

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Karolína Naisarová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Zdravotník jako pacient

Karolína Naisarová

2020

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Karolína Naisarová**
Osobní číslo: **Z17344**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Zdravotník jako pacient**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 4. vyd. Brno: NCO NZO, 2018. ISBN 978-80-701-3590-7.
BÁRTLOVÁ, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemocí. 1. vyd. Praha: Grada (Psyché), 2002. ISBN 80-247-0179-0.
KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
LINHARTOVÁ, V. Praktická komunikace v medicíně. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Paprštejnová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 15. 6. 2020

Karolína Naisarová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Markétě Papršteinové, Ph.D. za profesionální vedení mé bakalářské práce, poskytnutí odborných konzultací, cenných rad a připomínek.

ANOTACE

Tématem bakalářské práce je zdravotník jako pacient. V teoretické části jsou definovány pojmy zdraví a nemoc. Následně je popsáno prožívání a postoj pacienta právě k nemoci a důležitost komunikace mezi personálem a pacienty. Průzkum měl za cíl zjistit, jak zdravotní sestry v roli pacienta vnímají nemocniční prostředí a hospitalizaci. Byla zjištěna potřeba vylepšení komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Hospitalizovaní pacienti také popsali chyby při práci personálu v nemocničním prostředí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotník, pacient, zdraví, nemoc, potřeby, komunikace, osobnost, hospitalizace

TITLE

Medic as a patient

ANNOTATION

The topic of bachelor thesis is the Medic as a patient. In the theoretical part are the definitions of health and disease. It is also described patient's experience and attitude and importance communication between staff and patients. The survey aimed to find out how nurses as a patient perceive hospital and hospitalization. There was a need to improve communication between the patient and healthcare professionals. Inpatients also described errors in the work of staff in the hospital.

KEYWORDS

Medic, patient, health, disease, needs, communication, personality, hospitalization

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle práce	12
1.1 Cíle teoretické části	12
1.2 Cíle průzkumné části.....	12
I. Teoretická část	13
2 Zdraví.....	13
2.1 Definice	13
2.1.1 Zdraví jako primární životní hodnota	13
2.1.2 Zdraví jako protiklad nemoci.....	13
2.1.3 Zdraví jako ideál	13
2.1.4 Zdraví jako cíl a prostředek dosažení cíle	14
2.1.5 Zdraví jako zdroj psychické a fyzické síly	14
2.1.6 Zdraví jako schopnost dobrého fungování.....	14
2.1.7 Zdraví jako zboží na trhu	14
2.1.8 Zdraví jako schopnost adaptace	15
2.1.9 Společné aspekty pojetí zdraví	15
3 Nemoc.....	16
3.1 Definice	16
3.2 Přehled tří základních pojmů	16
3.2.1 Choroba (disease)	16
3.2.2 Nemoc (illness)	16
3.2.3 Nezdavost (sickness)	16
3.3 Biopsychosociální pojetí nemoci	17
3.3.1 Biologické pojetí nemoci	17
3.3.2 Psychoanalytické pojetí nemoci.....	17
3.3.3 Sociologické pojetí nemoci.....	17

4	Lidské potřeby	18
4.1	Maslowova pyramida lidských potřeb	18
4.2	Standard jako míra potřeby	18
4.3	Potřeby pro pocit naplněného života v nemoci	18
4.4	Vybrané nejvýznamnější potřeby	18
4.4.1	Potřeba bezpečí	18
4.4.2	Potřeba lásky, sounáležitosti, potřeba někam patřit, být milován a moci někoho milovat	19
4.4.3	Potřeba naplnění sociálních potřeb v nemoci	19
4.4.4	Potřeba naplnění kulturních potřeb v nemoci	20
4.4.5	Potřeba naplnění duchovních – duševních potřeb	20
4.4.6	Potřeba být bez bolesti	21
5	Komunikace	22
5.1	Komunikace mezi lékařem a pacientem	22
5.2	Vztah důvěry mezi pacientem a lékařem	23
5.3	Problémy v komunikaci mezi lékaři a pacienty	23
5.4	Význam a důležitost komunikace v medicíně	23
5.4.1	Významná empirická zjištění	24
6	Psychologie osobnosti	26
6.1	Vymezení pojmu osobnost	26
6.2	Psychologické chápání osobnosti	26
6.3	Osobnost zdravotníka	26
6.4	Všeobecná sestra	27
6.4.1	Osobnostní předpoklady zdravotnického pracovníka	28
6.5	Osobnost nemocného	28
6.5.1	Jak se člověk stane pacientem	28
6.5.2	Zolův model pěti momentů chování při narušení zdraví	28

6.5.3	Psychické reakce na somatickou chorobu	29
6.5.4	Emoční prožívání nemoci	29
6.5.5	Rozumové hodnocení nemoci.....	30
II.	Průzkumná část.....	31
7	Metodika práce	31
7.1	Průzkumné otázky.....	31
7.2	Charakteristika zkoumaného prvku.....	31
7.3	Metoda šetření.....	31
7.4	Charakteristika průzkumných položek.....	31
7.5	Organizace průzkumného šetření.....	32
7.6	Zpracování dat.....	32
8	Interpretace výsledků průzkumu.....	33
9	Diskuze	54
10	Závěr.....	60
11	Použitá literatura	62
III.	Přílohy.....	64

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obrázek 1 – Maslowova pyramida lidských potřeb

Graf č. 1 – Povolání všeobecná sestra

Graf č. 2 – Prožitá hospitalizace

Graf č. 3 – Prohlídka oddělení

Graf č. 4 – Seznámení s chodem oddělení

Graf č. 5 – Informovanost zdravotnického personálu o povolání respondentů

Graf č. 6 – Rozdílné chování zdravotnického personálu k respondentům a jiným pacientům

Graf č. 7 – Vnímání časného chodu oddělení

Graf č. 8 – Chyby při práci zdravotnického personálu

Graf č. 9 – Očekávání výhod při hospitalizaci

Graf č. 10 – Požadavek na styl mluvy

Graf č. 11 – Tendence zasahování do péče

Graf č. 12 – Obava/strach z dotazu

Graf č. 13 – Vnímání sdělování informací o zdravotním stavu

Graf č. 14 – Čistota na oddělení

Graf č. 15 – Spokojenost s uspokojováním potřeb

Graf č. 16 – Spokojenost se stravou

Graf č. 17 – Spokojenost se soukromím

Graf č. 18 – Vnímání nemocničního prostředí

Graf č. 19 – Vnímání zdravotnického personálu

Graf č. 20 – Vliv hospitalizace

Graf č. 21 – Zamyšlení se nad vylepšením

ÚVOD

V práci zdravotník jako pacient je snahou odhalit různá úskalí zdravotnických pracovníků v roli pacienta, konkrétně všeobecných sester. V průzkumné části se práce zabývá otázkami, které mají poodhalit konkrétní potřeby a problémy ze strany hospitalizovaného zdravotníka. Mají poukázat na věci, které by se daly ze strany personálu vylepšit, co je správné a dobře působící, anebo co naopak nedělat vůbec, protože to v nejhorší situaci může poškodit samotného pacienta, negativně dopadnout na jeho zdraví a tím horšit průběh samotné nemoci a léčebného procesu. Každý pacient vnímá hospitalizaci jinak, různé jsou i nemoci a reakce na ně. Tento proces se však netýká jen samotného pacienta, ale zasahuje i do kruhu rodiny a může se dotknout i pacientova zaměstnání.

Práce je zaměřena cíleně pouze na hospitalizaci, jelikož v tomto procesu je možné zkoumat a zjišťovat daleko více věcí než například při ambulantní návštěvě. V práci je zachyceno hlavně to, jak se zdravotník v roli pacienta cítí na druhé straně veškerého nemocničního procesu a popisuje, jak vnímá a zvládá změnu role z pečující osoby na osobu opečovávanou. Práce klade důraz na zdraví, kde ho popisuje jako něco, co nás do nemalé míry ovlivňuje a tím i naše činy, nálady, a v neposlední řadě pocity. Nemoc je vyobrazena jako predátor, se kterým se učíme bojovat, žít a přizpůsobovat tomu tak naše denní potřeby. Dále je v práci zachycena a popsána velmi důležitá složka jakéhokoliv procesu, nejen toho ošetrovatelského, a tou je komunikace, konkrétně mezi zdravotníkem a samotným pacientem, kdy je jí přikládána obrovská důležitost při léčení. Důležitou roli nejen při hospitalizaci hrají potřeby člověka, které jsou zachyceny a porovnány ve zdraví a nemoci. Co se týče jednotlivých rolí (zdravotníka a pacienta), práce je stručně popisuje a dává tak náhled na jejich osobnost.

Z mé vlastní zkušenosti se domnívám, že zdravotník v roli pacienta samotnou nemoc, a jiné faktory na něj dopadající, vnímá jinak než člověk, který ve zdravotnictví nepracuje. Zdravotník v roli pacienta si díky své odborné vzdělanosti uvědomuje daleko více rizik, komplikací a možností, které nemusí být laickému zastoupení pacientů vůbec sdělena ze strany zdravotnického personálu, tudíž o nich nemají ponětí a opadá například nemístný strach ze strany pacienta – zdravotnického neoborníka.

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Cíle teoretické části

Cílem teoretické části práce na téma zdravotník jako pacient je definovat a popsat pojmy zdraví a nemoc, nastínit jejich chápání a pojetí. Dále má práce zdůraznit důležitost lidských potřeb, a to nejen ve zdraví, ale i v nemoci a popisuje je právě v ošetrovatelském procesu. Cílem práce je také přiblížit komunikaci jako důležitý prvek při léčení. V neposlední řadě je cílem práce popsat osobnost jak zdravotníka, tak pacienta/nemocného.

1.2 Cíle průzkumné části

Cílem průzkumné části ve formě dotazníku je zjistit, jak zdravotníci, konkrétně všeobecné sestry, v roli hospitalizovaného pacienta reagují na chod oddělení, jak vnímají nemocniční prostředí z druhé strany, jaké chyby vnímají ze strany personálu a personál jako takový, a v neposlední řadě je úkolem zmapovat, jak hospitalizované zdravotníky tato zkušenost ovlivnila do budoucna.

I. TEORETICKÁ ČÁST

2 ZDRAVÍ

2.1 Definice

Definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO) zní: „*Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení.*“

2.1.1 Zdraví jako primární životní hodnota

Pokud budeme brát zdraví jako primární životní hodnotu, je v tomto pojetí zdraví vnímáno jako vysoce přitažlivá a základní životní hodnota, jejíž udržení, prohloubení či získání je pro existenci člověka zcela zásadní. Nemoc je z hlediska tohoto pojetí nežádoucím a obávaným jevem, kterému je zapotřebí se cílevědomě vyhýbat, neboť podstatným způsobem narušuje či ohrožuje kvalitu lidského života (Mlčák, 2011, s. 12).

2.1.2 Zdraví jako protiklad nemoci

Z tohoto hlediska je zdraví chápáno jako stav, který je charakterizován nepřítomností vážnějších somatických či psychických obtíží a celkově bezchybným fungováním organismu. Zdraví a nemoc představují v tomto pojetí vzájemně oddělené a vůči sobě navzájem protikladné kvality (Mlčák, 2011, s. 13).

2.1.3 Zdraví jako ideál

Nemoc v definici znamená odchylku od určité normy, jež se považuje za „normál“ (standard) a je centrálním pojetím soudobé medicíny. Jde o objektivně zjiřitelný stav – o objektivně zjiřitelné příznaky (symptomy), tj. něco, co je kvantifikovatelné. Tímto termínem se obvykle rozumí fyziologický údaj. Pojetí nemoci je velmi úzce spojeno s pracovní neschopností – když je nemocen, není schopen práce. Platí i naopak: kdo je schopen práce, není nemocen. V tomto pojetí nemoci je obsažena i snaha nemoc léčit a vyléčit, tj. odstranit ji a tím lidem zdravotně pomáhat (Křivohlavý, 2009, s. 37).

Zdravotním postižením se rozumí churavost, slabost, vratkost. Člověk, u něhož se tento konkrétní jev vyskytuje, je věkem sešlý, churavý, postonávající, slabý, polehávající a stonavý (Křivohlavý, 2009, s. 37).

Termínem úplný se rozumí naprostý, dokonalý, celý, tj. takový stav, kdy nic nechybí (Křivohlavý, 2009, s. 37).

2.1.4 Zdraví jako cíl a prostředek dosažení cíle

V jedné věci, které se zdravím týkají, existuje naprostá shoda: Je dobré být zdrav, v opačném případě: Nikdo nechce být nemocný. Pozadím tohoto tvrzení je představa, že člověk je (str 28) bytostí, která je zaměřena k určitým cílům. Člověk chce něco dělat, úspěšně splnit úkol, který si převzal, něco vykonat, o něco se snaží, chce dokončit dílo a něčeho dosáhnout. Má své představy a plány, které realizuje. To, čeho chce dosáhnout, a pak i dosažení cíle, se v psychologii vyjadřuje anglickým termínem „achievement“. Aby toho právě člověk dosáhl, potřebuje být zdrav. A právě opačný stav (být nemocen) je nežádoucí. Brání úspěšnému dosažení cíle a znemožňuje realizaci záměru, ať je jakýkoliv (Křivohlavý, 2009, s. 28–29).

2.1.5 Zdraví jako zdroj psychické a fyzické síly

Zdraví je považováno za určitý druh síly, která člověku pomáhá v životě zdolávat průrůzné těžkosti. Této síly může mít člověk méně nebo více. Pokud jí má více, snadněji pak zvládá těžkosti. Tato síla se však může vytrácet a člověk slábne. To se pak chápe jako úbytek životní síly, která se dá opět nabýt – člověk se může znovu vzchopit poté, co zeslábl a ochabl. Williams (1983, s.192) pak píše: „*Dobré zdraví je síla zvítězit nad nemocí, která člověka momentálně ohrožuje.*“ (Křivohlavý, 2009, s. 33).

2.1.6 Zdraví jako schopnost dobrého fungování

Definice zdraví, která je dnes velmi rozšířená, definuje zdraví jako schopnost dobrého fungování – v anglickém slově „fitness“. V populaci je známá pod pojmem „buď fit“, což se podle slovníku rozumí jak „být v dobré kondici“. V literatuře tento pojem vyjádřil nejpregnantněji T. Parsons (1981, s 69): „*Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován.*“ (Křivohlavý, 2009, s. 35).

2.1.7 Zdraví jako zboží na trhu

Zboží na trhu, nebo taky směnitelný produkt se do anglického slova překládá jako „commodity“ (Křivohlavý, 2009, s. 36).

V jádru tohoto přístupu jde o pojetí zdraví jako něčeho, co se dá, jako zboží na trhu koupit nebo dokonce i ztratit. Dá se koupit ve formě léků v lékárně nebo jako formou určitého chirurgického zákroku (např. zubního lékaře). Podaří-li se nám obstarat toto zboží (např. zmíněný lék v lékárně) a užijeme-li ho, pak nám to přináší „zdraví“ – zlepšuje to náš zdravotní stav (Křivohlavý, 2009, s. 36).

2.1.8 Zdraví jako schopnost adaptace

Adaptace je schopnost přizpůsobit si prostředí (např. tím, že se teple obléknu, je-li zima) nebo přizpůsobit se příznivým životním podmínkám (např. tím, že si zvyknu na chladnější prostředí). Tuto přizpůsobitelnost, nebo přizpůsobivost, čímž se rozumí schopnost upravit si prostředí nebo změnit vlastní způsob života, obdivovali mnozí. Není tedy divu, že byla postavena do středu některých pojetí zdraví (Křivohlavý, 2009, s. 35).

Dubos (1959), Mansfield (1977), Illich (1977) aj. kladou důraz na přirozenou lidskou schopnost adaptovat se a adaptovat si prostředí. Právě tuto schopnost považují za základní charakteristiku člověka a staví ji i do základu svého pojetí zdraví. Poukazují na to, že člověk má schopnost zkoumat to, co ho ohrožuje, vytvářet obrany proti tomu, co ho ohrožuje, stavět se tváří v tvář výzvám nebezpečí a statečně s nebezpečím bojovat. Tuto schopnost považuje Dubos (1959) za samo jádro toho, čemu říkáme „fitness“ (dobrá tělesná kondice) – být zdrav a schopen s nemocemi statečně bojovat (Křivohlavý, 2009, s. 35).

2.1.9 Společné aspekty pojetí zdraví

Všechny koncepty zdraví chápou jako podstatně důležitý moment s ohledem na uskutečňování životních cílů. Vidí ho jako dynamický jev, který se pohybuje v obou směrech od kladného pólu (dobrého zdraví) k zápornému (nemoc). Dobré zdraví chápou jako mimořádně vysokou a obecně žádoucí životní hodnotu a v podstatně širším zorném úhlu, než jen jako zdravé (normální) fungování lidského těla (berou v úvahu i psychické, sociální a duchovní dimenze zdraví). Vidí také úzký vztah mezi kvalitou života a zdravím. Kladou důraz na osobní odpovědnost člověka za jeho zdravotní stav a nevidí problém zdraví jen jako individuální otázku, ale zaměřují pozornost i na jeho komunitní, ekologickou a politickou podmíněnost (Křivohlavý, 2009, s. 39).

Podle Bártlové se zdraví opírá především o subjektivní pocity člověka. Poukazuje totiž na kladný vliv skutečnosti, že všechny složky dle definice WHO, tělesná, psychická a sociální, jsou rovnocenné. Člověk je zde tedy chápán jako individuum pevně spjatý se svým sociálním prostředím (2005, s. 90).

3 NEMOC

Nemoc je biopsychosociální reakce člověka na škodlivé podněty a má procesuální charakter. Tento proces zahrnuje stádium latence nebo stádium premorbidních projevů, v němž už jde o apatický stav, který si však pacient neuvědomuje, protože schopnost jeho tělesné a duševní adaptace není doposud narušena (Mlčák, 2011, s. 63).

V prodromálním stadiu nemoci se začínají projevovat první nespecifické příznaky (např. úzkost, únava, rozmrzelost, neklid apod.) (Mlčák, 2011, s. 63).

Ve stadiu manifestace se objevují typické symptomy (příznaky), které se sdružují do syndromů a opětovnými projevy obecných příznaků nemocnosti (např. apatie, poruchy spánku apod.) (Mlčák, 2011, s. 63).

Poledním článkem tohoto procesu je rekonvalescence, ve které se pacient ze své nemoci postupně zotavuje (Mlčák, 2011, s. 63).

3.1 Definice

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) zní definice nemoci takto: „*Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů.*“

3.2 Přehled tří základních pojmů

3.2.1 Choroba (disease)

Znamená poškození, oslabení a snížení aktivity určité fyziologické činnosti. Anglické slovo „disease“ se tedy překládá, mimo chorobu, jako onemocnění určitou nemocí (Křivohlavý, 2002, s. 16).

3.2.2 Nemoc (illness)

Chápe se jako neschopnost pracovat a jako nezpůsobilost (disability). Anglické slovo „illness“ se pak překládá, ještě kromě nemoci, jako zdravotní nepohoda. Slovem „disability“ se rozumí přesně neschopnost, např. některého orgánu vykonávat určitou funkci tak, jak se považuje za normální (Křivohlavý, 2002, s.16).

