

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Petra Hrubá, DiS.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Postoje vybraného souboru osob ošetrovatelské péče k ošetrovatelské péči
ve zdravotnických zařízeních

Diplomová práce

2024

Bc. Petra Hrubá, DiS.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra Hrubá, DiS.**
Osobní číslo: **Z21334**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Postoje vybraného souboru osob ošetřovatelské péče k ošetřovatelské péči ve zdravotnických zařízeních**
Téma práce anglicky: **Attitudes of the selected sample of nursing care receivers towards nursing care in medical facilities**
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: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
2. JOSHI, Ankur, Saket KALE, Satish CHANDEL a D. PAL. Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology* [online]. 2015, 7(4), 396-403 [cit. 2023-01-18]. ISSN 22310843. Dostupné z: doi:10.9734/BJAST/2015/14975
3. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3600-6.
4. VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, ed. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5775-9.
5. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Postoje vybraného souboru osob ošetrovatelské péče k ošetrovatelské péči ve zdravotnických zařízeních jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., 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 19. 4. 2024

Petra Hrubá v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala paní doc. PhDr. Janě Marečkové, Ph.D. za její cenné rady, trpělivost, připomínky, čas a ochotu při vedení mé diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala svému manželovi, rodině a přátelům za velkou podporu při studiu.

ANOTACE

Diplomová práce „Postoje vybraného souboru osob ošetrovatelské péče k ošetrovatelské péči ve zdravotnických zařízeních“ je prací s výzkumným zaměřením (kvantitativní observační analytický design). Předmětem zkoumání byla problematika postojů pacientů k ošetrovatelské péči v nemocnici. Byly zkoumány statisticky významné rozdíly mezi postoji pacientů k prožívání nemoci, postoji pacientů k přístupu zdravotnického personálu a postoji pacientů k nemocničnímu prostředí. Do zkoumaného souboru bylo zařazeno 80 pacientů ve stabilizovaném stavu hospitalizovaných na interním oddělení jedné z nemocnic. Nástrojem ke sběru dat byl dotazník vlastní tvorby. Získaná data byla zakódována a následně vyhodnocena. K vyhodnocení dat byly využity metody deskriptivní statistiky (výpočty absolutní a relativní četnosti, aritmetický průměr a směrodatná odchylka). V rámci induktivní statistiky byly využity párový Wilcoxonův test pro závislé výběry a Spearmanova korelace.

KLÍČOVÁ SLOVA

Hospitalizace. Ošetrovatelská péče. Pacient. Postoj.

TITLE

Attitudes of the selected sample of nursing care receivers towards nursing care in medical facilities

ANNOTATION

The master thesis “Attitudes of the selected sample of nursing care receivers towards nursing care in medical facilities” is a work with research direction (quantitative observational analytical design). The subject of research was problematics of patients’ attitudes towards nursing care in hospitals. There were investigated the statistically significant differences between the attitudes of patients to their illness, the attitudes of patients to healthcare professionals’ approach and the attitudes of patients to the hospital environment. The selected sample consisted of 80 patients in stabilised state hospitalized on internal ward of one of the hospitals. The tool for collecting the data was an author’s-made questionnaire. To evaluate the obtained data the methods of descriptive statistics were used (absolute and relative frequency, arithmetic means and standard deviation). Next there were used the methods of inductive statistics such as the paired two-samples Wilcoxon’s test and Spearman correlation.

KEYWORDS

Attitude. Hospitalization. Nursing care. Patient.

OBSAH

Úvod	14
1 Cíle práce	16
Cíl teoretické části práce.....	16
Cíl výzkumné části práce	16
Dílčí cíle práce	16
Teoretická část	17
2 Přehled odborných poznatků.....	17
2.1 Pacient a jeho prožívání nemoci	17
2.2 Sestra a její přístup k pacientům	23
2.3 Prostředí nemocnice a jeho vliv na pacienta.....	25
2.4 Postoje a jejich charakteristika.....	28
Výzkumná (praktická) část	33
3 Metodika výzkumné (praktické) části	34
3.1 Místo sběru dat.....	34
3.2 Metody výzkumu	35
Charakteristika respondentů.....	36
Struktura dotazníku.....	36
3.3 Průběh výzkumné studie.....	37
4 Vyhodnocení	38
4.1 Deskriptivní výsledky – postoje pacientů k prožívání nemoci.....	38
4.2 Deskriptivní výsledky – postoje pacientů k přístupu zdravotnického personálu.....	43
4.3 Deskriptivní výsledky – postoje pacientů k zdravotnickému zařízení.....	48
4.4 Deskriptivní výsledky části D dotazníku.....	52
4.5 Statistické testování hypotéz.....	62
4.6 Zjišťování korelací mezi jednotlivými škálami postojů pacientů	66
5 Diskuze	68

6	Závěr	71
7	Použitá literatura.....	73
7.1	Primární zdroje.....	73
7.2	Sekundární zdroje.....	73
7.3	Odborné články	74
7.4	Internetové zdroje.....	77
8	Přílohy.....	78

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Histogram pro škálu postojů pacientů k prožívání nemoci.....	42
Obrázek 2 Histogram pro škálu postojů pacientů k přístupu zdravotníků	47
Obrázek 3 Histogram pro škálu postojů pacientů k zdravotnickému zařízení	52
Obrázek 4 Krabicový graf pro porovnání postojů pacientů k prožívání nemoci a postojů pacientů k přístupu zdravotníků	63
Obrázek 5 Krabicový graf pro porovnání postojů pacientů k přístupu zdravotníků a postojů pacientů k zdravotnickému zařízení.....	64
Obrázek 6 Krabicový graf pro porovnání postojů pacientů k prožívání nemoci a postojů pacientů k zdravotnickému zařízení	66

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Postoje pacientů k prožívání nemoci	39
Tabulka 2 Průměry a směrodatné odchyly pro postoje pacientů k prožívání nemoci.....	41
Tabulka 3 Postoje pacientů k přístupu zdravotníků	44
Tabulka 4 Průměry a směrodatné odchyly pro postoje pacientů k přístupu zdravotníků	46
Tabulka 5 Postoje pacientů k zdravotnickému zařízení	49
Tabulka 6 Průměry a směrodatné odchyly pro postoje pacientů k zdravotnickému zařízení	51
Tabulka 7 Četnosti odpovědí na otázku D1 „Vyberte prosím své pohlaví:“	52
Tabulka 8 Četnosti odpovědí na otázku D2 „Vyberte prosím svou věkovou kategorii:“	53
Tabulka 9 Četnosti odpovědí na otázku D3 „Vyberte prosím své nejvyšší dokončené vzdělání:“	55
Tabulka 10 Četnosti odpovědí na otázku D4 „Vyberte prosím Váš rodinný stav:“	56
Tabulka 11 Četnosti odpovědí na otázku D5 „Chodíte na pravidelné zdravotní prohlídky ke svým lékařům?“	58
Tabulka 12 Četnosti odpovědí na otázku D6 „Trpíte nějakým chronickým onemocněním, se kterým se léčíte?“	59
Tabulka 13 Četnosti odpovědí na otázku D7 „Vyberte prosím typ příjmu k hospitalizaci do nemocnice:“	60
Tabulka 14 Četnosti odpovědí na otázku D8 „Jaká je délka Vaší hospitalizace?“	61
Tabulka 15 Wilcoxonův test pro závislé výběry pro hypotézu 1.....	62
Tabulka 16 Wilcoxonův test pro závislé výběry pro hypotézu 2.....	64
Tabulka 17 Wilcoxonův test pro závislé výběry pro hypotézu 3.....	65
Tabulka 18 Spearmanovy korelace mezi jednotlivými škálami postojů pacientů	67

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Postoje pacientů k prožívání nemoci	40
Graf 2 Postoje pacientů k přístupu zdravotníků	44
Graf 3 Postoje pacientů k zdravotnickému zařízení	49
Graf 4 Četnosti odpovědí na otázku D1 „Vyberte prosím své pohlaví:“	53
Graf 5 Četnosti odpovědí na otázku D2 „Vyberte prosím svou věkovou kategorii:“	54
Graf 6 Četnosti odpovědí na otázku D3 „Vyberte prosím své nejvyšší dokončené vzdělání:“	55
Graf 7 Četnosti odpovědí na otázku D4 „Vyberte prosím Váš rodinný stav:“	57
Graf 8 Četnosti odpovědí na otázku D5 „Chodíte na pravidelné zdravotní prohlídky ke svým lékařům?“	58
Graf 9 Četnosti odpovědí na otázku D6 „Trpíte nějakým chronickým onemocněním, se kterým se léčíte?“	59
Graf 10 Četnosti odpovědí na otázku D7 „Vyberte prosím typ příjmu k hospitalizaci do nemocnice:“	60
Graf 11 Četnosti odpovědí na otázku D8 „Jaká je délka Vaší hospitalizace?“	61

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
cit.	citováno
č.	číslo
Dr.	titul doktor
ed.	editor
et al.	(lat.) a jiní/další (ve smyslu autorů)
EU	Evropská Unie
ISBN	(International Standard Book Number) Mezinárodní standardní číslo knihy
ISSN	(International Standard Serial Number) Mezinárodní standardní číslo seriálové publikace
např.	například
resp.	respektive
s.	strana
tj.	to je
tzv.	tak zvaný

ÚVOD

Jak již z názvu diplomové práce, „Postoje vybraného souboru osob ošetrovatelské péče k ošetrovatelské péči ve zdravotnických zařízeních“, vyplývá, problematika postojů je téma velice obsáhlé a ukrývá v sobě několik dílčích podtémat. Tato dílčí podtémata je možné dále rozpracovat několika způsoby. Ať už z hlediska vybraného souboru osob ošetrovatelské péče, kterým mohou být pacienti, ale i samotné osoby, které ošetrovatelskou péči poskytují (např. sestry, studenti ošetrovatelství apod.), anebo z hlediska samotných zdravotnických zařízení, kterými mohou být lůžková oddělení nemocnice, ale např. také ambulance, hospicová zařízení apod. Vzhledem k možným kombinacím jednotlivých podtémat pak vzniká mnoho pohledů, jakými lze na problematiku postojů vybraného souboru osob ošetrovatelské péče nahlížet.

Autorka si pro tuto diplomovou práci zvolila směr zkoumání postojů k ošetrovatelské péči pacientů hospitalizovaných v nemocnici. O aktuálnosti postojů pacientů k ošetrovatelské péči v nemocnici není vůbec pochyb. Ošetrovatelská péče je jedna z nejdůležitějších složek poskytované zdravotní péče. Vůči ošetrovatelské péči má každý pacient jiná očekávání. Pacient, který do nemocnice přichází, většinou očekává, že bude jemu poskytnutá péče kvalitní. V poslední době ale dochází k tomu, že se tato očekávání pacientů neustále zvyšují. Aby bylo možné je naplnit, je nutné zjistit, jak pacienti jim poskytovanou ošetrovatelskou péči vnímají. Tým zdravotnických pracovníků, zvláště pak sestry, by tato očekávání pacientů měl ve své práci a přístupu k pacientům reflektovat. (Girmay et al., 2018, s. 1)

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část práce je zaměřena celkem na 4 témata. Prvním tématem rozebraným v teoretické části je psychologická problematika nemoci a její prožívání pacientem. Druhé téma vymezuje přístup ošetrovatelského personálu k pacientům, zejména z hlediska chování sester a jimi poskytované ošetrovatelské péče. V rámci třetího tématu je popisováno prostředí nemocnice a jaký může mít na pacienta vliv. Čtvrté a poslední téma je zaměřeno na problematiku postojů a jejich obecnou charakteristiku.

Ve výzkumné části jsou analyzována získaná data z předložených dotazníků; jsou vytvořeny tabulky, které zobrazují absolutní i procentuální hodnoty veškerých výsledků, a grafy, ve kterých jsou pro přehlednost uvedeny pouze absolutní hodnoty výsledků. Každá tabulka a graf jsou podrobněji popsány a rozebrány. Následně jsou vytvořeny tabulky zobrazující škálu postojů pacientů k jednotlivým zjišťovaným skutečnostem. Hlavní a dílčí cíle mají přiřazeny

jednotlivé výzkumné otázky, které jsou zodpovězeny v diskuzi. V diskuzi jsou také porovnány jiné práce a studie s výsledky předloženého výzkumu. V závěru práce jsou shrnuty veškeré poznatky a nachází se zde seznam použité literatury.

1 CÍLE PRÁCE

Cíl teoretické části práce

Cílem teoretické části práce bylo popsat publikované poznatky týkající se a) prožívání nemoci pacientem, b) přístupu zdravotnického personálu, c) nemocničního prostředí a d) postojů.

Cíl výzkumné části práce

Cílem výzkumné části práce bylo zjistit, jaké jsou postoje vybraného souboru respondentů a) k prožívání nemoci, b) k přístupu zdravotnického personálu a c) k nemocničnímu prostředí.

Dílčí cíle práce

Dílčími cíli práce byly:

- a) Identifikovat statisticky významné rozdíly mezi postoji zkoumaného souboru v oblasti prožívání nemoci a postoji k přístupu zdravotnického personálu.
- b) Identifikovat statisticky významné rozdíly mezi postoji zkoumaného souboru v oblasti prožívání nemoci a postoji k nemocničnímu prostředí.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce je zaměřena celkem na 4 témata. Prvním tématem rozebraným v teoretické části je psychologická problematika nemoci a její prožívání pacientem. Druhé téma vymezuje přístup ošetrovatelského personálu k pacientům, zejména z hlediska chování sester a jimi poskytované ošetrovatelské péče. V rámci třetího tématu je popisováno prostředí nemocnice a jaký může mít na pacienta vliv. Čtvrté a poslední téma je zaměřeno na problematiku postojů a jejich obecnou charakteristiku. Teoretická část práce poskytuje teoretická východiska pro výzkumnou část práce.

Pro tvorbu teoretické části práce byla vytvořena rešerše v odborné knihovně. Pro vyhledávání byla využita následující klíčová slova v českém a anglickém jazyce: hospitalizace, ošetrovatelská péče, pacient, postoj, attitude, hospitalization, nursing care a patient.

Publikace, které byly využity pro teoretickou část diplomové práce, byly vyhledávány v průběhu ledna 2022 až ledna 2024. Bylo využito elektronických databází Bookport, Google Scholar, Medvik.cz, Prolékaře.cz, ProQuest, PubMed, ResearchGate.net, ScienceDirect, a Theses.

