

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2018

Bc. Dita Volhejnová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Baletka či buldozer, aneb zkušenosti pacientů s péčí zdravotníků.

Bc. Dita Volhejnová

Diplomová práce

2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Dita Volhejnová**  
Osobní číslo: **Z16208**  
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**  
Název tématu: **Baletka či buldozer, aneb zkušenosti pacientů s péčí zdravotníků**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. BJÖRKDAHL, A., PALMSTIERNA, T., HANSEBO, G., 2010. The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 17(6), 510-518. ISSN: 1365-2850.
2. DRAHOŠOVÁ, L., JAROŠOVÁ, D., 2016. Concept caring in nursing. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 7(2), 453-460. ISSN: 2336-3517.
3. GASTMANS, C., 1999. Care as A Moral Attitude in Nursing. *Nursing Ethics*. 6(3), 214-223. ISSN: 09697330.
4. HALLDÓRSDÓTTIR, S., 1996. Caring und uncaring encounters in nursing and health care: Developing a theory. Linköping. Doctoral dissertation. Linköpings universitet. Faculty of Health Sciences.
5. HALLDÓRSDÓTTIR, S., HAMRIN, E., 1997. Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer nursing*. 20(2), 120-128. ISSN: 0162-220X.
6. HENDL, J., 2016. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.**


Katedra ošetřovatelství

Konzultant diplomové práce: **Mgr. Jitka Rusová, DiS.**

Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **4. května 2018**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2018

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4. 5. 2018

Bc. Dita Volhejnová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Mé poděkování bych ráda směřovala převážně ke své konzultantce Mgr. Jitce Rusové, DiS., za její neuvěřitelnou ochotu a nasazení, ale také za její cenné rady a odborné vedení.

Z celého srdce bych ráda poděkovala svému příteli Arturovi, za jeho podporu, trpělivost, lásku a pomoc v náročných chvílích studia. Dále patří mé velké díky celé mojí rodině a tímto se všem velice omlouvám, že byli v době studia mnou značně zanedbáváni.

V neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří se průzkumného šetření účastnili a bez kterých by nebylo možné nahlédnout do zkušeností pacientů s péčí zdravotníků.

## **ANOTACE**

Diplomová práce je prací teoreticko-průzkumnou a řeší fenomén zkušeností pacientů se zdravotníky. Zabývá se detailním vysvětlením podstaty pojmu péče v různých směrech a rovinách a také pojmu utrpení, které se k péči vztahuje. V neposlední řadě se zaměřuje na představení již vytvořeného konceptu pečujícího a nepečujícího přístupu v ošetrovatelství a zdravotní péči, jehož autorkou je S. Halldórsdóttir. Pomocí metody kvalitativních rozhovorů, taktiky doslovné transkripce a otevřeného kódování jsou zkoumány zkušenosti pacientů s péčí zdravotníků, v celé jejich šíři a hloubce. Přínosem této práce je nahlédnutí do zkušeností pacientů s péčí zdravotníků a následné uvědomění si faktů, které jsou nedílnou součástí profesionální a neprofesionální péče a tím předcházet možnému utrpení, které se k péči vztahuje.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Péče, pečující přístupy, nepečující přístupy, utrpení, zkušenosti pacientů

## **TITLE**

Ballerina or bulldozer, the experience of patients with medical care.

## **ANNOTATION**

The master's thesis is in part theoretical and exploratory and deals with the phenomenon of patient experience with healthcare professionals. It concentrates on the detailed explanation of the essence of the concept of care at various levels, and also the perception of patient suffering which is related to care. Last but not least, it focuses on the introduction of an already created concept of a caring and uncaring approach in nursing and healthcare, whose author is S. Halldórsdóttir. With the help of qualitative interviews, the tactic of direct transcription and open coding the patient experience with nursing care is explored in-depth. The benefit of the thesis is the possibility to closely examine patient experience with the care provided. Furthermore, the work facilitates the facts which are an integral part of professional and unprofessional care and in this way may prevent possible suffering related to the care of patients.

## **KEY WORDS**

care, caring approach, patient experience, suffering, uncaring approach



## OBSAH

ÚVOD .....	12
CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE .....	14
I. Teoretická část práce .....	15
1 POJEM PÉČE .....	15
1.1 Definice péče v kontextu ošetřovatelství .....	16
1.2 Kompetence a profesionalita jako součást péče .....	17
1.3 Léčit a pečovat z pohledu etiky .....	18
2 PÉČE JAKO VZTAH .....	20
2.1 Terapeutický vztah .....	21
2.2 Vztah jako odpovědnost dle E. Lévinase .....	23
3 PÉČE JAKO INTERVENCE ZDRAVOTNÍKŮ .....	25
3.1 Důstojnost v péči o pacienta .....	25
3.2 Pečující přístup zdravotníků .....	26
3.2.1 Psychologický přístup zdravotníků .....	27
3.2.2 Humor jako pečující taktika .....	28
3.3 Komunikace jako nedílná součást péče .....	29
3.3.1 Sdělování informací – pravda na nemocničním lůžku .....	31
3.4 Potřeby pacientů včetně specifík vybraných skupin .....	32
3.4.1 Specifické potřeby starých a křehkých pacientů .....	34
3.4.2 Specifické potřeby onkologicky nemocných .....	35
4 PEČUJÍCÍ A NEPEČUJÍCÍ PŘÍSTUP V OŠETŘOVATELSTVÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČI DLE S. HALLDÓRSDÓTTIR .....	37
4.1 Setkání se zdravotníky vnímané jako pečující .....	40
4.2 Setkání se zdravotníky vnímané jako nepečující .....	41
4.3 Upevnění myšlenek vycházejících z konceptu .....	42
5 UTRPENÍ VZTAHUJÍCÍ SE K PÉČI .....	43

5.2	Maligní komunikace .....	45
5.3	Poškození pacienta jako následek „nepéče“ .....	46
5.3.1	Iatrogenie.....	47
5.3.2	Sororigenie .....	47
5.4	Shrnutí teoretické části .....	48
II.	Průzkumná / výzkumná část práce .....	49
6	KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	49
6.1	Fenomenologické zkoumání.....	49
6.2	Bližší vymezení výzkumného vzorku .....	49
6.3	Obecný průběh výzkumného šetření .....	52
6.3.1	Oslovení, kteří odmítli účast ve výzkumu.....	54
6.3.2	Průběh uskutečněných rozhovorů .....	55
6.4	Způsob zpracování dat.....	57
7	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE .....	59
7.1	Výsledky výzkumu – oblast péče .....	60
7.2	Výsledky výzkumu – oblast nepéče .....	89
8	SOUHRN VÝSLEDKŮ / ZKUŠENOSTÍ PACIENTŮ .....	108
8.1	Zkušenosti pacientů – oblast péče .....	108
8.2	Zkušenosti pacientů – oblast nepéče .....	112
8.3	Utrpení, které pacienti zakusili.....	116
9	DISKUZE.....	117
10	ZÁVĚR .....	122
11	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ .....	125
12	PŘÍLOHY .....	129

## **SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK**

Obrázek 1Přehled rozdělení výsledných kódů .....	59
Obrázek 2Přehled kódů oblasti péče pomocí aplikace Smart Art.....	61
Obrázek 3Přehled kódů oblasti nepéče pomocí aplikace Smart Art .....	90
Tabulka 1Výsledky bodového ohodnocení jednotlivých respondentů v testu Mini Cog ....	53
Tabulka 2Přehled všech respondentů, se kterými byl proveden rozhovor.....	55

## **TERMINOLOGIE**

**Elektrická kardioverze** - výkon, který se používá k přerušení některých poruch srdečního rytmu (arytmií), nejčastěji fibrilace či flutteru síní.

**Implantace venózního portu** – zavedení uzavřeného systému, který se skládá z katétru (zavedeného do centrální žíly) a portu (komůrky), ke kterému je katétr pevně připojen

**Kanylace** - zajištění žilního vstupu

**Polymorbidní** – pacient trpící větším počtem různých závažných chorob a zdravotních komplikací

**Transesofageální ultrazvuk srdce** – ultrazvukové vyšetření srdce přes jícen

**Transtorakální ultrazvuk srdce** – vyšetření srdce přes stěnu hrudníku

## ÚVOD

V případě nemoci, kdy pacient přichází do nemocnice, se na nás obrací o pomoc. Přichází ve špatném fyzickém, ale často též ve špatném psychickém stavu a mnohdy bývá bezradný a zranitelný. Profesionální péče, která má být pacientovi poskytnuta a kterou mnohdy také očekává, obsahuje dle S. Halldórsdóttir (1996) tři prvky: kompetentnost, péči a vztah. Péče je velice náročný interpersonální proces (Drahošová, 2016) a je velice těžce uchopitelná.

Péči jako takové, obzvláště v kontextu zdravotnictví, není u nás věnován dostatek pozornosti. Opomíjení tohoto fenoménu dokazuje i nedostatek výzkumných prací a publikované literatury, oproti jiným tématům z oblasti zdravotnictví. Stávající výzkumy pochází převážně ze severských zemí a publikované práce v anglickém jazyce nás staví před další problém, neboť jsou velmi náročné na překlad do češtiny.

Zahraniční výzkumy poukazují na existenci pečujícího a nepečujícího přístupu a na utrpení, které se k péči vztahuje. Pokud nejsou všechny prvky profesionální péče odraženy v poskytované péči, nastává u pacienta určitý druh utrpení, který prožívá (Halldórsdóttir, 1996). První výzkum o utrpení spojeném s péčí byl uskutečněn v roce 1986, kdy D. J. Riemen začala tomuto problému věnovat pozornost (Halldórsdóttir, 1996). O tom, že tato nenaplněná péče má své určité negativní dopady, vypovídají studie S. Halldórsdóttir (1996) či A. Björkdahl a kol. (2010). V komplexní profesionální péči se odráží také zkušenosti a osobnost zdravotníků. Je nezbytné jednat s pacientem citlivě a být mu oporou ve všech rovinách (Drahošová, 2016). Neporozuměním jedinečnosti pacienta by mohl být pacient flustrován a trpět pocitem strachu a deprese, zlosti, obav a znepokojení (Halldórsdóttir). Z toho plyne, že se jedná o naléhavý etický problém.

Pro uchopení celé problematiky je nezbytně nutné bližší vymezení pojmu péče a pojmu utrpení vztahujícího se k péči, stejně tak, jako představení již vytvořeného konceptu pečujícího a nepečujícího přístupu v ošetřovatelství a zdravotní péči, jehož autorkou je S. Halldórsdóttir. Takto vytvořený teoretický rámec je důležitý pro realizaci kvalitativního průzkumu. Obsah průzkumné části nám umožní nahlédnout do zkušeností pacientů s péčí zdravotníků a následné uvědomění si faktů, které jsou nedílnou součástí profesionální a neprofesionální péče.

Je velice důležité věnovat pozornost tomu, jaké jsou vlastně zkušenosti našich pacientů. Zda zakoušejí pečující nebo nepečující přístup, případně utrpení plynoucí z poskytované péče. Prozkoumání tohoto fenoménu by mohlo přispět ke změnám v chování a jednání zdravotníků.

# **CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE**

## **Cíle teoretické části**

1. Definovat pojem péče a utrpení vztahující se k péči, dle vyhledané literatury.
2. Představit koncept pečujícího a nepečujícího přístupu v ošetrovatelství a zdravotní péči, jehož autorkou je S. Halldórsdóttir.

## **Cíle průzkumné části**

1. Zjistit a popsat, jaké jsou zkušenosti pacientů s interakcí se zdravotníky, na vymezeném souboru respondentů.
2. Zjistit, zda respondenti zakoušejí utrpení vztahující se k péči.

## I. Teoretická část práce

Cílem teoretické části je definovat pojem péče a pojem utrpení, vztahující se k péči a to na základě vyhledané literatury a tím vytvořit teoretické východisko pro průzkumnou část. V neposlední řadě je cílem teoretické části, představení již existujícího konceptu pečujícího a nepečujícího přístupu v ošetrovatelství a zdravotní péči, jehož autorkou je S. Halldórsdóttir. Jednotlivé kapitoly se věnují všem aspektům, které jsou důležité pro pochopení problematiky.

### 1 POJEM PÉČE

Uchopit a vysvětlit pojem péče je nesmírně obtížné. V dostupné literatuře je definice péče pojímána různě. Kutnohorská (2007, s. 43) označuje péči za určitou formu napojení na druhé, skrze které zjišťujeme, jak lidé kolem nás prožívají a vnímají dění kolem sebe. Péče je také věcí postoje. Je považována za základní součást života, která se nachází v biologických mechanismech, ale i morálních apelech (Šimek, 2016, s. 76).

Šimek (2016, s. 76) ve svém článku upozorňuje na práci Berenice Fischer a Joan Tronto, které vnesly kritiku na dosavadní definice péče, které jsou příliš zjednodušující a postavily definici vlastní: „*Péče je aktivita živočišného druhu, která zahrnuje vše, co činíme, abychom uchovali, udržovali a vylepšovali náš svět tak, abychom v něm mohli žít tak dobře, jak je to možné. Tento svět zahrnuje naše těla, nás jako osoby a naše prostředí, a to vše se snažíme vzájemně propojit do komplexní, život udržující sítě*”.

Pro lepší pochopení této definice vymezily autorky čtyři fáze péče. Caring about - starost o někoho s úmyslem rozpoznání péče na základě morálních vlastností, pozornosti a rozpoznání potřeb. Caring for - péče o někoho, která by měla být vykonána a za kterou přijímáme zodpovědnost a ke které je nutná morální schopnost zodpovědnosti. Care giving - vykonávání skutečné práce, jakož to poskytování péče, která obnáší způsobilost. A poslední fází je care receiving - přijetí péče jako reakce, která není mravní povinností, ale je u ní důležité zhodnotit, jak byl celý proces péče uskutečněn (Šimek, 2016, s. 76).

Všechny tyto čtyři fáze péče rozpoznáváme též v péči poskytované v rámci ošetrovatelství.



## 1.1 Definice péče v kontextu ošetřovatelství

Není sporu o tom, že péče je nedílnou součástí zdravotnických profesí. Jedná se o takzvanou profesionalizaci péče (Šimek, 2016, s. 76).

Sestrami je péče často označována jako každodenní přímá péče o pacienta. Obsahově se však jedná o interpersonální proces, který je velice specifický a vyznačuje se odbornými znalostmi a dovednostmi sester. Například osobnostní zralostí a interpersonální citlivostí, díky kterým péče přispívá k ochraně pacienta, jeho emocionální podpoře a neposlední řadě k uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb (Drahošová, Jarošová, 2016, s. 453). Již Florence Nightingale upozorňovala, že dobrá péče má na průběh nemoci předúležitý a rozhodující vliv (Kutnohorská, 2007, s. 24). Profesionální péče, kterou pacient má dostat a kterou očekává, obsahuje tři prvky, které by se měly v péči odrazit. Je jím kompetentnost, péče a vztah (Halldórsdóttir, 1996, s. 5).

Základ pro konceptualizaci péče položily akademické práce významných teoretiček, jako je Leininger, Watson, Ray, Gaut a další, jejichž práce se začaly objevovat v období sedmdesátých až osmdesátých let minulého století (Drahošová, Jarošová, 2016, s. 453).

Drahošová a Jarošová (2016) vypracovaly přehled kvalitativních studií zaměřených na pojetí péče v ošetřovatelství. Nalezly mnoho různých definicí péče. Například byla péče definována jako středobod a primární podstata zdravotnické praxe, což je vyjádřeno převážně chováním a aktivitou sestry. Pro péči je výchozí morální stránka sestry, která je vyjádřena jejím vnějším a vnitřním postojem. Pečovatelské chování je určitý druh interakce mezi zdravotníkem a pacientem, který je započat ve chvíli, kdy sestra reaguje na pacienta a směřuje veškeré své jednání k jeho dobru. Na základě obsahové analýzy bylo definováno pět pohledů na strukturu péče. Péče je definována jako lidská vlastnost, morální imperativ, jako náklonnost směrem k sobě, pacientovi a k práci, jako interpersonální reakce a v neposlední řadě jako terapeutická intervence.

Kutnohorská (2007, s. 43) uvádí spíše definici péče v obecném slova smyslu, avšak tato definice přehledně shrnuje atributy péče v ošetřovatelství: *„Péči definujeme jako pomoc potřebným formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění ve zdraví, při zlepšování kvality života a při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou smrti. Péče je poskytována humanistickým, empatickým a uctivým způsobem a naplňuje důležité potřeby jedince a jeho rodiny (případně komunity). Pečování je přirozené, univerzální pro celé lidstvo (péče o matky o dítě)“*.

## 1.2 Kompetence a profesionalita jako součást péče

Lidé, kteří se rozhodli vykonávat pomáhající profesi, by měli být také kvalitně vzděláni ve svém oboru, jelikož následky neprofesionality by mohly být fatální. Zdravotníci by se měli co nejvíce snažit proniknout do praxe a dále doplňovat své vzdělání (Špirudová, 2015, s. 20).

Špirudová (2015, s. 22 – 23) nám zprostředkovává **hierarchický model struktury kompetencí**, který tvoří Lucia a Lepsinger. **Základ modelu**, který je utvořen do pyramidy tvoří úroveň číslo jedna, která obsahuje inteligenci, schopnosti, talent, hodnoty, postoje a motivy. **Druhým stupněm** je střed pyramidy, obsahující dovednosti, vědomosti, zkušenosti, které také můžeme shrnout pod pojem know-how profese. **Třetím stupněm**, vrcholem pyramidy a dle autorů uváděnou takzvanou nadstavbou profese, je chování. Chování, které se ale prolíná s předchozími etážemi. Je vhodné určovat kompetence ve vztahu k dobrému pracovnímu výkonu. A to na složce kognitivní, jako jsou vědomosti, intelektové dovednosti a poznávací styly. Dále emocionální, jako například neuropsychická stabilita, empatie a citová regulace. A v neposlední řadě kompetence sociální povahy, která zahrnuje percepční, komunikační či interakční dovednosti.

Profesní předpoklady můžeme hodnotit také z pohledu **činností**, mezi které bychom zařadily kompetence diagnostické, intervenční a administrativní s přihlédnutím na cílovou skupinu. Mezi další atributy kompetencí patří například profesní identita, profesní integrita, profesní postoje a profesní chování. Pokud by měly být zobecněné, jednalo by se o komponenty kognitivní, emotivní a behaviorální. V dnešní době jsou pro každou profesi jasně definovány takzvané národní deskriptory, které přesně uvádějí podmínky pro konkrétní profesi (Špirudová, 2015, s. 22 - 23). **Rys profesionality** zahrnuje profesionální odpovědnost, sebezdokonalování, přizpůsobivost lékaře, vztahy s pacienty a rodinami, ale také se členy zdravotnického týmu. Je tedy zřejmé, že profesní kompetence jsou přímo nezbytnou a neoddělitelnou součástí každé profese (Špirudová, 2015, s. 22, 24). Kultivovanost projevu a vystupování, odborné znalosti ale i vzhled, patří mezi základní projevy důvěryhodnosti (Ptáček a kolektiv, 2011, s. 242).

Během jedné studie v domově důchodců se ptali pacientů, jaké tři nejdůležitější **schopnosti** či **vlastnosti** by měla sestra, či ošetřovatelka mít. U sester byla nejčastěji jmenována náklonnost, trpělivost, vcítění a odbornost. U ošetřovatelek to byla ochota, vlídnost, láska,

klid, vyrovnanost, empatie, porozumění a také profesionalita a znalosti (Kopřiva, 2000, s. 15). Ve skutečnosti je to **celá škála profesních ctností** (Kutnohorská, 2007, s. 44).

Základem každé sesterské ctnosti je **vědomé jednání**, které je zacíleno k dobru a není jen náhodně, nebo občas vykonané. Není spatřováno pouze v chování sester, ale také v jejich vnitřních životech. Obsahuje naše emoce a motivace. Odráží naše formy myšlení a rozvahy (Šimek, 2016, s. 76). Celosvětově vykonávají povolání všeobecné sestry převážně ženy, u nichž je propojení mezi myšlenkou, citem a smyslovým životem velmi blízké (Kutnohorská, 2007, s. 44). Již zakladatelka novodobého ošetrovatelství Florence Nightingale se snažila o prosazení etických zásad sester a to převážně v jejich **přístupu k nemocným**. Ve svých publikacích tvrdí, že sestra musí být osobou svědomitou, důvěryhodnou, spolehlivou, střídmostou, počestnou a také zbožnou. Musí být na ni spolehnutí a měla by mít ke svému povolání úctu (Kutnohorská, 2007, s. 24). V praxi sestra zažívá náročné situace a očekává se od ní, že je bude zvládat **odborně a lidsky**. A právě **lidský vztah je podstatný prvek** přináležející této profesi (Kopřiva, 2000, s. 14).

### **1.3 Léčit a pečovat z pohledu etiky**

Pokud bychom chtěli vyjádřit rozdíl mezi lékařskou etikou a etikou ošetrovatelství, budeme vycházet právě ze slov **léčit a pečovat** (Šimek, 2016, s. 74).

Lékařská etika má velice propracovanou koncepci a sahá až do starověku. Příkladem může být Hippokratova přísaha ze čtvrtého století před našim letopočtem. Již v té době dbali lékaři o svou pověst. Etika byla součástí základní výuky lékařů. Rozvoj medicíny upozornil na nově vznikající mravní problémy a vyžadoval znovu definovat vztah mezi lékařem a pacientem. S radikálními proměnami medicíny, ve druhé polovině dvacátého století, přišel i postupný ústup s původní dominancí lékařů a sestra se stává plnoprávnou spolupracovnicí. **Lékařova úloha je převážně léčit** a k tomu patří i diagnostika onemocnění. **Sestra se o nemocného především stará, tedy o něho pečuje**. Právě sestra bývá klíčovou osobou při vytváření spolupráce mezi různými členy zdravotnického týmu. **Spolupráce členů týmu patří k principu pečování** (Kutnohorská, 2007, s. 40). Obě profese se značně překrývají. To potvrzuje, že **součástí práce lékaře je i péče**. Naopak i sestra, na základě klasifikace potřeb nemocného, **vytváří své vlastní diagnostické schéma** a zároveň se účastní i ostatních léčebných a diagnostických výkonů (Šimek, 2016, s. 74). Spolupráce lékaře a sestry je pro pohodu pacienta tedy velice důležitá (Kutnohorská, 2007, s. 40).

V lékařské etice můžeme vidět péči obzvláště v procesu rozhodovacím. Jednak při sestavování diagnózy, ale také i v následném nabídnutí postupu léčby. Při rozhodování lékař vychází z Hippokratovy přísahy, kdy se zavazuje rozhodovat a jednat v zájmu nemocného (**beneficence**) a také nemocného nepoškodit (**nonmaleficence**). K nim se později přidává respekt k autonomii nemocného a spravedlnost. Další kroky lékaře musí být tedy vždy v nejlepším zájmu nemocného a nemocný se podílí na spolurozhodování.

Samozřejmou součástí péče, která s léčbou přímo nesouvisí, je poskytnutí prostoru, kde naleznou pacienti klid. Čisté prostředí, jídlo, pití a také společnost lidí a útěchu. Všechny tyto prvky jsou samozřejmou součástí péče (Šimek, 2016, s. 74 - 75).

## 2 PÉČE JAKO VZTAH

Na základě toho, co se odehrává mezi dvěma lidmi, i mezi pacientem a lékařem, je možné zjišťovat a popisovat co dělá jeden a co dělá druhý aktér. Tato vzájemná činnost je nazývána vzájemnou **interakcí**. V pozadí, v duši každého z partnerů je tato situace mnohem složitější a je třeba ji věnovat hlubší pozornost. Termín partner je zde použit k původnímu označení dvou osob. Slovo partner je odvozeno od latinského slova **pars**, které vyznačuje **část celku** (Křivohlavý, 2002, s. 59).

Podle Martina Bubera je vzájemný vztah rozdělován a významně oddělován. Svět je pro člověka dvojitý, jelikož i jeho postoj je dvojitý. Jedním základním pojmem je dvojice slov Já-Ty a druhým základním slovem dvojice Já-Ono, přičemž Ono lze říci jako On, nebo Ona. Slovo Já-Ty můžeme říkat celou bytostí, avšak slovo Já-Ono, nelze nikdy říkat celou bytostí (Buber, 1969, s. 7). Slovem Já-Ty je odehráván vztah v prostoru vzájemné lásky. V tomto vztahu se odevzdáváme a zároveň ho přijímáme. Vztah Já-Ono se odehrává na základě zpředměťování, využívání a manipulace (Lukavec, 2016, s. 126). „*Všechn skutečný život je setkáním.*“ Moje „Ty“ na mne působí jako já na ně a náš vztah je vzájemností (Buber, 1969, s. 13 - 17). U všech pomáhajících profesí hraje vztah hlavní roli a **vztah mezi zdravotníkem a pacientem má být v rovině Já a Ty a nikoliv Já a Ono**.

Některé vztahy trvají krátce. Jiné mohou trvat dny, měsíce, či dokonce roky. Vztah mezi pacientem a sestrou se stává jedinečným. Pro každého z nich se může stát také obohacujícím a žádný z těchto vztahů **se neobejde bez komunikace, na které stojí základ profesionální péče sestry**. Komunikace by měla být vždy vedena tak, aby měl pacient pocit, že je středem ošetrovatelské péče. Počáteční fáze mezi pacientem a sestrou by měla směřovat k porozumění a pomoci. Soustředný zájem sester o pacienta je také nazýván **profesionální blízkost**. Nejen tato blízkost, ale i bezpečné a vstřícné prostředí, by měly pacientovi pomoci k lepšímu porozumění svých problémů, potřeb a reakcí (Mareš a kol., 2016, s. 79). V ošetrovatelství existuje pojem **vztahová péče**. Tato péče je postavena na klíčovém vztahu mezi sestrou a příjemcem péče, kdy sestra vykonává péči na základě požadavků jedince (Špirudová, 2015, s. 63). J. E. Travelbee pojímá mezilidský vztah jako **zážitek**, či soustavu zážitků mezi sestrou a příjemcem péče, kdy péči vykonává sestra na základě požadavků jedinců. Toto vztahové propojení nazvala „vzájemné porozumění.“ Rozdíl vztahu člověka k člověku mezi vztahem pacient a sestra je podle J. E. Travelbee pravděpodobně skrze

**individuální vztah** (Stasková, 2015, 116 - 117). Nejen mezi sestrou a pacientem se utváří vztah, nýbrž také mezi pacientem a lékařem. Utváří se určitá kvalita vztahu, takzvaného raportu. V psychologii a psychoterapii tento pojem vyjadřuje určité psychické přiblížení dvou partnerů. Aniž by pacient o této potřebě přiblížení s lékařem hovořil, přeje si ji a tuto určitou sociální oporu vítá (Křivohlavý, 202, s. 66).

## **2.1 Terapeutický vztah**

Jak již bylo zmíněno, v pomáhajících profesích hraje vztah významnou roli. O tomto vztahu se hovoří také jako o **vztahu pomáhajícím**, který je v literatuře uveden pod obdobným názvem **vztah terapeutický** a je základem celého spektra péče. Od období nemoci, přes fázi uzdravování, v době zotavovací, ale i v plném zdraví. Dle C. R. Rogerse patří mezi základní principy terapeutického vztahu: **respekt, autentičnost, aktivní naslouchání, důvěra a diskrétnost** a to bez ohledu na délku kontaktu pomáhajícího a nemocného.

**Respekt** se dá také vysvětlit jako bezpodmínečné kladné přijetí, které by nás mělo směřovat k přijetí přesvědčení jiné osoby i přes své osobní pocity. Každý pacient vyžaduje respekt a uznání jako jedinečná lidská bytost. Sestra by měla brát v úvahu veškeré pacientovi pocity, přesvědčení a hodnoty. Měla by s ním pracovat tak, aby bylo dosaženo stanovených ošetrovatelských cílů péče (Mareš a kolektiv, 2016, s. 80).

Druhým principem je **opravdovost**, kongruence nebo také ryzost. Základem ryzosti je uvědomění si vlastních pocitů a naučit se s nimi pracovat. Je to velice těžký princip, obzvláště pro mladé a začínající sestry. Pacienti jsou různí a některé jejich hodnoty a chování je těžké pochopit. Naší autenticitou umožníme začlenění lidskosti a opravdovosti do ošetrovatelské péče. Projevem lidskosti může být zájem, který pacientovi během péče věnujeme. Například pokud se jej zeptáme na jeho děti, zda chová nějaká zvířata, či má jiné zájmy. Projevem lidskosti v terapeutickém vztahu je i umění sdílení svých pocitů a to umění se zasmát, když pacient vypráví vtip, nebo naopak vyjádřit soustrast, pokud rodina truchlí pro ztrátu svého bližního (Mareš a kolektiv, 2016, s. 80 – 81).

Třetím principem terapeutického vztahu je **empatie**. V ošetrovatelské péči je empatie považována za schopnost směřující k porozumění vnitřních prožitků a perspektivám pacienta. Je propojena s uměním dávat najevo soucitnou péči. Předpokládá se, že sestra je schopná být empatickou a tím dosahuje vyšší úrovně prosociálního chování. S prosociálním chováním je často spojován altruismus, sympatie, soucit a také již zmiňovaná empatie. Charakter altruismu je zaměřen na nesobecký vztah, který může mít sebezničující, nebo

sebeoslabující projev, ve prospěch pacienta. Toto chování sester může vést k naprostému vyčerpání sestry a následně k syndromu vyhoření. S velice podobným negativním rizikem se můžeme setkat u soucitu (Mareš a kolektiv, 2016, s. 81). Při soucitu ztrácíme své hranice a s druhým se ztotožňujeme. Zároveň můžeme být zaplaveni úzkostí, lítostí nebo pobouřením. Pacient potřebuje, abychom mu rozuměli. Nikoliv, abychom byli vychýleni ze svého těžiště. Pokud sestra bere záležitosti pacienta příliš vážně, jedná se o takzvané splývání. Ve chvíli, kdy sestra „**potřebuje**“, aby ji pacient potřeboval, proto, aby se necítila sama, jedná se o splývání (Kopřiva, 1997, s. 79). Rozvoj vnímání je často prvním krokem k následnému rozvíjení empatického reagování (Tolan, 2006, s. 34). Empatie a soucit je dle Joyce Travelbee nezbytnou součástí k vytvoření mezilidského vztahu. Pojetí vztahu pacient a sestra se podle Travelbee vyvíjí pravděpodobně díky **individuálnímu vztahu** (Stasková, 2015, 116). K tomu, abychom pacienta pochopili, není však nutné se pacientovi úplně odevzdat. Empatii můžeme nazvat jako intelektuální chápání emočního stavu pacienta. Umožňuje sestře se domnívat, jak bude pacient asi reagovat a díky tomu může volit způsob efektivní komunikace. Posledním nezmíněným pojmem prosociálního chování je sympatie, kterou můžeme chápat jako určitou citovou náklonnost, či pozitivní vztah. Základ se pojímá v pochopení emočního stavu pacienta a má velice blízko k empatii (Mareš a kolektiv, 2016, s. 81 – 82).

Umět pacientovi **aktivně naslouchat** patří do základních komunikačních dovedností sestry. Naučit se jej dá, ale pouze praxí (Mareš a kolektiv, 2016, s. 82). Pro někoho je velice snadné, pro druhého naopak výrazně obtížné. Jedná se o aktivní proces, nikoliv o pohodlné pasivní mlčení. (Kopřiva, 1997, s. 112). Posluchač se musí soustředit a musí usilovat o oční kontakt, který slouží k ujištění, že posluchač opravdu poslouchá (Kutnohorská, 2007, s. 46). V běžném životě se moc často neseťkáváme s tím, že by nám někdo delší dobu naslouchal. Spíše se ale setkáváme s tím, že si často lidé výroky druhých automaticky zařazují do určitých schémat. Výrokům určují významy, které jsou pro ně typické, nikoliv však pro nás a tím náš vnitřní svět neberou v potaz (Kopřiva, 1997, s. 112).

Vnější svět kolem nás je jeden pro všechny. Ten se ale v každém z nás zrcadlí jinak. Je jedinečný. Každý pacient se kterým pracujeme, prožil, nebo prožívá určitou situaci a my nemůžeme vědět, co pro něho znamená, i když jsme se s tou samou situací setkali na základě jiných pacientů. Nemůžeme vědět, jaký obraz životní situace si pacient uvnitř namaloval. Pokud se chceme s pacientem dorozumět, musíme nejprve vzít vnitřní svět druhého v úvahu. Musíme ho pochopit zevnitř, ale to neznamená, že se s ním musí ztotožnit (Kopřiva, 1997,

s. 30 – 31). Sestře pomáhá naslouchání k sociální percepci. Aktivní naslouchání je v péči o pacienty naprosto nepostradatelné a je základním stavebním kamenem terapeutického vztahu. Terapeutický vztah znamená také vyhýbat se konfliktům, navazovat a udržovat interakci, racionálně se rozhodovat a ovlivňovat jednání, chování a postoje pacienta (Mareš a kolektiv, 2016, s. 82).

Podstatou a předpokladem všech kvalitních mezilidských vztahů je **důvěra**. Jedná se o nikdy nekončící proces. Pacient je vždy ve zranitelném postavení, a proto je velice důležité, aby vznikla mezi ním a zdravotníky důvěra. Aby se mohl usnadnit celý tento proces důvěry, je třeba pacientovi naslouchat a respektovat jeho osobnost, být důsledný a upřímný, dostávat svých slibů a brát pacienta takového, jaký je. Poskytovat pacientovi péči, jak zdravotní, tak ošetřovatelskou, bez vzájemné důvěry je nemyslitelné. Důvěra se často prolíná s **diskrétností**, kdy nám pacient svěřuje osobní a velice často intimní informace. Pacient je přesvědčen, že vše, co zdravotníkovi sdělil, bude utajeno a že má etickou a zákonnou povinnost zachovávat mlčenlivost, s výjimkou zvláštních situací, které blíže uvádí zákon. Ke sdělování důvěrných informací volí zdravotník vždy dostatečné soukromí. Pokud poruší zdravotník mlčenlivost, je sankcionován, dle závažnosti následků (Mareš a kolektiv, 2016, s. 83).

## 2.2 Vztah jako odpovědnost dle E. Lévinase

Významným francouzským myslitelem minulého století, který vychází z přesvědčení, že k **základním zkušenostem člověka patří vztah**, je Emmanuel Lévinas (Heřmanová a kol., 2012, s. 60 – 61).

O etice Lévinas tvrdí, že není jen součástí filozofie, nýbrž je filozofií první. Zdroje Lévinasovy etiky nejsou pouze ve filozofii, ale například před druhou světovou válkou byla jeho tvorba ovlivněna Dostojevským. Lévinas více jak několikrát citoval Dostojevského: „*Každý z nás je především vším vinen a já ze všech nejvíc.*“

Tento několikrát parafrázovaný citát nás přesouvá přímo do nitra Lévinasovy etiky. Vztah mezi já a druhým je **etický vztah**, který je původnější nežli samo bytí. Tvář druhého je něco jako „prvním slovem“ a tím je spíše etickou výzvou, nežli slovem. Výzvou, která dále zavazuje. Tento **etický závazek** je vždy první ze strany subjektu. Vyplývající odpovědnost je podmínkou dalšího vyčleňování jedince, jeho vědomí, ale i podmínkou pro jeho svobodu. Dle Lévinase v tomto vztahu dominuje absolutní podřízenost subjektu vůči nekonečné a absolutní jinakosti druhého, která se zjevuje ve tváři a tou se vyvíjí asymetrický a



nereciproční etický vztah. Vztah, jehož smyslem je být jeden pro druhého. Tento vztah se děje vždy tváří v tvář a celá Lévinasova etika je v duchu myšlení před tváří druhého. Tvrdí, že ve své odpovědnosti k druhému jsme byli vyvoleni, nemohli jsme si ji nikterak zvolit (Tatranský, 2002, s. 140). V jeho textech bychom se také mohli shledat s pojmy vraždy a zabití. Upozorňuje tak na zranitelnost a neovladatelnost tváře, ale také celého člověka, která provokuje k chuti zabít, i když víme, že zabíjení není správné a onu neovladatelnost neřeší. Je zde také určitá pokora, kterou spatřujeme ve tváři druhého.

Pokud bychom si celou situaci převedli na situaci léčení bez souhlasu nemocného, které bychom mohli brát jako určité poškození, jelikož konáme proti vůli druhého, stane se, že druhého sice nezabijeme, ale **zpředmětníme ho**. Druhý již **není volající subjekt**, nýbrž **objekt** našich činů (Kolektiv autorů, 2012, s. 62). Podle E. Lévinase jsme všichni za vše odpovědní a nezastupitelní. Naše odpovědnost tak předchází egoismu i altruismu. Této odpovědnosti se nelze nikdy zbavit. Jsme takzvaně předvoláni druhým a pro druhého (Tatranský, 2002, s. 142). Čtení Lévinasovy etiky je náročné a vyžaduje filozofické vzdělání, proto o Lévinasových dílech není zmíněno na základě jeho originálních děl, ale pouze prostřednictvím jiných autorů.

Lékař se může denně ocitat v situacích, kdy si uvědomuje onu odpovědnost za pacienta, ale zároveň si je vědom, že není vždy schopen této odpovědnosti dostát. Lévinasovo pojetí, vzhledem k tomu, že vymezuje zdroje a meze odpovědnosti lékařů, by mohlo pomoci zdravotníkům v jejich morální nejistotě (Heřmanová a kol., 2012, s. 62).

### 3 PÉČE JAKO INTERVENCE ZDRAVOTNÍKŮ

Součástí poskytování komplexní péče zdravotníků je také vykonávání určitých činností – zásahů, které se zaměřují na důležité fragmenty péče, které ji mohou ovlivnit. Stěžejní oblast v péči zdravotníků je spatřena v **zachování důstojnosti** pacienta na základě **pečujícího a psychologického přístupu**, pomocí efektivní **komunikace** a **humoru**, které povedou k dostatečné **informovanosti** a **uspokojování** všech **potřeb** pacienta. Jednotlivé oblasti jsou blíže rozvedeny v následujících podkapitolách.

#### 3.1 Důstojnost v péči o pacienta

Důstojnost je univerzální lidskou záležitostí. Ovšem o tom, co je lidská důstojnost doopravdy, se většinou přesvědčíme až tehdy, když je pošlapána. (Kolektiv autorů, 2012, s. 71). Důstojnost je součástí základních hodnot lidské existence (Kalvach, 2011, 52). Podle Marcuse Tulliusa Cicera je důstojnost pokládána za autoritu osoby a zaslouží si vynikající vlastnosti dotyčné osoby. Zároveň počítá s určitou důstojností každého člověka a také s lidskou vzájemností. Imanuel **Kant** hodnotí **důstojnost jako respekt**, který má on sám k ostatním, nebo který mohou ostatní vyžadovat od něho. Upozorňuje, že není pouze cenou tržní. Důstojnost lze považovat **za úctu**, která **vyžaduje vnitřní hodnotu člověku vlastní** (Ptáček a kolektiv, 2011, s. 51 – 52). Idea lidské důstojnosti není snadná (Kolektiv autorů, 2012, s. 71). Co se týče důstojnosti, je dobré si uvědomit, že se jedná o záležitost uvnitř nemocného, ale také uvnitř těch, kteří o pacienta pečují. V praxi je převážně důležité se zaměřit na prožívání důstojnosti pacientů a na její ztrátu. Například **stud**. Pacient je v cizím prostředí, kde je nucen sdílet své intimní oblasti s cizími lidmi. Příkladem může být svlékání, umývání, používání podložní mísy, či davy studentů, pro které je pacient často viděn jen jako objekt studia. **Nemocniční rutina umožňuje pacientovi vnímat toto jednání jako ponižující**. Při uvědomění si vlastního onemocnění dochází také často ke znehodnocení sebe sama. Dochází k uvědomění si nemohoucnosti, změny vzhledu, své smrtelnosti a to vše vede k pocitu viny. **Pacient je člověk v nouzi**. Ve **stavu zranitelnosti**. Bývá vystrašený, úzkostný a nešťastný. Není schopen si sám pomoci. To, co mu pomůže nejvíce je lidská přítomnost a ocenění někým, kdo s ním cítí. Pacient **je závislý na ostatních** a často je pod vlivem léků, které znemožňují autonomní rozhodování. Chovat se důstojně znamená také se chovat nearogantně, rovněž nebýt pyšný a nadměrně sebevědomý. K určitým projevům nedůstojného ponižování může také vést **lhostejnost, nezáměr a nevhodnost projevu**

(Ptáček a kolektiv, 2011, s. 55 – 57). Důraz na důstojnost je ze strany zdravotníků mimořádný. V rovině lidské důstojnosti si jsou pacienti a zdravotníci rovni (Kutnohorská, 2007, s. 51). Důstojnost je nutné chránit a rozvíjet ji. Cílevědomý proces, který vede k obnově a **posílení pacientovi důstojnosti** se nazývá **dignitogeneze**. Je obdobou termínu salutogeneze, který vede k posílení zdraví. Víra a důvěra v pacienta se prokázala jako významný nástroj dignitogeneze. **Pozitivní očekávání posiluje naději, motivaci a důvěru pacienta, ale i jeho rodiny** (Kalvach, 2011, s. 55).

Je třeba, abychom si prohloubili v tomto směru znalosti a byli schopni důstojně hájit každého jakkoliv nemohoucího a ubohého (Ptáček a kolektiv, 2011, s. 51). Respektovat a chránit lidská práva, obzvláště důstojnost, vychází ze základních etických povinností sestry (Kutnohorská, 2007, s. 51). Přístup zdravotníků se mění z přístupu paternalistického na partnerský. Pacienta bychom měli vnímat jako **rovnoprávného partnera** a zákon o zdravotních službách, jehož součástí jsou i práva pacientů, o tom vypovídá. Někteří pacienti však nechtějí svých práv využívat a paternalistický přístup by jim vyhovoval dál (Prudil, 2017, s. 17). **Důstojné chování je součástí pečujícího přístupu zdravotníků**. Tento přístup je významným prvkem v intervenci zdravotníků a je více přiblížen v následující podkapitole.

### **3.2 Pečující přístup zdravotníků**

Pečující přístup zdravotníků je **významný prvek v intervenci zdravotníků směřující ke komplexní péči**. Tento přístup by měl být především přemýšlivý a zdravotníci by si měli uvědomit všechny souvislosti. Měli by se bránit emocionální únavě, profesionální opotřebovanosti a určité deformaci, které mají za následek neúměrné zjednodušení pohledu na nemocného a také na jeho potřeby. Lékař i sestra by měli přistupovat k pacientovi s **taktem a trpělivostí**, jen tak navážeme s pacientem dostatečně prostorný vztah a tím umožníme vyvinout podmínky pro komunikaci. Všichni jsme totiž výtvarníci přívětivého klima, které je velice zásadní pro celý diagnostický, ale převážně léčebný proces (Ptáček, 2011, s. 90).

Ve svém okolí, v ordinaci, ale ani nikde v přírodě nenajdeme samotnou nemoc, nebo stonání. Můžeme naleznout pouze nemocného člověka, pacienta, nikoliv však nemoc. To je významné si uvědomit. Protože ve chvíli uvědomění si této skutečnosti, začneme být schopni rozlišovat **přístup, který je zaměřen na pacienta**, jako na **subjekt našeho zájmu**, nikoliv pouze na jeho potíže (Honzák, 1997, s. 34 – 35). Lékař nenavozuje pozitivní prostředí pouze slovy. Studie dokazují, že kladný **emocionální stav** lékaře je pro pacienta též velice důležitý

(Křivohlavý, 2002, s. 77). Pokud je v pečujícím přístupu znatelný podporující postoj zdravotníka, jedná se o psychologický přístup, který má svá specifika.