3.2.3 Nezdravost (sickness)

Myslí se tím zdravotně postižený člověk, invalida, člověk hendikepovaný, znevýhodněný oproti druhým lidem (handicap). „Sickness“ je v přesném překladu tedy nezdravost, slabost, nemocnost. „Handicap“ znamená znevýhodnění způsobené např. „vyšší“ mocí. V tomto konkrétním anglickém termínu je možné slyšet dvě slova: „hand“, ruka, a „cap“, čepice

(původně pytlík). Termín pochází ze středověkého anglosaského pojetí soudnictví. Pokaždé soudce nemohl rozhodnout, kdo ze dvou lidí je vinen, dal do pytlíku (cap) dva kaménky – bílý a černý, ten, kdo si vytáhl kámen černý, byl hendikepován – znevýhodněn. Naznačuje se tak, že to, co způsobilo znevýhodnění, mohlo, ale nemuselo být v moci pacienta (Křivohlavý, 2002, s. 16).

3.3 Biopsychosociální pojetí nemoci

3.3.1 Biologické pojetí nemoci

Během minulého století, kdy byly objeveny mikroorganismy jako příčiny infekce, byl člověk chápán jako velmi komplikovaný biologický systém, při jehož poruše je třeba opravit nebo odstranit vadný subsystém. Tento biologický systém byl rozdělen na tělo a duši, která byla spíše jen ke spekulativnímu poznání. Příčiny nemoci byly hledány uvnitř organismu a rozhodující příčiny byly biologického charakteru. Tento model zjednodušeně počítal s tím, že zdraví a nemoc jsou jasně definovanými stavy a evidentně silně podceňoval psychické a sociální vlivy (Mlčák, 2011, s. 64).

3.3.2 Psychoanalytické pojetí nemoci

Tento model sloužil především pro pochopení a výklad neurotických a psychosomatických onemocnění. V tomto případě diagnóza nemoci nemá valný význam, protože každá porucha je pojímána jako originální jev, který má především symbolický charakter. Uzdravování se odehrává v dyadickém vztahu pacienta a terapeuta, který analyzuje jeho psychiku z hlediska nevědomých, infantilních a projekčních tendencí. Duševní nemoc má původ v brzkém dětství a je pacientem v jeho životě postupně vypěstována. Určitá psychotraumata a psychické konflikty se mohou projevovat jak v tělesných, tak psychických příznacích (Mlčák, 2011, s.65).

3.3.3 Sociologické pojetí nemoci

Vychází z předpokladu, že nemoc je sociální jev, jenž určuje chování jedince ve společnosti a současně vyvolává společenskou odezvu. Toto pojetí nepobírá biologické příčiny nemoci, ale zdůrazňuje, že vždy jde současně i o sociální jev, neboť nemoc představuje pro člověka vždy přidělení určité značky či etikety (např. neurotik, psychotik, psychopat apod.). Člověk, kterému jsou takovéto etikety přiděleny, je považován za nemocného, je zproštěn řady povinností, není odpovědný za svůj stav, měl by vyhledat lékaře a ve spolupráci s ním maximálně usilovat o úzdravu (Mlčák, 2011, s.66).

4 LIDSKÉ POTŘEBY

4.1 Maslowova pyramida lidských potřeb

Obrázek 1 – Maslowova pyramida lidských potřeb dostupná v příloze práce

4.2 Standard jako míra potřeby

Při pojmenování, vyjádření a stanovení potřeb člověka vycházíme z obecných, společenských, osobních nebo normativních standardů (Šamánková, 2011, s. 14).

Slovo standard je chápáno jako určitá úroveň, které by mělo být dosaženo v našem konání a jednání při naplňování osobních potřeb. Rozeznáváme úroveň a kvalitu obecného standardu (jedná se o obecně uznávaný standard pro řešení určité situace, např. obecně uznávaná snaha o pomoc starým lidem), osobního standardu (představuje normu, která je závazná pro určitou skupinu lidí) (Šamánková, 2011, s. 14).

Tyto standardy vyjadřují dostačující a uspokojivou úroveň a míru naplnění každé z potřeb konkrétního jedince (Šamánková, 2011, s. 14).

Standard pro naplnění lidských potřeb je velmi specifický, prolíná se všemi variacemi standardů. Je závislý nejen na odborné připravenosti poskytovatelů péče, ale i na jejich morální úrovni, asertivním jednání a empatickém citění. Poznat lidské potřeby ve zdraví, nemoci, krizi je záležitostí upřímného vztahu mezi lidmi, upřímné snahy vzájemné pomoci a pochopení (Šamánková, 2011, s. 14).

4.3 Potřeby pro pocit naplněného života v nemoci

Vycházejme ze základního obecného předpokladu, že ve zjišťování potřeb a jejich naplnění se snažíme objektivní úsudek v posuzování chování a jednání pacienta z pohledu lékaře, sestry a ostatních členů zdravotnického týmu. Vnímáme, že pacientovo hodnocení zdravotního stavu a nás je vždy převážně subjektivní (Šamánková, 2011, s. 19).

4.4 Vybrané nejvýznamnější potřeby

4.4.1 Potřeba bezpečí

U pacienta musíme vždy předpokládat ztrátu jistoty, která zákonitě přináší onemocnění samo a vše, co s ním souvisí (Šamánková, 2011, s. 19).

U potřeby bezpečí se nejedná „pouze“ o pocit fyzického bezpečí (bezpečné lůžko, bezpečný transport na vyšetření aj.). Další související potřeba je vědomí bezpečného, byť velice omezeného teritoria, které je pacientovi v průběhu hospitalizace vyčleněno. Dále vědomí

bezpečí, které pochází z připravenosti poskytovatelů lékařské a ošetrovatelské péče, jistota, že ti, kteří se o nás starají, jsou kvalitně a kvalifikovaně připraveni pro výkon svého povolání. Poté vědomí, že jsme bezpečně včleněni do procesu, že nebudeme v průběhu nemoci přehlíženi. Důležité je i vědomí bezpečí, že budou respektovány naše potřeby, autonomie a bude nám dávana důvěra ve spolupráci a pochopení toho, co se od nás očekává. Také pocit bezpečí, který nemocným přináší i vhodné oblečení personálu, pocit bezpečí limitů daných domácím řádem a pocit bezpečí daný dochvilností a plněním slibů aj. (Šamánková, 2011, s. 20).

4.4.2 Potřeba lásky, sounáležitosti, potřeba někam patřit, být milován a moci někoho milovat

Všechny tyto potřeby jsou obsaženy v teorii potřeb (ve zdraví) dle Maslowa (obr 1), ale zaslouží si specifikaci v oblasti potřeb pro kvalitu a naplnění života v nemoci (Šamánková, 2011, s. 20).

Potřeba lásky – každý člověk chce být milován a respektován společenstvím, ve kterém žije a žít bude. Pro zdravý vývoj jedince je důležité, aby si mohl uchovat a měl vzpomínky na období svého dětství a následujících životních etap v pozitivním a obohacujícím smyslu (Šamánková, 2011, s. 20).

Potřeba lásky v období nemoci z rodinné strany by měla být naplněna členy rodiny, přáteli. Pacient od ošetrojících nemůže (a ani by neměl) očekávat lásku, ale má právo očekávat sympatie, laskavost, empatii, porozumění a pochopení. I tímto se rozumí určitá forma lásky (Šamánková, 2011, s. 20).

Současně s naplněním potřeby bezpečí přinášíme nemocným svým chováním právě i naplnění potřeby sounáležitosti začleněním nemocných do účasti na léčbě, již „pouhé“ představení se, představení pacientů dává pocit zařazení mezi ostatní (Šamánková, 2011, s. 20).

4.4.3 Potřeba naplnění sociálních potřeb v nemoci

Potřeba zdraví se odvíjí podle všech složek osobnosti, a hlavně od celkového stavu nemocného a závažnosti jeho onemocnění. Některé definice zdraví říkají, že se jedná o nepřítomnost pocitu nemoci (Šamánková, 2011, s. 22).

Mezi naplnění sociálních potřeb patří jistota ochrany osobních dat a podávání informací pouze tomu, koho pacient určí, pokud je toho schopen (Šamánková, 2011, s. 22).

Důležité je tolerování výkyvů nálad a respektování prostředí, ze kterého nemocný vychází, a tolerance a respekt k osobní hierarchii životních hodnot (Šamánková, 2011, s. 22).

Sociální potřeby jsou úzce vázány na sociální zralost, která se vytváří v průběhu života. Sociální zralost je velmi individuální (Šamánková, 2011, s. 22).

Sociální inteligence je v určitém stupni dána „do vinku“, zcela jistě se mění v nemoci a velmi ovlivňuje naplnění sociálních potřeb – schopnost sociální komunikace, schopnost a úroveň přizpůsobení se (Šamánková, 2011, s. 22).

Ekonomické zabezpečení – pacienti mohou využívat sociální pracovníce, právem očekávají pomoc v orientaci zabezpečení sociálních životních potřeb (Šamánková, 2011, s. 22).

Sociální zázemí se v průběhu hospitalizace zužuje na minimum prostoru, posílíme pacientovu potřebu sociálního zázemí respektováním jeho teritoria (Šamánková, 2011, s. 22).

Sociální pochopení – nemocný má potřebu být chápán holistickým pojetím, pochopením jeho sociálních potřeb v rozsahu, na jaký je zvyklý (Šamánková, 2011, s. 22).

Společenská komunikace je v nemocničním prostředí velkým úskalím, které se řídí osobností nemocného, jeho momentálními schopnostmi a možnostmi. Komunikace je odvislá od zralosti a vyspělosti zdravotníka (Šamánková, 2011, s. 22).

4.4.4 Potřeba naplnění kulturních potřeb v nemoci

Je potřeba znát pacientovy představy o pomoci, podle toho mu můžeme poskytnout literaturu přiměřenou jeho zdravotnímu stavu, někdy pomůže vyprávění příběhů o statečnosti, o stejných prožitcích, někdy úplně naopak (Šamánková, 2011, s. 21).

Měli bychom podávat vhodné informace o dění mimo zúžený prostor nemocnice, ale opět záleží na osobnosti pacienta (Šamánková, 2011, s. 21).

Radíme pacientovi, jaké informace jsou pro něj vhodné, hlavně z hlediska odbornosti a pochopení problému bez zveličování a nepřesností.

Pokud má pacient zájem, je možno ho pozvat na společenské a kulturní akce konané v nemocnici (Šamánková, 2011, s. 22).

4.4.5 Potřeba naplnění duchovních – duševních potřeb

Náboženské vyznání a respektování víry je nepřekročitelným požadavkem pro duševní klid nemocného (Šamánková, 2011, s. 22).

4.4.6 Potřeba být bez bolesti

Potřeba být bez bolesti je řazena do základních smyslových percepcí – je přiřazována na stejnou úroveň jako vidět, slyšet, hmatat, čichat a chutnat (Šamánková, 2011, s. 22).

Pacientovi se může ulevit tehdy, když ví, kde má příčinu bolesti. Pro zmírnění je využívána pacientova předchozí zkušenost a společně je hledána i terapeutická možnost a správné dávkování léků (Šamánková, 2011, s. 22).

Stejně jako medikamenty může proces tlumení bolesti ovlivnit i pacient sám – vhodnou polohou, cvičením, dodržováním nařízení (Šamánková, 2011, s. 22).

5 KOMUNIKACE

5.1 Komunikace mezi lékařem a pacientem

Jedním z nejzákladnějších vztahů ve zdravotnictví je vztah mezi lékařem a pacientem. Navazuje ho každý, kdo se stane pacientem nebo žadatelem o lékařskou službu, popř. o pomoc při prevenci, při domácím ošetřování blízké osoby atd. V roce 2004 Institut zdravotní politiky a ekonomiky provedl „předvýzkum“ vztahu pacientů k nemocničním, praktickým a ambulantním lékařům, jehož výsledky uveřejnily Zdravotnické noviny (Klusáková, 2004). Závěry zaznamenávají pacientská přání a odkazují na to, co pacient uvedl jako nedostatky v lékařově vztahu. Nejčastějším nedostatkem byla uváděna právě komunikace. Dotazovaní pacienti ji hodnotili přívlastky nedostatečná, špatná, hrubá, zlehčující, nepřiměřená situaci či pacientovi. Pacienti očekávají otevřený a rovnocenný dialog a to, aby jim lékař řekl pravdu srozumitelným jazykem a dostal dostatečné množství informací nejen o nemoci, ale i o průběhu a léčbě, rekonvalescenci, zdravém životním stylu, prevenci, popřípadě o pracovišti, kde se na typ jeho choroby specializují, kde ji léčí jinak, kde může své potíže ještě konzultovat atd (Linhartová, 2007, s. 53-54).

Lékaři se brání kritice odkazem na velký počet pacientů, tedy na nedostatek času stanoveného na jednu návštěvu, což je pět až deset minut, výjimečně dvacet minut (podmínky jsou většinou stanoveny pojišťovnou) (Linhartová, 2007, s. 54)

Lékař se ocitá v pasti. Pojišťovací praxe ho u nás žene do zjevného rozporu se zásadami, jak správné komunikace, tak i lékařské etiky (Linhartová, 2007, s. 54).

Lékař je povinen dát pacientovi prostor k tomu, aby se zeptal na nejčastější dotazy, jako je příčina jeho bolesti či potíží, čím a jak lze tu bolest změnit, za jak dlouho se jí může zbavit, co by měl dělat, kdyby se stav neměnil do hodiny, dnů, týdne..., jaké jsou nežádoucí účinky doporučené léčby, jaké omezení mu navrhovaná léčba přinese a zda se někdo na jeho onemocnění specializuje (Linhartová, 2007, s. 60).

V průběhu rozhovoru by měl lékař kontrolovat, zda a jak mu pacient rozumí a jak získává zpětnou vazbu. Porozumění se kontroluje např. tak, že lékař požádá pacienta, aby mu zopakoval to nejdůležitější, co mu lékař sdělil (Linhartová, 2007, s. 60).

5.2 Vztah důvěry mezi pacientem a lékařem

Vztahy mezi pacienty a lékaři se v čase proměňují, avšak vždy a za všech okolností se řídí minimálně dvěma morálními imperativy a to, že zdraví pacienta je nejvyšším zákonem a především neškodit (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 24).

Bezvýhradné dodržování těchto etických pravidel je pak základním předpokladem pro existenci vztahu důvěry mezi pacientem a jeho lékařem (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 25).

Základem vztahu mezi pacientem a lékařem je slušnost a vzájemná úcta, ale i respekt vůči důstojnosti člověka v jeho zdraví i nemoci a v utrpení (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 25).

Slovo pacient pochází z latinského, *patiens* – trpící. Pacient musí věřit lékaři, že udělá vše, co bude v jeho silách, aby mu od jeho utrpení pomohl, Lékař je tím, kdo má ze všech sil pacientovi pomáhat, tím, kdo nikdy nesmí zneužít jeho nouze a zoufalství nebo své informační převahy k vlastnímu prospěchu. Bez vzájemné důvěry je úspěšná léčba prakticky nemožná (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 25).

5.3 Problémy v komunikaci mezi lékaři a pacienty

Problémy v komunikaci mezi pacienty a lékaři jsou časté, ale nejde pouze o to, zda lékař s pacientem komunikuje, ale především o to, jakým způsobem. Mnoho lékařů se v této souvislosti brání tím, že pacientům věnuje dostatečný čas pro komunikaci, nicméně většina studií zaměřených na pacienty poukazuje na pravý opak – většina pacientů stále vnímá nezáměr ze strany lékaře v pochopení pacientových reálných obtíží, neochotu pro dostatečné sdělení a vysvětlení diagnózy a způsobů terapie. Tyto skutečnosti pak vedou jak k neefektivnímu dodržování léčby a nižší spokojenosti pacienta, ale v důsledku mohou vést k celkově nižší úspěšnosti léčby, její vyšší nákladovosti apod. V tomto smyslu je povinnost lékaře znát principy efektivní komunikace a být si vědom možných zdrojů problémů a konfliktů v komunikaci s pacientem a efektivně jim předcházet (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 81).

5.4 Význam a důležitost komunikace v medicíně

Komunikace mezi pacientem a lékařem má pro medicínu klíčový význam, a takto je třeba ji chápat. Součástí klinických kompetencí lékaře jsou nejen znalosti medicínské, schopnosti řešit klinické problémy a realizovat klinické vyšetření, ale nezbytnou složkou jsou i dovednosti komunikační. Ty nejsou pouze nadstavbou nebo přidanou hodnotou, jak se někteří lékaři stále domnívají, ale patří do souboru základních předpokladů pro výkon medicínských povolání. Komunikace není osobnostní charakteristika, kterou buď člověk má nebo ne, ale je to celá řada

dovedností, které je třeba se naučit – tak, jako je nutné naučit se, jak správně vyšetřit pacienta, stejně tak je nezbytné naučit se, jak s pacientem hovořit. Umění komunikace zahrnuje řadu konkrétních postupů, dnes s prokázanou efektivitou a dopadem na celkový proces léčby (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 77).

Komunikace lékaře s pacientem na základě řady dostupných studií do určité míry předurčuje nejen úspěšnost léčby pacienta, ale ovlivňuje i délku trvání léčby a náklady na její realizaci. Na základě řady moderních studií lze jednoznačně konstatovat, že efektivní komunikace v medicíně významně zlepšuje nebo pozitivně ovlivňuje přesnost diagnózy a její provázanost s dalšími skutečnostmi, dodržování léčby a terapeutický vztah pacienta a lékaře, výsledky léčby pacienta a spokojenost pacienta a lékaře. Moderní, na důkazech založená medicína jasně poukazuje na fakt, že pokud lékař dokáže s pacientem vhodným způsobem komunikovat, může zásadním způsobem ovlivnit v podstatě všechny aspekty léčebného procesu, o dobrém pocitu pacienta a jeho spokojenosti s léčbou nemluvě (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 79).

5.4.1 Významná empirická zjištění

Lékaři dávají obecně pacientům méně informací, než by si pacienti přáli, užívají odborný slang, kterému pacienti nerozumí. To vede nejen ke konfliktům, ale též k riziku chybného dodržování léčebného režimu (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 81).

Lékaři přeceňují čas, který věnují plánování a vysvětlení během konzultace až o 900 %. Tzn., jsou nadměru spokojeni s časem, který pacientům poskytnou (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 81).

Lékaři a pacienti nesouhlasí s relativní důležitostí sdělování lékařských informací. Pacienti kladou na první místo informace o prognóze, diagnóze a příčinách obtíží, zatímco lékaři kladou nepřiměřenou váhu informacím o léčbě a farmakoterapii (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 81).

Závažným problémem je, jak si pacienti na informace, které jim lékař oznámil, vzpomenu a jak jim porozumí. Tyto skutečnosti může lékař ovlivnit znalostí a používáním některých komunikačních principů (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 81).

Mezi významné nedostatky v lékařském vzdělání patří minimální pozornost vzdělávání a tréninku v komunikačních schopnostech a dovednostech budování terapeutického vztahu k pacientům. Je mylné předpokládat, že lékař má schopnost komunikovat se svými pacienty, nebo že tuto schopnost během své lékařské praxe získá (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 81).

75 % pacientů po lékařské konzultaci uvádí, že nemohli vyslovit své neurčité nebo zásadní obavy (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 81).

Lékaři se zřídka pacientů ptají na jejich myšlenky – ve skutečnosti se myšlenkám pacientů vyhýbají a potlačují jejich vyjádření (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 81).

Lékaři odpovídají pouze na pacientovy otázky, které jsou přímé. Na otázky nejasně formulované nebo otevřené většinou neodpovídají (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 81).

