozumění, úcty, uznání, obdivu, respektu, sebeúcty, vlastní identity, zdokonalování, sebeuplatňování, autonomie, obrany, agrese, moci, zvědavosti, předvádění se, vlastnictví, vyhnutí se neúspěchu, hanbě, estetické, kulturní, učení, hry, zábavy.*“

Mezi sociální potřeby patří: „Potřeba sdružování, sociálního kontaktu, komunikace, informovanosti, afiliace, přátelství, společné prestiže, respektování, seberealizace, kulturní.“

Mezi duchovní potřeby patří: „potřeba smysluplnosti existence, utrpení, smrti, hodnotového systému, cílů života, respektování víry, náboženské svobody, náboženských tradic, respektování pocitů vůči Bohu, praktikování náboženských obřadů, odpuštění.“⁷

3.1 Potřeba bezpečí a jistoty

Jsou to potřeby, které se snaží vyhnout nebezpečí, hrozbě, nebezpečným situacím. Dále do této potřeby spadají touha po spolehlivosti, stálosti, klidu, spokojenosti, ochraně, důvěře, míru a naději. Tyto potřeby jsou pokládány za nejdůležitější a nejzákladnější psychické potřeby, které nám napomáhají se vyhnout ohrožení a nebezpečí. Každý jedinec má potřebu být součástí určité sociální skupiny, pokud tato potřeba není saturována v důsledku např. ztráty zaměstnání, jedinec potřebu bezpečí nalézá již pouze v rodině. Mezi **projevy nedostatku** jistoty a bezpečí patří nejistota, úzkost, strach, nedůvěra, agrese, beznaděj, pocit hrozby. Potřeby bezpečí a jistoty můžeme rozdělit do tří kategorií:

- potřeba ekonomického zabezpečení

⁷ PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580. S. 103,104

- potřeba fyzického bezpečí
- potřeba psychického bezpečí. [15, 18, 21]

Mezi ekonomické zabezpečení považujeme stálý, dostatečný finanční obnos. V období dospělosti potřebujeme mít stabilní zaměstnání, které nám tuto životní jistotu poskytne. V období stáří je saturace této potřeby komplikovanější z důvodu toho, že již nejsme pracovně aktivní a naše finanční zabezpečení je závislé na starobním důchodu. [15,16,17]

Další potřebou bezpečí je fyzické bezpečí, které je sníženo v důsledku možné fyzické hrozby. Může to být zhoršení fyzické kondice, ztráta soběstačnosti a pohyblivosti, neznámé nebo cizí prostředí a lidé. V nemocničním prostředí se snažíme tuto potřebu aspoň částečně minimalizovat. Nemocnému se představíme, seznámíme ho s prostředím, denním režimem a ošetřovatelským plánem. [15, 18, 21]

Psychický pocit bezpečí je denně ovlivňován mnoha vlivy, které jsou jak biologické tak i psychické. Každý jedinec je osobitý a jeho potřeba bezpečí má různé hranice snesitelnosti. Pocity, jež vyvolávají psychické bezpečí, jsou: pocit jistoty, nemít strach ani úzkost a být orientovaný v čase i prostředí. [15, 18, 21]

3.2 Potřeba sounáležitosti a lásky

Je to potřeba, která je vázána na přítomnost ostatních lidí. U této potřeby patří mezi základní pilíře pocit milovat, být milován, potřeba přízně, sympatie, sounáležitosti a pocitu sjednocení. Láska je nejsilnější emocionální vztah, jež v našem životě prožijeme. U této potřeby jsme nuceni k neustálému kontaktu s ostatními lidmi, kteří v nás vyvolávají pocity blízkosti. Jestliže by nedocházelo k saturaci, všimli bychom si u daného jedince smutku, pocitu zbytečnosti, deprese a osamělosti, bezmoci, a tento jedinec, by měl velice ztíženou socializaci do určité sociální skupiny. Mezi členění spadá potřeba lásky, vyjadřování se a být vyslechnut, sounáležitosti se skupinou a potřeba být dostatečně informován. [15, 18, 21]

Sounáležitost s příslušnou skupinou je v potřebě lásky velice důležitý faktor. Lidé potřebují být součástí určité skupiny a pravidelně se stýkat s touto skupinou. Jakmile dojde k hospitalizaci, dojde k vytržení ze skupiny a klient ztrácí přehled o dění v ní. Je

důležité zachovat kontakt se skupinou, aby se klient necítil vytržený z dění a opět se dokázal začlenit zpět. Důležité je, aby klient byl členy skupiny nebo rodiny navštěvován a získával informace o dění. Problém vyčlenění ze skupiny může také vzniknout v důsledku zhoršení zdravotního stavu, který omezí jedince v pohybu, kdy již nemůže navštěvovat své přátele. [15, 18, 21]

Být dostatečně informován o dění okolního světa. Do dění okolního světa bychom mohli pacienta uvést pomocí televizního zpravodajství, novin, časopisů, rádia. Nejlépe do dění okolního světa dokáže začlenit rodina s informacemi přímo z rodinného dění. [18, 21]

Potřebu lásky bychom si mohli vyložit tak, že tato potřeba dává emocionální vztah a také ho přijímá. Člověk si přeje mít rád, milovat a přijímat stejné city od druhých. Mohly bychom tuto potřebu rozdělit na **lásku rodičovskou, přátelskou, erotickou a lásku k bližnímu svému**, která spadá do náboženské sféry. Ne vždy lze tuto potřebu v nemocnici dostatečně uspokojit. Je to z toho důvodu, že největší část dne nemocný stráví se zdravotnickým personálem, který tuto potřebu nemůže kvalitně saturovat. [15, 18]

Potřeba vyjadřování se a být vyslechnut je velice individuální. Každý člověk má své potřeby stanovené jinak, některému stačí pouze přítomnost jiných lidí a jiný potřebuje dlouhé rozhovory. Sem spadají potřeby slovně vyjadřovat své myšlenky a vyslechnout druhého. Zde bychom mohli nalézt handicap u lidí s poruchou řeči a smyslového vnímání. [15]

3.3 Potřeba autonomie - úcty a sebeúcty

„Autonomie je funkční samostatnost, svébytnost a nezávislost.“⁸

Je to potřeba autonomie uznání, ocenění a sebeúcty. Jednodušeji řečeno, je to potřeba uznání sebe sama, neudělat si ostudu, potřeba být úspěšný, poznání. Můžeme si pod tím představit, že se jedná o způsobilost, jak vést vlastní život podle vlastních představ a pravidel. Abychom dostatečně naplnili pocit autonomie. [15, 18, 21]

⁸ *Velký sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha Editor Ivan Slaměník. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Karolinum, 2009, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 978-807-1843-115. S 35

U člověka, u kterého není uspokojena tato potřeba, se snižuje sebeúcta, vznikají komplexy a pocity méněcennosti, zklamání a studu. Může se to projevovat agresivitou a kritičností ke svému okolí. Jedinec se snaží tuto nevědomou potřebu saturovat a nevědomě kritizuje své okolí, aby prostřednictvím druhé osoby mohl zvýšit svou sebeúctu. K uspokojování této potřeby může docházet vědomě a i nevědomě. [15, 18, 21]

3.4 Potřeba seberealizace

Potřeba seberealizace je charakterizována uspokojením svých schopností. Seberealizace nám nabízí otázku po smyslu života, jakým směrem bychom ho chtěli zaměřit, v čem bychom si přáli se zdokonalovat. Tato myšlenka každého z nás napadne a začneme o ní uvažovat. Mezi první období, ve kterém nás tato myšlenka napadne, patří období pubescence. Přináší nám závažné rozhodování, jakým směrem bychom si přáli se orientovat. Je to velice těžké období, které ovlivní náš následný život. Další rozhodování může nastat po střední škole, kdy člověk začne přemýšlet, zda chce pokračovat ve studiu a dále se vzdělávat v profesi, kterou bude chtít vykonávat. Saturování této potřeby můžeme nejlépe zachytit v dospělosti, kdy je člověk v aktivním, produktivním věku a je schopný objektivního uvažování o cílech. K další krizi v uspokojování potřeb dochází v pozdní dospělosti. V tomto období odcházejí děti z rodiny a jedinec opět nalézá prostor pro sebe samého a své potřeby. [18, 21]

4 Uspokojování potřeb

Saturaci potřeb si můžeme vysvětlit jako nasycení, nebo uspokojení potřeb, které jedinec má. Uspokojování lidských potřeb v normálním životě závisí na jedinci samotném, který potřeby vyžaduje. Většinu základních potřeb lze saturovat samostatně, některé vyšší potřeby pak jen s přítomností jiných lidí. V některých případech není člověk schopen saturovat potřeby sám, tudíž je odkázán na pomoc druhých lidí. Opakem saturace je frustrace, která znamená dlouhodobé neuspokojení potřeb. Vede ke zhoršení komunikace, spolupráce při léčbě a dodržování léčebného plánu. [28, 23]

Saturace, neboli uspokojení potřeb, je ovlivněna mnoha faktory. Hlavní pracovní úlohou sestry je uspokojování primárních a sekundárních potřeb pacienta. Uspokojování primárních potřeb bychom mohli z ošetřovatelského hlediska považovat za jednodušší, může to být v důsledku snadnějšího vyjádření dané potřeby. Potřeby sekundární se začínou vyskytovat následně po dostatečné saturaci primárních potřeb. Jakmile dojde k uspokojivé saturaci primárních potřeb, rozkryjeme velké množství psychosociálních potřeb. U psychosociálních potřeb stačí částečné uspokojení, a nalezneme ihned novou, neuspokojenou potřebu. [26]

Saturace potřeb je neustálý kruh, který nemá konce. Vždy nalézáme potřeby, které nejsou uspokojeny.

4.1 Saturace potřeb v ošetřovatelském procesu

Saturace potřeb klienta je základní činností ošetřujícího personálu. V ošetřovatelském procesu bychom se měli držet základních priorit, které jsme si předem určili. Postupujeme od těch nejnižších až po ty vyšší, psychosociální. Je to neustále opakující se činnost, kterou provádíme denně. Při uspokojování potřeb je důležité, aby ošetřující personál měl dostatek vědomostí a znalostí, které by mohl využít v sestavování ošetřovatelského procesu. [23]

4.1.1 Saturace potřeb jako nástroj zjišťování kvality ošetrovatelské péče v ošetrovatelském procesu

Cílem zjišťování kvality ošetrovatelské péče je zajistit její kvalitu. Je to systematické získávání informací, které podléhá určitým normám a pravidlům. Každá nemocnice může klást důraz na jiné složky ošetrovatelské péče, ale ve většině dochází k zaměřování se na totožné aspekty. Krajská nemocnice Liberec, a.s. vytvořila dokumenty, podle kterých by měli zaměstnanci liberecké nemocnice pracovat. Patří sem řád zdravotnické dokumentace, konziliární řád, řád kardiopulmonální resuscitace, směrnice anesteziologické péče, řád informovaných souhlasů, standardy ošetrovatelské péče předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, hygiena rukou, hygienické požadavky pro příjem a ošetrování fyzických osob, metody a postup spojené s rizikem infekcí pro hygienicko-epidemiologicky významné situace. [17]

Do markerů hodnotících kvalitu ošetrovatelské péče patří Barthelův test základních všedních činností, riziko dekubitu dle stupnice Nortonové, nutriční screening, riziko pádu, Mini-Mental State Examination, škála deprese pro geriatrické pacienty, test ošetrovatelské péče podle Svamborga, zkrácený mentální bodovací test a hodnocení spokojenosti pacientů. [18, 24]

4.2 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb

Celkově je mnoho činitelů, které ovlivňují uspokojování potřeb. Některé činitele mohou znemožnit, narušit nebo změnit způsob uspokojování potřeb jedince. Mezi **základní činitele ovlivňující potřeby pacienta** patří onemocnění, osobnost jedince, mezilidské vztahy, okolnosti, za kterých onemocnění vzniklo, vývojové stádium ve kterém se nachází, kulturní hledisko a délka hospitalizace. [26]

Faktor nemoc ovlivňuje uspokojování nižších, fyziologických potřeb a vyšších psychických potřeb. Celkově záleží na charakteru onemocnění a příčině vzniku onemocnění. U nemocných dochází k neuspokojení potřeb v důsledku snížení soběstačnosti. Při uspokojování jak primárních, tak i sekundárních potřeb pomáhá zdravotnický personál. Jakmile dochází ke zlepšení stavu pacienta a uspokojení fyzických potřeb, přicházejí na řadu vyšší úrovně. U nemocných v akutní fázi nebo ve fázi pooperační dochází k zaměřování se na potřeby fyziologické, takzvané potřeby

přežití. **Okolnosti, za kterých onemocnění vzniklo**, je faktorem, který ovlivňuje saturaci potřeb. Je důležité zjistit příčinu onemocnění a prostředí, ve kterém se aktuálně nemocný nalézá. Každého z nás ovlivňuje okolí a každý z nás odlišně přijímá cizí prostředí. Tento faktor je dále ovlivněn níže zmíněným faktorem, jako jsou mezilidské vztahy a s tím se opět pojí okolnosti, za kterých onemocnění vzniklo. Důležité je zjistit **příčinu onemocnění**, zda vzniklo na podkladě cizího zavinění, trestnou činností či patofyziologií organismu. Díky tomuto poznatku jsme schopni se s klientem sblížit a naplánovat si lépe individuální ošetrovatelský plán a zaměřit se na konkrétní potřeby jedince. [24]

Osobnost člověka je dalším z faktorů ovlivňujících potřeby. Osobnost člověka ovlivňuje způsob uspokojování potřeb, způsob vyjádření potřeb a psychickou odpověď organismu. Důležité je zjistit emocionální labilitu nebo stabilitu, odolnost vůči psychické zátěži a sebekoncepci člověka. Člověk, který má sebekoncepci v pořádku, je schopný poznat, zda dochází k uspokojování jeho potřeb. Takovýto člověk je také schopen poznat, jakým způsobem by mohl své potřeby uspokojit. [24]

Mezilidské vztahy v ošetrovatelském procesu z velké míry ovlivňují uspokojování potřeb daného jedince. Všeobecné sestry jsou neustále v kontaktu s klientem, tudíž mohou ovlivňovat potřeby klienta a motivovat ho ve zdravém uspokojování těchto potřeb. [18, 24]

Uspokojování potřeb dále, ovlivňuje **vývojové stádium**, ve kterém se jedinec aktuálně nalézá. Každé vývojové stadium je charakterizováno specifickými potřebami jedince. Záleží, zda v předchozích stádiích byly uspokojeny či neuspokojeny potřeby. Dalším činitelem je věk klienta z pohledu vyjadřovacích schopností, které jsou v určitých stádiích omezeny. Děti a starší lidé nemají dostatečné schopnosti k vyjádření vlastních potřeb.[26]

Délka hospitalizace je spojena s vývojovým stádiem, ve kterém se daný jedinec vyskytuje. Délka hospitalizace bude brána odlišně u dětských klientů, adolescentů, dospělých jedinců a seniorů. Každé stadium je podmíněno jinými potřebami, které lze obtížně uspokojovat v nemocničním prostředí. Dlouhodobá hospitalizace ovlivňuje především psychosociální potřeby, které jsou v důsledku vytržení z určité společnosti neuspokojeny.