### 3.2.1 Psychologický přístup zdravotníků

Psychologický přístup by měl být úplným základem komplexní péče a celého diagnosticko-terapeutického procesu. V první řadě je dobré si **uvědomit rozdíly** pacienta, jak už věkové, tak rozdíly v onemocnění a dle toho k němu specificky přistupovat (Zacharová, 2007, s. 94). Podstatou psychologického přístupu je podpurný postoj s pozitivní vazbou a cílem **porozumět individualitě pacienta** a jeho osobnosti (Raudenská, 2011, s. 81).

Psychologické intervence usilují o změnu chování pacienta k vlastnímu zdraví, mají pomoci zvládat obtížné situace a zaměřují se na konkrétní příznaky pacientova onemocnění (Ayers a kolektiv, 2015, s. 479). Celý **psychologický přístup je záležitost vzájemnosti**. Jeden druhého musí přijmout a musí o sobě vědět. Navzájem jsme ovlivněni svou přítomností. Kontakt však nebudeme prožívat, pokud si nedáme vědět, že o sobě víme (Tolan, 2006, s. 118).

Péče sester by se měla v každodenním chování odrážet v takzvaném **produktivním chování**, které může být pojímáno také jako druh psychoterapeutického přístupu. Sestra se v tomto chování opírá o základní jednotu člověka, jako o bio-psycho-sociální bytost a tím poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči. V tomto pojetí sestra o nemocného pečuje na základě určitých pravidel. Pacienta po přijetí uvede do prostředí, poté mu vše vysvětlí a ukáže. Snaží se u pacienta redukovat pocit strachu, úzkosti, studu a beznaděje (Zacharová, 2007, s. 70). Úzkost je velice nelibým prožitkem, který obsahuje prvky strachu a další prvky ustrašeného očekávání z budoucnosti. Tento úzkostný pohled takzvaně demobilizuje veškeré schopnosti nemocného řešit i naprosto banální situace (Honzák, 1995, s. 23). V nemocnici na oddělení prožívá člověk také často osamění, i když tam není doslova sám. Jedná se převážně o opuštěnost od svých bližních. V nemocnici je obklopen samými cizími lidmi. Není schopen pohybu z lůžka, ale i jiné sociální komunikace. Výrazná izolovanost delšího typu bývá převážně na gerontologických odděleních, oddělení následné péče nebo na interních odděleních (Kalvach, 2011, s. 41).

**Sestra by měla být ochotná všechny záporné prožitky pacienta odstranit**. Měla by nemocného varovat a upozorňovat ho ve vztahu k pozitivním cílům nemoci. Velice pozitivním prvkem produktivního chování je **zájem, vcítění, náklonnost a projev sympatií**. Sestra by měla pacienta **podporovat a pomoci** mu od nejistoty, dodávat odvalu

a nemocného **aktivovat**. Mělo by se stát každodenním pravidlem udržovat kontakt s pacientem a vyměňovat si vzájemně informace o tom, jak se pacientovi daří. Dobré je se zaměřit na **optimisticky laděnou vlnu** se smyslem pro humor. Významně působí umění **naslouchání** a **ocenění** snahy pacienta. Pochvala za úsilí je pro pacienta malým dárkem (Zacharová, 2007, s. 70).

Co se týče lékaře, je velice důležité hned v úvodu nastavit klidnou atmosféru, která pacienta umožní přijmout. Pacienta povzbudí k tomu, aby svobodně sdělil, co ho trápí. **Lékař se zájmem zkoumá pacientův problém**. Svým přístupem pacientovi dává prostor k ujasnění příčin, které ho přivedly, a také mu napomáhá zvládnout problémy. Snaží se mu blíže **vysvětlit problematiku** režimových opatření a všeho, co se nemoci týče pro zlepšení jeho zdraví (Honzák, 1997, s. 13). Dalo by se říci, že všeobecným cílem by měla být **výchova** pacienta k dospělému a odpovědnému přístupu ke své chorobě (Balint, 1998, s. 206). Profesionální přístup je součástí péče a neměl by tedy postrádat informování se o pacientově subjektivním pojetí choroby (Vachková, 2011, s. 97). Pokud jde o pacienta polymorbidního, je dobré pacientovi vysvětlit určité spojitosti mezi všemi jeho nemocemi. Pacient by měl mít povědomí o všech svých nemocech, ne jen o té, která ho trápí aktuálně (Zacharová, 2007, s. 96).

### 3.2.2 Humor jako pečující taktika

*„V medicíně není moc legrace, ale v legraci je spousta medicíny.“ (Josh Billings)*

Pojem taktika má význam určitého způsobu v boji, nebo to může být umění s využitím určitých prostředků k dosažení cíle. Na rozdíl od strategie nejsou v taktice důležité velké kroky, ba naopak. Humor je **významnou taktikou v pozitivním vlivu na psychiku pacienta**. Druh humoru by měl být zvolen dle pacienta, který mu je blízký. Podle Svatošové je nejlepším lékem na špatnou náladu a smutek. Někdy postačí maličko se usmát a pronést vlídné slovo (Křivohlavý, 2002, s. 104). S. M. Sultanoff rozeznává smích, jako tělesnou reakci, veselí, jako emoční reakci a humor jako reakci intelektu a rozumu. Všechny typy reakcí spolu úzce souvisí a jedna může evokovat druhou. Bylo prokázáno, že díky smíchu jsou lidé odolnější vůči stresu a zátěžovým situacím. Smích nám pomáhá v jakési pružnosti dívat se na věci jinými očima (Nešpor, 2017, s. 28). Humor vytváří z vážné situace snesitelnou (Kosová a kol., 2014, s. 10). U chronicky nemocných s bolestmi je smích doporučován jako pomocná léčba. Smích všeobecně navozuje pocity libosti a mírní hněv, úzkost, ale i depresi. Pozitivně ovlivňuje sebedůvěru a pocit ve zvládnutí situace. Umí

uvolnit nahromaděné napětí. Se smíchem dokážeme vnímat své problémy s nadhledem. Díky nemoci by člověk o humor neměl přijít, ba naopak by měl pomoci (Nešpor, 2017, s. 54 – 56).

Humor a smích je taktikou psychologického a pečujícího přístupu zdravotníků a je také nedílnou součástí komunikace, kterou příjemně obohacuje. Komunikace tvoří samostatnou podkapitolu, bez komunikace by totiž ani ke vzájemné interakci mezi zdravotníkem a pacientem nemohlo dojít.

### **3.3 Komunikace jako nedílná součást péče**

*„Slovo je lék. Ne však každé slovo, ale příhodné slovo v příhodný čas. Jsou i nepříhodná slova, která mají toxický účinek. A též slova, která měla být řečena, ale řečena nebyla.“*

*(L. Scharfenberg)*

Komunikace obecně znamená sdělovat informaci od někoho, někomu (Kalvach, 2011, s. 43). Kvalitní ošetrovatelská péče je bez vzájemné komunikace nerealizovatelná (Zacharová, 2016, s. 97). Dle J. E. Travelbee je komunikace klíčový prostředek, díky kterému se vytvoří žádoucí vztah mezi sestrou a pacientem (Stasková, 2016, 115). Právě **komunikační dovednost sestry dělá z péče průměrné, péči vynikající** (Mareš a kolektiv, 2016, s. 79).

Tuto dovednost **lze rozvíjet** kdykoliv v životě člověka (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 11). Komunikace je často označována nástrojem k uspokojování potřeb pacienta (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 21). K pochopení celé situace může komunikace sloužit jako nástroj preventivní (Burda, 2014, s. 40). **Kvalita komunikace odráží pacientovu spokojenost a také účinnost léčby.** Má nemalý vliv na utvoření důvěry k lékaři, ale i na následné zapamatování informací, které pacientovi lékař sdělil (Ptáček, 2011, s. 59). Komunikace je rozdělována na verbální a neverbální. **Pečující verbální projev neznamená jen správně zvolená slova, ale je také doplněn takzvanými paraligvistickými prostředky,** které doprovází řečové vyjádření. Jako například hlasitost, rychlost, ale i umění mlčení. Měli bychom umět načasovat rozhovor a styl rozhovoru přizpůsobit věku, nebo reakcím nemocného. Ve chvíli, kdy pacient sestře sděluje svá trápení, přání a potřeby, sestra mu má naslouchat a může pacienta v jeho sdělení podpořit (Venglářová, Mahrová, 2006, 23 – 25). Právě důležitým prvkem verbálního projevu směřujícího k péči je vzájemná reakce. Ta vychází z rozhovoru obousměrného, nikoliv jednosměrného (Venglářová, Mahrová, 2006, 19). Vzájemná reakce může být jinak vyjádřena zpětnou vazbou a udržuje v komunikaci rovnováhu (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 17).

**Umění v komunikaci není jen mluvit, ale také umět naslouchat**, avšak víme, že umění naslouchat nedosahuje vrcholných hodnot lékařských dovedností. Lékař je profesionál ve svém oboru a o něm také umí mluvit svou řečí. Je významné si uvědomit, že tato jeho řeč je odlišná od té, kterou hovoří pacient. Další odlišnost, která se ke komunikaci s pacientem vztahuje je přizpůsobení hovoru dle věku, vzdělání a onemocnění pacienta. Během komunikace je dobré neskouznout k takzvané depersonalizaci, kdy bychom ztráceli úctu k nemocnému (Křivohlavý, 2002, s. 74 – 75). Záleží také, jaký druh rozhovoru s pacientem vedeme, zda je terapeutický, informativní, či edukační a dle toho se řídit. Vždy by měl být veden **nedirektivně**. Se známkami povzbuzení, podpory, bez převahy nad nemocným. Významným prvkem v komunikaci je empatie, která nám pomůže lépe pochopit pacienta a poté zvolit vhodný způsob komunikace (Venglářová, Mahrová, 2006, 27 – 33). Psychologické studie potvrdily, že umění hovořit je hlavní faktor, který je spojován s opravdovým **zájem o pacienta a lidštějším chováním**. V rámci nácviku komunikačních dovedností byla pravidla slušného chování základním stavebním kamenem komunikace. Ty vyžadují používání jmen, popřípadě příjmení, nikoliv obecných označení. Doprovází je i prostor k potřebám nemocného a podání ruky. Měli bychom nemocnému umožnit, aby si měl kam odložit své věci a měli bychom chránit jeho soukromí před pohledy ostatních pacientů. V závěru našeho shledání přichází v povinnost slušné rozloučení s pacientem, kdy bychom ho měli oslovit jeho jménem (Křivohlavý, 2002, s. 78).

V komunikaci s chronicky nemocnými je pečujícím prvkem **motivace**, obzvláště od lékařů. Je důležité, aby i za malý pokrok byl pacient pochválen. Nejlépe je stavět pochvalu hned v začátku rozhovoru. Podobné je to se zákazy, které jsou směřovány k nemocnému. Jsou spojeny s dětským přístupem trucovitosti a dotýkají se jeho kvality života. Zde věnujeme péči vysvětlení důležitosti zásad pozitivního přístupu (Honzák, 1997, s. 47 – 48). Na verbální komunikaci velice úzce navazuje komunikace neverbální. Ta ji může nejen zvýraznit a měnit její význam, ale také ji úplně nahradit. Podle literatury je pouze 7% informací sděleno verbálně. **Neverbálním projevům** je možno porozumět pouze v situačním kontextu (Příbyl, 2015, s. 44). Patří mezi ně výraz obličeje, vzájemná vzdálenost, doteky, fyzický postoj, pohyby a gesta (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 40). Tato komunikace probíhá často nevědomě a takto jednající člověk většinou nelže. V komunikaci zdravotníků s pacientem je nutný soulad verbálních a neverbálních projevů, aby nebyly narušeny vztahy a důvěra (Příbyl, 2015, s. 44).

V praxi se objevují pacienti, kteří nevyžadují žádné informace, nebo jen minimální. Mohou to být například lidé s omezeným vzděláním nebo rozhledem a senioři. V daleko větší míře je tomu ale naopak. **Pacienti mají o informace velký zájem a vyžadují je.** K tomu, aby komunikace vznikla a mohla dále probíhat, musí zdravotníci chtít komunikovat, musí umět komunikovat a třetí požadavek je, aby vůbec mohli komunikovat. Úloha sestry v tomto směru je působit na pacienta převážně optimisticky a povzbuzovat jej (Zacharová, 2016, s. 96 – 101).

Pacienti během komunikace vykazují zájem o různé informace, ale ve chvíli, kdy člověk onemocní, stane se z něho pacient a hlavní informací, která ho zajímá je **informace o jeho diagnóze a následné prognóze.** Mnohdy je toto sdělení doprovázeno dlouhým čekáním, což celou situaci nikterak nezlehčuje. Sdělování závažných diagnóz je někdy velmi těžké, ale pacient má i na tuto informaci právo. Následující podkapitola se sdělování závažných informací věnuje podrobněji.

### **3.3.1 Sdělování informací – pravda na nemocničním lůžku**

Sdělování diagnózy pacientům by nemělo být ze strany lékaře zamlžováno. Dle etických kodexů má pacient výhradní právo na pravdivé informace, ale vždy takové jaké unese. Na to pamatuje i legislativa, kde je v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách v § 32 ukotveno tzv. terapeutické privilegium (Zákon č. 372/2011 Sb.). Umožňuje lékaři zadržet (nikoliv však zamlčet) v nezbytně nutném rozsahu a po nezbytně nutnou dobu informace o nepříznivé diagnóze či prognóze. Nelze tak ale učinit, pokud si pacient tyto informace výslovně žádá. Rodina, jakož to blízcí příbuzní, jsou myšleny jako třetí strana a i pro ně platí lékařská mlčenlivost. Poskytnout jednoznačné doporučení, pro sdělování nepříjemných zpráv, nebude nikdy možné. Informaci o tom, kdy přesně a za jak dlouho bude pacient vyléčen, si lékař nesmí dovolit vyřknout (Kutnohorská, 2007, s. 65, Zákon č. 372/2011 Sb.). Poznat svou diagnózu je prvořadým zájmem pacienta. **Pokud na ni čeká dlouho, nebo se vyšetřování neustále protahuje, má to negativní dopad v jeho psychice.** Každé zdržení je posuzováno jako negativní známka. V takovéto situaci se někdy lékař snaží pacienta uspokojit náhradní diagnózou, takzvaně diagnózou předběžnou. Například pacientovi sdělí, že se jedná o diagnózu funkčního typu, neurózu a podobně. To pacientovi stejně nic neříká, ba naopak. To samé platí u výroku, že výsledky jsou negativní. Takto vyjádřený termín bývá často pochopen špatně. Pacient nepochopí, že nemoc není prokázána. Slovo negativní si spíše spojí s něčím záporným. **Způsob** pro sdělení diagnózy by měl být přiměřený chápání a věku pacienta a neměl by být použit lékařský žargon. Poté, co je sdělena diagnóza, nastane



pro pacienta chvíle pravdy a to nebývá lehké (Křivohlavý, 2002, s. 73 – 74). Na prostředí, kde je diagnóza sdělena, velice záleží. Každý rozhovor by měl proběhnout v intimním prostředí. Pokud se jedná o závažný charakter, měl by být uskutečněn v prostorách, které nejsou přeplněny léky, přístroji a alespoň vzdáleně připomíná útulný pokoj. Sdělení pravdivé diagnózy, nebo jakýkoliv jiný závažný rozhovor by neměl probíhat při vizitě. Během rozhovoru by neměl být lékař ostatními zdravotníky rušen. Pokud je informace sdělována u lůžka, **je nezbytné vytvořit dostatečné soukromí a intimity pacienta**. Nevhodná doba pro poskytnutí takto závažné informace je pokládána za podvečer a večer (Kutnohorská, 2007, s. 67 – 68). Příkladem závažného charakteru může být **sdělování onkologické diagnózy**, která s sebou **přináší další specifika**.

Onkologická diagnóza je v povědomí lidí vnímána za špatnou zprávu a sama o sobě evokuje strach. Lékař si tento fakt uvědomuje a není to pro něho lehký úkol. Pokud by měly být informace sdělovány na nevhodném místě, je doporučováno pozvat pacienta raději na jindy. Je s výhodou, pacientovi umožnit, pokud si to přeje, aby u sdělování diagnózy byl někdo, kdo mu je blízký. Je to dokonce doporučováno. Blízký člověk se stane nejen psychickou oporou, ale také může převzít důležité informace, které má snahu pacient vytěsnit, jako následek šoku (Ptáček a kolektiv, 2011 s. 172). Vše **záleží na taktu a zkušenosti lékaře**. Na pacientovi otázky je třeba odpovědět, ale **je nutné mu ponechat naději** na zlepšení stavu, nebo alespoň nabídnout péči, která zmírní jeho utrpení. Elizabeth Kübel-Ross zjistila, že reakce umírajících jsou různé a vždy vycházejí z jejich zkušeností a osobnosti jedince, které obsahují určité zákonitosti. Přehledně tyto zákonitosti popsala v pěti fázích, kterými jsou negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření. Pacient se mezi těmito fázemi může různě pohybovat. Neznamená to, že pokud došel do stádia smíření, že opět nemůže přejít například ve smlouvání. Tyto fáze ovlivňují pacienta, ale i jeho rodinu. Etickým cílem sester a lékařů, ale i dalších nelékařských pracovníků, je dosáhnout přijetí neodvratitelné skutečnosti (Kutnohorská, 2007, s. 73 – 74).

### **3.4 Potřeby pacientů včetně specifík vybraných skupin**

Potřeby pacientů navazují na obsáhlou podkapitolu o komunikaci, jelikož právě komunikaci lze považovat za nástroj, díky kterému potřeby pacienta identifikujeme (Příbyl, 2015, s. 43). Uspokojování potřeb pacienta je základ profesionální ošetrovatelské péče (Mastiliaková, 2014, s. 23). V odborné literatuře je spojováno s kvalitou života. Všeobecně bychom mohli potřebu charakterizovat jako určitý **projev nedostatku, který je nutné odstranit** (Příbyl,

2015, s. 31). Je důležité si uvědomit, že každý člověk v určité situaci, potřebuje něco, avšak to, co potřebuje, chápeme každý velice často jinak (Kalvach, 2011, s. 31).

Uspokojování potřeb je základním kamenem **k udržení rovnováhy těla**, ale také v udržení určité harmonie mezi člověkem a okolím. Důležitou úlohu hraje vztah člověka k sobě samému, ale odrážejí se zde ve velké míře nároky prostředí na člověka. V tomto případě je významné si uvědomit, že uspokojování potřeb je výhradně záležitostí **individuální**. Univerzální potřebou je být někým, kdo se považuje za člověka a který má svou důstojnost a hodnotu. Na tomto základě se mu dostává očekávané pozornosti, úcty a ohledu od druhých lidí (Kalvach 2011, s. 33).

Arnold H. Maslow, který se zabýval speciálně problematikou motivace, tvrdil, že pokud nejsou potřeby v určitém stupni dostatečně upokojovány, nedojde k dalšímu vzestupnému kroku, což by znamenalo, že potřeby daného jedince musí být v určité úrovni hierarchie naprosto naplněny. Také ale tvrdil, že nespokojenost s nedostatečným upokojením potřeb může mít za následek určité přání, postoupit dál v pyramidě potřeb (Kalvach, 2011, s. 23).

Dělení potřeb je nejrůznější. Podle **důležitosti existence života** rozdělujeme lidské potřeby na nižší a vyšší. **Nižší**, takzvané primární potřeby jsou důležité pro naše přežití. Řadíme mezi ně i potřebu bezpečí. **Vyššími**, sekundárními potřebami jsou potřeby psychosociální. Tyto společenské potřeby získáváme během života. Jsou pro člověka velice důležité a jsou procesem dlouhodobým. Utvářejí osobnost a individualitu člověka. Holistickým pohledem potřeby dělíme na biologické, psychické, sociální a duchovní (Příbyl, 2015, s. 32).

Potřeby také mohou být děleny podle toho, zda jsou nemocí modifikovány, či nikoliv. Pacient v období nemoci potřebuje převážně **sociální kontakt**, který mu přinese pocit **porozumění, pochopení a pomoci**. Potřebuje zažívat pocit **bezpečí a jistoty**. Potřebuje **dostatek podnětů** v různých činnostech, ale především v pohybu. Nuda, kterou pacient během nemoci prožívá, může vést k nespokojenosti a konfliktům. V neposlední řadě pacient ve chvíli nemoci **trpí ztrátou životní perspektivy a potřebuje najít smysl života** (Zacharová, 2007, s. 23 – 25). Smysl života se mění podle období, ve kterém se lidé nachází. Potřeba smyslu života vychází z vlastního vztahu ke světu (Kosová a kol., 2014, s. 36). Pacienti se dostávají do situace, kdy nejsou schopni **transcendence**, tedy hlubšího pochopení života, jelikož jsou omezováni v hledání prožitku uspokojení, nemohou se realizovat, nemohou pomáhat ostatním, o kterých vědí, že by jejich pomoc potřebovali a nakonec se nemohou oddávat myšlenkám, které ho přesahují. Pokud pacient postrádá smysl

života, dostává se do **existenčního vakua** (Korbelářová, 2007, s. 30). Tím je **narušována stabilita** pacientovi **osobní identity**. Stabilní osobní identitou je myšleno uvědomění si, kým člověk je, jakož to individuum-jedinec. Tento proces je převážně procesem dlouhodobým a je třeba ho spatřovat jako skutečnost s vyhlídkou do budoucna, kterou mají pacienti velice narušenou, mnohdy i ohroženou. Následkem životních událostí dochází k **redefinování osobní identity** a může dojít i k jejímu zhroucení a nutnosti vybudování nové (Šubrt, 2008, s. 120). V této chvíli pacient často pociťuje **potřebu znovunabytí své autenticity**, vyjádřit sebe sama a uvědomit si vlastní perspektivu a plán do budoucna (Kalvach, 2011, s. 78). Baštecká (2005) poukázala na potřebu vlastní **sebeaktualizace**, která vede k naplnění všech schopností, za pomoci nejlepšího možného způsobu a na základě podmínek, ve kterých se vyskytuje.

Naše zdravotnictví má jeden vážný handicap a tím je, že se staráme převážně o potřeby tělesné a ty ostatní, jako by se nás netýkali. Pro to, abychom mohli **uspokojovat všechny potřeby pacienta**, musíme se naučit převážně týmové spolupráce. Definice zdraví vychází totiž z uspokojování všech okruhů potřeb (Svatošová, 2012, s. 21). Poskytovaná péče by měla usilovat ve smyslu uspokojování potřeb v **posílení vnitřních zdrojů**, aby pacient lépe zvládal průběh nemoci a také se na ni lépe adaptoval (Kalvach, 2011, s. 78).

Lidský život lze charakterizovat jako neustálý proces uspokojování různých potřeb. Potřeby vznikají na základě interakce organismu člověka a prostředí. Specifická potřeba je závislá zejména na charakteru nemoci a klientovi samotném, ale také na okolnostech (Zacharová, 2007, s. 22). Vybraným specifickým potřebám se více věnují následující dvě podkapitoly.

### **3.4.1 Specifické potřeby starých a křehkých pacientů**

Lidský život lze charakterizovat, jako neustálý proces uspokojování různých potřeb. Potřeby vznikají na základě interakce organismu člověka a prostředí. Specifická potřeba je závislá zejména na charakteru nemoci a klientovi samotném, ale také na okolnostech. **Lidské potřeby jsou spjaty s kvalitou života** a potřeby starých lidí o to zvlášť (Příbyl, 2015, s. 49). Senior je stále člověk a nestává se z něho žádný jiný živočišný druh (Příbyl, 2015, s. 85). Z psychologického hlediska je kvalita života spojována s jakousi osobní pohodou. Co se týče problematiky potřeb seniorů, je důležitá nejprve jejich identifikace. Jak v názorech laických, tak ale stále ještě i mezi zdravotníky bývá časté stereotypní vnímání potřeb seniorů. To, co se u starých lidí mění, je subjektivní význam stanovených priorit a uspokojování potřeb. U seniora klesá potřeba nových předmětů a je méně ochotný tolerovat změny. Nepotřebuje již

tolik stimulovat, ba naopak ho mohou unavovat a zbytečně dráždit. Schopnost učení je také snížena, ale tím není myšleno, že by se staří lidé neměli vzdělávat vůbec. Důležité je respektovat jejich tempo. Mohou se také bránit seberealizaci. Za to může jejich zhoršená schopnost soběstačnosti. Tuto potřebu si rádi uspokojují pouze symbolicky a to vzpomínkami. Naopak zvýšenou potřebou u seniorů je pocit bezpečí a citová jistota. Bývají úzkostní strachem z opuštěnosti a ze smrti. Často se rádi angažují a stávají se potřebnými a prospěšnými. Kladou důraz na materiální a ekonomické zajištění. Domov je pro seniora významným místem kde cítí, že je má někdo rád a že oni mohou mít někoho rádi (Příbyl, 2015, s. 49 – 50).

### **3.4.2 Specifické potřeby onkologicky nemocných**

Onkologicky nemocní zažívají ve spojení s nemocí značnou psychickou zátěž. Proto je na místě začlenit po komplexní péči i sociální a psychickou podporu, kterou potřebují ze všeho nejvíce. Pacientovi se snažíme pomoci redukovat strach z léčby a izolace, popřípadě mu zprostředkovat možnost návštěv. Snažíme se naslouchat a pomáhat mu s vyjasněním jeho myšlenek (Chrdlová, 2012, s. 60).

Na obecné rovině hovoříme ale stále o nutnosti uspokojování všech čtyřech dimenzí potřeb. **Ve své důležitosti nabývají potřeby spirituální,** které byly do nedávné doby spíše tabu a to z toho důvodu, že se zdravotníci domnívali, že jde o potřeby věřících (Bužgová, 2015, s. 190 – 191). Ono je tomu téměř naopak. Nezpochybňujeme duchovní potřeby věřících. Oni je mají a vědí, co mají dělat a umí se podle toho dále zařídit. **Nevěřící člověk ve chvíli onemocnění těžkou nemocí hledá smysl života. Cítí potřebu odpuštění a potřebuje vědět, že má jeho život stále smysl.** Pokud není naplněna potřeba smysluplnosti, ocitá se pacient ve stavu **duchovní nouze a trpí.** Zde vzniká další potřeba a to ukázat nemocnému, že se dá žít smysluplně v každé životní situaci (Svatošová, 2012, s. 23). Hajnová a Bužgová (2013) ve svém výzkumu spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním zjistily, že nejčastěji pacienti považovali za důležité nenáboženské duchovní potřeby. A to konkrétně jakési **naplnění klidem.** Poté mít smysl života a mít pozitivní nadhled v životě a naději. Pacienti by se také rádi účastnili na bohoslužbách, což jim není velmi často umožněno. Spirituální potřeby uznali za důležité častěji nemocní starší 65 let a bez vyznání víry. Uspokojování spirituálních potřeb by se tedy mělo stát součástí ošetrovatelské péče (Hajnová, Bužgová, 2013, s. 708).

Každý onkologicky nemocný prochází určitými fázemi, které se odvíjí na základě průběhu nemoci. **V určitém stadiu nemoci se totiž vyskytují jiné specifické potřeby** pacienta, ale také jeho rodiny. Péče o blízké je součástí komplexní péče o nemocného. Před zjištěním diagnózy nebo již po jejím zjištění, se pacient nachází v první fázi nemoci, ve kterém se zaměřujeme převážně na zklidnění a podporu. Snažíme se pomoci zmírnit napětí a úzkost a dáváme prostor terapeutickému rozhovoru, kdy převážně nasloucháme. Ve druhé fázi, ve chvíli potvrzení diagnózy a započetí léčby se u pacienta mění jeho role. Péče je zaměřena na potřebu zklidnění a podpora směřuje k léčbě. Akutní léčba je součástí třetí fáze. Opět je zde výrazná potřeba podpory nemocného. Pacient o sobě pochybuje a potřebuje ujistit, že koná správně. Čtvrtá fáze spočívá v ukončení léčby a postupném návratu do života. Pacient se smiřuje se svými následky z nemoci. V tuto chvíli je důležitá zase podpora s pozitivním myšlením k reálnému návratu do společnosti. Pacient potřebuje najít své nové cíle. Následnou a velmi složitou fází je fáze zhoršení nemoci a její recidiva. Jsou zde výrazné rozdíly v potřebách pacienta, jak z psychického hlediska, tak ze strany sociální podpory. Je zde výrazná potřeba sdílení obav a nejistot a nutné verbalizování pocitů pacienta. Rodině je potřeba vysvětlit novou situaci. Šestou, poslední fází je fáze terminální, která je provázána strachem ze smrti a z bolestí. V tuto chvíli je největší potřebou doprovázení nemocného a jeho rodiny. A to celým obdobím. Podporovat proces smíření a snažit se pomoci v přijetí smrtelnosti každého z nás (Chrdlová, 2012, s. 60 – 61).

## 4 PEČUJÍCÍ A NEPEČUJÍCÍ PŘÍSTUP V OŠETŘOVATELSTVÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČI DLE S. HALLDÓRSDÓTTIR

Sigridur Halldórsdóttir se v rámci své disertační práce věnovala zkoumání fenoménu **pečujícího a nepečujícího přístupu v ošetřovatelství, ale i ve zdravotnictví komplexně**. Obecným cílem práce bylo vyvinout teorii o pečujících a nepečujících přístupech z pohledu pacienta. Inspirovat se nechala teoretickými Gaut a Riemen, jejichž práce dále rozvinula. S. Halldórsdóttir poukázala na zajímavý rozdíl mezi **caring for (péče)** a **caring about (zájem)**, přičemž právě caring about eliminuje apatii, lhostejnost, izolaci, a manipulaci v jednosměrných vztazích. Dále stanovila pět podmínek, které je třeba splnit, aby se dalo prohlásit, že se někdo o někoho stará. Je to povědomí, znalost, záměr, prostředky pro pozitivní změnu a jakási podmínka spokojenosti, či blahobytu pacienta (Halldórsdóttir, 1996, s. 9).

Riemen zaměřila svou pozornost převážně na vnímání pečujícího a nepečujícího přístupu sester očima pacientů. Identifikovala tři oblasti, které se týkají vztahu sestry a pacienta. První oblast zahrnuje existenční přítomnost sestry, která poukazuje na to, že sestra je tu k dispozici pro pacienta. Druhou je pacientova jedinečnost, neboli individualita, kterou rozpozná sestra pouze při správném aktivním naslouchání a reagování. Takovýto přístup dává pacientovi najevo, že je vnímán jako opravdová lidská bytost a ceněný jedinec. Třetí oblast zahrnuje důsledky tohoto pečujícího přístupu – pacient se cítí dobře a v pohodě, je v klidu a uvolněný (Halldórsdóttir, 1996, s. 9 – 14).

První návrh své teorie S. H. předložila na doktorském semináři v Linköping University v roce 1992. Tento návrh vznikl na základě čtyř fenomenologických studií, které probíhaly v roce 1988. Teorie byla následně několikrát prezentována a diskutována na dalších seminářích. Později byly k teorii přidány i jiné výzkumy a tím byla teorie stále v procesu zdokonalování. Ve všech studiích byl kladen důraz na pacientovo vnímání pečujícího a nepečujícího přístupu v ošetřovatelství a zdravotní péči. Pacienti se vyjadřovali i o jiných zdravotnických pracovnících, například lékařích. V práci je použit pouze výraz sestra, který ale zahrnuje i ostatní zdravotnický personál (Halldórsdóttir, 1996, s. 23).

Cílem výzkumu bylo zkoumat a popsat zkušenosti pacientů s péčí zdravotníků. Hodnoty, které jsou předpokladem a základem teorie, jsou v souladu s hodnotami širší společnosti. Společnost vnímá ošetřovatelství jako užitečnou službu a očekává, že sestry budou působit na pacienta s ohledem na jeho zranitelnost a potřebu profesionální péče, zahrnující kompetence sestry, péči a vztah. Společnost očekává, že ošetřovatelská činnost zvýší pohodu a zdraví pacienta (Halldórsdóttir, 1996, s. 21 - 22).

Vznikající teorii nemalou měrou ovlivnily též myšlenky K. Eriksson a K. Martinsen, že každá **lidská bytost je rovna ostatním**, pokud jde o respekt a osobní práva. Každá lidská bytost je určitou konečnou hodnotou a skutečný smysl života nepozná, pokud nezažije zkušenost ze vztahu s druhými. Jako lidské bytosti jsme na sobě vzájemně závislí. Vždy **máme život někoho jiného v našich rukou**. K utrpení dochází, pokud základní lidské potřeby, například péče a jakési spojení, nejsou naplněny (Halldórsdóttir, 1996, s. 22). Disertační práce je **založena na šesti publikovaných článcích**, z nichž čtyři budou rozebrány na následujících řádcích, jelikož právě výsledky těchto studií jsou stěžejní pro uchopení průzkumné části této diplomové práce. První článek je analýzou dvou, již dříve publikovaných studií na téma pečujících a nepečujících setkání. První studie se věnovala zkušenostem pacientů s pečujícím a bezcitným přístupem sester, druhá byla zaměřena na interakci mezi vyučujícími a studenty ošetřovatelství. **Výsledkem analýzy bylo zjištění, že existuje pět základních způsobů bytí s druhým člověkem:**

1. **Životodárný způsob bytí** s druhým člověkem, kdy poskytovatel péče posiluje osobnost příjemce péče pečujícím přístupem a vzájemným propojením. Důsledkem je menší zranitelnost příjemce péče, posílení pocitu pohody (well-being), hojení (healing) a učení (learning).
2. **Režim udržení života**, kdy poskytovatel bere na vědomí osobnost pacienta jeho podporováním, povzbuzováním a uklidňováním.
3. **Neutrální způsob bytí**, kdy poskytovatel péče neovlivňuje pohodu příjemce ani kladně, ani záporně.
4. **Život omezující mód**, ve kterém je poskytovatel péče vnímán jako necitlivý nebo lhostejný, což negativně ovlivňuje pohodu pacienta.
5. **Život zraňující způsob bytí** s druhým člověkem, kdy poskytovatel depersonalizuje příjemce péče, chová se vůči němu/ní agresivně, dominantně, nebo ho/ji zesměšňuje (Halldórsdóttir, 1996, s. 23).

Druhá a třetí studie byla opět zaměřena na pečující a nepečující přístup zdravotníků, tentokrát z pohledu onkologických pacientů.

**Výsledkem byla základní struktura pečujícího a nepečujícího přístupu.** V rámci pečujícího přístupu byla sestra vnímána jako nepostradatelný společník na cestě, výsledkem čehož byla vzájemná důvěra a pečující spojení a vnímaný účinek pečujícího přístupu lze shrnout jako posílení, včetně pocitu solidarity, pohody (well-being) a léčení. Nepečující přístup se také sestával ze tří oblast - sestra byla vnímána jako nepřátelská, což tvořilo překážku vnímání pohody (well-being) a léčení, výsledkem byl pocit nedůvěry a odpojení, což vedlo k pocitům neklidu, snížení pocitu pohody a uzdravení.

**Výsledky vyvolávají otázku, zda by nepečující přístup,** který pocítili pacienti, jakož to příklad neprofesionálního chování a etický problém, **neměl být řešen jako zanedbání péče.** Ze studie dále vyplynulo, že zkušenosti pacientů s rakovinou jsou mnohostranné a zahrnují prožívání existenčních změn. Pocitu nejistoty, zranitelnosti, izolace, nepohodlí, ale i jakéhosi předefinování, nového vymezení cílů a smyslu života (Halldórsdóttir, 1996, s. 24).

Šestý článek pojednává o zdraví. Účel studie byl dvojitý. Nejprve vypracovat základní strukturu zdraví z pohledu pacienta a tím zároveň vyvinout větší kontextuální pojetí zdraví s jasným cílem zvýšení znalosti a povědomí o tomto konceptu v ošetrovatelství a zdravotní péči. A hned poté postavit teoretickou definici zdraví, která by mohla být dále použita v rámci rozvoje teorie, vzdělávání, procvičování a výzkumu (Halldórsdóttir, 1996, s. 28).

**SH v teorii použila dvě metafory, přibližující pečující a nepečující přístup. Metafora mostu,** symbolizuje otevřenost ke komunikaci a určitou sounáležitost s pacientem, jakož to příjemcem péče v setkání vnímaném za pečující. **Druhou metaforou je zeď,** která symbolizuje žádnou nebo negativní komunikaci, určitý odstup a nedostatek pečujícího spojení. Zkušeností pacienta je zakusené bezcitné chování. Z teorie vyplývá, že pacient, jakož to příjemce péče je zraněný člověk, potřebující profesionální péči, která zahrnuje kompetence zdravotní sestry, péči a propojení. To, jak vnímá pacient své potřeby, jaké má očekávání, předchozí zkušenosti a také sebevědomí je vnější kontext.

Vnější kontext zahrnuje nemocniční realitu vnímanou pacientem. Ošetrovatelská terapeutika, která z teorie vychází, má být zprostředkovanou odbornou péčí, zahrnující způsobilost péče a propojení, s předpokladem a cílem zvýšit pacientovi pohodu a zdraví, které shledává pacient za posilující. Pokud se mu ji nedostává, pacienta tato péče odrazuje a sráží (Halldórsdóttir, 1996, s. 31 - 33).



**Poslední složkou teorie je zaměření se na pacienta jako na příjemce ošetrovatelské péče.** Je totiž velice důležité, abychom se dívali na osobní zkušenost pacienta s pečujícím a nepečujícím přístupem zdravotníků také z kontextu toho, čím pacient prochází. Osoby s onkologickým onemocněním zažívají existenční změny, které mají na jejich osobu vliv. Vnitřního i vnějšího. Vnitřním kontextem je myšlena pacientova zranitelnost, kdy potřebuje odbornou péči, zahrnující pečující přístup, propojení a kompetence. Pacient je mnohem citlivější na péči a nepéči. Vnější kontext koresponduje s prostředím. Pacienti poukázali na měnící se směny, jako obtížné vzhledem ke vzájemnému spojení. Dále zmiňují vnímaný nedostatek času od sester, nedostatek každodenní stimulace. Nemocniční rutina se často rozchází s potřebami nemocného. Pacienti nevnímají během hospitalizace svá práva za stejná, jako mimo nemocnici a často cítí, že byrokratická nařízení mají přednost před potřebami pacienta (Halldórsdóttir, 1996, s. 37).

#### **4.1 Setkání se zdravotníky vnímané jako pečující**

**Kompetence sestry a pečující přístup** jsou předpokladem pro vytvoření spojení sestry a pacient, které se dá také nazvat jako vztah. Vše dohromady tedy tvoří strukturu odborné péče. Odborná péče zahrnuje dle vnímání pacientů určité prvky způsobilosti. Aspekt způsobilosti zahrnuje způsobilost v posílení lidí, v navazování vztahů, rozvoje znalostí, kompetence při klinických rozhodnutích, kompetence ve výkonu úkolů a přijímání opatření ve prospěch druhých ve smyslu aktivního prosazování ale i vzájemné spolupráce (Halldórsdóttir, 1996, s. 33).

**Součástí odborné péče musí být přítomný pečující aspekt.** Pečující aspekt pojímá tyto prvky.

1. Být otevřený a vnímavý k ostatním, převážně k potřebám pacienta.
2. Být doopravdy starostlivý a mít zájem o nemocného, jako o člověka i jako o pacienta.
3. Být morálně odpovědný. Respektovat sebe ale i druhé.
4. Být skutečně přítomný reálného okamžiku. Naslouchat a reagovat na pacienta. Být přítomen po fyzické i psychické stránce.
5. Být oddaný a odvážný ve vhodném zapojení do profese zdravotní sestry, jakož to profesionála.

Pacienti, kteří se účastnili výzkumu, uvedli, že **kombinací schopností zdravotníků, tedy jejich kompetencí a kombinací péče, obsahující určité pečující aspekty, je v nich následně podporován pocit důvěry, usnadňující vývoj profesionálního propojení mezi**

nimi a sestrou. Tento druh spojení byl pacienty vnímán jako zásadní rozdíl mezi péčí a nepéčí (Halldórsdóttir, 1996, s. 34).

Propojení odborné péče můžeme nazvat jako **proces skutečného budování mostů** a lze jej konceptualizovat pěti fázemi.

1. Zahájení profesionálního spojení vyžadující zásah nebo určitou reakci sestry.
2. Vzájemné uznání, díky kterému dosahujeme určitého sebepoznání a odstranění masek.
3. Potvrzení mostu. Přichází uvědomění si spojení a pacient neváhá požádat o pomoc v případě potřeby.
4. Profesionální intimita nastává ve chvíli, kdy pacient dostává důvěru k sestře.
5. Předání péče jako následek intimity či spojení. Sestra díky tomuto předání lépe chápe pacienta v celém kontextu.

**Účinky** vnímané odborné péče **jsou pro pacienta určitým zdrojem posílení** a pozitivní změny, ve kterém **nachází pocit pohody a zdraví**. Pacienti cítili pocit přijetí a zvýšený pocit uzdravování. Měli pocit, že sestra je tady nejen s nimi, ale že je také na jejich straně a tím dostali větší **pocit sounáležitosti** (Halldórsdóttir, 1996, s. 35).

#### **4.2 Setkání se zdravotníky vnímané jako nepečující**

**Nedostatek odborné péče** je pacientem vnímán **prostřednictvím nepečující sestry**, která se mu vyhýbá a je nějakým určitým způsobem **nekompetentní**. Je hrubá, nekomunikuje, nebo komunikuje neefektivně, nepřijímá iniciativu, přichází k pacientovi pouze, když pacient volá, nerespektuje pacientovi potřeby, chybí jí porozumění pro pacienta, je bezohledná, necitlivá a nezajímá se. Vlastnosti sester, které jsou dle pacientů spojovány s nepečujícím chováním jsou například bezcitnost a zamračenost. Sestra je často vnímána jako neochotná a neschopná se spojit a navázat vztah s druhými (Halldórsdóttir, 1996, s. 35).

**Stěna, nebo zeď, která je symbolem a metaforou pro negativní nebo žádnou komunikaci** a odstup, vyznačuje **nedostatek spojení** a navázaného vztahu, mezi pacientem a sestrou. Toto jednání je vnímané jako bezcitné (nepečující). Tato zeď může mít podobu různých velikostí a tvarů, dle rozdílu vnímané velikosti stěny pacienta v závislosti na množství negativního přístupu sestry. **Dle stupně nezájmu, který pacient vnímá od sestry, jsou navrženy jeho stupně** (Halldórsdóttir, 1996, s. 36).

1. **Nezájem** – nepozornost ke specifickým potřebám pacienta, nedostatek pečujícího přístupu.
2. **Necitlivost** – lhostejnost s určitou slepostí k pocitům pacienta s následným pacientovým pocitem obtěžování.
3. **Chlad** – sestra jedná jako počítač a pacient má pocit, že je na obtíž.
4. **Nelidskost** – bezcitný přístup s různými formami nehumánních postojů. Ignorování, špatné zacházení, zesměšňování. Vše vede k velmi silné negativní vazbě, trpí a cítí se být obětí.

Nedostatek péče **vede k negativním změnám** jako je pocit sklíčenosti, snížené pohody a zdraví, pocit odmítnutí a zlomení. Pacienti **jsou naplněni neklidem, nejistotou a stresem**. Trpí sníženým sebevědomím a sníženým pocitem kontroly (Halldórsdóttir, 1996, s. 36).

### **4.3 Upevnění myšlenek vycházejících z konceptu**

Oblast péče o nemocné s rakovinou je charakterizována opravdovou profesionální péčí, která zahrnuje kompetentnost, péči a vztah a nakonec neméně důležité lidské právo, být léčen důstojně a s respektem. Lékařští odborníci by měli oplývat intelektuálními schopnostmi a kompetencemi.

Neměli bychom zapomínat vychovávat naše budoucí studenty jako lidské bytosti. To, co je v nemocnicích opomíjeno a co je také třeba **léčit a opečovávat**, je **lidská psychika**. Kompetentní sestra, **kteřá nepovzbudí a nepodpoří, není pro pacienta žádná pomoc**. Je nutné podporu a povzbuzování zahrnout do definice profesionality. Musíme učit studenty duchovnímu poznání, o srdci člověka o porozumění utrpení druhých. A k tomu, abychom mohli pomáhat druhým, musíme nejdříve poznat sami sebe.