6 PSYCHOLOGIE OSOBNOSTI

6.1 Vymezení pojmu osobnost

Osobnost je celek duševního života člověka. Jejimi nejvlastnějšími znaky jsou jedinečnost, výlučnost a odlišnost od všech jiných (Hartl, 2004, s. 169).

6.2 Psychologické chápání osobnosti

K základním tématům psychologie osobnosti patří v současné době: biologická báze osobnosti (temperament), rysy, motivy, kognice (self) a utváření a vývoj osobnosti (Blatný, 2010, s. 23).

Jednotlivé temperamentní typy jsou dle Hippokrata (460-377 př. n. l.) a Galéna (129-199) sangvinik, choleric, flegmatik a melancholik (Blatný, 2010, s. 24).

Definice, které mají biologický nádech a vyzdvihují emoční stavy, reakce, nálady a energetické vlastnosti se označují pojmem „temperament“ (Panajotis, 2012, s. 39).

Wollman (1973) definuje rys osobnosti jako vrozenou nebo získanou charakteristiku, která je konzistentní, perzistentní a stabilní. Je to cokoliv, čím se jedna konkrétní osoba liší od druhé, a často může být reprezentován lineární dimenzí (Blatný, 2010, s. 27).

Konstrukt motivu je založen na postulátu, že většina lidského chování je zaměřená k určitému cíli, kdy lidé své chování inteligentně mění tak, aby cíle dosáhli. Reagují přitom na okolnosti, incentive, příležitosti, překážky a další druhy cílů (Blatný, 2010, s. 31).

Dle Alberta Bandury (1999) se faktory sebepojetí účastní na regulaci procesů pozornosti, schematickém zpracování zkušeností, reprezentaci událostí v paměti a jejich rekonstrukci, kognitivně založené motivaci, emoční aktivaci, psychologickém fungování člověka na efektivitě, s níž jsou kognitivní a behaviorální kompetence uplatňovány v každodenním životě (Blatný, 2010, s. 43).

Utváření a vývoj osobnosti bere v úvahu vzájemnou interakci genetické dispozice a vlivů prostředí. Současné práce se zaměřují na identifikaci specifických genů, které moderují odpovědi člověka na environmentální stres (Krueger, Johnson, 2008) (Blatný, 2010, s. 49).

6.3 Osobnost zdravotníka

Na osobnost zdravotníka jsou v tomto pojetí kladeny vysoké nároky a požadavky. Zdravotnické povolání patří z hlediska konkrétního profesionálního výkonu a odborné přípravy mezi povolání náročná. Nemocný člověk je objektem práce zdravotnického pracovníka. Je kladen velký význam na zdravotnickou práci a dodržování žádoucích forem, jednání ve vztahu

k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Zdravotník by měl zvládat dnes již velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, unést fyzickou zátěž své práce, dovést ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání pacientů, vykonávat různé administrativní práce a v neposlední řadě být schopen se vypořádat s pracovními i rodinnými problémy. Všechny tyto požadavky jsou velmi náročné na osobnost člověka, profesionální přípravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu (Zacharová, 2007, s. 377).

6.4 Všeobecná sestra

Povolání všeobecné sestry je pomáhající profesí. Křivohlavý v knize sestra a stres zjišťuje, jak právě všeobecné sestry řeší situace, kdy jim není dobře (Křivohlavý, 2010, s. 17).

Výzkum o 175 zdravotních sestrách zjistil pestré odpovědi, které byly seřazeny do skupin. Nejvíce zastoupená odpověď, jako forma pomoci od špatné situace, byla rodina, poté přátelé, v závěsu figurovaly různé formy relaxace a v poslední řadě byla jako odpověď řešení problémů s nadhledem (Křivohlavý, 2010, s. 18).

S pomáhající profesí bezesporu úzce souvisí syndrom vyhoření. V anglickém jazyce se označuje jako „burn-out“ – vypálení a popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samého jedince. Zahrnuje ztrátu potěšení a zájmu, také ideálů, energie i smyslu, negativní sebehodnocení a postoje k povolání (Janáčková, 2008, s. 36).

Syndrom vyhoření provází řada příznaků, které jsou však velmi obecné, a proto je velmi těžko rozpoznatelný v první fázi od stresu. Vyhoření se projevuje zejména vyčerpáním na několika rovinách, tedy charakteristickým vyhasnutím, jež je třeba odlišovat od stavů sklíčenosti, které jsou běžné při depresivních epizodách (Stock, 2010, s. 29).

Prvním varovným příznakem je pocit, že práci člověk nezvládá a zpochybňuje význam a smysl práce. Druhým ukazatelem je nervozita, podráždění a nespokojenost. Tělesnými projevy počínajícího vyhoření jsou nespavost, bolesti hlavy, břicha, ztuhlý krk, bolesti zad, časté infekce, poruchy krevního oběhu a kolísání váhy (Venglářová, 2011, s. 25).

Vyjádření vyhořelé sestry: „*Sáhla jsem si na své dno, jsem vyčerpaná, tělo mě zradilo, jsem slaboch, nezvládla jsem náročnou situaci.*“ (Venglářová, 2011, s. 26).

Syndrom vyhoření je až poslední fází celého procesu změn, které se odehrávají v člověku a mají takový průběh: Idealistické nadšení – stagnace – frustrace – apatie (Stock, 2010, s. 39).

6.4.1 Osobnostní předpoklady zdravotnického pracovníka

Zdravotník by měl mít tvůrčí přístup, kterým řeší svěřené úkoly a být schopen vnímat a realizovat nové podněty. Dostatečně kritický a sebekritický, měl by mít dávku empatie, měl by umět porozumět problémům nemocných, vystupování by mělo být klidné, ne povýšené, s pohotovými reakcemi, rozvážné. Nesmí chybět ani smysl pro humor, ale ne přehnaný. Humánní vztah k nemocným by měl být samozřejmostí, stejně jako vyrovnaná osobnost (Zacharová, 2007, s. 378).

6.5 Osobnost nemocného

6.5.1 Jak se člověk stane pacientem

Vynecháme-li případ, kdy se jako pacient člověk narodí, jde o proces, který charakterizuje změnu relativně zdravého člověka v pacienta, má svou fyziologickou, patofyziologickou a psychologickou stránku (Lindenmüller, 1986) (Křivohlavý, 2002, s 13).

Mezi zjištěním existence negativních určitých příznaků změněného zdravotního stavu daného člověka a jeho příchodem a odevzdáním se do rukou lékaře se odehrávají určité věci v pacientově psychice. Zda daný člověk, kvůli určujícím faktorům, půjde nebo nepůjde k lékaři, se pokusili někteří autoři formulovat v podobě modelu rozhodování typu „Jít či nejít k lékaři“, Příkladem je model, který publikoval Zola (1973) (Křivohlavý, 2002, s 13).

6.5.2 Zolův model pěti momentů chování při narušení zdraví

1. Do jaké míry je daný člověk znepokojen až zděšen příznakem, který se u něho objevil.
2. Jaké povahy a kvality je tento příznak.
3. Do jaké míry tento příznak ohrožuje vzájemný vztah daného člověka s druhými lidmi, zvláště s lidmi mu nejbližšími (s tzv: primární skupinou lidí) – např. v rodině, v zaměstnání, ve skupině přátel atd.
4. Do jaké míry překáží objevení zdravotního problému uskutečnění zamýšlené činnosti – např. dovolené, prázdninového výletu, dokončení vědecké práce atd.
5. Jaké sociální sankce stojí v pozadí dané situace – např. zda zaměstnavatel vyhrožuje danému pracovníkovi propuštěním, nebude-li se léčit, zda manželka odmítá s manželem žít, když se nebude léčit atd (Křivohlavý, 2002, s. 13).

V souvislosti s tímto rozhodováním o tom, zda se při zjištění určitého příznaku narušeného zdravotního stavu našeho organismu obrátíme, nebo neobrátime na lékaře, se vyskytují dva druhy extrémů. První, kdy lidé přicházejí pozdě k lékaři. V druhém případě lidé přicházejí

k lékaři, avšak jejich podezření na nemoc je nesprávné, nepravé až falešné (Křivohlavý, 2002, s. 13).

6.5.3 Psychické reakce na somatickou chorobu

Každé somatické onemocnění ovlivňuje i psychiku, a to: aktuální prožívání, uvažování a z toho vyplývající chování nemocného. Významným aspektem je vědomí choroby, představa o míře ztrát, které jsou právě jejím důsledkem, i ohrožení vlastní budoucnosti a života, tak jak je pacient ochoten a schopen si ji připustit. Nemoc egocentrizuje a izoluje, stává se osobním dominantním tématem, které činí vše ostatní méně významným. Může docházet k idealizaci minulosti, kdy byl jedinec zdravý a neměl tak zásadním způsobem omezené možnosti. Z hlediska přítomnosti závažná choroba redukuje především pozitivní zážitky a přináší mnoho nepříjemných podnětů. Celková bilance je nepříznivá, i vyhlídka do budoucnosti (Vágnerová, 2004, s. 79).

Pod vlivem choroby samé, a i v důsledku jejího, převážně negativního sociálního významu se mění sebepojetí nemocného. Zhoršuje se jeho sebehodnocení a snižuje sebeúcta. Postoj k vlastní chorobě může v různé míře vést ke změně identity nemocného, k jejímu rozkladu či pocitu ztráty její podstatné části. Projevuje se i v tom, jak přijímá a nepřijímá roli nemocného, to znamená, zda se s ní identifikuje, či nikoli, a následkem toho různým způsobem jedná (Vágnerová, 2004, s. 79).

Postoj k vlastní nemoci závisí na mnoha objektivních i subjektivních faktorech. Zahrnuje chování, emoční prožívání a rozumové hodnocení (Vágnerová, 2004, s. 79).

6.5.4 Emoční prožívání nemoci

Každá choroba vyvolá určitou citovou odezvu. Změna prožívání má zčásti základ fyziologický (např. spojení pocitů bolesti a emočních reakcí), ale je i sekundární reakcí na veškeré problémy, které nemoc přináší (kumulace nepříjemných zážitků, prožitek ztráty zdraví i představa dalšího ohrožení). Změna emočního ladění může být jedním z prvních ukazatelů počínající choroby, tj. narušené rovnováhy organismu. V dalším období se na této úrovni projeví zhoršení celkové kvality života nemocného. Čím více nemoc naruší život pacienta a čím více se dotkne osobně významných hodnot, tím větší ztrátu představuje a o to výraznější bude reakce. Pokud je choroba závažná a dlouhotrvající, mohou být změny emoční reaktivity i celkového ladění zásadnější. Vážné onemocnění je tak těžkým zásahem do funkce organismu, že mnohé vztahy, např. působení emocí na tělesný stav, nefungují běžným způsobem. Somatické změny jsou za

těchto okolností tak velké, že je ovlivňovat psychosomatickou cestou nelze (Vágnerová, 2012, s. 79).

V nemoci popisujeme i aktivní obranné reakce, kterými jsou hlavně různé formy agrese, hostilita a negativismus. „fighting spirit“ je termín pro aktivní a bojový přístup k problému - Sandra Levyová a Lynda Heidenová (1990) uvádějí výsledky různých výzkumů, jež většinou potvrdily určitý vztah mezi bojovností a pravděpodobností lepší prognózy. Pacienti s karcinomem, kteří byli bojovní a zároveň dovedli projevit své, mnohdy značně negativní city, ale neztráceli nad nimi kontrolu, přežívali déle než submisivní pacienti, přizpůsobiví, kteří si netroufli dát najevo, co cítí (Temoshok, 1990). Bojovný, aktivní a až agresivní pacient má větší šanci na přežití (Vágnerová, 2012, s. 81).

6.5.5 Rozumové hodnocení nemoci

Každý nemocný člověk o své chorobě uvažuje a snaží se nějak si vysvětlit význam jednotlivých chorobných příznaků. Počáteční uvědomění nemoci může zintenzivnit potřebu porozumět jí – to se projevuje sháněním všech dostupných informací, jejich hodnocením a uvažováním o možnostech řešení své situace. Mnohdy jsou ale tyto úvahy nesprávné, protože laik nemá všechny potřebné znalosti. To se projevuje jak ve vztahu k hodnocení příčiny, tak v názoru na průběh, resp. léčbu. Obrannou reakcí se stává popírání choroby (Vágnerová, 2012, s. 81).

Nemoc je stresovou situací, kdy za těchto okolností bývá rozumové hodnocení ovlivňováno emocemi, a proto je větší riziko, že bude nesprávné nebo zkreslené. Nemocný se snadno stává nekritickým, má tendenci k magickému uvažování, které ale nebere v úvahu rozumové argumenty a interpretuje situaci tak, jak mu vyhovuje. Podobně reaguje i 65letá pacientka: „Měla jsem rakovinu, ale doktor mi řekl, že už ho nebudu potřebovat, takže jsem teď zdravá.“ (Novotná, 2000). Pacient je ochoten věřit čemukoliv, co by mu mohlo přinést naději. Hodnocení příčiny je spojování s tendencí najít viníka. Tato potřeba může být tak silná, že člověk příliš nehledí na logiku zdůvodnění. Někdy, obvykle zcela iracionálně, přičítá vinu sobě samému a začne považovat mnohé z toho, co dříve dělal, za rizikové, ve smyslu: „Zavinil jsem si to sám, protože jsem kouřil, nespál, špatně jedl atd.“ Nepřesný či nesprávný může být i výklad průběhu choroby, resp. hodnocení úspěšnosti léčby, protože bude vycházet ze špatné premisy (Vágnerová, 2012, 82).

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Průzkumné otázky

1. Uvedou respondenti nespokojenost z hlediska přístupu a chování zdravotnického personálu?
2. Zaznamenají dotazovaní slabé stránky nemocničního prostředí a samotných zdravotníků?
3. Nastíní pacienti jakoukoliv záležitost (tendenci, očekávání aj.) pramenící z jejich povolání?
4. Uvedou respondenti změny, které vyplívají z jejich prožité hospitalizace?

7.2 Charakteristika zkoumaného prvku

Množinu respondentů tvoří anonymní zdravotničtí pracovníci nelékařského povolání, konkrétně všeobecné sestry, kteří pracují na různých odděleních v nemocničním zařízení ve východních Čechách. Podmínkou pro zařazení konkrétního dotazníku do výsledků byla pozitivní odpověď na obě filtrační otázky.

7.3 Metoda šetření

K získání dat byl použit dotazník – jedná se o soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně (Chráška, 2016, s. 159).

K této bakalářské práci byl použit dotazník vlastní tvorby jako součást kvantitativního průzkumu a byl sestaven na základě odborné literatury.

Vytvořený dotazník použitý k průzkumu této práce obsahuje 20 položek včetně dvou filtračních otázek.

7.4 Charakteristika průzkumných položek

Průzkumné položky obsažené ve vytvořeném dotazníku jsou děleny na otázky otevřené – nestrukturované (položky č. 10, 15, 16, 18), uzavřené – strukturované (3, 4, 7, 8, 9, 13) a polouzavřené – polootevřené (1, 2, 5, 6, 11, 12, 14, 17), kterým předchází dvě filtrační otázky. Ty mají za úkol eliminovat jedince, kteří pro šetření nemají význam.

Pokud má položka jen dvě předurčené odpovědi, hovoří se o položce dichotomické. Položka s více jak dvěma možnostmi se nazývá polytomická (Chráška, 2016, s. 161).

7.5 Organizace průzkumného šetření

Před zahájením průzkumu, který byl zaměřen na všeobecné sestry, byl sestaven dotazník autorkou práce, který prošel procesem úprav a následným schválením vedoucí práce.

Samotné průzkumné šetření bylo zahájeno předvýzkumem a daný dotazník byl rozdán 5 sestrám na oddělení interního typu. Po skončení předvýzkumu nebylo třeba nic upravovat a dotazník byl tak ponechán v původním stavu.

Danému průzkumnému šetření předcházela souhlas s provedením průzkumu. Poté byly následně osloveny hlavní sestry daných interních i chirurgických oddělení. Následovalo rozdání dotazníků záměrně všeobecným sestrám na oddělení nemocnice ve východních Čechách.

Průzkum byl zahájen v únoru 2020 po schválení vedoucím katedry a hlavními sestrami daných oddělení a ukončen byl v dubnu 2020.

Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků všeobecným sestrám. Na oddělení interního typu v nemocničním zařízení východních Čech jich bylo dáno 50, stejně jako na oddělení typu chirurgického. Z celkového počtu dotazníků se vrátilo 87 kusů, ze kterých se muselo následně ještě 27 odečíst pro nesprávné vyplnění. Na výsledcích se tak pracovalo s 60 relevantními kusy.

Pro vyplněné dotazníky byl na každém oddělení umístěn box, kam respondenti dokončené tiskopisy shromažďovaly. Odtud byly vzaty autorkou práce a následně vyhodnoceny.

7.6 Zpracování dat

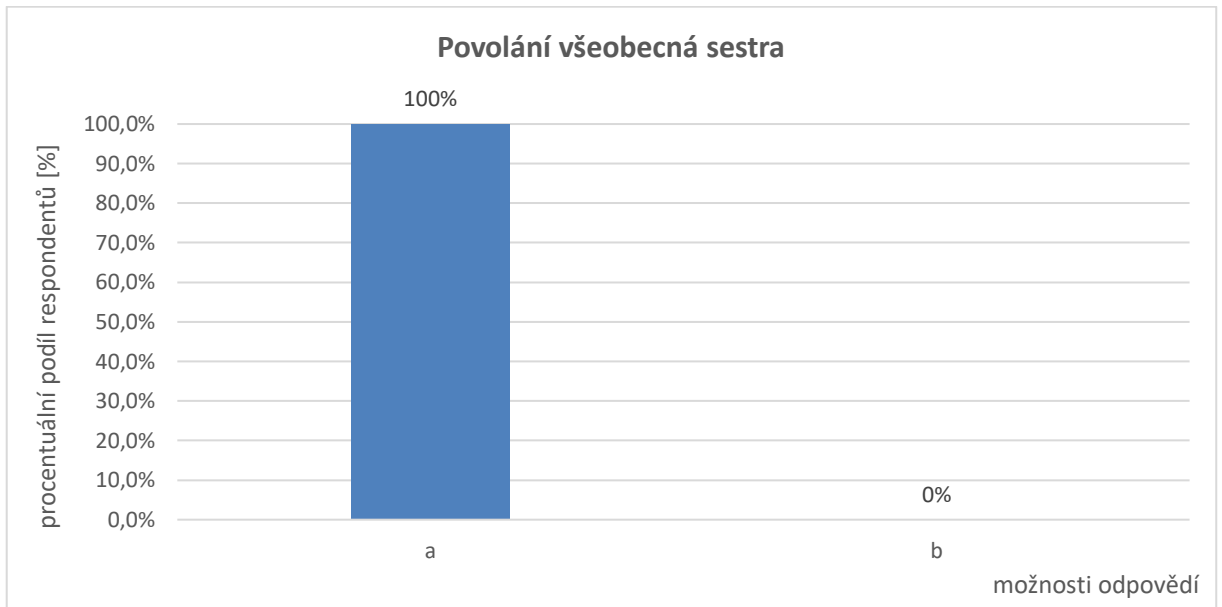
Data z otázek jsou zpracována a přenesena do sloupcových grafů. Pro výpočet a konstrukci sloužil program Microsoft Excel. Výsledky jsou prezentovány v relativních četnostech. U grafů jsou uvedeny současně také absolutní četnosti a komentáře k jednotlivým položkám.