Dalším faktorem ovlivňujícím uspokojování potřeb pacienta je **kulturní hledisko**. Mezi kulturní hlediska patří filozofie, stravovací zvyky, dějiny, oblečení, věda, umění, hospodářství, literatura, politika, hry a přísloví. Kulturní hledisko může ovlivnit saturaci potřeb pacienta pozitivně, ale i negativně. Každý z nás se naučil zvykům kultury, ve které dospíval. Hospitalizace může tyto zvyky zásadně ovlivnit a narušit. Z těchto důvodů může následně docházet k neuspokojování vyšších, sekundárních potřeb. [19, 23]

Náboženství můžeme považovat za další činitel, jenž ovlivňuje saturaci potřeb. Náboženství může z velké míry ovlivnit jak primární, nižší tak i sekundární, vyšší potřeby. Nutno podotknout, že každé náboženství vyžaduje různé nezbytnosti, které souvisejí s danou vírou. Náboženství napomáhá dát životu a smrti určitý smysl, tudíž člověku ukáže směr, kterým se v životě ubírat. [19, 24]

4.3 Vliv motivace na saturaci potřeb

Slovo motivace pochází z latinského slova *moveo*, které v překladu znamená pohyb, hnutí, nepokoj. „*Motivace je psychický stav vyvolávající činnost, chování či jednání a zaměřující se určitým směrem.*“⁹

Saturace potřeb je z velké míry ovlivněna motivací. Motivace je základní pud pro uspokojování potřeb. Na základě pohnutku je organismus vyprovokován k činnosti, která alespoň částečně uspokojí nutnosti, a tento stav se nazývá **motivační napětí**. Někteří psychologové se domnívají, že právě pohnutky jsou tím, co řídí naše chování v daných situacích. Pohnutky můžeme považovat za vedení, které nám určuje směr, sílu, trvání určitého jednání. Motivace rozdělujeme na vědomou, zcela uvědomělou a nevědomou. Nevědomý a vědomý pohnutek nelze jednoznačně a jednoduše oddělit, protože u některých potřeb dochází k prolínání obou motivací. Za naprosto zřejmý nevědomý pohnutek lze brát ten, který má nevědomou potřebu a nevědomě hledá vědomý cíl. [19, 24]

⁹ *Velký sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha Editor Ivan Slaměník. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Karolinum, 2009, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 978-807-1843-115. Str. 651

Lidské jednání je spojeno se záměrným a nezáměrným chováním jedince. Chování jedince je uzpůsobeno tak, aby docházelo k uspokojování potřeb, a to díky motivačnímu napětí jedince. [19, 23]

Za zvýšeným uspokojováním jedné potřeby se může skrývat uspokojování potřeby jiné. Některé mohou alespoň částečně saturovat jiné. Jako příklad bychom si mohli vzít potřebu zvýšené sexuální aktivity. Pod touto potřebou se může skrýt potřeba potlačení pocitu méněcennosti, která se díky této aktivitě aspoň částečně uspokojí.

V následující tabulce si můžeme ukázat schéma uspokojení potřeb.

Tabulka 1 – Schéma uspokojení potřeb [3]

Motivační napětí/ chování	Instrumentální chování/ jednání	Dovršující chování/ uspokojení
Pocit únavy	Odpočívání	Obnova sil
Potřeba komunikace	Komunikování	Sdělení svých pocitů

Z velké míry motivaci a motivační napětí ovlivňuje kulturní hledisko, sociální prostředí a vliv výchovy. Veliký rozdíl můžeme nalézt u příslušníků rozdílných kultur, které mají stejné například biologické potřeby, ale odlišným způsobem je saturují. Ovlivňují nejen samotné potřeby, ale i jejich způsob uspokojování.

4.4 Saturace potřeb

„Saturace je nasycení, uspokojení.“¹⁰ Za saturaci potřeb se považuje uspokojení něčeho, co člověku či organismu chybí, čeho nemá dostatek. Uspokojování potřeb je ve velké míře ovlivňováno motivačním napětím, které organismus dokáže přimět k činnosti, která vede k uspokojení nedostatku. Potřeby se vytvářejí a neprobíhají izolovaně, nýbrž se navzájem ovlivňují a podmiňují. Uspokojování potřeb je kruh, který se neustále opakuje. Není možné, aby někdy došlo k naprostému plnohodnotnému uspokojení všech potřeb. Snažíme se uspokojit ty nejzákladnější potřeby, které nám odhalí ty vyšší. [20]

¹⁰ *Slovník cizích slov*. Levné knihy, 2006, CD-ROM. ISBN 80-7309-347-2

Na saturaci se podílí mnoho jevů. Jako první je brán pud, který vyvolá vrozenou pohnutku činnosti. Dalším podnětem je zájem, pozitivní vztah, který dokáže upoutat pozornost po citové stránce. Cíl neboli účel je uvědomělý děj, kterého se snažíme dosáhnout. Ideály a přesvědčení jsou součástí faktorů, které dokážou člověka přesvědčit, že něčemu věří a dokáže toho dosáhnout.

U každého člověka je uspokojování potřeb rozdílné, záleží na charakteru jedince, vnímavosti, vývojovém stádiu, kultuře, příčině onemocnění a mezilidských vztazích.

5 Frustrace

Frustrace je způsobena neuspokojováním potřeb jedince, které se projevuje nelibostí a nepohodou. Vzniká na základě nedostatečného uspokojení základních životních podmínek nebo nedostatkem dobrých životních podmínek, který způsobí stresovou reakci organismu, nejen na úrovni fyzické, ale i psychické. Potřeby nemohou vznikat jednotlivě, ale vznikají paralelně s jinými potřebami a vzájemně se ovlivňují. Každá neuspokojená potřeba se projevuje rozdílně. Například nižší, fyziologická potřeba příjmu potravy se projeví pocitem hladu. Tyto pocity jsou nepříjemné signály, které vysílá organismus. Je rozdílné saturovat frustraci nižší, fyziologické potřeby, od uspokojování potřeb vyšších, psychosociálních. Vyšší psychosociální potřeby jsou vysoce individuální a jsou závislé na mnoha okolních faktorech. Stav dlouhodobého nedostatečného uspokojování potřeb jedince se nazývá **deprivace**. [17, 26]

5.1 Frustrace potřeb v ošetrovatelském procesu

Frustrace má psychické i fyzické projevy. Mezi psychické projevy neuspokojení potřeby patří úzkost, neklid, nesoustředění, nervozita. K fyzickým projevům frustrace bychom mohli zařadit, poruchy naplnění základních fyziologických potřeb, jako je spánek, výživa, vylučování, dýchání a další. [17, 26]

Proces nenaplněné potřeby se může vyvinout ve stres, distres, pocit frustrace, deprivace a deprese. *„Stres je napětí, zátěž, tlak, je to funkční stav, ke kterému dochází při vystavení organismu mimořádným podmínkám.“¹¹*

Distres je negativní zátěž sdružená s nežádoucím emocionálním dějem. Při pocitu frustrace dochází k neustálému startování organismu čelícího neřešitelným obtížím, které ho uvádí do pasivního stavu. Deprivace se projevuje nedostatkem vyšších a nižších potřeb. Dochází k dlouhodobému postrádání uspokojování určité potřeby. Nejprve dochází k depresivní náladě, která je stavem skleslosti a sklíčenosti. Později může docházet k prohlubování těchto pocitů a začne se projevovat patologická porucha nálady, neboli deprese. Do tohoto stavu se mohou dostat lidé, kteří jsou nespokojeni se svou hodnotou a náplní života. Organismus prochází dlouhodobou

¹¹ *Velký sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha Editor Ivan Slaměník. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Karolinum, 2009, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 978-807-1843-115. S 320

frustrací, při které vznikají úzkostné reakce, jež mohou vést k psychickému a fyzickému selhání. Pro každé životní období jsou charakteristické odlišné potřeby, které v případě neuspokojení následně ovlivňují negativně i pozitivně další potřeby. **Frustrace je neodmyslitelnou součástí, která ovlivňuje ošetrovatelský proces a uspokojování potřeb.** Frustrace může negativně ovlivnit ošetrovatelský proces, který tímto způsobem dokáže zpomalit uspokojení potřeby. Je důležité si stanovit priority v ošetrovatelském procesu, aby došlo k uspokojení nejdůležitějších potřeb. Frustrace ovlivňuje uspokojování jak nižších fyziologických, tak i vyšších psychosociálních potřeb. [17, 26]

Musíme si všimnout, jaké potřeby jsou frustrovány a zda jsou to primární nebo sekundární potřeby. U frustrovaných primárních potřeb dochází k ohrožení základních životních funkcí a pacient je ohrožen na životě.

Jelikož se frustrace projevuje stresem, distresem, pocitem frustrace, deprivací a depresí, tak v ošetrovatelském procesu není žádoucí. [17, 24, 26]

Frustraci je možno předcházet kvalitním ošetrovatelským plánem, který se bude řídit prioritami klienta. Další možností, jak předcházet frustraci, je pravidelné hodnocení uspokojení primárních a sekundárních potřeb. Na základě zhodnocení jsme schopni určit, zda byl náš ošetrovatelský plán efektivní. V případě neefektivního ošetrovatelského plánu, máme možnost ošetrovatelkou péči pozměnit, aby byla efektivní. Předcházet frustraci lze také pomocí empatie sestry, která si všímá stavu pacienta a podle toho přizpůsobuje péči.

5.2 Vliv frustrace na komunikaci

Frustrovaný klient, který nemá uspokojené všechny potřeby, může jednat zkratovitě a neobjektivně. Je snižená schopnost odolnosti proti stresu, zvýšená afektivita a citlivost k okolním podmínkám. Komunikace je ovlivněna několika faktory, jako jsou prostředí, doba komunikace, bolest, frustrace a další individuální faktory. U těchto lidí může docházet často ke konfliktům, nebo naopak můžeme pozorovat uzavření a odmítání jakékoliv komunikace. Frustrace celkově zhoršuje pohled pacienta na ošetřující personál a jeho objektivní pohled na komunikaci snižuje. Může dojít k tomu, že se pacient uzavře a přestane komunikovat. To nám, ošetrovatelskému personálu, zhoršuje plánování ošetrovatelské péče, při kterém je nezbytná spolupráce pacienta. U některých

psychosociálních potřeb, které již nezvládneme řešit sami, bychom si měli přizvat odborníka, který nám s tímto problémem pomůže. Např. psychiatr, psycholog může zlepšit i problém s komunikací, který nastal. Neměli bychom nechat potřebu dospět do fáze frustrace, protože jakmile nastane tento problém, je již těžší ho vyřešit. [14,17, 23, 26]

Měli bychom se v jakékoliv komunikaci řídit asertivními právy:

1. *Máme právo sami za sebe rozsuzovat své emoce, chování a myšlení a nést zodpovědnost za jejich důsledky.*
2. *Máme právo nenabízet žádné výmluvy, ani omluvy ospravedlňující naše chování.*
3. *Máme právo sami posoudit, zda a nakolik jsme zodpovědní za chování a problémy druhých.*
4. *Máme právo změnit svůj názor.*
5. *Máme právo dělat chyby a být za ně zodpovědní.*
6. *Máme právo říct- „já nevím.“*
7. *Máme právo být nezávislí na dobré vůli ostatních.*
8. *Máme právo dělat nelogická rozhodnutí.*
9. *Máme právo říct-„já nerozumím.“*
10. *Máme právo říct- „je mi to jedno.“¹²*

5.3 Uspokojování psychosociálních potřeb u dlouhodobě nemocných

Uspokojování psychosociálních potřeb u dlouhodobě nemocných je z určitého hlediska mnohem náročnější, protože dochází k frustraci více potřeb najednou. Delší odloučení od rodiny a známého prostředí přispívá k rozvoji nedostatku saturace potřeb, které jsou v domácím prostředí uspokojovány mnohem jednodušeji. U psychosociálních potřeb jedince se budeme ještě více zaměřovat na individuální projevy a saturaci, protože u těchto potřeb je kladen mnohem větší důraz na individuální přístup. [20]

Vlivem dlouhodobé hospitalizace, tudíž delšího odloučení klienta od soukromí a vlastního domova, který pro něj představoval určitou jistotu, dochází k frustraci této potřeby. Starší klienti, kteří jsou delší dobu hospitalizováni, tuto potřebu bezpečí a

¹² MARTINA VENGLÁŘOVÁ, Gabriela Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 112 s. ISBN 978-802-4712-628. S 69, 70, 71

jistoty vyhledávají, proto si mezi zdravotnickým kolektivem hledají osoby, které by mohly tuto potřebu uspokojit. Ze strany klienta vzniká emocionální vztah k personálu, ve kterém si klient nevědomě uspokojuje potřebu bezpečí a jistoty. Tato tendence klientů je pochopitelná, ale pro zdravotnický personál je citový vztah velice zátěžový a nelze jej zvládnout. U klientů s delší hospitalizací dochází k vytržení z kolektivu a určitému stereotypnímu životu. [20,26]

Délka hospitalizace ovlivňuje seberealizaci. U starších klientů, kteří dříve provozovali aktivity, které byly nezbytné pro jejich normální život, dochází s délkou hospitalizace ke ztrátě motivace tyto aktivity znovu vykonávat. Vzhledem k tomu, že jsou hospitalizováni, nemusejí se starat o úklid, nákup surovin či hygienických pomůcek, vaření, a částečně i o péči o sebe samého. To vše je uspokojováno ošetrovatelským personálem, a pacient se proto nemůže tolik seberealizovat. Pacient ztrácí možnost vykonávat denní činnosti, které dříve prováděl. Někdy není příčinou snížené seberealizace jen ztráta denních aktivit, ale i ztráta motivace a nedostatek času ze strany ošetřujícího personálu. Klient si jednoduše odvykne od péče o sebe samého a návrat do normálního prostředí je pro něj obtížný. Péče, která je nadbytečná, pacientovi neusnadňuje následný návrat do domácího prostředí, a klient ztrácí kontrolu nad svým životem. [14, 23]

6 Praktický pohled na kulturní specifika uspokojování psychosociálních potřeb

V České republice nalézáme mnoho odlišných kultur, u kterých by se měla odlišovat ošetrovatelská péče. U některých kultur dochází v případě některých ošetrovatelských výkonů k přímé konfrontaci. Každá kultura má odlišné návyky a zvyky, proto nám odlišné zvyky mohou připadat nepřijatelné. Mohou vznikat situace, které jsou pro danou společnost nepřijatelné a neslušné. Vznikají předsudky, jež zkreslují celkový pohled na jedince. Následně vzniká stereotypní chování, které může zkomplikovat ošetrovatelský plán a celkovou komunikaci s jedincem. Je důležité, aby měl ošetrovatelský personál základní informace o různých kulturách nebo kvalitní zdroje, ze kterých by mohl dostatečně čerpat. [19]

Faktory, které ovlivňují interkulturní komunikaci, jsou komunikační dovednosti, kulturní vlivy, umění naslouchat, dovednosti kriticky myslet, moc a etika. Mezi komunikační dovednosti bychom mohli zařadit umění asertivního rozhovoru. S pacienty odlišných kultur bychom měli jako zdravotníci mít více trpělivosti a vše v klidu několikrát opakovat. Měli bychom pokládat otázky během rozhovoru, zda rozumí všemu, co jsme sdělili a zda všechno pochopili. Měli bychom je ujistit, že v případě nepochopení sděleného obsahu nás mají zastavit a nechat si vše vysvětlit. U cizinců, u kterých je jazyková bariéra bychom si měli přizvat tlumočníka, který by nám pomohl vysvětlit klientovi základní ošetrovatelské činnosti, které u něho budeme provádět. [19]

Mezi kulturní vlivy bychom mohli zařadit stravování, hygienickou péči, ošetrovatelskou péči a náboženství. Vždy bychom se měli klientovi snažit umožnit zvyky, které jsou pro naši společnost přijatelné. Důležité je znát základní principy odlišné kultury, abychom měli základní povědomí, co bychom měli od daného klienta očekávat. Jestliže ošetrovatelský personál nemá dostatečné znalosti o kultuře klienta, měl by se raději zeptat, zda neprovádí něco, co je v jejich kultuře nepřijatelné. [19]

Vzhledem k časté jazykové bariéře, by měl být ošetrovatelský personál empatický a všímavý k neverbálním projevům klienta. Základní zásadou je, aby ošetrovatelský personál přistupoval ke klientovi bez předsudků.

7 Empirická část

7.1 Metodika práce

7.1.1 Cíle a výzkumné předpoklady

Cíle:

- Cíl číslo 1. - zjistit vztah náboženství s mírou saturace psychosociálními potřeb.
- Cíl číslo 2. - zjistit míru uspokojování psychosociálních potřeb u hospitalizovaných pacientů.
- Cíl číslo 3. - Zjistit vliv hospitalizace na uspokojování psychosociálních potřeb klienta.
- Cíl číslo 4. - Zjistit vliv počtu ošetrovatelského personálu na oddělení na uspokojování psychosociálních potřeb u klienta.