Pečující sestry a lékaři by měli mít převážně znalosti o tom, co to znamená mít rakovinu. O tom, jakou nejistotu pacienti zažívají. Pacienti si přejí, aby bylo o ně pečováno jako o lidské bytosti. Častokrát si ale zdravotníci neuvědomují, jak negativní následky může mít jejich nepečující chování. **Pokud se k někomu chováme dehumanizujícím způsobem, depersonalizujeme ho, učiníme ho zranitelnějším a způsobujeme mu zraňující zoufalství a utrpení.**

Měli bychom využívat pozitivního přístupu, efektivně komunikovat, být otevření a používat humor (Halldórsdóttir, 2000, s. 9 - 15).

## 5 UTRPENÍ VZTAHUJÍCÍ SE K PÉČI

*„I když bereme v úvahu veškeré úspěchy nemocnic posledních let, obrovskému množství utrpení a přinejmenším řadě úmrtí v těchto zařízeních lze stále předejít.“*

*(Florence Nightingale)*

Utrpení je možné si vysvětlit několika pohledy (Heřmanová, 2012, 86). K. Eriksson popsala tři odlišné druhy utrpení a byly rozděleny na základě jejich původu. Je to utrpení spojené se životem samým, utrpení jako následek nemoci a utrpení spojené s péčí. Zdůrazňuje tím, že v praxi se setkáváme s utrpením spojeným s péčí, i když naším cílem je naopak od utrpení pomoci. Děje se tomu převážně z důvodu selhávání uspokojování a naplňování potřeb pacienta. Utrpení, které vychází z nepečujícího přístupu může mít **různé podoby**. V některých případech se jedná o určitý druh zanedbávání nebo snad i využívání profesní moci, které následně vede k ohrožení zdraví pacienta a pošlapání jeho důstojnosti (Rusová, Hlaváčková, 2017, s. 80).

Jako první se o utrpení vztahující se k péči začala zajímat **D. J. Riemen** a to v osmdesátých letech minulého století. První její publikace vyšla 1986, kde se snažila shromáždit výpovědi pacientů na základě jejich vlastní zkušenosti interakce se sestrou. Na D. J. Riemen navázala **S. Halldórsdóttir**, která v její teorii pokračovala a rozpracovala ji více, v rámci své disertační práce, jak již bylo blíže vysvětleno v kapitole číslo čtyři. Halldórsdóttir přirovnala pečující a nepečující přístup k metaforám mostu a zdi. Přirovnat výsledky fenomenologického výzkumu k metaforám se pokusila i **Björkdahl a kolektiv**, která svůj výzkum uskutečnila na psychiatrickém oddělení intenzivní péče (Rusová, Hlaváčková, 2017, s. 81 - 82).

Björkdahl a kol. (2010) ve svém výzkumu popisuje dva různé přístupy k pacientům. Jeden přístup spočívá ve **vnímavé a citlivé péči sestry s touhou vytvářet důvěru a poskytnout péči**. Druhý přístup, který sestry aplikovaly na pacienty, poukazuje na **sestry jako na strážce bezpečnosti a organizovanosti, s použitím nátlaku a síly**. K těmto dvěma odlišným pečujícím přístupům byly vytvořeny metafory, které dané jevy vystihují. **Baletka**, je metafora pro sestru, která přistupuje k pacientovi jemně a vnímavě. Jako by péče byla nějakým druhem umění. O pacienta se zajímá a snaží se ho podpořit. Vyznačuje se starostlivostí a ohleduplností, na základě pacientovi individuality. Sestry se stávají pro pacienta jemně vyladěným nástrojem (Björkdahl a kol., 2010, s. 512 – 513).

Metafora **buldozer** poukazuje na přístup sester k pacientovi spíše jako k něčemu, nežli někomu. V tomto případě dělá sestra z pacienta více objekt, nežli subjekt a její hlavní prioritou je bezpečnost na oddělení. Toto střežení, někdy až násilné, zahrnuje ochranu pacientů, udržení pořádku a zajištění dodržení pravidel a postupů. Zdá se, že sestry mají tendenci složité situace řešit určitým zabudovaným přístupem. Každý je spíše zaměřen na práci, nežli na pacienta jako takového. Sestra aplikuje injekci, ale ihned poté odchází. Přístup buldozer ale nelze jednoznačně přiřadit k něčemu jako stát se strojem. Ba naopak, buldozer nevyklučuje pocity soucitu a starosti o své pacienty. Tento přístup se v určitém případě vyznačuje potřebou moci, na úkor nezávislosti pacienta. Ale i přes to, že zde existuje riziko poškození nepečujícím přístupem, jsou patrná zjištění, že i přístup buldozeru zahrnuje určitý potenciál k péči (Björkdahl a kol., 2010, s. 514 – 515).

Autoři článku porovnávají svá zjištění s teorií Sigridur Halldórsdóttir a také pojednávají o **celkem snadném propojení metafory baletky s přístupem naplněným péčí. Více náročnou se stala identifikace přístupu buldozeru ve spojitosti s nenaplněnou péčí.** V tomto propojení **narážíme na úskalí.** Tento přístup nelze jednoznačně definovat. Sestra často přistupuje k pacientovi silně paternalisticky, ale vždy je tento přístup konán v jeho nejlepším zájmu. I když není myšlenka zlá, tento přístup staví pomyslnou zeď mezi sestru a pacienta a dále nevytváří optimální podmínky pro kvalitní péči. Sestry se nezajímají o pacienta jako o jedinečnou bytost, ale raději a často sklouzávají k nastaveným pravidlům. Toto chování vede k dehumanizaci pacienta a tím k porušování jeho práv. Prostředí psychiatrické kliniky je velice specifickým oddělením, ale podobný přístup sester můžeme nalézt na jakémkoliv oddělení (Rusová, Hlaváčková, 2017, s. 82 - 83).

Rusová a Hlaváčková (2017) uvádějí, že všechny studie, které byly dohledány, se zaměřením na téma zkušeností pacientů s pečujícím a nepečujícím přístupem zdravotníků, popisují interakci nenaplněnou péčí a varují před jejími nežádoucími negativními následky. Dohledané studie se věnovaly pacientům s onemocněním onkologickým, chirurgickým, život ohrožujícím onemocněním nebo chronickým onemocněním, po cévní mozkové příhodě, během ošetření na pohotovosti a také u rodících žen. Utrpení bylo popsáno jako následek opomíjeného holistického přístupu, kdy nebyl v centru zájmu pacient a často bývalo s pacientem zacházeno nedůstojně. Tento přístup zanechal v pacientovi negativní zážitek spojený s nepříjemnými pocity nepohody a také byl shledán dopad na pozdější budoucí kontakt pacientů se zdravotníky. Existující a nyní popsané utrpení, vztahující se k péči, však není nevyhnutelné. Utrpení, které se k péči vztahuje, se tedy stává naléhavým etickým

problémem, který je nutné reflektovat a přístup zdravotníků směřovat jinou cestou (Rusová, Hlaváčková, 2017, s. 82 - 83).

Jedním z mnoha kroků, který je třeba uskutečnit, aby pacient nepocíťoval utrpení, které se k péči vztahuje, je například zaměření se na správnou komunikaci. Během komunikace s pacientem se totiž mohou zdravotníci dopustit zraňujících chyb, které jsou pro pacienta zvláště závažné. Těmto závažným komunikačním chybám se také říká maligní komunikace a věnuje se jí další podkapitola.

## **5.2 Maligní komunikace**

### **Maligní komunikace nerespektuje lidskou důstojnost a pacienta devaluje.**

Toto zhoubné a destruktivní chování popsali T. Kidwood a K. Bredin již před třiceti lety. Objevuje se ve všech oblastech zdravotní a sociální péče. Čím více je pacient na zdravotníkovi závislý a je podroben maligní komunikaci, tím větší má riziko poškození. Tato **destruktivní komunikace má mnoho způsobů**. Například pečující nemluví záměrně pravdu s cílem usnadnit si svoji práci. K dospělému se chovají infantilně a na pacienta žvatlají, či používají zdobněliny. Pacientovi se může také dostávat hanlivého označení, často na základě nepochopení pacientových potřeb, nebo je zařazen do negativně vnímané skupiny. K této skupině pak přistupují s despektem a redukují zprostředkovanou péči. Forma ignorování je další malignitou v komunikaci. Pacienta si nevšímáme, i když na nás hovoří. Pokud vstupujeme do pokoje, neklepeme a dokonce bez svolení pacienta manipulujeme s jeho věcmi. Pacienta přehlízíme a odmítáme reagovat na jeho prosby. Jsme netrpělivý a nerespektujeme pacientovo tempo, často s použitím typického citoslovce **šup, šup**.

Dalším typem je zhmotňování pacienta, kdy ho během hovoru nazýváme dle čísla pokoje, či diagnózy. Nebo pacienta nazýváme „to“ a máme tendence s ním zacházet jako s věcí. Dále není přípustné zneschopňování, obviňování a ponižování. Posledním typem maligní komunikace je zneplatňování, díky kterému zdravotník bagatelizuje obavy a výroky pacienta s následným odpíráním pozornosti.

Všechny tyto komunikační chyby **vznikají jak neúmyslně**, následkem určité profesní slepoty, **tak** bohužel i **úmyslně**. Často mívají zdravotníci **zaběhnuté určité vzorce chování** a ani si neuvědomují jejich negativní následky. Maligní komunikace může vzniknout i jako následek syndromu vyhoření (Kalvach, 2011, s. 51 – 52).

### 5.3 Poškození pacienta jako následek „nepéče“

I zdravotníci jsou jenom lidé a z toho důvodu i v této profesní skupině se najdou tací, kteří působí na nemocného škodlivě (Kutnohorská, 2007, s. 61). Poškozování má **mnoho podob**. Může být zaměřeno na tělesnou schránku pacienta, duševní, nebo se můžeme shledat s kombinovaným poškozením. **Psychické poškození** bývá mnohem častější, nežli poškození fyzické (Mareš a kolektiv, 1996, s. 5).

V každodenní rutině a návalu práce si lékař nebo sestra některé typy poškození ani neuvědomují. Zejména poškození psychiky, které je vzhledem narušení emoční lability pacienta, důsledkem nemoci, ohroženo. Pokud má toto zhoubné chování **vymizet, musíme o něm mluvit a diskutovat**. Odborně se o něho zajímat a zvažovat určitý způsob prevence. Těmto **neprofesionálním nešvarům lze zabránit** a ve většině případů jsou zbytečné. Je však nutné, abychom byli na sebe důslední, mysleli na možnost zhoubného chování a snažili se mu předcházet (Mareš a kolektiv, 1996, s. 6).

Škála negativního přístupu s následkem poškození je relativně široká. Prevalenční údaje však u nás nejsou dostupné. Dostupnost údajů je pouze o hrubém porušení povinností a těch naštěstí nebývá mnoho (Mareš, 1996, s. 7). Pokud pojmáme svou profesi jako výkon s určitými pravomocemi, ale bez zájmu o pacienta, již v této chvíli můžeme pacientovi ubližovat. V pomáhajících profesích, ve zdravotnických zařízeních bohužel tento jev není vzácný. Takto konající zdravotník však není dobrým spojencem pacienta, obzvláště pokud bojuje s rakovinou. S **neutrálním přístupem** se můžeme setkat, ale může být i horší, nežli neutrální. Může se pacientovi snadno stát, že pokud navštíví nějaké ze zdravotnických zařízení, budou s ním zacházet tak, že **bude postrádat základy slušného jednání**, které jsou předpokládány za samozřejmé (Kopřiva, 1997, s. 16).

Náchylnými pacienty ke zhoubnému chování sester a lékařů jsou více pacienti úzkostní, psychicky labilní s negativními životními zkušenostmi. Často to bývají pacienti bez sociálního zázemí, nebo bez sociální opory, kteří hledají smysl života (Mareš, 1996, s. 16). Podmínkou pro zlepšení **prevence** v pochybení zdravotníků je v první řadě **podpora z vedení, tedy z vrcholového managementu**. Ten je totiž odpovědný za veškeré konání svých pracovníků a za úroveň kvality poskytované péče. Bez podpory vedoucích pracovníků nelze totiž utvářet a koordinovat dlouhodobý program bezpečné, smysluplné a kvalitní péče. Vrcholový management předurčuje postoje ostatních zaměstnanců k omylům i chybám vlastním příkladem, ale také svou reakcí na vzniklá pochybení. Cílem každého manažera,

nebo manažerky je sladit myšlení a postoje svých podřízených, s jasně definovanými standardy, ISO normami a ostatními dokumenty (Škrla, 2005, s. 50 – 52).

### **5.3.1 Iatrogenie**

Iatrogenie je výraz používaný pro poškození pacienta lékařem a vyjadřuje negativní děj (Kutnohorská, 2007, s. 61). Viditelnost nežádoucí události, respektive poškození pacienta, je výrazně ovlivněna oborem. Jsou obory, ve kterých skrýt vážné pochybení lze velmi těžko. Jako například v chirurgii, v případě amputace jiné končetiny, nežli té nemocné. Nejčastějších pochybení se dostává u zkoušení nových technologií a postupů, či u mladých lékařů a mediků. Geriatřiční lékaři a lékaři interních oddělení jsou k pochybení také více náchylní, nežli ostatní. Je nutné zdůraznit, že lze pouze málokdy prokázat, že by šlo o medicínské pochybení na základě jejich nedbalosti (Škrla, 2005, s. 33).

Příklad somatického poškození si většinou dokážeme představit. Ale pro představu to může být například příliš časté snímkování nemocného, i když byl nedávno snímkován a snímek je k dispozici. Psychickým poškozením může být debatování a dohadování se o diagnóze nad pacientem, nebo o pacientovi a jeho vážných zákrocích bez jakéhokoliv vysvětlení pacientovi a bez braní v úvahu názor pacienta a jeho pocitů. Veškerá poškození se rozlišují dle míry zavinění (Mareš, 1996, s. 10 – 11).

### **5.3.2 Sororigenie**

Tento speciální termín existuje pro označení sesterského poškození, které má negativní následky na pacienta (Mareš, 1996, s. 8). Jedná se o analogii termínu iatrogenie (Kutnohorská, 2007, s. 61). Mnohá poškození jsou spojena s ošetrovatelskou péčí. Zmiňme si pro představu mimo jiné například: debatování nad nemocným o soukromých problémech, bagatelizování obav, kritizování práce někoho jiného před nemocným, nedostatečné vysvětlení, nenacházení si času na nemocného, zatajování smrti spolupacientů, jakési „odepsání“ pacienta, kterým dáváme najevo způsob jednání a komunikaci zdravotníků s daným pacientem (Mareš, 1996, s. 7 – 15).

Je tedy zřejmé, že většina vychází z neprofesionální či neefektivní komunikace se značným nedostatkem morální odpovědnosti (Škrla, 2005, 34). Například u nerespektování důstojnosti pacienta mohou být důsledky osudové a mohou vážně narušit hodnotový systém pacientka (Kalvach, 2011, s. 56). Mnohdy sestra bývá nevnímavá ke změně klinického stavu pacienta. Jindy se pouze špatně rozhodne. Literatura pojednává o medikačních chybách jako nejčastějších. První místo dostalo pochybení v nesprávné dávce, druhé přehlédnutí alergií,



třetí nesprávného léku, čtvrté chybějící informace. Mezi ostatní pochybení sestry patří provádění výkonů bez dostatečného vzdělání a neposkytnuté péče v danou ordinační dobu. Hlavních důvodů, proč se nepřiměřeného chování dostává, je hned několik. Nedostatečná orientace nových zdravotníků/zaměstnanců, nedostatečná informovanost sester, nevhodná nebo nedostatečná komunikace, nedostatečný dohled nad sestrami, nepozornost sester příčinou nesoustředění se na práci (Škrla, 2005, s. 34 – 36).

*„Bože, dej mi odvalu, abych si uvědomil chyby, kterých se denně dopouštím, abych tak mohl díky světlu zítřka vidět a chápat lépe to, co mi uteklo v šeru včerejška.“ (Moses Maimonides)*

## **5.4 Shrnutí teoretické části**

V teoretické části je komplexně popsána problematika péče a utrpení, které z péče vyplývá, na základě vyhledané literatury. Pojem péče je vnímán velmi různě a je ho velmi těžké přesně definovat. Jedná se o obsahově specifický interpersonální proces. Profesionální péče, kterou pacient očekává, by měla zahrnovat kompetentnost, péči a vztah. Bez odborných znalostí, dovedností, osobnostních předpokladů a vzájemného propojení mezi sestrou a pacientem, není možné kvalitní péči vykonávat. Sestra by měla být vnímavá ke všem potřebám pacienta a neměla by zapomínat na potřeby psychické a spirituální. Měla by pacientovi, jako individuálnímu subjektu, umět aktivně naslouchat a efektivně s ním komunikovat. Pacient by si přál, aby o něj bylo pečováno vždy důstojně a lidsky. V případě nepečujícího přístupu zdravotnického personálu se mezi pacientem a sestrou staví jakási zeď, která cestu k pacientovi a ke kvalitní péči spíše odvrací. Utrpení, vznikající na základě nepečujícího přístupu, představuje naléhavou etickou otázku. Není však nevyhnutelné, pokud budeme vnímaví ke svým pacientům, angažovaní ve své profesi a profesionální ve svých činech.

Jednotlivé kapitoly umožnily nahlédnout blíže na tento zajímavý fenomén a také byly nápomocny k pochopení této obsáhlé problematiky. Uvedené informace budou sloužit k vyhodnocení výsledků průzkumné části. Klíčovou kapitolou teoretické části, pro část průzkumnou, je koncept prof. Sigridur Halldorsdotthir. S tímto konceptem budou výsledky průzkumu porovnávány v samostatné kapitole diskuze.

## II. Průzkumná / výzkumná část práce

Cílem průzkumné části je zjistit a popsat, jaké jsou zkušenosti pacientů s interakcí se zdravotníky a zjistit, zda zakoušejí utrpení vztahující se k péči.

### 6 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

K přiblížení námi zkoumaného fenoménu, zda se pacienti setkávají s pečujícím, nebo nepečujícím přístupem, bylo přistupováno dle daných pravidel kvalitativního výzkumu dle metodiky profesora Jana Hendla (2016), který se metodologií výzkumných prací zabývá. Kvalitativní výzkum je proces, na základě kterého můžeme lépe porozumět určitým sociálním, nebo lidským problémům a má rovnocenné postavení mezi ostatními formami výzkumu (Hendl, 2016, s. 32 – 35). Velkou výhodou kvalitativního výzkumu, oproti ostatním, je hloubkový popis námi zkoumaného vzorku. Cílem kvalitativního zkoumání je popsat zvláštnosti onoho případu (Hendl, 2016, 45 – 58). Výzkumný plán může mít **průzkumný charakter**, což znamená, že **původní plán**, který je zadán na začátku zkoumání, **se postupně rozvíjí a přizpůsobuje dle okolností**, z doposud získaných výsledků (Hendl, 2016, s. 59).

#### 6.1 Fenomenologické zkoumání

Výzkum je zaměřen na získání integrovaného pohledu na zkušenost pacientů s péčí zdravotníků. K získání tohoto pohledu byl zvolen přístup fenomenologického zkoumání, který požaduje **nepředpojatý přístup k celé analýze**. Cílem fenomenologie bylo zaměřeni se na **poznání smyslu** zkoumaného fenoménu. Každý fenomén je zachycen nejlépe tak, pokud se výzkumník **snaží porozumět prožité zkušenosti**. Výzkumník se během výzkumu snaží **vstoupit do světa jedince**, který má onu zkušenost a snaží se ji zachytit. Respondent byl vyzván, aby osobní nabytou zkušenost co nejlépe reflektoval a bylo důležité navodit určitý pocit bezpečí a pohody. Doporučením u fenomenologických studií je provést průzkumné šetření alespoň s **deseti až patnácti** účastníky (Hendl, 2016, s. 131).

#### 6.2 Bližší vymezení výzkumného vzorku

Sběr dat byl naplánován **od listopadu 2017, do února 2018**. Dotazovanými respondenty byli **hospitalizovaní pacienti** na **interním oddělení**, se specifikací pouze na **první poschodí**, u kterých byl brán ohled na **aktuální zdravotní stav**, což přesněji znamená, aby se **cítili subjektivně dobře** a byli **oběhově a tlakově stabilní**.

Co se týče hospitalizace na interním oddělení, je důležité zmínit, že **rozhovory probíhaly převážně s pacienty, kteří přišli na objednání**. Tito pacienti byli přijati v den objednání a zase v ten samý den byli propuštěni domů. Nebylo tedy mnohdy možné, vzhledem k nedostatku času, rozhovor uskutečnit. Také se stávalo, že pacienti, **kterí byli hospitalizováni déle a s nimiž byl rozhovor naplánován** na určitý den, **šli v onen smluvený den rozhovoru domů, nebo se na rozhovor nakonec necítili** a následně jsme se tedy domluvili, že rozhovor uskutečníme co nejdříve po jejich propuštění.

Vzhledem k tomu, že se tato situace poprvé vyskytla **hned v začátku průzkumu**, byl následně stanoven **časový limit čtrnácti dnů**, do kterých lze s pacientem **rozhovor uskutečnit po jeho propuštění**. Velice často se stávalo, že ve chvíli plánovaného propuštění **nebyl na oddělení prostor, ale ani klid** k uskutečnění rozhovoru. Tato skutečnost byla vnímána nejen výzkumníkem, ale také pacientem. Vzhledem k tomu, že **výzkumník nechtěl, aby byl výzkum některak ovlivněn** vzniklými **nevhodnými podmínkami**, byl domluven rozhovor s respondenty **mimo nemocnici**. Samozřejmě každému pacientovi byla vždy nabídnuta i varianta uskutečnění rozhovoru v nemocnici. Tato **možnost nebyla nikomu vzata**, spíše ji **nikdo nechtěl** využít, nebo to opravdu **neumožnil provoz** oddělení.

Kromě **objednaných** pacientů k elektrické kardioverzi a implantaci portu, se výzkumu účastnili i pacienti **bez objednání** a to převážně pacienti po ultrazvuku srdce a také centrální žilní kanylaci. Respondenti, kteří byli oslovoováni k výzkumnému šetření, byli pacienti, kterým byla **výzkumníkem poskytována péče během výkonu** (implantace venózního portu, elektrická kardioverze, centrální žilní kanylace, transesofageální, či transtorakální ultrazvuk srdce) a podařilo se mu s nimi **navázat vztah**, na základě jejich otevřenosti a sdílnosti. Oslovení pacienti, byli ještě specifičtěji rozděleni na **pacienty onkologické a neonkologické**, jelikož respondenti po implantaci venózního portu byli všichni onkologičtí a respondenti po ostatních výkonech netrpěli žádnou onkologickou diagnózou.

K dosažení cílů byla zvolena metoda interview a k celému průzkumnému šetření bylo přistupováno s neutralitou a pečlivostí (Hendl, 2016, s. 149).

Ve výzkumném procesu získávání zkušeností pacientů byl jedním ze základních standardů zajištění kvality respondentův **pozitivní informovaný souhlas**. Tímto souhlasem dával dotazovaný své svolení se zapojením do výzkumu a také prohlášení, že do výzkumu vstupuje dobrovolně.

Druhou podmínkou k uskutečnění výzkumného rozhovoru bylo **splnění kognitivního testu Mini Cog**. V originálním znění testu Mini Cog je psáno, že pokud respondent-pacient dosáhne nižšího bodového ohodnocení, nežli jsou tři body, je doporučeno další přezkoušení (Steenland a kol., 2008, s. 419 – 427). Samozřejmě další přezkoušení by bylo také možné, ale bylo by časově náročné. Záměrem nebylo zkoumat, zda pacient trpí demencí, či nikoliv. Záměrem bylo zajistit validitu výzkumu. Z tohoto důvodu **byl stanoven limit třech bodů pro přijetí do výzkumu, aby poukázal na možnou poruchu kognitivních funkcí (demenci), která by mohla negativně ovlivnit respondentovi výpovědi.**

Celý test s jednotlivými kroky, ale i s nabídkou šesti definovaných verzí slov k opakování, je přesně stanoven (Steenland a kol., 2008, s. 419 - 427 ). Tento test je v zahraničí brán jako jeden ze základních kognitivních testů k vyloučení demence. Mini Cog, vytvořený k zajištění validity výzkumu, je totožný se standardně definovanou zahraniční formou a skládá ze tří kroků. Test je pro účely výzkumu v rámci diplomové práce v anglické verzi volně dostupný v (Mini-Cog©).

První krok zahrnuje **zapamatování si tří slov a jejich následné zopakování**. Slova jsou definována v šesti verzích, které mohou být k testování použity. Do tohoto průzkumu byla vybrána verze pět a šest a to převážně pro jejich vhodný jednoslovný překlad z anglického jazyka. Některá slovíčka v ostatních verzích, pro vysvětlení v českém jazyce, bylo třeba říci za pomoci dvou slov, což by rušilo podmínky celého testu. Druhým aspektem pro výběr trojkombinace slov byl subjektivní dojem na výzkumníka, aby nebyla trojkombinace slov moc jednoduchá, ale ani ne moc těžká. Volba opakované verze slov se většinou střídala.

Druhým krokem testu bylo **namalovat kulatý ciferník** hodin a do něho zakreslit všechna čísla tam, kam patří. Ve chvíli, kdy je respondent hotov, je vyzván, aby nastavil ručičky hodin na jedenáct hodin a deset minut. Pokud nejsou hodiny nakresleny do tří minut, přejde výzkumník ke kroku číslo tři. V kroku číslo tři požádá výzkumník respondenta, aby si vzpomněl na tři slova, která si měl v kroku číslo jedna zapamatovat.

Aby mohl být respondent zahrnut do výzkumu, musel dosáhnout **minimálně celkového bodového ohodnocení třech bodů**. Celkové skóre, které se vyhodnocovalo u každého respondenta, zahrnovalo bodové ohodnocení za každé zapamatované a zopakované slovo v bodovém rozmezí 0 – 3 bodů. Dále bylo uděleno respondentovi 0 nebo 2 body za správné namalování hodin. Správně namalované hodiny obsahují všechny čísla, které musí být namalovány tak, jak jdou za sebou. Dále musejí obsahovat průměrně správné pozice čísel.

S tím, že nesmí chybět převážně čísla 3, 6, 9 a 12 a ručičky musí ukazovat na 11 hodin a 10 minut, což znamená, že malá ukazuje na 11 a velká na 2. Délka ručiček není bodována. Celkové maximální bodové ohodnocení je 5 bodů.

Informovaný souhlas, ale i test kognitivních funkcí Mini Cog, které byly k výzkumu použity, jsou součástí této diplomové práce, jako **příloha A (informovaný souhlas)**, **B1 (Mini Cog)** a **B2 (Mini Cog – malování hodin)**.

### **6.3 Obecný průběh výzkumného šetření**

Sběr dat proběhl v předem stanovený termín. Celkem, v průběhu listopadu až února, bylo **osloveno 24** pacientů, z toho byl se **13 respondenty proveden** polostrukturovaný rozhovor, který byl zaznamenán jako audio nahrávka. Bohužel, jeden ze třinácti již zrealizovaných rozhovorů se podařilo omylem smazat, tudíž tento rozhovor nebyl do výzkumu použit. Do průzkumného šetření bylo tedy **definitivně zapojeno 12 respondentů**.

Nezbytným krokem, pro splnění podmínek kvality výzkumu, bylo podepsání informovaného souhlasu. Všichni, kteří se výzkumu účastnili, byli nejprve poučeni o všech aspektech průzkumného šetření, následně si pozorně přečetli informovaný souhlas a poté byli tázáni, zda všemu rozuměli (Hendl, 2016, s. 157). Po ověření, zda respondenti všemu porozuměli, mohli následně podepsat dva totožně vyhotovené informované souhlasy. První sloužil jako doklad pro respondenta a druhý si ponechal výzkumník.

Po podepsání informovaného souhlasu bylo nutné absolvovat test kognitivních funkcí-Mini Cog, což znamenalo obdržet v testu minimálně 3 body. **Rozhovory byly uskutečněny opravdu jen s těmi pacienty, kteří splnili minimální bodové ohodnocení třech bodů**. O tom, jak si každý z respondentů obstál v testu Mini Cog, více vypovídá tabulka č. 1.

Tabulka 1 Výsledky bodového ohodnocení jednotlivých respondentů v testu Mini Cog

Pořadí respondenta	Zvolená verze slov	Bodové ohodnocení za každé zopakované slovo 0 – 3 body	Bodové ohodnocení 0 nebo 2 body za správně namalované hodiny	Celkové bodové ohodnocení
1.	1	3	2	5
2.	2	3	0	3
3.	2	3	2	5
4.	1	3	2	5
5.	2	3	0	3
6.	1	3	0	3
7.	2	3	2	5
8.	1	3	2	5
9.	2	3	2	5
10.	2	3	0	3
11.	1	2	2	4
12.	2	2	2	4

Ti pacienti, kteří měli problém s namalováním hodin, často říkali, že jsou zmatení na základě používání digitálních hodinek a nedokázali si již vybavit klasický ciferník. Některým nemohlo být malování hodin ohodnoceno dvěma body, jelikož jim **ručičky neukazovaly přesný čas**, nebo dokonce **ukazovaly čas velice odlišný**. Spolupráce během tohoto testu byla se všemi výborná. Test přišel respondentům i zábavný.

V podstatě se **všemi respondenty byl rozhovor uskutečněn mimo zdravotnické zařízení** a s pohledem zpět lze říci, že vše probíhalo za klidných podmínek, s dostatkem času a pohodlí, což bylo pro výzkumníka a respondenty nejdůležitější.

Celý výzkum probíhal **čtyři měsíce**. Nejvíce oslovených bylo v měsíci lednu a nejméně v prosinci. V lednu se stal výzkum celkově náročným, vzhledem k dosažení určitého časového skluzu, jelikož v měsíci prosinci byli osloveni jen dva pacienti a ani jeden s účastí ve výzkumu nesouhlasil. Prosinec nebyl šťastný měsíc pro výzkumné šetření, již vzhledem

k Vánočním svátkům. V nemocnici se propouštělo a celkově bylo i méně výkonů. Plánované výkony se spíše omezovaly. Implantace portu se nedělaly žádné. Rychlejší tempo, které výzkumné šetření nabralo v měsíci lednu, přetrvávalo až do února. Po Novém roce výkonů opět přibývalo a celkový skluz se podařilo dohnat a tím se zdařilo splnit požadavek minimálně 12 rozhovorů. Pacientům bylo, ohledně průzkumného šetření, vše vysvětleno a poté byli tázáni, zda tedy chtějí do výzkumu vstoupit, či nikoliv. Nikdy nebyl žádný pacient nepřemlouván, ani nebyl pokoušen navést na cestu, proč by měl rozhovor uskutečnit.

### **6.3.1 Oslovení, kteří odmítli účast ve výzkumu**

V průběhu celého výzkumného šetření bylo osloveno **celkem 24 pacientů**, z toho **11 pacientů aktivní účast ve výzkumu odmítlo**. Nejčastějším důvodem, proč se pacienti nepodrobili výzkumného šetření, byl subjektivní pocit, že **nemají dostatek zkušeností**, nebo že **nebyli nikdy nemocní**. Takto odpovídali převážně pacienti po elektrické kardioverzi.

Vzhledem k tomu, že docházelo často ke shledání s onkologicky nemocnými pacienty, bývalo důvodem odmítnutí **zhoršení pacientova zdravotního stavu**. Jak fyzického, tak psychického. Někteří měli první chemoterapii naplánovanou hned na druhý den po implantaci portu a v den zavedení neměli nakonec náladu na rozhovor a bývali často stále ve fázi šoku. Diagnóza jim byla sdělena teprve před pár dny a pacienti byli ještě plní otázek a nejasností.

Jedné onkologické pacientce bylo v den schůzky voláno na mobilní telefon, ale nereagovala ani na odeslanou zprávu. O týden později byla obdržena informace o pacientčině **úmrťi**. Byli také tací, kteří si vzali čas na rozmyšlenou, ale pak se rozhodli, že rozhovor dělat nechtějí, ať už z důvodu, **že se jim nechtělo, nebo důvod neudali**.

### 6.3.2 Průběh uskutečněných rozhovorů

Přehledně všechny respondenty blíže uvádí tabulka č. 2.

Tabulka 2 Přehled všech respondentů, se kterými byl proveden rozhovor.

Pořadí rozhovoru	Pohlaví respondenta	Druh výkonu, který respondent podstoupil	Datum narození respondenta	Délka nahrávaného rozhovoru v minutách
1.	Žena	Implantace portu	50 let	44:32
2.	Muž	UZ srdce	41 let	22:50
3.	Žena	UZ srdce	35 let	36:11
4.	Muž	UZ srdce	42 let	42:00
5.	Muž	Kanylace CŽK	68 let	1:11:03
6.	Žena	EKV	52 let	36:17
7.	Žena	Implantace portu	69 let	39:04
8.	Žena	Implantace portu	63 let	56:01
9.	Muž	EKV	60 let	20:30
10.	Žena	Implantace portu	59 let	44:10
11.	Žena	UZ srdce	73 let	50:43
12.	Muž	EKV	85 let	42:57

Poznámka: UZ srdce – ultrazvuk srdce (transtorakální, esofageální), EKV – elektrická kardioverze, CŽK – centrální žilní katetr

Rozhovory se všemi dvanácti respondenty probíhaly po propuštění pacienta z nemocnice do stanovené doby čtrnácti dní od jejich propuštění. Rozhovory byly realizovány buď u pacienta **doma**, nebo v **klidnější kavárně**, na které jsme se společně domluvili. Vždy se podařilo s pacientem navázat vztah a všechny rozhovory probíhaly v přátelském duchu.

Respondenti se sami v rozhovorech zmiňují, že jsou rádi, že někomu pomohou, ale že uskutečněnou návštěvu vnímají také jako příjemné zpestření. Převážně **onkologičtí pacienti vítali, že mohou někomu sdělit své pocity** s péčí zdravotníků. S onkologickými pacienty **byl rozhovor celkově náročnější**. Tito pacienti mají silnou potřebu vyprávět o své nemoci, o tom co kde zažili a co je kde bolelo. Často bylo potřeba je vracet k původnímu tématu, ale také se často stávalo, a to převážně později během výzkumného šetření, že výzkumník nechal



respondenta vyprávět, pokud to nebylo úplně zcestné a mimo téma výzkumu a nakonec se ukázalo, že celá historika byla pro výzkum velice přínosná. Někteří onkologičtí respondenti i během rozhovoru plakali. Bylo to buď na základě dojetí z určité situace, kterou vyprávěli, nebo jako projev radosti a úlevy, na základě příjemného popovídání o tom co cítí a co zažili. Jedna pacientka sdělila, že nyní jako pacient s rakovinou se cítí být jakoby prašivou a že i lidé se s ní málo baví a už vůbec si s ní nikdo nechce povídat o tom, co dělala, či co prožila v nemocnici.

Styl rozhovoru, který byl s pacienty veden, měl snahu dopřát pacientovi co největší **pocit svobody** k jeho projevu a ten se ozřejmil za velice vhodný. Během rozhovoru bylo důležité respondentovi **aktivně naslouchat**, udržovat oční kontakt a reagovat ve správnou chvíli. Bylo také velice důležité si rozmyslet, zda nyní je vhodné položit další otázku, nebo nikoliv. Otázky byly **kladeny jasně**, i když někdy bylo **nutné bližší vysvětlení**. Otázky byly voleny se snahou, aby dostatečně reagovaly na danou situaci, která v rozhovoru nastala. Vždy se odvíjely od průběhu rozhovoru a podle individuality respondenta. Každý rozhovor měl **podobně znějící úvodní a závěrečnou otázku**. V úvodu byl respondent tázán, jaké jsou tedy jeho zkušenosti s péčí a přístupem zdravotníků a že jsou tím tedy myšleni zdravotníci všeobecně (sestry, lékaři, sanitáři). Během výzkumného šetření zazněly otázky v podobném znění:

*„Jaké jsou Vaše zkušenosti se zdravotníky? Máte pocit, že o Vás pečovali dobře, či špatně? Co byste hodnotil/a kladně a co záporně? V čem vidíte problém? Máte nějaký silný zážitek spojený s péčí, či přístupem zdravotníků? Povyprávějte mi prosím ještě o chování zdravotníků. Co se přesně stalo? Ovlivnilo Vás to nějak? Jak se chová taková sestřička, když říkáte, že byla dobrá, špatná? Můžete mi to vysvětlit trochu více? Je ještě něco, co byste mi chtěl/a sdělit?“*

Během rozhovoru bylo respondentovi dáváno slovně najevo, **že vše, o čem vypráví je pro průzkum důležité**. Závěrem byl respondent výzkumníkem tázán, zda bylo něco, co pacientovi tento čas přinesl, nebo jaké má pocity z rozhovoru. Byla to otázka, se kterou se výzkumník s respondentem loučil a navodil s ní i odpovídající atmosféru. Ne však vždy. Byli i tací, kteří se v této fázi rozprávěli a rozhovor pokračoval dál.

Během každého výzkumného šetření byla **dobrá atmosféra**. Nikdy nebyly zaznamenány rušivé elementy, či nějaký jiný problém. I když rozhovory probíhaly většinou půl hodiny až hodinu, často výzkumník s respondentem strávil i dvě až tři hodiny. Respondenti si rádi

povídali o své rodině a o svém životě ještě před nemocí. Toto se odehrávalo převážně ještě před rozhovorem. Jakoby onen vztah, který byl vytvořen již v nemocnici, bylo třeba ještě zesílit, podpořit, či oživit.

Pokud probíhal **rozhovor v kavárně, nebyl natolik intimní, v porovnání s rozhovory v domácím prostředí**. Tím je myšleno, že výzkumník se nedozvídal tolik o respondentově rodině a nestrávil s ním tolik času. Co se týče kvality, či množství informací, které byly získávány k výzkumu, nemělo na ně vliv, zda byly sdělovány v kavárně, či doma. A to z toho důvodu, že si pacient mohl sám zvolit, kde se mu bude s výzkumníkem lépe povídat a jaké podmínky se mu zdají optimální. Každý měl možnost si vybrat to, co mu je bližší a kde se bude cítit lépe. Tato slova zazněla již ve chvíli, když byla schůzka domlouvána. **Cílem výzkumníka bylo, aby se respondenti cítili dobře a mohli se soustředit pouze na to, co chtějí sdělit.**

S **muži** byl výzkumný **rozhovor náročnější**. Měli totiž obecnou tendenci se vyjadřovat jednoduše a přímočaře a neměli ve zvyku se detailně věnovat pocitům z určité zkušenosti. To platilo u všech mužů. Během rozhovoru s muži jsem byla nucena více zasahovat do rozhovoru otázkami a více se doptávat jak vlastně je sdělovaná informace přesně myšlena, aby nedošlo ke zkreslení zprostředkované zkušenosti. Rozhovory s muži byly náročnější, vzhledem k tendenci zachovat pružnost výzkumu a neovlivňovat nikterak respondenta.

Ukázalo se ale, že **ke každému rozhovoru je nutné přistupovat individuálně a specificky**. Délka rozhovorů se odvíjela dle množství zkušeností, na které si respondent vzpomněl a které byl ochotný sdělit. Nejčastěji se rozhovor pohyboval kolem třiceti až čtyřiceti minut. Nejkratší rozhovor trval dvacet minut a třicet vteřin a nejdelší jednu hodinu, jedenáct minut a tři vteřiny. Nejmladším respondentem byla mladá pacientka ve věku třiceti pěti let. Naopak nejstarší respondent měl krásných osmdesát pět let, byl chodící, samostatný a veselý. Ukončení rozhovoru většinou proběhlo na základě ujištění, zda respondent řekl vše, co chtěl a zda tedy může být rozhovor ukončen.

## **6.4 Způsob zpracování dat**

Pomocí techniky doslovné transkripce bylo docíleno přeměny mluveného projevu na podobu písemnou. Tento časově velmi náročný proces byl však podmínkou pro podrobné vyhodnocení rozhovorů (Hendl, 2016, s. 212). Další analýzou dat se výzkumník snažil dát shromážděným údajům smysl. Hledal pravidelnosti. Systematicky byla všechna data výzkumníkem prohlédnuta, seřazena a klasifikována na základě jejich pravidelnosti (Hendl,

2016, s. 230). K této analýze docházelo již na začátku sběru dat. U kvalitativního výzkumu je nutné, aby sběr dat a jejich analýza probíhala souběžně. Díky tomu je výzkumník schopen danou problematiku lépe popsat.

Po doslovné transkripci textu následovala jeho analýza za pomoci otevřeného kódování. Kódování je přiřazováním kódu, což jsou symboly, které pomáhají data popsat (Hendl, 2016, s. 232). Tyto symboly mohou být předem dané, nebo se vytvářejí až během empirického výzkumu, dle jeho vývoje (Hendl, 2016, s. 215). V tomto průzkumu byly kódy tvořeny až na základě dat. Nebyly tedy stanoveny dopředu. Každý kód odhaluje v nasbíraných datech určité téma. Během otevřeného kódování došlo k jakémusi seznamu symbolů, neboli témat a to pomohlo v dalším hledání symbolů a v další analýze dat. Každý kód může být podstatným jménem nebo slovesem (Hendl, 2016, s. 251). Závěrem tohoto empirického výzkumu, na základě srovnání a syntézy všech kódů, bylo možné definovat určitý koncept a ten popřípadě dále srovnávat s koncepty již vytvořenými (Hendl, 2016, s. 215).

## 7 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

V této kapitole jsou představena všechna témata (symboly, kódy), která vznikla na základě otevřeného kódování doslovné transkripce, tohoto průzkumu. Symboly, neboli, kódy, pomohou popsat a ozřejmit obsah nasbíraných dat a vysvětlit blíže témata, která se týkají zkušeností pacientů s péčí zdravotníků.

Na základě otevřeného kódování nasbíraných dat vzniklo definitivně, po opakované analýze a syntéze dat, **55 různých témat**, které byly pro přehlednější interpretaci dat dále rozděleny na **dvě základní oblasti**. První oblastí je soubor **26 témat**, který je zahrnut pod **oblast** s názvem **péče**. Těchto 26 témat je dále děleno na **5 hlavních kódů** a **21 podkódů**, specifikující zkušenosti pacientů, které patří k péči. Druhou oblastí je naopak **nepéče**, se kterou se pacienti shledali a tuto nepéči blíže vysvětluje **30 témat**, které z nepéče vychází a které jsou také pro lepší interpretaci dat dále rozděleny na **5 hlavních kódů** s **25 podkódy**. Všechny hlavní kódy i podkódy budou detailně vysvětleny doloženými doslovnými výpověďmi pacientů. Vzhledem k velkému množství dat – výpovědí respondentů, **jsou dokládány** k jednotlivým kódům vždy pouze ty **výpovědi**, které byly **považovány za důležité**.