8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Pracujete jako všeobecná sestra?

- a) Ano
- b) Ne

Graf č. 1 – Povolání všeobecná sestra



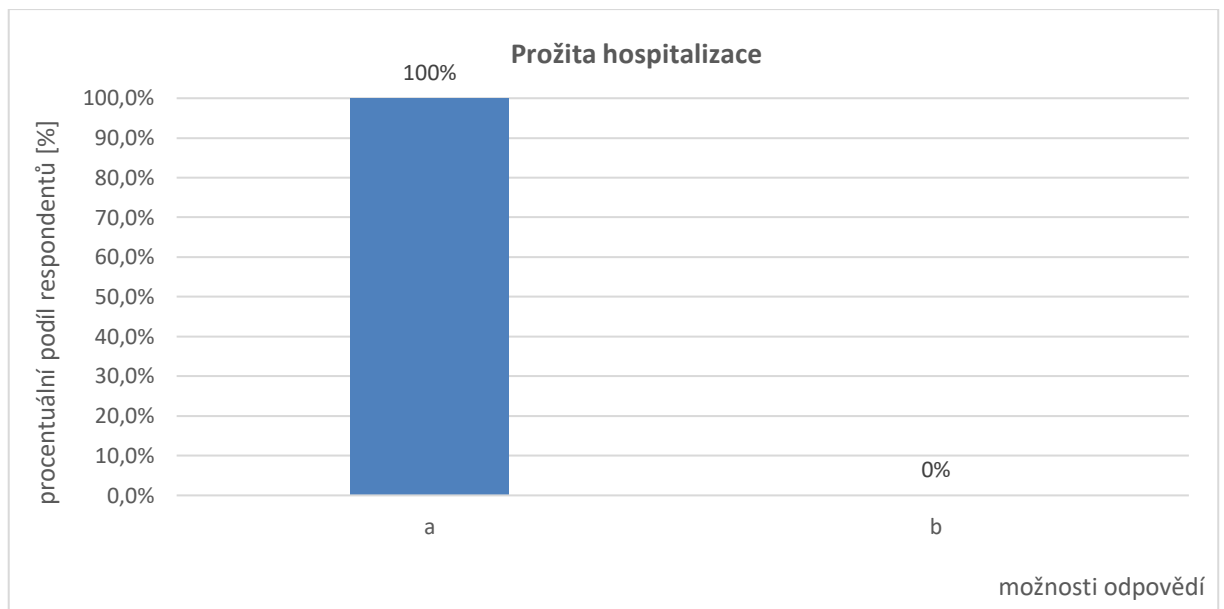
Aby byly dotazníky a jejich odpovědi použitelné a zařazené do výsledků, musel respondent na tuto otázku odpovědět kladně. Tudíž všech 60 (100 %) respondentů uvedlo, že pracují jako všeobecná sestra.

Byl/a jste hospitalizovaný/á?

a) Ano

b) Ne

Graf č. 2 – Prožitá hospitalizace



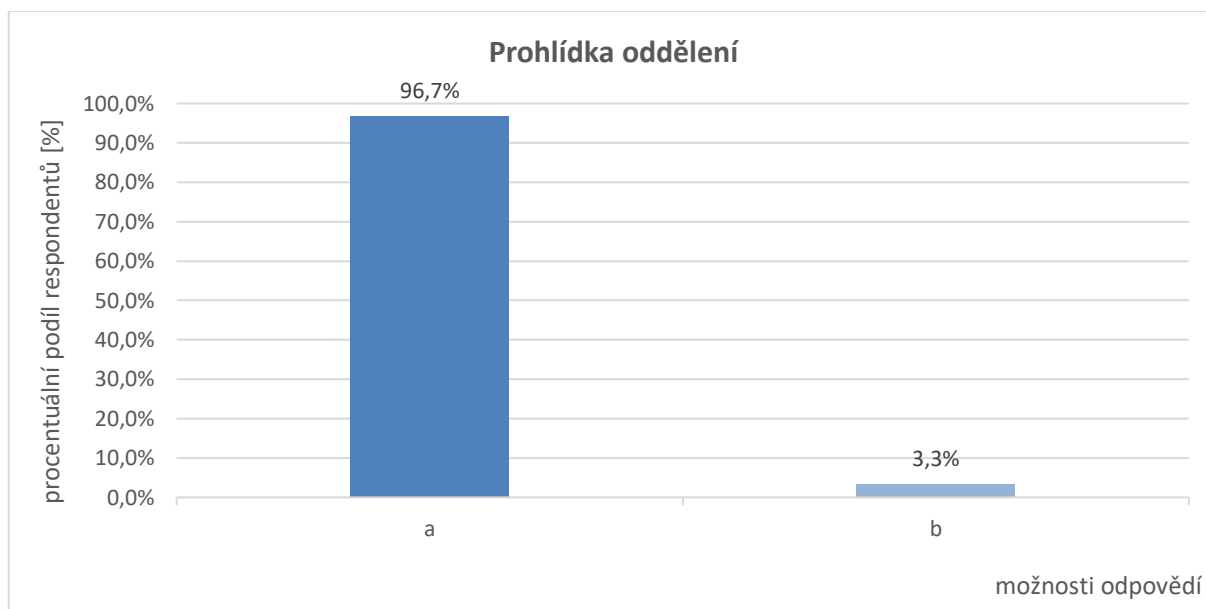
Otázka, zda byl respondent hospitalizován sloužila jako vyřazovací otázka, jelikož průzkum byl zaměřen pouze na zdravotníky v roli pacienta, kteří prožili hospitalizaci. Aby byl konkrétní dotazník použitelný na zpracování relevantních výsledků, musel respondent odpovědět na tuto otázku „ano“. Z toho vyplývá, že všech 60 respondentů (100 %) bylo hospitalizováno.

Položka č. 1 – Provedl Vás zdravotnický personál po oddělení?

a) Ano

b) Ne

Graf č. 3 - Prohlídka oddělení



Z grafu je znatelné většinové zastoupení respondentů - 58 (96,6 %) z 60 (100 %) v odpovědi, která uvádí, že byli provedeni po oddělení, kde byli hospitalizováni a věděli vše vzhledem k jejich potřebám. 2 (3,3) % respondenti uvedli, že prohlídku oddělení se zdravotnickým personálem neabsolvovali. Této druhé odpovědi se týkala podotázka, kde respondenti uvádí, co jim scházelo vědět k jejich potřebám.

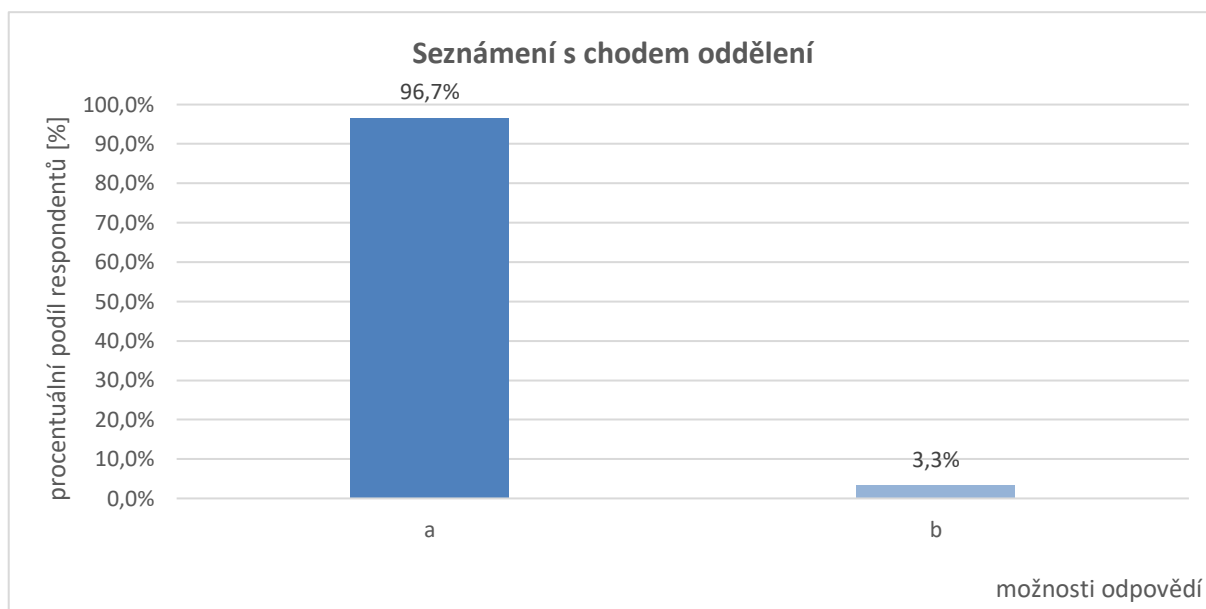
Podotázka: Pokud je Vaše odpověď „ne“, napište, co za informace jste nedostaly a postrádaly jste je.

Na otázku odpovídali 2 (3,3 %) respondenti ze 60 (100 %). Oba z nich uvedli, že jim scházela celková orientace po celém oddělení a nevěděli to nejdůležitější – kde jsou toalety.

Položka č. 2 – Byl/a jste seznámen/a s chodem oddělení?

- a) Ano
- b) Ne

Graf č. 4 – Seznámení s chodem oddělení



Na grafu lze vidět většinové zastoupení odpovědi, kdy respondenti byli seznámeni s chodem oddělení. Konkrétně bylo seznámeno z celkového počtu 60 (100 %) s chodem oddělení 58 (96,3 %) respondentů a nic za informace nepostrádali. 2 (3,3 %) respondenti uvedli, že seznámení s chodem oddělení vůbec nebyli. Tímto se dále zabývá podotázka, která uvádí postrádané konkrétní informace k chodu oddělení.

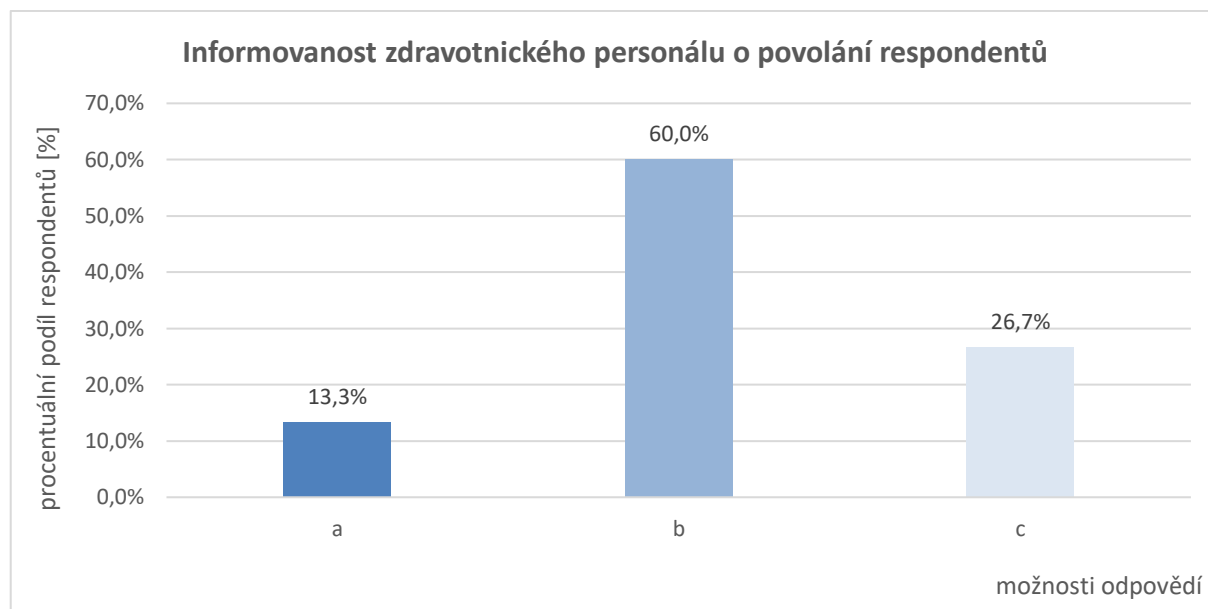
Podotázka: Pokud je Vaše odpověď „ne“, napište, co za informace k chodu oddělení jste postrádali.

Na podotázku odpovídali 2 (3,3 %) respondenti z 60 (100 %), kdy oba uvedli, že nevěděli čas vizity a jeden ještě dodal, že postrádal informaci k času jak snídaně, oběda i večere.

Položka č. 3 – Věděl Váš ošetřující personál, že jste zdravotník?

- a) Ne**
- b) Ano, řekl/a jsem jim to**
- c) Ano, znali mě z nemocnice**

Graf č. 5– Informovanost zdravotnického personálu o povolání respondentů

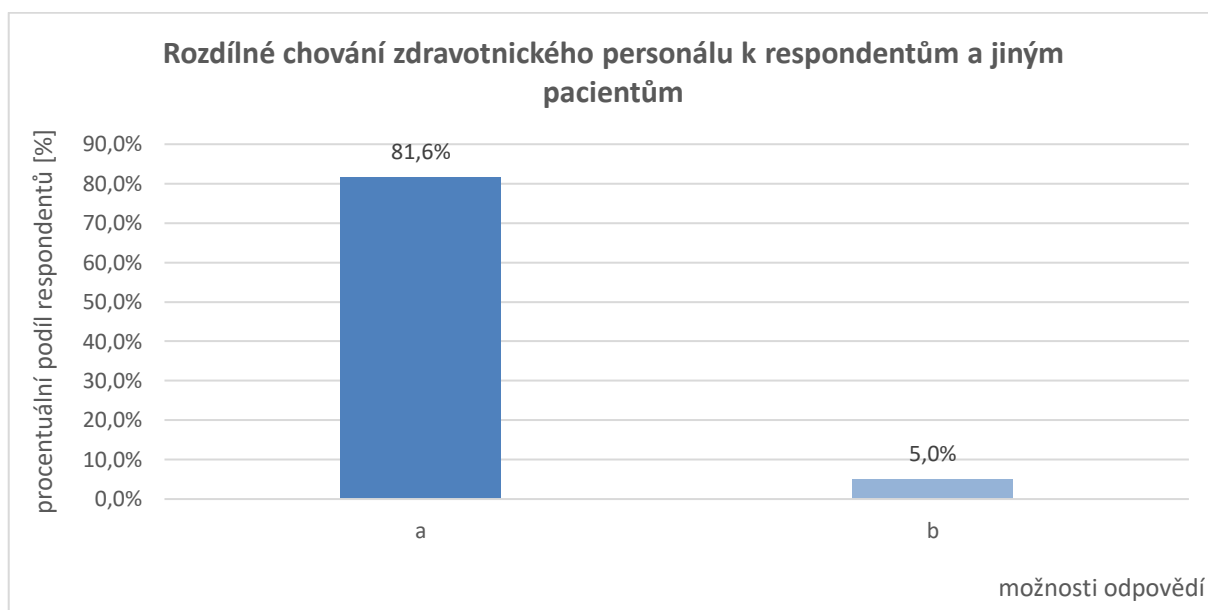


Z grafu vyplívá více jak poloviční zastoupení odpovědi, kdy 36 (60,0 %) respondentů z 60 (100 %) oznámilo personálu, že mají zdravotnické zaměření. 16 (26,7 %) respondentů uvedlo možnost, že je zdravotnický personál znal z nemocnice. Pouze 8 (13,3 %) dotazovaných uvedlo nepovědomost personálu o jejich povolání.

Podotázka: Pokud jste se zmínil/a, nebo Vás znali z nemocnice, že jste zdravotník, pozoroval/a jste rozdíly chování personálu k pacientovi, který neměl zdravotnické zaměření? (Pokud Vaše předchozí odpověď byla „ne“, neodpovídejte.)

- a) Ne, přístup byl totožný
- b) Ano, personál se ke mně choval lépe, vše mi důkladněji sděloval, měl/a jsem kvalitnější péči
- c) Personál se ke mně choval mnohem hůř

Graf č. 6 – Rozdílné chování zdravotnického personálu k respondentům a jiným pacientům



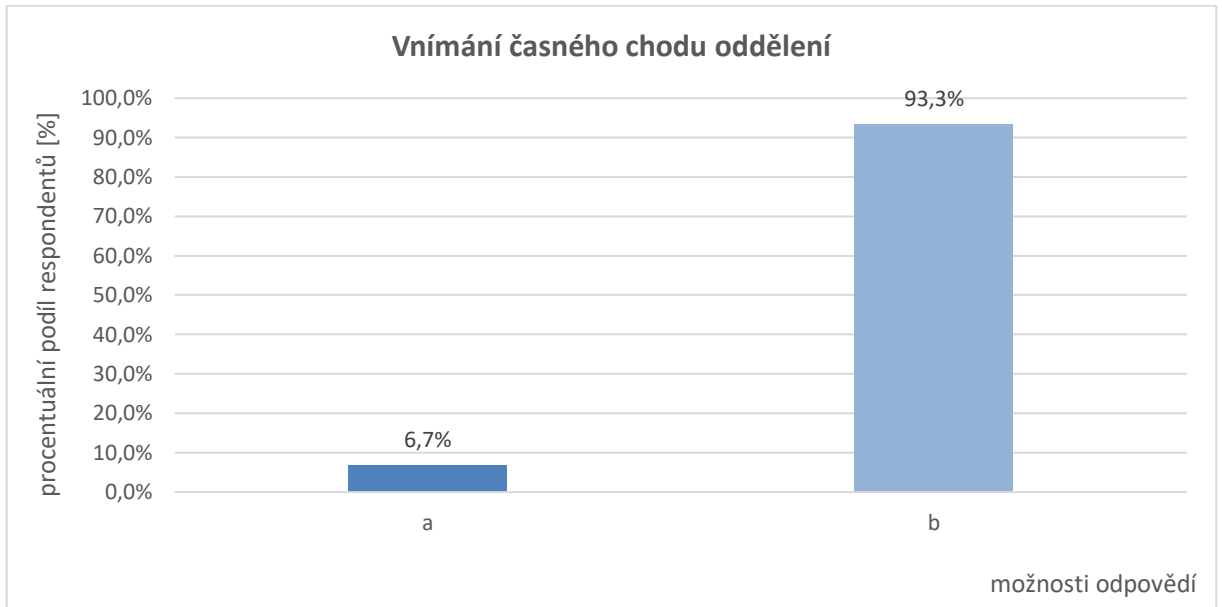
Na podotázku, zda měl personál odlišný či totožný přístup při ošetřování a léčení odpovídalo 52 (82,1 %) respondentů z 60 (100 %), kteří uvedli v předchozí otázce, že zdravotnický personál věděl o jejich povolání. 49 (81,6 %) respondentů uvedlo totožnost přístupu jak k pacientovi zdravotníkovi, tak pacientovi bez zdravotnického zaměření. Pouze 3 (5,0 %) respondenti uvedli odlišnost přístupu, léčení a ošetřování. 0% zastoupení měla možnost horšího chování.