2 PŘEHLED ODBORNÝCH POZNATKŮ

2.1 Pacient a jeho prožívání nemoci

Výraz „pacient“ má původ v latinském slovese „patior“, což znamená snášet, trpět či vydržet, a dále také v latinském přídavném jméně „patiens“ (snášejíci). Historie tohoto pojmu se datuje až do 14. století, kdy se objevil ve středověké angličtině a francouzštině. Tradiční chápání slova „pacient“ předpokládalo pasivitu, s níž dotyčný snášel nemoc, anebo závislost na lékaři. (Kolář, Ambrus, 2021, s. 13) V dnešní době má termín pacient významově vztah k nemoci a potřebě profesionální pomoci. Pacient je definován jako léčící se nemocný člověk, osoba nemocná, trpící či zraněná, která je v lékařské péči anebo tuto péči potřebuje. (Kolář, Ambrus, 2021, s. 14) V zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování je pacient definován jako fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby. (Zákon č. 372/2011, § 3, odst. (1)) Pacientem se člověk zpravidla nenarodí, ale stává se jím. Při procesu změny zdravého člověka v pacienta dochází jak k negativním biologickým a psychickým změnám, tak ke změně sociálních rolí. (Zacharová, 2017, s. 23)

Tento přechod ze subjektivně prožívaného stavu zdraví do stavu nemoci může být pro některé jedince velmi náročný. Často i pouhé očekávání této změny stavu působí na rozhodování o tom, zda jít či nejít k lékaři. (Krejčová, 2023, s. 28) Jedna z výše uvedených změn, které mohou nastat, je změna v chování jedince. Při narušeném zdraví se chování člověka přirozeně mění. Vliv na to, jaké chování nemocného bude, má několik skutečností neboli momentů. Tyto momenty shrnuje do několika bodů tzv. Zolův model. Chování člověka při narušení zdraví tedy ovlivňuje:

- do jaké míry je nemocný znepokojen z příznaků, které u něj nastaly,
- povaha a kvalita těchto symptomů,
- do jaké míry tyto příznaky ohrožují vztahy nemocného s lidmi okolo sebe (zejména s nejbližšími),
- do jaké míry zdravotní obtíže ohrožují uskutečnění plánovaných činností v budoucnu (např. pracovní cíle, rodičovství, dovolená apod.),
- jaké případné sociální sankce stojí v pozadí celé situace (např. jaký má rodina nemocného postoj k léčbě či zda zaměstnavatel negativně reaguje na pracovní neschopnost). (Krejčová, 2023, s. 28)

Příchod nemoci do života člověka většinou vede ke změnám v každodenním životě a denních stereotypech. Člověk je také zbaven řady povinností, které měl, což může být pro část nemocných pozitivní změna, ale jiní pacienti mohou narušení svých plánů snášet špatně. Zejména lidem, kteří jsou zvyklí vést aktivní život, může změna v podobě nemoci přinášet pocity méněcennosti a depresivní náladu. (Krejčová, 2023, s. 28) Při nemoci dochází také k narušení uspokojování celé řady potřeb, je tedy významně snížena kvalita života nemocného člověka. (Zacharová, 2017, s. 23)

Každé onemocnění lze posuzovat ze třech hledisek, a to somatického, psychického a sociálního hlediska. Somatický aspekt vymezují příznaky onemocnění, tedy tělesné obtíže typické pro danou chorobu. Tyto obtíže představují konkrétní problém a omezení života nemocného. Konkrétní obtíže, ale také představa závažnosti a prognózy nemoci vyvolávají určité psychické reakce. Psychický aspekt onemocnění je tvořen souhrnem emočních prožitků vyvolaných změnami souvisejících s onemocněním, jejich rozumovým hodnocením a chováním nemocného. Sociální aspekt onemocnění pak závisí na převažujícím názoru a postojích k dané nemoci jiných lidí, zejména těch nejbližších. Jakým způsobem bude okolí k nemocnému přistupovat, závisí na jeho věku, jeho dřívějším sociálním postavení a na společnosti, ve které žije. (Vágnerová, 2014, s. 62)

Nemoc má stránku objektivní, tedy příznaky, které lze objektivně postihnout, a subjektivní, to znamená stránku prožitkovou. Obě působí vzájemně, nemoc je tedy možné posuzovat vzájemně subjektivně i objektivně. Zdravotníci často posuzují pouze objektivní stránku nemoci; nemocného člověka vidí jako soubor příznaků, které je nutné léčit. Pacienti, na druhou stranu, ke své nemoci přistupují subjektivně, tedy v centru jejich zájmu stojí osobní prožitky. Každý nemocný člověk může mít k nemoci individuálně odlišný postoj a různé reakce. Pro správný psychologický přístup k nemocnému je potřeba si uvědomit, že prožívání nemoci pacientem ovlivňuje její obraz i průběh. Nemocný člověk by měl být zdravotnickými profesionály vždy chápán jako osobnost s určitými psychickými vlastnostmi a sociálními rolemi. (Zacharová, 2017, s. 24–43) Nemoc je pro pacienta tím méně subjektivně přijatelná, čím více zhoršuje jeho kvalitu života, osobní komfort a čím více omezuje jeho soběstačnost. Každé onemocnění má určité příznaky, které mohou nemocného omezovat nebo mu mohou být subjektivně nepříjemné. Různá onemocnění mají tak na nemocného různý dopad. (Vágnerová, 2014, s. 62)

Postoje pacienta k nemoci mohou být buď přiměřené, kdy se člověk s nenadálou životní situací snaží vyrovnat, nebo nepřiměřené, kdy pacient reaguje neadekvátně až patologicky na nepatrné změny zdravotního stavu. Přístup pacienta k nemoci je vždy subjektivní a ovlivňuje její obraz i průběh. Pro nemocného člověka je jeho stav většinou těžkou životní situací, kterou se snaží vyřešit. K objasnění způsobu prožívání nemoci a adaptace nemocného na nemoc můžeme použít tzv. autoplastický obraz nemoci. Autoplastický obraz nemoci v sobě zahrnuje průběh adaptace na nemoc, způsob prožívání a chování v době adaptace. (Zacharová, 2017, s. 43)

Složky subjektivního prožívání nemoci jsou senzitivní, volní, emocionální, racionální a informativní. Senzitivní složka v sobě zahrnuje potíže nemocného či bolest. Volní složka prožívání nemoci znamená aktivní úsilí člověka o uzdravení se, o zvládnutí nemoci. Emocionální složka v sobě zahrnuje prožívané emoce, ať už pozitivní (např. naděje), či negativní (např. strach). V racionální a informativní složce subjektivního prožívání nemoci jde o znalosti informací o onemocnění, jeho léčbě a prevenci. (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 70) Všechny tyto složky se vzájemně prolínají – i racionální pochopení určité zdravotnické situace je silně citově podbarveno. Příkladem může být člověk, který si je vědom důležitosti operačního zákroku, ale protože z něj má strach, sám pro sebe si odůvodňuje, proč není vhodný. (Zacharová, 2017, s. 44)

Autoplastický obraz nemoci je podmíněn zejména rázem onemocnění, okolnostmi, za jakých nemoc probíhá a tzv. premorbidní osobností. Ráz onemocnění je určen tím, jestli se jedná

o akutní nebo chronický stav, jestli léčba probíhá v nemocnici/ambulantně nebo v domácím prostředí, jakým způsobem je člověk léčen a s jakými problémy je nemoc spojena (např. s kosmetickými problémy, omezením pohybu apod.). Do okolností, za jakých nemoc probíhá, řadíme např. prostředí, v jakém se člověk léčí (např. v zahraničí nebo domácím prostředí), zavinění nemoci (jestli byla nemoc způsobena vlastní vinou nebo cizí osobou) nebo nejistoty a problémy, které nemoc mohou provázet (např. finanční problémy). Premorbidní osobnost je taková osobnost, jakou měl nemocný před propuknutím onemocnění. (Zacharová, 2017, s. 44)

Z údajů premorbidní osobnosti je důležitý zejména věk pacienta, jeho pohlaví, typ a rysy osobnosti, interpersonální vlastnosti nemocného, sociální postavení nemocného a také jeho životní postoje a hodnoty. Jako první z výše zmíněných údajů rozebereme věk pacienta. U dospělé osoby středního věku je většinou adaptace na nemoc závislá na celkové životní situaci klienta. Je-li nemocný spokojen v rodině, sociálních vztazích a zaměstnání, většinou se na nemoc a s ní spojené náročné situace adaptuje lépe. U dítěte většinou dochází k negativnímu působení změny prostředí, režimu a odloučení od matky. Toto negativní působení často vyústí v tzv. separační reakci. Ve stáří je adaptace na nemoc taktéž zhoršená, většinou vlivem obav ze samoty, ztráty soběstačnosti a smyslu života. Starší člověk je emocionálně labilnější, snáze propadá strachu a úzkosti a také více vnímá bolestivé podněty. Co se pohlaví týče, většinou se s hospitalizací vyrovnávají hůře ženy než muži, ale mají lepší úroveň mechanismů zvládnání bolesti. U typu osobnosti v adaptaci na nemoc hraje svou roli extraverte a introverte. Podle klasické typologie se nejlépe na nemoc adaptuje sangvinik a nejhůře melancholik. Svůj vliv má také zralost či nezralost osobnosti. Údaje o rysech osobnosti mohou zdravotníkům pomoci určit, jakým způsobem nemocný svou nemoc prožívá; například někteří nemocní mohou zdánlivě vykazovat klid, ale hluboko uvnitř prožívají svou nemoc špatně. Během onemocnění se mohou výrazněji projevit některé interpersonální vlastnosti nemocného, tedy osobnostní tendence chovat se v určitých situacích vůči jiným lidem určitým způsobem. K těmto vlastnostem patří například agresivita, závislost, dominance, submise apod. Mohou tak vznikat nedorozumění mezi nemocným a jeho okolím. Sociální postavení nemocného je důležité v momentě, kdy nemoc ovlivňuje ekonomickou situaci pacienta a jeho okolí (např. ve formě pracovní neschopnosti). V neposlední řadě je premorbidní osobnost ovlivněna také životními postoji a hierarchií hodnot nemocného. (Kopecká, 2015, s. 124–125)

V medicíně se můžeme setkat také s paradoxním stavem, kdy mnozí pacienti nejeví žádné fyzické známky nemoci (a přesto udávají, že mají obtíže), a mnozí nemocní se nestávají

pacienty, jelikož nejdou k lékaři. První skupinu můžeme označit pojmem jako „nemocní zdraví“ a druhou jako „zdraví nemocní“. „Nemocní zdraví“ si připadají nemocní, ačkoli dle všech lékařských vyšetření a posouzení jsou zdraví. Jejich příznaky nemají žádné organické příčiny. Často také trpí strachem z nemoci. Tito lidé se poté jako nemocní chovají, své potíže vnímají jako obtěžující a nezdá se, že u nich dojde k rozvoji negativních následků, případně až nemoci s nutností pracovní neschopnosti. (Morschitzky, Hartl, 2020, s. 13–14)

„Zdraví nemocní“ jsou z hlediska medicíny skutečně nemocní. Tito lidé ale k lékaři raději vůbec nechodí, jelikož mají strach, že by se u nich nějaké známky nemoci objevily. Snaží se jakýmkoli nemocem vyhnout. Stává se, že o své nemoci vůbec nevědí, jelikož nepociťují žádné obtěžující příznaky, anebo si odmítají připustit, že by jejich příznaky mohly být projevem závažného onemocnění (např. bolesti hlavy u nádorového onemocnění). Svou nemoc tak popírají a zanedbávají péči o své zdraví. (Morschitzky, Hartl, 2020, s. 15–16)

Prožívání nemoci v čase se mění a má různé fáze. První fází nemoci je tzv. premedicínská fáze, kdy se u nemocného objevují první příznaky a problémy organismu. Nemocný jedinec v této fázi většinou řeší své obtíže samoléčbou, využívá rad svých známých, používá alternativní metody léčby jako bylinky či léčitelské techniky. Někdy může ovšem nemocný řešit svou situaci tzv. repudiací, tedy potlačením nemoci. Druhou fází nemoci je změna životního stereotypu, kdy nemocný člověk přijme svou roli nemocného. Pro své onemocnění může být v pracovní neschopnosti nebo hospitalizován. Je-li pro nemocného tato situace nová, anebo naopak častá, může prožívat nejistotu, obavy až paniku. (Kopecká, 2015, s. 129) Následuje fáze aktivní adaptace na nemoc, kdy se nemocný své nové roli nemocného, nemoci samotné a obtížím s ní spojenými přiměřeně přizpůsobí, věří v uzdravení a spolupracuje se zdravotníky v diagnostice i terapii. U nemocných, u kterých nedošlo k aktivní adaptaci, dochází k tzv. psychické dekompenzaci. V těchto případech je stav nemoci vážný nebo nebyla naplněna očekávání pacienta ohledně zlepšení jeho zdravotního stavu. Psychicky dekompenzovaný člověk se stává netrpělivým, lítostivým a popudlivým, často také konfliktním a nekritickým. (Kopecká, 2015, s. 130) Hlavním nebezpečím fáze psychické dekompenzace je riziko vzniku konfliktu mezi nemocným a zdravotníky. (Zacharová, 2017, s. 46) Poslední fází nemoci je tzv. pasivní adaptace na nemoc. Tato fáze je fází rezignace, kdy se nemocný člověk uzavírá do sebe, smíruje se s nepříznivým stavem a přestává s ním bojovat. Tato situace přichází u dlouhodobě hospitalizovaných lidí, pacientů s vleklými, chronickými chorobami, dlouhodobě imobilizovaných lidí a lidí závislých na ošetrovatelské péči. U pacienta v této fázi může dojít k celkovému chátrání organismu. (Kopecká, 2015, s. 130)

Prožívání nemoci v čase je ovlivněno několika faktory, mezi které řadíme psychickou a fyzickou odolnost, víru a spiritualitu a sociální oporu. Psychická odolnost zahrnuje zejména zvládání náročných životních situací. Somatická (fyzická) odolnost je schopnost vyrovnat se se somatickými obtížemi nebo schopnost zvládat bolest. Víra, spiritualita a sociální opora jsou pak významnými faktory, které nemocného pozitivně ovlivňují. (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 72)

Pro zdravotnické pracovníky je důležité porozumět tomu, jak zkušenosti, respektive vnímání zdravotního stavu pacienty ovlivňuje jejich individuální interpretaci nemoci a reakce na léčbu. Přesvědčení a postoje pacientů mohou pozitivně, ale i negativně ovlivnit jejich spolupráci v léčbě a vývoj jejich zdravotního stavu. Například pacienti trpící chronickým onemocněním často se zdravotníky spolupracují méně a mají nižší adherenci (míra, v níž dodržování nastaveného léčebného režimu pacientem koresponduje s doporučeními zdravotníků) k nastavenému terapeutickému režimu než pacienti trpící onemocněním akutním. V adherenci se také odráží postoj pacienta k onemocnění. (Gurková, 2017, s. 17–18)

Schopnost a ochota pacienta dodržovat nastavený léčebný režim a preventivní opatření je jeden z velkých problémů dnešního zdravotnictví. Pacienti často přenáší odpovědnost za svůj zdravotní stav na zdravotníky a neuvědomují si, že oni sami jsou jedním z rozhodujících faktorů úspěšné terapie. Mnohdy se ale stává, že zdravotníci pacientovi dostatečně nevysvětlí nutnost náležité spolupráce. Nedostatečná spolupráce pacienta je pak pro zdravotníky jeden z nejvýraznějších zdrojů stresu. Způsobů, jakými pacienti nespolupracují, může být mnoho. Rozlišujeme tzv. primární a sekundární nespolupráci. Primárně nespolupracující pacient např. neužívá předepsané léky či ruší plánovaná vyšetření. Sekundární nespolupráce se projevuje např. užíváním léků v nesprávné dávce či v nesprávnou dobu. Dostatečná motivace pacienta ke spolupráci se zdravotníky představuje v mnohých případech důležitější faktor než volba metody léčby. Pro pacienty má zásadní význam přívětivost a empatie zdravotníka. Náležitá a vhodná komunikace zdravotníka s pacientem, poskytnutí dostatku informací a naslouchání pacientovým obavám a pocitům může výrazně zvýšit pacientovu adherenci k léčbě. (Ptáček a kol., 2017, s. 17–20)

2.2 Sestra a její přístup k pacientům

Každý pacient má právo na to, aby jemu poskytnutá ošetrovatelská péče byla vysoce kvalitní. Za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče zodpovídají sestry. Kvalita ošetrovatelské péče ovlivňuje celkové hodnocení poskytnuté zdravotní péče a nemocnice pacienty. Prostřednictvím ošetrovatelské péče sestry reagují na pacientovy fyzické, psychické, emocionální, sociální a spirituální potřeby, aby se mohli navrátit zdraví do normálního života. (Yusefi et al., 2022, s. 2–8) Sestra pacientovi poskytuje ošetrovatelskou péči zejména prostřednictvím provádění ošetrovatelských intervencí, dále pomocí a asistencí pacientovi při různých léčebných úkonech, ale hlavně prostřednictvím vzájemné komunikace. Dobrá komunikace mezi pacientem a sestrou je nezbytná pro to, aby se zvýšila kvalita ošetrovatelské péče, a tím pádem i spokojenost pacientů. Důležité pro lepší porozumění pacientovým potřebám sestrou je, co se komunikace týče, zejména umění naslouchat a navození u pacientů pocitu důstojnosti. (Yusefi et al., 2022, s. 7–8)