Obrázek 1 Přehled rozdělení výsledných kódů

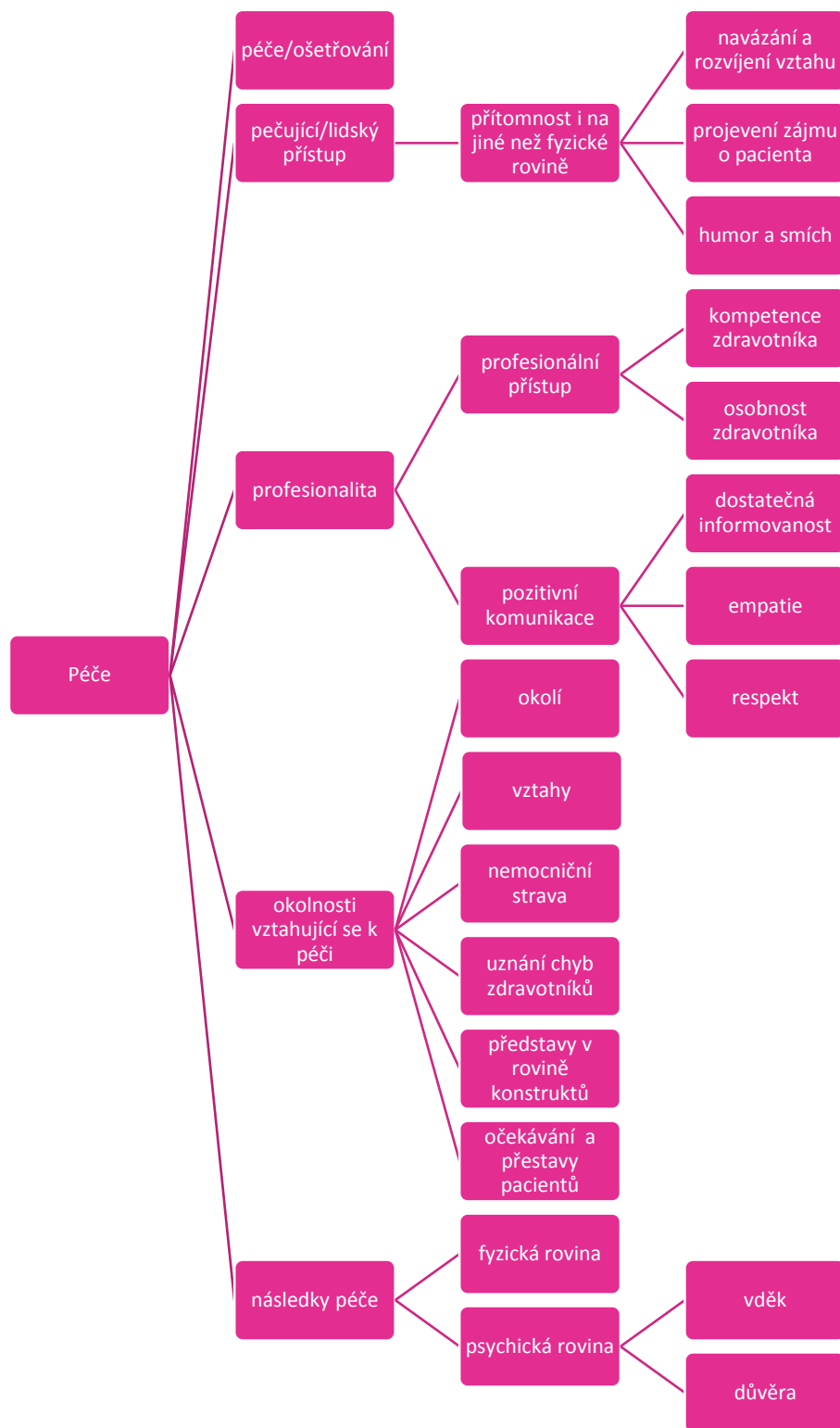
Rozvedení jednotlivých oblastí péče a nepéče, s hlavními kódy a podkódy, je následující.

## 7.1 Výsledky výzkumu – oblast péče

Oblast **péče** obsahuje 5 hlavních kódů. Veškeré kódy jsou zvýrazněny tučně, aby byl přehled kódů výraznější.

- **péče/ošetřování**
- **pečující / lidský přístup - přítomnost i na jiné nežli fyzické rovině** zahrnující ohled na individualitu pacienta, navázání a rozvíjení **vztahu**, projevení **zájmu** o pacienta, **humor - smích**
- **profesionalita - profesionální přístup** vyznačující se schopností získat důvěru pacienta ve zdravotníky, **pozitivní komunikací** zahrnující **empatii** a **respekt** (vedoucí k **dostatečné informovanosti** – dostatečná informovanost je sice následek, ale pro snazší práci s daty je přiřazen k profesionalitě), ovlivněná **osobností zdravotníka** (která se odráží v celkové profesionální péči)
- **okolnosti vztahující se k péči** (včetně očekávání pacienta) – **okolí** (tj. prostředí, ve kterém je péče poskytována), **vztahy** (myšleno ve více rovinách – vztahy mezi zdravotníky na pracovišti i mezi pacienty), **nemocniční strava** a v neposlední řadě je sem přiřazen kód **uznání chyb zdravotníků**, neboť má potenciál (buď pozitivně či negativně ovlivnit vnímání poskytované péče pacientem – zde zahrnuto pozitivní ovlivnění, u nepéče pak negativní ovlivnění) a dále pak **očekávání a představy pacientů** a **představy** (myšlenky) též v rovině **konstruktů**, kterými se snaží vysvětlit různé jevy
- **následky péče** - vzniklé vlivem kompletní a profesionální péče, mohou být na **rovině fyzické**, nebo **psychické**, která se projevuje například **vděkem** pacienta, **důvěrou** a jeho celkovou spokojeností

Následující obrázek č. 2 poukazuje na **systematický přehled** všech kódů **oblasti péče**.



Obrázek 2 Přehled kódů oblasti péče pomocí aplikace Smart Art

**Péče/ošetřování** je jedním z hlavních kódů výzkumného šetření. Pod tímto kódem se pacienti pozitivně vyjadřují k tomu, co pro ně bylo vykonáno, nebo že o ně bylo dobře postaráno. Často se ve výpovědích pacientů objevují slova jako: změří, udělají, přinesou, chytanou, poskakují, dají, pečují, vyjednal, našel, přijdou, pošlou, posadí, vyhoví a podobně. Tato slovesa vyjadřují převážně činy, které zdravotníci pro pacienty vykonali a oni je hodnotí kladně.

Například respondent č. 3 řekl, že je dostatečně spokojený s péčí zdravotníků: „*Nepřijde mi, že by, že jako že ty lidi v tý nemocnici jako, že by se o ně mělo víc starat.*“ Respondent č. 1 uvádí, jak se o něho sestra se zájmem starala: „*Šla se mnou ta pečovatelka, potom ještě volala sestru, tak ještě sestra mne podepírala, kousek mne vedly ... říkala moment, jenom položím prádlo a úplně mne chytla, protože mne se úplně zamotala hlava.*“ Respondent č. 4 je spokojený, když s ním někdo je a když sestry vykonávají svou ošetrovatelskou práci: „*Člověku už jenom stačí, že tam ten přístup je, že změřej ... beru to, že sestřička přijde ráno, v poledne, večer, udělá ty, přinese léky, tohle to.*“ Respondent č. 5 spatřoval péči sester v neustálém zájmu a péči, kterou shledával za obsáhlou: „*...jak kolem mne poskakovali furt, furt tam někdo nakukoval, ptal se na něco ... že když vidím, co oni tam musejí všechno dělat, ... jak jsem Vám říkal, 80 kg chlap a na něj jsou dvě sestry, teď ho musejí obracet, já nevím, to je kolikrát tam musejí chodit, že jo, kvůli tomu že je v plínách no. Dyť já je viděl, jak pochodovaly s těma nočnikama po chodbě. No, teď starý lidi, ty jsou jak malý děti už.*“ Dále uvedl: „*No, tak tam zase byl takovej starej děda, kde kolem něj sestřičky skákaly jak kolem zlatýho telete*“. Pacient byl skoro nadšen ochotou a pracovitostí sester. Oceňoval převážně náročnou péči o staré a nemohoucí pacienty.

Ten samý respondent (5) dále uvedl: „*Je teda fakt, že ta doktorka přišla na to, že jsem měl glykemii dvacet dva, jo a tak okamžitě reagovala. ... A už ze začátku mne ta doktorka připadala strašně aktivní.*“ Při rehabilitaci se respondent č. 5 ujistil, že bylo o něho dobře postaráno ve chvíli, když ztratil rovnováhu: „*Jsem si říkal co, mne určitě mne neudržíte. Jen jsem maličko zakolísal, jako když mne bafne medvěd. Chytla mne, srovnala*“.

Respondent opět pozitivně hodnotil přístup a kladný vztah zdravotníků, obzvláště ke starším pacientům - „*To byli starý lidi, který jsou jak malý děti a věnovali se jim stejně jako každému jinýmu, ne-li víc, bych řekl. No, bylo vidět, že maj vztah. I kluci, ti zřízenci, bylo vidět, že prostě si těch lidí starejch vážej trochu, že to nedávaj tak, vy jste tady odložený, vás nikdo nechce, tak se máme starat my o vás...*“ a vyjadřoval velké pochopení pro práci zdravotníků

s tím, že nejen udělají to, co musí, ale zdůrazňoval, že i ve složitějších situacích se zdravotníci chovali k pacientům pěkně: „*Dělej to, co musej a pak můžou bejt lidi rádi, že se chovaj takhle. Ono, když pak v noci začnete blbnout, furt něco budete potřebovat ten přijde a stejně Vám v klidu všechno pěkně udělá*“.

Respondent č. 6 vzpomíná na péči, která mu byla poskytnuta a hodnotí ji kladně, neboť pomohla: „*Tak jsem pak jela do nemocnice, teda a pan doktor mne z toho, fakt, okamžitě mne nasadil nějaký já nevím, já tomu nerozumím, ale něco na dýchání nějaký inhalace, snad i nějaký antibiotika a mne to strašně pomohlo a opravdu od té doby se mi mnohem lépe dýchá... Říkal, že já tady musím bejt, já nemůžu odejít. Jako, že tam jako hlídal, aby se mi něco nestalo a to... Tam se nám věnovali.*“ Neméně důležitá součástí této výpovědi odkazuje ke starostlivosti a péči zdravotníků, která vedla k pozitivním následkům v tom smyslu, že se pacientka cítila bezpečně. Respondent č. 7 popisuje akční konání zdravotníků: „*Ale, když jsme přijeli před nemocnici a viděla jsem toho řidiče z té sanitky a jak mne popad a donesl mne do toho křesla a jen už si pamatuju jak semnou po té chodbě k té ambulanci utíkal.*“ Dále respondent poukazuje na jistotu, kterou pocítil ve spojitosti s dobře vykonávanou péčí: „*Nebo, už máte takovou jistotu, že o Vás tam jako pečujou nebo se o Vás staraj ... Ráno přišly a jestli nepotřebuju pomoct při mytí.*“ Opět je z výpovědi zřejmé, že byl ze strany sester zájem o péči o pacienta. Respondent dále poukazuje na formu péče ze strany lékaře: „*Tam byl ten pan doktor hodnej a ten mi dal ty inhalace. Dal mne nějaký antibiotika já si to nepamatuju..*“ Respondent č. 8 popisuje péči, která se odehrávala hlavně na fyzické rovině, zajistila však všechny potřeby a proto byla hodnocena kladně: „*No, po přijetí ráno o půl 8, když mne vlastně dělali EKG. Změřily tlak, no a pak to tam semnou pan doktor sepsal, no a sestřička mne odvedla na pokoj tak jsem tam dostala hned kapačku. ... Že nám povlíkly postel... No a dávaly nám ty injekce na tu, aby se rozhejbaly střeva.... Když jsem potřebovala čaj tak mi přinesly, nebo pak tam daly tu konvici, tak si člověk nalil čaj, že jo. ... Vždycky přišly, co potřebovala paní, injekci, nebo tak tak vždycky píchly, nebo jí to přišly převázat, že jo. Nebo doktor, když měl vizitu, tak se přišel podívat, že jo. No, mne vždycky prohmatli břicho.*“ Respondent č. 9 oceňuje pomoc v situaci, o které si myslí, že by ji sám nezvládl: „*Který to tam semnou celý oběhl, jako saniťák a kdyby tam semnou nešel, tak tam možná ještě bloudím dneska.*“ Respondent č. 10 ocenil poctivost v péči poskytované svým praktickým lékařem: „*On hned Vás poslal třeba ke specialistoj. ... Taky Vás jako vyslechne, nebo to a jako, prohlídne, jako všechno, prostě tlak, když k němu chodím kvůli práškům, nebo to. Za dva roky na kontrolu, jako prostě všechno to takhle dodržuje. Tlak, teda změří*



*Vám EKG, prostě všechno.*“ Respondent č. 11 se pozitivně vyjadřuje k lázeňské péči, kterou zakusil po ukončení rehabilitace: „*Skončila s rehabilitací, tam bylo to, že Vás zabalily do deky, položily a teď dvacet minut budete odpočívat*“. Respondent č. 12 kladně hodnotí dopomoc personálu, které se mu dostalo: „*Prostě všude se o mne starali, tohle mne vzorně. ... Tak co můžu tak si udělat, nebo požádám a sestřička vyhoví.*“ Jeho tvrzení poukazuje na jeden velmi důležitý aspekt péče – prospěšná péče vede k soběstačnosti pacienta a je mu poskytována dopomoc pouze tam, kde sám nezvládá. Přehnaná, byť dobře míněná péče může vést k prohloubení nesoběstačnosti až závislosti pacienta.

Pod hlavní kód **péče/ošetřování**, další podkód přímo nenavazuje, avšak všechny kódy z celé **oblasti péče** se navzájem doplňují a většinou se i prolínají, jak je vidět v právě popsané problematice péče/ošetřování. Převážně hlavní kódy **péče/ošetřování, pečující/lidský přístup a profesionalita** spolu velice úzce souvisí. Každý hlavní kód jde ruku v ruce s dalším podkódem a kódem a tak společně vytvářejí celou **oblast péče**.

**Pečující / lidský přístup** je druhým hlavním kódem **oblasti péče** a je dále rozvinut v podkódy: **přítomnost i na jiné, než pouze fyzické rovině, vztah, zájem a humor/smích**.

Kód **Pečující / lidský přístup** dále rozvíjí kvalitu samotného aktu péče, popsané výše, péče ve smyslu něco pro někoho udělat, podržet a změřit a přináší nám konkrétnější informace a to v pozitivním slova smyslu, jelikož je řeč o oblasti péče. Pacienti shledávají za dobré, aby s nimi bylo jednáno jako s člověkem, takzvaně lidsky. Tak, jak sděluje například respondent č. 3: „*Ty sanitárky, ty byly super, ty byly prostě výborný. To byli lidi, který tě nechali bejt a nebo se s tebou bavili jako člověk.*“ „*Tak tam mi přišlo ... ten... lidskej přístup*“. Dále se k lidskosti vyjadřuje respondent č. 8, který si uvědomuje, že určitou formou lidskosti je také nezacházení s člověkem/pacientem jako s něčím, nýbrž zacházení jako s někým. Říká: „*Takový, takový přátelský. Takový, neberou Vás jako věc. Neberou Vás jako věc, berou Vás prostě jako pacienta, který potřebuje pomoci no. Takhle bych to řekla asi.*“ Podobně to vidí i respondent č. 11: „*Že Vás nebere jako kus, kterej tedy tam je pro to, abyste tedy jednou za měsíc, dostala peníze.*“ A také respondent č.1: „*Ale musíte s tím člověkem mluvit jako s člověkem.*“

V kódu **pečující / lidský přístup** narážíme na další přiblížení v chování zdravotníků. Pacienti se ve svých výpovědích shodují, že byli zdravotníci milí, hodní, příjemní, hovorní, všímaví, chápaví, trpěliví a že se k pacientům chovali velice hezky, až perfektně či výborně. Přistupují k pacientům individuálně, nepovyšují se a jsou ochotní vyjít pacientovi vstříc. Respondent

č. 4 uvedl: „*Všichni milí.*“ „*Na tom, na tom lůžkovým, tam sem asi neviděl žádnéj nějaký stres, nebo něco tajovýho, že by tam bylo.*“ Respondent č. 5: „*Ta doktorka, mne pochválila třeba.*“ „*A taky jsem zůstal překvapenej, že ona přistupuje k těm pacientům ke každému zvlášť. Ona se s ním vybavuje. Ona přesně ví, asi přibližně, jak je. Jak, co ho trápí. Ty, prostě, mne přišlo, že mají nějaký školení, jako psychologové.*“ ... „*Tak se jdeme koupat a já na ní zůstal čumět, říkám co? No jo, musíme, musíme. Nebo nám tady začnete smrdět. Tak jsem si říkal, Ježíši Kriste. Nic si z toho nedělejte, takových sem viděla* (říkala sestra). *Pak jsem se zeptal, to se Vám pak ten chlap nehnusí, normálně, když to? Říkala, ne. Tak jsem si říkal, no tak. A to byly mladý holky, ty by mohly být moje dcery... no nevím no, jestli je to takhle všude.*“ Respondent poukazuje na nepovyšování lékaře nad pacienta a uznává toto chování za součást lidského přístupu: „*Vůbec se nepovyšoval.*“ „*Jsmo si pokecali vždycky u toho.*“ Respondent č. 6 taktéž hovoří o lidském přístupu a vstřícnosti: „*Jako ochotný. Milý vstřícný, vždycky mi poradili ... Takovej ten přístup třeba mnohem líp se cejtím ... není takový napětí.*“ Respondent č. 7 zmiňuje přístup dodávající naději: „*No, teď Vám řeknu, že jsem měla jako ošetřujícího lékaře jako cizince, neměla jsem českýho lékaře, tam vlastně přišel jenom primář a zástupce, jako český lékař a ty zase se snažili Vám vlejt do žil takovou naději. Já jsem říkala, oni by mne snad dovedli do nějaký víry, že prostě jako musím věřit, že to bude zejtra lepší a tak se mne snažili jako uklidňovat a takový jako. To snad není ani možný, moc hezky se chovali.*“ „*Nikdy mne neodbil do telefonu, byla neděle... místo na oběd, šel operovat a zavolal si teda někoho, kdo přišel asistovat. Velice, velice ochotný doktor, to jako.*“ Respondent č. 9 si chválí pozitivní komunikaci v přístupu zdravotníků: „*Bylo třeba fajn, že ta sestřička s Vámi prohodí nějaký to slovo. Jo, ne jenom jdeme měřit tlak, dejte mi ruku já Vás píchnu.*“ Respondent č. 11 opět poukazuje na pečující přístup a pochopení pacienta: „*Podívejte se, třeba veme tašku tomu pacientovi, ano čeká na něho u vchodu, ten pacient jde, má s sebou takovou brašnu, pomůže mu do sanity... Říkám, to pochopení, ten vztah, že jo, vidíte, že je zajímavá, co Vám schází, proč k tomu lékaři jdete, nebo proč navštívíte to pracoviště.*“ A další podstatný aspekt zmiňuje respondent č. 12: „*Tam taky měli trpělivost.*“

Podkód **přítomnost i na jiné, než fyzické úrovni** není tak obsáhlý, ale přináší cenné informace o prožití zkušenosti pacienta, který shledává za příjemné, pokud dává zdravotník najevo, že je přítomen nejen fyzicky, ale i psychicky. Objevují se prvky blízkosti, určitého propojení a vřelosti, jako je například držení za ruku a pohlazení. Respondent č. 6: „*Ona vždycky mne hladí po ruce ... a naposledy, když to bylo, tak trvalo strašně dlouho to*

vyšetření. *A ta sestřička byla u mě a hladila mne po ruce ... a říkám, vždycky na mne strašně dobře působí, když máte pocit, že prostě tam s Váma jsou, bavěj se s Váma.*“ Respondent č. 1: *„No tak se posadíme, no tak víte co, tak se posadíme, a potom zkusíme, buď Vás odvezu na tom vozečku k umyvadlu ... Úplně vřelost. Úplně, prostě, držela mne za ruku, hladila mne, nebojte (říkala sestra), to zvládneme (říkala sestra), ... prostě úplně úžasná ... a říkala, tak jakpak, už jste dneska seděla?“* Respondent č. 4: *„Nějaká pak řekne 120/60, jo, že prostě řeknete, co jste tam naměřila, nebo se zeptám kolik a jo, že jako, že prostě ta komunikace ta odpověď, prostě nějak, nějakým způsobem prostě co se jakoby děje.“* Respondent č. 5 se podělil o tento zážitek: *„Tam mladý holky. Posad'te se, co, jablko nechcete? Já říkám, já nemám zuby. Jen co jsem se otočil, já jsem ho měl nastrouhaný. Tady máte. Mne ho nastrouhaly. Jsem říkal, Ježíš Maria, já nemám zuby, já to neukoušu. A aniž by se mne ptala, tak mi ho nastrouhala. No, tak když to berete pak takhle.“* Respondent č. 10 byl mile potěšen, že si sestra během výkonu k němu sedla: *„Představte si to ona si ke mne klekla, chytla mne za ruku, ta sestřička.“* Respondent č. 11 uvedl: *„ ... kdy opravdu ten pacient má pocit, že opravdu tam ta sestra a ten lékař, tam jsou pro něj. A jsou takový.“*

**Vztah** je další téma, podkód, který vyšel z výpovědí respondentů. Pacienti svou zkušenost popisují jako příjemný rodinný či kamarádský vztah nebo přístup, který se jim líbí. Tato vzájemná interakce, která je odborně také označována za profesionální blízkost, je nedílnou součástí profesionální péče. Respondent č. 1 přirovnal vztah mezi ním a sestrou ke vztahu mezi matkou a dcerou: *„Jako kdybych byla její mamka.“* Respondent č. 2 poukázal za zřejmý vztah na základě dětského oslovení, které mu bylo ale příjemné: *„Já jsem tam vstoupil a on mne řekl beruško.“* Respondent č. 3 měl pocit, že je se sestřičkou úplně kamarád: *„Za mnou chodila, povídala si se mnou, ... že jakože bychom byly největší kámošky.“* Respondent č. 5 měl pocit, že patří k nim, že byli takoví rodinní: *„Prostě se se mnou pak bavili, jako kdybych patřil k nim ... No, já nevím, takovej rodinnej typ.“* Respondent č. 6: *„A tam je sestřička, taková a ta vždycky ona se mnou jedná jak s dítětem“.* Zde by mohlo být poukázáno na to, že přístup k pacientovi jako k dítěti, patří spíše k maligní komunikaci. V tomto případě bylo chování sestry vnímáno respondentem jako pozitivní, které vytváří určitý pečující vztah, mezi pacientem a zdravotníkem. Opět se nám zde odráží individualita v přístupu k pacientovi, které si je možno v tomto kontextu všimnout. To, co jeden považuje za maligní komunikaci, může druhý vidět jako pečující přístup. Respondent č. 7 to vidí podobně jako respondent č. 5: *„Tak ten pacient říká, já jsem už něco vydržel, tak to vydržím i teďka a tak jste s nima takovej jako kamarádskej vztah jako. Já nevím, jak bych to nazvala.“*

*A líbilo se mně to.“ Respondent č. 8: „Tam si sedly. Ty Jitce říkaly paní žlučnicková, mne říkaly paní ... a říkaly, jdem se k Vám uklidnit.“*

**Zájem** je pojímán jako pozitivní prvek, který vede k produktivnímu chování a je tedy druhem pečujícího přístupu, který také nabízí pacientovi prostor, pro jeho vyjádření. Tento nástroj napomáhá zdravotníkům nahlédnout do jeho rozpoložení a jeho potřeb. Všichni respondenti ve svých zkušenostech určitým způsobem zájem popisují. Je velice často formulován jako otázka, mířená na pacienta. Zájem může mít mnoho podob. Najdeme ho například také za strachem zdravotníků o pacienta nebo v jejich ochotě a vstřícnosti. Zájem je také často projeven samotnou přítomností zdravotníka. Tak, jak uvádí respondent č. 7: *„...na těch jiných odděleních se přišli podívat. ... To jo, to tam furt někdo byl“.* Respondent č. 7 dále k tomuto kódu řekl: *„Ale ony říkaly, že by mne rády daly na jiné pokoj, ale že nemůžou, že mají ... narváno.“ ... „Přímo mne i doktor volal, že už pan doktor, co mne bude operovat, vrátil z dovolený, jestli s tím jako počítám, já jsem říkala, jako že jo. A povídal jakpak břicho, jestli je už zahojený. Že by chtěl, aby se to jako nenarušilo.“* „No, že k Vám jako chodili častějc. Že jako doopravdy, já bych Vám řekla, že každou chvíli tam byl někdo nakouknout nebo jako furt, něco potřebujete, nebo nepotřebujete?“ Respondent č. 1 zájem popisuje takto: *„A říkala, tak jakpak, už jste dneska seděla?“* „Dobrý den, já jsem sestřička Anička, a když byste něco potřebovala, tak si zazvoňte.“ Respondent č. 2: *„Prostě nemohu říct, že by mne nějak doktor přehlížel, nebo sestry, nebo nějaký zdravotní personál.“* Respondent č. 2 také sdělil, že se stále ptaly: *„Jak se Vám daří? A takový, jo.“* Respondent č. 3: *„Zkusili s tebou navázat kontakt.“* „Za mnou chodila, povídala si se mnou.“ Respondent si také povšiml, že měli o něj zdravotníci strach: *„Že měli strach.“* Respondent č. 4: *„Nebo, že prostě jakoby to nebere jenom jako ve smyslu, že tady máš a dělej si, co chceš.“* Respondent č. 6 uvedl, jak byli zdravotníci k němu ochotní: *„No a měla jsem si vyzvednout jako v lékárně a přesně jsem byla poučená, jak si to mám, co už nemám brát Pradaxu, ale jak si ho mám píchnout kdy, ale jelikož jsem bordelář, tak ten recept, vůbec jsem netušila, že platí jen 14 dní a že taky musím předem, to mne vůbec nenapadlo. No a šla jsem do ty lékárně fakt až v pátek, kdy jako pak, v pondělí jsem odjížděla, takže sobota neděle pak už, jo zavřeno a já jsem dokonce, ne v pátek. No a tak v jedny lékárně ho neměli, v druhé lékárně ho neměli. Dcera mne to oběhala tady. Tady ho taky neměli no a teď jsem říkala, no tak to je dobrý, teď si ho mám v neděli píchnout, tak co mám dělat? No, tak jsem volala do nemocnice teda a tak jsem se tam mluvila s nějakou paní doktorkou na ambulanci a tak jsem říkala, že vím, že je to moje blbost, ale jestli by neměli. A ona říkala, ale my ho tady nemáme.“*

Hledaly tam se sestřičkou, ale měly něco jinýho. Něco jinýho tam měly, ale tohle, že ne. No, tak jsem říkala, já nevím jak to. No, tak jediné něco jinýho. No a pak sestřička říkala, já jsem jeden našla, jako jednu injekci. A já jsem jednu injekci potřebovala. Tak říkala, tak si pro to přijedte.“ Respondent uvedl ještě jednu situaci, kdy mu vyšli zdravotníci vstříc: „Protože jsem byla v XXX, tam mne poslal pan doktor ... dojednat si ty ablace a tam mne řekli až za rok termín. Že tam mají fakt plno, že to nemám nic jakoby zas až tak akutního, takže za rok. No, a jelikož my jsme odjížděli do toho zahraničí za synem, tak jsem to chtěla mít dřív za sebou. Takže mne kamarádka poradila, ať si napíšu nebo, ať si zavolám do Brna. Jsem psala mejl, ne volala. Do Brna do Prahy na XXX a do XXX a byla jsem hrozně překvapená. Oslovila jsem přímo ty já nevím, ty přednosta, nebo profesory, já nevím a byla jsem hrozně překvapená, že se mi všichni ozvali a opravdu v krátké době. Jo, že jsem to ani nečekala. Že mne telefonicky kontaktovali. Dokonce i v tý Praze, já už nevím, jestli to byla XXX, nebo XXX. Jenom mne volal ten asistent. Ten se mnou všechno vyřídil, řekli mi, kdy by mne vzali a jako opravdu hrozně ochotný.“ Zájem sester uvedl respondent také takto: „Sestřička každou chvíli pořád se ptala, jestli něco nepotřebuju, jestli se mi leží dobře, jestli nechci někde poškrábat, jestli to. Jo, to samí na pokoji. Pak choděj za mnou, jestli chci zvednout trošku postel, nebo napít, že jo, že se nemám zvedat.“ Respondent č. 8: „Abych jí to poslala, abych jí dala výsledky, že jí to strašně zajímá.“ Dále poukazuje na ochotu zdravotníků takto: „A teď mne tam přinesli bílý kafe, k snídani a já říkám, já dostanu už snídani, já bych měla jít dneska už domů. Ne, vy máte psaný bílý kafe. Já jsem říkala, sestři, já ho nepiju, tak jestli mi přinesete teplý čaj, že jo. A ona říkala, tak já Vám přinesu teplý čaj, až půjdu, tak Vám přinesu teplý čaj. A za chvíli přišly ty dvě, jak já říkám šoumenky, ty dvě sestřičky, jedna mi přinesla svůj jogurt a jedna mi přinesla dvě večky. Ona říkala, no jo, oni na Vás zapomněli, že máte mít snídani a jedna mne tam věnovala svůj jogurt, abych se nasnídala a jedna mi ještě přinesla večku.“ Sestry se se zájmem pacienta ptaly „A jsou takový to. To když jsem se tam objevila, tak ony, ale paní XXX, co nám to děláte? Takovou dobu jste měla klid, co blbnete?“ Respondent č. 9 poukázal na starostlivost zdravotníků: „No, měli starost. Mne se třeba stalo, že paní doktorka odcházela z práce, nebo skončilo jí zaměstnání a viděla mne, že sedím u televize na chodbě, tak ještě přišla, už převlečená v civilu, jak mne je, zeptala se. Tak jsem jí tam něco řek, tak se mnou ještě šla na sesternu, tam mne ještě já nevím, do neschopenky něco dopisovala, že jsem tam byl, přitom by nemusela. Mohla mne taky říct, skočte si tam, oni Vám to napíší.“

Respondent č. 10: „Taky, každou chvílku za mnou byly, jestli něco nepořebuju, jestli nepotřebuju prášky.“ „A prostě mne řekla, paní XXX, ne, že půjdete k nějakému léčiteli! To tady má ženský, který chodily k léčiteli a pak už bylo pozdě. Ne, že půjdete.“ ... „Jo, nebo nepotřebujete něco a Vy jste mi taky říkala, že jestli mne to bude bolet, tak si mám vzít prášek.“ ... „Manžel ho jednou potkal, jak jsem potratila, že jo, tak mu řek, že jsem strašně zhubla a já jsem si tam šla psát prášky na tlak a on mi říká. No jo, Jano, potkal jsem toho Vašeho a ten mně řek, že jste strašně zhubla! Zejtra naklusejte ke mne. Sem tam šla, no, vlezte si mne na váhu. Papírek měl, kolik jsem vážila dřív no, no, čtyřicet sedm kilo, že jo. Tak já Vás pošlu na rentgen žaludku.“ Respondentka poukázala na zájem ze strany lékařky, které nebylo lhostejné, jak se pacientka postaví k léčbě a uznala za vhodné pacientku upozornit na možné nevhodné kroky v jejím počínání

Respondent č. 11 si uvědomoval zájem v péči o jeho bezpečnost a pohodlí: „Sedí se Vám dobře? Ale musíte se připoutat, protože teďka musej bejt pásy i v sanitě.“ ... „Fajn je to, když máte pocit, jako pacient, že toho zdravotníka, ať je to sestra nebo, ať je to lékař, zajímáte. Ano? Že Vás nebere jako kus.“ Tímto výrokiem respondent upozorňuje na důležitost nezhmotňování pacienta a nedělání z pacienta jakož to subjektu, objekt. Respondent č. 11 také uvedl zájem takto: ... „Přišla, není Vám zima? Máte to dost teplý? Jo? Co byste chtěla za bylinu, abych Vám tam dala do té koupele?“ Respondent se dále podělil o příběh, který je z doby nástupu do nemocnice k výkonu a který poukazuje na zájem sestry o pacientův klid: „Před vyšetřením, před kolonoskopií, vzhledem k tomu, že jsem byla den před tím, na interně jsem ležela a neměla jsem lůžko. Musela jsem čekat jo. A takže jsem seděla tam u stolu a kde jedli normálně pacienti a to a kde tedy byl i veřejný internet. A bohužel tam leželi i naši tmaví spoluobčané, za kterými tam chodí návštěvy v jednom, alespoň šest, že, aby mu tam nebylo smutno a stále, ale bez ohledu na to, jestli to teda je vhodný, nebo není vhodný. Oni teda spoléhají tedy na to, že sestřička je usměrní. Běžte pryč, tady nemůžete to. Takže celé to dopoledne se tam střídali. A sestřička takhle přišla a říkala, prosím Vás, nezlobte se, pojd'te, posadíte se. Sice tu postel pro Vás ještě nemáme, ale posadíte se alespoň na pokoji, kde teda to lůžko mít budete, aby jste, aby Vás nerušili, tihleti návštěvníci“.

**Humor/smích** je pečující taktika a název dalšího podkódu. Humor má pozitivní vliv na pacienta nejen podle literatury ale i podle respondentů tohoto výzkumu. Pacientům se líbí veselí zdravotníci, kteří se na pacienta usmívají a umějí udělat legraci. Nemají rádi bručouny, co nemají smysl pro humor. O humoru a smíchu se dozvídáme skoro od všech respondentů, s výjimkou respondenta č. 3 a č. 11. Respondenti vidí humor a smích v péči zdravotníků za

ozdravný a vítají ho. Jako například respondent č. 12: „*Jej, (smích)... když se na mne zasměje. A to mne stačí,..no, tak to jsem hned zdravější. I ta paní doktorka se usmívala. “ ... „Tam, byla legrace, v nemocnici. “* Pacienti s těžkou diagnózou si humorem také odlehčují svou situaci, tak, jako například respondent č. 8: „*No, a to bylo ještě to, že jsem brala ještě ten Heparin, mne tady píchali do břicha manžel. To si zapíchal, když nemůže jinak“.* Dále se k humoru a smíchu vyjadřuje: „*Že si k nám na pokoj chodili na pokoj pro drby. Že u nás byla na pokoji, s tou paní byla legrace. “* Respondent č. 1 se zmiňuje o smíchu: „*Tam byla jedna sestřička úplně úžasná. Ta prostě přišla vždycky se smíchem. “* Respondent č. 2 poukazuje na vtipkování a smysl pro humor, který je u každého trochu jiný: „*A smysl pro humor, jako, že co si budem povídat, někdy je dost drsnej, někdy je jemnej, záleží, co člověk, tak to jiná nátura a prostě zatím jsem se nesetkal se sestrou, prostě každá to vždycky svým způsobem pobrala, když to řeknu takhle jo? Jako že se neurazila, když jsem udělal narážku na ní, jako že i humor od sestry. Jakože třeba já jsem řekl vtip a ona na oplátku mi řekla taky vtip. Jo?“* Respondent č. 4: „*Plusový je v tom, že komunikuje, nebo že se snaží vtipkovat. “*

„*Jo, myslím si, že jo. Že párkrát se i třeba, že i já, člověk jakoby zavtipkoval, nebo tohleto třeba, jo, už mne nesete konečně oběd, ...na oběd je brzy (odpověděla sestra), šak já myslím jako tohleto, jako oběd (léky)...trošičku to tam jakoby na té volnější bázi ... tam, to měření a tydlety věci tam probíhají v rámci toho co má a ta přidaná hodnota prostě toho, že ty sestřičky tam občas zašpásujou, nebo ne, zas jo, prostě nějakým způsobem tam udělají něco bokem. “* Dokonce zde, z respondentova tvrzení vyplývá, že to, že sestra vtipkuje, je určitým druhem péče, který je ještě něco navíc, něco bokem. Respondent pokračuje: „*Prostě, tak nějak prostě člověk ukáže a tohleto a píchne, píchne a já říkám, nic se neděje. Jako, když už mám odebráno a já říkám já jsem nic necejtíl, tak říkám, to máte špatně udělaný, když říkáte, že to píchne a nepíchlo to. (smích) Jo, jako že člověk se tak nějak jakoby snaží špásovat, no prostě trošičku to zvednout na ten humor. “* I zde se pacient snaží odlehčit celé situaci nemoci, pomocí humoru, který, jak sděluje, to tak trochu vyzvedne. „*Než jsem usnul tak tam doktoři semnou špásovali, anesteziolog se tam bavil, říkal, šak já budu tady a tohleto, tohleto. Že jo, dělej s Váma vtipy. “* Respondent č. 5 má rád veselé zdravotníky, kteří umějí udělat srandu, nikoliv nějaké bručouny, jak uvádí ve výpovědi: „*Ten je výbornej, s ním je sranda. “* „*Si ze mne dělal srandu, protože zjistil, že jsem na ultrazvuku srdce třikrát nebo čtyřikrát usnul... to bylo fajn. Já mám kliku, já vždycky narazím na solidní lidi. Ne na žádný bručouny. “* .....,*Zasměje se. To je taky dobrý u doktora. Tam jedna sestřička, vysoká štíhlá,*

*ta tam poskakovala jak koza. Smála se, zpívala, jezdila na tom vozejku. Bere to ze srandy. To je pak hned veselý. Jo no. Než koukat na někoho nabručenýho.“ „Jsem si s ní pokecal, při tom jsem musel cvičit. Jsem říkal já nerad cvičím. Ono Vás to přejde. Já říkám no jo, protože jsem věděl, že rodiče vedli taneční, tak jsem říkal, ještě mne budete učit tancovat snad ne? Jestli chcete? Okamžitě, už jsem tady naučila starýho pána, byl to Polák, ale naučila jsem ho tancovat. On to chtěl, tak ho sestra, s ním tancovala po ty ordinaci, tam, jak maj, jak tam cvičej no. Říkám, sranda no.“ Respondent č. 7: „Jo, to já byla mrtvá smíchy, když mne nemohli napíchnout tady tu kanylu a on tam byl první den a říkal, nech mne to bejt, mne to hrozně baví, já se určitě trefím. Tak to pobral s takovým humorem.“ Respondent č. 10 také pojednává o legraci během hospitalizace. Nejen se zdravotnickým personálem, ale i se spolupacienty. Je rád, když je kolem něho veselo a když sestřička pacienta vybízí k tomu, aby byl veselejší a smál se. Respondent č. 10 pokračuje ve své výpovědi: „Byla ještě hubenější. Malá a ještě hubenější, než já. Tak jsme se smály, že jo, tomu.“ „...„Taková, vidí na Vás, že s Váma mluví, aby jste se smála.“ „...„Usměvavá a to se mne právě u těch sestřiček líbí, když jsou usměvavý.“*

**Profesionalita** je třetím hlavním kódem v **oblasti péče**, který obsahuje sedm jednotlivých podkódů a to: **profesionální přístup, důvěra ve zdravotníky, komunikace pozitivní, informovanost dostatečná/pozitivní, empatie, respekt a osobnost zdravotníka**. Všechny tyto kódy jsou opět pojmenovány podle typu informace/zkušenosti, která z výpovědi vychází. Ve výpovědích je profesionalita jako taková sdělována různě. Za důležité pacienti považují zdravotníkovou znalost a schopnost v jeho oboru propojenou s určitou profesionální slušností. Díky poctivému přístupu k práci a znalostem, správně určí pacientovo onemocnění. Slušnost je myšlena převážně tím, že zdravotník při vstupu do pokoje zaťuká, poté pozdraví, představí se a podá pacientovi ruku. Respondenti vypovídají také o jakési schopnosti sebeovládání v náročných situacích a profesionálním projevu. Respondent č. 1 o zdravotníkovi uvedl: „Znalý ve svém oboru.“ Respondent č. 2: „...on je na to studovanej, má školy, má zkušenost.“ „Když ti něco říká, tak ví, o čem mluví.“ Respondent č. 4 očekává, že lékař bude dělat opakovanou kontrolu a ujištění, než něco vykoná: „Samozřejmě milionkrát se při tom vyšetření zeptá, která to je.“ Zde pacient poukazuje na důležitost komunikace. Respondent č. 5: „Takový, prostě příjemný, nebyli prostě vidět, že jsou znechucený, jo tou profesej, že to dělají jenom, že je tam nikdo nenutí, aby to dělali, že prostě podle mýho dobrovolná práce.“ Dále uvedl: „Jak ten doktor... ho dokázal usadit a prostě ukázat, že on je lékař a že on bude rozhodovat, kam půjde, když ho rodina nechce.“ Z



výpovědi respondenta č. 5 je zřetelný trochu odlišný pohled na lékařův přístup. Jedná se opět o určitý paternalistický přístup lékaře, který dnes již není brán jako za správný, ale tento pacient jej za správný považuje. O některých sestřích se respondent vyjádřil, že jsou odolné a chovají se furt stejně: „*Některý jsou prostě odolný, vydržej všechno, chovaj se furt stejně.*“ Na sestřích si povšiml: „*Nebo, já jsem si všim, že si tam jedna s něčím hraje, říkám sestro prosím Vás, se mi zdá, že s tou kapačkou si tam hraje, nebo co si tam lámal. Myslíte, že mu vynadaly, ne! Říkaly, dědo s tím se nehraje a musely mu dávat znova, že jo. Dokonce říkaly, Ježíši Kriste, že si ještě něco neudělal.*“ U personálu shledává profesionalitu: „*Ten personál, to já bych řek, že to bere opravdu profesionálně. No, že to nejsou žádný hysterici, který začnou okamžitě nadávat, že pacient udělal tohle, že se jim podělal do postele.*“ „*Ale u těch sester můžu říct, že jsem úplně koukal, jaký mají železný nervy.*“ „*Dobry znalosti teda to jsem si všim, že maj.*“ Respondent č. 6: *Tak vlastně zjistili, že mám vyšší tlak, díky tomu mne poslala k panu doktoroj ... na EKG, jemu se tam něco nezdálo a zjistil, že mám vrozenou vadu. Jo, takže, nebo když tam jdu, nebo když tam jdu na preventivku, tak to není, jak se říká, jo půjdete tam ne asi už tak není, dostanete razítko a to. Ne, tak to, to, jsou takový preventivky, že Vám teda prohlídne úplně všechno.* Respondent č. 7: „*Tam to bylo perfektní. Tam se o mne starali jak doktoři, tak sestřičky, tam mne dali všestrannou péči.*“ V následující zkušenosti respondent poukazuje na profesionalitu ve sdělování závažné diagnózy: „*Je to velice dobrá kapacita, a že je hlavně lidskej. Je to lidskej doktor. Kterej se Vám snaží podat tu diagnózu, nebo tu Vaši nemoc tak hrozně hezky*“. V projevu respondenta č. 7 je vidět, že za profesionalitu je brána určitá komplexnost více pozitivních prvků a postojů, které vedou ke spokojenosti pacienta. Respondent č. 8 sdělil: „*Okamžitě už ten doktor volal na cétéčko, už mne objednával na pátek, na cétéčko, že uděláme cétéčko. Že potřebuje urgentně ted'ka prostě, že něco na té stěně žaludeční našel, jako, že potřebuje udělat to cétéčko, jako jo. Že to je nutný jo, no nejdřív, že to asi nedopadne a pak že jako jo. Jo, je to dobrý paní .. v 10:00 hodin už tam na Vás budou čekat, že jo*“. Zde je znázorněna lékařova schopnost rychle zařídit naléhavé vyšetření, což působí dobře na pacienta. Respondent č. 10 zaznamenal profesionalitu v bezbolestném odběru krve: „*Ta mladá, ta mne tak bezvadně vzala krev, já jsem ani nevěděla, že mne tam píchla jehlu.*“ Respondent č. 11 poukazuje na příjemný pocit, ze zjištění, že je tam pacient pro zdravotníka: „*Ale jinak, jako jste tam měla pocit, je fakt, že tam je mnoho rehabilitací a těch koupelí, že tam jste pro toho zdravotníka.*“ Respondent č. 12: „*Ale všechny byli slušný a že plnili ty svoje povinnosti*“.