V rámci empirické části byly stanoveny celkem 4 výzkumné předpoklady, které byly nadále pro potřeby statistického testování převedeny do podoby hypotéz. Výzkumný předpoklad č. 2 nebyl vzhledem ke své povaze převáděn do podoby hypotézy, jelikož vyhodnocení lze získat prostým vyjádřením četnosti.

Výzkumné předpoklady:

- Výzkumný předpoklad číslo 1.: Domníváme se, že na uspokojování psychosociálních potřeb P/K bude mít vliv náboženské vyznání klienta.
- Výzkumný předpoklad číslo 2: Předpokládáme, že u všech vybraných psychosociálních potřeb klienta nedojde v průběhu hospitalizace ke zhoršení saturace oproti stavu před hospitalizací.
- Výzkumný předpoklad číslo 3.: Myslíme si, že délka hospitalizace nad jeden měsíc ovlivní psychosociální potřeby klienta vztahující se k životním hodnotám a postojům.
- Výzkumný předpoklad číslo 4.: Domníváme se, že vyšší počet ošetrovatelského personálu na oddělení má pozitivní vliv na míru uspokojení psychosociálních potřeb.

Pro potřeby statistického testování jsme stanovili 4 hypotézy.

Hypotéza číslo 1 (koreluje s výzkumným předpokladem č. 1):

H0: Míra uspokojování psychosociálních potřeb u hospitalizovaných pacientů není závislá na faktu, zda je pacient věřící, či ne.

H1: Míra uspokojování psychosociálních potřeb u hospitalizovaných pacientů je závislá na faktu, zda je pacient věřící, či ne.

Hypotéza číslo 2: (koreluje s výzkumným předpokladem č. 3)

H0: Psychosociální potřeby P/K vztahující se k životním hodnotám a postojům nejsou závislé na délce hospitalizace.

H1: Psychosociální potřeby P/K vztahující se k životním hodnotám a postojům jsou závislé na délce hospitalizace.

Hypotéza číslo 3: (koreluje s výzkumným předpokladem č. 4)

H0: Míra uspokojení psychosociálních potřeb není závislá na počtu ošetrovatelského personálu na oddělení.

H1: Míra uspokojení psychosociálních potřeb je závislá na počtu ošetrovatelského personálu na oddělení.

7.2 Metodika výzkumu a harmonogram výzkumu

7.2.1 Harmonogram výzkumu

V rámci praktické části byl realizován kvantitativní výzkum, kdy byl zjišťován vztah náboženství s mírou saturace psychosociálních potřeb klienta, míra saturace psychosociálních potřeb u hospitalizovaných klientů, vliv hospitalizace na uspokojování psychosociálních potřeb klienta, vliv počtu ošetrovatelského personálu na oddělení na uspokojování psychosociálních potřeb klienta. Dotazník se skládal z uzavřených, otevřených, polootevřených, filtračních a škálovacích otázek (příloha A - dotazník). Dotazníky jsme vyplňovali s jednotlivými klienty, kteří byli vybráni na základě náhodného výběru. Každý dotazník jsme představili klientovi a vysvětlili veškeré hodnocení, které se v něm vyskytlo. Návratnost dotazníků byla 99%, pouze jeden dotazník byl z výzkumu vyřazen z důvodu nekompletnosti.

Vypracování dotazníku probíhalo od ledna do února 2012. V tomto období jsme sbírali podklady pro vyhotovené dotazníku. Následně od června do července 2012 jsme sestavili dotazník, který jsme vyplňovali s respondenty v Krajské nemocnici Liberec, a.s. Prováděli jsme sběr dat k výzkumu z Všeobecné interny (oddělení 4A) a Diabetologie (oddělení 5A). Každý dotazník jsme vyplňovali s jednotlivými respondenty, kterým jsme vysvětlili hodnotící škály a bodové hodnocení některých otázek. Tato část probíhala od srpna do září 2012. Dále následovala analytická část, jež proběhla od října do listopadu 2012, při které jsme použili program Microsoft Excel a Microsoft Word. Od dubna do května 2013 jsme prováděli statistické vyhodnocení dat s použitím statistického programu StatGraph Prism 8. Každá otázka z dotazníku je doplněna tabulkou a slovním komentářem a u některých jsme použili pro lepší přehlednost graf. V závěru práce je vyhodnocen každý výzkumný předpoklad a uvedeno statistické hodnocení hypotéz.

Tabulka 2 - Harmonogram výzkumu

Harmonogram	
Leden- únor 2012	Preanalytická část - sběr informací k tvorbě dotazníku
Červen- červenec- 2012	Tvorba dotazníku
Srpen- září 2012	Vlastní realizace výzkumu - sběr výzkumných dat
Říjen- listopad 2012	Analýza výzkumných dat
Duben- květen 2013	Statistické testování výzkumných dat

7.2.2 Charakteristika respondentů

Respondenty jsme vybírali dle náhodného výběru, který jsme prováděli s ošetřujícím personálem. Zastoupení mužů a žen v tomto výzkumu je souměrné, tj. 27 žen a 27 mužů. Průměrný věk respondentů byl 67,28 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 21 let a nejstaršímu 93 let. Z celkového počtu respondentů bylo 76% ve starobním důchodu. Nejčastější délka hospitalizace respondentů byla 0 - 5 dnů. Celkové rozložení respondentů na oddělení bylo 27 respondentů na oddělení Všeobecné interny a 27 respondentů na oddělení Diabetologie. V následujících tabulkách je uvedena bližší charakteristika respondentů.

Tabulka 3 – Pohlaví respondentů

Otázka č. 1 -Jste žena/muž	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žen	27	50 %
Mužů	27	50 %
Celkový počet respondentů	54	100%

Tabulka 4 – Věk respondentů

Otázka č.2-Kolik Vám je let?	Absolutní četnost	Relativní četnost
20- 50 let	7	13.00 %
51- 60 let	6	11.00 %
61- 65 let	10	19.00 %
66- 70 let	5	9.00 %
71- 75 let	8	15.00 %
76- 80 let	4	7.00 %
81- 85 let	7	13.00 %
86- 93 let	7	13.00 %
Celkový počet respondentů	54	100 %

Komentář:

Největší zastoupení respondentů bylo v raném stáří (dle klasifikace Světové zdravotnické organizace). Průměrný věk respondentů byl 67,28.

Tabulka 5 – Zaměstnání respondentů

Otázka č.3- Jste	Absolutní četnost	Relativní četnost
A) Student	1	2,00 %
B) Zaměstnaný	5	9,00 %
C) Nezaměstnaný	0	0,00 %
D) Ve starobním důchodu	41	76,00 %
E) Na mateřské	1	2,00 %
F) V invalidním důchodu	4	7,00 %
F) Pečující o osobu blízkou	1	2,00 %
F) V předčasném důchodu	1	2,00 %
Celkový počet respondentů	54	100 %

Komentář:

76 % respondentů jsou lidé ve starobním důchodu, 9 % zaměstnaných a 7 % v invalidním důchodu.

Tabulka 6 - Oddělení hospitalizace

Otázka č. 4 - Na jakém oddělení jste hospitalizován/a?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Oddělení všeobecné interny	27	50 %
Oddělení diabetologie	27	50 %
Celkový počet respondentů	54	100 %

Tabulka 7 - Délka hospitalizace

Otázka č. 5- Jaká je délka Vaší hospitalizace?	Absolutní četnost	Relativní četnost
A) 0-5 dní	22	41,00 %
B) 6-10 dní	17	32,00 %
C) 11-20 dní	5	9,00 %
D) 21-30 dní	4	7,00 %
E) Více jak 30 dní	6	11,00 %
Celkový počet respondentů	54	100 %

Komentář:

V otázce jsme se ptali na délku hospitalizace jednotlivých respondentů. Nejčastější délka hospitalizace dotázaných respondentů byla 0- 5 dní. Dále následovala délka 6-10 dní hospitalizace. Z celkového počtu dotázaných bylo 11 % respondentů hospitalizováno déle jak 30 dní.

7.2.3 Výsledky výzkumu a jejich analýza

Tabulka 8 – Náboženské vyznání respondentů

Otázka č. 6- Považujete se za věřícího člověka?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	43 %
Ne	31	57 %
Celkový počet respondentů	54	100 %

Komentář:

Z této otázky vyplývá, že z celkového počtu respondentů je 43 % věřících a 57 % nevěřících. Celkový počet věřících lidí v České republice v roce 1991 byl 43,9 % a v roce 2001 byl 32,2%. Porovnáním těchto dvou statistických údajů zkoumaných

celorepublikově můžeme říct, že počet lidí náboženským vyznáním se v celkovém obyvatelstvu snižuje.

Tabulka 9 - Druh náboženství

Otázka č.7- Jaké náboženství vyznáváte?	Absolutní četnost	Relativní četnost
A)Církev římskokatolická	15	65 %
B)Českobratrská církev evangelická	1	5 %
C)Svědkové Jehovovi	0	0 %
D)Islám	0	0 %
E)Církev československá husitská	2	9 %
F)Řeckokokatolická církev	1	4 %
G)Jednota bratrská	1	4 %
H)Vlastní víra	3	13 %
Celkový počet, který odpovídá klientům kladně se vyjadřujícím se k otázce číslo 6.	23	100%

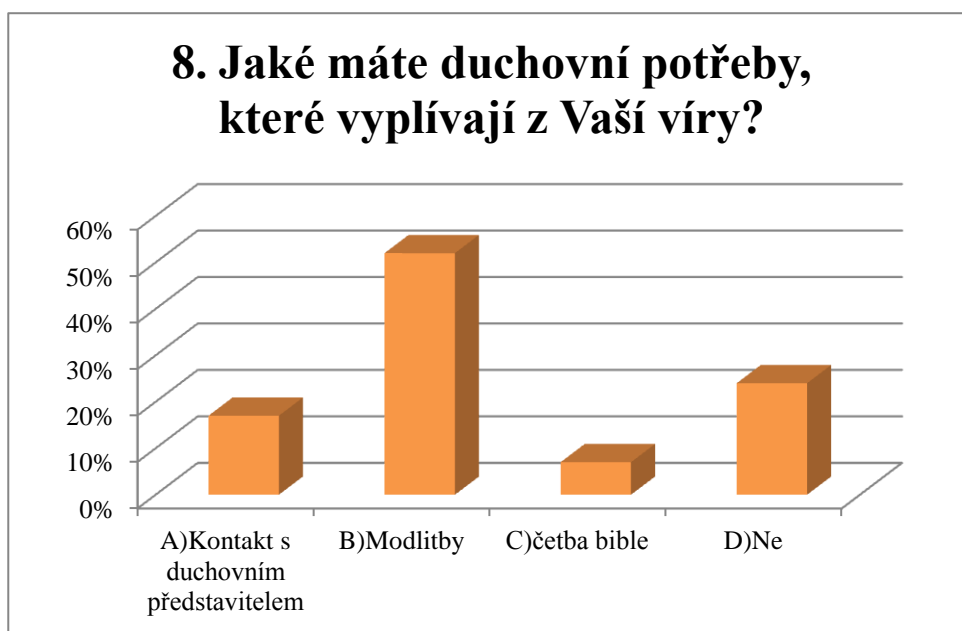
Komentář:

Z našeho výzkumu jsme zjistili, že 65 % respondentů vyznává Církev římskokatolickou. Dále se vysokým procentem umístila vlastní víra (blíže nespecifikovaná), kterou vyznává 13% respondentů. S nezanedbatelným číslem se umístila Církev československá husitská s procentuelním zastoupením 9%.

Tabulka 10 - Duchovní potřeby

Otázka č. 8 - Jaké máte duchovní potřeby, které vyplývají z Vaší víry?	Absolutní četnost	Relativní četnost
A)Kontakt s duchovním představitelem	5	17%
B)Modlitby	15	52%
C)Četba bible	2	7%
D)Ne	7	24%
Celkový počet respondentů, kteří se vyjadřují kladně k otázce č. 6	23	100%

8. Jaké máte duchovní potřeby, které vyplívají z Vaší víry?



Graf 1 - Duchovní potřeby

Komentář:

Z celkového počtu 23 věřících respondentů uvedlo 52 % respondentů jako hlavní potřebu vztahující se k víře, modlitbu. 24 % respondentů uvedlo, že nemá žádnou potřebu, která by vyplývala z jejich víry. Z celkového počtu uvedlo potřebu kontaktu s duchovním představitelem 17% respondentů.

Následující otázka číslo 9. byla sestavena formou číselných odpovědí. V tabulce byly uvedeny životní hodnoty, kterým respondent měl před a v průběhu hospitalizace přiřadit číslo dle důležitosti od stupně 1 (nejvíce důležitá hodnota) do stupně 8 (nejméně důležitá hodnota). Respondent takto seřadil nejdůležitější životní hodnoty před hospitalizací a v průběhu hospitalizace. U každé hodnoty byl uveden aritmetický průměr důležitosti hodnoty před a v průběhu hospitalizace. Záporná čísla uvedená v tabulce číslo 11 a 12 v kolonce rozdíl v umístění značí, že došlo k poklesu životní hodnoty na nižší, méně důležité hodnoty. Kladné číslo nám ukazuje, že se životní hodnota v průběhu hospitalizace stala významnější. Jednotlivé hodnoty byly pro potřeby vyhodnocení zprůměrovány.

Tabulka 11 - Životní hodnoty před a v průběhu hospitalizace - aritmetický průměr

Otázka č. 9- Životní hodnoty před a v průběhu hospitalizace	Průměrné umístění před hospitalizací	Průměrné umístění v průběhu hospitalizace	Rozdíl v umístění
Cestování	4.14	5.67	-1.52
Finance	4.00	4.00	0.00
Práce	2.95	3.19	-0.24
Rodina	1.58	1.67	-0.09
Víra	3.71	3.71	0.00
Záliby	3.15	3.27	-0.12
Zdraví	1.55	1.39	0.16
Jiné	2.67	4.00	-1.33

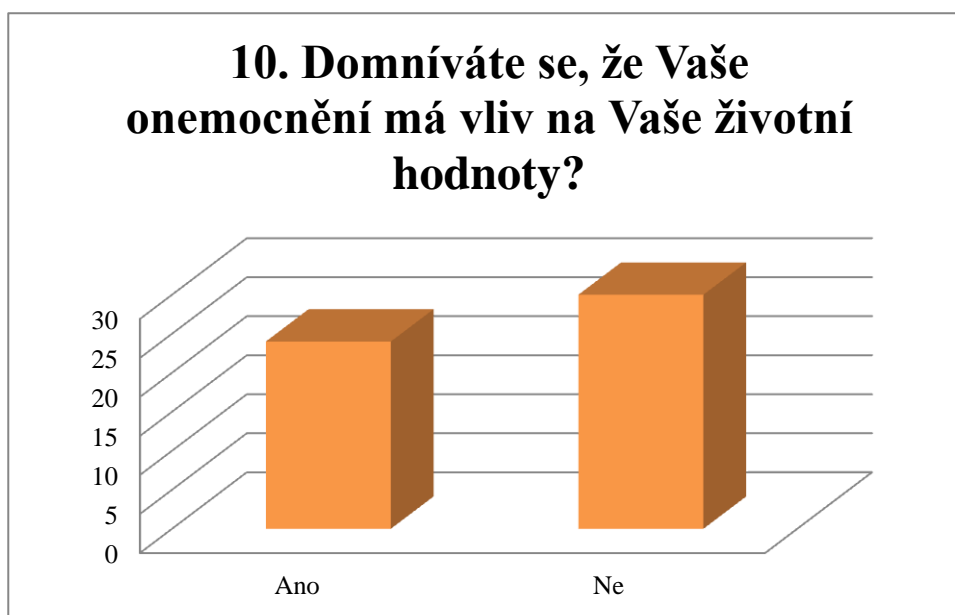
Komentář:

Nejdůležitější životní hodnotou pacienta před hospitalizací bylo zdraví, dále následovala rodina a životní hodnota "jiné" (sport a zvířata). V průběhu hospitalizace došlo ke změně životních hodnot a nejdůležitější se opět stala potřeba zdraví, pak následovala rodina a práce.