V posledních letech dochází k rozvoji konceptu individualizované péče, kdy se zdravotníci snaží více věnovat individuálním potřebám pacientů. Tento koncept individualizované péče je založen na předpokladu, že se každý pacient nachází v jedinečné životní situaci. Podoba nemoci a způsob jejího prožívání má u každého nemocného svá specifika. Stejně tak jsou jedinečné faktory, které nemoc pacienta, jeho celkový zdravotní stav a prognózu ovlivňují. Lékařská i ošetrovatelská péče by pak s těmito jedinečnými skutečnostmi měla počítat. (Skorunka, 2018, s. 18–19)

Poznání životních zkušeností pacienta, jeho chování, pocitů, vnímání, postojů apod. prostupuje veškerou péčí o pacienta. Jakmile se s těmito skutečnostmi zdravotník seznámí, může pacientovi lépe porozumět a nahlížet na něj jako jedinečnou bytost. To vše pak zdravotníkovi umožňuje zvolit pro daného pacienta optimální individualizovanou léčebnou či ošetrovatelskou intervenci. Tento přístup se označuje jako „znalost zvláštností pacienta“. (Mareš, 2019, s. 681–690) Aby byla poskytovaná léčba a ošetrovatelská péče efektivní, je nezbytná důvěra mezi pacienty a zdravotníky. Pacienti musí svým ošetrujícím sestrám a lékařům důvěřovat, že jednají v jejich nejlepším zájmu. Mají-li pacienti ke zdravotníkům důvěru, bývají s léčbou více spokojeni, při onemocnění mají méně symptomů a dosahují obecně vyšší kvality života. (Birkhäuser, 2017, s. 1–10)

V rámci poskytování ošetrovatelské péče se setkávají dvě bytosti z hlediska rolí, sestra a pacient. Ošetrovatelská péče se pak týká všech složek a forem komunikace, které se mezi

pacientem a sestrou vyskytují. Tato komunikace vždy funguje obousměrně, kdy je sestra zdrojem akce a pacient jejím příjemcem. (Drahošová, Jarošová, 2015, s. 23) Komunikace slouží, mimo předání informací, také k navázání a rozvíjení vztahu s nemocným. Během hospitalizace na pacienta působí různé negativní faktory (nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat), které mohou mít za následek zhoršení komunikačních dovedností pacienta. Sestra by měla k pacientovi vždy přistupovat citlivě, taktně a s úctou. Měla by si pacienta za každých okolností vážít, respektovat ho a ponechat mu určitý stupeň autonomie. Také je pro sestru nezbytné umět rozlišit specifika jednotlivých skupin klientů podle druhu jejich onemocnění (např. jiná je komunikace s nemocným dítětem a jiná s umírajícím starým pacientem). Sestra by vždy měla vzít v potaz, že pacient může mít jiné názory a postoje než ona. (Zacharová, 2017, s. 96–100) Ze strany pacienta je vztah mezi ním a sestrou ovlivněn především jeho nemocí, ale i osobností. Sestra při komunikaci s pacienty musí umět zapojit své osobnostní i profesionální „já“, které zahrnuje nejen teoretické a praktické dovednosti, ale i emocionální zkušenosti. Zkvalitnění vztahu mezi pacientem a sestrou může být posíleno větším zahrnutím pacienta do plánování péče ze strany sestry, předání mu potřebných informací či jeho kvalitní edukací. (Drahošová, Jarošová, 2015, s. 27) Pacient hospitalizovaný v nemocnici má vůči přístupu ošetřujícího personálu většinou určitá očekávání. Důležitou roli hraje dostatečné zabezpečení intimity a soukromí během hospitalizace a při vyšetřeních. Dalším vlivem je vyjma již výše zmíněné komunikace i kultivovanost projevu a úprava zevnějšku sester. (Hadašová, Fertařová a Ondřiová, 2021, s. 18) Pacienti dále od sester očekávají dostatečné informace ohledně prováděných ošetřovatelských intervencí, včasné podání léků a individuální přístup ke každému z nich. (Erzincanli, Yuksel, 2021, s. 351)

Na osobnost sestry či obecně zdravotnického pracovníka jsou většinou kladeny zvýšené nároky. Práce pro něj bývá často i posláním, které naplňuje některé jeho potřeby, jako jsou například potřeba seberealizace, lásky či bezpečí. Nemocný člověk potřebuje pomoc, kterou vykonává někdo, kdo má v rukou prostředky pomoci (léky, zařízení apod.), a má tedy nad nemocným člověkem určitou moc. Profesionál si je této situace vědom, ale od klienta neočekává vděčnost, svou práci vykonává rád a poctivě. Udržuje s klientem lidský vztah, ale zároveň zachovává profesionalitu. (Kopecká, 2015, s. 184) Mezi vhodné osobnostní předpoklady, které by sestra měla mít, řadíme zejména vhodné vystupování, humánní vztah k nemocnému, empatie a porozumění problémům nemocného, přiměřená kritičnost i sebekritičnost a tvůrčí přístup k práci i nemocným. Sestra by se měla vždy k nemocnému chovat s respektem a lidskostí. Neměla by na sobě dát znát, co si myslí a co zrovna prožívá (např. pečuje-li zrovna

např. o znečištěného pacienta), měla by vystupovat trpělivě, rozvážně a s přiměřeným sebeovládáním. Sestra by také měla mít smysl pro povinnost a zodpovědnost a pěkný vztah k lidem. Důležitou vlastností také může být smysl pro humor. (Kopecká, 2015, s. 184–185)

2.3 Prostředí nemocnice a jeho vliv na pacienta

Prostředí může být chápáno jako vnější i vnitřní vlivy působící na osobu a její zdravotní stav. Prostředí, které působí na pacienta v jeho běžném životě, můžeme definovat jako životní prostředí, pracovní prostředí, sociální či společensko-ekonomické prostředí. Ve vztahu k ošetrovatelské péči pak chápeme prostředí jako prostředí nemocniční (lůžkové či ambulantní péče) nebo domácí prostředí, ve kterém může být člověk rovněž ošetřován. (Plevová, 2018, s. 132)

Nemocný člověk může být pro své onemocnění hospitalizován. Hospitalizace je určitou zárukou, že pacient bude dodržovat léčebný režim, a v případě správně vedené terapeuticko-ošetrovatelské péče se i aktivně zapojí do léčebného procesu. Hospitalizace však vždy znamená změnu ve způsobu života člověka, kterou mnohdy prožívá nepříjemně, ať už jde o dodržování řádu nemocnice, nebo o narušení soukromí. (Zacharová, 2017, s. 29)

Dlouhodobá hospitalizace často vede ke stavu, který nazýváme hospitalismus. Jedná se o stav, kdy hospitalizace vede k nepříznivým změnám psychiky nemocného – zvykne si na pasivitu, sociální izolaci a pokud není dostatečně aktivizován, zužují se oblasti jeho zájmu. (Zacharová, 2017, s. 38) Dále může dojít k nechutenství, nespavosti či smutku až apatii. Tento stav se objevuje zejména tehdy, když nemocný začne být ovlivňován působením negativních faktorů plynoucích z pobytu v nemoci, např. nedostatkem informací o své léčbě a stavu, nemocničním prostředím a režimem, nejasnou prognózou, ale i nevhodným chováním zdravotníků k pacientovi. (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 75) Dlouhodobá hospitalizace může vést i ke změně sociálního postavení. V prostředí nemocnice je nemocný člověk anonymizován, má zde pouze roli pacienta. Jako takový se stává pasivním objektem péče jiných lidí, což může prožívat jako ztrátu kontroly nad svým životem. Onemocnění mu přináší určitá omezení, ať už z hlediska nutnosti podřízení se zdravotnickému personálu, který přebírá zodpovědnost za jeho uzdravení, či z hlediska samotného prostředí nemocnice. Nemocnice je pro pacienta často neznámým prostředím. Hospitalizace pacienta v nemocnici posiluje pocity nejistoty a dezorientace. Člověk, jehož odolnost k zátěži je již negativně ovlivněna samotným onemocněním, je v nemocnici vystaven dalším stresům a frustracím. (Vágnerová, 2014, s. 77)

Jak bylo již řečeno, člověk, který je pro svou nemoc hospitalizovaný v nemocnici, je v jiném prostředí než doma. Nemoc zhoršuje jeho schopnost adaptace a zvětší citlivost na stres. Na nemocničním pokoji se též odehrávají mnohé zdravotnické výkony. Pacienti zde dostávají injekce, odebírá se jim krev apod., musí se často vyrovnávat s nepříjemnými situacemi spojenými s hygienou ostatních pacientů. Často se též musí přizpůsobovat ostatním pacientům. Mezi pacienty na pokoji mohou vzniknout nejrůznější vztahy; mnohdy se na jednom pokoji střetnou osoby s rozdílnými povahami, kteří reagují na různé situace různě, někdy se v nemocnici mohou vyskytnout i osoby s různými poruchami osobnosti, což může vést k vážně narušené komunikaci mezi pacienty. Na straně druhé na nemocničním pokoji mohou vzniknout i různá přátelství, pacienti si vypráví zajímavé historky ze svých životů a atmosféra na pokoji je poté klidná a uvolněná. (Irmiš, 2016, s. 5–6)

Ze strany zdravotnického personálu bývá snaha zlepšit prostředí nemocných pacientů, ať už z hlediska vybavení (např. přítomností televize), či různé výzdoby pokojů. V některých nemocnicích bývá televize jen na chodbě, v některých přímo na pokoji. Televize ale v některých případech může být opět zdrojem konfliktů mezi pacienty. Jsou pacienti, kteří se chtějí dívat na televizi celý den i celou noc. Mnohdy mají pacienti také problém se sluchem a hlasitost televize je pak pro ostatní neúnosná. Podobná situace nastává, přinese-li si pacient z domu rádio. U rádia ale většinou bývá možnost zapojení sluchátek, což u televize není. Většinou je pak na zdravotnickém personálu, aby tyto napjaté situace řešil. (Irmiš, 2016, s. 6)

Problémem se pro pacienty může stát i větrání oknem, kdy někomu může vadit vydýchaný teplý vzduch, a tak chce větrat, a kdy naopak někomu může vadit např. zima, která jde zvenku, a byl by raději, kdyby okno zůstalo zavřené. Někdy způsobí diskomfort pacientům i samotný personál, když např. sestra přijde ráno na pokoj a řekne: „Tady se nedá dýchat, máte tu hrozný vzduch!“, okno otevře, ale o následné zavření se pak již nestará. Je potřeba mít na paměti, že každý pacient pokládá za komfortní teplotu jinou, každý pacient je jinak citlivý na chlad. V této oblasti bohužel neexistují pravidla ani organizační systém, který by tyto situace řešil. (Irmiš, 2016, s. 6) Existují také jedinci vysoce senzitivní na fyzikální podněty jako je hluk, zápach, dotyk, změny počasí či bolest. Bolest více vnímají introvertní osoby oproti extrovertním, ti o ní ale naopak více mluví. Zdravotnický personál, ale i pacienti na pokoji, by měl rozdíly v citlivosti pacientů brát v potaz a respektovat je. (Irmiš, 2016, s. 7)

Již zmíněný hluk, ale i některé ošetrovatelské úkony, mohou mít negativní vliv také na spánek hospitalizovaných pacientů. Spánek je naprosto zásadní pro regeneraci pacientů.

Při hospitalizaci představuje opakované noční buzení pacientů značnou zátěž, jelikož spánková deprivace má řadu negativních vlivů na jejich zdravotní stav. Opakované, byť krátké přerušování spánku vede ke zvýšení krevního tlaku a nárůstu glykémie. Tým výzkumnice Dr. Vineety Arora se zabýval spánkem v nemocnici v Chicagu. Po dobu jednoho roku trvání studie byl zkoumán spánek pacientů hospitalizovaných na oddělení, které přijalo nový režim týkající se spánku. Tito pacienti byli v noci buzení třikrát méně často kvůli kontrole základních životních funkcí a čtyřikrát méně často kvůli podání léků. Celkem tak počet případů, kdy zdravotnický personál chodí v noci za pacientem do pokoje, klesl o 44 %. Výsledek studie ukázal, že pravidelné kontroly, které před zavedením nového režimu probíhaly ve 4hodinových intervalech, mohly být omezeny až ve 34 % případů. Bylo také zjištěno, že lze příznivěji naplánovat noční podávání některých léků (před zavedením nového režimu se toto týkalo 4 % pacientů, po zavedení až u 42 % hospitalizovaných pacientů). Z chicagské studie tedy plyne, že je-li pacientův zdravotní stav stabilizovaný, je možné počet případů nočního buzení v nemocnicích snižovat. V ochraně spánku pacientů může hrát zásadní roli právě zdravotnický personál, který zredukuje počet svých návštěv pacienta na pokoji a potřebné ošetrovatelské intervence si lépe naplánuje. Jak ale autoři studie správně podotýkají, je důležité, aby byli v péči o pacientův spánek angažováni nejen sestry, ale také lékaři a ostatní personál. (Arora et al., 2019, s. 38–41)

Zdravotní stav a hospitalizace v nemocnici může mít vliv i na přijímání potravy. Nechutenství, snížení množství přijímané potravy a jím způsobená malnutrice je v nemocnicích častým problémem. Chuť k jídlu a příjem potravy mohou být negativně ovlivněny nejen samotnou nemocí, ale např. také úrovní soběstačnosti pacienta, problémy se žvýkáním či polykáním jídla, samotným vizuálním vzhledem podávané stravy, ale také přístupem personálu jídlo podávající. (Navarro et al., 2016, s. 1153–1157) Dalšími důležitými faktory, které na pacienta při příjmu stravy působí, je i personál stravu podávající, panující atmosféra na oddělení, důvod hospitalizace pacienta a jeho prognóza. Pokrmy nabízené v nemocnici by měly být přizpůsobené nejen dietnímu režimu pacienta, ale také jeho preferencím a schopnostem přijímat stravu, např. přizpůsobení velikosti porce, úprava textury či teploty pokrmu, nabídka pestrého výběru, ale i vhodné podmínky a prostředí při stravování. Vliv na přijímání stravy v nemocnici může mít i časové rozmezí, ve kterém se strava podává, jelikož pacient může být z domácího prostředí zvyklý na jiný harmonogram. Podávání stravy v nemocnici by se mělo vždy lišit s ohledem na individuální potřeby a schopnosti pacienta. (Česká asociace nutričních terapeutů, z. s., 2022, s. 13–14) Zdravotnický personál by měl být dostatečně proškolen a měl

by mít schopnosti v zajištění potřeby výživy a tekutin pacientům. Nevhodná strava v nemocnici může totiž nejen být závažnou hrozbou pro zdraví pacienta, ale může vést i k nadměrnému plýtvání jídlem. Dané poznatky můžeme podložit například výzkumem z roku 2017, který se zabýval stravovacími návyky pacientů ve čtyřech největších nemocnicích ve městech Galle a Ratnapura na Srí Lance. Situační analýza těchto nemocnic odhalila, že pouze 30 či méně % hospitalizovaných pacientů v nemocnici konzumuje podávané jídlo. Hlavními důvody, proč pacienti podávané jídlo nechtěli jíst, byly nevábná vůně nabízeného pokrmu, anebo že nabízené jídlo bylo téměř bez chuti. Dalšími vlivy byly např. nedostatečná hygienická opatření ze strany personálu. (Fernando, Wijesinghe, 2017, s. 18–19)

Ve zdravotnickém zařízení může často dojít k tomu, že pacient „zabloudí“. (Kopecká, 2015, s. 155) Problémem špatné orientace v nemocnici, jakožto ve velké a složité uspořádané budově, často netrpí pouze návštěvníci či pacienti, ale také samotný personál. Zdravotnické zařízení se většinou tyto problémy snaží eliminovat barevným značením různých míst a budov, pojmenováním budov podle písmene abecedy, informačními cedulemi a nápisy. Přesto tato opatření mohou být někdy nedostatečná. Jedním z řešení by mohlo být naprogramování mobilní aplikace, která návštěvníkům, pacientům i personálu pomůže s orientací v areálu nemocnice. (Anagnostopoulos et al., 2017, s. 1–3)

2.4 Postoje a jejich charakteristika

V ošetrovatelství má problematika postojů velký význam. Postoje pacientů mohou sestřám pomoci porozumět, jak pacienti vnímají jednotlivé záležitosti ošetrovatelské péče a určit, co považují za důležité, příjemné, relevantní a vhodné. Porozumění postojům pacientů je důležité pro to, abychom jako sestry mohli pacientům poskytovat vhodnou péči zaměřenou na jejich potřeby. (Price, 2015, s. 1–2)

Jednotné a všemi akceptovatelné vymezení pojmu „postoj“ dosud neexistuje. Je to způsobeno jednak různými teoretickými východisky jednotlivých autorů, ale také různými metodickými a metodologickými přístupy k provádění empirických výzkumů. (Klement, 2015, s. 118) Hartl a Hartlová (2015, s. 151) definují termín postoj jako sklon reagovat na předměty, situace, osoby či na sebe sama ustáleným způsobem. Kisvetrová (2019, s. 30) uvádí ve svém článku jednu z definic postoje jako stabilní a integrující soud shrnující pocity, myšlenky a vzpomínky na lidi týkající se objektů nebo situací, které jsou odvozovány z pozorování nebo z přímých zkušeností

jedince. Postoje jsou také formovány náboženstvím, tradicemi a sociokulturními aspekty typickými pro určitou společnost.