Kód **důvěra ve zdravotníky** z výpovědí pacientů je zřejmé, že pacienti lékařům důvěřují, což poukazuje na to, že věří v jejich profesionalitu. Potvrzuje to ve své výpovědi respondent č. 2: *„Když mi doktor řekne, že se to musí udělat a je to potřeba, tak já mu věřím.“* Dále uvádí: *„K tomu, já mám zatím i doktory i ty sestry, mám důvěru.“* Jeho důvěra je k sestřám a lékařům zatím nebyla nikdy ničím narušena. Respondent č. 6 uvedl: *„... že, když s tím nemáme žádný zkušenosti, že když chodíme k primáři rehabilitačnímu, takže nás v žádném případě nenapadne, ho upozorňovat, aby mu udělal rentgen jo, že mu člověk důvěřuje.“* Respondent uvedl, že jako pacient je nezkušený v oblasti lékařství a nikdy by lékaře, nebo primáře oddělení neupozorňovali, jak má léčit. Důvěřuje lékařům. Dále respondent vypověděl: *„Že mám pocit, že si člověk říká, jestli má, jestli je, no tak když tam ležíte na tom sále a jde na Vás s těma plackama, tak si říkám, Ježíš, doufám, že to umí.“* Opět, vkládá svůj život do rukou lékaře a důvěřuje mu. Pacienti se vyjadřovali pouze k důvěře v lékaře, nikoliv v sestry.

**Profesionální přístup** je kód, přinášející bližší informace o profesionalitě ze strany zdravotníků, co se týče jejich chování a přístupu k pacientům. Více konkretizuje a specifikuje jejich projev k nemocným, ve kterém se odráží zájem, empatie ale i lidskost a důstojnost, se značným ohledem na soukromí pacienta. Opět respondenti zmiňují, jako součást profesionálního přístupu, důležitost sdělení jmen sestry či lékaře. Pacienti si tento profesionální přístup chválí. Tak, jak to uvádí například respondent č. 1: *„Dobrý den, já jsem sestřička Anička a když byste něco potřebovala, tak si zazvoňte.“* *„On je tak příjemnej, on ti podá ruku, představí se.“* *„Vůbec rozdíl nedělala.“* Za profesionální přístup vnímá respondent i to, že zdravotník poskytuje péči všem, ne jen někomu, koho si vybere. Respondent č. 2 uvedl, že i když přišel na řadu až odpoledne, lékař se k němu choval, jako by byl ten den první: *„Naopak jsem se setkal s doktorem, nějaký doktor..., ve .. nemocnici. Příklad. Doktor měl ordinální hodiny jenom ve střed, my jsme tam, otec mne tam dostal, protože jsem měl problémy furt jakoby s ohybem kotníku, furt mne to tam bolelo, takže mne dostal do .. Přišel jsem ráno na sedmou hodinu, ten doktor mne poslal na rentgen, na řadu šel jsem až podotýkám, až v 5 hodin odpoledne, tolik tam bylo pacientů na ten den a když jsem vstoupil do ordinace tak ten doktor se ke mne choval jako kdybych byl ten den první.“* *„Ten lékař na mne působil, jako kdyby vůbec neexistovalo těch třicet nebo padesát pacientů přede mnou, ale jako kdyby před chvilkou přišel do ordinace jo, žádná pokleslá nálada, nebo to prostě, ta vitalita z něho čišila, úplně to bylo, úplně nakažlivý“.* Respondent si chválí pozitivní náladu lékaře, která, i navzdory pracovní vyčerpání, byla k pacientovi projevena.

Také si chválí, že zdravotníci se nechovali arogantně: „...*Žádný povýšenecký.*“ Respondent č. 5 vypověděl: „*Ten prostě ke mne přišel, musím Vám zkontrolovat prostatu, souhlasíte?*“ Respondent spatřuje profesionalitu v projevu lékaře, když si stojí za tím, co již řekl: „*Jo, něco řeknete a za tím stojí.*“ Dále uvedl, že se sním lékař snažil komunikovat tak, aby mu pacient rozuměl: „*Jo, u těch doktorů, oni se snažej taky, jo to říct lidově, aby tomu člověk rozuměl.*“ Respondent č. 6 uvedl, že si vážil pozitivního postoje k jeho soukromí: „*On mne zatáhl tu plentu, ať se jako svlíknu.*“ Respondent č. 7 si myslí, že se to už dost změnilo a že se nyní i představí: „*Představěj se, kdo je a vedou s Váma ten jako hovor. Jako hodně se to změnilo.*“ Respondentka dále poukazuje na to, že ji dali lékaři při sdělování diagnózy takovou naději: „*Protože, tamty mne řekli, při těch prvních nádorech budeme to operovat a budeme se snažit vyléčit a už víc Vám neřekli, ale takovou Vám dali naději a takovou jako, prognózu dobrou.*“ Respondent č. 8 poukazuje ve svém projevu na vhodně zvolené místo, při sdělování důležitých výsledků: „*Jenže pak, když mne pak volal primář.. že mi to nebude po telefonu říkat, no tak si mne vzal do kanceláře a řek mne tam, že je to špatný*“. Také ale sděluje, jak empaticky a citlivě s ním bylo jednáno při propuštění: „*Druhej den pak ráno, když mne jako propouštěl, když byla vizita, tak mne jako popřál, že mne jako bude, ať se držím, že mne bude držet palce, aby mi to dobře dopadlo. Že to, už pak bylo takový, jako.. protože člověk v tyhle situaci čeká, alespoň já čekám, takový vlídnější slovo.*“ „*On se mne třeba zeptal, když tam přišel, ten před tou operací večer, co všechno o tom vím*“. V tomto projevu spatřujeme profesionální zájem. Lékař zjišťuje pacientovu informovanost. Respondent č. 9: „*Protože každej lékař se Vám tam představí, řekne Vám co Vám bude dělat jo.*“ Podobně, pozitivní zkušenost s tůkání na pokoj, má i respondent č. 10: „*Najednou, tůky tůky.*“ Respondent č. 11: „*Když jde kterýkoliv zaměstnanec kolem Vás a pozdraví.*“ Respondent č. 12: „*představili se.*“ „*Já, říkám, ke mne se chovali velmi dobře a slušně i s tím úsměvem. Neřečtaly se třeba nahlas, to ne, ale třeba někdy stačí jen takový, slovo nějaký, který člověka povznese.*“

V kódu **komunikace pozitivní**, je možno se dozvědět, s jakou vhodnou komunikací se pacienti setkávali. Jak s nimi zdravotníci hovořili. Z projevů zdravotníků je slyšet empatie a pečující přístup, také podpora a pochvala. Během výkonu byli rádi, že si s nimi personál povídá a sděluje jim průběh vyšetření a že bude výkon trvat už jen chvíli. Pozitivní komunikace bývá často pomocnou berličkou ve strachu pacienta. Nejde jen o to, říci pacientovi, že se nemusí bát, ale také záleží na tom, jaká slova volíme a jak je použijeme. Například respondent č. 1 řekl: „*No, tak se posadíme, no tak víte co, tak se posadíme.*“

„*Nebojte, to zvládneme.*“ Dále podle respondenta č. 1 měli zdravotníci příjemné vystupování: „*Příjemné vystupování.*“ Ohledně pozitivní komunikace ještě respondent vypověděl: „*Tak a teďka Vás osprejuju, nelekněte se, tak a teďka to píchne, jo a to..*“ „*Tak, si lehněte ale nebojte se, trošku to bude studět. My to tady nemáme zahřívány. (smích) tak jsem si lehla, studěli mne záda a teďka říkala, tak a teďka Vám řeknu, až tam zalezu, tak Vám řeknu, nadechněte se, nedýchejte, a ono to zabzučí, nebojte se, nic na Vás nespadne a to..*“ Respondent č. 3: „*A přístup některých byl fajn. Bojiš se, dobrý, to bude dobrý.*“ Respondent č. 4: „*Řekl jo, za chvíli to bude hotový, ještě chvíli, už Vám to zašijeme, už pojedete na pokoj.*“ Respondent č. 5 uvedl, že byl podpořen sestrou, že to společně zvládnou: „*Ale jo, všechno půjde. Já Vás chytnu.*“ „*No vidíte to, zvládli jsme to.*“ „*Tak říkala, no, takhle to asi nepůjde, to jsme fešandy, že jo.*“ Respondent č. 7 si pochvaluje větší komunikaci: „*taková jako větší komunikace, mezi tím pacientem a personálem.*“ Respondent č. 8 to vidí podobně: „*Taky říkaly, paní .. ještě chvíli, je to dobrý, je to dobrý. Vydržela jste to, je to prostě v pořádku, ještě chvíli, ještě chvíli to bude trvat, no. Je tam ten problém, musíme to udělat.*“ Respondent č. 10: „*A ještě mi říkala, vždyť Vy jste bojovnice. Na tohle teda, na ni teda fakt opravdu..*“

Ke kódu **komunikace pozitivní** se pojí **informovanost dostatečná**. Tento kód vypovídá o tom, jak byli pacienti informováni, respektive co uznávali za vhodné, aby jim zdravotník řekl, nebo vysvětlil. Respondenti uvádějí, jak moc jsou pro ně informace důležité. Tak, jak to řekl například respondent č. 4: „*Všichni milí, tak nějak mi to vysvětlej.*“ „*Většinou, když jsem se na cokoli zeptal, nebo tohle, tak mi to bylo vysvětlený.*“ Podobně to vidí i respondent č. 5: „*Já jsem se pak zeptal, Ježíš, já mám zas nějaký prášek, proč, tak mne to sestřička vysvětlila.*“ „*I doktoři tam jsou na to lepší. Že vysvětlej.*“ Respondent č. 2 uvádí, že mu bylo vždy vše vysvětleno, ale také bylo řečeno, jaké komplikace mohou nastat. Také uvádí, že vše, co pacientovi sdělili, se také stalo. Nikdy nebyl špatně, nebo nedostatečně informován: „*Vždycky, když jsem teda měl podstoupit nějaký zákrok, nebo se něco mělo dít na mém těle, vždycky mne to bylo vysvětleno, bylo mi řečeno, jaké mohou být komplikace a vlastně, nemůžu říct, že prostě, že bych nějaký jako, že by mne špatně informovali, nebo nedostatečně informovali.*“ „*Vždycky prostě to, co mi řekli, tak to se dělo.*“ Respondent č. 3: „*Řekli, to, co věděli, takže to bych neviděla jako problém.*“ Respondent č. 7 tvrdí, že dřív takováto úroveň informovanosti neexistovala, jako je nyní. Vždy mu bylo vysvětleno, co mu budou dělat, co budou píchat: „*Přišly, hlavně řekly, teď Vám budu dělat tohle, teď Vám budu píchat tohle. To dřív neexistovalo. Nebo, teď Vám budu dávat kapačku a to máte na tohle*

*máte na tohle a řekli mne to, pak přišly, píchly mne to a odešly.*“ Pozitivní způsob informovanosti může probíhat nejen ústně, ale i písemnou formou, jak vypovídá respondent č. 7: *„Přišel dopis, že v neděli mám nastoupit a v pondělí bude operace.“* Respondentce č. 8 si chválil už jenom to, že na něj během výkonu zdravotníci mluvili, a když mu bylo názorně ukázáno, co se implantovalo pod kůži: *„Pak jsem se dozvěděla, že mne to jenom opíchaj. Ale jste tam jako dobrý. Protože už jenom to, jak jste na mne mluvily, ten strach opadl, jak paní doktorka ještě řekla, co jako bude dělat a co jako dělat nebude.“* *„Pak přišla jedna taková hodná sestřička, která mne vysvětlila všechno, co se týče operace. Odvedla mne na ten mini sálek.“* Respondent si dále chválí, že mu bylo názorně ukázáno, co se implantovalo pod kůži: *„Když jste mi pak ještě ukázala, co jste mi tam vlastně voperovaly.“* Upozorňuje ale nato, že je ráda informována, ale nemusí vědět všechno, protože tomu stejně nerozumí: *„Ale vyhovovalo mne to, že mi řekla a teď uděláme tohle, že jo. Prostě, že jste tam dělaly něco, že jo, nebo nepotřebovala jsem to úplně vědět všechno v tu chvíli. Protože stejně, člověk tomu nerozumí. Že jo, prostě, to jsou věci, který znáte Vy a který já prostě jako neznám a to no.“* Za pozitivní bere i komunikaci telefonem. Lékař se zájmem pacientce volá, aby ji sdělil výsledky, na které čeká: *„Což mne jako, jako to mne ještě pan doktor.. volal, že mne volá, že má výsledky těch markrů.“* *„No, právě tam paní doktorka, vždycky když přišel nějaký ten výsledek té patologie, tak mi to vždycky jako řekla, že jo.“* Opět je respondentem shledáno za pozitivní, že vždy dostal všechny výsledky ihned, jak přišly. Respondent č. 9 to vidí podobně: *„Řekne co bude dělat a vysvětlí přesně postup, jak to bude dělat.“* Za kladné také shledává komunikaci během výkonu, kdy bylo pacientovi sdělováno, co se průběžně děje: *„Tam jsem při zákroku normálně mluvil s lékařema a ten mi říkal, děláme tohle, a tohle a všechno mne prostě řekl. Když mi pouštěli sondu do srdce, rukou, že jo tak ... Já jsem se ho ptal, jestli už mne napíchli a on mne říká, no jsme v rameni.“* Respondent dále uvádí, že mu vždy sdělili takové informace, aby vše pochopil. Lékaři použili jak odborných termínů, ale také vše blíže specifikovali do laické řeči a celý výstup dotvářela kresba nemocného orgánu, aby pacient mohl lépe porozumět dané problematice: *„No, sdělovali to tak, aby to ten člověk pochopil. Řekli to třeba i já nevím, po lékařský stránce, ale zároveň to i vysvětlili, co to znamená.“* Respondent ve výpovědi pokračuje: *„Že mi dokonce i malovali to moje nemocný srdce, jak to pracuje, co tam je špatnýho, ukázali mne to. Jo. Řekli, co mne s tím budou dělat, na kolik procent se to povede.“* Respondent č. 10 tvrdí, že pokud měl pocit, že něco nevěděl, optal se a poté mu byly jeho otázky zodpovězeny: *„Ten mi to taky všechno vysvětlí, když se ptám, nebo to, tak ať mi to vysvětlí.“* Respondentovi č. 10 bylo vysvětleno přesně, kam si může odložit a kam si může popřípadě odskočit. Také kudy se má dále vydat a to vše,

považuje za dobré: „*Přišly, tamhlenc to, řekly co, tady si odložte, jestli chcete jít na stranu, běžte si támhle a tak dále.*“ Dále uvedl: „*Říkali, tady se koukejte na, jak Vám vypadaj střeva.*“ Při kolonoskopii shledal za pozitivní, když mu bylo nabídnuto, pomocí videokamery a přenosu video záznamu na obrazovku, sledovat průběh vyšetření.

Dalším podkódem patřícím pod hlavní kód **profesionalita** je kód **empatie**. Pod tímto kódem je možné nahlédnout do zkušeností pacientů, které mají empatický podtext a tím se dozvědět, jaké empatické kroky k nim byly projeveny. Respondentka č. 3 uvedla: „*Tak jich tak možná polovina měla pochopení.*“ Vítá od zdravotníků pochopení, které pro ni měla přibližně polovina zdravotníků. Dále respondentka uvedla: „*Jedna sestra, mne pustila a to nesmí z toho mít žádný oplejtačky. Tak ta mne, když jsem tam byla už delší dobu. Už mne bylo dobře, fakt dobře, nikdo mne nechtěl nikam pustit, tak když měla službu, tak mne pustila, že mne XY pro mne přijel autem, já jsem měla ve dvě, nebo ve dvě mne sundaly kapačku, další byla v šest, naložil mne do auta, jeli jsme do města, já jsem si tam dala dortíček, kafičko, prostě, prošli jsme se a on mne vrátil. Tohle kdyby se nestalo, stalo se to 3krát, tak já snad zešlím. To, hrozně moc ti to dá. Dvě tři hodinky, strašně moc. Jako že úplně, se nadechneš, že vidíš normální svět, že ještě žiješ, že tam prostě neshniješ na vždycky.*“ V této výpovědi pacientka popisuje, jaká situace nastala, jakým způsobem pocítila, že ji zdravotníci chápou a jak ji vyšli vstříc. Empatické jednání zdravotníků v této situaci je opět velice individuální a specifické. Pro pacientku doslova ozdravující. Respondent č. 5 uvedl: „*Sestřička mne chytla za ruku.*“ Gesto uchopení za ruku je projevem empatie, které může zdravotník pro pacienta vykonat. Respondent č. 8 sdělila: „*Já jsem tam fakt ležela hodinu, ruce takhle nahoře a pak už přišla sestřička a říkala, my už tu paní musíme pustit, protože ji úplně musej brnět ruce.*“ Z této výpovědi je zřejmé, že sestra se opravdu snažila vcítit do pacientčiny role a dokázala si představit nepříjemnosti, které z vyšetření plynou. Pacientku se snažila podpořit a povzbudit. Respondentka č. 10 při rozhovoru sdělila: „*Spíš mne na tý onkologii litujou.*“ „*Ať se nebojím.*“ „*To víte, že když jsem Vám říkala, že se strašně bojím. Řvala na mne paní doktorka, ne! No, no ... ještě mi říkala, že se nemám čeho bát, no.*“ Pacientka se shledávala na onkologii s lítostí a empatií, u sester i lékařů. Dále respondentka vypověděla: „*On mne říkal, no ... to je škoda, že jste potratila, to je škoda, to je škoda.*“ Zde lékař projevili lítost s událostí, která nastala. Dále také uvedla: „*Jsem říkala manželoj, jak jste byla ke mne hodná. Že jste mne držela i za ruku.*“ „*Dávají Vám to najevo, že s Váma soucejtěj.*“ „*A sestřička, zejtra přijdete zase sem k nám. A já, no. A ona, to zvládnete.*“ „*Ta doktorka ... ta taky. Taky ta mne utěšovala, říkala, nebojte se paní XXX.*“ „*Říkám, bude to bolet? Doktorka*

*ne, nebojte se, to nebude bolet.*“ Opět pacientem vítaná podpora a soucit, ze strany zdravotníků.

Profesionalitu doplňuje dále podkód **respekt**, který není nikterak obsáhlý, ale je součástí celého sdružení zaznamenaných zkušeností. Vypovídá o respektu, který pacienti mají ke zdravotníkům, v tomto případě obzvláště k lékařům. K sestřím, se ve spojitosti s respektem, respondenti nevyjadřovali. Ze zkušenosti o respektu hovoří pouze jeden pacient a to respondent č. 2. Vypověděl, že: *„Primáři na mne vždycky působej, jako takový, jako majestátně.“* Dále řekl: *„Já jsem byl, jako jsem k němu cítil až nábožnou úctu, jako působil na mne důvěryhodně, jo? A prostě a hlavně tak, že bylo vidět, kdo je tam šéf. Jo?“* Respekt, který pacient cítí, se zdá být následkem majestátního působení pana primáře, které může vést až k nábožné úctě a navázání důvěry k někomu, koho pacient, na základě vystupování a chování, považuje za šéfa.

**Osobnost zdravotníka/sestry.** V tomto podkódu se nachází jednotlivá osobnostní hodnocení na lékaře a sestry. Čeho si například pacienti na zdravotnicích cenní. Respondent č. 2: *„Na doktorech určitě upřímnost, že mi prostě narovinu řeknou, co se mnou je.“*

*Upřímnost, takový to pochopení, že jakoby neodsouděj pacienta jakoby kdy pacient jakoby kouří, nebo porušuje dietu, že ho neodsouděj hned, jako víš, že neřeknou: Hele ty se tady přejídáš tak tě nebudem léčit. Jo prostě mají snahu prostě i přes to, člověk, dobře, hřeší prostě, tak oni mají snahu furt jakoby pomoci no. Že prostě to takzvaně nezabalej, dřív než ten pacient. A na sestřích na sestřích co teda úplně to, nejvíc tak trpělivost ... trpělivost a smysl pro humor.“* Upřímnost lékaře a pochopení pro pacienta, to je to, čeho si respondent cenní. I přesto, že hřeší a ví, že dělá některé věci špatně. U sestřičky oceňuje její smysl pro humor a trpělivost, jako součást kvalitní péče. Respondent č. 5 má zkušenost se sestrami následující: *„No, příjemná, příjemný vystupování, jo, dobrý znalosti.“* U sester si pochvaluje jejich příjemné vystupování, dobré znalosti a inteligenci, s tím se cítí spokojeně. Dále se k lékařům vyjadřuje: *„...dalo se s ním krásně mluvit. Prostě takovej lidovej, obyčejnej.“* Respondent č. 6 tvrdí, že k této profesi není pro každého a je třeba mít určitou povahu, neboli náuru: *„Protože to taky nemůže dělat každej. Na to musí bejt nátura.“* Respondent č. 7 vítá přítomnost mužů na pozici zdravotní sestry: *„Co se mi teda líbí, že tam začínají tam bejt chlapi jako sestřičky, ty jsou teda fajňácký.“* Respondent č. 9 tvrdí, že sestry, které o něho pečovaly, byly: *„No, určitě pracovitý, slušný.“* Respondent č. 10 uvedl: *„je taková rázná.“* Pacientovi se líbila ráznost lékaře, která v něm vzbuzovala pocit profesionality. K tomu, jak mnoho

ovlivňuje práci zdravotníka jeho osobnost, se vyjadřuje více respondent č. 11: „*Takže ta osobnost každého toho zdravotníka, tady taky hraje velkou roli. Jak dalece se dokáže vcítit do toho člověka o kterého má pečovat a tak.*“ Také ještě podotýká: „*Ale bohužel i některý ty vlastnosti, ne zrovna, který by ten zdravotník měl mít.*“

Další oblastí, která rozvíjí hlavní kódy **péče/ošetřování, pečující/lidský přístup a profesionalita**, je kód **okolnosti vztahující se k péči**. Tento kód je pouze obecným názvem, který v sobě ukrývá dalších pět podkódů. **Okolí a vztahy, uznání chyb zdravotníků, nemocniční strava, očekávání a představy pacientů a konstrukty myšlenek pacientů**. Kombinace těchto kódů, respektive kombinace zkušeností, poukazuje na komplexní pohled pacientů na péči zdravotníků, kterou zažili a kterou se snažili, pomocí svých výpovědí, přiblížit výzkumníkovi.

V kódu **Okolí a vztahy** pacienti sdělují, co na ně působilo dobře, jako například dvojlůžkové pokoje a vzájemné ovlivňování s ostatními pacienty. Respondent č. 7 uvedl: „*Pěkný prostředí, když jsem tam po té operaci byla, já jsem si myslela, že je to nadstandardní pokoj a byl to normální jednolůžkový, televizi, říkám, všechno jsem měla.*“ Dále vypovídá: „*I to ubytování na těch pokojích. Teď jsem byla na dvojlůžkovém pokoji, takový pěkný.*“ „*Je to jiný když ležíte na pěti, šesti lůžkovém pokoji, než na dvoulůžkovém, protože každá tam z nás má jinou nemoc, každá trpí jinak a to se dá těžko srovnat.*“ Zde respondentka vysvětluje i důvod, proč je dobré, aby byly pokoje jen po dvou lůžkách, nežli po více. Líbí se jí, že měla soukromí a že se mohla zabavit díváním se na televizi. Tím shledala, že ji nic nechybí. „*Už jsem ležela vůbec na pěkných pokojích.*“ Tvrdí, že ležela již vícekrát na pěkných pokojích. Druhý a poslední respondent, který se vyjádřil k pozitivní zkušenosti, co se týče okolí a vztahů, je respondent č. 8. Řekl: „*A měla jsem tam spolupacientku, hodně věřící, já teda věřící nejsem a ta mne řekla tak krásnou modlitbu večer, pak ještě ráno, když mne tam vezly, tak mne taky pak ještě chytla za ruku a taky se jako pomodlila a to mne jako docela pomohlo.*“ Zde je z výpovědi patrné, že se spolupacientka stala pacientčinou velkou podporou. Ovlivnila ji velice pozitivně a probudila v ní naději, která ji pomohla. Pacientka, i když není věřící, přijmula rituál modlitby a dělalo jí to dobře.

V následujícím kódu **uznání chyb zdravotníků**, by byly vysvětleny varianty, se kterými se pacienti setkali, jakými způsoby zdravotníci uznali svou chybu, ve chvíli, když zjistili, že se tak doopravdy stalo. Respondent č. 1 uvedl: „*Tam prostě, když se ten lékař nějak nezdál nebo něco říkal špatně, nebo to, tak on to třeba řekl špatně, ale*



*v zápětí, se třeba hned omluvil, protože viděl tu reakci na tom pacientovi, na mne třeba, a řekl... je nezlobte se, ale uznal svoji chybu. Protože věděl, protože okamžitě reagoval na mimiku a na tom projevu toho pacienta.*“ Respondent č. 4 má zkušenost takovou: *„...Jakoby řekl, že se omlouvá. Pak vyšetřil tu správnou a dál pak vyšetřil tu správnou a to udělal jo.*“ Dále má zkušenost: *„Jo, jakože se mi za ně jakoby omluvila, že jsem měl pravdu.*“ Respondent č. 6 pocítil změnu, po tom, co došlo k určité chybě při jednání s pacientem: *„Ona asi poznala i sestřička asi poznala, že přestřelila. A když jsem tam pak přišla příště na kontrolu, tak už byla jako, už se chovala jinak, už jako to.*“ Z výpovědi respondenta č. 10 je patrné, že se lékař snažil pacientce vysvětlit, kde se stala chyba a ujišťoval ji, že rozhodně není na její straně: *„, Apak normálně jako otočil. Já jsem se mu teda za to omluvila, že za to nemůžu, že mne sem poslali. On říkal ne paní XXX, neomlouvejte se, to se nedohodli ty XXX jako s onkologií, ne nic, to jako to.*“ Respondent č. 11 byl také obdarován omluvou sestry, za to, že shledala komunikaci s kolegy za nevhodnou a rušivou: *„Měla jsem tam zkušenost, kdy teda jsem, mne šoupli do vany s nějakýma vonnýmá bylinkama a asi tři děvčata se tam mezi sebou bavily a hodnotily nějakou a věc a ta lázeňská ke který jsem patřila, nebo která patřila teda ke mne, dvakrát přišla se omluvit. Prosím Vás, nezlobte se, to je kolegyně, která je na mateřský, my probíráme věci, který Vás nemůžou zajímat, který Vás musej rušit. Já se Vám za to omlouvám, za chvíli odejde a budete mít klid. A když odešla, tak znovu přišla a znovu se omluvila.*“ Respondenti se setkali s tím, že se jim zdravotník nějakým určitým způsobem omluvil, tudíž uznal svou chybu. Nejčastěji byla omluva formulována omluvou slovní, ale také se objevila varianta následného vylepšení přístupu k pacientovi, při další návštěvě lékaře.

**Nemocniční strava** je název podkódu, díky kterému nahlédneme do pozitivního pohledu na stravování v nemocnicích. Na tento druh péče nebylo opět během rozhovoru nikterak poukazováno. Pokud měli pacienti potřebu se k tomuto odvětví vyjádřit, učinili to tak. K pozitivnímu hodnocení stravy se vyjádřili čtyři respondenti. Respondent č. 3 řekl: *„V neděli tam bylo jednou dobrý, řízek s bramborem.*“ Respondent č. 7 ke stravě uvedl: *„To mne ještě hrozně překvapilo jídlo ... a jídlo ... To se nedalo srovnat. Já jsem myslela, že jsem tam v hotelu. Jak dobrý jídlo a pestrý a různý.*“ Také řekl: *„Tam jako doopravdy, to bylo takový pro toho pacienta, jako když je doma.*“ Respondentovi č. 9 také chutnalo, i když z doslechu věděl, že strava ve zdejší nemocnici není kladně hodnocena: *„Hrozně mne tam chutnalo. Někteří lidi tam nadávaj, na to jídlo, ale mne tam chutnalo.*“ Podobně to viděl i

respondent č. 12 a podotýká, že je na závodní jídelnu zvyklý: „*Já nevím, někdo třeba nadává na jídlo, že je špatný, nebo něco, setkal jsem se s tím, je to někdo, ale pro mne to nebylo. Já jsem zvyklej prostě na závodní jídelnu.*“ Také vypověděl: „*Jídlo, všechno mne chutnalo, tam.*“ Respondentům chutná jídlo, které je dobré a pestré. Mají rádi takovou stravu, která odpovídá tomu, co jsou zvyklí jíst doma. Někteří, se setkali s tím, že měli pocit, že se stravují skoro jako v hotelu. Jiní si uvědomovali, že jde o stravu typu závodního stravování, ale i s ní, byli spokojeni.

Následujícím obsáhlým podkódem je kód **představy a očekávání** pacienta. Do tohoto kódu byly zařazeny výpovědi pacientů o jednotlivých situacích, v rámci interakce se zdravotníky, které nezažili, ale které si dovedou představit, jak by měly vypadat. Díky přiblížení pacientových představ by se zdravotník mohl následně motivovat a postupně se vydat na cestu zlepšování kvality péče. Představy se týkají všech hlavních kódů i podkódů. Vypovídají o pacientově představě komplexní péče, z různých pohledů, v různých chvílích prožívání jeho nemoci. Respondent č. 1 očekává od sestry: „*...aby semnou měla trpělivost.*“ Od lékaře očekává, že bude brát v úvahu individualitu pacienta a také, že bude brát zřetel na pacientův věk: „*Za prvé myslím si, že by měl odhadnout, když má brát v potaz věk pacienta. Protože když vidí mladého, když bude po operaci, můžou mít stejnou operaci, ale přeci jenom ten starší člověk to vnímá určitě hůře, nežli ten mladší, i když teda psychiku každý má jinou. I když to taky může být, že ten mladší na tom bude psychicky hůře, nežli ten starší. Protože už zase je jak se to říká, ty empatie jsou jinde... Nebo něco prostě. Ale myslím si, že tady tohle ten přístup.*“ Dále respondent sdělil: „*Ona musí vědět to, že ten pacient tam není jen tak, jako že tam simuluje, že mu něco je. A musí odhadnout, ano když je chodící, třeba tak může říct, a šlo by to třeba, že bych vám pomohla? A nebo nevím, co třeba, ale když je ležící a nemůže, tak mu to musí říct tak, aby on si nemyslel, že tam on prostě je nějaká jakoby na obtíž, nebo to.*“ Pacientka by ráda upozornila na to, aby pacient neměl pocit, že je zdravotníkovi na obtíž, nebo že je to simulant. Respondent ve výpovědi pokračuje: „*Posad'te se, musím vám říct teda, že teda doopravdy tedy není nic jiného, že tedy musíte jít na tu léčbu, a tak.*“ Očekává pečující přístup a dále vypovídá: „*A nebo to nemá říkat, že jde domů. Má říct, dobře, potřebujete tohleto, ale já to řeknu sestřičce, která se semnou ted' už bude střídát, jo a ten pacient třeba neví, kdy se budou střídát, tak ať to řekne, když už teda, tak diplomaticky.*“ Respondent dále vysvětluje: „*Nikdo nebude, když budete říkat někomu něco pěkně, tak nikdo na vás nikdy nebude moct. Nikdy i když by jste píchla ho, že ho to bude bolet, ale vy přijdete a řeknete: tak já vám jdu dát tu injekci, potom se vám pěkně uleví, tak*

*... a uvidíme, třeba to jen trošku štípne ... ale i když ho to bude víc bolet, než vy jste řekla, tak ale to, že jste mu přišla říct, že mu dáte tuhle injekci a pohládíte ho, nebo to, tak on vám to odpustí... To je ten přístup.“* Uvádí, že je třeba přistupovat k pacientovi diplomaticky, tedy opět volit individuální přístup a prvky psychologie. Pokud bude zdravotník o pacienta pečovat pěkně, jak uvádí, nikdy se nestane, i když bude výkon bolestivý, že by se na něj pacient zlobil. Díky pečujícímu přístupu mu bude bolest, která je spojena s výkonem, odpuštěna. Za pozitivní považuje pohlazení pacienta, jako určitý způsob empatie a vzájemnosti. Respondent pokračuje a říká: *„Protože já se vždycky ke každému snažím být milá a vyjít mu vstříc, i když to nemáme třeba a vím, že to třeba přijde ... tak mu třeba řeknu, víte co ... nechte mne tady telefonní číslo, třeba, přijdou jenom tři kusy, tak já vám zavolám ... a jestli to budete chtít, tak vám to tady nechám. A to čekám hlavně třeba i od těch zdravotníků, protože já do toho zdravotnictví jdu, když mne není dobře.“* Pacient očekává od zdravotníků ochotu a zájem.

*„Kdyby ten doktor měl profesionální slušnost, tak mne řekne, jo paní, výsledky už přišly, můžete na chvíličku, ... semnou, tady, máme na sebe klid. Já bych si tam sedla, já bych se tam taky třeba rozbrečela, ale já bych tam byla jenom s ním a čekala bych třeba, že by mne vzal třeba za ruku a řekl by, nebojte, to všechno bude dobrý. Ano odcházela bych taky rozrušená, ale bylo by to jenom mezi mnou a tím doktorem a měla bych na to takovej jinej čas jako.“* Pacientka by shledala za pozitivní, kdyby ji byla diagnóza sdělena v soukromí, kde by nebyli rušení a s empatickým, pečujícím přístupem.

*„Jo kdyby mi třeba řekl, mám vás na starosti a já bych řekla, že ho nechci a on by mi řekl proč, tak já bych mu to řekla proč jako, a on by teda se mi i třeba důstojně omluvil, no tak třeba ještě budiž, ale musela by ta omluva být jako že ne z donucení, ale musel by si uvědomit, proč já chci tu omluvu. Třeba jsem složitěj člověk.“* Zde se nám snaží respondent přiblížit, že pokud by lékař uznal svou chybu a omluvil se jí, ale tak, aby byla omluva od srdce, byla by opět ochotna se od něho nechat léčit. Přemýšlí nad tím, jestli její nároky nejsou až moc velké, zda je, či není složitým člověkem. *„Jestli jsem naštvaná, z domu, to musí jít stranou.“* Očekává, že profesionalita zdravotníků je i takovou formou, že pokud mají problémy v osobním životě, nedají to na sobě znát. Upřednostňuje zdvořilé chování. Respondent č. 2 uvedl: *„Doktor samozřejmě by měl semnou komunikovat, když teda budu chtít nějak doplnit informace ohledně léčby.“* *„Měli by mít lepší přístup k tomu lidskému strachu. Prostě nebrat to jako, nevím, jak to mám říct, prostě třeba, s těma lidma mluvit, nebo určitě ne, mne tam zas přemlouvát, ale ... ne takhle striktně. Prostě pochopit, že ten člověk může mít strach, jako*

*že se bojí, nebo že, je tady jako sám, že je tam sám a neví, co sním bude. „Nebo budu mít třeba obavy z nějakého zákroku, tak prostě aby, neříkám, aby mi dělal psychologa, ale aby se trošičku dokázal vcítit jakoby do té situace toho pacienta.*

*V podstatě já bych už asi nic jiného nečekal. „Někteří pacienti to můžou cejtít trošku jinak. Jo, ale to záleží na tom každým, jak to...“ „Od sestřičky bych třeba čekal, nebo čekám, teď to bude trošku komický, ale aby byla něžná.“* Ve výpovědích respondenta č. 2 je vidět zájem o komunikaci a o poskytování ucelených informací ohledně léčby. Očekává pochopení ke strachu, který pacient pociťuje a také očekává od sester emocionální podporu a něžnost. Pokud k němu bude personál dostatečně empatický, bude spokojený. Upozorňuje na individualitu pacienta, jakož to osobnosti, tak, jako někteří ostatní respondenti. Respondent č. 3 vyžaduje podávání informací. Jak, vysvětlení výkonu, na který se setra či lékař chystají, tak ale i poskytování informací ohledně vývoji onemocnění, či výsledků, i kdyby měly být špatné: *„Aby přišla, řekla co bude dělat proč to bude dělat a když máš strach tak aby ti normálně lidsky řekla, stejně to musíme udělat, nebude to bolet, nějaký takový ty žvásty uklidňující.“* Použitým termínem „*žvásty uklidňující*“ si vysvětlují, že očekává empatii a pochopení v projevu zdravotníků. Respondent říká: *„Úplně to stačí pár slov, ale aby řekla, co bude dělat, proč to bude dělat.“* „*Chceš, aby někdo, kdo ti řek, hele, je to dobrý a nebo, je to už v prdeli.“* „*Informovat. Já bych chtěla víc informací. Informace, pořád, co mi je? Už jste to zjistili? Co ten odběr ráno, je to tam? Není to tam?*“ Respondent č. 4 také poukazuje na očekávání sdělování informací ohledně zdravotního stavu, ale i informací k diagnostickému, či terapeutickému výkonu. Komunikaci pacient přiřazuje k základnímu nástroji profesionality: *„Jediný co by možná nevím mohlo bejt, že vlastně vysvětlení toho, toho stavu, co se udělalo, ve smyslu co bych mohl čekat a co bych nemohl čekat.“* „*Co sní budou dělat, kam jí budou píchat, nebo kam to chtěj vyrazit..“* „*No, určitě by měla být profesionální, to znamená asi, když by se člověk zeptal, nebo tohleto, tak by měla určitým způsobem v uvozovkách vysvětlit co dělat, protože náběr krve nebo tohleto, takže tam asi nějakým způsobem, pravděpodobně asi trošku komunikativním, protože to záleží na každém člověku samostatně, protože může být nekomunikativní, jako jsem já, ale prostě dělat to dobře. Že prostě to projede. Profesionální určitě na prvním místě no a pak možná čím víc to tu sestru baví, tím víc jakoby se tam přijmou další ty věci, kdy to jde jakoby do té libivý věci, čas jakoby uběhne rychle, člověk si s tou sestrou popovídá, tak nějak občas i něco prohoděj, takže to jakoby proběhne, jo. Profesionálita, trošku komunikace.“* Pacient uvádí, že pokud je vidět, že to tu sestru baví, je to něco jakoby nad základní péči, co může pacient od sestry

obdržet. Respondent č. 5 vypověděl, že je rád, když není k němu přístupováno jako k hypochondrovi a je sním jednáno zdvořile. Uvítá srozumitelné informace a také to, pokud si sestra, či lékař najdou chvílku, aby si k němu sedli a pověděli mu, jak se věci vyvíjejí. Při vizitě očekává, že se dozví, jaké jsou závěry z vyšetření, jaké jsou plány ale celkově, že bude pacient například i upozorněn o změně tablet, které byl doposud zvyklí polykat. Pokud dostává pacient pečujícím a profesionálním přístupem všechny informace má dobrý pocit, že je léčen a že se o něj starají. „*No, že mi podají ruku a představí se. Já jsem ten a ten.*“ „*No, že mne porozumí, že mne vlastně, že nejsem hypochondr jo, že si vymýšlím. To nemám rád.*“ „*Tak si to prostě, semnou chvílku sedne, nebo nechá mě tam chvíli. Projde si to a řekne mi svůj názor.*“ „*No, nějaký komentář k tomu. Budeme to dělat takhle, vy přijdete takhle a takhle.*“ „*No, já jsem si právě že myslel, že lékař prostě si toho každého pacienta na tý vizitě, nebo po té vizitě, nebo běžná kontrola, se na něj podívá, mrkne se do papíru a řekne, no tak se Vám tohle lepší. Uvidíme, vysadíme nějaký prášky. Připravíme se na to. Pozor, budu ten prášek, nebo prášky měnit, nebo injekce, nebo já nevím, nebo cokoliv, pozor, nelekněte se, nic to není, Vám to pomůže. No, takovýhle, prostě, aby ten, co tam leží, měl jistotu, že se s ním něco dělá a že se to lepší.*“ Respondent č. 6 očekává normální jednání: „*Takový normální jednání, normální, prostě nečekám, že se tam bude někdo předemnou já nevím, klanět jo.*“ Respondent č. 7 upřednostňuje empatickou formu sdělování závažných informací a diagnóz, s určitou nadějí. Má pocit, že v dnešní době je možné léčit všechno, i rakovinu a tato možnost by mu neměla být odepírána: „*No, ne, o tu formu toho podání. Kdyby řekli, že je doba jiná, budeme se snažit, Vás léčit žejo, není to jako zahozený, že by nedalo s tím něco dělat, ale pokusíme se s tím něco dělat. Kdyby tímhle stylem, rozumíte.*“ „*No, říkám, když ten pacient má něco špatného, aby mu to řekli nějak šetrnějc, nebo takhle.*“ „*Kdyby trochu ty naděje by Vám řekli, že i kdyby věděli, že to není tak, ale furt to tomu pacientovi pomůže.*“ „*No já si myslím, že třeba při tom propouštění, nebo když je něco takového, aby Vám to vyložil proč a z jakýho důvodu. Bylo by to lepší, že jo, pro toho pacienta.*“ Dále by uvítal více informací při propuštění. „*Jsou vždycky takový momenty, který si řeknete, když vidíte ty seriály, jak prostě se s těma pacientama jednaj, to bude ještě dlouho v těch nemocnicích trvat, než,.. ale jsou oddělení, který jsou na tom, na ty úrovni.*“ Respondent si myslí, že péče, kterou vidí v seriálech je taková, kterou by očekával. Respondent č. 8: „*Aby na Vás ten dotyčný promluvil tak, že Vás trošku toho strachu zbavil.*“ „*Protože člověk v týhle situaci čeká, alespoň já čekám, takový vlídnější slovo.*“ „*Říkám, taková ta arogance a neměli by se povyšovat.*“ „*Kdyby to šlo psychologicky vycejtit z těch lidí ten strach a toho strachu je zbavit.*“ „*A nebo by neměly, nebo když mají doma problémy osobní, tak by neměly to odrážet*

na pacientech.“ Respondent očekává, že s ním budou zdravotníci komunikovat psychologicky, aby ho zbavili strachu. Jak uvádí, očekává vlídné slovo a naopak by se nerad setkal s arogancí. Opět poukazuje na profesionalitu zdravotníků, pokud jsou schopni na sobě nedávat znát jakékoliv osobní problémy a kterou očekává. Respondent č. 9 očekává informace, aby nebyl v nejistotě: „*Informace, a aby člověk věděl a nebyl v nejistotě. Aby věděl, co ho čeká, nebo co mu je. Proto jsem říkal, každé to třeba nesnese, ale já tady mluvím o sobě, ne o druhých.*“ Respondent č. 10 by chtěl hodné, usměvavé a veselé sestřičky, které se zajímají o pacienta a i přes trable, které každý z nás máme, aby se naučily k potížím přistupovat s nadhledem a jejich přístup k pacientům, byl i přes to všechno, pečující a profesionální. „*Já bych řekla velice hodná, jako jak bych to řekla, že spíš soucítí s těma lidma, že jako, že jí to jako, není lhostejný, že ty lidi nejsou nemocný.*“ „*Takový jako velice správný, jako že Vám dodávají tu odvalu, že jo, aby jste se smála a to.*“ „*Když nejsou zamračený. Já vím, že nemá každé den, všechny náladu, že jo. Že jo, každé má svý trable, každé má svý potíže. Jo, ale prostě, ale ráda bych byla, kdyby to ty sestřičky překously, překonaly..ale, prostě, ale brát to jako s nadhledem.*“ „*Hm, to by bylo. Sestřičky usměvavý.*“

Respondent č. 11 očekává, že zdravotníci budou respektovat individualitu pacienta, který se chová v situaci, když je nemocen úplně jinak, nežli normálně. Oceňuje zájem zdravotníků se snahou komunikovat a díky ní navazovat vztah. Vyžaduje takové informace, aby mu bylo vždy, vše jasné. Za podstatu všeho bere převážně proces léčení a starání se. Očekává, že zdravotníci před ním nebudou řešit své soukromé věci, ale že on, bude střed jejich zájmu, protože to mu dělá dobře. Zdravotníci by měli umět nahlížet na to, že pacient přichází se strachem. Vztahy mezi kolegy, které má pacient možnost sledovat jako nezávislí pozorovatel, také velice pacienta ovlivňují a očekával by kladné vztahy. Respondent vypověděl: „*Ba naopak k němu by měl chovat trošičku jinak, zase, respektovat ty jednotlivý zvláštnosti, každého toho pacienta, který jim tam přijde.*“ „*Protože člověk, pokud se dostane do role pacienta, nebo někdo z jeho rodiny, v této roli je, tak některé věci posuzuje jinak než normálně, řekla bych jinak, nežli když se na to dívá z toho druhého břehu a nejde bezprostředně o něj.*“ „*To, co ten pacient potřebuje v tu chvíli, když má strach o své zdraví, když neví, co sním bude, tak potřebuje cejtít od toho zdravotníka zájem o jeho osobu.*“ „*No, to už je určitá komunikační zkušenost, kterou by asi ta každá sestra měla mít, .. mluvit s těma lidma.*“ „*Zrovna tak jsem si vždycky říkala, že je potřeba si uvědomit, že ten člověk přichází do toho zdravotnického zařízení jednat s tím problémem, že mám sám o sebe strach a já když mu řeknu, běžte si do laboratoře, já vím, kde ta laboratoř je, ale ten pacient to nemusí vědět,*

*čili bych měla ten pokyn směřovat tak, aby nebo používat takovýho výrazu aby to tomu pacientovi, bylo jasný.“ „Že podstata tam je, abychom se tedy starali o ty lidi. Abychom je léčili, dobře léčili, podle těch nejmodernějších metod.“ „Když slyšíte, když spolu slušně mluvěj, ti zdravotníci. I to na Vás hrozně působí, než když vidíte, že si navzájem odsekávají, nebo dělaj grimasy, ksichty.“ „A hlavně teda, když neřešej před Váma, jako před pacientem své soukromé věci. Včera jsem byla s Pepíkem v kině a dávali tohle a tohle a ten film byl takovej a makovej a probírali jste tohle a tohle. Do toho tomu pacientovi vůbec nic přeci není. To on nechce slyšet.“ „Ale potřebuju slyšet, buďte tak hodná, chvilíčku si počkáte. Pan doktor teďka nemá, nebo má tam nějakou jinou práci. Posad'te se, jestli máte chuť na kávu, támhle je automat. Protože ten člověk se mnou zabývá a mne to v tom momentě dělá dobře.“*

Respondent č. 12 by chtěl milou sestřičku, která by se s ním chtěla pobavit. Která je slušná a zdvořilá a v případě, že jsem pacient, který nemá rodinu, aby mne občas i pohladila, protože každé pohlazení, poplácání po zádech a každé vlídné slůvko, povzbudí a léčí. Přál by si, aby se k němu chovala, jako k jeho rodině a by ho zdravotníci uzdravili: *„A když je prostě přístupná se o něčem spolu pobavit.“ „Chci bejt zdravěj. Pokud možno, jenom. Jsem si vědom, že mi je osmdesát pět, tak už mnoho nemusím čekat.“ „Já myslím, že se to, normální slušnost, že stačí malinko. Že člověk, nic jsem víc nečekal. Od sestřiček, nějakých těch.“ „Milá, aby byla, no. To řeší všecko. To člověk jako se z pŭlky uzdraví, když to takhle vidím, že to takhle je.“ „No, já nevím, když je nějakej, když je třeba někomu špatněna tom, aby ho pohladili, třeba i, když je na tom třeba špatně, já nevím rodinně, nebo tak, když nikdo za ním nepřijde, tak myslím, že i ta sestřička, může trošičku pomoct tomu, aby řekla nějaký dobrý slovíčko. Nebo ho povzbudí, aby to vydržel a ono to přestane.“ „No, vysloveně,.. aby si uvědomila, že tam je nějaká nemoc, nebo něco a že potřebuje spíš povzbudit, ten pacient. A říkám, každý dobrý slovo, každej milej úsměv, poplácání po zádech, nebo pohlazení, tak to, to léčí.“ „No, tak, jako ke svý rodině, no asi. By se nechalo říct.“* Tento kód byl sestaven na základě výpovědí zkušeností, všech dvanácti respondentů, všichni se projeli s určitou představou o péči zdravotníků.