Položka č. 4 – Vadil Vám časný chod oddělení?

a) Ano

b) Ne

Graf č. 7 – Vnímání časného chodu oddělení

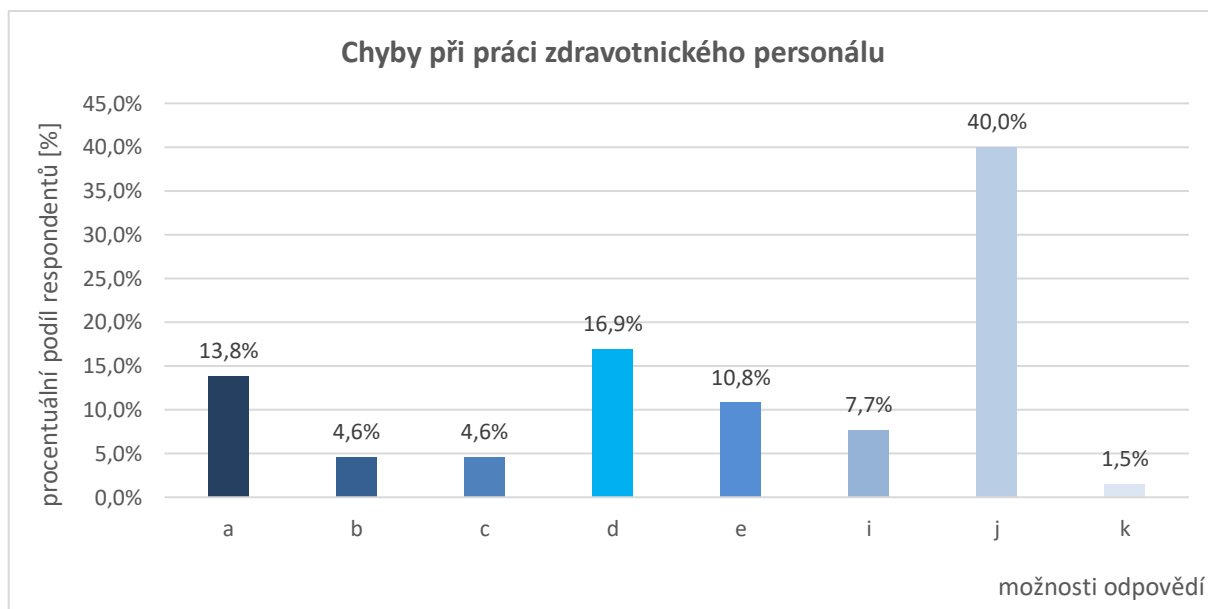


Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů vnímali jako časný chod oddělení 4 (6,7 %) respondenti, oproti 56 (93,3 %) pacientům, kteří nepovažovali chod oddělení za časný.

Položka č. 5 – Všiml/a jste si nějakých chyb při práci zdravotnického personálu?

- a) Nesprávně provedená hygienická dezinfekce rukou
- b) Nedostatečné používání ochranných pomůcek při práci s infekčním materiálem
- c) Nedostačující výměna rukavic mezi jednotlivými úkony, pacienty
- d) Sdělování nedostatečných informací od personálu, promlčení většiny času se mnou jako pacientem
- e) Neustálý spěch personálu, nevyhradili si na mě dostatek času
- f) Při potřebě jakékoliv věci mi personál nadával, že je pořád s něčím obtěžuji
- g) Chybná identifikace pacienta
- h) Nedostatečná prevence vzniku dekubitů
- i) Nedostatečné preventivní opatření vzniku infekce
- j) Vše bylo v pořádku
- k) Jiné.....

Graf č. 8 – Chyby při práci zdravotnického personálu



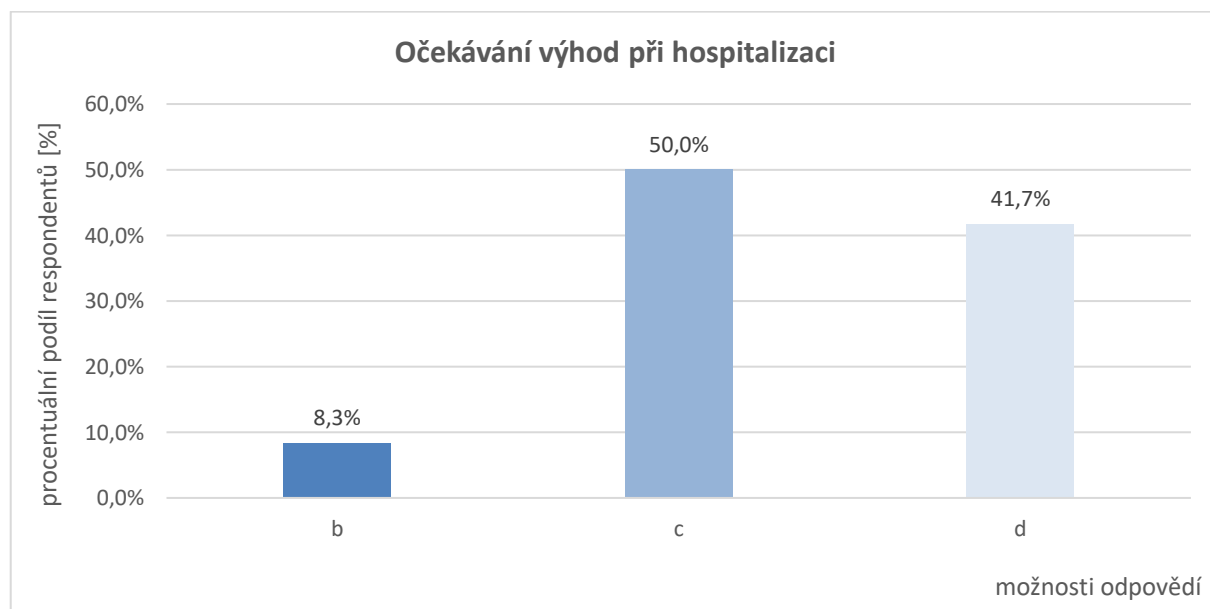
V této otázce mohl respondent zvolit libovolný počet odpovědí. Lze si povšimnout, že nejčastější chyba zdravotnického personálu byla ve sdělování informací, konkrétně se jednalo o promlčení času s pacientem a nedostatečné sdělení informací, které pacient postrádal k jeho zdravotnímu stavu a z celkového počtu 60 (100 %) respondentů tuto možnost zvolilo 11 (16,9 %) respondentů. Nesprávně provedenou hygienickou dezinfekci rukou zvolilo 9

(13,8 %) dotazovaných. Neustálý spěch personálu a nevyhrazení si dostatku času uvedlo 7 (10,8 %) respondentů. Chyby jako nedostatečné používání ochranných pomůcek při práci s infekčním materiálem a nedostačující výměnu rukavic mezi jednotlivými úkony a pacienty označili 3 (4,6 %) pacienti. Jeden respondent (1,6 %) zvolil odpověď „jiné“, kde uvedl jako problém protichůdnost informací od lékařů. 26 (40,0 %) respondentů uvedlo, že vše ze strany personálu bylo v pořádku a žádných chyb si nepovšimli. Možnost f), g), h) je v nulovém zastoupení a takových chyb si žádný z respondentů nevšiml nebo nebyly přítomny.

Položka č. 6 – Očekával/a jste při hospitalizaci potencialitu jakýchkoliv výhod?

- a) Ano, očekával/a jsem přednostní přístup – první v pořadníku na vyšetření
- b) Ano, očekával/a jsem lepší kvalitu poskytované péče
- c) Nevím, nad tím jsem nepřemýšlel/a, chtěl/a jsem být hlavně zdravý/á
- d) Žádné výhody jsem neočekával/a
- e) Jiné.....

Graf č. 9 – Očekávání výhod při hospitalizaci



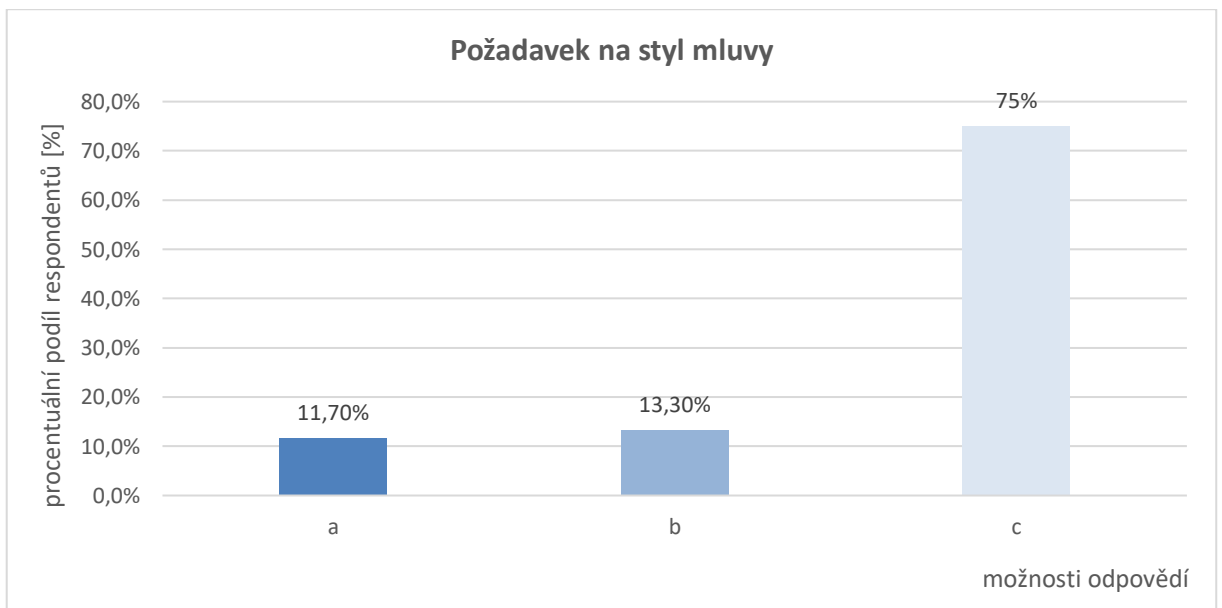
V této otázce mohl respondent volit libovolný počet odpovědí. Možno vidět z celkového počtu 60 (100 %) odpovídajících je 50,0% zastoupení v odpovědi, kterou zvolilo 30 respondentů, že nad touto otázkou nepřemýšleli a chtěli být hlavně zdraví. 25 (41,7 %) respondentů uvedlo, že žádné výhody neočekávali. Lepší kvalitu poskytované péče očekávalo 5 (8,3 %) respondentů.

V nulovém zastoupení byly možnosti „jiné“ a očekávání přednostního přístupu, jako je například první místo v pořadníku na vyšetření.

Položka č. 7 – Žádal/a jste od personálu spíše laickou nebo odbornou mluvu?

- a) Odborná
- b) Laická
- c) Nepřemýšlel/a jsem o tom

Graf č. 10 – Požadavek na styl mluvy

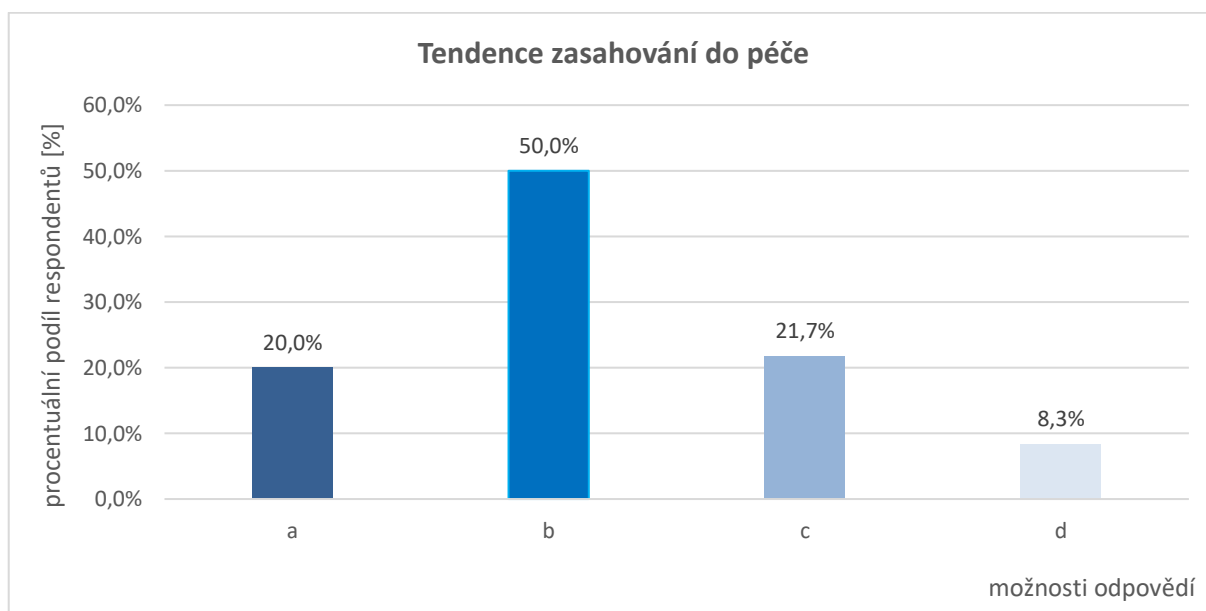


Zde je znát fakt, že 45 (75,0 %) respondentů z 60 (100 %) nad touto otázkou nepřemýšlelo. 8 (13,3 %) respondentů od zdravotnického personálu žádalo laickou mluvu. Odbornou mluvu jako možnost zvolilo nejméně respondentů – 7 (11,7 %).

Položka č. 8 – Měl/a jste tendenci zasahovat při péči?

- a) Ne, měl jsem v personál důvěru**
- b) Nebylo třeba do procesu zasahovat**
- c) Někdy, pokud se mi nezdál postup, provedení, slovně jsem je upozornil/a**
- d) Chtěl/a jsem, ale neměl/a jsem odvahu**
- e) pokaždé jsem personálu řekl/a, jak se má co dělat**

Graf č. 11 – Tendence zasahování do péče

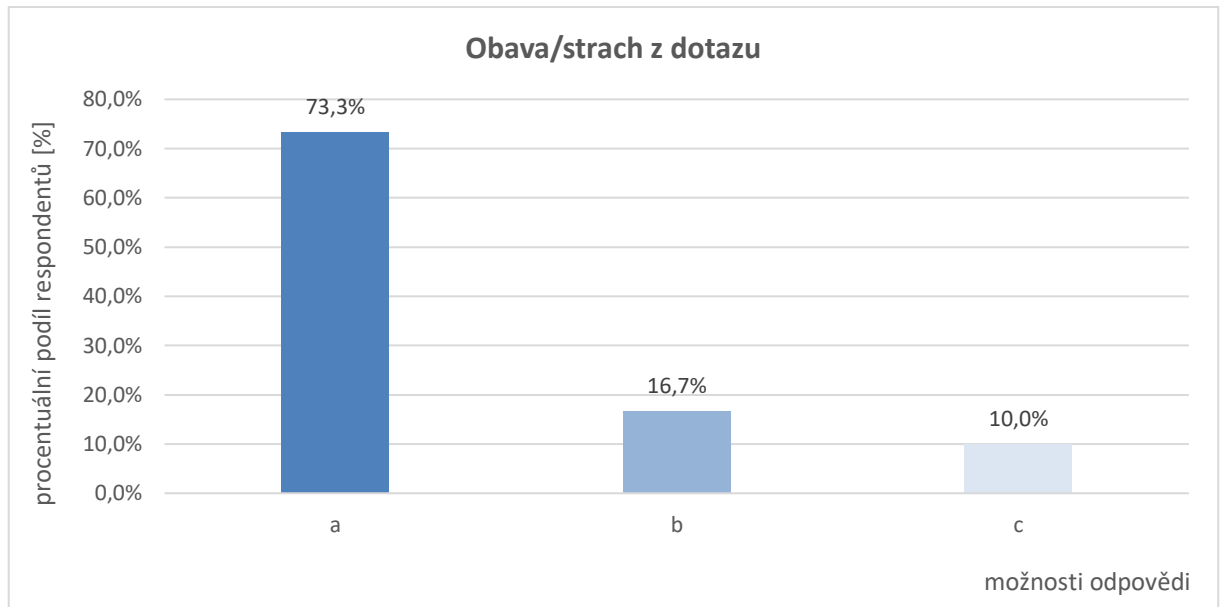


V této otázce je nejvíce zastoupená možnost, která říká, že respondenti do procesu zasahovat nemuseli a má tak zastoupení o 30 (50,0 %) respondentech. Důvěru v personál uvedlo 12 (20,0 %) dotazovaných a tím uvedli také nepřítomnost zásahu z jejich strany. 13 (21,7 %) respondentů uvedlo možnost zasažení do procesu tím způsobem, že pokud se jim nezdál postup nebo provedení, slovně personál upozornili. Respondentů, kteří neměli odvahu zasahovat do procesu i přes to, že nebyli spokojeni s provedením, bylo 5 (8,3 %) ze 60 (100 %).

Položka č. 9 – Měl/a jste obavu/strach se personálu na cokoliv zeptat?

- a) Ne**
- b) Ano, měl/a jsem pocit, že obtěžuji**
- c) Ano, styděl/a jsem se**

Graf č. 12 – Obava/strach z dotazu



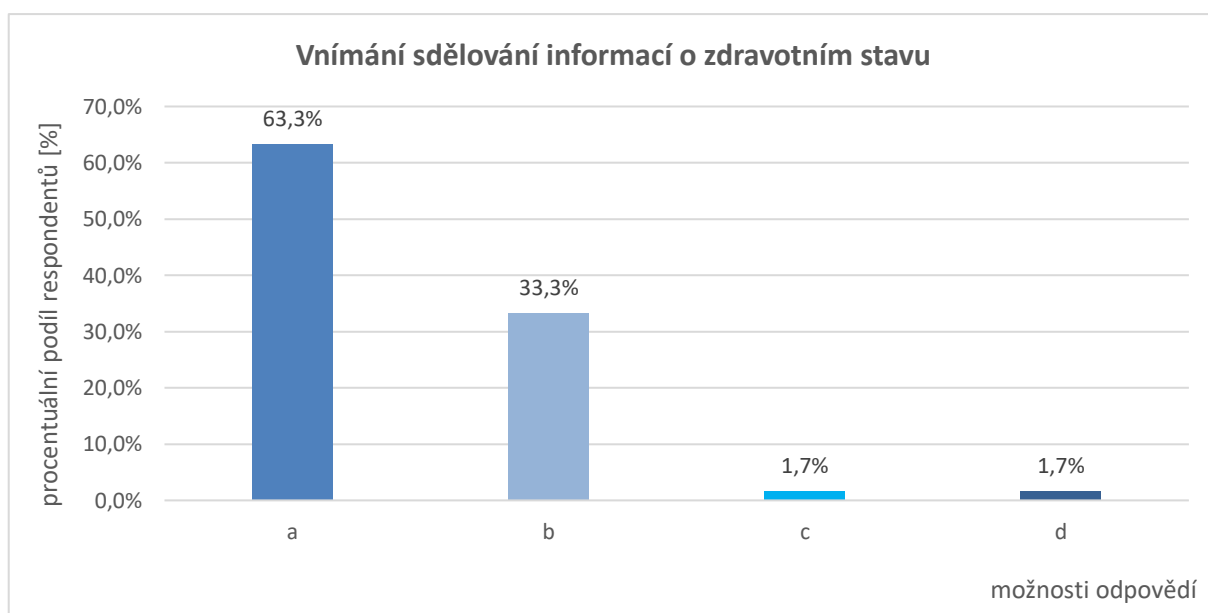
Na otázku, zda měli zdravotníci v roli pacienta obavy se na cokoliv zeptat odpověděli tak, že v tabulce je vidět převaha první odpovědi, kterou zvolilo z celkového počtu 60 (100 %) respondentů 44 (73,3 %). Daleko menší zastoupení měla odpověď „ano, měl/a jsem pocit, že obtěžuji“, konkrétně ji zvolilo 10 (16,7 %) respondentů, kteří se obávali nebo strachovali z obtěžování zdravotnického personálu kvůli dotazu. 6 (10,0 %) respondentů se stydělo dotazovat zdravotnického personálu.