Postoje tak odráží to, co cítíme, co si o něčem myslíme a jak se hodláme v určité situaci chovat. V ideálním případě by byly složky myšlení, cítění a chování v postoji ve vzájemném souladu. Jestliže naše chování neodpovídá našemu přesvědčení, může to vést ke kognitivní disonanci, kterou jsme motivováni snižovat. Kognitivní disonanci můžeme snižovat buď změnou postojů, anebo změnou chování (např. osoba trpící nadváhou, která ví, že nadváha je nezdravá, se může rozhodnout, že buď zhubne, anebo změní své přesvědčení týkající se váhy). (Ayers, de Visser, 2015, s. 205)

Postoj není neutrální, ale vyjadřuje náš hodnotící vztah k různým objektům a skutečnostem, vyskytujících se v našem okolí, tedy co nemáme v oblibě a co naopak upřednostňujeme. Postoj se většinou charakterizuje jako relativně stabilní charakteristika. (Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019, s. 101) Každý jedinec má svůj vlastní systém postojů, přičemž mezi jednotlivými postoji jedince existují vztahy. Postoje jedince jsou v rámci systému postojů určitým způsobem uspořádány. Vytváří se tak individuální, hierarchický systém postojů, kde dochází k rozlišení preferovaných důležitých hodnot a těch méně důležitých. Kritéria uspořádání jsou většinou subjektivní. (Nakonečný, 2021, s. 313) Postoje vyjadřující vztah k hodnotám jedince jsou založeny na zkušenosti, jsou jako takové produktem učení. Již u dítěte raného věku v průběhu jeho primární socializace se vytváří jeho hodnotová orientace, kdy se postupně odpoutává od vrozených smyslových hodnot, a přejímá hodnoty sociálního prostředí, ve kterém se pohybuje. (Nakonečný, 2020, s. 289) Postoje člověka k jednotlivým hodnotám (materiálním, sociálním a duchovním) vyjadřuje tzv. hierarchický systém hodnot. (Nakonečný, 2021, s. 320) Náš osobní systém postojů nám pomáhá určit, kým jsme. Pomocí postojů se můžeme od ostatních lidí odlišit, ale zároveň se s některými jinými ztotožnit. Je-li postoj člověka zároveň jeho osobní hodnotou, může být obtížné ho jakkoli změnit. (Price, 2015, s. 6–9)

Vůči mnoha skutečnostem a objektům zaujímáme často smíšené postoje. Tento typ postoje se nazývá jako ambivalentní. Znamená to, že náš postoj není striktně vyhraněný jedním nebo druhým směrem, ale je zároveň pozitivní i negativní. Je nutné rozlišit ambivalentní a neutrální postoj, protože neutrální postoj na rozdíl od ambivalentního v sobě neobsahuje ani pozitivní, ani negativní složku. Lidé ambivalentní postoj zaujímají u témat jako je eutanázie, interrupce, antikoncepce, minoritní skupiny obyvatel apod. (Schneider, Schwarz, 2017, s. 39) Mohou být ambivalentní ale také vůči chování k vlastnímu zdraví, jako je např. pití

alkoholu, kouření apod. Ambivalentní postoje k vlastnímu zdraví mohou ovlivňovat snahu lidí o změnu svých postojů, protože mají horší předpovědi budoucího chování než postoje vyhraněné. (Ayers, de Visser, 2015, s. 209)

Část postojů je vrozených, ale většinu získáváme v průběhu našeho života buď prostřednictvím vlastní zkušenosti s objekty, anebo zprostředkovaně pomocí sociálního učení. (Výrost, Slaměnik, Sollárová, 2019, s. 101)

Postoje člověka nejsou izolované jednotky, ale pro jejich vzájemné vztahy je charakteristická určitá míra organizace. V sociální psychologii se užívají termíny jako „soustava postojů“, „postojový systém“ či „postojová organizace“. (Výrost, Slaměnik, Sollárová, 2019, s. 101)

Pro postoje je charakteristických několik základních vlastností:

- Tzv. extrémnost postoje, což je zcela negativní nebo naopak zcela pozitivní hodnocení nějaké skutečnosti. Je intenzivní a tím pádem i nejvíce odolná vůči změnám, zároveň je ale méně častá.
- Multiplexita postoje, kdy postoj může být jednoduchý nebo mnohotvárný, založený na jediné skutečnosti či na množství skutečností.
- Konzistentnost postoje vyjadřuje vnitřní vyrovnanost jeho složek.
- Interkonexe (vzájemná spojitost) postojů znamená různou vzájemnou propojenost jednotlivých postojů. Čím větší je vzájemná psychologická propojenost postojů, tím jsou odolnější vůči změnám.
- Konsonance (shodnost, relativní jednota) v soustavě postojů, kdy se shodné postoje mohou vzájemně podporovat. Opakem konsonance je tzv. disonance.
- Postoje uspokojují určité potřeby jedince, např. jistoty, pozitivní sebekoncepce apod. Čím více potřeb jedince postoje uspokojují, tím více jsou rezistentní vůči změně, protože podporují vnitřní stabilitu a integritu osobnosti.
- Centrálnost vztažných hodnot, kdy jako centrální označujeme postoje, které má jedinec vůči objektům, jež mají pro něj význam. Takové postoje jsou také odolné vůči změnám. (Nakonečný, 2020, s. 283–284)

Postoje mají v životě člověka dvě základní funkce, a to funkci poznávací a instrumentální. Pomocí funkce poznávací postoje organizují zkušenosti, instrumentální funkcí pak postoje maximalizují zisky a minimalizují ztráty. Mezi další funkce postojů řadíme funkci výrazu hodnot, funkci sociální adjustace a funkci sebeobrannou. Funkce výrazu hodnot vyjadřuje, že postoje jsou nástroji, pomocí kterých člověk vyjadřuje, že vyznává jisté hodnoty. Funkce

sociální adjustace postojů znamená zprostředkování vztahů nositele postojů k jiným lidem. Funkce sebeobranná (tzv. egodefenziva) reprezentuje skutečnost, že postoje jsou prevencí proti hrozbám z vnějšího prostředí a umožňují lépe zvládat náročné životní situace tak, že udržují stabilitu sebeobrazu člověka. (Výrost, Slaměník, Sollárová, 2019, s. 101)

Postoj je obecně chápán multidimenzionálně, kdy je jeho vnitřní struktura tvořena třemi složkami. (Klement, 2015, s. 118) Těmito třemi složkami (někdy označovanými také jako tendence k jednání) jsou:

- afektivní (emotivní) složka, též označovaná jako afektivně hodnotící, která se týká emocí prožívaných ve vztahu k objektu postoje. Objekt může být oblíbený či neoblíbený, může působit příjemně nebo nepříjemně. Afektivní složka určuje směřovost postoje a dodává mu jeho motivační charakter. Utváří se prostřednictvím podmiňování.
- kognitivní složka, která obsahuje názory, mínění a znalosti o objektu postoje, či také názory nebo představy o způsobech jednání v souvislosti s objektem postoje. Do této složky zahrnujeme hodnotící názory. Utváří se kognitivním učením.
- konativní složka, která zahrnuje pohotovost k jednání souvisejícím s postojem. Je-li postoj pozitivní, jedinec je spíše ochoten angažovat se ve prospěch daného objektu a naopak. Utváří se instrumentálním učením. (Klement, 2015, s. 118–119)

Většinou jsou výše uvedené složky vyvážené, ale jedna z nich může být v rámci postoje dominantní. Je-li v postoji dominantní kognitivní složka, označuje se jako tzv. smýšlení. Dominuje-li emotivní složka, pak tento postoj označujeme jako tzv. sentiment. Silný, vnitřně vyrovnaný a jednotný postoj můžeme označit pojmem přesvědčení. Přesvědčení je velmi odolné vůči vnějším změnám. (Nakonečný, 2020, s. 277)

Postoje měřené v jednom okamžiku můžeme použít jako předpověď budoucího chování. Jsou proto ústřední pro mnoho modelů chování ke zdraví. Vliv na to, zda se bude člověk podle svého postoje chovat, mají další přesvědčení (např. normativní přesvědčení) a sociální faktory. Změna postoje by měla být vhodnou cestou ke změně chování. Tento fakt můžeme pozorovat v posledních letech zejména u mediálních kampaní na podporu zdraví, kdy je snaha podpořit změny chování lidí změnou postojů k nezdravému životnímu stylu a k vlastnímu zdraví celkově. (Ayers, de Visser, 2015, s. 206)

S potřebou chovat se v souladu s našimi postoji souvisí tzv. „technika nohy ve dveřích“. Jedná se o techniku, kdy člověku (pacientovi) předložíme snadný úkol nebo žádost, kterému je snadné

vyhovět. Následuje pak žádost náročnější, kdy vyhovění této žádosti by bylo chováním, kterého bychom u daného člověka chtěli dosáhnout. Jakmile totiž člověk reaguje pozitivně na drobnou výchozí žádost, dá tím najevo, že jeho postoj je vstřícný a je odhodlán k určitému cílovému chování. Ve zdravotnictví se tato technika uplatňuje např. u prevence onkologických onemocnění – například přijme-li žena kartičku pro záznamy o samovyšetření prsu, je pravděpodobné, že bude pozitivně reagovat na žádost objednat se na gynekologické vyšetření. (Ayers, de Visser, 2015, s. 206–207)

Postoje jsou složitými psychickými strukturami a nemohou tedy být měřeny přímo. (Klement, 2015, s. 119) Existují však metody, pomocí nichž lze měřit existenci a kvalitu postoje. Techniky měření postojů můžeme klasifikovat např. na základě povahy odpovědí:

- a) měření, v nichž jsou závěry o postojích odvozeny z výpovědí o názorech, míněních či chování k objektu nebo skupině objektů (např. sémantický diferenciál),
 - b) měření, v nichž jsou závěry odvozeny z pozorovaného zjevného chování vůči nějakému objektu,
 - c) měření, v nichž jsou závěry odvozeny z reakcí jedince na částečně strukturované materiály, které jsou relevantní k objektu nebo z interpretace těchto materiálů (např. projektivní techniky),
 - d) měření, v nichž jsou závěry odvozeny z úkolů v objektivních úkolech, kde činnost může být ovlivněna určitými dispozicemi jedince k objektu,
 - e) měření, v nichž jsou závěry odvozeny z fyziologických reakcí jedince na objekt.
- (Klement, 2015, s. 119)

Podrobněji si rozebereme např. škály sémantického diferenciálu. Používáme je v případě, kdy potřebujeme měřit intenzitu a směr postoje. Podstatou hodnocení postojů pomocí sémantického diferenciálu je to, že je k hodnocenému objektu zadán seznam hodnotících přídavných jmen (např. silný – slabý, užitečný – neužitečný), mezi nimiž je nejčastěji sedmibodová škála. Tato škála bývá v grafické podobě, na níž mohou respondenti označit bod, který odpovídá jejich postoji k danému objektu. Označené body se následně spojí do křivky, z níž je patrné hodnocení jak objektu, tak hodnocení jeho vlastností. (Kubiatko, 2016, s. 3)

Alternativou škál sémantického diferenciálu jsou tzv. Likertovy škály, které byly využity v této práci a jsou tedy blíže popsány v kapitole 3.2 Metody výzkumu.

VÝZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

Výzkumná část práce je zaměřena na hodnocení postojů pacientů ve zdravotnickém zařízení.

Cílem výzkumné části práce bylo zjistit, jaké jsou postoje vybraného souboru respondentů a) k prožívání nemoci, b) k přístupu zdravotnického personálu a c) k nemocničnímu prostředí.

Díličními výzkumnými cíli práce byly:

- a) Identifikovat statisticky významné rozdíly mezi postoji zkoumaného souboru v oblasti prožívání nemoci a postoji k přístupu zdravotnického personálu.
- b) Identifikovat statisticky významné rozdíly mezi postoji zkoumaného souboru v oblasti prožívání nemoci a postoji k nemocničnímu prostředí.

Z dílčích výzkumných cílů práce vychází dílčí výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k prožívání nemoci?
- 2) Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k přístupu zdravotnickému personálu?
- 3) Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k nemocničnímu prostředí?
- 4) Existují mezi těmito postoji statisticky významné rozdíly?

K výzkumným otázkám byly následně vytvořeny nulové a alternativní hypotézy.

Hypotéza č. 1 byla vytvořena na základě výzkumné otázky č. 1: „*Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k prožívání nemoci?*“ a výzkumné otázky č. 2: „*Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k přístupu zdravotnického personálu?*“

- H_{10} : Mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji k přístupu zdravotnického personálu nejsou statisticky významné rozdíly.
- H_{1A} : Mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji k přístupu zdravotnického personálu jsou statisticky významné rozdíly.

Hypotéza č. 2 byla vytvořena na základě výzkumné otázky č. 2: „*Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k přístupu zdravotnického personálu?*“ a výzkumné otázky č. 3: „*Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k nemocničnímu prostředí?*“

- H_{20} : Mezi postoji pacientů k přístupu zdravotnického personálu a postoji pacientů k nemocničnímu prostředí nejsou statisticky významné rozdíly.
- H_{2A} : Mezi postoji pacientů k přístupu zdravotnického personálu a postoji pacientů k nemocničnímu prostředí jsou statisticky významné rozdíly.

Hypotéza č. 3 byla vytvořena na základě výzkumné otázky č. 1: „*Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k prožívání nemoci?*“ a výzkumné otázky č. 3: „*Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k nemocničnímu prostředí?*“

- H₃₀: Mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji pacientů k nemocničnímu prostředí nejsou statisticky významné rozdíly.
- H_{3A}: Mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji pacientů k nemocničnímu prostředí jsou statisticky významné rozdíly.

3 METODIKA VÝZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI

V následující kapitole je popsáno místo sběru dat a metody výzkumného šetření, zejména charakteristika zkoumaného souboru účastníků výzkumu a průběh výzkumu.

Výzkumná část diplomové práce byla zpracována metodou kvantitativního šetření. Pro sběr dat byl použit dotazník vlastní tvorby, který byl předkládán vybraným respondentům. Otázky v dotazníku byly předem připravené, seřazené a roztrženy do čtyřech částí (více v oddílu Struktura dotazníku).

3.1 Místo sběru dat

Sběr dat k výzkumu probíhal v období února do března 2023 v nemocnici fakultního typu na jednom z oddělení interní kliniky.

Před samotným zahájením sběru dat k výzkumu byla oslovena náměstkyně ošetrovatelské péče daného zdravotnického zařízení, která zároveň udělila písemný souhlas s prováděním výzkumu na daném oddělení. S výzkumem byla nadále seznámena vrchní sestra dané kliniky a také staniční sestra daného oddělení. Vrchní sestra dané kliniky podepsala formulář Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice „Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce“, který podepsala také vedoucí práce a vedoucí Katedry ošetrovatelství Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice (viz Příloha A).