Poslední kód, který souvisí s podkódem **okolnosti vazující se k péči** je kód **konstrukty myšlenek pacienta**. Tento kód v oblasti péče je tvořen výpověďmi čtyř pacientů a pojednává nad určitým zamyšlením pacienta nad tím, proč bylo zdravotníky určitým způsobem jednáno, nebo proč se určitá věc stala. Jaký měla důvod, že se stala, nebo co celé dění mohlo ovlivnit. Například respondent č. 1 si myslí, že: *„Je to taky praxí, že jo, že to, že třeba injekce, když Vám dají, jo, ten kdo má třeba lepší praxi, tak třeba lépe píchá, lépe, nežli ten kdo je*

*žákyně nebo když se to po škole ještě učí.*“ Respondentka se zamýšlí nad tím, jak může délka praxe pozitivně ovlivnit zavádění kanyl. Respondent č. 2 uvedl: *„Prostě já jsem se vždycky snažil chovat k nim slušně a musím říct, že i tak jako zatím se chovali ke mně ostatní.*“ Tímto dává najevo, že to, jak se chová on sám ke zdravotníkům, výrazně ovlivní jejich chování k němu. Respondent č. 3 zvažuje, zda lékaři cizinci, si s ním chtějí opravdu povídat, nebo s ním hovoří jen proto, aby si trénovali češtinu: *„Já nevím, jestli se třeba potřebujou učit mluvit, nebo je to opravdu zajímavá, že se s tebou pobavil.*“ Respondent č. 4 se také domnívá, podobně jako respondent č. 2, že je to on, kdo ovlivňuje to, jak si s ním budou zdravotníci povídat. Pokud bude nepřijemný, nebudou si ho všimnout: *„Ale možná to je i tím, že člověk nějakým způsobem vyzařuje nějaký to, že si chce nějak jakoby popovídat a něco říct, jo. Tak asi, když by byl jo, prostě úplně kakabus tak si mne nikdo nevšimne. Dají mne léky a půjdou domů. Půjdou pryč, takhle je to myšlený.*“

Všechny pozitivní zkušenosti, které pacienti zažili, mohou mít následně vliv na jeho osobu. **Pozitivní následek péče** je kód, který se dále rozděluje na podkód **následek psychický** a **následek fyzický**.

**Psychický pozitivní následek** je kódem, který obsahuje subjektivní vyjádření respondentů k vykonané péči. Velmi často při rozhovorech zaznělo například: *udělalo mi to dobře, pomohlo mi to, byl jsem potěšený, uklidnilo mě to, ulevilo se mi, líbilo se mi to, překvapilo mne to, byl jsem v šoku a podobně.* Někteří byli opravdu mile překvapeni s péčí, protože to nečekali. Respondent č. 1 řekl: *„A ona na ni tak visela. A vždycky, když měla službu ta Anička, tak ta babička úplně rozkvetla.*“ Zde je zřejmé, že sestra Anička, měla velmi pečující vztah k pacientce. Dále vypověděl: *„ Protože už jenom to, co vám udělá dobře, že víte, že ten celý den, tam je ta sestra hodná, mne úplně...“* Respondent č. 2 vyzařuje radost a spokojenost s péčí zdravotníků. Nikde se nesetkal s ničím, na co by si musel, nebo chtěl stěžovat: *„Já jsem spokojený. Zatím nemůžu ani na jedno to zařízení, kde jsem ležel, nebo kde jsem se pohyboval, nemohu říct nic špatného.“ „Což jsem úplně zůstal stát.“* I toto je pozitivní respondentova reakce na péči. Pokračuje ve výpovědi: *„Prostě já jsem byl strašně mile potěšen.“ „A zatím se mi nestalo nic, co by tu důvěru nějak nahlodalo, nebo s ní otrásl.“* Respondent č. 3: *„Že mi to třeba i pomohlo od nich.“ „Prostě, že tě uklidnili.“* Respondent č. 5 uvedl: *„No, a byl jsem uklidněnej.“* Respondent č. 6 vypověděl: *„To jsem byla fakt překvapená.“ „Mne to úplně odvedlo pozornost od toho zákroku a strašně mne to pomohlo.“ „Že to pak máte pocit, že tam nejste vlastně ani jako pacient, jo. Že to tak trošku odlehčí, tak jako. Že jsem se tam cejtila dobře.“ „Tak už tam jdete s takovým ne strachem,*



ale..“ „*Se mi strašně ulevilo. Že mne fakt bylo dobře.*“ Respondent č. sdělil 7: „*Teda, to Vám řeknu, to byl tým sester, který mne snad při tý operaci psychicky děsně pomohly. Všechno.*“ Respondentovi č. 8 se převážně ulevilo, spadl z něho strach a to mu pomohlo: „*Tak ten strach, tam ze mne fakt jako úplně spadnul.*“ „*No jo, já Vám to říkám, já jsem taky měla strach z toho portu a pak jsem viděla tam Vás dvě a tak to pak ze mne spadlo. A bylo to takový jako v pohodě a byla jsem pak schopná se s Vámi pak tak nějak i bavit.*“ „*Po rozhovoru s Váma, po tom na tom pokoji, tak jsem naprosto šla v klidu v pohodě, budu v dobrech rukách, ze mne všechno spadlo a věděla jsem, že jsem v dobrech rukách, no tak prostě vim, že se nic jako nebude jako dít nepříjemného, že jo.*“ „*Vy jste mne docela pozitivně povzbudila, že jo.*“ Respondent č. 9 tvrdí, že nebyl nikdy předtím v nemocnici a že se mu tam hrozně líbilo a odpočinul si. Po druhé se tam již těšil a neměl strach, protože to bylo perfektní: „*Prostě na to, že jsem v životě ve špitále nebyl, mne se tam hrozně líbilo. Já jsem si odpočnul.*“ Dále respondent uvedl, že ho pobyt v nemocnici dále ovlivnil: „*Ovlivnil, když jsem tam šel po druhý, tak jsem se těšil.*“ „*Už jsem věděl, co mne čeká a neměl jsem z ničeho strach. Bylo to tam perfektní...*“ Respondent č. 10 byl z toho až v šoku: „*Já jsem dřív, já jsem úplně normálně jsem byla v šoku.*“ Respondent č. 11 uvádí: „*A hned máte pocit, že tam nejste tak cizí, že jste tam jako doma.*“ „*Tak už máte pocit, že tam s nima jako pasujete dohromady, že tam spolu sounáleží, to že se k Vám všichni takhle pěkně chovaj.*“ Pěkně se k pacientovi chovali a cítil se v nemocnici jako doma. Respondentovi č. 12 se líbilo všechno: „*Mne se všechno líbilo.*“

**Pozitivní fyzický následek** se neobjevoval ve výpovědích tak často, jako psychický, ale přesto je vyjádření k pozitivnímu fyzickému následku patrné u čtyř respondentů. Respondenti v tomto kódu odrážejí svou spokojenost s péčí, na základě pozitivní změny na svém těle. Pacientům léčba nebo zákrok pomohl a stav se jim zlepšil. U jednoho respondenta se objasnila diagnóza. Respondent č. 3 uvedl: „*A to mi hrozně pomohlo.*“ Respondent č. 5 to zažil podobně: „*No, ale pomohla.*“ Respondent č. 6 uvedl: „*Vlastně díky ní, mi přišli na tu srdeční vadu.*“ Respondent č. 9 pocítil také zlepšení: „*Něco tam semnou dělali a druhý den, už to bylo o takových devadesát procent lepší.*“

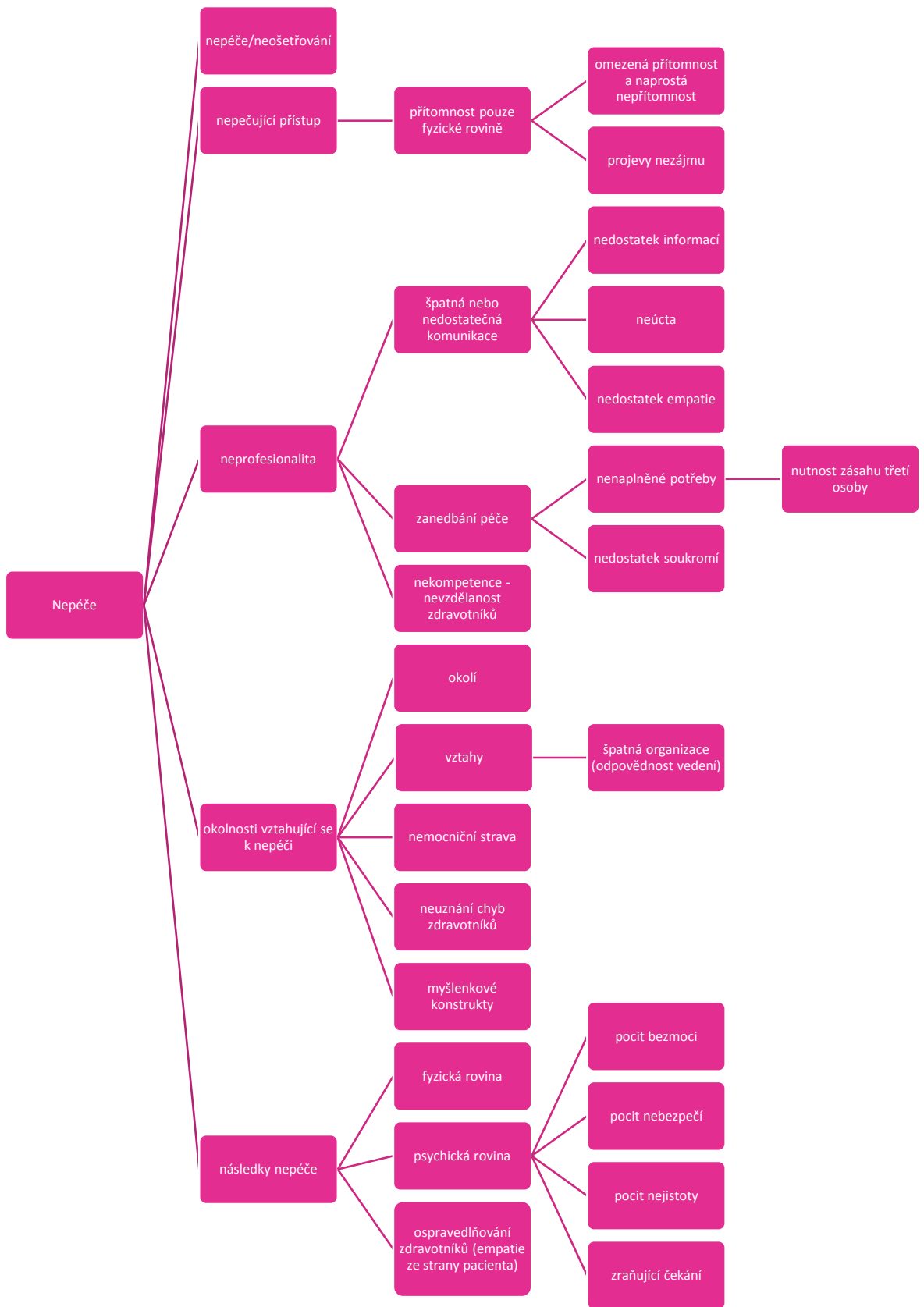
Kód **pozitivní psychický následek** má ještě jeden na sebe navazující kód. Je jím **vděk**, jako následek pozitivního psychického následku. Pocit vděku pocítil respondent č. 1: „*Druhý den jsem ji přinesla velkou čokoládu a řekla jsem jí, že mám, že si to musí dát na nervy.*“ Respondent č. 9 uvedl: „*Tak musím poděkovat saniťákoj.*“ „*Takže mu za to jsem vděčněj.*“ Respondent č. 10 měl také potřebu poděkovat: „*Tak jsem mu velice poděkovala.*“

## 7.2 Výsledky výzkumu – oblast nepéče

Oblast **nepéče** je tvořena pěti hlavními kódy, které se dále dělí následovně.

- **nepéče/neošetřování**
- **nepečující přístup** v sobě odráží **přítomnost zdravotníka pouze na fyzické rovině**, včetně omezené přítomnosti (přítomen jen na vyžádání pacienta) a **nepřítomnosti** (nepřichází ani na žádost pacienta) a projev **nezájmu**
- **neprofesionalita** zdravotníků **vzbuzující nedůvěru** ve zdravotníky, odrážející se ve **špatné či nedostatečné komunikaci** vedoucí k **nedostatku informací, zanedbání péče, neúctě, nedostatku empatie, nenaplněných potřeb** s nutným **zásahem třetí osoby**, dále zahrnuje **nedostatek soukromí** a v neposlední řadě odráží prvky vnímané jako **nevzdělanost zdravotníků**, která uzavírá kruh projevů neprofesionality – některé z uvedených podkódů (nedostatek informací, nedostatek soukromí a nedůvěra ve zdravotníky) jsou ve své podstatě následky nepéče, avšak pro přehlednější prezentaci získaných dat jsou přiřazeny k neprofesionalitě
- **okolnosti vztahující se k péči**, zahrnují opět **okolí**, či spíše prostředí, ve kterém je poskytována péče - **špatná organizace (odpovědnost vedení), vztahy**, negativně hodnocená **nemocniční strava, neuznání chyb zdravotníků a myšlenkové konstrukty** pacientů, vztahující se k nepéči
- **následky nepéče**, které se dále větví na **negativní následky v rovině fyzické, negativní následky v rovině psychické (pocit bezmoci, pocit nebezpečí a pocit nejistoty/zraňující čekání)** a **ospravedlňování zdravotníků** na základě empatie ze strany pacienta

Následující obrázek č. 3 poukazuje na **systematický přehled** všech kódů **oblasti nepéče**.



Obrázek 3 Přehled kódů oblasti nepéče pomocí aplikace Smart Art

Hlavní kód **nepéče/neošetřování** je tvořen výpověďmi pacientů, které se často týkají toho, co pro ně nebylo vykonáno, nebo co bylo pro ně vykonáno špatně. Velice často výpovědi pojednávají o činech sester a lékařů, které nebyly dostatečně splněny. Například respondent č. 1 uvedl: „*Jsem nesměla vstávat, a nikdo mne za celý den neumyl, ani ráno mne nedaly žádnéj lavor na umytí obličeje, nic. Vůbec, ani zadek, záda, já byla zpocená. Košili mi nevyměnily, že si jí mám nechat ještě do zítřka, prostě vůbec.*“ Respondent č. 3 vypověděl, že častokrát čekal dlouho na příchod sestry: „*Jsem zvonila, ať mne to přijdou odpojit, tak to vždycky trvalo.*“ Respondent č. 6 má zkušenost: „*Jak jsem chytla tu virózu, tak mne bylo úplně hrozně kašlala jsem špatně se mi dýchalo. A ona mne prostě, až na mne nějaké kapky a že jinak neví, co semnou má teda jako dělat. A že antibiotika mi dávat teda jako nebude...(direktivně).*“ Respondent č. 7 viděl problém v péči, když nedostal včas své léky: „*Třeba to, bylo šest hodin večer, měli jsme mít léky a přišla až v jedenáct.*“ Respondent č. 8 uvedl: „*A přišla tam sestřička, který se fakt mne jako nepovedlo napíchnout. Povedlo se jí to až po osmé.*“ Respondent č. 10 pocítil nepéči ve chvíli, když zazvonil na sestru, jelikož krvácí, na základě vytažené kanyly a po sdělení této skutečnosti ošetřovatelce, která slíbila, že sestru zavolá, se dlouho nic nedělo: „*Vypadla mu kanyla a začla mu týct krev, tak jsme zvonili na sestru. Přišla tam ta jiná, to nebyla sestra, to spíš byla, ta co roznášela to. Ta, že jí to řekne. Nic se nedělo.*“

Druhým hlavním kódem je **nepečující přístup**, se kterým zdravotníci přistupují k nemocným a který byl ve zkušenostech pacientů patrný. Nepečující přístup byl často vnímán pacienty jako přístup například k nějakému kusu masa nebo balíku. Tento přístup postrádá lidskost a vyznačuje přístupem zdravotníka nikoliv k někomu, ale k něčemu. Takto uvedl svou výpověď respondent č. 3: „*Přístup, jak já nevím, ke kusu nějakýho masa.*“ A také respondent č. 11: „*Tak jste si připadala jako prostě, balík, kterej tam sedí na ty židli a něco si mele.*“ Také respondenti uvedli, že měli často nepečujícím přístupem pocit, že je s nimi jednáno jako s prasetem a psem, nebo že jsou jedním z několika králíčků, které lékaři zkoumají. Respondent č. 2: „*To je jako na prase.*“ Respondent č. 3: „*Ty dopolední vizity byly jak prostě králík, jako ty králíčkové ... pojděte, podíváme se na ně.*“ Respondent také dále ještě uvedl, že byl sestrou neempaticky upozorněn, ať nebrečí, že tím nic nevyřeší: „*Nebreč, stejně se tím nic nezpraví.*“ Respondent č. 5 měl zkušenost s vrchními sestrami, které byly k pacientům odměřenější, nadávaly a doslova ječely. Tyto sestry se chovaly podle pacienta jako dragouni: „*Ty vrchní sestry za minulýho režimu, jo, ty byly jak dragouni. Ty nadávaly jak, kde se objevily a ječely furt.*“ „*Ta už byla odměřenější.*“ Nebo se také sestry

chovali jako generálové a lékaři jako hulváti první třídy, uvedl respondent č. 5: „*Ta byla, to byla jak generál.*“ „*To byl hulvát první třídy.*“ Respondent č. 5 považuje za nepečující přístup i určitou formu nažehleného chování: „*Ne nějaký nažehlený chování.*“ Podobně to vidí i respondent č. 6: „*...když se chová arogantně. Co jsem měla já zkušenost.*“ Respondent č. 6 také uvedl, že během komunikace sestra doslova vyjela, byla v komunikaci ostrá a vůči pacientovi lhostejná. S pacientem bylo jednáno jak s něčím, co jede na běžícím páse: „*...na mne docela jako vyjela, ...byla taková vostrá, ... taková lhostejnost, nebo když máte pocit, že jste jak na běžícím páse jo, někde.*“ Respondent č. 7 zažil: „*Já jsem říkala já už k tý sanitě nedojdu. Nic, stáli tam, koukali, až jsem k tý sanitě došla a jel pán kolem na kole a říkal. Slez a ta mu říkala ta sestra, nebo jak ji mám nazývat, že ať jede klidně dál, a on říkal, já počkám, až paní naleze. No a ta, no ta než co tam naleze.*“ Pacientce nebyla nabídnuta pomoc i přes to, že dala najevo, že to nezvládne. Respondentka č. 11 uvedla, že občas personál nepřemýšlí nad tím, že by se neměl k pacientovi určitým způsobem chovat: „*Tam, jako ten personál, někdy mu to ujede, že nepřemýšlí, že tedy k tomuhle pacientovi by se neměl takhle chovat.*“

**Přítomnost pouze na fyzické úrovni** znázorňuje děj, který probíhá vykonáním určitého aktu, činu, bez přítomnosti psychické, tedy například bez vysvětlení co sestra dělá, nebo bez naprosté jakékoliv jiné komunikace. Pacienti vnímají, že sestra pro ně něco vykoná, ale například s nimi nemluví o problému, který s výkonem souvisí. Je to pouze holý čin bez pečujícího přístupu, který by mohl mít formu i toho, že sestra během výkonů, které po celou pracovní dobu vykonává, se u pacienta zastaví a alespoň krátce s ním promluví. Respondent č. 1 sdělil: „*...odešla a za chvíli přišla a dali mne injekci, na zklidnění jako.*“ „*sestra mne píchla injekci a odešla.*“ Respondent č. 4 to vidí podobně: „*Stalo se mi dvakrát, třikrát, že mi změřila tlak a odešla, jo.*“ Respondent č. 7 uvedl: „*...přišly dát injekci, a nebo nějakéj ten prášek a neměly na nás čas.*“

**Nepřítomnost** je kód, který vypovídá o naprostém chybění zdravotníka, jak v rovině psychické, tak v rovině fyzické ve chvíli, kdy pacient něco potřeboval a nepřítomnost zdravotníka bylo to, co obdržel. Pacienti vypovídali o tom, že lékař, nebo sestra vůbec nepřišli. Respondent č. 1 řekl: „*Ten doktor tam vůbec nepřišel, ale nikdo nepřišel.*“ Respondent č. 3: „*No, nebyl u mne doktor, nebyl u mne doktor, ale bavili se sním. Jenom sestra vyřizovala, že se nebude nic dít.*“ V tomto případě vyřizovala sestra, že se nebude nic dít, ale naprosté chybění lékaře je zde zřejmé, obzvláště ve chvíli, když se pacientovi zhoršil zdravotní stav.

Třetím podkódem, který spadá pod nepečující přístup je kód **nezájem**. Během výzkumného šetření spatřovali nezájem všichni, kromě čtyř respondentů. Respondent č. 1 pocíval nezájem od sestry ve chvíli, když mu řekla, že nemá čas, odešla, ale za chvíli, když se vrátila, tak byla cítit kouřem. V této chvíli si pacient vysvětlil její nezájem na základě vzniklé toho, že na něj neměla čas, ale na cigaretu ano: „*Ano, přijde a řekne, že nemá čas, odejde a za deset minut přijde a je z ní cítit kouř.*“ Také se stalo, že pacient měl pocit, že je přehlížen. Takto to uvedl respondent č. 3: „*Jako kdybych tam nebyla.*“ Za nezájem pocíval respondent i to, že je pro sestru prioritou vykonat výkon, ale vše ostatní je pro ni nepodstatné a dále se pacientovi nevěnuje, jak by očekával: „*Nezájem, jseš tam, tady je potřeba odebrat krev a tím to pro mne hasne. Dál mne to nezajímá. A přijdu za dva dny a vyměníme to, protože podívej, jak to tady máš červený ne?*“ „*No a normálně veškerej zájem pryč jako.*“ Respondent také viděl nezájem zdravotníka ve chvíli, když mu bylo sděleno, že se v noci nic řešit nebude, že to počká do rána: „*No, a že ráno, že jako že se s tím nic nezmění.*“ Přesto tato pacientka byla ve chvíli, kdy nevěděla, zda její miminko žije, nebo ne a ve chvíli, kdy začala krvácet a chtěla vyšetření, ji na tuto žádost byla odpovězena uvedená věta, která jednoznačně svědčí o nezájmu. Respondent č. 5 shledal nezájem od lékaře ve chvíli, když mu odevzdával lékařské zprávy a on si je převzal, zařadil, ale nepodíval se na ně blíže a nepodal pacientovi ke zprávám žádný komentář: „*...dám mu papíry a všim jsem si, že automaticky jdou papíry do desek.*“ Nebo se na ně podívá, ale vysvětlení pacient také nedostane: „*...že se na to jenom takhle podívala a řekla, hmm. Založila to a to bylo všechno. Žádný komentář další k tomu.*“ Respondent č. 5 dále uvedl nezájem ve formě nedostatečné komunikace: „*...to jsem byl na kontrole, ani se semnou nebavila. Se mnou se bavila jen sestra a ještě mne sprdla.*“ „*Jináč mluvila jenom sestra a ještě tak úsečně, jako kdybych je obtěžoval, jo, ... já jsem tam byl ale objednaný.*“ Pacient cítil nezájem převážně od lékařky, která s ním nekomunikovala, ale také určitý nezájem byl patrný od sestry, která s pacientem komunikovala, ale velmi stroze. Pacient upozorňuje ve své výpovědi na skutečnost, že takto se k němu chovaly, i když byl objednaný. Nezájem od zdravotníků popisuje také respondent č. 7. Spatřuje ho takto: „*To jako nikdo nepřišel, jenom takhle s téma lékama, nebo jídlo někdo přinesl a jinač vůbec jsem tam celej den nikoho neviděla.*“ Nezájem respondent č. 7 shledává ve své další výpovědi podobně, jako respondent č. 3: „*...že jsem jako volala, a oni jestli to nemůže počkat do rána a takový.*“ Respondent č. 11 viděl nezájem ve chvíli, když si lékař více všiml počítače, nežli pacienta: „*Osobně, mne to vadí, když ten lékař prostě se nevěnuje Vám, ale věnuje se tomu, aby, ten počítač, tam fungoval.*“ Nebo v přehlížení: „*Že si Vás za celou dobu nikdo nevšimne.*“ Respondent č. 11 poukazuje na nezájem zdravotníků

ve chvíli, když byl hospitalizován, ale dále, jakoby se nic nedělo: „...*když Vás šupnou do postele a nazdar.*“

**Neprofesionalita** zdravotníků je velkou částí **oblasti nepéče** a je také třetím hlavním kódem, který poukazuje na nedostatky profesionality v komplexní péči, kterou pacienti od zdravotníků dostali. Nejčastěji shledávali pacienti za neprofesionální a nedůstojné, sdělování závažných informací a diagnóz, na nevhodných místech, v nevhodný čas a nevhodným způsobem. Respondentka č. 1 uvedla: „...*kdy mne pan doktor sdělil tu událost na chodbě mezi uklízečkama.*“ „...*jako tam bylo jako i jako jiný lidi, ne jenom tahle pomocnice. Tam byl i pacient se tam procházel.*“ Podobně spatřuje neprofesionalitu při sdělování závažných informací i respondent č. 7 a také zdůrazňuje, že tyto informace byly předávány i před ostatními pacienty: „*A když jsem šla domů, no jenom že Vám to řeknou takovým stylem, máte dva nádory, zítra jdete na onkologii, bla bla bla bla. Ted' tam leží další čtyři ženský a ted' poslouchaj.*“ Poté ještě pokračuje, že při další interakci s lékařem, mu byla diagnóza o onkologickém onemocnění sdělena při vizitě: „...*ne jako na tom pokoji při vizitě...*“ Respondent také považoval za nevhodné, když mu byly špatné výsledky ohledně nádorového onemocnění, sděleny až pozdě večer: „*Když mne to pak ten doktor řek, tak to bylo večer v osm hodin.*“ Za nevhodné a neprofesionální lze považovat také debatování lékařů o pacientově diagnóze a zvažování následného postupu léčby před pacientem: „*Tak, doktor, no jakou viděj na mne prognózu, volal nahoru do telefonu. Protože byly tři hodiny odpoledne, tak už bylo po ambulanci. A on povídal, no vidíš, já to taky tak vidím.*“ Další způsob neprofesionality, který se týkal nedostatečného tlumení bolesti, sdělil respondent takto: „...*že nemám nárok, že už jsem si to vybrala před třema hodinama.*“ „*A on, že musím něco vydržet.*“ Z projevu lékaře je vidět neprofesionalita na základě nepečujícího přístupu a na základě jeho maligní komunikace, ve které bagatelizuje pacientovi obtíže a pacienta sráží vnucením myšlenky, že je slabý, jelikož nic nevydrží. Respondent č. 1 zažil neprofesionální přístup také v průběhu těhotenství, při hospitalizaci na gynekologii: „...*že mám slízt z postele a já jsem celej měsíc neslejšala. Já jsem chodila na mísu na posteli. Já jsem nesměla chodit. Já jsem se postavila a ona řekla, ať udělám tři kroky takhle a ať jdu k pelesti, já jsem řekla, že nemůžu, že mne bolejí nohy a ona že si nemám vymýšlet, že jsem mladá a že ať hejbnu zadkem...jak jsem krvácela, tak to takhle za mnou kapalo a ona jak jsme šly, tak ted'ka koukla na to dozadu a řekla, teda Vy jste prase, koukněte se, co tady děláte. ...*“ „*No jo, jste nám tady udělala pěkněj bordel. Vám praskla voda a Vy to nemůžete jako zavolat dřív, že Vám je blbě?*“ K respondentovi se sestra chovala hrubě a nedbala na zákaz lékaře, že

pacientka nesmí vstávat. Sestra zpochybňovala pocity pacientky a neangažovala se v nabídnutí pomoci, ba naopak. Opět byly použity prvky maligní komunikace a nelidský přístup, které vypovídaly o nedůstojném chování. Respondent č. 3 vypověděl zkušenost: *„...jak mne začla týct krev, tak jsem chtěla prostě na vyšetření na gynekologii. Jestli srdce bije nebo nebijе a tam to bylo blbí, že mne jako řekli, že vlastně jinejma slovaма, že počkáme do rána. Že se stejně, asi to, tak bylo, ale nic se nedělo. Že se prostě nic neděje. A já jsem tak dlouho zvonila na ten zvonek a už je to horší, přijďte a chci. Tak pak nějak mne teda vezli na gyndu. Na prohlídku. Tam zjistili, že to je všechno v prdeli a že mohli nasadit nějaký ty brutální antibiotika proti tomu zlaťákoj.“* Zde se respondent snažil poukázat na neprofesionalitu zdravotníků i ve formě nezájmu. Pacient spatřoval nezájem zdravotníků v dalším dovvyšetřování, i když viděl, že se jeho zdravotní stav zhoršoval a domníval se, že tedy není správně léčen. Respondent č. 4 uvedl: *„Když tam mne doktor jakoby kontroloval, jakože přijímal, tak zkontroloval a ohmatal tu nohu a tohleto a všechno dělal na druhý noze, že jo. Já říkám, ale já jdu s druhou nohou, že jo?“* Zde respondent pocítil neprofesionalitu, když si uvědomil, že mu prohlíží zdravou nohu, nikoliv nohu nemocnou. Dále pacientovi připadalo neprofesionální, když se lékař se sestrou dohaduje, zda je vhodné vytahovat stehy. Domnívá se, že by v tomto směru měl být lékař natolik kompetentní, aby tuto skutečnost dokázal rozhodnout on sám, nikoliv sestra: *„...doktor přišel, zkontroloval ránu, jizvu, podíval se na to, říkal, nevím nevím, asi bych to netahal, no a byla tam sestřička a tak se zeptal sestry. Sestro co myslíte, vytáhnem ty stehy? A ona se na to podívala a řekla jo, ty bysme vytáhli.“* Dále uvádí zkušenost, že došlo ze strany lékaře k chybě v propouštěcí zprávě o následné zátěži končetiny, která byla po operaci: *„...když jsem se tedy po každý ozval, že tedy ne, že se mi to nezdá, že je to nějaký nesmysl, tak tedy nakonec doktorka zavolala do XXX a zjistila, že tam při předávání, ten co napsal tu předávací zprávu, že opravdu udělal chybu a že ta zátěž měla být jenom tímhle tím způsobem jenom našlapovat jako.“* Respondent č. 4 shledal neprofesionalitu v tom, když lékař vypadal vyhořeले, jak uvádí a bylo zřejmé, že ho práce nebaví a štve, dokonce o tom mluvil před pacienty: *„Pan doktor, no a ten den vypadal vysloveně vyhořele. To bylo i vidět... Že ho to vysloveně nebavilo, ...že ho to už štve.“* *„Byl z toho nervózní, ...prostě to vyprávěl tak nějak, že to ti pacienti slyšeli.“* Respondent měl chuť lékaři poděkovat a raději ho poslat domů si odpočinout: *„...vypadal, jako když, že mu člověk poděkoval a běž si odpočnout.“* Respondentovi č. 5 přišlo, že jsou lékaři ostýchavý a nepůsobilo to na něho profesionálně: *„...takovej, odměřenej přístup. Jako pak jsem zjistil, že jsou spíš takový ostýchaví.“* Respondent č. 5 měl pocit, že lékaři z ciziny, kteří v XXX pracují, působili nejistě a proto nebudili respekt: *„...že oni ještě nemají ten*



*respekt, co maj český doktoři.*“ Pokračuje: *„...oni řeknou, prostě mne to připadá takový nejistý, nejistě.*“ Respondent shledal léčbu lékaři z ciziny za nemístnou a domnívá se, že na základě celoživotního zdravotního pojištění, by si zasloužil léčit lékaři z Čech: *„...já jsem jako říkal, hergot, celý život jsem si platil zdravotní pojištění, tak bych měl mít třeba nárok na českýho lékaře.*“ Dále se respondent vyjadřuje k nevhodnému vzhledu lékařky, který působil neprofesionálně: *„...ta vypadala, jako když vylítla z chliva jo prostě, mne přišla jako zvěrolékař.*“ Respondent č. 8 uvedl: *„Tak jsem se ho ještě ptala, jestli, když mám ten den ozařování a ten Herceptin, tak jestli se mi nemůže jako něco stát? A on mi říká, no maximálně, nejdřív na mne tak koukal a pak povídal, no maximálně Vám tak můžeme zničit srdce, nic jinýho.*“ Respondent ve své výpovědi poukazuje na neprofesionální chování, bez zájmu o negativní, až život ohrožující důsledky léčby. Dále respondentka uvádí na lékařovu neprofesionalitu v komunikaci s pacientem, s využitím mocenských prvků: *„Já jsem se ho ptala proč, ale on mi na to neodpovídal. Prostě vůbec, prostě neřek, taky to neřešil vůbec, prostě. Prostě řek, rozhod se, že mne domů nepustí a hotovo. No. Já propuštěcí papíry, manželoj jsem volala a ono nic. Akorát teda pak odešel.*“ Respondentka se shoduje v následující výpovědi s respondentem č. 4 a pozoruje na lékařích únavu, jakož to projev neprofesionality: *„Ale bylo asi vidět i na těch doktorech, že jsou unavený.*“ Respondent č. 10 zaznamenal, že byl k němu lékař nepříjemný: *„...že je jako nepříjemnej, to člověk jako pozná.*“ Nedůstojnost a neprofesionalitu lze zaznamenat ve výpovědi respondenta č. 10: *„...tak jsme šli do sprchy, že jo, sprcha zamknutá, no, co se děje. Tak to sestřičce říkám a ona, no to musíte tam, běžte dopředu. No a tam jsme zjistili, tam ve předu, že je lepší sprcha než tam vzadu. Tam to hrozně táhlo, tam to bylo lepší. Tak jsem tam s ním chodila tam. A pak jsem se dozvěděla, že tam dávaj mrtvolí. Dají to do pytle. Protože nemají nic, kam by to zrovna dali, no.*“ Pacientce se nelíbilo, že v nemocnici nebyli připraveni na smrt pacienta a po pacientově úmrtí je tělo odloženo do pytle na sprchu pro ostatní pacienty. Za neprofesionální lze považovat, i když zdravotníci hovoří před pacientem o soukromých věcech, jak uvedl respondent č. 12: *„Ony se tam bavily při tom.*“

**Nedůvěra v lékaře** je prvním podkódem hlavního kódu neprofesionalita. Výpovědi respondentů pojednávali o tom, že se setkali také s nedůvěrou ke zdravotníkům, ale hovořili pouze o lékařích. Respondent č. 5 pochyboval o schopnostech lékařů, kteří pochází z Ukrajiny: *„Ze začátku jsem byl takovej nedůvěřivej, že jsem si říkal, tak kdo ví, jak na tý Ukrajině. A tam tedy mají školy, pro lékaře. Jo, to jsou třeba kvalitní, to já nevím, že jo. Jsem se s tím nesetkal. Takže jako. Ze začátku jim člověk nevěří no.*“

Respondent č. 6 spatřoval nedůvěru vůči mladému lékaři, který měl provádět kardioverzi a u kterého se domníval, že ještě nemá dostatek zkušeností: „*Ale že to může třeba vzbuzovat nedůvěru, že by každé radši dlouhodobého tam a staršího doktora, který si myslí, že má víc zkušeností.*“

Dalším podkódem neprofesionality je **komunikace nedostatečná/negativní**. Pacienti zaznamenali v komunikaci direktivní prvky a křik. Respondent č. 1: „*Tak se nadzvedněte (direktivně).*“ „*Ona na mne začala řvát, že co vyvádím.*“ Respondent č. 3: „*Nastav ruku. Dělej (direktivně).*“ Negativní komunikací zlehčovali zdravotníci pacientův strach, jak uvedl také respondent č. 3: „*Prosím tě, tady jich to už zvládlo. Co tady řveš?*“ Respondent č. 5: „*Však se dočkáte (ostrý tón).*“ Co se týče nedostatečné komunikace, pacienti si povšimli, že lékaři používali často odborné termíny. U lékařů cizinců býval často problém v komunikaci, díky částečné jazykové bariéře, která byla stále patrná a která zapříčinila, že pacient sdělované informaci neporozuměl, tak jak uvedl respondent č. 5: „*Ale já jsem si všim, že lékaři používají odborný termíny.*“ „*...protože s téma Ukrajincima, těžko jsem. Já jsem jim vždycky třeba nerozuměl.*“ Respondent č. 6: „*Ne, nic víc mne právě neřekla. Jen takhle se jen podivila a víc mne neřekla.*“ Respondent č. 6 ve své výpovědi uvedl, že s ním nebylo komunikováno. Lékařka se pouze vyjádřila mimikou, ale více nekomunikovala. Podobně nedostatek komunikace spatřoval také respondent č. 7: „*...doktoři tam málo komunikovali s tím pacientem.*“ Nedostatek komunikace ze strany sester pocítil respondent č. 12 a rovnou si ji oddůvodnil tím, že asi neměly dostatek času: „*...sestřičky nemívaj spíše mnoho času, bych řek na nějaký povídání.*“

Navazujícím podkódem na kód komunikace nedostatečná je **informovanost nedostatečná/negativní**. Nedostatek informací shledal respondent č. 1 při aplikaci injekce, kdy nebyl sestrou dostatečně informován o tom, co a v jakou chvíli bude přesně vykonávat: „*Některý sestry to třeba ne to, prostě příjdou s injekcí a prostě jenom, uvolněte se a prostě Vy čekáte.*“ Respondent č. 4 měl pocit, že nebyl při propuštění dostatečně edukován o následném režimu: „*Ale jakoby neříkala nic, co bych neměl, nebo měl, jo.*“ Respondent č. 5 uvedl, že se mu lékař nepředstavil a pacient neměl tu čest vědět, že se o něj budou starat lékaři cizinci, což pokládá za důležité, aby věděl: „*No, protože, já mám rád, když vím vo co jde, když se mi představí, jsem spokojenej, ale tam nám nikdo, nebo mne nikdo nic neřek. Že nás ošetřujou ukrajinský lékaři. Jo, že tam přišel pak černocho to jsem poznal, je černej je to jasný. Jo, ale tedlech jsem nevěděl, že jsou to Češi, nebo kdo to vlastně je.*“ Respondent č. 5 dále uvádí, že edukační video, v čekárně před výkonem-kolonoskopií, na něho působilo

velice špatně: „...když jsem byl na kontrole, tlustýho střeva, tak mne to zarazilo, že maj televizi na chodbě, kde je ukázka toho výkonu. S tím, tou kamerou. Že jo, to, ukazovali, no prostě. Oni sice tvrděj, abych to věděl, ale ono je lepší nic nevědět a jít do toho, než hodinu, nebo kolik jsem tam seděl a čekal jo, a furt na to koukat.“ To samé se dělo během samotného výkonu, kde pacient nebyl tázán, zda chce se na výkon dívat, či nikoliv a celý výkon viděl před sebou na obrazovce, což mu tedy vadilo: „Akorát co mne vadilo, jak jsem ležel na po tý kontole tlustýho střeva, tak jsem to viděl na obrazovce, jak to do mne jde. Že jo a jak to tam ten doktor hledá. No to bylo tak jediný a předtím jsem to viděl na chodbě, pak jsem to viděl před sebou.“ Respondent č. 6 uvedl: „...on Vám ale nikdo neřekne.“ Také se potýkala s nedostatkem informací ohledně diagnózy. Respondent č. 10 vypověděl, že k určitým závažným informacím, co se týkají onkologické diagnózy, nemá rád, když se o tom hovoří až příliš: „Ale nemám ráda, když se o tom hodně jako mluví, mne to stačí říct jednou a hotovo.“ Respondentka č. 11 tvrdí, že zdravotníci nebývají dostatečně konkrétní: „Spíš si myslím, že si neuvědomují, zvláště sestřičky, jednu věc. Že ten člověk, mnoho věcí nezná a že jejich pokyny, který teda směřujou k tomu pacientovi, by měly být dalece konkrétnější.“

**Zanedbání péče** vypovídá o selhání zdravotníka jako profesionála s tím, že toto selhání mělo následky na pacientově zdraví. Respondent č. 6 byl jediným pacientem, který se s něčím takovým svěřil: „Tam jsme k němu docházeli a on ho léčil, to jsme se pak dozvěděli až v tom XXX, ... na equinovari měkkých tkání a on měl kosti. Kosti postižený. Oni tam přímo trvali, tam se těch doktorů sešlo víc, to prokonzultovat a přímo chtěli, aby my jsme toho doktora žalovali. Jo. Jo, že opravdu, že je to zanedbání péče...“ Dále respondent uvedl: „...doktor tady neudělal tady rentgen. Jo, že, ho opravdu léčil jenom takhle, že ho vždycky jenom prošmatal.“ Výpověď respondenta opravdu poukazuje na zanedbání péče na základě neprofesionality.