Položka č. 10 – Jak jste vnímal/a sdělování informací zdravotnických pracovníků ohledně Vašeho zdravotního stavu?.....

Respondenti odpovídali na otevřenou otázku, kdy po projití všech odpovědí jsem rozdělila jejich reakce do následujících skupin:

- a) Vše, co jsem chtěl/a vědět, mi bylo perfektně sděleno, profesionální přístup
- b) Sdělení bylo vzhledem k mým otázkám neúplné, až s chladným přístupem
- c) Nikdo mi sám nic neřekl, musel/a jsem se ptát
- d) Nepamatuju si

Graf č. 13 – Vnímání sdělování informací o zdravotním stavu

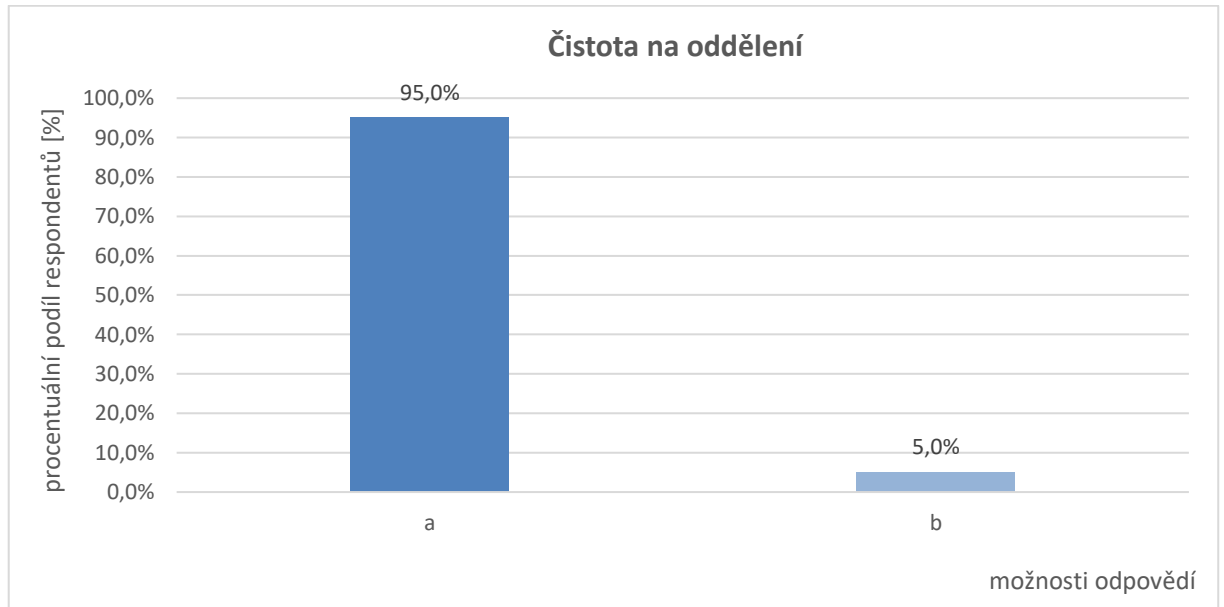


Graf ukazuje zastoupení 38 (63,3 %) respondentů z 60 (100 %) vnímání sdělování informací o zdravotním stavu od zdravotnického personálu jako pozitivní. Respondenti takové vnímání popsali jako perfektní sdělení s profesionálním přístupem, kde bylo obsaženo vše, co potřebovali vědět. 20 (33,3 %) dotazovaných uvedlo, že sdělení od zdravotnického personálu bylo neúplné a s chladným přístupem.

Položka č. 11 – Byl/a jste spokojen/a s čistotou na oddělení?

- Ano**
- Ne**

Graf č. 14 – Čistota na oddělení



Zde můžeme pozorovat 57 (95,0 %) respondentů z celkových 60 (100 %) spokojených s čistotou na oddělení, kde byli hospitalizováni. Pouze 3 (5,0 %) respondenti uvedli míru nespokojenosti, kde konkrétní odpověď na nespokojenost s čistotou oddělení zjišťovala podotázka.

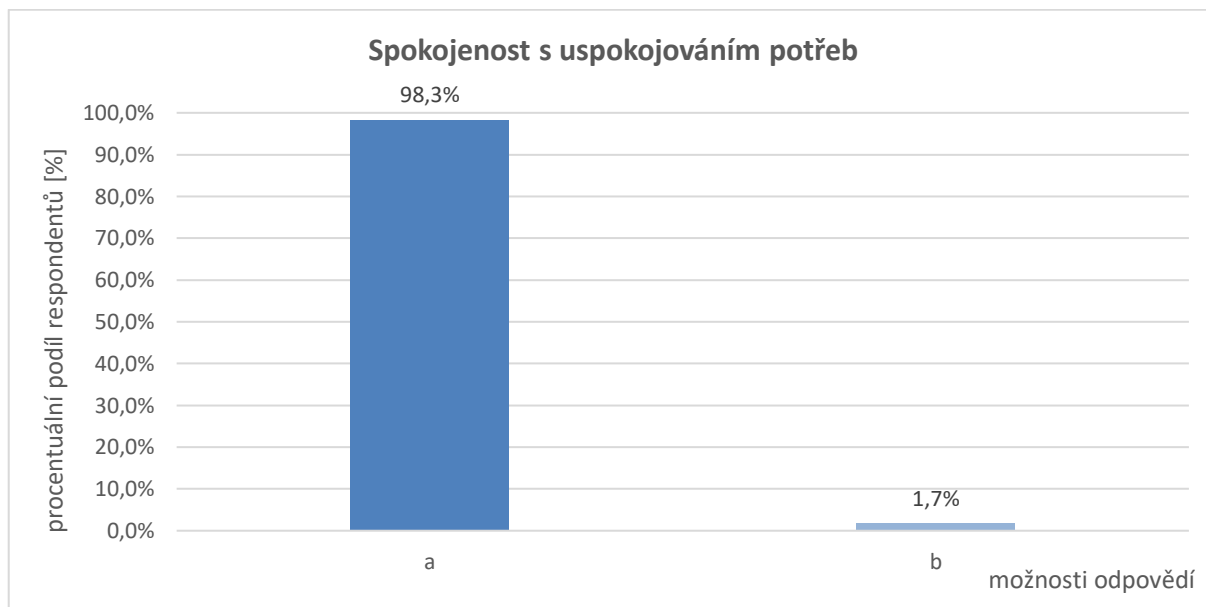
Podotázka: Pokud je Vaše odpověď „ne“, napište, s čím jste nebyl/a spokojený/á.

Na podotázku odpovídali 3 (5,0 %) respondenti z 60 (100 %), kdy všichni 3 odpověděli stejně a to tak, že jim vadila čistota sociálních zařízení.

Položka č. 12 – Byl/a jste spokojený/á s uspokojováním vlastních potřeb?

- a) Ano**
- b) Ne**

Graf č. 15 – Spokojenost s uspokojováním potřeb



Odpověď „ano“ označilo 59 (98,3 %) respondentů z celkového počtu 60 (100 %). Negativní odpověď, tedy odpověď „ne“ zvolil 1 (1,7 %) dotazovaný, kterého se nadále týkala podotázka této položky, která zjišťovala konkrétní nespokojenost ohledně potřeb.

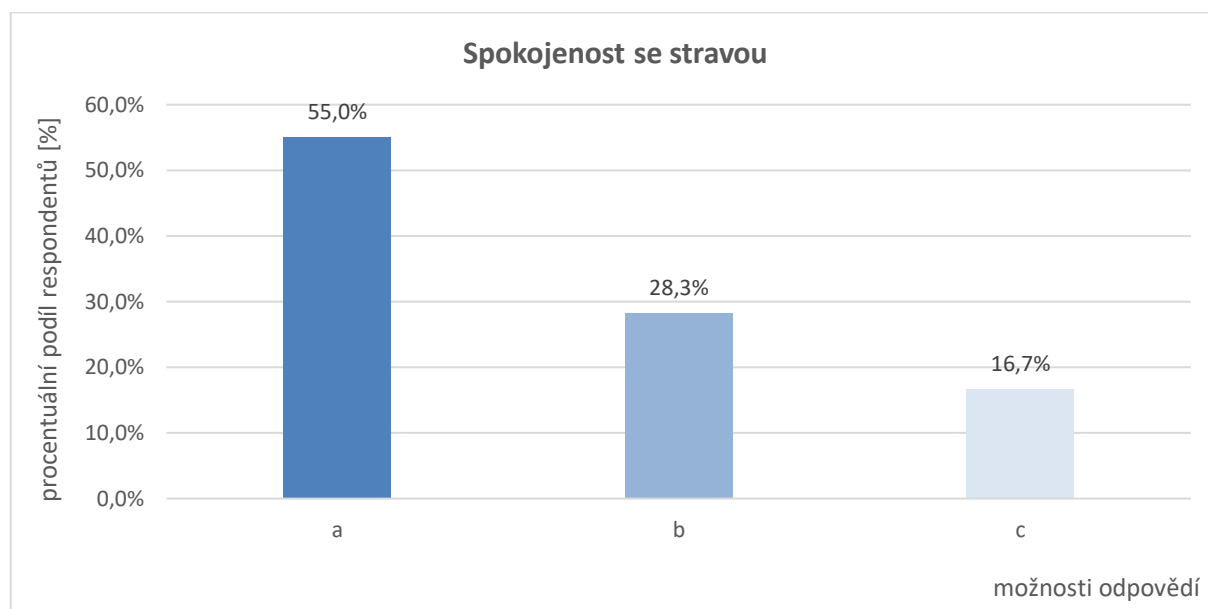
Podotázka: Pokud je Vaše odpověď „ne“, napište, co Vám nevyhovovalo.

Na podotázku odpovídal jeden (1,7 %) respondent ze 60 (100 %), který uvedl, že po operaci mu personál zapomněl dát signalizační zařízení a jelikož nemohl vstávat z postele a dojít si na toaletu, omezilo ho to v biologické potřebě.

Položka č. 13 – Měl/a jste zásadní problém se stravou během hospitalizace?

- a) Vůbec, vařili chutně**
- b) Strava byla „střídavě oblačno“, něco bylo dobré, jiné naopak**
- c) Vůbec mi tam nechutnalo**

Graf č. 16 – Spokojenost se stravou

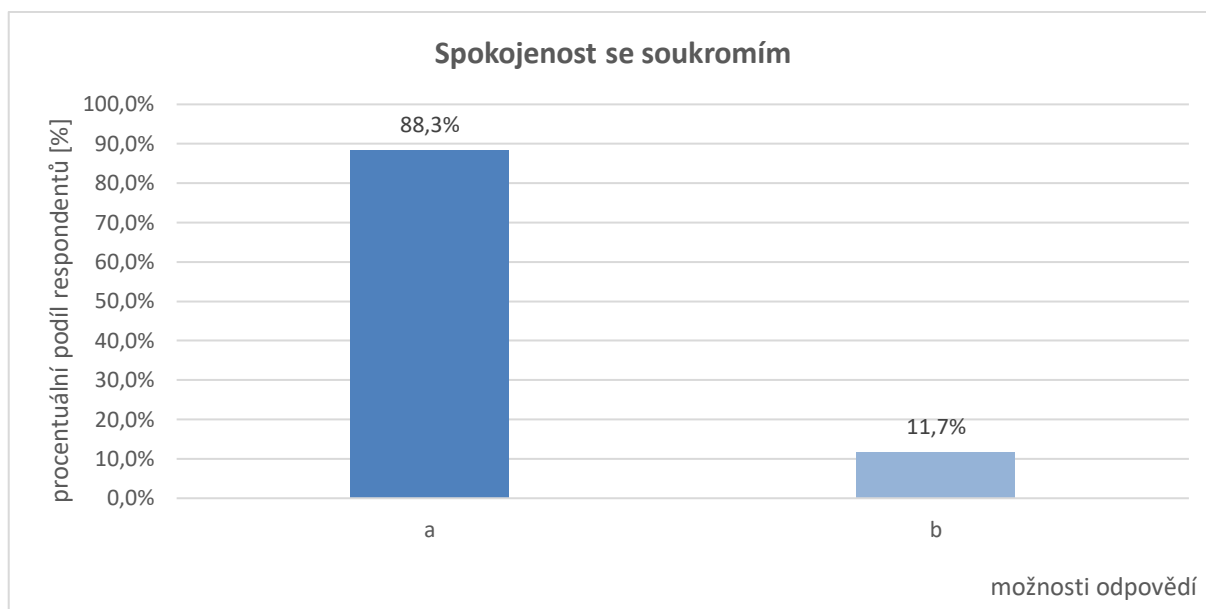


Zde je možno vidět největší zastoupení chutného jídla při hospitalizaci, kterou zvolilo 33 (55,0 %) z celkových 60 (100 %) respondentů. V pořadí druhou odpověď jako ne vždy dobrou stravu dalo jako možnost 17 (28,3 %) dotazovaných. Třetí možnost – absolutní nechuti jídla během hospitalizace, zvolilo 10 (16,7 %) pacientů

Položka č. 14 – Měl/a jste dostatek soukromí během hospitalizace?

- a) Ano
- b) Ne

Graf č. 17 – Spokojenost se soukromím



Otázka na soukromí během hospitalizace grafem znázorňuje v čísle 53 (88,3 %) spokojenost respondentů z celkových 60 (100 %), kteří neměli žádný zásadní problém s nedostatkem soukromí při pobytu v nemocnici. 7 (11,7 %) dotazovaných uvedlo pár nedostatků, které jim soukromí při hospitalizaci částečně narušilo. V čem konkrétně, tím se zabývala podotázka, která poskytuje jednotlivé odpovědi respondentů, kterým soukromí bylo narušeno.

Podotázka: Pokud je Vaše odpověď „ne“, rozepište, co Vám soukromí narušovalo.

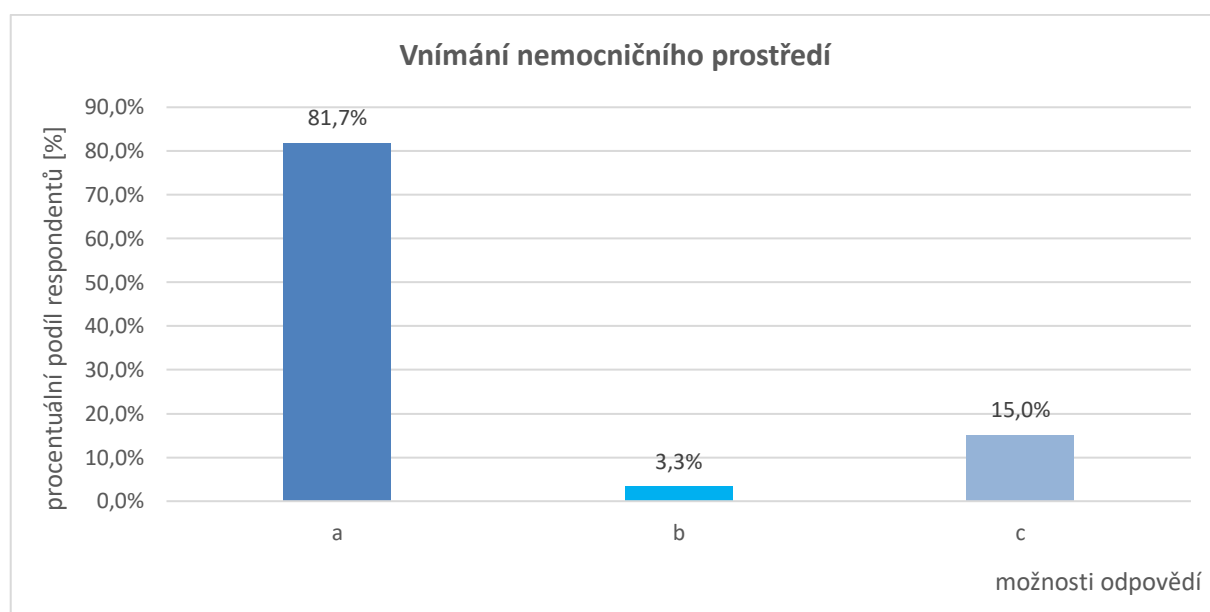
Na podotázku odpovídalo 7 (11,7 %) respondentů z 60 (100 %). Jeden respondent uvádí, že se soukromí celkově lišilo od jeho domova a nebyl spokojen především s denním režimem v nemocnici a musel brát zřetel především při výměně oblečení na jiné pacienty, kteří byli s ním na pokoji, ale na druhou stranu vyjádřil pochopení, že ve zdravotnických zařízeních to funguje jinak a člověk tam prostě není jako doma, i když atmosféra byla rodinná. Další respondent uvedl, že scházely zástěny u lůžek, které by mu jeho soukromí pokryly dostatečně. Ostatních 5 respondentů se vyjádřilo stejně vzhledem k velkému počtu pacientů na pokoji. Podle jejich slov jim narušili jak denní režim, tak spánek, jelikož veškeré plány museli nejprve konzultovat s pacienty, kteří byli na stejném pokoji a posledním problémem u nich bylo sociální zařízení, které by uvítali na svém pokoji.

Položka č. 15 – Jak jste vnímal/a, a jak na Vás působilo nemocniční prostředí?.....

Respondenti odpovídali na otevřenou otázku, byla jim dána možnost volné odpovědi. Po shlédnutí všech 60 odpovědí jsem odpovědi kategorizovala následovně:

- a) **Kladně, vše bylo v pořádku, přirozené „normální“ prostředí**
- b) **Nevím**
- c) **Negativně – staré vybavení, chaos, obavy**

Graf č. 18 – Vnímání nemocničního prostředí



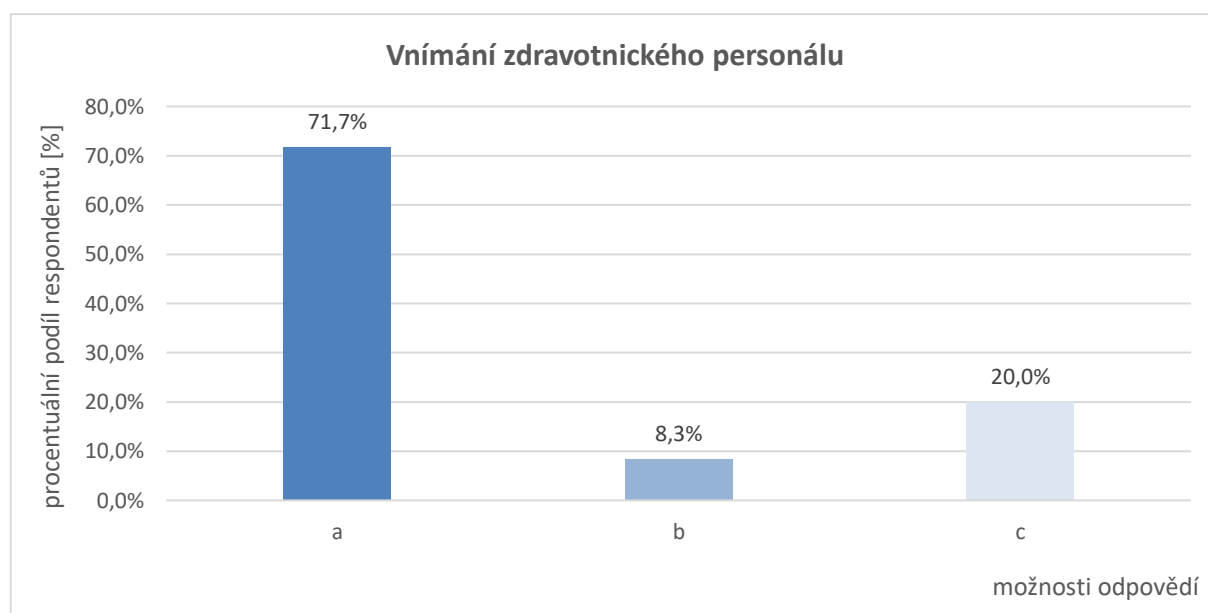
V pořádku vnímalo nemocniční prostředí 49 (81,7 %) respondentů z 60 (100 %), kteří se shodli na tom, že je to pro ně „normální“ prostředí. 9 (15,0 %) respondentů uvedlo negativní vliv, kde na ně negativně působilo hlavně staré vybavení, zmatek v organizaci práce zdravotnického personálu a obavy ze špatných informací ohledně jejich zdravotního stavu. Pouze 2 (3,3 %) dotazovaní nevěděli, jak prostředí popsat nebo ho nevnímali.