Dále z výzkumu vyplývá, že během hospitalizace došlo k zvýšení životní hodnoty zdraví. U životních hodnot "víra" a "finance" nedošlo ke změně priority. Nejvíce klesla potřeba cestování, která se propadla o 1,52 hodnoty níže. Dále velký propad zaznamenala hodnota "jiné, která se propadla o 1,33 hodnoty.

Tabulka 12 - Vliv onemocnění na životní hodnoty

10. Domníváte se, že Vaše onemocnění má vliv na Vaše životní hodnoty?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	24	44,44 %
Ne	30	55,56 %
Celkový počet	54	100,00%



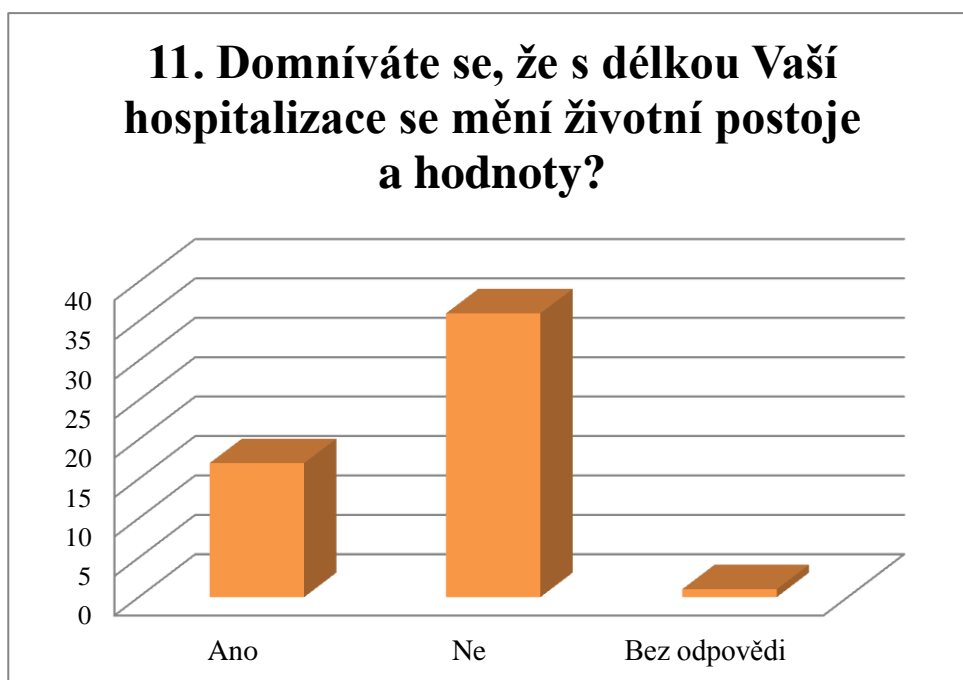
Graf 2 - Vliv onemocnění na životní hodnoty

Komentář:

24 respondentů odpovídajících kladně, se domnívá, že jejich onemocnění neovlivní životní hodnoty. S největším 29,17% zastoupením se vyskytla odpověď, která udává, že potřeba zdraví se stane důležitější. Dále následovala odpověď s 16,67%, v které se respondenti domnívají, že se stane významnější potřeba soběstačnosti. S procentuálním zastoupením 8,33% se umístila odpověď respondentů, kteří se domnívají, že dojde ke změně biologické potřeby. Dále se 4,17% se vyskytly odpovědi typu: „veškerých uspokojených hodnot si budou respondenti vážit, jejich zapojení do životního koloběhu bude těžší, potřeba pohybu bude důležitější, přehodnotí si své priority, změní své dosavadní životní tempo.“

Tabulka 13 - Délka hospitalizace / životní hodnoty

11. Domníváte se, že s délkou Vaší hospitalizace se mění životní postoje a hodnoty?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	17	31,48%
Ne	36	66,67%
Bez odpovědi	1	1,85%
Celkový počet	54	100,00%



Graf 3 - Délka hospitalizace / životní hodnoty

Komentář:

Z celkového počtu 54 respondentů se domnívá 66,67%, že nedojde ke změně životních hodnot v důsledku délky hospitalizace. 31,48% respondentů odpovědělo kladně, tudíž se domnívá, že dojde ke změně životních hodnot. Bez odpovědi bylo 1,85% dotazníků.

23,53% odpovědělo kladně, ale bez následného rozšíření odpovědi. Následně 17,65% respondentů odpovědělo opět kladně, změnu ve vztahu k hodnotám specifikovali tak, že si začnou více vážit svého zdraví, dále bylo 11,76% respondentů, kteří tvrdí, že začnou více přemýšlet nad svými dosavadními životními hodnotami. Dále respondenti uváděli komplikovanější návrat do životního koloběhu, vyskytovaly se obavy, že potřeby zdraví, bezpečí a rodiny nebudou uspokojeny.

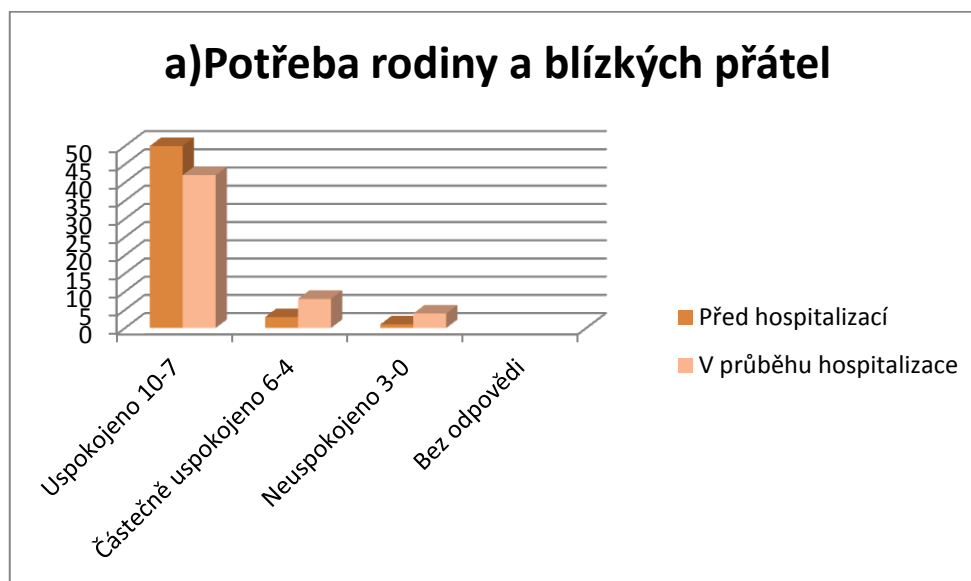
V otázce číslo 12. jsme se zaměřili na sedm psychosociálních potřeb, které jsme zkoumali před a v průběhu hospitalizace. Vybrali jsme si potřebu rodiny, bezpečí a jistoty, komunikace, lásky, zdraví, soběstačnosti a intimity. Vytvořili jsme škálu, která byla číslována od 0 po 10. Hodnota 0 značila, že je potřeba zcela nespokojena. Hodnota 10 značila plné uspokojení potřeby. (Příloha A- dotazník). Použili jsme dvě

možnosti hodnocení této otázky. U prvního hodnocení jsme míru saturace rozdělili do tří částí: 0 až 3 bylo bráno, jako neuspokojená potřeba, od 4 do 6 byla potřeba částečně uspokojena a od 7 do 10 byla potřeba zcela uspokojena. U druhého hodnocení jsme použili čísla ze škály, která nám uváděli respondenti. Zvláště jsme vytvořili aritmetický průměr čísel, která značila míru saturace před hospitalizací a v průběhu hospitalizace.

V každé z následujících tabulek (tabulky 14. až 17.) jsou uvedeny jednotlivé potřeby. Zde jsme hodnocení saturace rozdělili opět do 3 skupin. 0 až 3 bylo bráno, že jako potřeba je neuspokojena, od 4 do 6 byla potřeba částečně uspokojena a od 7 do 10 byla potřeba zcela uspokojena. V tabulce můžeme nalézt čísla, která značí počet odpovídajících respondentů.

Tabulka 14 - Potřeba rodiny

a) Potřeba rodiny a blízkých přátel	Uspokojena 10-7	Částečně uspokojena 6-4	Neuspokojena 3-0	Bez odpovědi
Před hospitalizací	50	3	1	0
V průběhu hospitalizace	42	8	4	0



Graf 4 - Potřeba rodiny a blízkých přátel

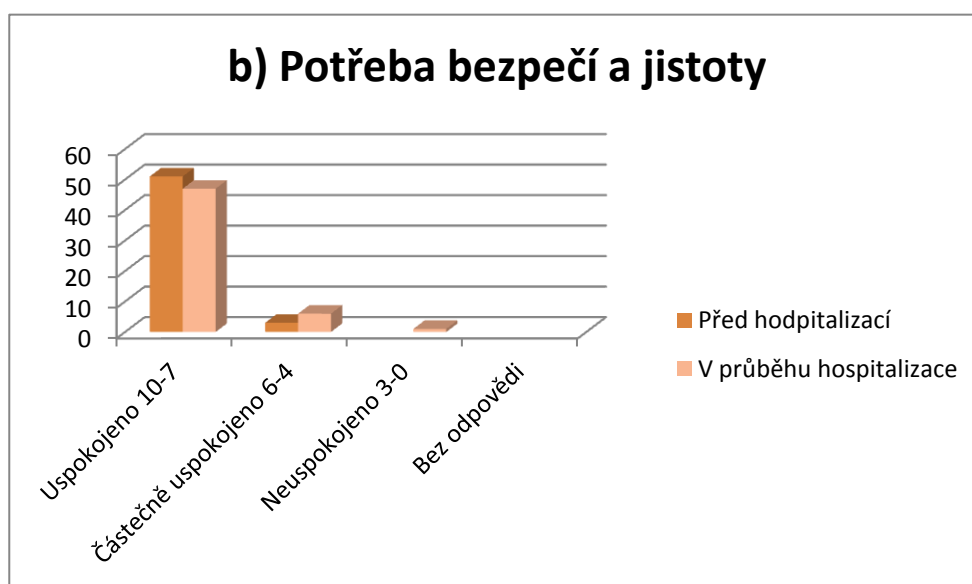
Komentář:

Podle tabulky bychom mohli usuzovat, že potřeba rodiny a blízkých přátel byla ve velké míře uspokojena. Před hospitalizací mělo tuto potřebu 50 respondentů zcela uspokojenou, 3 částečně uspokojenou a 1 respondent ji neměl vůbec uspokojenou. V

průběhu hospitalizace došlo ke změně uspokojení, když 42 respondentů odpovědělo, že potřeba je uspokojena, 8 mělo tuto potřebu částečně uspokojenou a 4 zcela neuspokojenou.

Tabulka 15 - Potřeba bezpečí a jistoty

b) Potřeba bezpečí a jistoty	Uspokojena 10-7	Částečně uspokojena 6-4	Neuspokojena 3-0	Bez odpovědi
Před hospitalizací	51	3	0	0
V průběhu hospitalizace	47	6	1	0



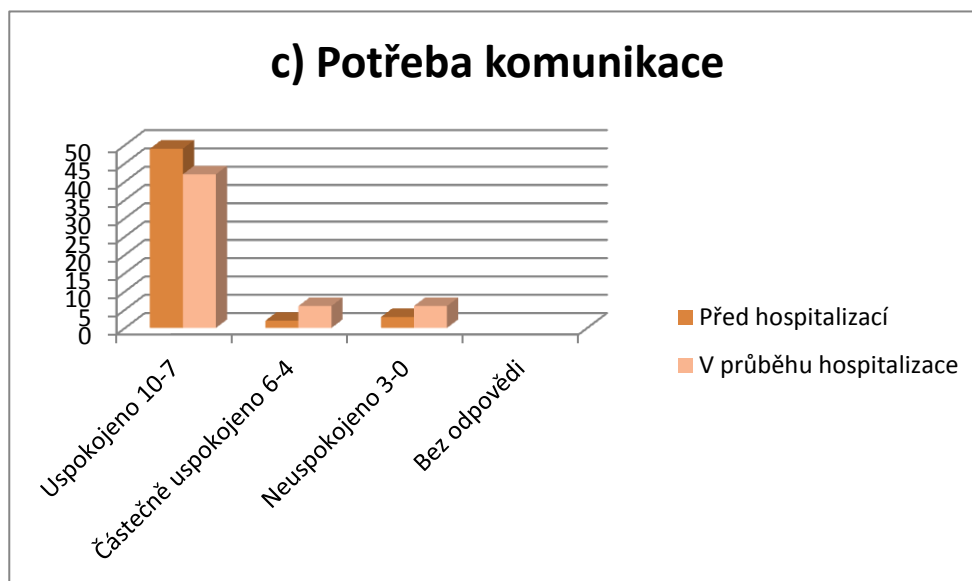
Graf 5 - Potřeba bezpečí a jistoty

Komentář:

Potřebu bezpečí a jistoty měli respondenti v 51 případech uspokojenou, další tři lidé jen částečně uspokojenou. Žádný z respondentů nám neodpověděl, že by tuto potřebu měl před hospitalizací neuspokojenou. V průběhu hospitalizace se zvýšil počet částečně uspokojených na 6 respondentů a snížil se počet uspokojených respondentů na 47. Jeden respondent nám odpověděl, že se jeho potřeba v průběhu hospitalizace stala úplně neuspokojenou.

Tabulka 16 - Potřeba komunikace

c) Potřeba komunikace	Uspokojena 10-7	Částečně uspokojena 6-4	Neuspokojena 3-0	Bez odpovědi
Před hospitalizací	49	2	3	0

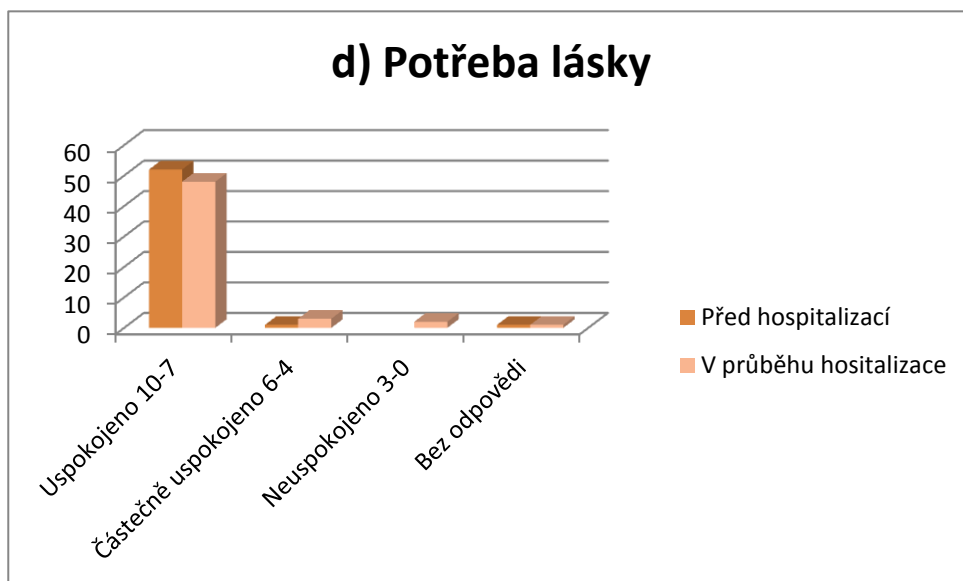
**Graf 6 - Potřeba komunikace**

Komentář:

U potřeby komunikace jsme se mohli od respondentů dozvědět, že 49 mělo tuto potřebu před hospitalizací uspokojenou, 2 částečně uspokojenou a 3 neuspokojenou. V průběhu hospitalizace došlo k poklesu uspokojení této potřeby. Z celkového počtu 54 respondentů odpovědělo 42, že je jejich potřeba uspokojena, u 6 byla částečně uspokojena a u 6 neuspokojena.