Podkód **neúcta** pojednává o neprofesionálním jednání zdravotníků s projevem neúcty k pacientům, který respondent č. 1 zakusil, při sdělování závažné diagnózy na chodbě, mezi pacienty: „...že by měl mít, zachovat vůči ostatním nějak ten, jak se tomu říká, zdravotní mlčenlivost, nebo něco. Což se tady jako, tam bylo jako i jako jiný lidi, ne jenom tahle pomocnice. Tam byl i pacient se tam procházel.“

**Nedostatek empatie** je dalším podkódem-znakem neprofesionality. V chování a jednání zdravotníků, se dle výpovědí pacientů, objevily prvky neempatie převážně opět ve sdělování onkologických diagnóz, kdy respondentka č. 1 řekla: „...jakým stylem mi to řekl. Prostě jak,

*no, ...vždyť to přeci není, jako vytrhneme vám zub.*“ Podobným neempatickým způsobem vnímala sdělování závažné onkologické diagnózy i respondentka č. 7: *„No, řek že mne prodloužej život, když to půjde ale, že asi by bylo vhodné do toho hospice, že tam mne pomůžou důstojně odejít z tohoto života.*“ Přesto pacientka byla v počátku léčby. Teprve nedávno lékaři na rakovinu přišli a byla v tu chvíli pouze po jedné operaci. Lékař nejen, že se choval neempaticky, ale také pacientce tímto způsobem vzal naději. Z projevu respondenta je znát lékařův zájem o situaci, ale přístup k pacientce nebyl dostatečně individuální, jak si vyžaduje převážně přístup k onkologickým pacientům. Respondent č. 8 ohledně neempatického sdělování diagnózy uvedl toto: *„On semnou jednal tak, že už jsem to jednou zažila, tak, že si nebude brát žádný servítky, že už jsem to jednou zažila, tak prostě, to už vím, co to obnáší a hned mne řekl, že mne čeká ozařování, čeká Vás chemoterapie, však už to znáte, už to máte za sebou, že jo.*“

**Nenaplněné potřeby** je kód, který vypovídá o potřebách pacienta, které následkem neprofesionality nebyly naplněny. Dle výpovědi se jedná o pacientovo nepochopení. Pacient, respondent č. 1 uvedl: *„Ale ať si zkusej, že tam budou ležet a nemůžou se nikde hejbat. Že nemůžou spát. Ať si to zkusej ty sestry.*“

Následuje kód **zásah třetí osoby**. Tento kód poukazuje na nutný zásah někoho dalšího, jako například pacienta, či člena rodiny, aby bylo umožněno pacientovi poskytnout dostatečnou péči. Například respondent č. 6 sdělil, že na základě nedostatečné komunikace mezi ním a lékařem, musel volat lékařce rodinný příslušník, aby potřebné informace zjistil: *„Pak už nevím kdo, jestli mamka, nebo manžel, tak pak jako volal, jestli to je v pořádku.*“ Respondent č. 1 uvedl, že vzhledem k nedostatku času sester, pomáhal pacientovi na pokoji s hygienou a s uspokojováním ostatních potřeb spolupacienta: *„Tak já jsem tam té paní pomáhala umývat a to, protože ony nebyly schopný. Já jsem jí tam nosila čaj. Já jsem jí pomáhala jíst. Protože ony na to neměly čas.*“ Během hospitalizace na gynekologickém oddělení se při projevu neprofesionality vůči respondentovi, musely pacientky zastat spolupacientky, které s ní byly na pokoji: *„Ženský, co tam semnou byly, tak se do ní pustily, začaly jí nadávat.*“

**Nedostatek soukromí** byl také často vnímán ve výpovědích pacientů. Respondent č. 5 například čekal, že bude vyšetření probíhat někde v ústraní, spíše, nežli před ostatními pacienty a dělalo mu problém se odhalovat: *„No je to nepřjemnej pocit, člověk je před ostatníma. Ale on si člověk časem zvykne. No. Prostě, ale pro novýho pacienta je to nezvyklí. Jo, protože většinou, když nechodí na vyšetření, tak v tý ambulanci, nebo prostě někde, mimo,*

*kde je maximálně sestra, což mne taky ze začátku dělalo problémy.*“ Pacientovi ze začátku dělalo problémy i přítomnost sestry. Jak ale uvedl, pro nového pacienta je to nezvyklé, potom si prý pacient zvykne, dodal. Respondent č. 6 pocítil nedostatek soukromí během hygieny: *„Byl tam pán, tomu mohlo, já nevím, třeba o pět roků starší než já, jako příjemnej pán, já vím, že to je jeho práce jo, ale bylo mne hrozně nepříjemný, když mne vezl třeba do sprchy. Jo a ted' jsem se měla jakoby...“* Respondent č. 7 ztratil soukromí při otevřených dveřích na pokoj: *„...to byly furt otevřené dveře.“* Uvedl však, že to bylo dříve, že nyní se to zlepšilo. Respondent č. 8 pocítoval nedostatek soukromí, když během hospitalizace měl na sobě jen andílka a neměl ani kalhotky a měl se pohybovat během vyšetření: *„Já jsem vlastně neměla ani spodní kalhotky, já jsem měla jen toho andílka, ještě v závěru na jeden kšír uvázanýho.“*

Posledním podkódem hlavního kódu neprofesionalita je kód **nevzdělanost zdravotníků**, která se nemalou mírou mohla podílet na neprofesionálním jednání, chování, léčení a celé péči. Pacienti si znaků nevzdělanosti všímali a také o nich vypovídali během rozhovorů. Respondent č. 1 si na základě neprofesionální péče, kterou dostával, myslí, že se u sester nevyučovala psychologie a že by tedy měly mít například nějaké školení z psychologie, či o ošetřování pacienta, nebo o diagnózách: *„...který se to třeba nevyučovalo u nich, nebo něco, tak by třeba měly i nějaké školení, psychologické. Co se týče psychologie ... ošetřovatelsví toho pacienta, nebo ty diagnózy.“* Na základě péče, která byla respondentovi č. 1 poskytována, respondent shledal, že některé sestry snad ani nestudovaly zdravotnickou školu a poukazoval na určité oblasti, ve kterých by bylo třeba být důslednější, při vzdělávání sester: *„Myslím si, že by měly brát větší důraz na to, aby třeba i ty sestry, který tam dělají dýl, aby, nebo i ty žákyňky, které přicházejí ze školy, ... jim říct, že musí pozdravit, že musej jmenovat toho člověka, ptát se ho, jestli mu je dobře a jak mu je. Jestli něco pociťuje. A to, že tohle je jako důležitý. Protože některý sestry mi přijdou, že snad ani nestudovaly na sestru.“* Ohledně psychologického vzdělání se vyjádřil i respondent č. 2, který by, vzhledem k individualitě pacienta, očekával, že lékař bude mít i minimum z psychologie, jak doslovně uvedl: *„...jelikož jsme každéj jinej, tak vlastně, když nad tím tak přemýšlím, tak by měla skoro mít i minimum z psychologie. Jo, psychologické vzdělání, že zase je v první linii v kontaktu s tím pacientem.“* O nevzdělanosti lékařů svědčí výpověď respondeta č. 8: *„To jsem říkala, to asi ve škole zapomněli dávat vyučování na takovýhle téma, aby jim řekli, jak to mají pacientům říkat.“* V tomto příspěvku pacientka upozornila na problematiku sdělování závažných diagnóz a výsledků, o kterých se domnívá, že ji během studia medicíny, lékaři asi neprobírali. O sestrách vypověděla tak, že se by se měly ještě hodně vzdělávat, dokonce

jedna sestra na ni působila, jako kdyby měla jen zvláštní školu: „*Jsou ještě, který se maj hodně co učit ... tam byla sestřička, taková, že mi to připadlo, že to byla taková holka, jakoby ze zvláštní školy.*“

Navazujícím kódem na všechny další kódy **nepěče/neošetřování, neprofesionální přístup a neprofesionalita** je kód **okolnosti vztahující se k nepěči**. Tento kód je nadřazeným kódem pro další podkódy, které se vztahují k okolnostem nepěče a toto sdružení obsahuje dohromady pět kódů. **Nedostatečná organizace/disciplína, vztahy a okolí, nemocniční strava, neuznání chyb zdravotníků a konstrukty myšlenek pacienta**. Každý tento kód doplňuje celistvost **oblasti nepěče**. Té nepěče, kterou respondenti zažili a kterou prostřednictvím sdělení svých zkušeností, je možno si uvědomit.

**Nedostatečná organizovanost/disciplína.** Respondent č. 3 nerozuměl tomu, proč musí chodit uklízet paní uklízečka tak brzy ráno: „*Proč tam uklízečky chodí takhle ráno? Oni ti odeberou krev, já si to nepamatuju přesně, v 5, nebo nějak ti vodeberou krev, seš ještě v limbu, nebo v šest ... Napíchnou přijdou, ty zabereš, jako že budeš teda spát a v sedm, nebo v kolik, tam naběhne uklízečka a začne tam uklízet.*“ Respondent poukázal na to, že ráno, které bylo plné odběrů, bylo již dosti náročné a ve chvíli, kdy chtěl pacient spát, přišla uklízet paní uklízečka. Ohledně nepečujícího přístupu paní uklízečky se dále vyjádřil i respondent č. 9: „*Kromě paní uklízečky, která tam vtrhla jak meluzína.*“ Respondent č. 4 uvedl: „*Jako v uvozovkách co mne štválo, že se čekalo na ten ultrazvuk vlastně skoro těch pět dní. Kdy jsem tam byl v uvozovkách k ničemu. Kdy jsem jenom ležel a čekal jsem, až bude ten ultrazvuk.*“ V nemocnici byl nedostatek lékařů, kteří by byli schopni udělat ultrazvuk srdce, tudíž do nemocnice docházel externista, na kterého se někdy čekalo dlouho. Respondent č. 5 ležel na pokoji s pacientem, který byl přivezen v opilosti, pouze ke sledování. Byl agresivní a divoký a respondent k této události sdělil: „*No a tohle mi připadalo, trochu divný. Že by měli mít vyčleněnej pokoj na tyhle případy, když už je tam musej brát.*“ V této chvíli očekával, že bude takto nezvladatelný pacient na samostatném pokoji. Respondent č. 5 se dále negativně vyjádřil k ranním odběrům krve: „*Dvě sestry, po noční směně, ráno musej dělat dvacet šest odběrů krve a musej to stihnout do konce pracovní doby.*“ „*No a oni pak musej budit pacienta, že jo. To znamená, že ho buděj tak ve třičtvrtě na pět. Jo, každej rozespalej, pokud spí.*“

**Vztahy/okolí** je kódem, který nám vysvětluje, jaké negativní podmínky se vyskytovaly v okolí respondentů, během jejich hospitalizace. Respondent č. 1 uvedl: „*Co jsem tam byla,*

*já jsem byla jako na jiným oddělení, než jsem měla ležet, protože jsem byla tam s těma, umírajícíma lidma. To bylo taky docela jako deprimující. To byli fakt to, dost starý lidi a hodně nemocný lidi...*“ Mladá pacientka byla na vícelůžkovém pokoji, kde leželi převážně umírající lidé. Na respondenta č. 5 působil negativně nepřítelský vztah mezi sestrou a lékařem, kterého si všiml: *„Že mne připadalo, že tu sestru ignoruje. Já jsem pan doktor a Vy jste nic, jo. Protože on se tak choval k sestře. Třeba se neměli rádi jo.“* Dále uvedl ke vztahu sestra a lékař: *„Ne, že by byl k ní hrubej, ale prostě bylo vidět, že jenom to zavelení, „sestři“ (direktivně)... že jo, to už člověk slyší, no, no aha, tady se něco děje.“* Respondent č. 7 uvedl, že byly oddělení, kde se mu nelíbilo, kde byly pětilůžkové pokoje: *„Ale zase prostředí bylo nehezky. To bylo, tam jsem ležela na pětilůžkovým pokoji.“* Také se respondent zmínil, že na něho špatně působil spolupacient, který křičel a díky kterému se nevyspal a také pacient, který byl neorientovaný a respondenta děsil a ohrožoval: *„Zrovna jsem chytla, no prostě takovou paní po mrtvici, ona na půl ochrnutá. Ta tam furt křičela, každých pět minut, celý noce. Chtěla, aby ji tu nohu přepolohovaly, takový ten, jsem se ani vlastně nevyspala. Pak tam byla jedna paní, prostě bylo jí to, měla bejt prostě někde spíš na psychiatrii a já jsem se jí vyloženě bála a ona najednou stála nade mnou. A najednou nevíte co, co tam dělá, proč tam je.“* Respondentovi č. 10 se nelíbila zima na pokoji: *„No, mne byla zima i na pokoji. To topení bylo vypnutý.“* Respondent č. 11 poukázal na nepořádek v nemocnici, který by tedy on nesnesl: *„Třeba protože, já když tedy vejdu do toho špitálu. Tak okamžitě vidím, že ten šetřící koberec, který tam je, že není vyluxovanej, že tam je takovej nepořádek, kterej já bych tam prostě nesnesla.“* K prostředí v nemocnicích dále vypověděl: *„Protože tam je nevysypanej koš, který přetejká. Kde teda ty čtverečky se tam nevejdou. To, na Vás působí ... že ty kytky jsou teda zalitý, což tedy někdy chudáci nebyvají...“* Ke vztahům mezi zdravotníky ještě dodal: *„...než když vidíte, že si navzájem odsekávají, nebo dělají grimasy, ksichty.“*

**Nemocniční strava** je přidružující okolnost, která se podílela na péči o pacienta. Někteří respondenti se o nemocniční stavě vyjádřili, jako o něčem, co v nich zanechalo hlubokou stopu. Respondent č. 3 o ní hovořil jako o humusu zabaleném do několika igelitů co smrdí a je fakt hnus: *„Nemocniční jídlo ve mne zanechalo hlubokou stopu. Jsem v nemocnici, je mi špatně, skoro umírám a tak bych si třeba myslela, že ty lidi v nemocnici jako dostanou dobře najíst, že vitamíny a že se o to tam fakt dbá. A jídlo bylo prostě hrozný. Prostě strašný jako. Ráno, nebo večer, já už nevím, kdy dávali tu tlačenu ... dostaneš kus tlačeny všechno je to omotaný v tisíce igelitech, to si musíš z toho vyndat, k tomu kus chleba, prostě pro mne*

*humus úplně ... protože je napsaný šunkovej salám no a přinesou ti salám, kterej já kupuju psům, prostě za odměnu. Smrdí to, že to žádná šunka, nějakaj, namletý housky a blee. Hnusný, jídlo prostě fakt hnusný.*“ Respondent č. 7 se ke stravě v nemocnici vyjádřil tak, že když mu přinesli jídlo, raději ho zase rychle přikryl a poprosil, aby to odnesli: „...to byly někdy jídla, že jsem to jen takhle a zase přiklopila a prosím Vás odneste to. To, to, a furt jenom nějaký tvarohový pomazánky a takový.“ Pacientovi se nelíbilo, že byly stále jen nějaké pomazánky a že nebylo jídlo dostatečně pestré. Respondent č. 11 poukázal na to, že zdravotníci kolikrát nepovažovali za důležité, zda pacient obdržel jídlo teplé, či studené: „Že Vám prsknou jídlo na stůl, ať je teplý nebo studený.“

**Neuznávání chyb zdravotníků** je kód, který se věnuje neposkytnutí omluvy pacientovi, ve chvíli, když se zdravotník dopustil neprofesionálního chování. Respondent č. 1 uvedl: „A ne tohle, to bylo... kdyby se alespoň přišel omluvit, nebo něco, ale nic, prostě nic.“

V kódu **konstrukty myšlenek** pacienta, co se týká oblasti nepéče, je možno nahlédnout do pacientových myšlenkových pochodů, které vznikaly nad situacemi spojenými s určitým nepečujícím přístupem, neprofesionalitou, či nevykonáváním péče jako takové. Respondent č. 1 se domníval, že mu nebyly uspokojeny potřeby z důvodu, že sestry popíjely kávu a pojídaly chlebičky: „Protože oni tam mají kafe udělaný, nebo že tam měly chlebičky...“ Dále uvedl, že se domnívá, že přepracované byly převážně ty sestry, které tam jsou dlouho (dle věku). Také sena základě jejich chování a jednání domníval, že je práce nenaplnuje a tudíž by ji neměly vykonávat: „Ten zdravotník když vidí, že ho ta práce nějak nenaplnuje, nebo už tam dělá dlouho, tak by tam neměl pracovat. Protože ty sestry, které tam jsou dlouho, tak oni se neumí tak...“ Poukazoval na rutinu, kterou sestry spatřují ve své práci: „Prostě, myslím si, že ty starší sestry už jenom koukaj, že jo, šak já to mám za pár. No tak a koukaj, šak já už to, já už jdu za chvíli domů, tak já si ještě tamhleto obejdu a to. A berou to jako takovou rutinu.“ Respondent č. 2 se domníval, že odraz nepečujícího přístupu sestry, může být zapříčiněný nedostatkem času na její soukromí: „Tím, že ona nemá čas na soukromí, tak se to zase odráží zpátky v tý její práci, protože je to jednoduchá součást.“ Respondent č. 3 se zamýšlel nad tím, že úkolem sestry zřejmě je, dát pacientovi několikrát denně tablety, ale dále ji pacient nezajímá: „Přijde někdo, koho fakt nezajímáš. Kdo ví, že ti musí dát ráno prášky, odpoledne taky.“ Dále uvedl, že si myslí, že je sester málo, protože neměly na pacienty čas: „Je jich málo. Já si myslím, že těch sester je taky málo, protože neměly čas jako.“ Respondent č. 4 uvedl, že určité rozvrkočené či nadupané chování nezaznamenal, že by bylo směřované k pacientovi, ale že bylo následkem toho, že sestru někdo naštvál:



*„Občas, že přijde sestřička tak nějak rozvrkočená, nebo v tom smyslu, jako že je nadupaná, v uvozovkách, ale to spíš přisuzuju tomu, že někdo předtím ji naštvál, nebo jako nějakým tím způsobem, ale že to není nějaký přístup ke mně.“* Také si respondent myslel, že kdyby se neozval, že mu vyšetřují zdravou nohu, nikoliv nemocnou, odoperovali by mu zdravou a nikoliv nemocnou: *„Když bych se neozval, tak prostě bych byl asi namalovanéj na pravý noze a operovali by mi pravou nohu, jo, místo levé.“* Respondent č. 7 se domníval, že není v nemocnici daný prostor k tomu, aby se zdravotníci mohli více pacientům věnovat. Také poukazoval na to, že se následkem určitých situací domníval, že by lékaře a sestry zdržoval, pokud by žádal například nějaké bližší vysvětlení, které mu nebylo automaticky poskytnuto: *„No, já si myslím, že oni ani chudáci na to nemají prostor, aby se Vám takhle věnovali zase ... říkám, já doktor nejsem a mne pak, když se pak třeba něco řekne, nebo se ptám, tak to vypadá, třeba jako že ho zdržuju, a nebo, kdybych tomu rozuměla, tak nemusím chodit za lékaři a můžu se léčit sama, ale bohužel, to nedokážu. No.“* Kdyby si uměl pacient pomoci sám, lékaře by ani nechtěl obtěžovat. Respondent č. 11 podotkl, že každý zdravotník by se někdy měl stát pacientem, aby následně mohl vykonávat svou profesí lépe: *„Každý zdravotník by se někdy měl stát pacientem. Aby, měl a mnoho věcí by určitě pak dělal jinak.“*

Veškeré nepečující chování s prvky neprofesionality a nepečujícího přístupu mělo negativní vliv na pacienta. Všechny tyto negativní vlivy jsou popsány v kódu **následky nepéče**, který se dále dělí na **negativní následky psychické** a **negativní následky fyzické**, které byly zaznamenány ve výpovědích respondentů. **Negativní následky psychické** se dále větví na kód **pocit bezmoci, pocit nejistoty a zraňujícího čekání a pocit nebezpečí**.

**Negativní následek fyzický** je pacienty popisován méně často, nežli **negativní následek psychický**. Nevhodný přístup a neodborná péče ze strany zdravotníků se mnohdy odrazila na pacientově fyzické stránce. Respondent č. 1 například uvedl: *„...tak já jsem spadla na zem.“* Má také ještě jednu zkušenost, kdy následkem neprofesionální péče pacientka začala krvácet: *„No já jsem udělala takhle dva kroky a jak se mi podlomily nohy, tak jsem spadla na tu pelest. Začala jsem krvácet.“* Respondent č. 3 se následkem nepřítomnosti sestry, naučil odpojovat infuzi: *„Tak jsem se to naučila jako odpojovat sama.“* Respondent č. 10 sdělil, že po špatném napíchnutí kanyly od sestry, pacienta bolela celý týden ruka a pacient si následně nepřál, aby se o něho sestra, v tomto směru, dále starala: *„Jsem ji odmítla, aby mi brala krev, nebo píchala nějakou kanylu, protože mne opravdu od ní celej týden bolela ruka.“*

**Negativní následek psychický** je opravdu obsáhlý kód, ze kterého byly vybrány opět nejprůkaznější tvrzení respondentů. Z výpovědí je zřejmé, že pacienti jsou citliví na přístup zdravotníků a že negativní následky na psychiku pacienta jsou velmi častým následkem tohoto nepečujícího přístupu. Velmi často se respondenti vyjadřovali: že se jich to dotklo, že se lekli, měli strach, byl to pro ně šok, že by byli překvapeni, vyděšeni a otráveni přístupem s následnou protivností. Respondent č. 1 ohledně sdělování diagnózy řekl: „...*kdy se mě to hodně dotklo je, když mne řekli verdikt nad mojí diagnózou ... to mne teda, to byl pro mne takovej šok ... vadilo mi ten přístup.*“ Následkem celé situace bylo i následné ovlivnění pacienta, v jeho přístupu k celému oddělení: „*Ovlivnilo mne to vůči tomu oddělení.*“ Respondent uvedl, že následkem nepečujícího a neempatického přístupu dokonce i plakal: „*Brečela jsem ... v tu chvíli se prostě lekne.*“ Také respondent pocítil strach: „*Potom jsem měla strach.*“ Dále respondenti sdělili, že se styděli, byli z toho na nervy a že jim to vzalo úsměv na tváři. Přístup zdravotníků se jim zdál mnohdy krutý a díky tomu si také pacienti často přáli, aby už nemuseli přijít s tímto zdravotníkem do styku. Respondent č. 5: „*Jsem pak zůstal překvapený.*“ „*Já ještě jsem tam nešel a už jsem byl vyděšený.*“ „...*že je člověk otrávený a protivnej z toho, že je personál na něj zlej, že jo.*“ Respondent č. 3 uvedl, že už to nikdy nechce zažít znovu ten pocit vězení a že se do nemocnice nesmí nikdy vrátit: „*No, ... celá ta hospitalizace, přístupem, já nevím, celkově hele, bych řekla, že se tam už nikdy nesmím vrátit do té nemocnice, že, že to je fakt hrozný. Já jsem si tam připada jak ve vězení. Už nikdy víc.*“ Respondent č. 6 sdělil, že následkem nedostatku soukromí se styděl: „*Že jsem se styděla.*“ Také uvedl, že na nervy: „...*já jsem z toho byla úplně na nervy*“ „*tak mne to štválo, ... a tak jsem byla teda taky bez úsměvu.*“ Respondent č. 7: „...*co se mi zdálo krutý.*“ Respondent č. 8 byl následkem nepečujícího přístupu ovlivněn vůči lékaři, který se takto k němu zachoval: „...*vždycky když jsem ho viděla, tak jsem si říkala, zaplat' Pán Bůh, že zavřel dveře, že nebude dělat ultrazvuk. Že k němu nejdu. To jsem si vždycky říkala, zaplat' Pán Bůh, že ty ultrazvuky dělají ostatní doktoři jako. No, prostě nemusím ho.*“ Respondent č. 1 také uvedl, že když si vzpomene na to špatný, nedělá mu to dobře: „*Jak jsem si vzpomněla na to špatný, nebo to tak, mne to nedělá dobře.*“ Neprofesionální péče měla za následek také ztrátu naděje s následnou nechutí dále bojovat s nemocí: „*Protože potom ten pacient hnedka ztratí takovou tu naději, jo nebo přestane bojovat.*“

**Pocit bezmoci** pocítovali respondenti převážně na základě pocitu, že jsou jejich práva během hospitalizace omezenější, nežli v běžném životě. Respondent č. 3 uvedl: „*Nad sebou nemáš žádnou vládu. Rozhoduje za tebe někdo ... Protože jsem si uvědomila to vězení, jako*

*fakt. Vězení, jak nemůžeš ... Nemůžeš, prostě nemůžeš a kdybych odešla, jsem chtěla, chtěla jsem jít na reverz, tak mne vysvětlili, jako že mě to může zabít, že to je blbost. Tak si uvědomíš, jak seš bezmocná.“* Podobný pocit zažívala respondentka č. 8, která byla bezmocná, jelikož neměla zvonek a tím možnost se na někoho dovolat: „*Já jsem tam neměla zvonek nic, já jsem tam nemohla zazvonit, já jsem tam furt jenom škemrala kdo mne tam vůbec to, abych mohla jít vůbec na záchod nebo tydlety věci.“*

Kód **pocit nejistoty/zraňující čekání** odkazuje na nepříjemné pocity pacientů, které doprovázely zraňující a zdlouhavé čekání na výsledky vyšetření, nebo teprve na samotné diagnostické vyšetření, během hospitalizace. V respondentově výpovědi bylo poukázáno na nepřítomnost zdravotníků, která k pocitu nejistoty vedla. Takto to vnímal respondent č. 1: „*...od rána na ten výsledek jsem čekala, kdy za mnou přijdou a řeknou mi ten výsledek.“* „*...vůbec, ani nikdo nepřišel.“* Respondent č. 3 zažil nejistotu během dlouhého čekání na vizitu, která měla být dopoledne, ale dočkal se ji až odpoledne: „*A na tu vizitu jsem taky se čekalo. To je normální asi, že se čekalo od desíti. Řekli, bude vizita v deset, nebo v jedenáct, ... tak třeba přišli o půl druhý.“* Pocit nejistoty pociťoval také respondent č. 7, který se potýkal s nerozhodností lékařů, kdo bude operovat nádor dříve. Pacientka s onkologickým onemocněním toto jednání nesla velice těžce: „*No a řekli mne, že se rozhodne na onkologii, kdy půjdu na operaci. Tak mne nejdřív to bylo nejhorší dohadování, že jsem každé pátek jezdila do XXX a nemohli se dohodnout. Kdo mne bude dřív operovat, jeden chtěl nejdřív plíce, druhý zase ne, že ledvinu, ...takže to bylo takový hektický.“* Respondent č. 8 uvedl, že musel čekat čtrnáct dní na výsledek, který lékař již věděl: „*...za čtrnáct dní ať přijedu.“* Dále uvedl, že mu připadalo nevhodné, aby mu lékař stále opakoval, že se čeká na výsledky histologie a tato přehnaná informovanost na pacienta působila velice negativně: „*...on to vlastně řekl po operaci. Večír byla vizita, řekl mi to, pak v sobotu mi to řekl, v neděli byla vizita, řekl mi to, v pondělí byla velká vizita a znova mi to řek, že jo. Víte, pořád, pořád mi to opakoval, že se čeká na tu histologii, že jo.“*

**Pocit nebezpečí** pociťoval respondent č. 5, který byl na pokoji s pacientem, který nebyl nikterak zaopatřen, aby neublížil ostatním a zdravotníci byli daleko: „*Ale to nejhorší na tom je, že mne mrzí, že oni ho tam pošlou, přivezou a nemotá se okolo nějaké udělanej chlap zřízenec, ale nechají to na sestrách. Jo, aby se o něho postarali. On není příkurtovanej, takže když sestry odejdou, může lítat po pokoji. Pacienti, ty ho nezvládnou, no, takže...“*

**Empatie ze strany pacientů** může být i určitou formou **ospravedlňování zdravotníků** z jejich nepečujícího přístupu a neodborné péče, kterou pacienti spatřili a zakusili. Respondent č. 2 uvedl, že chápe, že na základě přetíženosti zdravotníků, jsou sestry často nepříjemné: *„Akorát já jsem třeba dost takhle pozoruju tak vím, že třeba hlavně třeba u toho pomocnýho personálu jako jsou sestry, nebo ty bratři a tydlety, tak vidím, že ty lidi dost často jsou utahaný, přetížený a pak jako třeba chápu, že můžou být na některý pacienty trošičku nepříjemný. Nebo odtažitý...“* Respondent č. 3 to vidí podobně. Uznává, že práce sestry je náročná-nápor: *„...musí to bejt opravdu nápor.“* Respondent uznává, že edukace každého pacienta je náročná: *„Je to asi složitý. Jako myslím si, že pro ně složitý, jako tam to každému říkat, když tam přijdou.“* Respondent č. 6 uznává, že práce v nemocnici je velice odpovědná a že to není jednoduché vykonávat tuto profesi, která pojednává o práci s lidmi: *„...že to není lehký, že to je, jo, za prvé odpovědnost, za druhý je to taky práce s lidma a ještě taková, že to není vůbec lehký.“* Respondent č. 7 poukazuje na to, že zdravotníci jsou také jen lidé, kteří mají své problémy, jako každý. Podle respondenta nemají také dostatek volného času, někdy náladu, ale dodává, že bohužel není možné, aby nedělali svou práci neprofesionálně: *„Taky asi jestli nemaj toho času tolik, tak já jsem to i sestram řekla, že se mne to nelíbí. No, říkám, je to všechno v lidech. Já vím, že jsme jenom lidi, jak Vy tak my a že má taky nějaký problémy doma. Zrovna mu není tak akortát, zrovna nemá náladu, nebo, ale bohužel.“* Podobně to vidí zbytek respondentů. Respondent č. 9 dokonce o zdravotnících řekl, že jsou to chudáci: *„...musím říct, že to jsou hrozný chudáci, díky některým pacientům. To, co jsem tam zažil.“*

## 8 SOUHRN VÝSLEDKŮ / ZKUŠENOSTÍ PACIENTŮ

Cílem průzkumné části bylo pomocí kvalitativního šetření zjistit a popsat, jaké jsou zkušenosti pacientů s interakcí se zdravotníky, na vymezeném souboru dvanácti respondentů, popřípadě také zjistit, zda zakoušejí utrpení vztahující se k péči.

Na základě rozhovorů, které byly nahrávány, poté doslovně přepisovány, kódovány a následně opakovaně analyzovány a syntetizovány, bylo možné prozkoumat daný fenomén a zjistit, jaké zkušenosti pacienti doopravdy mají. Z výpovědí respondentů vyplývá, že zkušenosti s péčí zdravotníků se rozdělují na dvě základní oblasti a to podle toho, zda pacient byl příjemcem profesionální péče, či naopak. První oblastí je tedy **oblast péče** a druhou **oblast nepéče**.

### 8.1 Zkušenosti pacientů – oblast péče

V **oblasti péče** se respondenti pozitivně vyjadřují k péči obecně, ale také k péči ošetrovatelské, ve které se vyjadřují mnohdy k tomu, co pro ně bylo vykonáno. Ve výpovědích sdělují, že o ně bylo dobře postaráno a že jsou s péčí spokojeni. Často se objevují slova, jako sestra změřila, udělala, přinesla, vyjednala, přišla, posadila, vyhověla a podobně. Byli tací, kteří uvedli, že jim nepříjde, že by se měli zdravotníci více starat. Váží si již samotné přítomnosti sester, během které sestra vykonává diagnostické a terapeutické výkony. Měří, podává tablety, injekce, nebo povléká lůžko, či dopomáhá při hygieně. U lékařů je pacienty dobře hodnoceno, že lékař okamžitě reaguje na vzniklou událost a že je v péči aktivní a pečlivý. Oceňují, když se lékař přišel podívat na vizitu a pacienta prohlédl. Celkově jsou rádi, že se o ně někdo stará a že například i ve chvíli, když byl pacient zmatený, se oni o všechno v klidu postarali.

Všechna péče, která je namířena k pacientovi dále rozvíjí svoji kvalitu a to díky pečujícímu přístupu zdravotníka. Podle pacientů tento pečující přístup vede k přátelské atmosféře a obsahuje prvky individuálního a lidského přístupu, což znamená, že pacienti považují za dobré, aby s nimi bylo jednáno a mluveno jako s člověkem a aby byl pacient vnímán jako někdo, nikoliv něco. Zdravotníci byli podle výpovědí respondentů milí, chápaví, trpěliví, ochotní a chovali se velice hezky, až perfektně. Pacienti oceňují zejména ochotu a pochopení. Jsou rádi, když si se sestrou i lékařem prohodí pár přátelským slov, které pacientovi vlijí do žil novou nadějí.

K tomu, aby byl pečující přístup opravdu pečujícím, je nutné, aby byla sestra a lékař přítomen nejen fyzicky ale také psychicky. To znamená, že se v péči zdravotníků objevují prvky blízkosti, určitého propojení a vřelosti. Pacienti velmi pozitivně vnímají sounáležitost zdravotníka, například podáním ruky během nepříjemného výkonu ale i jemné hlazení po ruce. Považovali za vhodné, když sestra při měření tlaku s pacientem komunikovala i o tom, co naměřila a zda je to dobré či špatné. Ve výpovědích respondentů o pečujícím přístupu s důrazem na individualitu pacienta se odráží vztah, který byl vytvořen mezi zdravotníkem a pacientem. Podle výpovědí pacientů je to příjemný rodinný či kamarádský vztah. Pacienti měli pocit, že jsou se sestrou kamarádi a moc se jim to líbilo. Pečující přístup, který pacienti popisovali, obsahuje také prvky zájmu, který má mnoho podob a který nabízí pacientovi prostor pro vyjádření jeho potřeb. Často byl vysvětlen již samotnou přítomností zdravotníků, převážně sester, jelikož ty tráví s pacienty více času, nežli lékaři. Pacienti vnímali zájem každou návštěvou zdravotníka a každým optáním, zda něco nepotřebuje, jak se mu leží, či jak se cítí.

Během pečování o pacienty byla velice pozitivně pojmána pečující taktika humoru. Respondentům se líbili veselí zdravotníci, kteří se na pacienta usmívali a uměli udělat legraci během rutinních a často stresujících výkonů. Pacienti, kteří trpí onkologickou diagnózou, si často humorem svou těžkou situaci odlehčují, ale ne všichni. Těm, kterým byla rakovina diagnostikována již po několikáté, se zmiňují, že je humor už přešel. Ti potřebují spíše individuální přístup. Ostatní považují humor a smích za lék, který když je u sester a lékařů přítomný, je pacient hned zdravější.

Dalším prvkem v oblasti péče, který respondenti zažili a považují za důležitý je zdravotníková schopnost a znalost v jeho oboru s určitou profesionální slušností. Profesionalita může být opět brána různými pohledy a je ve výpovědích sdělována různě. Například, díky poctivému přístupu k práci a znalostem byla určena správná diagnóza. Slušnost zdravotníků je myšlena převážně tím, že zdravotník před vstupem do pokoje pacienta, zaťukal, poté pozdravil, představil se a podal pacientovi ruku. Respondenti vnímají za profesionální, když se lékař, či sestra uměl v náročných situacích ve svém projevu ovládat a uměl problémy profesionálně řešit. Profesionalita byla shledána za komplex více pozitivních prvků a postojů, které vedou ke spokojenosti pacienta. V jedné výpovědi respondenta se stále ještě objevoval kladný postoj k paternalistickému přístupu lékaře.

Následkem profesionality byla pacientova důvěra ve zdravotníky, kterou pacienti k nim chovali, jelikož jim vložili do rukou svůj život. Profesionalita byla více konkretizována, profesionálním přístupem, stejně tak, jako tomu bylo u oblasti péče. V projevech respondentů se odrážel zájem, empatie, lidskost, ale i důstojnost se značným ohledem na soukromí pacienta a uspokojování jeho potřeb. Respondenti uznávali za dobré, když zdravotníci nedělali v poskytované péči rozdíly, když poskytovali péči všem, kdo ji potřeboval a přesně podle vyskytlých specifík. Vždy ale přihlíželi na zdravotní stav a věk pacienta. Například, i když byl pacient mezi posledními a bylo pozdní odpoledne a on přišel teprve na řadu, lékař k němu přistupoval velice vlídně a profesionálně. Respondenti si chválili pozitivní náladu lékaře, který byl rozhodný ve svém projevu a uměl sdělit výsledky tak, aby tomu pacient porozuměl. Při sdělování diagnózy pacientka poukázala na důležitost poskytování naděje, kterou od lékaře prostřednictvím pečujícího přístupu dostala.

V komunikaci shledali respondenti za příjemné, pokud byla z projevů zdravotníků slyšet empatie, pečující přístup a také podpora a pochvala. Během výkonů pacienti uvítali, když jim bylo sděleno, že bude výkon trvat už jen krátce. Komunikace byla pro pacienty často určitou pomocnou holí v boji se strachem. Pacienti poukázali na důležitost informací od zdravotníků a uvedli, že jim bylo před výkonem, ale i během výkonu, vše vysvětleno. To se prý dříve nestávalo. Informace byly pacientům poskytovány i písemnou formou a to například ohledně datu nástupu na operační výkon. K edukaci pacientů byly využívány i názorné ukázky tělísek, které byly implantovány pacientům pod kůži, nebo jim bylo i nakresleno, jak dotyčný nemocný orgán, který pacienta trápí, funguje a kde se nachází problém. Za příjemnou a podporující považovali pacienti také komunikaci a edukaci během výkonu. Pozitivní vliv mělo i edukační video před kolonoskopickým vyšetřením, které bylo vysíláno v čekárně před ordinací.

Pacienti rádi přijali od sester a lékařů útěchu, lítost ale i empatii, ze strany zdravotníků. Respekt, který pacienti cítí u některých lékařů, může vést podle jednoho pacienta až k nábožné úctě a to díky majestátnímu působení daného lékaře. Tímto působením je podle pacienta lépe navozena důvěra k lékaři a to převážně na základě vystupování a chování lékaře, které poukazuje na to, kdo to na daném oddělení vede. Na zdravotnicích se pacientům líbila převážně jejich upřímnost, trpělivost, pochopení a smysl pro humor. Pacienti tvrdí, že na toto povolání musí mít člověk národu. Ráznost lékaře, kterou pacienti zaznamenali, někdy vzbuzovala v pacientech pocit profesionality a určité jistoty, že jsou léčeni dobře. Za projev

profesionalitu lze považovat i uznání chyby lékaře, kterého jim bylo dostáno ve formě slovní omluvy.

Dvoulůžkové pokoje s dostatkem soukromí si respondenti velice chválili. Byli rádi, když se mohli dívat na televizi a tím shledali, že jim již nic nechybí a že se cítí jako doma. Pobyt v nemocnici pacientům zpříjemňovali milý a empatictí pacienti. Další okolnost, která ovlivňovala celkové prožívání pacienta, byla nemocniční strava. Stravu shledávali respondenti za dobrou, pokud byla podobná té, na které si pochutnávají doma, nebo v hotelu a jídlo se jim zdálo pestré.

Během rozhovorů byly také zjištěny obsáhlé informace ohledně představ a očekávání respondentů, které by mohly zdravotníky dále motivovat ke zlepšování poskytované péče. Pacienti očekávají trpělivost, individualitu, diplomatický přístup a také důvěru v pacientovi potíže. Rádi by, aby byly sdělovány závažné diagnózy v soukromí, kde by byl pro rozhovor klid a diagnóza by byla pacientovi sdělena pomocí empatického a pečujícího přístupu. Pacienti dále očekávají, že zdravotník na sobě nedá znát jakoukoliv únavu, nebo osobní problémy a vždy bude k pacientovi přistupovat s pochopením k jeho strachu. Rádi by, aby byla poskytovaná péče alespoň tak kvalitní, jak ji uznávají za kvalitní v seriálech. Očekávají také, že během vizity se jim bude lékař profesionálně věnovat a bude s ním pečujícím přístupem hovořit o výsledcích a dalších postupech léčby. Nejen během vizity, ale vždy, bude s pacientem jednáno se zájmem o jeho osobu, aby měl pocit, že je o něj dobře postaráno a že je dobře léčen, za pomoci nejmodernějších metod.

Respondenti si na základě určitých neprofesionálních jevů, vytvořili ve svých myšlenkách konstrukce myšlenek. Domnívají se, že sestry jsou lepší v aplikaci injekcí, na základě délky praxe a že přístup, který sestry a lékaři k pacientovi chovají, je postaven na základě jeho chování ke zdravotníkům. Pacienti si nebyli jisti, zda zájem, který spatřili v komunikaci s lékaři, kteří jsou cizinci, je opravdový, nebo zda tento zájem mají přisuzovat spíše ke snaze se naučit lépe hovořit česky.

Pozitivní vliv na pacienta v rovině psychické byl většinou vnímán jako určité potěšení, jako něco, co pacienty uklidnilo, co jim ulevilo, co se jim líbilo, dělalo jim dobře, co pomohlo, ale z čeho byli také úplně v šoku a nečekali by, že o ně bude tak pěkně pečováno. V nemocnici si jeden pacient prý dokonce i odpočinul a po druhé, když měl být hospitalizovaný, se tam těšil. V rovině fyzické pacienti pocítovali mnohdy úlevu a péče a



léčba vedla ke zlepšení stavu. Po této dobré zkušenosti měli někteří pacienti potřebu vděku pomocí osobního poděkování, nebo předání drobného daru.

Pokud bychom chtěli shrnout celou oblast péče, byla by charakterizována opravdovou profesionální péčí, zahrnující péči, vztah mezi pacientem a zdravotníkem a kompetentnost zdravotníků. Tato profesionální péče obsahuje prvky slušného, empatického, individuálního, diplomatického, podporujícího a holistického přístupu, se schopností uznávat důstojnost pacienta a jeho potřeby, s ohledem na jeho soukromí. S pacientem je vedena efektivní a pečující komunikace, která vede k dostatečné informovanosti, pocitu zájmu a přátelské atmosféře. Humor, úsměv a naděje je shledáván v projevu zdravotníků za velice posilující aspekt profesionální péče. Kvalitní a pestrá strava, pozitivní vztahy s pacienty, ale i mezi zdravotníky a příjemné prostředí, ve kterém se pacient léčí, mají pozitivní vliv na pacienta. Pokud pacient dostal opravdovou profesionální péči, cítil se následně spokojený, odpočnutý, opečovaný a uzdravený, jak po stránce fyzické, tak psychické a zdravotníkům tím věnuje svou plnou důvěru a vděk.

## **8.2 Zkušenosti pacientů – oblast nepéče**

V **oblasti nepéče** se pacienti během hospitalizace setkávali s nevykonanou ošetrovatelskou nebo lékařskou péčí, ale i s nepéčí obecně. Nepéče byla spatřována pacienty například v neposkytnuté hygieně, nebo v neochotě alespoň k její dopomoci. Pacienti si ve svých výpovědích stěžují, že trvalo dlouho, než přišli odpojit infuzi, nebo že léky, které měli dostávat na osmnáctou hodinu, dostali až kolem jedenácté hodiny večer. Respondentka uvedla, že když se jí špatně dýchalo, lékařka s ní hovořila direktivně a pacientce následně sdělila, že ji naordinuje kapky, ale že neví, co s ní má dále dělat. Dodala, že antibiotika pacientce ale rozhodně nenapíše. Pacientka tímto jednáním pocítila lékařskou péči za nedostatečnou.