Položka č. 16 – Jak jste vnímal/a zdravotnický personál? Působil na Vás upraveně nebo jste zaznamenal/a drobné odchylky – image, specifické pachy...

Respondenti odpovídali na otevřenou otázku, byla jim dána možnost volné odpovědi. Po shlédnutí všech 60 odpovědí jsem odpovědi kategorizovala následovně:

- a) Vše bylo v pořádku, personál byl upravený
- b) Nevnímal/a jsem to
- c) Cítil/a jsem ze zdravotnického personálu zápach z cigaret

Graf č. 19 – Vnímání zdravotnického personálu

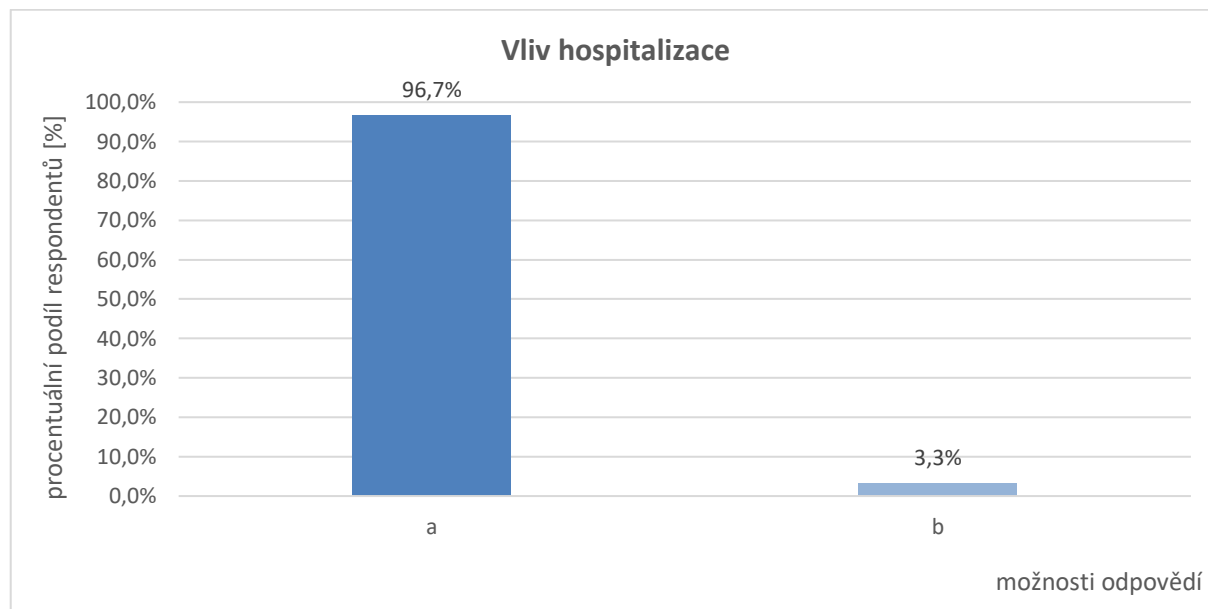


Z grafu lze soudit, že 43 (71,7 %) respondentů z celkového počtu 60 (100 %) nemělo žádné výhrady, co se týče působení zdravotnického personálu z hlediska úpravy a jiných smyslových vnímání. 5 (8,3 %) dotazovaných zdravotnický personál nijak zvlášť nevnímalo a nezaznamenaly žádné odchylky. Pach cigaret, který uvedlo 12 (20,0 %) respondentů, byl zaznamenán jako druhý nejpočetnější zastoupený prvek.

Položka č. 17 – Měla hospitalizace vliv na Váš nynější přístup k pacientům?

- a) Ano**
- b) Ne**

Graf č. 20 – Vliv hospitalizace



Lze usuzovat, že ovlivnění svou hospitalizací byli pouze 2 (3,3 %) respondenti z 60 (100 %). Na 58 (96,7 %) respondentů jejich hospitalizace nezanechala žádný vliv a do budoucího působení se u nich nic nezmění. Podotázka se zabývala těmi respondenty, kteří odpověděli, že na ně jejich hospitalizace vliv do budoucna měla a uvedli konkrétní odpověď.

Podotázka: Pokud je Vaše odpověď „ano“, napište v čem.

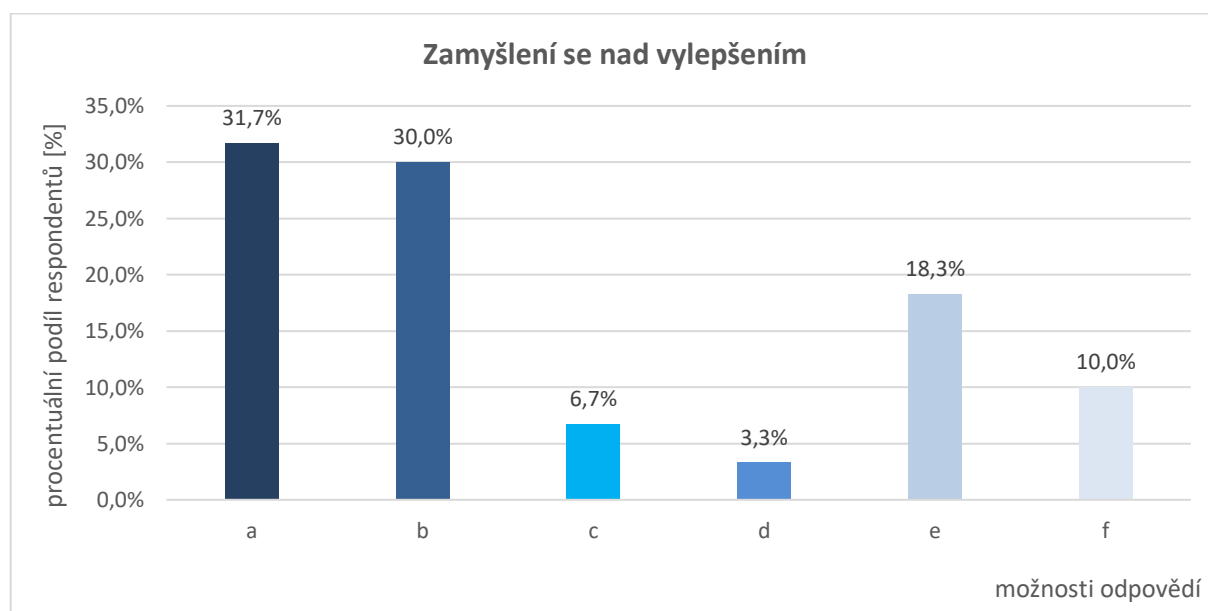
Na otázku odpovídali 2 respondenti ze 60 (100 %), kdy oba uvedli, že se k pacientům budou chovat tak, jak by chtěli, aby se personál choval k nim nebo jejich rodině.

Položka č. 18 – Co by se podle Vás dalo změnit k lepšímu?.....

Respondenti odpovídali na otevřenou otázku, byla jim dána možnost volné odpovědi. Po shlednutí všech 60 odpovědí jsem odpovědi kategorizovala následovně:

- a) Vstřícnější přístup
- b) Komunikace
- c) Více nadstandartních pokojů
- d) Prostředí
- e) Více pomocného personálu
- f) Ubrat administrativu

Graf č. 21 – Zamyšlení se nad vylepšením



Z odpovědí respondentů graf ukazuje jako nejvíce zastoupenou odpověď zlepšení vstřícného přístupu personálu k pacientovi – 19 (31,7 %) respondentů z 60 (100 %). Druhou nejpočetněji zastoupenou odpovědí byla komunikace a potřeba jejího zlepšení, kterou zvolilo 18 dotazovaných (30,0 %). Dále uvádí 11 (18,3 %) dotazovaných potřebu více pomocného personálu a 6 (10,0 %) respondentů uvedlo potřebu více pomocného personál. Obě tyto možnosti disponují časem, konkrétně se respondenti zmínili, že při zlepšení těchto složek by personál měl na pacienty více času. 2 (3,3 %) dotazovaní viděli slabou stránku v prostředí, které by stálo za vylepšení. 4 (6,7 %) respondenti uvedli jako podnět ke zlepšení více nadstandartních pokojů.

9 DISKUZE

Bakalářská práce má téma zdravotník jako pacient, kdy průzkum měl za cíl popsat a nastínit prožívání celkové hospitalizace pacienta se zdravotnickým zaměřením. Cílenými respondenty se stal personál ve třísměnném provozu u lůžek povolání všeobecných sester v nemocničním zařízení ve východních Čechách. Všechny respondenty pro úspěšně provedený průzkum musela spojovat prožitá hospitalizace a práce všeobecné sestry. Těmito otázkami se zabývaly první dvě položky dotazníku, které sloužily jako otázky vyřazovací – filtrační. Aby bylo možné dosáhnout stanoveného cíle, byly stanoveny 3 průzkumné otázky, které jsou v diskuzi následně rozebrány.

Průzkumná otázka č. 1: Uvedou respondenti nespokojenost se zdravotnickým personálem?

Tato průzkumná otázka zjišťovala slabé stránky zdravotníků a spokojenost/nespokojenost s přístupem zdravotnického personálu. K povolání všeobecné sestry patří bezesporu profesionalita. Zda se potvrdila či ne zjišťovaly v dotazníku položky č. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 16.

Dle zhodnocené otázky č. 1, která se dotazovala na prohlídku oddělení pro orientaci, kterou má na starosti bezesporu zdravotnický personál, bylo seznámeno s oddělením z 60 (100 %) respondentů (celkový počet dotazovaných) 58 (97,7 %). Oddělení, nebylo představeno dvěma (3,3 %) respondentům. Podotázka položky č. 1 se zabývala konkrétními problémy pramenících z nevědomosti o prostoru – na ni odpovídali 2 pacienti, kdy oba uvedli stejný problém a to, že nevěděli, kde jsou toalety.

Položka č. 2 v dotazníku měla za úkol zjistit, zda byli pacienti seznámeni s chodem oddělení, o kterém je měl zdravotnický personál informovat. Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů jich bylo 58 (96,7 %) edukováno o chodu oddělení a nic jiného k jejich potřebám vědět nepotřebovali. 2 (3,3 %) respondenti uvedli, že s chodem oddělení vůbec seznámeni nebyli a postrádaly informace, které se vztahovaly k jejich potřebám v nemocničním prostředí. Co konkrétně jim scházelo zjišťovala podotázka této dotazníkové položky, která říká, že oba pacienti postrádaly informace o čase vizity, kdy jeden ještě dodal nevědomost o čase podávání stravy. Touto otázkou se zabývala ve své práci také Hubková (2018), kde její průzkum uvedl absenci seznámení s chodem oddělení u 10 (16,7 %) respondentů z celkového počtu dotazovaných 60. Seznámeno s oddělením bylo 27 (45,0 %) dotazovaných a 23 (38,3 %) pacientů se muselo doptávat na informace. Rozdílné výsledky ukázal průzkum práce Kohoutové (2013), která zjišťovala míru edukace na oddělení při příjmu do zdravotnického

zařízení. Výsledky ukázaly, že 52 (68,0 %) pacientů z celkového počtu 76 (100,0 %) dotazovaných s oddělením seznámeny vůbec nebyli.

Otázka č. 3 zjišťovala, zda měl zdravotnický personál povědomost o povolání pacientů. Více jak polovina respondentů, konkrétně 36 (60,0 %), uvedla, že svoje povolání personálu sdělila. Zdravotníci poté z nemocnice znali z 60 (100 %) celkově 16 (26,7 %) dotazovaných a 8 (13,3 %) pacientů nebylo prozrazeno. Podotázka této položky dále zjišťovala, zda respondenti pozorovali vzhledem o povědomí povolání rozdílné chování k pacientům. Na tuto podotázku odpovídali ti, kteří neuvedli první možnost ve výběru odpovědí, tudíž personál věděl, jakou práci vykonávají. Zúčastnilo se jich tak 52 (86,6 %) a 49 (81,6 %) z nich uvedlo, že přístup v péči se nelišil. 3 (5,0 %) respondenti uvedli možnost která říkala, že se k nim personál choval jako ke zdravotníkům lépe, vše jim důkladněji sděloval a měli kvalitnější péči. Možnost v odpovědích, která vypovídala o horším přístupu ne zvolil nikdo (0,0 %). Marušková (2012) se ve své práci zabývá otázkou, zda se zdravotníci chovají k pacientovi se zdravotnickým zaměřením jinak než k pacientovi nezdravotníkovi. Otázka je postavena na pečujícího zdravotníka, nikoli na vnímání zdravotníka v roli pacienta. Odpovědi se nejvíce dočkala možnost, kde 38 (53 %) respondentů uvedlo míru souhlasu a tím potvrdili, že k pacientovi zdravotníkovi se chovají jinak. Otázkou je, zda jinak směrem pozitivním nebo negativním. To její další odpovědi na otázku, zda se k pacientovi zdravotníkovi chovají respondenti vstřícněji jednoznačně nepotvrdila. Tato práce zjišťuje otázku přímo od zdravotníka v roli hospitalizovaného, kdy po dobu své hospitalizace popisuje a vnímá chování zdravotnického personálu jak k němu jako zdravotníkovi, tak pozoruje i rozdíly v chování k pacientovi nezdravotníkovi

Položka č. 5 se tázala, zda si pacienti všimli nějakých chyb při práci zdravotnického personálu. Přestože se položka táže na chyby, 26 (40 %) respondentů z 60 (100 %) uvedlo, že vše zdravotnický personál prováděl tak, jak se má a jejich činy byly tak naprosto v pořádku. Z chyb, které respondenti uvedli, měla zastoupení 11 (16,9 %) respondentů možnost která uvádí, že zdravotníci jim jako pacientovi nesdělovali dostatek informací a promlčeli většinu času s nimi. Druhou nejzastoupenější chybu zvolilo 9 respondentů (13,8 %) – ta poukazovala na nesprávně provedenou hygienickou dezinfekci rukou. 7 (10,8 %) dotazovaných uvedlo jako chybu neustálý spěch personálu, který si na ně nevyhradil dostatek času. Nedostatečné preventivní opatření vzniku infekce uvedlo 5 (7,7 %) hospitalizovaných. Po 3 (4,6 %) respondentech byly zastoupené dvě možnosti a to: nedostatečné používání ochranných pomůcek při práci s infekčním materiálem a nedostačující výměna rukavic mezi jednotlivými výkony a pacienty.

Možnost „jiné“ zvolil 1 (1,5 %) respondent, který jako chybu uvedl protichůdnost informací od lékařů. Možnosti g), h), i) jsou v nulovém zastoupení.

Sedmá položka dotazníku zjišťovala, zda pacienti jako zdravotníci požadovali laickou či odbornou mluvu od zdravotnického personálu. Možnost laické mluvy uvedlo 8 (13,3 %) dotazovaných z 60 (100 %). 7 (11,7 %) respondentů chtělo, aby s nimi personál hovořil odborně. Nad touto otázkou nepřemýšlelo 45 (75,0 %) hospitalizovaných.

Položka č. 10 pracovala s informacemi, které se týkaly sdělování informací o zdravotním stavu. 38 (63,3 %) respondentů ze 60 (100 %) sdělování těchto informací od zdravotnického personálu vnímalo kladně a vše, co potřebovali vzhledem k jejich stavu vědět jim bylo perfektně sděleno, uvedli také profesionální přístup. Neúplné sdělení k pacientovým otázkám uvedlo 20 (33,3 %) hospitalizovaných a zmínili dále chladný přístup. Informace až po iniciování z pacientovi strany uvedl 1 (1,7 %) respondent a stejné zastoupení měla možnost „nepamatuju si“.

16. položka dotazníku popisuje zdravotnický personál v nemocničním procesu. Ptá se respondentů, zda u nich zaznamenali určité odchylky. V pořádku působící, upraveně, působil personál na 43 (71,7 %) respondentů ze 60 (100 %). 5 (8,3 %) respondentů personál nevnímalo. Ovšem velmi specifickou odchylku zaznamenalo 12 (20,0 %) dotazovaných, kteří jako výhradu uvedli pach z cigaret, který byl cítit jak při komunikaci, tak jen při ošetřování.

Průzkumná otázka č. 2: Zaznamenají dotazovaní slabé stránky nemocničního prostředí?

Tato průzkumná otázka zjišťovala slabé stránky nemocničního prostředí jako takového – jak ho vnímají zdravotníci v roli pacienta a jak na ně působí z druhé strany zjišťovaly dotazníkové položky č. 4, 11, 12, 13, 14, 15.

Čtvrtá položka dotazníku se tázala na vnímání časného chodu oddělení. Z celkového počtu 60 (100 %) respondentů nevadil časný chod 56 (93,3 %) pacientům. 4 (6,7 %) dotazovaní uvedli míru nesouhlasu a časný chod oddělení jim byl nepříjemný.

Položka č. 11 se ptala na čistotu na oddělení, kde byli respondenti hospitalizováni. Spokojeno s čistotou bylo 57 (95,0 %) dotazovaných ze 60 (100 %) a nespokojení byli 3 (5,0 %) respondenti. Podotázka této položky dále rozebírala konkrétní problémy, které se čistoty týkaly. Na podotázku odpovídali 3 (5,0 %) respondenti, kteří s čistotou na oddělení spokojeni nebyli. Všichni 3 odpověděli stejně a to tak, že nebyli spokojeni s čistotou na sociálních zařízeních. Podobně znějící otázkou se ve své práci zabývala Morongová (2015), která navíc pracovala

s věkem a rozdílném vnímání čistoty. Zjistila, že věk staticky neovlivňuje spokojenost nebo nespokojenost s čistotou oddělení v nemocničním prostředí.