Tabulka 17 - Potřeba lásky

d) Potřeba lásky	Uspokojena 10-7	Částečně uspokojena 6-4	Neuspokojena 3-0	Bez odpovědi
Před hospitalizací	52	1	0	1
V průběhu hospitalizace	48	3	2	1



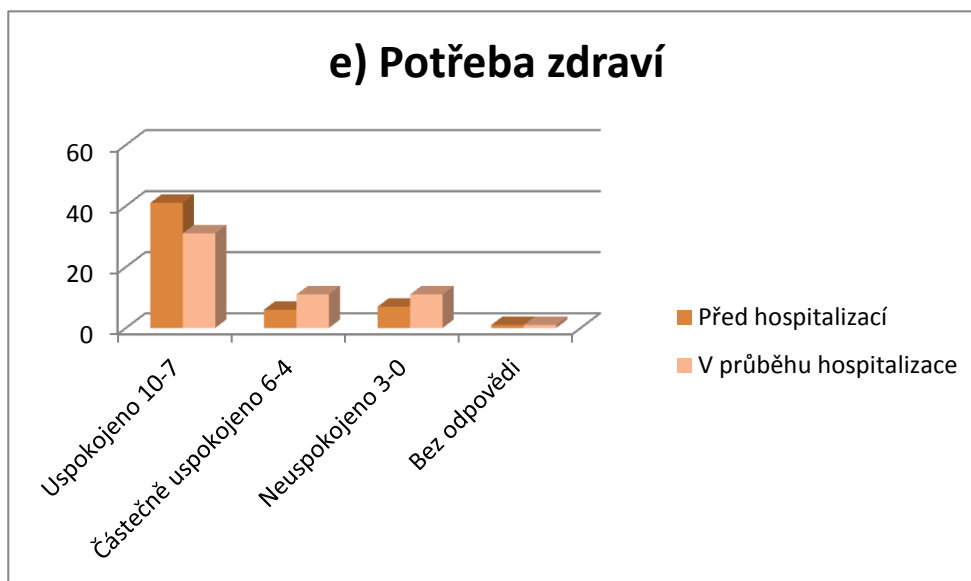
Graf 7 - Potřeba lásky

Komentář:

Z celkového počtu 54 respondentů uvedlo 52, že tuto potřebu měli uspokojenou před hospitalizací, 1 respondent ji měl uspokojenou částečně a 1 respondent nevedl odpověď. V průběhu hospitalizace došlo opět k poklesu saturace. U 48 respondentů byla uspokojena, u 3 respondentů částečně, u 2 neuspokojena a opět jeden respondent neodpověděl.

Tabulka 18 - Potřeba zdraví

e) Potřeba zdraví	Uspokojena 10-7	Částečně uspokojena 6-4	Neuspokojena 3-0	Bez odpovědi
Před hospitalizací	41	6	7	1
V průběhu hospitalizace	31	11	11	1



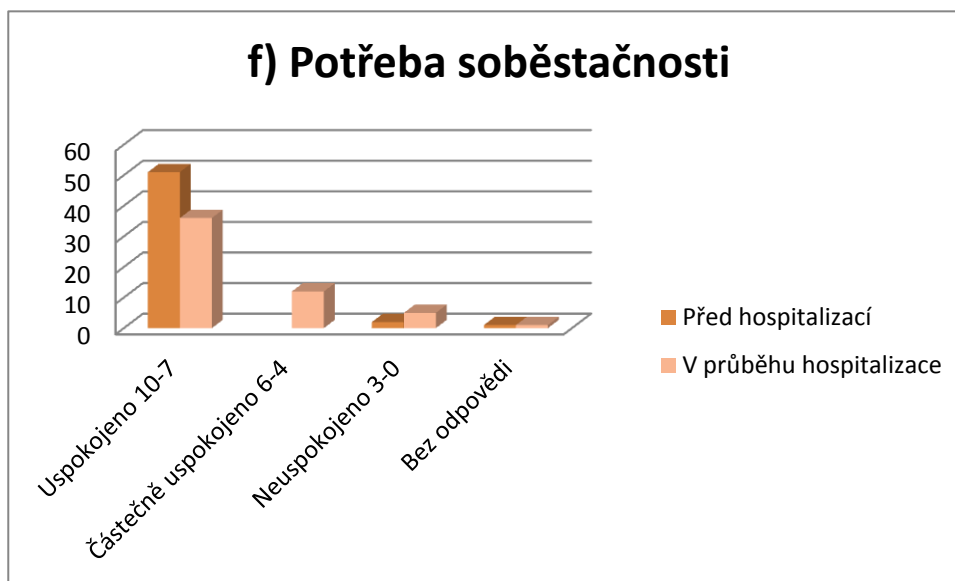
Graf 8 - Potřeba zdraví

Komentář:

Před hospitalizací mělo zdraví 41 respondentů uspokojenou, 6 částečně uspokojenou, 7 neuspokojenou a 1 respondent neodpověděl. V průběhu hospitalizace došlo k velkému snížení uspokojení a 31 respondentů mělo tuto potřebu uspokojenou, 11 částečně uspokojenou, 11 neuspokojenou a 1 neodpověděl.

Tabulka 19 - Potřeba soběstačnosti

f) Potřeba soběstačnosti	Uspokojena 10-7	Částečně uspokojena 6-4	Neuspokojena 3-0	Bez odpovědi
Před hospitalizací	51	0	2	1
V průběhu hospitalizace	36	12	5	1



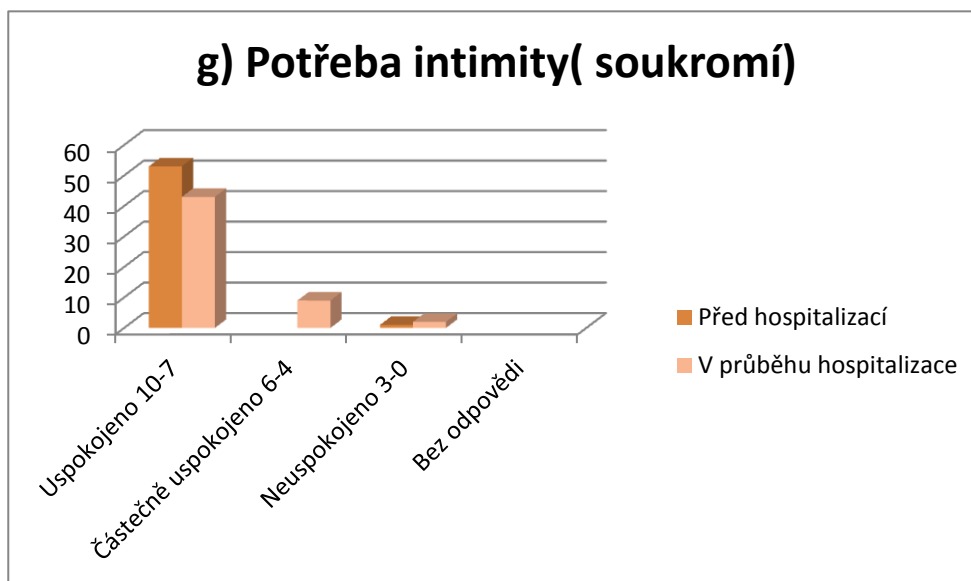
Graf 9 - Potřeba soběstačnosti

Komentář:

Dle výsledků dotazníků bychom si mohli všimnout, že v průběhu hospitalizace opět došlo ke snížení uspokojení této potřeby. Z celkového počtu 54 respondentů mělo před hospitalizací 51 respondentů potřebu uspokojenou. Pouze 2 respondenti uvedli, že jejich potřeba nebyla uspokojena a 1 respondent neodpověděl. Potřeba soběstačnosti v průběhu hospitalizace u 36 respondentů uspokojena, u 12 částečně uspokojena, u 5 neuspokojena a opět 1 respondent neuvedl odpověď.

Tabulka 20 - Potřeba intimity

g) Potřeba intimity (soukromí)	Uspokojena 10-7	Částečně uspokojena 6-4	Neuspokojena 3-0	Bez odpovědi
Před hospitalizací	53	0	1	0
V průběhu hospitalizace	43	9	2	0



Graf 10 - Potřeba intimity (soukromí)

Komentář:

Na základě výsledků našeho výzkumu jsme zjistili, že 53 respondentů mělo tuto potřebu uspokojenou, 9 respondentů částečně uspokojenou a 2 neuspokojenou.

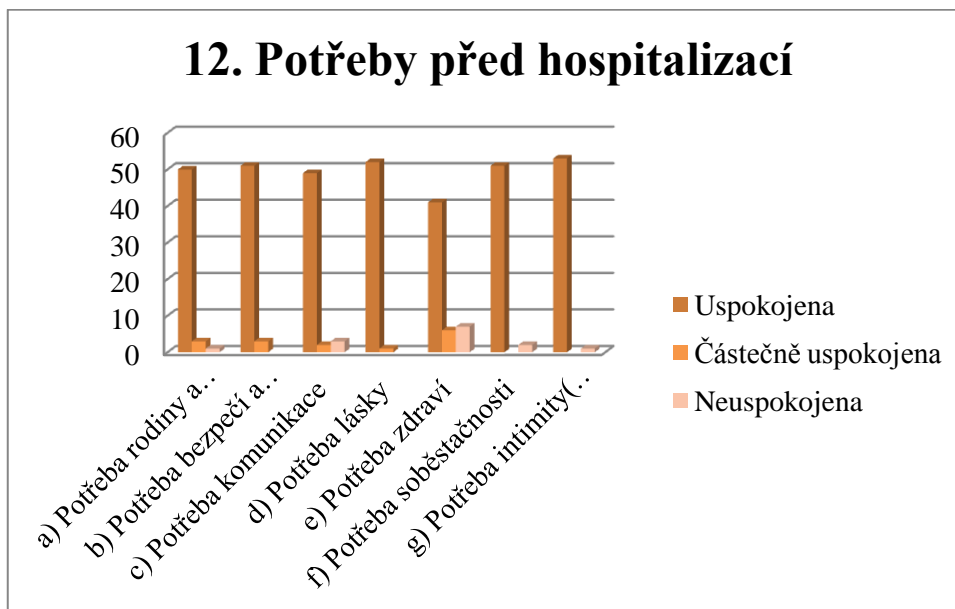
Následující tabulka číslo 21. shrnuje potřeby před hospitalizací. Opět jsme rozdělili hodnocení do tří skupin (uspokojena, částečně uspokojena, neuspokojena). Čísla v tabulce udávají odpovídající počty respondentů.

Tabulka 21 - Potřeby před hospitalizací – uspokojeny, částečně uspokojeny

Před hospitalizací	Uspokojena 10-7		Částečně uspokojena 6-4	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Potřeba rodiny a blízkých přátel	50	92.59%	3	5.56%
b) Potřeba bezpečí a jistoty	51	94.44%	3	5.56%
c) Potřeba komunikace	49	90.74%	2	3.70%
d) Potřeba lásky	52	96.30%	1	1.85%
e) Potřeba zdraví	41	75.93%	6	11.11%
f) Potřeba soběstačnosti	51	94.44%	0	0%
g) Potřeba intimity (soukromí)	53	98.15%	0	0%

Tabulka 22 - Potřeby před hospitalizací - neuspokojeny, bez odpovědi

Před hospitalizací	Neuspokojena 3-0		Bez odpovědi	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Potřeba rodiny a blízkých přátel	1	1.85%	0	0%
b) Potřeba bezpečí a jistoty	0	0%	0	0%
c) Potřeba komunikace	3	5.56%	0	0%
d) Potřeba lásky	0	0%	1	1.85%
e) Potřeba zdraví	7	12.96%	1	1.85%
f) Potřeba soběstačnosti	2	3.70%	1	1.85%
g) Potřeba intimity (soukromí)	1	1.85%	0	0%



Graf 11 - Potřeby před hospitalizací

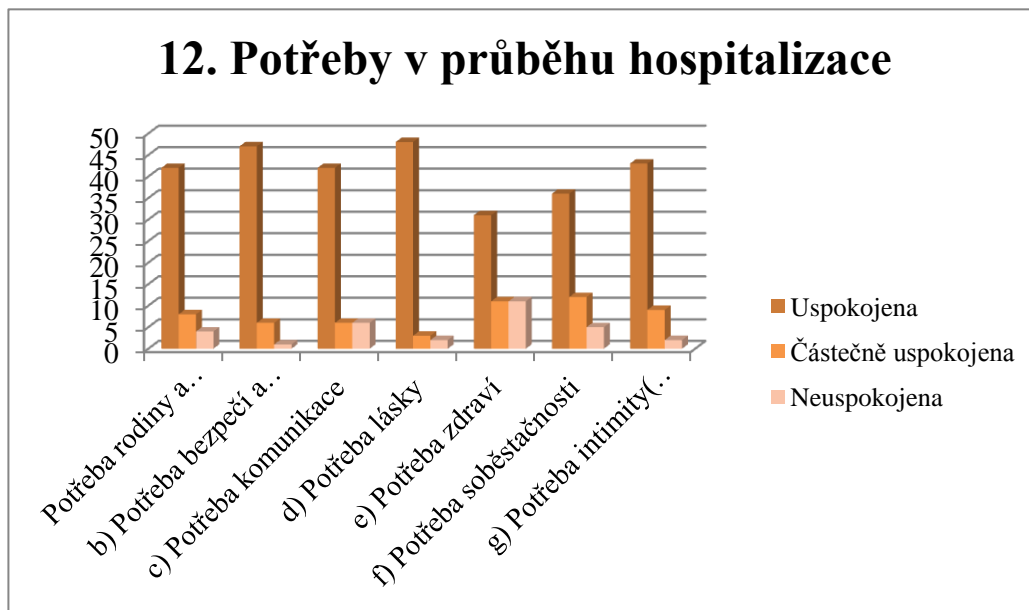
Tabulka číslo 22. udává míru saturace klientů v průběhu hospitalizace.

Tabulka 23 - Potřeby v průběhu hospitalizace - uspokojeny, částečně uspokojeny

V průběhu hospitalizace	Uspokojena 10-7		Částečně uspokojena 6-4	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Potřeba rodiny a blízkých přátel	42	77.78 %	8	14.81 %
b) Potřeba bezpečí a jistoty	47	87.04 %	6	11.11 %
c) Potřeba komunikace	42	77.78 %	6	11.11 %
d) Potřeba lásky	48	88.89 %	3	5.56 %
e) Potřeba zdraví	31	57.41 %	11	20.37 %
f) Potřeba soběstačnosti	36	66.67 %	12	22 %
g) Potřeba intimity (soukromí)	43	79.63 %	9	17 %

Tabulka 24 - Potřeby v průběhu hospitalizace - neuspokojeny, bez odpovědi

V průběhu hospitalizace	Neuspokojena 3-0		Bez odpovědi	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Potřeba rodiny a blízkých přátel	4	7.41 %	0	0 %
b) Potřeba bezpečí a jistoty	1	1.85 %	0	0 %
c) Potřeba komunikace	6	11.11 %	0	0 %
d) Potřeba lásky	2	3.70 %	1	1.85 %
e) Potřeba zdraví	11	20.37 %	1	1.85 %
f) Potřeba soběstačnosti	5	9.26 %	1	1.85 %
g) Potřeba intimity (soukromí)	2	3.70 %	0	0 %



Graf 12 - Potřeby v průběhu hospitalizace

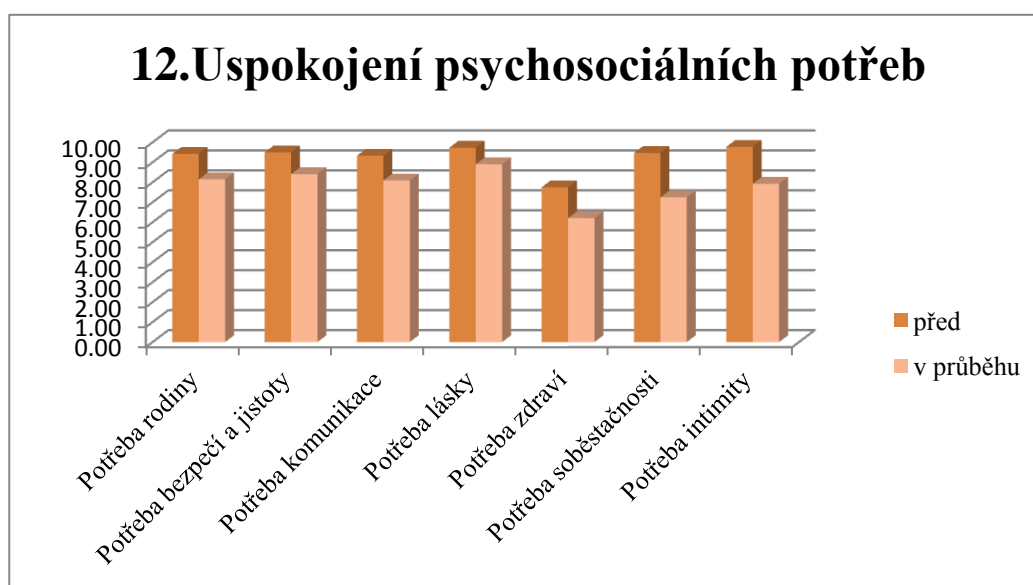
Komentář:

V celkovém porovnání uspokojení potřeb před hospitalizací a v průběhu hospitalizace bychom si mohli všimnout faktu, že nejméně uspokojená potřeba před hospitalizací byla potřeba zdraví. Nejvíce uspokojené potřeby před hospitalizací byly potřeba intimity, potřeba soběstačnosti, bezpečí a jistoty. Největší propad saturace potřeby před a v průběhu hospitalizace prodělala potřeba soběstačnosti a intimity. Může to být v následkem snížené mobility v důsledku aktuálního onemocnění.