Nemocnice, ve které sběr dat probíhal, je akreditována v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a s vyhláškou č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Interní klinika je rozdělena na dvě lůžková oddělení, každé s počtem 30 lůžek. Budova, ve které interní klinika sídlí, se řadí

mezi nejmodernější budovy dané nemocnice (její výstavba byla dokončena v roce 2004). Na oddělení se nachází jednolůžkové a třílůžkové pokoje. Všechny pokoje jsou nadstandardně vybaveny, každý pokoj má vlastní koupelnu vybavenou sprchovým koutem a WC, lůžka jsou elektricky polohovatelná, každý pacient má k dispozici vlastní uzamykatelný noční stolek a šatní skříň, která je rovněž uzamykatelná. Na každém pokoji rovněž najdeme jídelní stůl, židle, televizor a klimatizaci. Na chodbě oddělení je pacientům k dispozici také společenský prostor vybavený stoly a židlemi, televizorem a knihovnou.

3.2 Metody výzkumu

Dotazník je jednou z nejrozšířenějších metod kvantitativního výzkumu k získávání dat. Je to technika nepřímého získávání informací s použitím dopředu formulovaných položek. Jeho výhodou je malá časová náročnost a schopnost obsažení velkého počtu zkoumaných subjektů, může tak tedy shromáždit velké množství údajů od dostatečného množství osob. (Plevová, 2018, s. 229)

Metoda dotazníku byla pro výzkum k diplomové práci zvolena z několika důvodů, které přímo vyplývají z charakteristiky a výhod dotazníku. Dotazníkem je možné získat velké množství dat od velkého množství respondentů. Odpovědi z dotazníků je možné jednoduše kvantifikovat, a tím pádem analyzovat. Na druhou stranu, nevýhodami dotazníků může být nepřesnost odpovědí, nízká návratnost dotazníků (zejména jsou-li dotazníky rozesílány poštou) či určitá míra nezodpovězených otázek. (Giddens, Sutton, 2021, s. neurčena (online))

Návratnost dotazníků byla zvýšena a riziko nezodpovězených otázek sníženo tím, že autorka dotazníky rozdávala osobně těm hospitalizovaným pacientům, kteří o vyplnění dotazníku projeví aktivní zájem a podepsali Informovaný souhlas (viz Příloha B), a poté je od nich vyplněné osobně vybrala zpět.

Likertova škála byla vymyšlena roku 1932 za účelem posuzování postojů. Dotazovaným předkládá soubor výroků, které navrhuji skutečné nebo hypotetické situace za účelem jejich zkoumání. Účastníci mají za úkol vybrat stupeň svého souhlasu nebo nesouhlasu s daným výrokem. Celkové hodnocení je pak vyjádřeno jejich kombinací. Likertova škála může být symetrická nebo nesymetrická. Symetrická škála je taková, kdy pozice neutrálního postoje leží přesně uprostřed postojů vyjadřujících souhlas a nesouhlas. Škála může obsahovat například pět položek, ale i sedm nebo deset. Čím více možností je respondentovi nabídnuto, tím lépe může vyjádřit svůj postoj k danému výroku. (Joshi et al., 2015, s. 397–398)

Likertova škála byla autorkou zvolena proto, že patří v dnešní době k často využívané metodě sběru dat v dotaznících zaměřených na názory a postoje. Získaná subjektivní data (kromě již zmíněných názorů a postojů také hodnoty či senzitivita) lze pak právě pomocí škálování převést na data ve formě čísel, která se následně dají analyzovat a vyvodit z nich nějaké závěry. (Chytrý, Kroufek, 2017, s. 3)

Charakteristika respondentů

Respondenty byli pacienti ve stabilizovaném stavu hospitalizovaní na daném interním oddělení. Základním předpokladem pro zařazení do výzkumného souboru byla ochota spolupracovat, tedy schopnost podepsat Informovaný souhlas. Informovaný souhlas (viz Příloha B) byl sepsán podle vzoru dokumentu „Informovaný souhlas s dotazníkovým šetřením“ dostupného na webových stránkách Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, kde (mimo jiné) působí vedoucí této diplomové práce doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D. (Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, 2023, (online))

Před zahájením výzkumného šetření si autorka práce stanovila minimální počet pacientů zařazených do studie, a to 60 pacientů.

Struktura dotazníku

Dotazník (viz Příloha C) je strukturován a rozložený do čtyř částí. Tyto čtyři části byly každá pojmenovaná podle písmene (A, B, C a D), aby bylo při vyhodnocování výsledků dosaženo lepší přehlednosti. Dotazník obsahuje úvod, ve kterém autorka respondenty seznamuje s názvem dotazníku, dále samotné oslovení respondentů, pokyny k vyplnění, účel dotazníku, ujištění o anonymitě, poděkování respondentům a identifikaci autorky. V první části (část A) jsou zkoumány postoje pacientů k prožívání nemoci, ve druhé části (část B) postoje pacientů k přístupu zdravotníků a ve třetí části (část C) postoje pacientů k danému zdravotnickému zařízení. Čtvrtá a poslední část (část D) dotazníku je zaměřena na získání informací o charakteristikách souboru.

Každá část dotazníku obsahuje skupinu tvrzení, na které respondenti odpovídají pomocí pětibodové Likertovy škály. První dvě části „A“ a „B“ obsahují každá 9 tvrzení a třetí část „C“ obsahuje 10 tvrzení. Použité škály obsahují pět možných odpovědí od „zcela souhlasím“ až po „zcela nesouhlasím“, kdy respondenti odpovídají výběrem takové možnosti, která nejlépe vyjadřuje jejich postoj k dané skutečnosti. Čtvrtá část dotazníku „D“ obsahuje 8 otázek/tvrzení, na které respondenti odpovídají výběrem jedné z nabízených odpovědí. V této části jsou otázky uzavřené, výběrové, jedna je dichotomická.

3.3 Průběh výzkumné studie

Sběr dat probíhal od začátku února do konce března 2023. Pacienti byli nejprve slovně dotázáni, zda by měli zájem vyplnit dotazník věnující se postojům pacientů k ošetrovatelské péči. V případě, že souhlasili, jim byly v papírové formě rozdány nejprve Informované souhlasy, a po jejich podepsání následně připravené dotazníky. Vybraným pacientům byl poté poskytnut dostatek času a klidu na jejich vyplnění.

Vzhledem k tomu, že před vyplněním dotazníku všichni pacienti, kteří se chtěli zúčastnit výzkumu, podepsali Informované souhlasy, byla návratnost dotazníků stoprocentní. V dotaznících pak všichni pacienti odpověděli na všechny otázky, nebylo tedy nutné žádný dotazník vyřadit z důvodu neúplného vyplnění.

Informované souhlasy autorka diplomové práce ukládala zvlášť od vyplněných dotazníků do připravených papírových obálek, aby byla zajištěna anonymita respondentů. Vyplněné dotazníky autorka vybírala do připravené vlastní papírové krabice.

Při zahájení výzkumného šetření a podepisování Informovaných souhlasů ze strany pacientů si autorka diplomové práce všimla jednoho fenoménu, který byl společný pro téměř všechny dotazované pacienty. Ve formuláři Informovaného souhlasu (viz Příloha B) je kromě položek „Podpis dotazovaného“ a „Podpis řešitelky projektu“ také kolonka „Datum“. V prvních dnech sběru dat téměř nikdo z oslovených pacientů tuto kolonku nevyplnil, což bylo z jejich strany při předání Informovaného souhlasu zpět řešitelce s omluvou vysvětleno tím, že díky hospitalizaci jim splývají dny, a tak neví, kolikátého je. (Mnozí si poté uvědomili, že mají u sebe např. mobilní telefon a datum dopsali zpětně.) Řešitelka poté do budoucna tento problém eliminovala tím, že po slovním souhlasu pacienta s účastí na výzkumném šetření předávala Informovaný souhlas s již vyplněným datumem jí samotnou.

4 VYHODNOCENÍ

Následující kapitola je rozdělena do pěti podkapitol. První čtyři podkapitoly obsahují deskriptivní výsledky získané z dotazníků; každá podkapitola obsahuje výsledky jedné části dotazníku. V páté části je testována platnost hypotéz. V šesté a poslední části je zjišťováno, jestli mezi výsledky existují statisticky významné korelace.

První tři podkapitoly obsahují vždy absolutní a relativní četnost jednotlivých odpovědí pro každé tvrzení, a následně byl po číselném zakódování jednotlivých odpovědí vyhodnocen průměr a směrodatná odchylka. Absolutní a relativní četnosti jsou uvedeny v tabulkách (jedna tabulka pro každou část dotazníku), v grafech jsou zobrazeny pouze absolutní četnosti (v případě, že by byly v grafech uvedeny i relativní četnosti, došlo by k nepřehlednosti grafů a přehlčení popisky; opět platí, že je uveden jeden graf pro každou část dotazníku). Absolutní četnost je uvedena v celých číslech, relativní četnost je zaokrouhlená na dvě desetinná místa.

4.1 Deskriptivní výsledky – postoje pacientů k prožívání nemoci

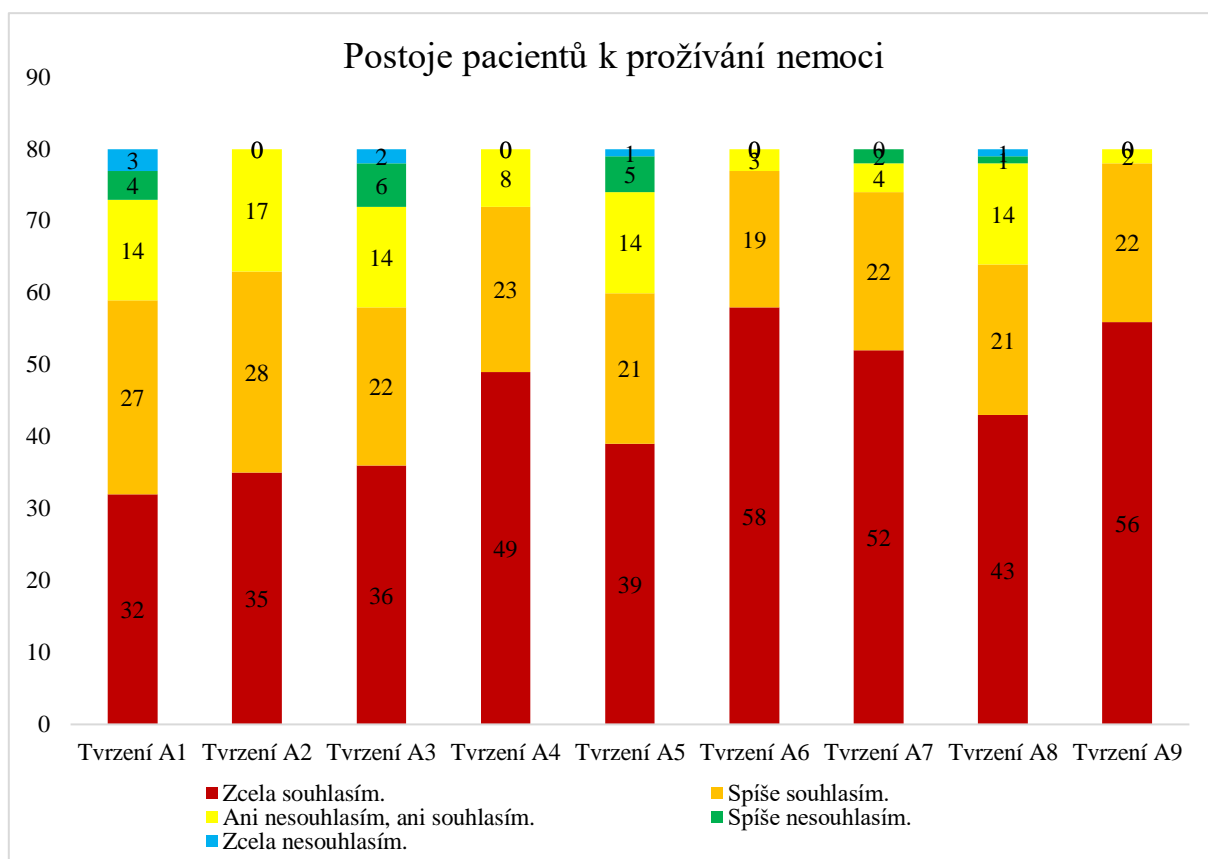
Jednotlivá tvrzení části A dotazníku byla označena čísly 1 až 9, aby bylo dosaženo přehlednosti v tabulce i grafu. Tvrzení jsou následující:

- Tvrzení A1 – „Když jsem nemocný/á nebo se zraním, snažím se vyléčit doma a nevyhledávám pomoc zdravotníků.“
- Tvrzení A2 – „Když jsem nemocný/á, vždy respektuji pokyny lékaře a zdravotníků.“
- Tvrzení A3 – „Mám úzkost, pokud mám navštívit lékaře.“
- Tvrzení A4 – „Nemoc pro mě znamená náročnou životní situaci.“
- Tvrzení A5 – „Myslím si, že to, jak nemoc prožívám, má na mé onemocnění vliv.“
- Tvrzení A6 – „Cítím se špatně/provinile, pokud mě mé onemocnění ovlivňuje v soběstačnosti.“
- Tvrzení A7 – „Během hospitalizace v nemocnici se cítím osaměle.“
- Tvrzení A8 – „Můj postoj k vlastnímu zdraví se vlivem hospitalizace změnil (např. více si dávám pozor na stravu apod.).“
- Tvrzení A9 – „Mám strach, když musím podstoupit nějaký výkon nebo zákrok, o kterém si myslím, že bude bolestivý (např. odběry krve).“

V tabulce byla tato tvrzení označena pouze jako „A1“, „A2“ a tak dále až „A9“, protože je samotná tabulka poměrně velká. „Absolutní četnost“ byla označena písmenem „N“ a „relativní četnost“ byla označena symbolem „%“.

Tabulka 1 Postoje pacientů k prožívání nemoci

Tvrzení (část A)	Zcela souhlasím.		Spíše souhlasím.		Ani nesouhlasím, ani souhlasím.		Spíše nesouhlasím.		Zcela nesouhlasím.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A1	32	40,00 %	27	33,75 %	14	17,50 %	4	5,00 %	3	3,75 %
A2	35	43,75 %	28	35,00 %	17	21,25 %	0	0,00 %	0	0,00 %
A3	36	45,00 %	22	27,50 %	14	17,50 %	6	7,50 %	2	2,50 %
A4	49	61,25 %	23	28,75 %	8	10,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
A5	39	48,75 %	21	26,25 %	14	17,50 %	5	6,25 %	1	1,25 %
A6	58	72,50 %	19	23,75 %	3	3,75 %	0	0,00 %	0	0,00 %
A7	52	65,00 %	22	27,50 %	4	5,00 %	2	2,50 %	0	0,00 %
A8	43	53,75 %	21	26,25 %	14	17,50 %	1	1,25 %	1	1,25 %
A9	56	70,00 %	22	27,50 %	2	2,50 %	0	0,00 %	0	0,00 %



Graf 1 Postoje pacientů k prožívání nemoci

Tvrzení v části A dotazníku jsou laděna negativně (např. „Mám úzkost, pokud mám navštívit lékaře.“). Pro tuto část tedy byly odpovědi ve formě Likertových škál zakódovány následujícím způsobem:

- „Zcela souhlasím.“ – 1
- „Spíše souhlasím.“ – 2
- „Ani nesouhlasím, ani souhlasím.“ – 3
- „Spíše nesouhlasím.“ – 4
- „Zcela nesouhlasím.“ – 5

Nejprve byla vyhodnocena reliabilita pomocí koeficientu reliability Cronbachovy alfy. Ta pro část A vyšla přibližně 0,891, z čehož plyne, že data jsou dostatečně reliabilní, tudíž dostatečně spolehlivá a přesná.