Respondenti vypověděli, že od zdravotníků pocítili nepečující přístup. V tomto nepečujícím přístupu byli zdravotníky přirovnávány ke kusu nějakého masa, či balíku, který postrádal lidskost. K pacientům bylo přistupováno spíše jako k objektu, nežli subjektu. Často byli zdravotníky přehlíženi a nebyla jim poskytnuta pomoc, i když o ni požádali. Pacienti si povšimli, že přítomnost zdravotníka byla vícekrát pouze na fyzické úrovni, což znamená, že například u měření tlaku sestra měřila tlak, ale během výkonu s pacientem nekomunikovala, ale ani pacientovi nesdělila, jaký tlak naměřila. Byla přítomna fyzicky, ale nikoliv

psychicky. Uvedli také, že zdravotník nebyl někdy přítomen vůbec a to ve chvíli, když pacient něco potřeboval, ale bohužel nikdo nepřišel. Také vypověděli, že při zhoršení jejich zdravotního stavu se lékař nepřišel podívat na pacienta, pouze vzkázal po sestře, že se nic neděje. Nepečující přístup obsahoval prvky nezájmu. Sestra pacientce sdělila, že nemá čas, ale po chvíli, když se vrátila, byla cítit po cigaretovém kouři. Například v tomto chování vnímal respondent nezájem. Nezájem může být vnímán více pohledy. Například ve chvíli, kdy sestra svým přístupem dávala najevo, že je pro ni prioritou vykonat výkon, ale vše ostatní je již nepodstatné.

Nedostatky profesionality často střídaly nepečující přístup, nebo se velmi často navzájem prolínaly. Nejčastěji shledávali pacienti za neprofesionální sdělování závažných diagnóz a výsledků, které byly často sdělovány nedůstojně, veřejně před ostatními pacienty, během vizity, nebo na chodbě, když kolem stírala paní uklízečka. Sdělování závažných informací ze strany lékařů se potýkalo s nedostatkem soukromí a empatie. U sester se například pacientka setkala s tím, že ji sestra vynadala ve chvíli, kdy pacientce praskla plodová voda. Byla obviněna sestrou, že dělá nepořádek a že zajisté mohla zazvonit dříve. Za neprofesionální respondenti také považovali, když se museli během hospitalizace dopršovat vyšetření, když jim nebylo dobře, nebo když měli vyšetřovanou zdravou nohu, místo nemocné. Setkávali se i s chybně sepsanou propouštěcí zprávou, která obsahovala špatné doporučení následné péče, která mohla pacientovi ublížit. Respondenti spatřovali na lékařích, že vypadali nervózně, až vyhořele. Na lékařích se také pacientovi nelíbilo, že jsou odměření a jakoby ostýchaví. Ostýchavost s nedostatkem respektu byla spatřována u lékařů cizinců, tedy alespoň dle respondentovy výpovědi. Respondent dále uvedl, že jedna lékařka vypadala spíše jako zvěrolékař, který vyletěl z chliva. Dále popisovali pacienti příhody s lékaři s prvky nezájmu o negativní následky léčby, které byly lékařem doslova bagatelizovány. Pacienti měli tendenci nedůvěřovat schopnostem lékařům, na základě jejich cizí národnosti, pokud se jednalo o cizince, nebo na základě jejich mladého věku, který je nepřesvědčoval o jejich dostatečných zkušenostech. Jedna respondentka uvedla, že se jí nelíbilo, když se dozvěděla, že na sprchu, na kterou se její manžel chodí sprchovat, se odkládají zemřelí pacienti, než odjedou na pitevnu. Ve chvíli, když lékař udělal chybu ve svém jednání, pacientovi nebylo poskytnuto žádné omluvy.

Pacienti vypověděli, že měli pocit, že dostávali málo konkrétních informací, jak před výkonem a během výkonu, tak i při propuštění, kde by očekávali důkladnější vysvětlení následného režimu. Byli tací, kteří se setkali s tím, že se jim lékař nepředstavil. Lékaři

používali v komunikaci s pacienty často odborné termíny, kterým pacient nerozuměl, a u lékařů cizinců byla znatelná jazyková bariéra, která také někdy znemožňovala pochopení, co vlastně chce lékař říci. Co se týče edukace pacientů, nebyl brán v některých případech ohled na individuální přístup. Například respondent vypověděl, že video, které běželo v čekárně před kolonoskopickým vyšetřením, na něho mělo spíše negativní vliv, než aby mu nějakým způsobem pomohlo. Individualitu ve sdělování informací postrádala také ještě jedna respondentka, která měla diagnostikovanou rakovinu a lékař s ní hovořil ohledně čekání na výsledek histologie, až příliš často a neustále ji tím onu skutečnost připomínal. Každý den ji opakoval, že se čeká na výsledky a pacientce to nedělalo dobře. Respondenti spatřovali v komunikaci se zdravotníky také direktivní prvky a křik s projevem neúcty a moci.

Během sdělování onkologických diagnóz se setkávali pacienti s neempatickým přístupem, který jim vzal naději. Pacientce, které se vrátilo onkologické onemocnění, vadilo, že lékař bral za samozřejmost, že pacientka nyní vše zná, a ví, co ji bude v budoucnu čekat. Následně na to k ní přistupuje bez „servítek“, jak uvedla.

V určitých situacích se stávalo, že pacient měl pocit nenaplněných potřeb. Mnohdy bylo i třeba, aby zasáhla třetí osoba, která zajistila, aby byla péče poskytnuta-naplněna. Někdy třetí osobou byl pacient, jindy člen rodiny. Během poskytování péče pacienti pociťovali nedostatek soukromí nejen při sdělování závažných diagnóz, ale také například při svlékání před ostatními pacienty, kde nebyl brán zřetel na dostatek soukromí. Pacientka také cítila stud ve chvíli, když se o ní při hygieně staral muž-sanitář.

Respondenti uvedli, že chování zdravotníků k pacientům, během péče a léčby, kterou jim poskytovali, postrádalo někdy natolik profesionalitu, že se domnívali, že sestry snad ani nestudovaly zdravotnickou školu, či lékaři chyběli při výuce. Postrádali v péči psychologický a individuální přístup a poukazovali na vhodnost určitých psychologických školení. Speciálně u sester shledali za vhodné další vzdělávání v jednotlivých onemocněních. Pacienti poukazovali opět i na problematiku sdělování diagnóz, o které se také domnívají, že ji asi lékaři v medicíně vůbec neprobírali.

Respondentům bylo nepříjemné, když se v nemocnici uklízelo již v sedm hodin ráno. Nedokázali si vysvětlit, proč takhle brzy ráno je musela paní uklízečka rušit. Podobně pacienti vnímali problematiku brzkých ranních odběrů, které byly vykonávány často i před pátou hodinou ranní. Pacienti ve svých výpovědích upozorňují na nedostatek lékařů, který

se následně odvíjel v dlouhém čekání a v delší hospitalizaci pacienta. Pacient například čekal pět dní na lékaře externistu, aby mu udělal ultrazvuk srdce a on poté mohl jít domů. Také to může poukazovat na nevhodnou organizaci daného pracoviště. Negativně na pacienta působilo, když byl hospitalizován s opilým pacientem, který nebyl nikterak zajištěn a byl agresivní a divoký. Dále respondenti uvedli, že na ně nepůsobilo dobře, když leželi na pětilůžkovém pokoji s pacienty, kteří umírali. Negativně na působil nepořádek a nezalité a zanedbané květiny. Pacienty negativně ovlivnilo i vzájemné odsekávání zdravotníkům, kteří se ignorovali, dělali na sebe různé obličejky a bylo vidět, že se nemají rádi. Nemocniční strava zanechala v některých pacientech hlubokou stopu, jak uvedli. Přirovnávali ji k humusu, který byl nevhodně zabalený do igelitu, smrděl a hodil by se spíše jako jídlo pro jejich psa.

Na základě situací, které byly spojeny s nepečujícím přístupem, neprofesionalitou či nevykonáváním péče jako takové, si pacienti vytvořili určité konstrukty myšlenek. Respondent se například domníval, že mu nebyly uspokojeny potřeby, jelikož sestry popíjely kávu a pojídaly chlebičky. Poukazují na rutinu, kterou sestry zřejmě spatřují ve své práci. Respondenti si myslí, že odraz nepečujícího přístupu sestry může být zapříčiněný nedostatkem času na její soukromí. Dále uvedli, že se domnívají, že úkolem sestry je dát pacientovi pouze několikrát denně prášky a tím její úkol končí. Také tvrdí, že neprofesionální péče zdravotníků je z důvodu nedostatku času, který jim je k vykonávání péče poskytnutý. Respondent vypověděl, že by se zdravotníci měli občas stát pacienty, aby mohli svou péči vylepšit.

Nepečující přístup a nedostatečná péče o pacienta se odráží na psychické, ale i fyzické stránce pacienta. Respondentka například uvedla, že po pádu na pelest postele začala náhle krváčet, nebo že ji po špatně napíchnuté jehle bolela celá ruka. Pacienti jsou citliví na to, jak je o ně pečováno. Negativní vliv na psychiku uváděli respondenti velmi často. Sdělili mi, že byli přístupem zdravotníků často dotčeni. Někteří se následkem nepečujícího přístupu lekli anebo dokonce pocítovali strach. Dále uváděli, že to byl mnohdy šok, že byli vyděšeni a otráveni přístupem zdravotníků s následnou změnou nálady. Cítili se bezmocní a bezvládní, jako ve vězení. Dále pocítovali nejistotu. Například když čekali dlouho na výsledky, nebo když byli lékaři nerozhodní o dalším postupu léčby.

Struktura celé oblasti nepéče by se dala vysvětlit jako forma neprofesionální péče, která nezahrnuje dostatečně kvalitní péči a léčbu pacientů a nevykazuje známky navázání vztahu mezi pacientem a zdravotníkem, ani dostatečnou kompetentnost lékařů a sester. Tato péče

postrádá prvky empatického, individuálního a holistického přístupu. Vyznačuje se spíše prvky lhostejnosti a nedůstojnosti k pacientovi, bez ohledu na jeho práva. Zamračení, unavení a nepřijemní zdravotníci nejsou dobrými poskytovateli profesionální péče, kterým by se dalo důvěřovat. Nevhodné podmínky a nekvalitní strava pacienta výrazně neblaze ovlivňuje. Následky neprofesionální péče se projevují fyzicky ale také psychicky. Pacienti pociťují například strach, bezmoc a nejistotu.

Pacienti během svých výpovědí měli často tendence k ospravedlňování zdravotníků z jejich neprofesionality. Měli pochopení, že když jsou zdravotníci utahaní, budou možná k pacientům trochu nepřijemní a odtažití. Práci v nemocnici považovali za náročnou a lékaře a sestry litovali. To však nemění fakt, že pacient následkem této neprofesionální péče mnohdy trpěl.

### **8.3 Utrpení, které pacienti zakusili**

Na základě výsledků průzkumné části, lze velmi dobře zhodnotit, že někteří respondenti se opravdu setkali s utrpením, které se k péči vztahuje.

Utrpení může mít více podob, zde však je sledováno ve dvou směrech. První směr poukazuje na neposkytování profesionální péče s následným neuspokojováním potřeb pacienta. Pacient pociťoval nezáměr zdravotníků, jejich nepřítomnost a lhostejnost. Potřeby a pocity pacienta byly bagatelizovány nebo přehlíženy. To vše vedlo k jeho pocitu utrpení a také k jeho přání, aby zdravotníci také zkusili být nemocnými, aby pochopili jaké to doopravdy je.

Druhý směr poukazuje na dehumanizaci pacientů, kterou pacienti od zdravotníků spatřovali. Bylo s nimi často jednáno nedůstojně a nelidsky a to převážně při sdělování závažných diagnóz ale i během péče samotné. Pacienti měli pocit, že byli spíše něčím, nežli někým. Vůči pacientům byly použity prvky maligní komunikace a prvky moci. V neodborné péči zdravotníků se objevila také iatrogenie a sororigenie.

Toto utrpení, které respondenti zakusili je negativně ovlivnilo ve vztahu ke zdravotníkům, ale i k prožívání nemoci samotné. Utrpení v nich zanechalo špatnou zkušenost a při vzpomínce na onu událost se necítí dobře.

## 9 DISKUZE

Výsledky tohoto fenomenologického průzkumu byly převážně porovnávány s konceptem pečujícího a nepečujícího přístupu v ošetrovatelství a zdravotní péči, jehož autorkou je S. Halldórsdóttir (1996) a dále s výzkumem Björkdahl a kol. (2010), která se také ve své studii věnovala pečujícímu a nepečujícímu přístupu zdravotníků.

Úvodem je důležité zmínit, že struktura zkušeností pacientů tohoto průzkumu je rozdělena na **oblast péče** a **oblast nepéče**. Již v tomto základním rozdělení se výsledky průzkumu shodují se základním rozdělením teorie S. Halldórsdóttir (1996), kterou ona pojímá jako **oblast pečující** a **nepečující**, což má ve své podstatě stejný význam. Během průzkumného šetření byla získávána data **od pacientů s různými lékařskými diagnózami**, tak jako to bylo ve studiích S. Halldórsdóttir (1996). V obou případech byli do průzkumných/výzkumných šetření zahrnuti i pacienti s **onkologickým onemocněním**. Složení výzkumného souboru Björkdahl (2010) se trochu lišil, jelikož výzkum probíhal na psychiatrickém oddělení. Nicméně je možné se domnívat, že podobný přístup sester je možno najít kdekoliv ve zdravotnictví.

Výsledky teorie S. Halldórsdóttir (1996) vypovídají o pacientovi, jakož to o příjemci **odborné péče, která zahrnuje kompetence, péči a propojení**. Na základě výpovědí jsou výsledky tohoto průzkumu v podstatě totožné. Výsledky tohoto průzkumu hovoří o **profesionální péči** zahrnující **péči, vztah** mezi pacientem a zdravotníkem a **kompetentnosti zdravotníků**.

S. Halldórsdóttir (1996) o pečujícím přístupu zdravotníků tvrdí, že odborná péče zahrnuje dle vnímání pacientů určité prvky způsobilosti a prvky pečování. Aspekt způsobilosti zahrnuje způsobilost v posílení lidí, v navazování vztahů, rozvoji znalostí, v kompetentnosti během klinických rozhodnutí, v kompetencích při realizaci úkolů a v přijímání opatření ve prospěch druhých, ve smyslu aktivního prosazování, ale i vzájemné spolupráce. Pečujícími aspekty jsou například otevřenost, vnímavost, starostlivost, zájem, odpovědnost, respekt, skutečnost přítomnosti zdravotníka a odvaha k angažovanosti. Tímto vzniká následně důvěra, která umožňuje propojení mezi pacientem a sestrou. Tento průzkum ozřejmil opět obdobnou podstatu odborné či profesionální péče. **Shodu** tohoto průzkumu s výzkumem S. Halldórsdóttir lze **spatřovat převážně ve vyskytujících se prvcích způsobilosti**, ale také v **prvcích vlastního pečování**.

Podle zkušeností pacientů interního oddělení obsahovala tato péče prvky slušného, empatického, individuálního, podporujícího a holistického přístupu, se schopností uznávat důstojnost pacienta a jeho potřeby, s ohledem na jeho soukromí. S pacientem byla vedena efektivní a pečující komunikace, která vedla k dostatečné informovanosti, pocitu zájmu a přátelské atmosféře. Humor, úsměv a naděje byla shledávána v projevu zdravotníků za velice posilující aspekt profesionální péče. Kvalitní a pestrá strava, pozitivní vztahy mezi pacienty, ale i mezi zdravotníky a příjemné prostředí, ve kterém se pacient léčí, mají pozitivní vliv na pacienta.

S. Halldórsdóttir (1996) také poukázala ve své teorii na pozitivní vliv odborné péče. Uvedla, že je pro pacienta určitým zdrojem posílení a pozitivní změny, ve kterém nachází pocit pohody a zdraví. Pacienti cítili pocit přijetí a zvýšený pocit uzdravování. Měli pocit, že sestra je přítomná nejen svou osobou, ale že je také s nimi duchovně. Tímto dostali pacienti větší pocit sounáležitosti. Pacienti tohoto zkoumání, kterým byla poskytnuta opravdová profesionální péče, se cítili následně spokojeni, odpočnuti, opečováni a uzdraveni, jak po stránce fyzické, tak psychické a zdravotníkům za to věnovali svou plnou důvěru a vděk. V obou porovnávaných výzkumech lze spatřovat shodu nejen v tom, že **profesionální a odborná péče má své pozitivní dopady**, ale také v tom, že ji pocítili **pacienti obou porovnávaných vzorků**.

Pacienti, kteří se účastnili výzkumu S. Halldórsdóttir uvedli, že kombinací schopností zdravotníků, tedy jejich kompetencí a kombinací péče obsahující určité pečující aspekty, je v nich následně podporován **pocit důvěry**, usnadňující vývoj **profesionálního propojení** mezi nimi a sestrou. Tento druh spojení byl pacienty vnímán jako zásadní rozdíl mezi péčí a nepéčí. Jelikož byla respondenty tohoto průzkumu shledána důvěra také za pozitivní následek, **je možné se domnívat, že i u nich mohla vést k profesionálnímu propojení**. O tom, **zda byla právě důvěra považována za zásadní rozdíl v péči, či nepéči, ale nelze rozhodnout**. Je však možné se to domnívat.

Ohledně nepečujících setkání S. Halldórsdóttir uvedla, že odráží nedostatek odborné péče, který je pacientem vnímán prostřednictvím nepečující sestry, která se mu vyhýbá a je nějakým určitým způsobem nekompetentní. Je hrubá, nekomunikuje, nebo komunikuje neefektivně, nepřijímá iniciativu, přichází k pacientovi pouze, když pacient volá, nerespektuje pacientovi potřeby, chybí ji porozumění pro pacienta, je bezohledná, necitlivá a nezajímá se. Vlastnosti sester, které jsou dle pacientů spojovány s nepečujícím chováním

jsou například bezcitnost a zamračenost. Sestra je často vnímána jako neochotná a neschopná se spojit a navázat vztah s druhými.

Výpovědi respondentů tohoto průzkumu utvořily celou oblast zkušeností, které pojednávají o neprofesionalitě a nepečujícím přístupu. Oblast zakušené nepéče vypovídá o neprofesionální péči, která nezahrnuje dostatečně kvalitní péči a léčbu pacientů, a nevykazuje známky navázání vztahu mezi pacientem a zdravotníkem ani dostatečnou kompetentnost lékařů a sester. Péče také postrádá prvky empatického, individuálního, podporujícího a holistického přístupu a naopak se vyznačuje spíše prvky lhostejnosti, nezájmu a nedůstojnosti k pacientovi, bez ohledu na jeho soukromí a uspokojování potřeb. Zamračení, unavení a nepříjemní zdravotníci nejsou dobrými poskytovateli profesionální péče, kterým by se dalo důvěřovat. Nevhodné podmínky, negativní vztahy mezi pacienty, ale i mezi zdravotníky a nekvalitní strava pacienta výrazně neblaze ovlivňuje. Následky neprofesionální péče se projevují fyzicky, ale mnohem výrazněji také na rovině psychické. Pacienti pocítují například strach, bezmoc, beznaděj a nejistotou. Je patrné, že shrnutí oblasti nepéče se shoduje s myšlenkami a tvrzeními o nepečujícím přístupu zdravotníků dle S. Halldórsdóttir (1996). **Shoda se vyskytuje v pocítěné nepéči a nekompetentnosti zdravotníků, ale i v nepečujícím přístupu.**

V konceptu S. Halldórsdóttir je vidět důkladnost a rozpracovanost určitých fragmentů. Za zajímavé lze shledat uvedené **stupně nezájmu**. Jako je nezájem, necitlivost, chlad a nelidskost. Tento průzkum nebyl ve výsledcích až natolik podrobný, ale bylo poukázáno na **více podob nezájmu**. Byl vnímán nepřítomností sestry (zdravotníka) nebo nedostatečnou komunikací s nevhodnou a direktivní reakcí na pacienta.

Na základě výpovědí pacientů interního oddělení, ale i pacientů, kteří poskytli své zkušenosti k vytvoření teorie, je velice důležité se dívat na pacienta **v celém jeho kontextu** a také je důležité si uvědomit, že když je pacient nemocný, věci kolem sebe **vnímá jinak**. Respondenti tohoto výzkumu, stejně tak jako respondenti výzkumu S. H. poukazují na **velký vliv prostředí** ve kterém se nachází a které na ně výrazně působí. Pacienti, kteří se zúčastnili tohoto průzkumu, se zmínili o důležitosti kvalitní a pestré stravy a o důležitosti dobrých personálních vztahů o kterých jsem se v teorii S. H. nedočela. S. H. pouze poukazuje na střídání směn sester, které na pacienty negativně působí a které rozbíjely propojení mezi sestrou a pacientem. V tomto výzkumu i ve výzkumu S. H. se dočítáme o **nedostatku času**



sester na pacienty a o **nemocniční rutíně**, která má často nastavená pravidla tak, aby vyhovovala spíše vedení a zdravotníkům.

Stěna nebo zeď, která je podle S. Halldórsdóttir (1996) metaforou pro nepečující setkání se zdravotníky, by se na základě shodujících výsledků dala také aplikovat na tento průzkum pro oblast nepéče. Druhou metaforou, která by také vystihovala oblast nepéče, by mohla být metafora buldozera, kterou uvedla ve své práci Björkdahl a kol. (2010). Buldozer je metaforou, která poukazuje na sestry přistupující k pacientům, jako spíše k něčemu, nežli někomu, kdy pacient má pocit, že je objektem, nikoliv subjektem. Tato sestra se často stává střežitelem pořádku, pravidel a postupů. Tento přístup sester je totožný s přístupem sester k respondentům tohoto průzkumu. Přístup sestry (zdravotníka) buldozera je spíše zaměřen na práci. Sestra například aplikuje injekci, ale poté ihned rychle odejde. Sestra je něco, co se stává strojem. Všechny tyto výpovědi, které jsou uvedené v práci Björkdahl (2010), se shodují s výpověďmi respondentů, pouze nesouhlasí specifické přirovnávání sestry ke stroji. Takto konkrétně se pacienti nevyjádřili. Vyjádřili se však o vrchních sestřích jako o dragounech, které se projevovaly mocensky, litaly a křičely. Björkdahl (2010) dále uvádí, že toto chování buldozera vede k dehumanizaci a k porušování lidských práv a je zdrojem utrpení vztahující se k péči. Tak, **jak popisuje utrpení Björkdahl (2010), tak pocítili utrpení i respondenti tohoto průzkumu**. Pociťovali nejen dehumanizaci a depersonalizaci, ale také přehlížení a neuspokojování potřeb pacientů.

S. Halldórsdóttir (2000) uvedla, že ve zdravotní a ošetrovatelské literatuře není téměř zmínka o dehumanizačním vlivu na pacienty. Také tvrdí, že diskuze o lidských právech je v souvislosti se zdravotnictvím velmi zanedbávána. J. Šimek se ve svých publikacích věnuje etickým otázkám péče a tvrdí, že ošetrovatelská péče je velice složitý fenomén, který je v praxi u lůžka z pohledu mravních apelů velmi těžké dostat a apeluje na vedoucí pracovníky, aby vytvořili pomocí podpory managementu a pomocí dostatku materiálních zdrojů adekvátní podmínky pro kvalitní péči. Ohledně dostatečné podpory vedoucích pracovníků se zmínila také S. Halldórsdóttir (2000), která upozorňuje nejen na podporu managementu, ale také na nutnost dalšího vzdělávání zdravotníků, které má být nejen intelektuální, ale také duchovní. V tomto průzkumu měli mnohdy pacienti tendence ospravedlňovat zdravotníky. S. Halldórsdóttir (2000) ale uvádí, že ospravedlňování zdravotníků nemění fakt, že pacient následkem této neprofesionální péče trpí, musí znovu definovat svoje cíle a celé je to pro něj těžká zkušenost, která ho může ovlivnit do budoucna. Také uvádí, že lidé, kteří nejsou dostatečně empatictí, by se neměli starat o nemocné, ale že je to opět jenom na nás ostatních,

zda je necháme. Upozorňuje, že dehumanizovaní jedinci se bojí vzepřít. Jsou umlčováni a my, kteří máme možnost mluvit, bychom mluvit měli a to nahlas.

## **MOŽNOSTI DALŠÍHO VÝZKUMU**

Možnosti dalšího výzkumu by právě mohly vést podobnou cestou, s ještě širším výzkumným souborem, kde by se následně setkala více informací, které by nesly větší hodnotu. Tak, jako to udělala S. Halldórsdóttir, která uskutečnila více výzkumných šetření a ty poté spojila v teorii. Pokud by bylo vytvořeno více teorií, dalo by se s fenoménem více pracovat. Bylo by dobré začít publikovat nejen více článků na toto téma, ale také vytvořit knižní publikace o problematice pečujících a nepečujících přístupů, ale o celém konceptu péče a utrpení, které se k ní vztahuje. Zajímavé by bylo uskutečnit celou oblast výzkumů. Jedna oblast by se věnovala zkušenostem pacientů se zdravotníky, druhá oblast by byla zaměřena z pohledu sester na vykonávanou péči a třetí výzkum by byl směřován na vedoucí pracovníky a management. Všechny tyto tři studie by tvořily obecný a komplexní pohled ze třech naprosto odlišných rovin, ze kterých je možné na péči pohlížet. Pohledem pacienta, pohledem sestry a pohledem poskytovatele zdravotních služeb. Dále by bylo zajímavé zkoumat jednotlivé aspekty. Například se zaměřit detailně na jednotlivé oblasti a jejich specifika. Příkladem by mohlo být zkoumání informovanosti pacientů, soukromí pacientů, zachování důstojnosti pacientů, nebo zkoumání pozitivního vlivu humoru a podobně. Variant jednotlivých výzkumů by se dalo najít opravdu mnoho. Každá oblast by stála za důkladné prozkoumání a všechny navrhované výzkumy by byly zajisté velice zajímavé a přínosné.

## **LIMITY VÝZKUMU**

Fenomenologický průzkum, během kterého byly zjišťovány zkušenosti pacientů se zdravotníky, se potýkal s drobnými limity, které byly shledány v určitých fázích svého výzkumu. Jedním z limitů, který se objevil hned v počátku, byla nemožnost optimálního překladu důležitých pojmů z anglického jazyka do češtiny, což následně vedlo k používání výrazů – slov, ne zcela běžných. Příkladem bylo slovo nepéče, neošetřování a podobně. Dalším limitem, který byl spatřen, je malý výzkumný vzorek, i když v rámci podmínek kvalitativního výzkumu se zdá být v normě. V případě většího výzkumného vzorku by mohlo být totiž dosaženo ještě kvalitnějších, objemnějších a propracovanějších dat. Třetí a poslední limit je vnímán v nedostatku času, který byl pro výzkum stanoven. Pokud by byl větší časový prostor, opět by bylo možné dosáhnout kvalitnějších dat, například opět na základě většího množství respondentů.

## 10 ZÁVĚR

Diplomová práce „Baletka či buldozer, aneb zkušenosti pacientů s péčí zdravotníků“ do své teoretické části zahrnuje vymezení pojmu péče a utrpení vztahujícího se k péči, představuje již existující koncept S. Halldórsdóttir týkající se pečujícího a nepečujícího přístupu v ošetrovatelství a zdravotní péči a vytváří tak teoretické východisko pro průzkumnou část. Koncept péče S. Halldórsdóttir je základním kamenem pro porovnání výsledků tohoto fenomenologického průzkumu v rámci diskuse.

Jistým limitem pro uchopení a zpracování tématu bylo omezené množství publikované literatury, obzvláště psané v českém jazyce. Při práci s literaturou zahraniční byl pak problém ve vystižení drobných významových nuancí v rámci překladu stěžejních termínů. Zahraniční literatura byla nejvíce přínosná převážně na základě elektronických přehledových článků. V průběhu studia této problematiky se podařilo alespoň přiblížit tento těžce uchopitelný pojem péče a nepéče, ale i pojem utrpení, který se k péči vztahuje.

Záměrem fenomenologického průzkumu v rámci druhé části práce bylo zjistit a popsat zkušenosti pacientů s interakcí se zdravotníky na vymezeném souboru dvanácti respondentů a popřípadě zjistit, zda respondenti zakoušejí utrpení vztahující se k péči. Data byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru a dále zpracována technikou doslovné transkripce a otevřeného kódování. Po opakované detailní analýze a syntéze dat bylo dosaženo následujících výsledků.

Průzkumné šetření umožnilo zjistit zkušenosti pacientů, kteří byli ve vzájemné interakci se zdravotníky. Z výpovědí respondentů vyplynulo, že zkušenosti s péčí zdravotníků se rozdělují na dvě základní oblasti a to podle toho, zda pacient byl příjemcem profesionální péče, či naopak a je tedy zřejmé, že pacienti se setkávali jak s přístupem pečujícím, tak nepečujícím.

Pečující přístup pacient vnímal prostřednictvím profesionální péče, která zahrnuje péči, vztah (mezi pacientem a zdravotníkem) a kompetentnost (zdravotníků). Tato profesionální péče obsahuje prvky slušného, empatického, individuálního, podporujícího a holistického přístupu, se schopností uznávat důstojnost pacienta a jeho potřeby s ohledem na pacientovo soukromí. S pacientem je vedena efektivní a pečující komunikace, která vede k dostatečné informovanosti, pocitu zájmu a přátelské atmosféře. Humor, úsměv a naděje jsou shledávány v projevu zdravotníků za velice posilující aspekt profesionální péče. Příjemné prostředí, ve kterém je pacient léčen, pozitivní vztahy s pacienty ale i mezi zdravotníky a kvalitní, pestrá

strava, má významně pozitivní vliv na pacienta. Pokud pacient dostane opravdovou profesionální péči, cítí se následně spokojený, odpočnutý, opečovaný a uzdravený, jak po strážce fyzické, tak psychické a zdravotníkům tím věnuje svou plnou důvěru a vděk.

Pokud pacient nebyl zahrnut dostatečně kvalitní péčí a léčbou, která nevykazuje známky navázání vztahu (mezi pacientem a zdravotníkem), ani dostatečné kompetentnosti (lékařů a sester), jedná se o péči neprofesionální. Tato péče postrádá prvky empatického, individuálního, podporujícího a holistického přístupu. Vyznačuje se spíše prvky lhostejnosti a nedůstojnosti k pacientovi, bez ohledu na jeho soukromí a uspokojování potřeb. Zamračení, unavení a nepříjemní zdravotníci nejsou dobrými poskytovateli profesionální péče, kterým by se dalo důvěřovat. Nevhodné podmínky, negativní vztahy mezi pacienty, ale i mezi zdravotníky a nekvalitní strava pacienta výrazně neblaze ovlivňuje. Následky neprofesionální péče se projevují fyzicky, ale také psychicky. Pacienti pocítují například strach, bezmoc, beznaděj a nejistotu. Ve výpovědích se pacienti často zmiňovali o nedostatku času sester na pacienty a o nemocniční rutině, která měla často nastavená pravidla tak, aby vyhovovala spíše vedení a zdravotníkům, nežli pacientovi.

Pacienti během svých výpovědí měli často tendence k ospravedlňování zdravotníků z jejich neprofesionality. To však nemění fakt, že pacient následkem této neprofesionální péče trpí, musí znovu definovat svoje cíle a celé je to pro něho těžká zkušenost, která ho může ovlivnit do budoucna. Na základě výsledků průzkumné části lze velmi dobře zhodnotit, že někteří respondenti se opravdu setkali s utrpením, které se k péči vztahuje. Toto utrpení bylo spatřeno ve dvou směrech. První směr poukazuje na neposkytování profesionální péče s následným neuspokojováním potřeb pacienta. Směr druhý pojednává o dehumanizaci a depersonalizaci pacienta, kdy je s pacientem často jednáno nedůstojně a nelidsky a to převážně při sdělování závažných diagnóz, ale i během péče samotné. Vůči pacientům byly používány prvky maligní komunikace a prvky moci. V neodborné péči zdravotníků se objevila také iatrogenie a sororigenie. Toto utrpení, které respondenti zakusili, je následně negativně ovlivnilo ve vztahu ke zdravotníkům, ale i k prožívání nemoci samotné. Utrpení v některých respondentech zanechalo špatnou zkušenost a při vzpomínce na onu událost se necítí dobře.

Průzkumné šetření pomohlo odkrýt krásy a pozitiva pečujícího přístupu a profesionality zdravotníků. Toto chování a jednání zdravotníků by mohlo být přirovnáno k metafoře

baletky. Pečující přístup zdravotníka baletky staví mezi pacientem a zdravotníkem jakýsi most, který umožňuje vzájemné napojení/propojení.

Šetření ale také poukázalo na zhoubné a nebezpečné aspekty neprofesionality a nepečujícího přístupu, které mohou mít na pacienta destruktivní následky. K tomuto přístupu existuje odpovídající metafora buldozer. Přístup zdravotníka buldozeru naopak staví zeď mezi pacienta a zdravotníka a brání vzájemnému napojení/propojení.

To, na co by bylo vhodné se zaměřit je převážně výchova a vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti péče. Bylo by dobré si uvědomit, že to, co od zdravotníků obzvláště vážně nemocní pacienti očekávají, není jen léčba kompetentním zdravotníkem podle nejmodernějších metod. Profesionál, který o pacienta pečuje a který ho léčí, se musí taktéž starat o pacientovu psychiku. Studenti zdravotnických škol a medicíny by měli být vedeni k holistickému pohledu na pacienty, jakožto lidské bytosti. Mělo by se více apelovat na podporu pacienta a celkově zdravotníky učit o lásce a duchovním životě člověka. O jeho zranitelnosti v nemoci, o důležitosti naslouchání a o morálních hodnotách, které mají i v dnešním světě své důležité místo. K tomu, aby mohli zdravotníci vykonávat profesionální péči, musí ale také nejprve poznat sami sebe. Další oblastí, na kterou by bylo třeba se zaměřit, jsou vedoucí pracovníci, kteří by vytvořili za pomoci a podpory managementu adekvátní podmínky pro kvalitní péči. Bez pomoci managementu a adekvátních podmínek, které zahrnují dostatek času a personálu, není možné profesionální péči vykonávat.

Osobní přání výzkumníka by spočívalo v tom, aby profesionální péče sester a lékařů byla vykonávána pouze baletkami, které by stavěly mosty k propojení pacientů a zdravotníků a také které by pro tuto náročnou, ale ctnostnou profesi měly vhodné pracovní podmínky a odpovídající ohodnocení.

## 11 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

ACTonALZ, 2013. Simplyfy and Optimize Dementia Care - Mini-Cog™. In: *Youtube* [online]. [cit. 28.4.2018]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=DeCFtuD41WY>

AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4752-303.

BALINT, Michael, 1999. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-716-9734-6.

BAŠTECKÁ, Bohumila, REITEROVÁ, Eva, 2005. Současné potřeby a Abraham Maslow. In: *Acta universitatis Palackianae Olomouensis facultas philosophica. Varia psychologica X*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 64-87. ISBN 80-244-1060-5.

BJÖRKDAHL, A., PALMSTIERN, T., HANSEBO, G., 2010. *The bulldozer and the ballet dancer*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 17(6), 510-518. ISSN: 1365-2850.

BUBER, Martin, 1969. *Já a ty*. Praha: Mladá fronta. ISBN 23-078-69.

BURDA, Patrik, 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807-0135-648.

BUŽGOVÁ, Radka a Kateřina HAVELKOVÁ, 2012. *Zjišťování potřeb terminálně nemocných v hospicové péči*. Čas. Lék. Čes. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 151(4), 190-195. ISSN 0008-7335.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotník službách. In: *Sbírka zákonů 8.12.2011. Ministerstvo vnitra České republiky*. [online]. [cit. 1.5.2018]. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

[zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

DRAHOŠOVÁ, L., JAROŠOVÁ, D., 2016. *Concept caring in nursing*. Central European Journal of Nursing and Midwifery. 7(2), 453-460. ISSN: 2336-3517.

GURKOVÁ, Elena, 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-802-7104-611.

HAJNOVÁ, Erika a BUŽGOVÁ, Radka, 2013. *Hodnocení spirituálních potřeb u pacientů s onkologickým onemocněním: pilotní studie*. Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě [online]. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 4/2013, s. 708-714. [cit. 1.5.2018].

ISSN

1804-2740.

Dostupné

z:

[http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/9\\_hajnova\\_buzgova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/9_hajnova_buzgova.pdf).

HALLDÓRSDÓTTIR, S., 1996. *Caring und uncaring encounters in nursing and health care: Developing a theory*. Linköping. Doctoral dissertation. Linköpings universitet. Faculty of Health Sciences.

HALLÓRSDÓTTIR, S., 2000. Cancer Care in the New Millennium. In: *Researchgate.net* [online]. 5/2000 [cit. 1.5.2018]. ISBN-81-87424-01-X. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/259823496\\_Cancer\\_Care\\_in\\_the\\_New\\_Millennium](https://www.researchgate.net/publication/259823496_Cancer_Care_in_the_New_Millennium).

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-802-6209-829.

HEŘMANOVÁ, Jana a Hana SVOBODOVÁ, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-699.

HONZÁK, Radkin, 1997. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén. ISBN 80-858-2460-4.

HONZÁK, Radkin, 1995. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf. Medica. ISBN 80-858-0005-5.

KALVACH, Zdeněk a Libuše ČELEDVÁ, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4740-263.

KOPŘIVA, Karel, 2000. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-429-X.

KORBELÁŘOVÁ, Lenka, 2017. *Vnímání smyslu života u seniorů v institucionální péči*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

KOSOVÁ, Martina a kolektiv. 2014. *Existenciální analýza jako hledání cest* [online]. České Budějovice: Grada Publishing. [cit. 27.04.2018]. ISBN 9788024792033. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=po5EDQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4720-692.

- LUKAVEC, Jan, 2016. Buber Martin Já a ty. In: *Iliteratura.cz* [online]. 16.10.2016 [cit. 1.5.2018]. Dostupné z: <http://www.iliteratura.cz/Clanek/37199/buber-martin-ja-a-ty>.
- MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. 2011. *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD. ISBN 978-807-3921-910.
- MAREŠ, Jiří, PEČENKOVÁ, Jaroslava a Vlasta SPOUSTOVÁ, 1996. *Iatrogenie a sororigenie: aneb jak lze poškozovat člověka*. Hradec Králové: Lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice v Hradci Králové.
- MAREŠ, Jiří, 2016. *Péče zaměřená na zvláštnosti pacienta*. Brno: MSD. ISBN 978-807-3922-597.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4753-768.
- Mini-Cog© Screening for Cognitive Impairment in Older Adults dostupné z <https://mini-cog.com>.
- NEŠPOR, Karel, 2017. *Léčivá moc smíchu: smích a zdraví, smích a vztahy, smích a práce, smích a výchova*. Vydání páté. V Praze: Vyšehrad. ISBN 978-807-4298-264.
- PRUDIL, Lukáš, 2017. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. 2., doplněné a upravené vydání. Praha: Wolters Kluwer. Právo prakticky. ISBN 978-807-5525-079.
- PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-807-3454-371.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4739-762.
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4722-238.
- RUSOVÁ, Jitka a HLAVÁČKOVÁ, Eva, 2017. Suffering related to care. In: *Dk.upce.cz* [online]. 12/2017 [cit. 1.5.2018]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/69690>.
- STASKOVÁ, Věra, 2015. *Inspirace Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství*. [online]. České Budějovice: Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 1.5.2018]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/m1ssjr/>.
- STEENLAND, N. Kyle a AUMAN, Coutney M., 2008. Development of a Rapid Screening Instrument for Mild Cognitive Impairment and Undiagnosed Dementia. In: *ncbi.nlm.nih.gov* [online]. 2008, **15**(3) [cit. 2018-04-29]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2679370/>.



- SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- ŠIMEK, Jiří, 2016. Specifika ošetrovatelské etiky. *Kontakt* [online]. 18(2) [cit. 1.5.2018]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20160623141528284198.pdf>.
- ŠKRLA, Petr, 2005. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3419-4.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4757-100.
- ŠUBRT, Jiří a kolektiv. 2008. *Soudobá sociologie II. Teorie sociálního jednání a sociální struktury* [online]. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. [cit. 2018-04-27]. ISBN 978-80-246-2728-1. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=EA3XBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>.
- TATRANSKÝ, Tomáš, 2002. Etika u Emmanuela Lévinase. *Teologicketexty.cz* [online]. 2002/4, [cit. 1.5.2018]. Dostupné z: <http://www.teologicketexty.cz/casopis/2002-4/Etika-u-Emmanuela-Levinase.html>.
- TOLAN, Janet, 2006. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 80-736-7146-8.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
- ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4720-685.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-802-7101-566.

## **12 PŘÍLOHY**

<i>Příloha A – Informovaný souhlas.....</i>	<i>130</i>
<i>Příloha B1 – Test kognitivních funkcí – Mini Cog.....</i>	<i>131</i>
<i>Příloha B2 – Test kognitivních funkcí – Mini Cog (malování hodin).....</i>	<i>132</i>

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já, \_\_\_\_\_ souhlasím, abych se zúčastnil/a  
(plné jméno a datum narození)

výzkumného šetření zaměřeného na zkušenosti pacientů s chováním a přístupem zdravotníků. Zapojení do výzkumu spočívá v nahrávaném rozhovoru s výzkumníkem.

Beru na vědomí, že veškeré o mně poskytnuté údaje budou anonymizovány a souhlasím, že výsledky mohou být použity pro vědecko-výzkumné účely a jejich následné publikování.

Rozumím cíli, povaze výzkumného šetření a v čem spočívá moje zapojení. Tyto informace mi byly srozumitelným způsobem předány. Měl/a jsem možnost položit otázky, na které mi byla poskytnuta srozumitelná odpověď.

Tímto potvrzuji, že má účast v šetření je dobrovolná. Od šetření mohu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu, aniž by to mělo dopad na péči, které se mi dostává. K odstoupení od šetření dostačuje moje **ústní** sdělení výzkumníkovi, že odstupuji.

Dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Podpis

### *Kontaktní osoba*

Jméno: Dita Volhejnová

Telefon: +420 739 354 754

Email: dita.volhejnova@student.upce.cz

***Poznámka: Výše podepsaná osoba obdrží kopii informovaného souhlasu.***

**Mini Cog – test kognitivních funkcí** ID: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### **1. Krok č. 1: Opakování a zapamatování tří slov**

Podívejte se přímo na osobu a řekněte: "Prosím pozorně poslouchejte. Chystám se říci tři slova, které bych chtěla, abyste po mne zopakoval/a a pokusil/a si je zapamatovat.

Později se na tyto tři slova optám znova.

Slova jsou: [vyberte seznam slov z níže uvedených verzí]. Řekněte mi je prosím. "

#### **Verze 1**

1. Kapitán

2. Zahrada

3. Obrázek

#### **Verze 2**

1. Dcera

2. Nebe

3. Hora

### **2. Krok č. 2: Malování hodin**

Řekněte: "Dále, si přeji, abyste mi nakreslil/a hodiny. Nakreslete kulatý ciferník a vložte do něho všechna čísla tam, kam patří." Ve chvíli, kdy bude respondent hotov, řekněte: "Nyní nastavte ručičky na 11:10 hod." Pokyny opakujte, protože to není test paměti.

Přejděte ke kroku 3, pokud nejsou hodiny dokončeny do tří minut.

### **3. Krok č. 3: Vzpomenutí a opakování tří slov**

Požádejte osobu, aby si vzpomněla na tři slova, která jste uvedli v kroku 1. Řekněte: "Jaké byly tři slova, které jsem Vás požádala, abyste si zapamatoval/a? " Zaznamenejte číslo verze slovníku a odpovědi osoby níže.

Verze seznamu slov: \_\_\_\_\_

Osobní odpovědi: \_\_\_\_\_

Příloha B2 – *Test kognitivních funkcí – Mini Cog (malování hodin)*

Malování hodin:

ID: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_