Jak již bylo zmíněno výše, otázku č. 12 jsme vyhodnocovali ze dvou úhlů pohledu. Druhý, použitý v následujícím textu, je postaven na základě aritmetického průměru každé potřeby. Opět jsme se zaměřili na sedm psychosociálních potřeb, které jsme hodnotili od 0 - neuspokojena až po 10 - zcela uspokojena. Tázali jsme se na míru uspokojení před hospitalizací a v průběhu hospitalizace. Z vyplněných čísel jsme provedli aritmetický průměr, u kterého jsme odečítali hodnotu potřeby před hospitalizací a v průběhu hospitalizace. Z tohoto nám vyšel rozdíl, který jsme následně porovnali. Dle velikosti rozdílu jsme mohli pozorovat, jaká potřeba byla v průběhu hospitalizace nejhůře saturována. Výsledky jsme porovnali a zhodnotili. Potřeby s lepším výsledkem se vyznačují malou velikostí rozdílu.

Tabulka 25 - Všechny potřeby před a v průběhu hospitalizace - aritmetický průměr

Průměrné hodnocení	Potřeba rodiny	Potřeba bezpečí a jistoty	Potřeba komunikace	Potřeba lásky	Potřeba zdraví	Potřeba soběstačnosti	Potřeba intimity
Před	9.43	9.50	9.33	9.74	7.75	9.47	9.78
V průběhu	8.15	8.41	8.09	8.91	6.21	7.25	7.93
Rozdíl	1.28	1.09	1.24	0.83	1.54	2.22	1.85



Graf 13 – Potřeby - aritmetický průměr

Komentář:

Nejlépe uspokojená potřeba před hospitalizací byla potřeba intimity (9,78), dále následovala potřeba bezpečí a jistoty (9,50) a soběstačnosti (9,47).

V průběhu hospitalizace došlo k nejmenšímu rozdílu uspokojení u potřeby lásky (0,83), hned poté následovala potřeba bezpečí a jistoty (1,09) a komunikace (1,29). Největší rozdíl v uspokojování potřeb před a v průběhu hospitalizace prodělala potřeba soběstačnosti (2,22) a intimity (1,85).

Tabulka 26 - Spokojenost s uspokojováním psychosociálních potřeb ze strany ošetrovatelského personálu

Otázka č. 13- Jste spokojen/a s uspokojováním Vašich psychosociálních potřeb ze strany ošetrovatelského personálu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
A)Ano	53	98 %
B)Ne	1	2 %
Celkový počet respondentů	54	100 %

Komentář:

Dle odpovědí respondentů můžeme usuzovat, že ošetrovatelský personál prováděl péči uspokojivě. 98% respondentů uvedlo, že projevují spokojenost v uspokojování psychosociálních potřeb v roli pacienta, pouze 2% respondentů bylo s ošetrovatelskou péčí nespokojeno.

7.3 Vyhodnocení cílů a výzkumných předpokladů

Výzkumný předpoklad číslo 1: Domníváme se, že na uspokojování psychosociálních potřeb P/K bude mít vliv náboženské vyznání klienta.

Výzkumný předpoklad byl vyhodnocen na základě otázek číslo 6 a číslo 12.

Výzkumný předpoklad ověříme rozborem dat přímo z dotazníku – otázky č. 12. Porovnáním dvojic odpovědí každého respondenta (před hospitalizací a v průběhu hospitalizace) zjišťujeme, zdali došlo ke zlepšení, zhoršení nebo byl stav bez změny.

Následně dostáváme tyto četnosti:

Tabulka 27 - Změna psychosociálních potřeb před a v průběhu hospitalizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zlepšení	17	10 %
Beze změny	140	82 %
Zhoršení	14	8 %
Celkem	171	100 %

Tabulka 28 - Kontingenční tabulka - závislost míry uspokojení psychosociálních potřeb a víry

	Věřící	Nevěřící	Celkový součet
Zhoršení	1	1	2
Beze změny	20	28	48
Zlepšení	2	2	4
Celkový součet	23	31	54

Výsledky nejsou v souladu s tvrzením výzkumného předpokladu číslo 1.

Dle výzkumu jsme zjistili, že náboženské vyznání neovlivňuje saturaci psychosociálních potřeb. Ke zhoršení saturace psychosociálních potřeb došlo k úplně stejnému výsledku. U 1 věřícího a u 1 nevěřícího respondenta došlo ke zhoršení uspokojování psychosociálních potřeb pacienta.

Výzkumní předpoklad číslo 2.: Předpokládáme, že u všech vybraných psychosociálních potřeb klienta nedojde v průběhu hospitalizace ke zhoršení saturace oproti stavu před hospitalizací.

Výzkumný předpoklad bych vyhodnocen na základě otázek otázky 12.

Tabulka 29 - Změna psychosociálních potřeb před a v průběhu hospitalizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zlepšení	17	10 %
Beze změny	140	82 %
Zhoršení	14	8 %
Celkem	171	100 %

Výsledky nejsou v souladu s tvrzením výzkumného předpokladu číslo 2.

Komentář:

Z tabulky vyplívá, že v celkem 82% případů nedošlo ke zhoršení saturace během hospitalizace. Výzkumný předpoklad není potvrzen, protože došlo u některých sledovaných oblastí ke zhoršení, které bylo 8%.

Výzkumný předpoklad číslo 3.: Myslíme si, že délka hospitalizace nad jeden měsíc ovlivní psychosociální potřeby klienta vztahující se k životním hodnotám a postojům.

Tabulka 30 - Délka hospitalizace a ovlivnění životních hodnot

	Ano	Ne	Celkový součet
0-5 dní	9	13	22
6-10 dní	5	12	17
11-20 dní	1	4	5
21-30 dní	0	4	4
více než 30 dní	2	3	5
Celkový součet	17	36	53

Tabulka 31 - Změna psychosociálních potřeb před a v průběhu hospitalizace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zlepšení	17	10 %
Beze změny	140	82 %
Zhoršení	14	8 %
Celkem	171	100 %

Výsledky nejsou v souladu s tvrzením výzkumného předpokladu číslo 3.

Komentář:

Tuto otázku jsme hodnotili na podkladě výsledků z otázky číslo 5. a 11. Po vyhodnocení výzkumného předpokladu číslo 3., jsme došli k závěru, že délka hospitalizace neovlivní psychosociální potřeby klienta vztahující se k životním hodnotám a postojům.

Výzkumný předpoklad číslo 4.: Domníváme se, že vyšší počet ošetrovatelského personálu na oddělení má pozitivní vliv na míru uspokojení psychosociálních potřeb.

Výzkumný předpoklad číslo 4. jsme zkoumali na základě výsledků otázky číslo 12 a počtu ošetrovatelského personálu na dané oddělení.

Tabulka 32 - Kontingenční tabulka - závislost míry uspokojení psychosociálních potřeb a počtu ošetrovatelského personálu

	Interna 4A	Interna 5A	Celkový součet
Zhoršení	1	1	2
Beze změny	23	25	48
Zlepšení	3	1	4
Celkový součet	27	27	54

Výsledky nejsou v souladu s tvrzením výzkumného předpokladu číslo 4.

Komentář:

Na našem zkoumaném vzorku respondentů jsme zjistili, že počet ošetrovatelského personálu neovlivní uspokojování psychosociálních potřeb klienta.

Hodnocení cílů

Cíl číslo 1: Zjistit vztah náboženství s mírou saturace psychosociálními potřeb.

Na základě výzkumu jsme došli k závěru, že náboženské vyznání neovlivňuje uspokojování psychosociálních potřeb klienta. Cíl číslo 1 považujeme za splněný.

Cíl číslo 2. : Zjistit míru uspokojování psychosociálních potřeb u hospitalizovaných klientů.

Cíl číslo 3: Zjistit vliv hospitalizace na uspokojování psychosociálních potřeb klienta.

Otázka číslo 12, nám napomohla k objasnění, zda hospitalizace ovlivní uspokojování psychosociálních potřeb klienta. Zjistili jsme, že v průběhu hospitalizace došlo ke snížení saturace u pěti ze sedmi potřeb. Jednotlivé hodnoty jsme vyhodnocovali pomocí škály, u které jsme mohli odečíst hodnotu před hospitalizací a v průběhu hospitalizace. Cíle číslo 2 a 3 považujeme za splněné.

Cíl číslo 4.: Zjistit vliv počtu ošetrovatelského personálu na oddělení na uspokojování psychosociálních potřeb u klienta.

Na základě získaných informací o počtu ošetrovatelského personálu a míře saturace jednotlivých respondentů na oddělení všeobecné interny a diabetologie, jsme zjistili, že počet ošetrovatelského personálu nemá vliv na saturaci potřeb klienta. Cíl číslo 4 považujeme za splněný.

7.4 Statistické testování hypotéz

Hypotéza číslo 1.

H0: Míra uspokojování psychosociálních potřeb u hospitalizovaných pacientů není závislá na faktu, zda je pacient věřící, či ne.

H1: Míra uspokojování psychosociálních potřeb u hospitalizovaných pacientů je závislá na faktu, zda je pacient věřící, či ne.

Jedná se o porovnání závislosti dvou proměnných, použitým statistickým testem bude Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce. První proměnná – informace, zda je pacient věřící či ne, je získána z dotazníkové otázky číslo 6. Druhá proměnná – míra uspokojování psychosociálních potřeb, je získána po úpravě z otázky č. 12 dotazníku, kdy u jednotlivých respondentů byly míry jednotlivých potřeb před hospitalizací a v průběhu hospitalizace zprůměrovány prostým aritmetickým průměrem. Z rozdílů průměrných měr před a v průběhu hospitalizace byla získána informace, zda se tato míra zlepšila, Zůstala shodná či Zhoršila.

Tyto dvě proměnné spolu s četnostmi byly použity v následující kontingenční tabulce:

Tabulka 33 - Kontingenční tabulka - závislost míry uspokojení psychosociálních potřeb a víry

	Věřící	Nevěřící	Celkový součet
Zhoršení	1	1	2
Beze změny	20	28	48
Zlepšení	2	2	4
Celkový součet	23	31	54

Analýza kontingenční tabulky ve statistickém programu StagGraph Prism 5 vedla k těmto výsledkům:

Tabulka 34 - Výsledky statistického testu

Hodnota testovacího kritéria Chí-kvadrát	0,1515
Stupně volnosti	2
Kritická hodnota	5,991465
Hodnota P	0,9271
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Hodnota testovacího kritéria (0,1515) je menší než kritická hodnota (5,991), **nezamítáme hypotézu H0 o nezávislosti**. Zároveň hodnota P (0,9271) je vyšší než hladina významnosti (0,05), což značí **statisticky nevýznamnou závislost**. Statistický test tedy **neprokázal závislost** mezi mírou uspokojení psychosociálních potřeb a faktem, zde jsou pacienti věřící.

Hypotéza číslo 2

Výzkumný předpoklad číslo 3. jsme převedli do hypotézy, jejíž platnost ověříme statistickým testem.

H0: Psychosociální potřeby P/K vztahující se k životním hodnotám a postojům nejsou závislé na délce hospitalizace.

H1: Psychosociální potřeby P/K vztahující se k životním hodnotám a postojům jsou závislé na délce hospitalizace.

Jedná se o porovnání závislosti dvou proměnných, použitým statistickým testem bude Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce. První proměnná – Psychosociální potřeby P/K vztahující se k životním hodnotám a postojům, je získána z otázky číslo 11 dotazníku. Druhá proměnná – délka hospitalizace, je získána otázky číslo 5 dotazníku.

Tyto dvě proměnné spolu s četnostmi byly použity v následující kontingenční tabulce:

Tabulka 35 - Kontingenční tabulka - závislost délky hospitalizace na změně psychosociálních potřeb vztahujících se k životním hodnotám a postojům

	Ano	Ne	Celkový součet
0-5 dní	9	13	22
6-10 dní	5	12	17
11-20 dní	1	4	5
21-30 dní	0	4	4
více než 30 dní	2	3	5
Celkový součet	17	36	53

Analýza kontingenční tabulky ve statistickém programu StagGraph Prism 5 vedla k těmto výsledkům:

Tabulka 36 - Výsledky statistického testu

Hodnota testovacího kritéria Chí-kvadrát	3,211
Stupně volnosti	2
Kritická hodnota	9,488
Hodnota P	0,5232
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Hodnota testovacího kritéria (3,211) je menší než kritická hodnota (9,488), **nezamítáme hypotézu H₀ o nezávislosti**. Zároveň hodnota P (0,5232) je vyšší než hladina významnosti (0,05), což značí **statisticky nevýznamnou závislost**. Statistický test tedy **neprokázal závislost** mezi délkou hospitalizace a psychosociální potřebou vztahující se k životním hodnotám a postojům.

Hypotéza číslo 3.

Výzkumný předpoklad číslo 4 jsme převedli do hypotézy, jejíž platnost ověříme statistickým testem.

H₀: Míra uspokojení psychosociálních potřeb není závislá na počtu ošetřovatelského personálu na oddělení.

H1: Míra uspokojení psychosociálních potřeb je závislá na počtu ošetrovatelského personálu na oddělení.

Jedná se o porovnání závislosti dvou proměnných, použitým statistickým testem bude Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce. První proměnná – Počet ošetrovatelského personálu, byla získána z otázky číslo 4 dotazníku, kde ke každému typu oddělení máme k dispozici údaj o počtu zaměstnanců. Druhá proměnná – míra uspokojování psychosociálních potřeb, je získána po úpravě z otázky číslo 12 dotazníku, kdy u jednotlivých respondentů byly míry jednotlivých potřeb před hospitalizací a v průběhu hospitalizace zprůměrovány prostým aritmetickým průměrem. Z rozdílů průměrných měř před a v průběhu hospitalizace byla získána informace, zda se tato míra Zlepšila, Zůstala shodná či Zhoršila.

Tyto dvě proměnné spolu s četnostmi byly použity v následující kontingenční tabulce:

Tabulka 37 - Kontingenční tabulka - závislost míry uspokojení psychosociálních potřeb a počtu ošetrovatelského personálu

	Interna 4A	Interna 5A	Celkový součet
Zhoršení	1	1	2
Beze změny	23	25	48
Zlepšení	3	1	4
Celkový součet	27	27	54

Analýza kontingenční tabulky ve statistickém programu StagGraph Prism 5 vedla k těmto výsledkům:

Tabulka 38 - Výsledky statistického testu

Hodnota testovacího kritéria Chí-kvadrát	1,083
Stupně volnosti	2
Kritická hodnota	5,991465
Hodnota P	0,5818
Hladina významnosti (alfa)	0,05

Hodnota testovacího kritéria (1,083) je menší než kritická hodnota (5,991), **nezamítáme hypotézu H0 o nezávislosti**. Zároveň hodnota P (0,5818) je vyšší než hladina významnosti (0,05), což značí **statisticky nevýznamnou závislost**. Statistický test tedy

neprokázal závislost mezi počtem zaměstnanců a mírou uspokojení psychosociálních potřeb.