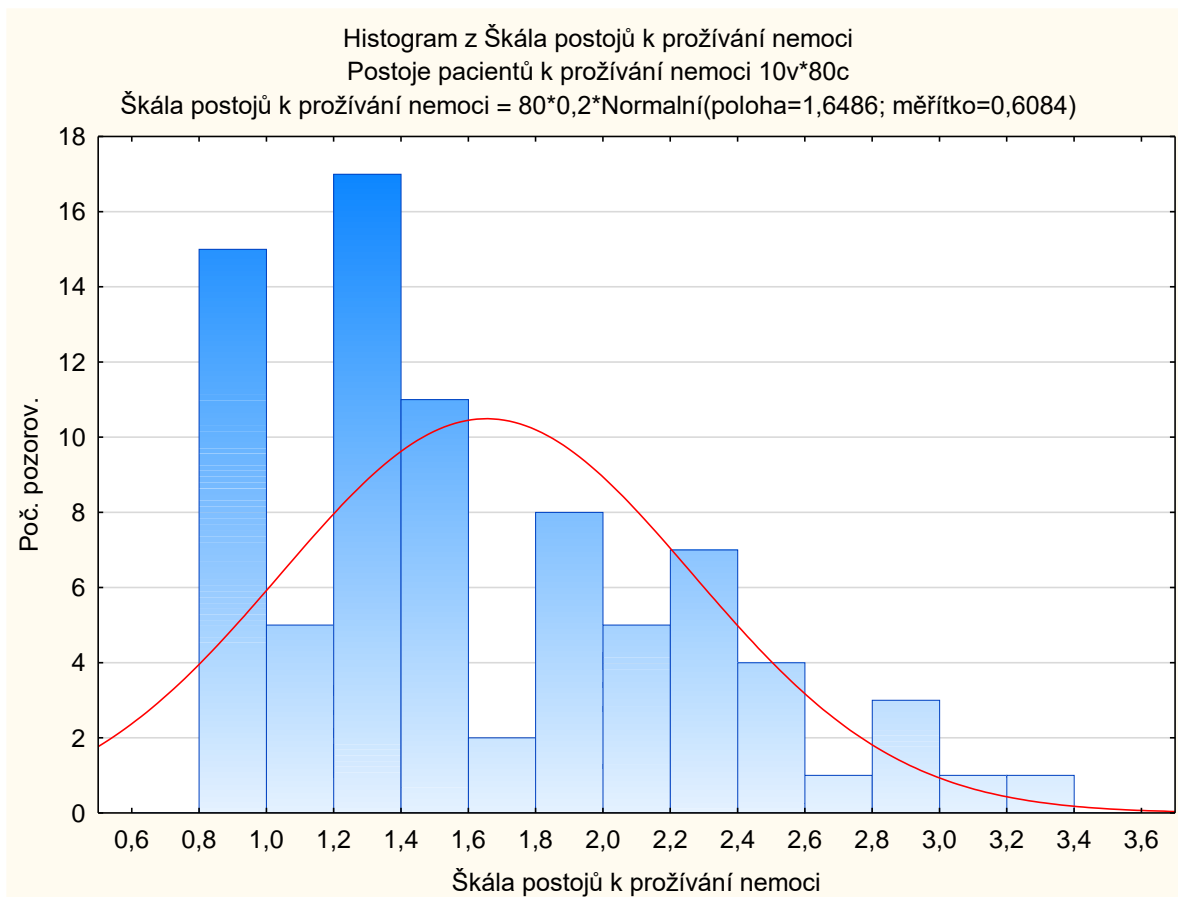
Bylo tedy možné přistoupit k vyhodnocení aritmetického průměru a směrodatné odchylky.

Tabulka 2 Průměry a směrodatné odchylky pro postoje pacientů k prožívání nemoci

Tvrzení (část A)	Průměry a směrodatné odchylky (Postoje pacientů k prožívání nemoci)	
	Průměr	Směrodatná odchylka
A1	1,987500	1,061331
A2	1,775000	0,779078
A3	1,950000	1,077973
A4	1,487500	0,674936
A5	1,850000	1,007566
A6	1,312500	0,541768
A7	1,450000	0,709787
A8	1,700000	0,891592
A9	1,325000	0,522288
<u>Škála postojů pacientů k prožívání nemoci</u>	<u>1,648611</u>	<u>0,608438</u>

Z Tabulky 1, Grafu 1 a Tabulky 2 vyplývá, že pacienti zauímají převážně souhlasné postoje s výše uvedenými tvrzeními, což vzhledem k negativnímu ladění jednotlivých tvrzení znamená, že zauímají ke své nemoci převážně negativní postoje.

Výslednou škálu postojů pacientů k prožívání nemoci je možné zobrazit v histogramu, aby bylo vidět rozložení jednotlivých dat (viz Obrázek 1). Z histogramu je zřejmé, že jsou data lehce zešíkmená doleva.



Obrázek 1 Histogram pro škálu postojů pacientů k prožívání nemoci

4.2 Deskriptivní výsledky – postoje pacientů k přístupu zdravotnického personálu

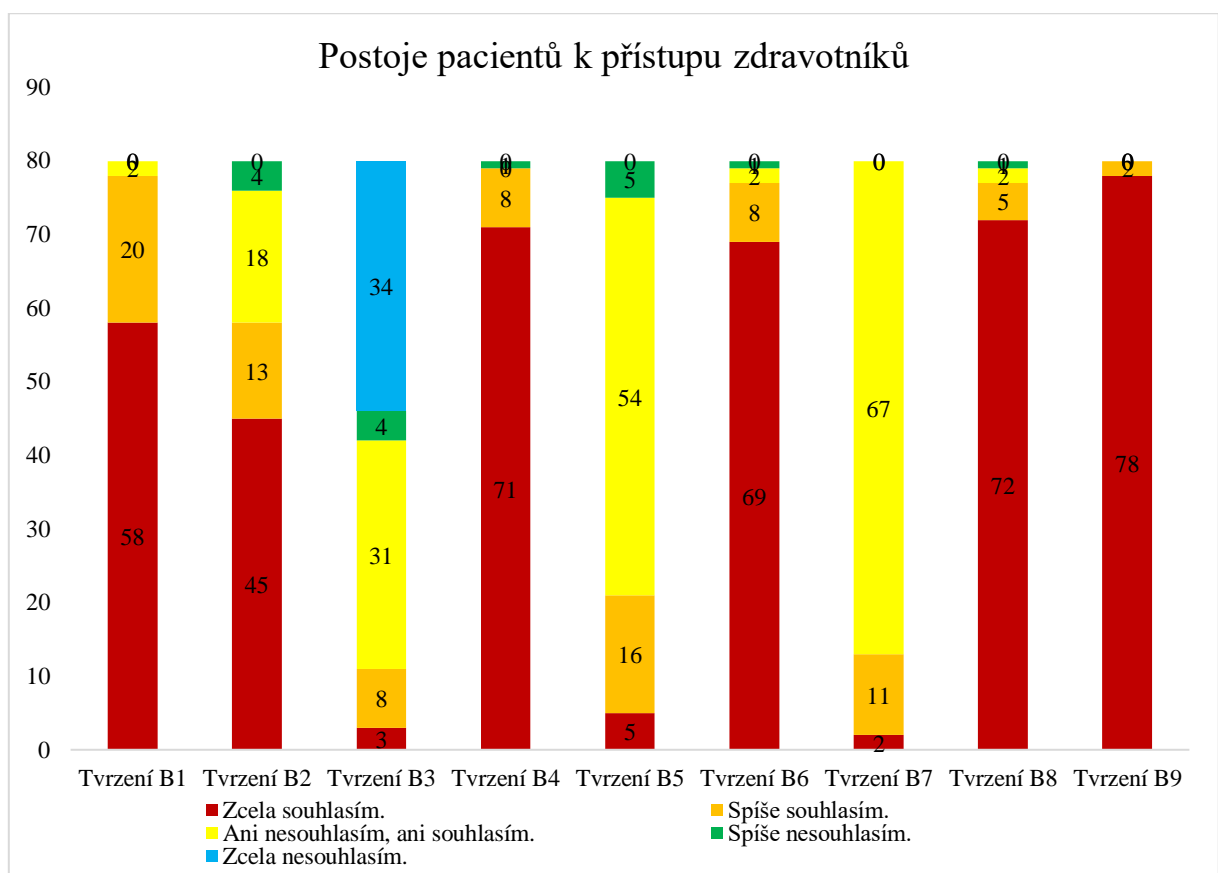
Jednotlivá tvrzení části B dotazníku byla označena čísly 1 až 9, aby bylo dosaženo přehlednosti v tabulce i grafu. Tvrzení jsou následující:

- Tvrzení B1 – „Negativně mě ovlivňuje, když je ke mně ošetřující personál nepříjemný.“
- Tvrzení B2 – „Je mi líto zdravotníků, protože je jich málo a jsou přetížení.“
- Tvrzení B3 – „Nelíbí se mi, když má na mě sestra málo času.“
- Tvrzení B4 – „Dovoluji studentům zdravotnických oborů, aby se na mně učili výkony.“
- Tvrzení B5 – „Důvěřuji více lékařům než sestram.“
- Tvrzení B6 – „O svém onemocnění, jeho průběhu a progresi jsem dostatečně a srozumitelně informován.“
- Tvrzení B7 – „Záleží mi na tom, jestli je sestra, která o mě pečuje, vysokoškolsky vzdělaná.“
- Tvrzení B8 – „Sestra, která mi jde provádět nějaký výkon, mi před jeho provedením vše dostatečně a srozumitelně vysvětlí.“
- Tvrzení B9 – „Sestry i lékaři se maximálně snaží o zachování mého soukromí a intimity.“

V tabulce byla tato tvrzení označena pouze jako „B1“, „B2“ a tak dále až „B9“, protože je opět samotná tabulka poměrně velká. „Absolutní četnost“ byla označena písmenem „N“ a „relativní četnost“ byla označena symbolem „%“.

Tabulka 3 Postoje pacientů k přístupu zdravotníků

Tvrzení (část B)	Zcela souhlasím.		Spíše souhlasím.		Ani nesouhlasím, ani souhlasím.		Spíše nesouhlasím.		Zcela nesouhlasím.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
B1	58	72,50 %	20	25,00 %	2	2,50 %	0	0,00 %	0	0,00 %
B2	45	56,25 %	13	16,25 %	18	22,50 %	4	5,00 %	0	0,00 %
B3	3	3,75 %	8	10,00 %	31	38,75 %	4	5,00 %	34	42,50 %
B4	71	88,75 %	8	10,00 %	0	0,00 %	1	1,25 %	0	0,00 %
B5	5	6,25 %	16	20,00 %	54	67,50 %	5	6,25 %	0	0,00 %
B6	69	86,25 %	8	10,00 %	2	2,50 %	1	1,25 %	0	0,00 %
B7	2	2,50 %	11	13,75 %	67	83,75 %	0	0,00 %	0	0,00 %
B8	72	90,00 %	5	6,25 %	2	2,50 %	1	1,25 %	0	0,00 %
B9	78	97,50 %	2	2,50 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %



Graf 2 Postoje pacientů k přístupu zdravotníků

Tvrzení v části B dotazníku jsou z převážné části (kromě tvrzení 3 a 5) laděna pozitivně. Pro tuto část byly tedy odpovědi ve formě Likertových škál zakódovány následujícím způsobem:

- Zcela souhlasím ... 5
- Spíše souhlasím ... 4
- Ani nesouhlasím, ani souhlasím ... 3
- Spíše nesouhlasím ... 2
- Zcela nesouhlasím ... 1

Tvrzení 3 a tvrzení 5 jsou laděna negativně, tudíž pro tuto část jsou Likertovy škály odpovědí zakódované opačně, tedy následujícím způsobem:

- Zcela souhlasím ... 1
- Spíše souhlasím ... 2
- Ani nesouhlasím, ani souhlasím ... 3
- Spíše nesouhlasím ... 4
- Zcela nesouhlasím ... 5

Nejprve byla vyhodnocena reliabilita pomocí koeficientu reliability Cronbachovy alfy. Ta pro část B vyšla přibližně 0,796, z čehož plyne, že data jsou dostatečně reliabilní, tudíž dostatečně spolehlivá a přesná.

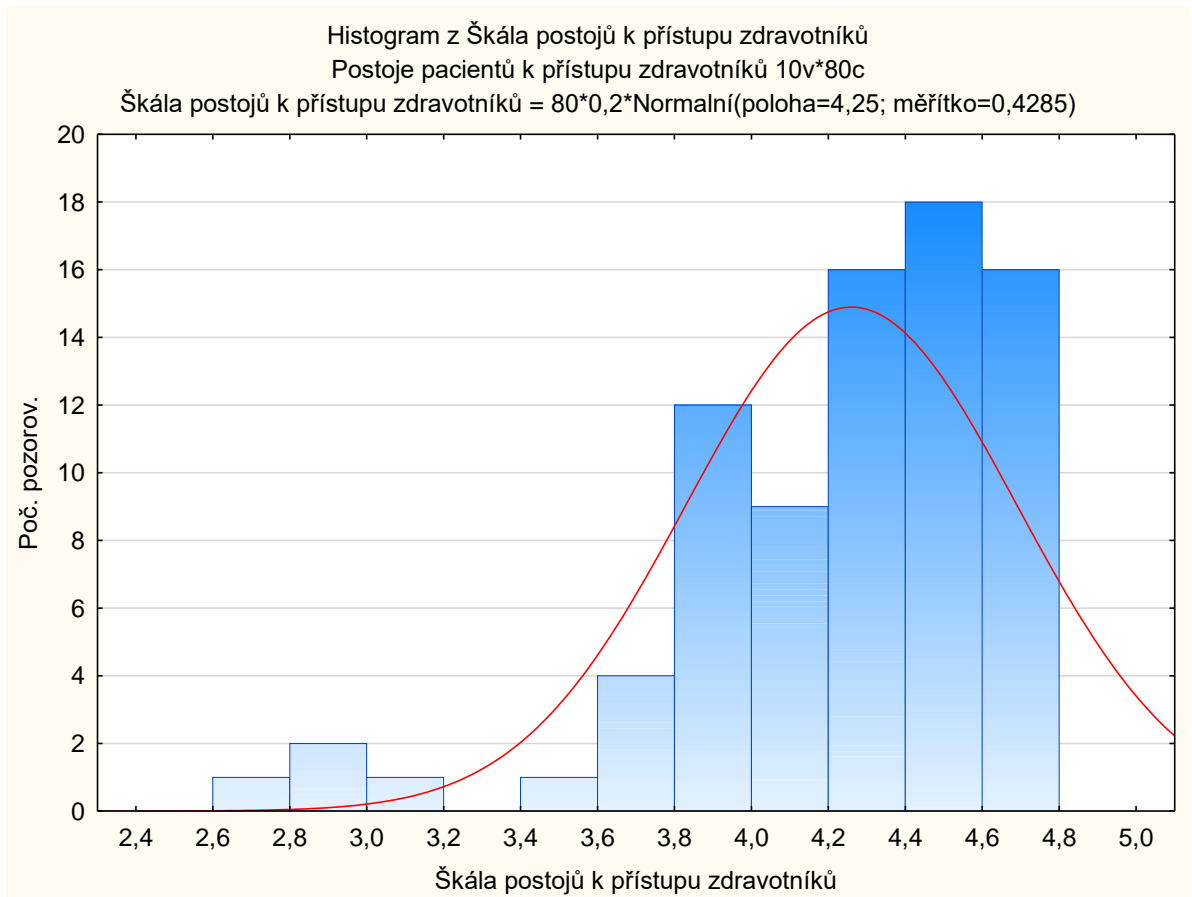
Bylo tedy opět možné přistoupit k vyhodnocení aritmetického průměru a směrodatné odchylky.