12. položka dotazníku zjišťovala spokojenost pacientů v okruhu uspokojování jejich potřeb. Pouze 1 (1,7 %) respondent z celkových 60 (100 %) nebyl spokojen v tomto ohledu. 59 (98,3 %) respondentům nic nescházelo a jejich potřeby byli při hospitalizaci zcela naplněny. Tato položka obsahovala podotázku, která měla za úkol zjistit, co pacientům v tomto odvětví nevyhovovalo. Na tuto podotázku odpovídal 1 (1,7 %) respondent, který uvedl možnost nenaplnění potřeb při hospitalizaci. Jako problém zmínil částečné nenaplnění biologické potřeby, konkrétně vyprázdnění moče – zdravotnický personál mu zapomněl dát signalizační zařízení po operaci, kdy nemohl vstávat z postele a dojít si na toaletu, ale byl odkázán právě na personál a vylučovací pomůcky.

Spokojenost se stravou během hospitalizace zjišťovala položka č. 13. Z celkových 60 (100 %) respondentů jich 33 (55,0 %) označilo nemocniční stravu jako dobře chutnající. 17 (28,3 %) respondentům chutnalo pouze občas. Možnost absolutní nechuti zvolilo 10 (16,7 %) dotazovaných.

Na soukromí během hospitalizace se tázala 14. položka v dotazníku. Z 60 (100 %) hospitalizovaných uvedlo absolutní spokojenost se soukromím na oddělení. Projev nespokojenosti a nedostatečného soukromí vyjádřilo 7 (11,7 %) respondentů, na které byla mířena podotázka této položky. Zjišťovala, co jim soukromí narušovalo. Jeden respondent uvádí, že se soukromí celkově lišilo od jeho domova a nebyl spokojen především s denním režimem v nemocnici a musel brát zřetel především při výměně oblečení na jiné pacienty, kteří byli s ním na pokoji, ale na druhou stranu vyjádřil pochopení, že ve zdravotnických zařízeních to funguje jinak a člověk tam prostě není jako doma, i když atmosféra byla rodinná. Další respondent uvedl, že scházely zástěny u lůžek, které by mu jeho soukromí pokryly dostatečně. Ostatních 5 respondentů se vyjádřilo stejně vzhledem k velkému počtu pacientů na pokoji. Podle jejich slov jim narušili jak denní režim, tak spánek, jelikož veškeré plány museli nejprve konzultovat s pacienty, kteří byli na stejném pokoji a posledním problémem u nich bylo sociální zařízení, které by uvítali na svém pokoji. Červenková (2010) ve své práci zjistila, že v uspokojení soukromí by pacienti nejvíce pozitivně přivítali jedno sociální zařízení pro jeden pokoj a zástěny u lůžek.

Jak vnímají nemocniční prostředí zdravotníci v roli pacienta, na to se ptala otázka č. 15. většina respondentů, konkrétně 49 (81,7 %) ho popsalo kladně – vše se jim zdálo v pořádku a bylo to

pro ně přirozené „normální“ prostředí. Negativně se starým vybavením, chaosem a obavami ho popsalo 9 (15,0 %) pacientů z 60 (100 %). Poslední 2 respondenti uvedli možnost „nevím“, která říká, že ho nijak nevnímali. V jejím průzkumu většina respondentů poukazuje na výhodu známého prostředí. Ve stejnojmenné práci Uhlířové je otázka na vnímání nemocničního prostředí také rozebrána. V jejím výzkumu 80 (52,0 %) ze 154 (100 %) dotazovaných uvedlo toto prostředí jako výhodu. 53 (34,0 %) respondentů nastínilo, že v roli pacienta se v nemocničním prostředí cítí ztraceně. 21 (14 %) nemocných v době hospitalizace prostředí nijak zvlášť nevnímalo.

Průzkumná otázka č. 3: Nastíní pacienti jakoukoliv záležitost (tendenci, očekávání aj.) pramenící z jejich povolání?

Touto průzkumnou otázkou se zabývaly dotazníkové položky s číslem 6, 8 a 9.

Do poznámek v dotazníku jeden respondent uvedl, že se personálu na nic neptal, protože jeho to v práci obtěžuje, dále cituji „Co pacienti vědět mají, to jim říkám, nic víc vědět nepotřebují, tudíž nechápu, na co by se mohli dále ptát.“

Otázka č. 6 se ptala na potencialitu jakýchkoliv výhod při hospitalizaci. Lepší kvalitu poskytované péče očekávalo 5 (8,3 %) respondentů z 60 (100 %). Žádné výhody neočekávalo 25 (41,7 %) dotazovaných a nad touto otázkou nepřemýšlelo 30 (50,0 %) respondentů. Přednostní přístup a možnost „jiné“ neuvedl nikdo. Skácelová (2009) má také podobně znějící otázku s touto prací, kdy se ptá na výhody při hospitalizaci plynoucí z profese. 81 (67,5 %) ze 120 (100 %) respondentů uvádí, že žádné výhody nepocit'ovaly. V práci Skácelové bylo nejvíce zastoupené vstřícnější chování personálu jako výhoda plynoucí z povolání.

Ze zhodnocené položky č. 8, která zjišťovala, zda měl respondent tendenci zasahovat do péče, vyplývá, že do procesu nebylo třeba zasahovat – tuto možnost zvolilo 30 (50,0 %) respondentů z 60 (100 %). Slovní upozornění jako zásah do procesu uvádí 13 (21,7 %) dotazovaných. 12 (20,0 %) pacientů uvedlo, že do procesu nezasahovali, jelikož měli v personál důvěru. Odvahu na jakýkoliv zásah nemělo 5 (8,3 %) zdravotníků v roli pacienta, i když bylo třeba zakročit.

Položka č. 9 zhodnocovala strach nebo obavu z dotazu směřující na personál v nemocnici. Z celkového počtu 60 (100 %) se nebálo na cokoli zeptat 44 (73,3 %) respondentů. Pocit, že obtěžují zvolilo 10 (16,7 %) dotazovaných. 6 (10,0 %) respondentů se za zeptání stydělo.

Průzkumná otázka č. 4: Uvedou respondenti změny, které vyplívají z jejich prožité hospitalizace?

Zda zdravotnické pacienty ovlivnila hospitalizace do budoucna je otázkou č. 17 v dotazníku této práce. Neovlivněnými se v tomto průzkumu stalo 58 (96,7 %) dotazovaných. Za ovlivněné se považují 2 (3,3 %) respondenti ze 60 (100 %), kteří odpovídali na podotázku této položky. Ta zjišťovala, v čem je hospitalizace ovlivnila. Oba uvedli to samé, a to, že se k pacientům budou chovat tak, jak by chtěli, aby se personál choval k nim nebo jejich rodině. Tuto otázku Skácelová (2009) také obsadila do své práce. 62 (51,7 %) ze 120 (100 %) respondentů uvedlo vliv na osobnostní stránku. Tito respondenti dále uvedli konkrétnější vliv, nejzastoupenější byla odpověď, kde si respondenti uvědomili pocity pacienta při nemoci – 32 (51,6 %)

Na úplný závěr dotazníku byla dána položka (č. 18), která měla za úkol zmapovat a navrhnout, jak by se dal vylepšit celkový nemocniční proces. Respondenti odpovídali na otevřenou otázku a kategorie, které zazněli, byly následovné: vstřícnější přístup uvedlo 19 (31,7 %) respondentů z 60 (100 %), komunikaci zvolilo 18 (30,0 %) dotazovaných, více nadstandartních pokojů jako možnost dali 4 (6,7 %) pacienti, k vylepšení prostředí se hlásili 2 (3,3 %) respondenti, více pomocného personálu by uvítalo 11 (18,3 %) dotazovaných a ubrání administrativy by považovalo za vylepšení 6 (10,0 %) pacientů.

10 ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce byly definovány pojmy zdraví a nemoc a následně bylo nastíněné jejich chápání a pojetí. Práce zdůraznila důležitost lidských potřeb jak ve zdraví, tak v nemoci a popsala je právě v ošetrovatelském procesu. Práce přiblížila také komunikaci jako důležitý prvek při ošetrování a léčení. Práce na závěr popisuje osobnost zdravotníka i pacienta. Splněny byly všechny cíle teoretické části práce.

V praktické části, která probíhala dotazníkovým šetřením – průzkumem, bylo zjištěno, jak zdravotníci v roli pacienta reagují na chod oddělení. Z většinové části pacientům nevadil časný chod oddělení, kde byli hospitalizováni, ale objevili se i slabiny, kde přes nedostatečnou komunikaci mezi zdravotnickým personálem a samotným pacientem nebyly sděleny dostatečné informace potřebné právě k chodu oddělení.

Průzkumem bylo zjištěno i vnímání nemocničního prostředí, kdy ho ve většině případech zdravotník jako pacient popisuje jako „normální“ prostředí, ve kterém je zvyklý fungovat. I přes to, že je mu toto prostředí blízké, potřeboval pár informací od personálu – například to, kde se nachází toalety.

Hodně zdravotníků během svého působení v roli opečovávané osoby zaznamenalo chyby zdravotnického personálu hned v několika odvětvích. Jednalo se zejména o špatně provedenou hygienickou dezinfekci rukou a nedostatečné používání ochranných pomůcek při práci s infekčním materiálem. I přes to, že chyby byly přítomny, více jak polovina zdravotníků hospitalizovaných na lůžkovém oddělení nezaznamenalo chyby žádné.

Ve vnímání personálu jako takového se objevil problém, který znepokojila pobyt v nemocnici pár pacientům. Jednalo se zejména o pach z cigaret, který byl cítit při ošetrování a komunikaci ze strany zdravotnického personálu. Práce zdravotníka je velmi náročné povolání, a to jak psychicky, tak fyzicky a je vhodné si dobře zorganizovat práci. Když nebude zdravotnický personál kouřit, pacient z něj neucítí kouř, tím pádem nebude mít nepříjemný pobyt v nemocnici a zdravotník si tak místo přestávky na cigaretu může vyhradit čas na pacienty. Průzkum také naopak zjistil, že více jak polovina respondentů vnímala zdravotníky jako upravené a v pořádku působící.

Práce také zmapovala, zda zdravotníky v roli pacienta hospitalizace ovlivnila do budoucna. Ovlivnění hospitalizací se stal doslova pár pacientů, na zbylý počet odpovídajících respondentů jejich hospitalizace neměla vliv. I přes to, že na takovou sumu zdravotníků neměla hospitalizace

vliv, je velmi důležité, že ji viděli z pohledu pacienta. V řešení tohoto problému zůstává, zda svůj výrok přehodnotí a do budoucna svou zkušenost promítnou v profesním životě.

Ve všech popisovaných dosažených cílech je společným aspektem komunikace, kterou průzkum zdůraznil jako důležitý prvek, který hraje obrovskou roli hlavně při edukaci pacienta, ve sdělování informací a v neposlední řadě hraje roli při léčení a ošetřování.

Aby se takové problémy neopakovaly, mohlo by vedení konkrétních nemocničních zařízení zavést například komunikační kurzy, které by obsahovaly zejména vedení správné komunikace s pacientem. Nejedná se pouze o nedostatek v komunikaci. Záleží i na takových věcech, jako je například podávání stravy. Jedl by zdravotník rohlík, který měl předtím v ruce jiný člověk? Takových otázek existuje několik. Pokud by se chyby v ošetřovatelském procesu opakovaly, měla by se zavést opatření formou například finančního postihu.

Na úplný závěr bych dodala, že každý jsme individuem a je důležité pochopit potřeby a chování druhých, i když pro nás nejsou relevantními. Důležitý je vzájemný respekt a pokora. To nám pomáhá chápat a přizpůsobovat různé aspekty při aplikaci jakéhokoliv procesu. Co platí na jednoho neznamena, že bude platit na druhého a naopak. Nezapomínejme správně komunikovat, ne nadarmo se říká, že dobře odebraná anamnéza je půlkou správné diagnózy.

11 POUŽITÁ LITERATURA

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s., ISBN 80-247-1197-4.

BLATNÝ, Marek a kolektiv. *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing, 2010, 132 s. ISBN 978-80-247-7821-1.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, 312 s. ISBN 80-7178-803-1.

ČERVENKOVÁ, Jana. *Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické práce jako nadstandard?* Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

HUBKOVÁ, Kristýna. *Vliv nemocničního prostředí a chování zdravotníků na pacienta*. Pardubice, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

CHRÁSKA, Miroslav. *Základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2016, 256 s. ISBN 978-80-271-9225-0.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2008, 99 s. ISBN 80-7387-179-6.

KOHOUTOVÁ, Jaroslava. *Edukace ve zdravotnických zařízeních z pohledu nemocného*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada (Psyché), 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010, 128 s. ISBN 970-80-247-3149-0.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada Publishing, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

Maslowova pyramida. In: *Wikipedia* [online]. 2020 [cit. 2020-3-17]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida

- MARUŠKOVÁ, M. *Zdravotník jako pacient*. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy Hradec Králové, 2012. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.
- MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011, 107 s. ISBN 978-80-7368-951-3.
- MORONGOVÁ, Adéla. *Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí*. České Budějovice, 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.
- PANAJOTIS, Cakripaloglu. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, 2012, 288 s. ISBN 978-80247-4033-1.
- PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kolektiv. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-7268-4.
- ŠAMÁNKOVÁ, Maria, kolektiv a kolektiv. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, 2011, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- SKÁCELOVÁ, Zdeňka. *Zdravotník v roli pacienta*. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, 2009. Depon in Archiv Ústavu ošetrovatelství Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- UHLÍŘOVÁ, L. *Zdravotník jako pacient*. Bakalářská práce. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy Hradec Králové, 2010. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
- ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

III. PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník</i>	65
Příloha B – <i>Maslowova pyramida potřeb</i>	2

Příloha A – Dotazník

Vážení, jmenuji se Karolína Naisarová a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Všeobecná sestra. Pro moji bakalářskou práci jsem si vybrala téma Zdravotník jako pacient. Pokud budete ochotni se na mé práci podílet, budu ráda za pár minut Vašeho času, který si najdete na vyplnění mého dotazníku. Dotazník poslouží k průzkumu, který se týká zdravotníků v roli pacienta. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas se zařazením do průzkumu.

U Vámi vybrané odpovědi dejte do kolečka písmeno před slovní možností. Kde bude uvedeno, lze vybrat i více odpovědí. Pokud je otázka otevřená, pište na tečkovanou linku. První dvě položky jsou tzv. filtrační, pokud na alespoň jednu z nich odpovíte „ne“, v dotazníku nepokračujte.

Pracujete jako všeobecná sestra?

- a) Ano
- b) Ne

Byl/a jste hospitalizovaný/á?

- a) Ano
- b) Ne

1. Provedl Vás zdravotnický personál po oddělení?

Pokud je Vaše odpověď „ne“, napište, co za informace jste nedostaly a postrádaly jste je.

- a) Ano, vše pro moje potřeby mi bylo ukázáno
- b) Ne.....

2. Byl/a jste seznámen/a s chodem oddělení?

Pokud je Vaše odpověď „ne“, napište, co za informace jste nedostaly a postrádaly jste je.

- a) Ano
- b) Ne.....

3. Věděl Váš ošetřující personál, že jste zdravotník?

- a) Ne
- b) Ano, řekl/a jsem jim to
- c) Ano, znali mě z nemocnice

Podotázka: Pokud jste se zmínil/a, nebo Vás znali, že jste zdravotník, pozoroval/a jste rozdíly chování personálu k pacientovi, který byl laik oproti vám?

(Pokud Vaše předchozí odpověď byla ne, neodpovídejte.)

- a) Ne, přístup byl totožný
- b) Ano, personál se ke mně choval lépe, vše mi důkladněji sděloval, měl/a jsem kvalitnější péči
- c) Ne, personál se ke mně choval mnohem hůř

4. Vadil Vám časný chod oddělení, např. brzké vstávání?

- a) Ano
- b) Ne

5. Všiml/a jste si nějakých chyb při práci zdravotnického personálu?

(Možnost výběru více odpovědí.)

- a) Nesprávně provedená hygienická dezinfekce rukou
- b) Nedostatečné používání ochranných pomůcek při práci s infekčním materiálem
- c) Nedostačující výměna rukavic mezi jednotlivými úkony, pacienty
- d) Sdělování nedostatečných informací od personálu, promlčení většiny času se mnou jako pacientem
- e) Neustálý spěch personálu, nevyhradili si na mě dostatek času
- f) Při potřebě jakékoliv věci mi personál nadával, že je pořád s něčím obtěžuji
- g) Chybná identifikace pacienta
- h) Nedostatečná prevence vzniku dekubitů
- i) Nedostatečné preventivní opatření vzniku infekce
- j) Vše bylo v pořádku
- k) Jiné.....

6. Očekával/a jste při hospitalizaci potencialitu jakýchkoliv výhod?

(Možnost výběru více odpovědí.)

- a) Ano, očekával/a jsem přednostní přístup – první v pořadí na vyšetření
- b) Ano, očekával/a jsem lepší kvalitu poskytované péče
- c) Nevím, nad tím jsem nepřemýšlel/a, chtěl/a jsem být hlavně zdravý/á
- d) Žádné výhody jsem neočekával/a
- e) Jiné.....

7. Žádal/a jste od zdravotnického personálu spíše laickou mluvu nebo odbornou?

- a) Laickou
- b) Odbornou
- c) Nepřemýšlel/a jsem o tom

8. Měl/a jste tendenci zasahovat při péči?

- a) Ne, měl jsem v personál důvěru
- b) Nebylo třeba do procesu zasahovat
- c) Někdy, pokud se mi nezdál postup, provedení, slovně jsem je upozornil/a
- d) Chtěl/a jsem, ale neměl/a jsem odvalu
- e) Pokaždé jsem personálu řekl/a, jak se má co dělat

9. Měl/a jste obavu/strach se personálu na cokoliv zeptat?

- a) Ne
- b) Ano, měl/a jsem pocit, že obtěžuji
- c) Ano, styděl/a jsem se

10. Jak jste vnímal/a sdělování informací zdravotnických pracovníků ohledně vašeho zdravotního stavu?

(Rozepište.)

.....

.....

.....

11. Byl/a jste spokojen/a s čistotou na oddělení?

Pokud je Vaše odpověď „ne“, napište, s čím jste nebyl/a spokojený/á.

- a) Ano
- b) Ne.....

12. Byl/a jste spokojen/a s uspokojováním vlastních potřeb?

Pokud je Vaše odpověď „ne“, rozepište, co Vám nevyhovovalo.

- a) Ano
- b) Ne.....

13. Měl/a jste nějaký zásadní problém se stravou během hospitalizace?

- a) Vůbec, vařili chutně
- b) Strava byla „střídavě oblačno“, něco bylo dobré, jiné naopak
- c) Vůbec mi tam nechutnalo

14. Měl/a jste dostatek soukromí během hospitalizace?

Pokud je Vaše odpověď „ne“, rozepište, co Vám soukromí narušovalo.

- a) Ano
- b) Ne.....

15. Jak jste vnímal/a, a jak na Vás působilo nemocniční prostředí?

(Rozepište.)

.....
.....
.....

16. Jak jste vnímal/a ošetřující personál? Působil na Vás upraveně nebo jste zaznamenal/a drobné odchylky – image, specifické pachy...

(Rozepište.)

.....
.....
.....

17. Měla hospitalizace vliv na Váš nynější přístup k pacientům?

Pokud je Vaše odpověď „ano“, napište v čem.

- a) Ne
- b) Ano.....

18. Co by se podle Vás dalo konkrétně změnit k lepšímu?

(Rozepište.)

.....
.....
.....

Prostor pro poznámky

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

Příloha B – *Maslowova pyramida potřeb*