8 Diskuze

V této diskuzní části se zabýváme shrnutím výsledků z výzkumu.

V první části dotazníku (otázka číslo 1.- 6. příloha A) jsme se zaměřili na zkoumání základních informací o respondentech. Celkem se výzkumu zúčastnilo 55 respondentů, k vyhodnocení dat byly použity dotazníky od 54 respondentů. Zastoupení žen a mužů bylo souměrné, tudíž 27 žen a 27 mužů. Průměrný věk respondentů byl 67,28 let, tento věk lze označit dle Světové zdravotnické organizace jako rané stáří. Výzkum probíhal v Krajské nemocnici Liberec, a.s. na oddělení všeobecné interny a diabetologie. Opět bylo zastoupení z obou oddělení vyvážené, 27 respondentů z oddělení všeobecné interny a 27 respondentů z oddělení diabetologie. Z celkového zastoupení 54 respondentů bylo 76 % ve starobním důchodu. Nejčastější délka pobytu v nemocnici byla 0 až 5 dní.

V druhé části dotazníku (otázka číslo 6, -8., - příloha A) jsme se zaměřili na náboženské vyznání. Z celkového počtu 54 respondentů uvedlo 43%, že se pokládají za věřícího člověka. Dále jsme se zaměřovali na náboženství, které vyznávají. 65 % respondentů vyznává Církev římskokatolickou, 13 % uvedlo vlastní víru (blíže nespécifikovanou), 9 % Církev československou husitskou. V této části jsme zkoumali potřeby vyplývající z jejich náboženství. 52 % uvádí jako potřebu vyplývající z jejich náboženství modlitbu. Mohli bychom se zamyslet nad tím, proč zrovna modlitba. Domníváme se, že by to mohlo být z toho důvodu, že během modliteb není zapotřebí druhé osoby, nebo nějaké velké fyzické soběstačnosti. 27 % respondentů uvádí, že nemají žádnou potřebu, která by vyplývala z jejich víry. Může to být z toho důvodu, že mají vlastní blíže nespécifikovanou víru. Potřebu kontaktu s duchovním představitelem uvedlo 17 % ze všech respondentů.

Ve třetí části jsme se zaměřili (otázky číslo 9., 10., 11.-příloha A) na životní hodnoty související se zkoumanými psychosociálními hodnotami. Tato část byla ještě zaměřena na vliv onemocnění na životní hodnoty a na vliv délky hospitalizace na životní hodnoty. V otázce číslo 10 jsme zkoumali životní hodnoty před hospitalizací a v průběhu hospitalizace. V otázce číslo 9 se ptáme na jednotlivé životní hodnoty, které jsme hodnotili od nejvyššího čísla 1 až po nejnižší číslo 7. Nejvýše položená hodnota před hospitalizací byla hodnota zdraví, následovala rodina a jiné (zvířata a hobby). V průběhu hospitalizace byly nejvýše položenými hodnotami zdraví, rodina, práce a na

žebříčku v průběhu hospitalizace nedošlo ke změně u životních hodnot finance a víra. Největší rozdíl před hospitalizací a v průběhu hospitalizace zaznamenala hodnota cestování a životní hodnota jiné (zvířata a hobby). U respondentů mohlo dojít ke změně, protože si uvědomili, jaké měli životní hodnoty před hospitalizací a v průběhu. Ztratili základní životní jistoty a při strachu o život si upevnili jiné názory a životní hodnoty. Životní hodnoty mohla ovlivnit snížená potřeba salutace soběstačnosti. Je to vysoce individuální, a jakou příčinu měla změna žebříčku životních hodnot, nejsme schopni přesně určit. Dále mohl životní hodnoty ovlivňovat pocit strachu, bezmoci a neschopnosti. Díky tomu, že průměrný věk respondentů byl 67,27, můžeme usuzovat, že v tomto životním období raného stáří, jsou již hodnoty dle vývojové psychologie ucelené a stálé. K velkým změnám životních hodnot souvisejících s psychosociálními potřebami v tomto období již nedochází.

Čtvrtou částí, na kterou jsme se zaměřili, byla míra saturace psychosociálních potřeb klienta před a v průběhu hospitalizace. Zjišťovali jsme to pomocí otázky číslo 12. V této otázce jsme se ptali respondentů na jednotlivé potřeby a jejich míru saturace před hospitalizací a v průběhu hospitalizace. Hodnotili jsme to na číselné škále, která byla očíslovaná od 0 (potřeba je zcela neuspokojena) a po hodnotu 10 (zcela uspokojena). Toto hodnocení nám umožnilo porovnání, jak se změnila hodnota uspokojení potřeby. Mohli jsme porovnat míru saturace dané potřeby, která je pro pacienta normální, a saturaci potřeby v průběhu hospitalizace. Z toho jsme mohli odvodit, zda u klienta hrozí potencionální frustrace a stresové ladění.

Výzkum pro byl nás přínosný, protože jsme na našem zkoumaném vzorku lidí, měli možnost potvrdit či vyvrátit výzkumné předpoklady a hypotézy. Zpočátku při hodnocení dotazníků, jsme se domnívali, že saturace psychosociálních potřeb bude nedostačující, ale výzkum prokázal, že potřeby psychosociálních potřeb nejsou rapidně frustrovány.

Výzkumný předpoklad číslo 1. jsme převedli do hypotézy a následně jej statisticky šetřili. V této hypotéze jsme se zabývali vlivem náboženského vyznání na uspokojování psychosociálních potřeb klienta. K této hypotéze jsme použili otázky 6. a 12. Statistické šetření našeho zkoumaného vzorku, neprokázalo žádnou souvislost vlivu náboženského vyznání na uspokojování psychosociálních potřeb klienta.

Výzkumný předpoklad číslo 2., k hodnocení tohoto výzkumného předpokladu jsme využili otázky číslo 12. Výzkumný předpoklad byl vyvrácen na základě zhoršení psychosociálních potřeb klienta. K tomuto hodnocení nám sloužil parametr, kterým jsme zjistili míru saturace potřeby před hospitalizací a následně v jejím průběhu. Tyto dvě hodnoty jsme odečetli a na základě toho jsme zjistili, že u většiny psychosociálních hodnot došlo ke zhoršení saturace.

Výzkumný předpoklad číslo 3., jsme opět převedli do hypotézy číslo 2. Tento předpoklad jsme zkoumali na základě otázky číslo 5. a 11. Tato hypotéza se zabývala vlivem délky hospitalizace na životní hodnoty související s psychosociálními hodnotami. Tato hypotéza byla na základě statistického šetření vyvrácena. Délka hospitalizace neovlivní životní hodnoty související s psychosociálními potřebami.

Výzkumný předpoklad číslo 4., jsme převedli do hypotézy číslo 3. Ke zkoumání této hypotézy jsme použili otázku číslo 12. a celkový počet ošetrovatelského personálu, který se vyskytoval na jednotlivých odděleních. Psychosociální potřeby opět nebyly ovlivněny počtem ošetrovatelského personálu. Kvalita saturace psychosociálních potřeb se neodvíjí od počtu ošetrovatelského personálu. Výzkumný předpoklad byl vyvrácen.

9 Závěr

V rámci bakalářské práce jsme se věnovali problematice psychosociálních potřeb. Práce měla za cíl zjistit míru uspokojování psychosociálních potřeb pacienta ve vztahu k náboženskému vyznání, délce hospitalizace a počtu ošetřujícího personálu. V empirické části jsme vyhodnotili výsledky výzkumu a následně hypotézy statisticky testovali. Na začátku výzkumu jsme stanovili 4 hypotézy.

Na základě statistického šetření jsme došli k závěru, že všechny naše stanovené hypotézy byly zamítnuty.

V hypotéze číslo 1, se domníváme, že na uspokojování psychosociálních potřeb klienta bude mít vliv náboženské vyznání. Ke statistickému šetření této hypotézy jsme použili otázku číslo 6 a 12. Z celkového počtu 54 respondentů bylo 31 nevěřících, u kterých došlo ve 2 případech ke zlepšení a u jednoho ke zhoršení uspokojování psychosociálních potřeb klienta. Věřících bylo 23 a u 2 došlo opět ke zlepšení a u 1 ke zhoršení uspokojování psychosociálních potřeb. Tudiž **z výzkumu vyplývá, že náboženské vyznání klienta neovlivňuje uspokojování psychosociálních potřeb pacienta.**

V hypotéze číslo 2 jsme předpokládali, že v průběhu hospitalizace nedojde ke zhoršení saturace z vybraných psychosociálních potřeb. Hypotéza na základě statistického šetření byla vyvrácena. 8 % respondentů uvedlo, že mělo snížené uspokojování psychosociálních potřeb, 82 %, že měli uspokojování beze změn, a u 10 % došlo k lepšímu uspokojení psychosociálních změn. Vzhledem k tomu, že ve výzkumném předpokladu je řečeno, že nedojde ke zhoršení míry saturace u žádného z respondentů, docházíme k závěru, že tento předpoklad není v souladu se zjištěním výzkumu, protože u 8 % respondentů došlo ke zhoršením saturace. Lze však konstatovat, že významné procento respondentů (82 %) uvedlo, že míra saturace jejich psychosociálních potřeb je na stejné úrovni jako před hospitalizací.

U hypotézy číslo 3 jsme předpokládali, že při hospitalizaci delší než měsíc dojde ke zhoršení psychosociálních potřeb, které se vztahují k životním hodnotám pacienta. Tuto hypotézu jsme zkoumali na základě odpovědí otázky číslo 5 a 11. **Statistický test závislost mezi délkou hospitalizace a psychosociální potřebou vztahující se k**

životním hodnotám a postojům neprokázal. Na tomto základě se naše hypotéza zamítá.

Hypotéza číslo 4. se zaměřovala na závislost míře uspokojení psychosociálních potřeb na počtu ošetrovatelského personálu. K šetření této hypotézy jsme použili otázky číslo 4 a 12. Pro účely statistického šetření jsme museli zjistit počet ošetrovatelského personálu. Dle šetření jsme zjistili, že **mezi počtem ošetrovatelského personálu a mírou saturace jednotlivých potřeb není závislost.** Opět došlo k zamítnutí stanovené hypotézy.

Psychosociální potřeby pacienta nejsou pouhým doplňkem ošetrovatelské činnosti, ale významnou součástí ošetrovatelské péče. Neměli bychom je opomíjet, ale automaticky je do ošetrovatelské péče začleňovat.

10 Doporučení pro praxi

V doporučení pro praxi bychom mohli shrnout veškeré nedostatky nebo připomínky, které jsme měli možnost pozorovat při výzkumné části bakalářské práce.

Doporučili bychom rozšířit znalosti sester v souvislosti s psychosociálními potřebami, dále do pokojů umístit závěsy, které by oddělovaly lůžka pacientů, k navození pocitu soukromí a posledním bodem by bylo zlepšit dokumentaci psychosociálních potřeb klienta v rámci ošetrovatelského procesu. Na poslední bod jsme se v rámci doporučení pro praxi zaměřili blíže. V tomto doporučení navrhujeme podobu ošetrovatelského záznamového listu pro hodnocení psychosociálních potřeb.

Doporučení pro praxi jsme rozdělili na obecná a specifická doporučení. Záznamový list hodnocení psychosociálních potřeb pacienta byl vytvořen v rámci specifických doporučení.

Obecná doporučení pro praxi v zájmu zlepšení saturace psychosociálních potřeb pacientů:

- **Celoživotní vzdělávání sester** zaměřené na zvýšení znalostí z oblasti psychologie, zejména zaměřeno na rozvoj empatie a schopnosti vést terapeutický rozhovor s pacientem. Terapeutický rozhovor může být jedním z nástrojů, jak pomoci pacientovi saturovat některé psychosociální potřeby.
- **Dodržování intimity při poskytování ošetrovatelské péče.** Tento bod se netýká pouze všeobecných sester, ale také ostatního ošetrovatelského personálu, který přichází do kontaktu s pacientem, např. ošetrovatelů či sanitářů. Zlepšit intimitu a soukromí je možné například pomocí lehkých úprav pokoje. Jednalo by se o oddělení od zbytku pokoje pomocí závěsů, které by byly možné použít při jednotlivých ošetrovatelských činnostech. Někteří klienti nás během sběru dotazníků na tento fakt upozorňovali a považovali absenci závěsů za poměrně velký nedostatek ve vybavenosti pokoje. Celková saturace potřeby intimity se v průběhu hospitalizace snížila o 19% oproti saturaci intimity před hospitalizací. Z tohoto hlediska bychom měli při veškeré ošetrovatelské činnosti dbát na intimitu

jedince. Dále bychom mohli používat při ošetrovatelských činnostech prostěradla či podložky pro přikrytí obnažené části těla, kterou neošetřujeme.

- **Posílení role rodiny v ošetrovatelském procesu.** Při uspokojování psychosociálních potřeb, velkou roli i v průběhu hospitalizace hraje rodina. Jestliže je rodina aktivní, měli bychom ji zapojit do ošetrování klienta. Sestra by měla aktivně zapojovat rodinu do ošetrovatelské péče a dosáhnout nejlepší komplexní péče o pacienta.

Specifická doporučení pro praxi v rámci zlepšení saturace psychosociálních potřeb pacientů:

Sestavení záznamového archu (příloha B) byl inspirován Beckovou sebesuzovací stupnicí deprese a Barthelovým testem všedních denních činností. Jedná se o sebesuzovací škálu, kdy pacient hodnotí sám sebe a zároveň ho aktivně zapojujeme do ošetrovatelské péče.



Obrázek 3 – Škála hodnocení potřeb

Tento arch je především určen pro dlouhodobě hospitalizované. Pomocí tohoto archu hodnotíme saturaci psychosociálních potřeb každých 5 dní.

Při vstupní anamnéze klientovi hodnocení psychosociálních potřeb důkladně vysvětlíme.

Vysvětlení pro klienta:

V tomto archu jsme připravili hodnocení psychosociálních potřeb. Mezi základní psychosociální potřeby patří potřeba rodiny, bezpečí a jistoty, komunikace, lásky, zdraví, soběstačnosti a intimity. Tyto potřeby budeme v pravidelných intervalech každých 5 dní hodnotit. U každé potřeby je škála, která je značená od 0 po 1. Hodnota 0 značí, že je potřeba zcela neuspokojena. Hodnota 10 značí plné uspokojení potřeby.

Vždy zakroužkujte, jakou mírou máte aktuálně jednotlivou potřebu uspokojenou. Vedle škály je ještě možnost slovního hodnocení a upřesnění hodnocení potřeby. Takto hodnotíte jednotlivé potřeby za sebou.

Pokyny pro hodnocení sestrou:

Sečtete celkový součet bodů z každé škály a dokumentaci pomocí hodnotící tabulky vyhodnotíte. Toto hodnocení nám určí celkovou míru uspokojení psychosociálních potřeb klientů, se kterými můžeme navazovat kontakt ošetrovatelské péči. Nejen, že hodnotíme celkovou saturaci psychosociálních potřeb, ale všímáme si i hodnocení jednotlivých potřeb a jejich slovních hodnocení. Dle výsledků ze záznamového archu ohodnotíme míru saturace a držíme se následných doporučení.