Tabulka 4 Průměry a směrodatné odchylky pro postoje pacientů k přístupu zdravotníků

Tvzení (část B)	Průměry a směrodatné odchylky (Postoje pacientů k přístupu zdravotníků)	
	Průměr	Směrodatná odchylka
B1	4,700000	0,513119
B2	4,237500	0,971020
B3	3,725000	1,221899
B4	4,862500	0,442769
B5	2,912500	0,814330
B6	4,812500	0,529957
B7	3,200000	0,461149
B8	4,850000	0,505664
B9	4,950000	0,219320
<u>Škála postojů pacientů k přístupu zdravotníků</u>	<u>4,250000</u>	<u>0,428512</u>

Z Tabulky 3, Grafu 2 a Tabulky 4 vyplývá, že pacienti zaujímají převážně souhlasné postoje s výše uvedenými tvrzeními, což znamená, že zaujímají k přístupu zdravotnického personálu převážně pozitivní postoje.

Výslednou škálu postojů pacientů k přístupu zdravotnického personálu je možné zobrazit v histogramu, aby bylo vidět rozložení jednotlivých dat (viz Obrázek 2). Z histogramu je zřejmé, že jsou data lehce zešíkmená doprava.



Obrázek 2 Histogram pro škálu postojů pacientů k přístupu zdravotníků

4.3 Deskriptivní výsledky – postoje pacientů k zdravotnickému zařízení

Jednotlivá tvrzení části C dotazníku byla označena čísly 1 až 10, aby bylo dosaženo přehlednosti v tabulkách i grafech.

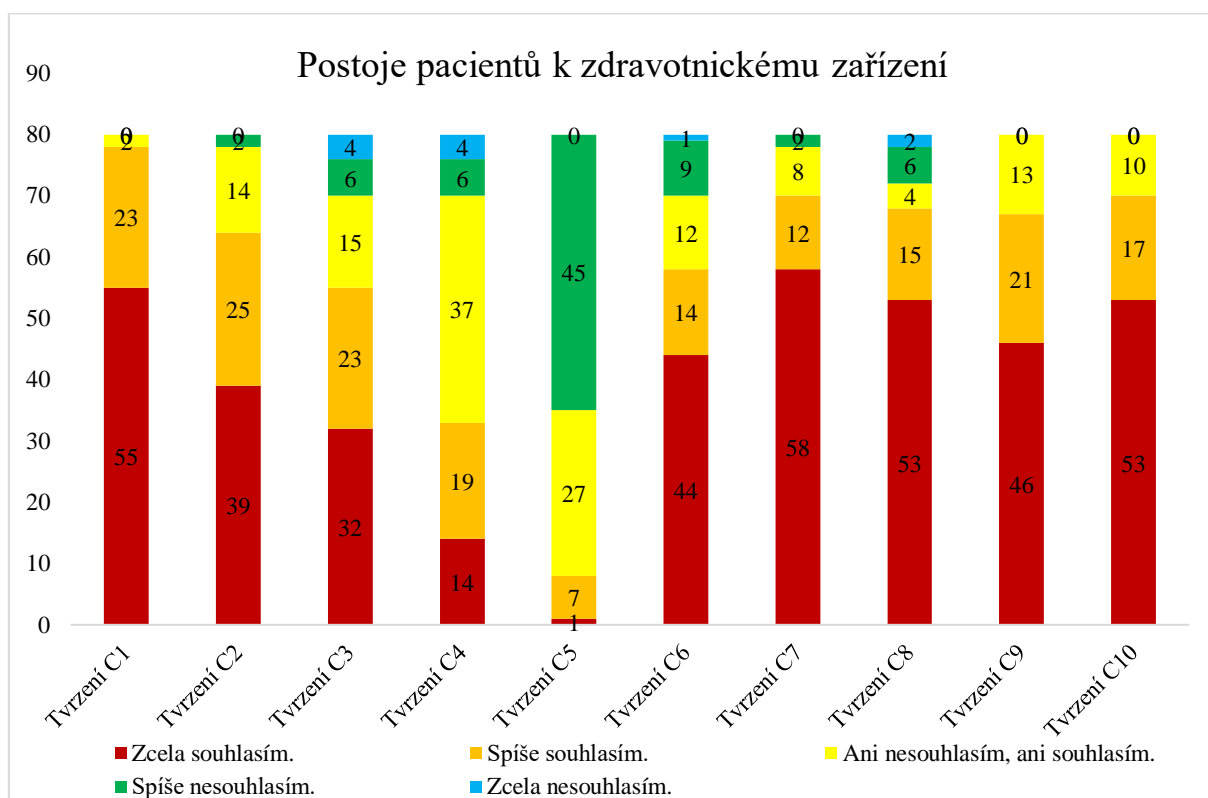
Tvrzení jsou následující:

- Tvrzení C1 – „Mám ve svém okolí dostupné nějaké zdravotnické zařízení.“
- Tvrzení C2 – „Jsem spokojený s úrovní zdravotnického zařízení, ve kterém jsem momentálně hospitalizovaný.“
- Tvrzení C3 – „V nemocnici mi většinou chutná jídlo, které mi přinesou.“
- Tvrzení C4 – „Během hospitalizace v nemocnici mám problémy se spánkem.“
- Tvrzení C5 – „Mé postoje vůči nemocnici ovlivňují medializované případy, kdy byl pacient poškozen.“
- Tvrzení C6 – „Jsem spokojený s rozsahem návštěvních hodin.“
- Tvrzení C7 – „Jsem spokojený s vybavením oddělení, na kterém jsem v současné době hospitalizován.“
- Tvrzení C8 – „Ve zdravotnickém zařízení se dobře orientuji díky vhodnému rozmístění navigačních tabulí, informačních panelů apod.“
- Tvrzení C9 – „Jsem spokojený s úrovní čistoty a úklidu na oddělení, na kterém jsem v současné době hospitalizován.“
- Tvrzení C10 – „Toto zdravotnické zařízení bych rozhodně doporučil své rodině a známým.“

V tabulce byla tato tvrzení označena pouze jako „C1“, „C2“ a tak dále až „C10“, protože je opět samotná tabulka poměrně velká. „Absolutní četnost“ byla označena písmenem „N“ a „relativní četnost“ byla označena symbolem „%“.

Tabulka 5 Postoje pacientů k zdravotnickému zařízení

Tvrzení (část C)	Zcela souhlasím.		Spíše souhlasím.		Ani nesouhlasím, ani souhlasím.		Spíše nesouhlasím.		Zcela nesouhlasím.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
C1	55	68,75 %	23	28,75 %	2	2,50 %	0	0,00 %	0	0,00 %
C2	39	48,75 %	25	31,25 %	14	17,50 %	2	2,50 %	0	0,00 %
C3	32	40,00 %	23	28,75 %	15	18,75 %	6	7,50 %	4	5,00 %
C4	14	17,50 %	19	23,75 %	37	46,25 %	6	7,50 %	4	5,00 %
C5	1	1,25 %	7	8,75 %	27	33,75 %	45	56,25 %	0	0,00 %
C6	44	55,00 %	14	17,50 %	12	15,00 %	9	11,25 %	1	1,25 %
C7	58	72,50 %	12	15,00 %	8	10,00 %	2	2,50 %	0	0,00 %
C8	53	66,25 %	15	18,75 %	4	5,00 %	6	7,50 %	2	2,50 %
C9	46	57,50 %	21	26,25 %	13	16,25 %	0	0,00 %	0	0,00 %
C10	53	66,25 %	17	21,25 %	10	12,50 %	0	0,00 %	0	0,00 %



Graf 3 Postoje pacientů k zdravotnickému zařízení

Tvrzení v části C dotazníku jsou z převážné části (kromě tvrzení 4 a 5) laděna pozitivně. Pro tuto část byly tedy odpovědi ve formě Likertových škál zakódovány následujícím způsobem:

- Zcela souhlasím ... 5
- Spíše souhlasím ... 4
- Ani nesouhlasím, ani souhlasím ... 3
- Spíše nesouhlasím ... 2
- Zcela nesouhlasím ... 1

Tvrzení 4 a tvrzení 5 jsou laděna negativně, tudíž pro tuto část jsou Likertovy škály odpovědí zakódované opačně, tedy následujícím způsobem:

- Zcela souhlasím ... 1
- Spíše souhlasím ... 2
- Ani nesouhlasím, ani souhlasím ... 3
- Spíše nesouhlasím ... 4
- Zcela nesouhlasím ... 5

Nejprve byla vyhodnocena reliabilita pomocí koeficientu reliability Cronbachovy alfy. Ta pro část C vyšla přibližně 0,892, z čehož plyne, že data jsou dostatečně reliabilní, tudíž dostatečně spolehlivá a přesná.

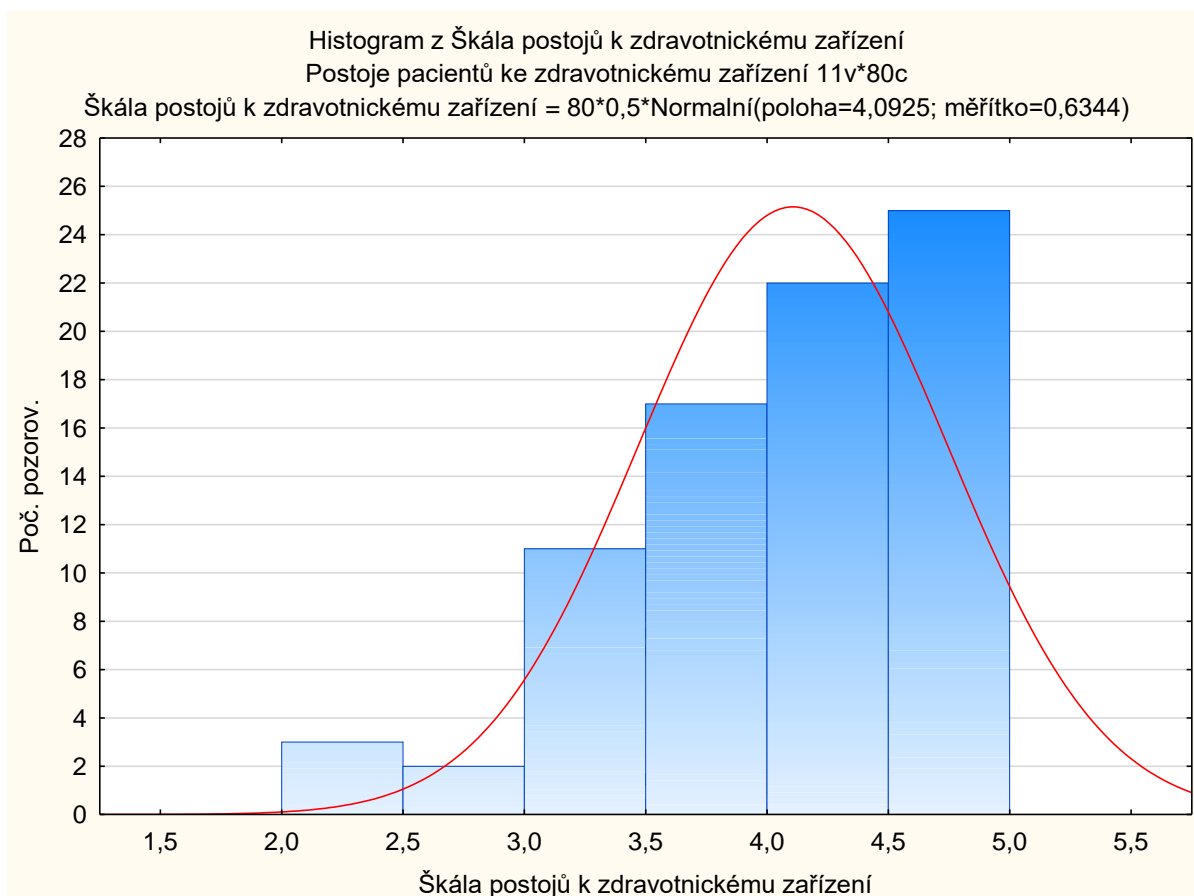
Je tedy opět možné přistoupit k vyhodnocení aritmetického průměru a směrodatné odchylky.

Tabulka 6 Průměry a směrodatné odchylky pro postoje pacientů k zdravotnickému zařízení

Tvrzení (část C)	Průměry a směrodatné odchylky (Postoje pacientů k zdravotnickému zařízení)	
	Průměr	Směrodatná odchylka
C1	4,662500	0,526362
C2	4,262500	0,838077
C3	3,912500	1,160464
C4	2,587500	1,027394
C5	3,450000	0,709787
C6	4,137500	1,122201
C7	4,575000	0,775821
C8	4,387500	1,049337
C9	4,412500	0,757974
C10	4,537500	0,710567
<u>Škála postojů pacientů k zdravotnickému zařízení</u>	<u>4,092500</u>	<u>0,634409</u>

Z Tabulky 5, Grafu 3 a Tabulky 6 vyplývá, že pacienti zaujímají převážně souhlasné postoje s výše uvedenými tvrzeními, což znamená, že zaujímají k zdravotnickému zařízení převážně pozitivní postoje.

Výslednou škálu postojů pacientů k zdravotnickému zařízení je možné zobrazit v histogramu, aby bylo vidět rozložení jednotlivých dat (viz Obrázek 3). Z histogramu je zřejmé, že jsou data lehce zešíkmená doprava.



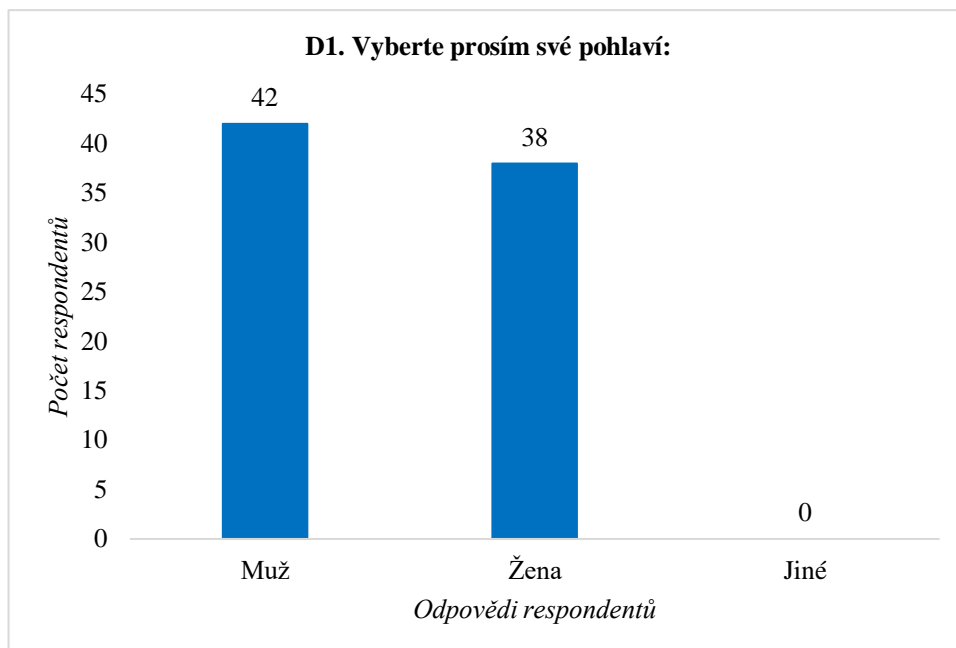
Obrázek 3 Histogram pro škálu postojů pacientů k zdravotnickému zařízení

4.4 Deskriptivní výsledky části D dotazníku

Část D dotazníku byla zaměřena na získání **informací o charakteristikách souboru**. Zajímaly nás informace týkající se demografických údajů, tedy pohlaví respondentů, jejich věku, jejich nejvyššího dokončeného vzdělání, rodinného stavu, a dále některé informace o jejich zdravotním stavu a hospitalizaci v nemocnici.