Při **zcela uspokojených potřebách**, tj. 60 – 48 bodů, provedeme následující hodnocení opět za dalších 5 dní. **Při částečně uspokojených psychosociálních potřebách, tj. 42 – 24 bodů**, je doporučeno vložení intervencí vztahujících se k saturaci psychosociálních potřeb do ošetrovatelského plánu. Příkladem intervencí je rozhovor s klientem, navázání či zvýšení kontaktu s rodinou, nebo zvýšeně dbát na intimitu klienta při všech ošetrovatelských činnostech. Jestliže nám vyjde výsledek, že potřeby jsou zcela neuspokojeny, tj. počet bodů dosáhl 18 – 6 bodů, je nutností cíleně zaměřit ošetrovatelský plán na saturaci psychosociálních potřeb, nebo dle stavu klienta kontaktovat klinického psychologa. Povšimneme si, jaké psychosociální potřeby jsou nejhůře saturovány a budeme se je snažit co nejlépe uspokojit. Kontaktujeme rodinu, která by mohla být prospěšná při saturaci potřeb. Rodinní příslušníci by mohli napomáhat při některých ošetrovatelských činnostech, aby došlo ke zvýšení potřeby bezpečí. Rodinní příslušníci by mohli informovat ošetrovatelský personál o návycích klienta, které se budeme snažit navodit v nemocničním prostředí.

11 Seznam bibliografických citací

1. KELNAROVÁ, Jarmila. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-802-4728-308. S 32-33
2. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří: uvedení do 361,362,363
3. TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4 S. 14.
4. TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4 S. 14.
5. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383. S. 43
6. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3. S. 101
7. PLEVOVÁ, Ilona. Ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580. S. 103,104
8. Velký sociologický slovník. Vyd. 1. Praha Editor Ivan Slaměník. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Karolinum, 2009, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 978-807-1843-115. S 35
9. Velký sociologický slovník. Vyd. 1. Praha Editor Ivan Slaměník. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Karolinum, 2009, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 978-807-1843-115. Str. 651
10. Slovník cizích slov. Levné knihy, 2006, CD-ROM. ISBN 80-7309-347-2
11. Velký sociologický slovník. Vyd. 1. Praha Editor Ivan Slaměník. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Karolinum, 2009, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 978-807-1843-115. S 320

12. MARTINA VENGLÁŘOVÁ, Gabriela Mahrová. Komunikace pro zdravotní sestry: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 112 s. ISBN 978-802-4712-628. S 69, 70, 71
13. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. Ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.
14. HALA, Herbert. Umgang mit Patienten Tipps für Arzthelferinnen und Schwestern. Kössen: Pm-Verl, 2009. ISBN 978-390-2541-10.
15. JAROŠOVÁ, Darja. Teorie moderního ošetrovatelství: uvedení do moderních teorií. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 133 s. ISBN 80-858-6655-2.
16. KERN, Hans, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ. Přehled psychologie: [sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů]. Vyd. 3. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Portál, 2006, 287 s. ISBN 80-736-7121-2.
17. MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu: [sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, rasa národů]. Vyd. 1. Editor Ivan Slaměnik. Překlad Magdalena Valášková. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
18. NEŠPOROVÁ, Olga, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru: uvedení do moderních teorií. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008, 85, 8 s. ISBN 978-808-7007-969.
19. NOVÁKOVÁ, Iva, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ. Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství: uvedení do moderních teorií. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008, 85, 8 s. ISBN 978-80-7372-404-7.
20. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
21. PLEVOVÁ, Ilona. Ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580.
22. PRŮCHA, Jan, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ. Interkulturní psychologie: [sociopsychologické zkoumání kultur, etnik, ras a národů]. 2., rozš. vyd. Praha: Technická univerzita v Liberci, 2008, 115 s. ISBN 978-80-7367-280-5.

23. STRMISKOVÁ, Petra. Psychosociální potřeby nemocných, Diplomová práce, Brno 2007
24. TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4
25. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří: uvedení do moderních teorií. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0
26. VÝROST, Jozef. Sociální psychologie. 2., přeprac. a rozš. vyd. Editor Ivan Slaměnik. Praha: Grada, 2008, 404 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-288.

Internetové zdroje

27. [online].[cit.2013-06-01].DOI:http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/nabozenske_vyznani
28. [online].[cit.2013-06-01]. DOI:http://is.muni.cz/th/21729/lf_m/diplomova_prace.pd. S 34
29. [online].[cit.2013-06-09].DOI:
http://www.nemlib.cz/web/soubory/web/1_53_145_557
30. [online].[cit.2013-06-01].DOI:<http://www.studiummba.cz/wp-content/uploads/pyrami>.

12 Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulka 1 – Schéma uspokojení potřeb [3]	31
Tabulka 2 - Harmonogram výzkumu	40
Tabulka 3 – Pohlaví respondentů.....	41
Tabulka 4 – Věk respondentů	41
Tabulka 5 – Zaměstnání respondentů	41
Tabulka 6 - Oddělení hospitalizace	42
Tabulka 7 - Délka hospitalizace.....	42
Tabulka 8 – Náboženské vyznání respondentů.....	42
Tabulka 9 - Druh náboženství.....	43
Tabulka 10 - Duchovní potřeby	43
Tabulka 11 - Životní hodnoty před a v průběhu hospitalizace - aritmetický průměr	44
Tabulka 12 - Vliv onemocnění na životní hodnoty	45
Tabulka 13 - Délka hospitalizace / životní hodnoty	46
Tabulka 14 - Potřeba rodiny	48
Tabulka 15 - Potřeba bezpečí a jistoty	49
Tabulka 16 - Potřeba komunikace	49
Tabulka 17 - Potřeba lásky	50
Tabulka 18 - Potřeba zdraví.....	51
Tabulka 19 - Potřeba soběstačnosti	52
Tabulka 20 - Potřeba intimity	53
Tabulka 21 - Potřeby před hospitalizací – uspokojeny, částečně uspokojeny.....	54
Tabulka 22 - Potřeby před hospitalizací - neuspokojeny, bez odpovědi	55
Tabulka 23 - Potřeby v průběhu hospitalizace - uspokojeny, částečně uspokojeny.....	56
Tabulka 24 - Potřeby v průběhu hospitalizace - neuspokojeny, bez odpovědi.....	56
Tabulka 25 - Všechny potřeby před a v průběhu hospitalizace - aritmetický průměr....	58
Tabulka 26 - Spokojenost s uspokojováním psychosociálních potřeb ze strany ošetrovatelského personálu	59
Tabulka 27 - Změna psychosociálních potřeb před a v průběhu hospitalizace	60
Tabulka 28 - Kontingenční tabulka - závislost míry uspokojení psychosociálních potřeb a víry	60
Tabulka 29 - Změna psychosociálních potřeb před a v průběhu hospitalizace	60
Tabulka 30 - Délka hospitalizace a ovlivnění životních hodnot.....	61

Tabulka 31 - Změna psychosociálních potřeb před a v průběhu hospitalizace	61
Tabulka 32 - Kontingenční tabulka - závislost míry uspokojení psychosociálních potřeb a počtu ošetřovatelského personálu	62
Tabulka 33 - Kontingenční tabulka - závislost míry uspokojení psychosociálních potřeb a víry	63
Tabulka 34 - Výsledky statistického testu	64
Tabulka 35 - Kontingenční tabulka - závislost délky hospitalizace na změně psychosociálních potřeb vztahujících se k životním hodnotám a postojům.....	65
Tabulka 36 - Výsledky statistického testu	65
Tabulka 37 - Kontingenční tabulka - závislost míry uspokojení psychosociálních potřeb a počtu ošetřovatelského personálu	66
Tabulka 38 - Výsledky statistického testu	66
Graf 1 - Duchovní potřeby.....	44
Graf 2 - Vliv onemocnění na životní hodnoty	46
Graf 3 - Délka hospitalizace / životní hodnoty	47
Graf 4 - Potřeba rodiny a blízkých přátel	48
Graf 5 - Potřeba bezpečí a jistoty.....	49
Graf 6 - Potřeba komunikace	50
Graf 7 - Potřeba lásky	51
Graf 8 - Potřeba zdraví.....	52
Graf 9 - Potřeba soběstačnosti	53
Graf 10 - Potřeba intimity (soukromí)	54
Graf 11 - Potřeby před hospitalizací	55
Graf 12 - Potřeby v průběhu hospitalizace	57
Graf 13 – Potřeby - aritmetický průměr.....	58
Obrázek 1 - Maslow - pyramida potřeb [30]	18
Obrázek 2 - Dům životních potřeb [30].....	19
Obrázek 3 – Škála hodnocení potřeb	74

13 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 - Škála hodnocení psychosociálních potřeb pacienta

Příloha 1- Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lea Hodaňová a jsem studentkou Ústavu zdravotních studií Technické univerzity v Liberci.

Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při výzkumu na téma: Uspokojování psychosociálních potřeb pacienta/klienta. Tento výzkum je zcela anonymní a slouží pouze k účelům mé bakalářské práce. Většina otázek je formulovaných na způsob zaškrtavání. Odpověď, která nejvíce vystihuje Vaši situaci či názor označte zaškrtnutím.

Děkuji za Vaši spolupráci při výzkumu.

Lea Hodaňová

Technická univerzita v Liberci Ústav zdravotních studií, 2.ročník

1. Vaše pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2. Kolik Vám je let?.....

3. Jste:

- a) Student
- b) Zaměstnaný
- c) Nezaměstnaný/ á
- d) Ve starobním důchodu
- e) Na mateřské
- f) Jiné

4. Na jakém oddělení jste hospitalizován/a?

- a) Všeobecná interna b) Diabetologie

5. Jaká je délka Vaší hospitalizace?

- a) 0-5 dní
- b) 6-10 dní
- c) 11-20 dní
- d) 21- 30 dní
- e) Více jak 30 dní

6. Považujete se za věřícího člověka? (pokud „ne“ odpovídejte až na otázku číslo 9.)

- a) Ano b) Ne

7. Jaké náboženské vyznání vyznáváte?

- a) Církev římskokatolická
- b) Českobratrská církev evangelická
- c) Svědkové Jehovovi
- d) Islám
- e) Jiné, napište jaké.....

8. Jaké máte duchovní potřeby, které vyplívají z Vaší víry?

- a) Kontakt s duchovním představitelem (knězem, zvěstovatelem, ..)
- b) Modlitby
- c) Specifické požadavky na péči, jestliže ano, prosím, uveďte jaké:.....
- d) Ne

9. Určete pořadí následujících hodnot dle vašich priorit před hospitalizací a v průběhu hospitalizace. Zde budete hodnotit Vaše priority před hospitalizací (1. prázdný sloupec) a v průběhu hospitalizace (2. prázdný sloupec). Do prázdných polí v tabulce napište číslice od 1 (nejdůležitější priorita) do 8 (nejméně důležitá priorita).

Hodnota	Priority hospitalizací před	Priority v průběhu hospitalizace
Cestování		
Peníze		
Práce		
Rodina		
Víra		
Záliby		
Zdraví		
Jiné, jaké?		

10. Domníváte se, že Vaše onemocnění má vliv na Vaše životní hodnoty?

a) Ne

b) Jestliže ano, tak jak?.....

11. Domníváte se, že s délkou Vaší hospitalizace se mění životní postoje a hodnoty?

a) Ano, prosím uveďte jak:.....

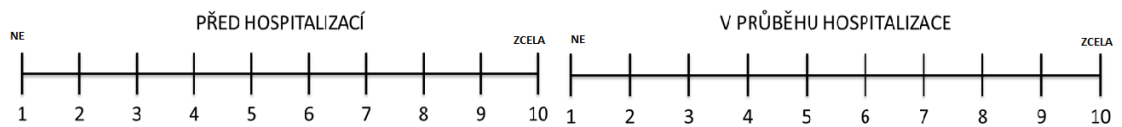
b) Ne

12. Následující otázky jsou zaměřeny na uspokojování psychosociálních potřeb pacienta/klienta. V otázkách se ptáme na uspokojení psychosociálních potřeb před nástupem do nemocnice a v průběhu hospitalizace (tj. pobytu v nemocnici). Zakroužkujte, na jaké úrovni jsou podle Vás uspokojeny uvedené psychosociální potřeby. 1 znamená nejsou uspokojeny, 10 zcela uspokojeny.

a) Máte uspokojenou potřebu RODINY A BLÍZKÝCH PŘÁTEL (SOCIÁLNÍ KONTAKTU)?



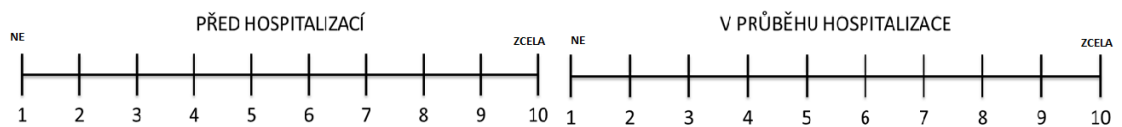
b) Máte uspokojenou potřebu BEZPEČÍ A JISTOTY ?



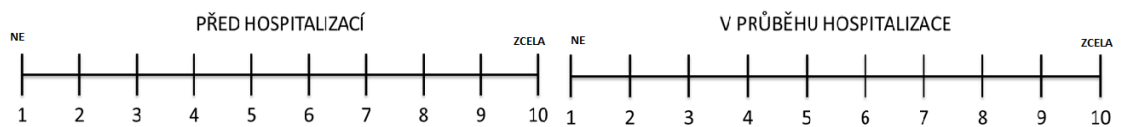
c) Máte uspokojenou potřebu KOMUNIKACE?



d) Máte uspokojenou potřebu LÁSKY?



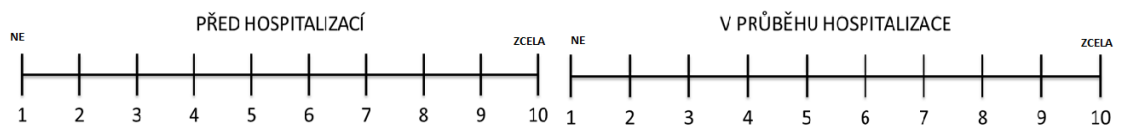
e) Máte uspokojenou potřebu ZDRAVÍ?



f) Máte uspokojenou potřebu SOBĚSTAČNOSTI?



8. Máte uspokojenou potřebu INTIMITY (SOUKROMÍ)?



13. Jste spokojen/a s uspokojováním Vašich psychosociálních potřeb ze strany ošetrovatelského personálu?

a) Ano

b) Ne

Příloha 2 – Škála hodnocení psychosociálních potřeb pacienta

ŠKÁLA HODNOCENÍ PSYCHOSOCIÁLNÍCH POTŘEB PACIENTA

JMENO A PŘIJMENÍ PACIENTA:			
RODNÉ ČÍSLO:		DATUM HOSPITALIZACE:	
01.	POTŘEBA ZDRAVÍ	datum	slovní hodnocení pacienta
02.	POTŘEBA BEZPEČÍ A JISTOTY	datum	slovní hodnocení pacienta
03.	POTŘEBA SOBĚSTAČNOSTI	datum	slovní hodnocení pacienta
04.	POTŘEBA INTIMITY	datum	slovní hodnocení pacienta
05.	POTŘEBA KOMUNIKACE	datum	slovní hodnocení pacienta
06.	POTŘEBA SOCIÁLNÍHO KONTAKTU (např. rodiny a přátel)	datum	slovní hodnocení pacienta

HODNOCENÍ SKÁLY SATURACE PSYCHOSOCIÁLNÍCH POTŘEB

60 – 48 bodů	Potřeby jsou zcela saturovány	Doporučena pravidelná kontrola saturace psychosoc. potřeb.
42 – 24 bodů	Potřeby jsou částečně saturovány	Doporučeno zahájit intervence k navození saturace do oš. plánu (př. rozhovor s pacientem, kontakt s rodinou, intimita při vykonávání oš. činnosti)
18 – 6 bodů	Potřeby jsou zcela neuspokojeny	Nutnost cíleně zaměřit oš. plán na saturaci psychosoc. potřeb a ev. dle stavu pacienta kontaktovat klinického psychologa.

DOPORUCENÍ PRO VYPLNOVÁNÍ SKÁLY: Před vyplňováním škály je nutné seznámit pacienta s jejím obsahem a vysvětlit mu princip škálování. Škála psychosociálních potřeb je vhodná pro dlouhodobě hospitalizované pacienty a je vhodné číselné skóre doplnit i slovním hodnocením pacienta. Škálu je nutné v pravidelných intervalech hospitalizace aktualizovat, aby byly zaznamenány veškeré změny v saturaci psychosociálních potřeb pacienta.