Tabulka 7 Četnosti odpovědí na otázku D1 „Vyberte prosím své pohlaví:“

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Kumulativní absolutní četnost N_i	Relativní četnost f_i	Kumulativní relativní četnost F_i
muž	42	42	52,50 %	52,50 %
žena	38	80	47,50 %	100,00 %
jiné	0	80	0,00 %	100,00 %
Celkem	80		100,00 %	

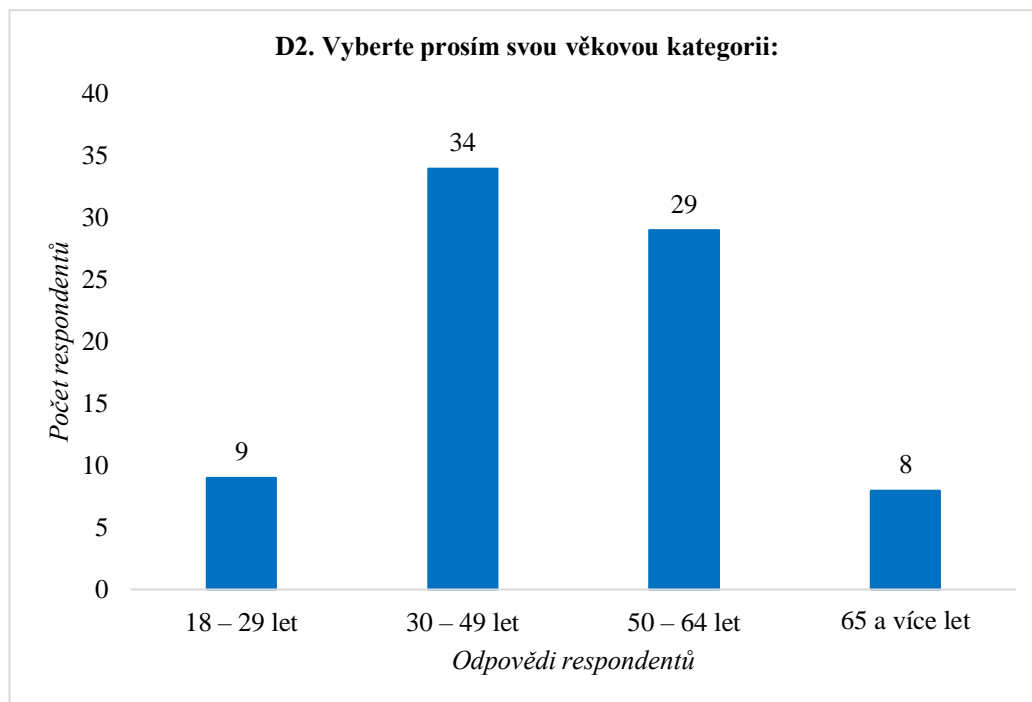


Graf 4 Četnosti odpovědí na otázku D1 „Vyberte prosím své pohlaví:“

Z Tabulky 7 a Grafu 4 můžeme vidět, jaké bylo v našem výzkumu zastoupení mužů a žen. 42 respondentů (52,5 %) byli muži, 38 dotázaných (47,5 %) byly ženy. Možnost „jiné“ nezvolil žádný respondent.

Tabulka 8 Četnosti odpovědí na otázku D2 „Vyberte prosím svou věkovou kategorii:“

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Kumulativní absolutní četnost N_i	Relativní četnost f_i	Kumulativní relativní četnost F_i
18–29 let	9	9	11,25 %	11,25 %
30–49 let	34	43	42,50 %	53,75 %
50–64 let	29	72	36,25 %	90,00 %
65 a více let	8	80	10,00 %	100,00 %
Celkem	80		100,00 %	

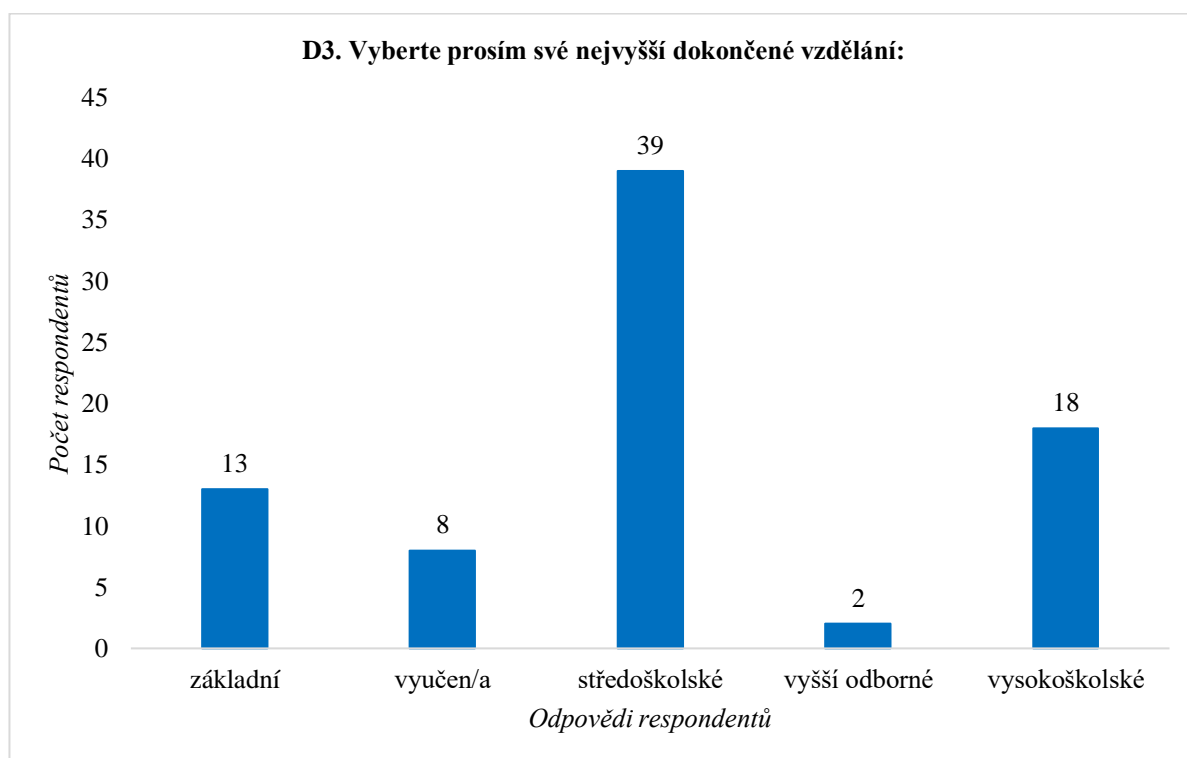


Graf 5 Četnosti odpovědí na otázku D2 „Vyberte prosím svou věkovou kategorii:“

Tabulka 8 a Graf 5 ukazují data o věkovém rozložení respondentů. Je patrné, že nejvíce zastoupená byla věková kategorie „30–49 let“, do níž spadá 34 respondentů (42,5 %). Druhou nejčetnější věkovou skupinou byla kategorie „50–64 let“ s celkem 29 respondenty (36,25 %). Do věkové kategorie „18–29 let“ spadá 9 respondentů (11,25 %). Nejméně zástupců bylo z kategorie „65 a více let“, a to 8 (10 %).

Tabulka 9 Četnosti odpovědí na otázku D3 „Vyberte prosím své nejvyšší dokončené vzdělání:“

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Kumulativní absolutní četnost N_i	Relativní četnost f_i	Kumulativní relativní četnost F_i
základní	13	13	16,25 %	16,25 %
vyučen/a	8	21	10,00 %	26,25 %
středoškolské	39	60	48,75 %	75,00 %
vyšší odborné	2	62	2,50 %	77,50 %
vysokoškolské	18	80	22,50 %	100,00 %
Celkem	80		100,00 %	

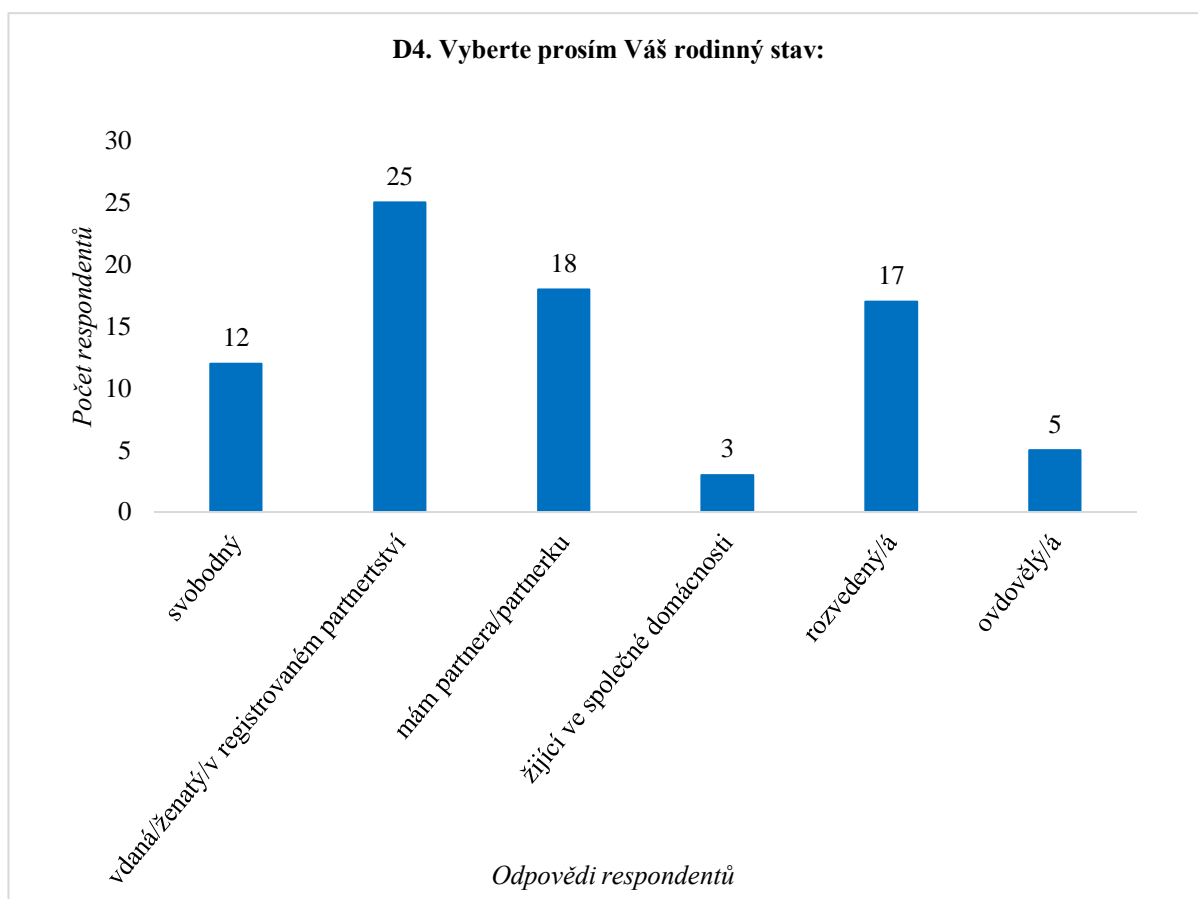


Graf 6 Četnosti odpovědí na otázku D3 „Vyberte prosím své nejvyšší dokončené vzdělání:“

Tabulka 9 a Graf 6 demonstrují informace o nejvyšším dokončeném vzdělání respondentů. 13 respondentů (16,25 %) zvolilo, že jejich nejvyšší dokončené vzdělání je „základní“. „Vyučeno“ pak bylo 8 respondentů (10 %). Nejčastěji zvolenou odpovědí bylo vzdělání „středoškolské“, tuto možnost zvolilo 39 respondentů (48,75 %). „Vyšší odborné“ vzdělání pak dokončili 2 odpovídající (2,5 %). „Vysokoškolské“ vzdělání mělo 18 respondentů (22,5 %).

Tabulka 10 Četnosti odpovědí na otázku D4 „Vyberte prosím Váš rodinný stav:“

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Kumulativní absolutní četnost N_i	Relativní četnost f_i	Kumulativní relativní četnost F_i
svobodný/á	12	12	15,00 %	15,00 %
vdaná/ženatý/ v registrovaném partnerství	25	37	31,25 %	46,25 %
mám partnera/ partnerku	18	55	22,50 %	68,75 %
žijící ve společné domácnosti	3	58	3,75 %	72,50 %
rozvedený/á	17	75	21,25 %	93,75 %
ovdovělý/á	5	80	6,25 %	100,00 %
Celkem	80		100,00 %	

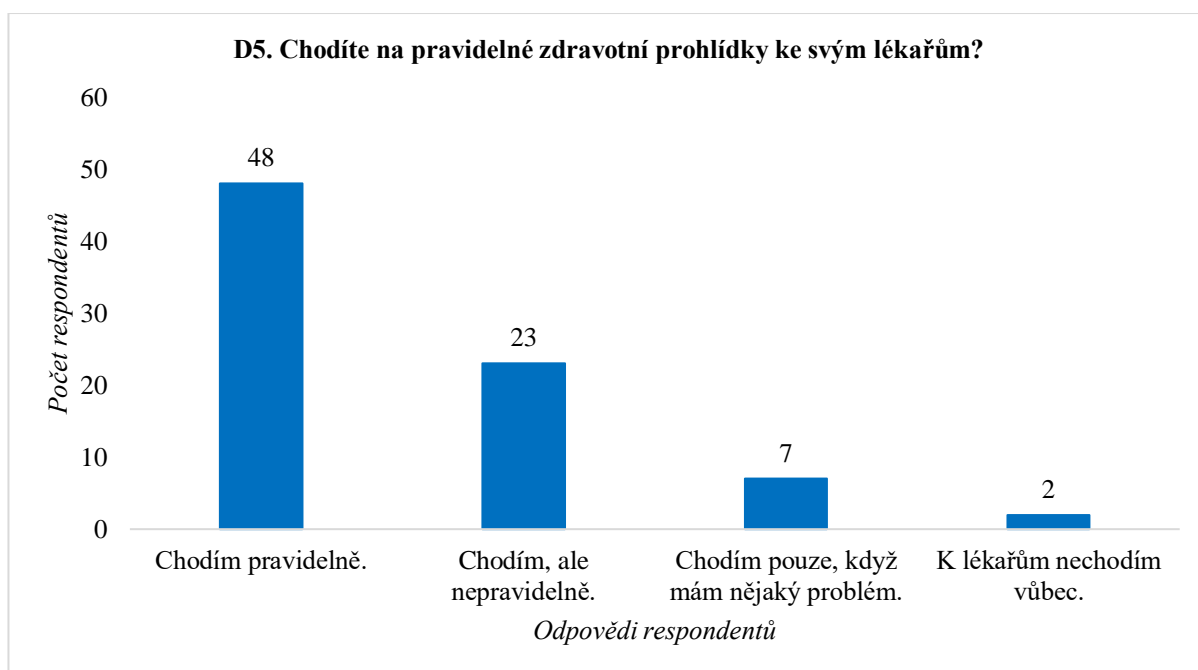


Graf 7 Četnosti odpovědí na otázku D4 „Vyberte prosím Váš rodinný stav:“

Z Tabulky 10 a Grafu 7 je patrné, že rodinný stav respondentů byl poměrně různorodý. Možnost „svobodný“ vybralo 12 respondentů (15 %). Největší zastoupení měli respondenti „vdaní/ženatí/v registrovaném partnerství“, a to 25 (31,25 %). 18 dotázaných (22,5 %) zvolilo odpověď „mám partnera/partnerku“. „Ve společné domácnosti“ žili 3 pacienti (3,75 %). 17 respondentů (21,25 %) odpovědělo, že jsou „rozvedení“ a 5 respondentů (6,25 %) „ovdovělí“.

Tabulka 11 Četnosti odpovědí na otázku D5 „Chodíte na pravidelné zdravotní prohlídky ke svým lékařům?“

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Kumulativní absolutní četnost N_i	Relativní četnost f_i	Kumulativní relativní četnost F_i
Chodím pravidelně.	48	48	60,00 %	60,00 %
Chodím, ale nepravidelně.	23	71	28,75 %	88,75 %
Chodím pouze, když mám nějaký problém.	7	78	8,75 %	97,50 %
K lékařům nechodím vůbec.	2	80	2,50 %	100,00 %
Celkem	80		100,00 %	

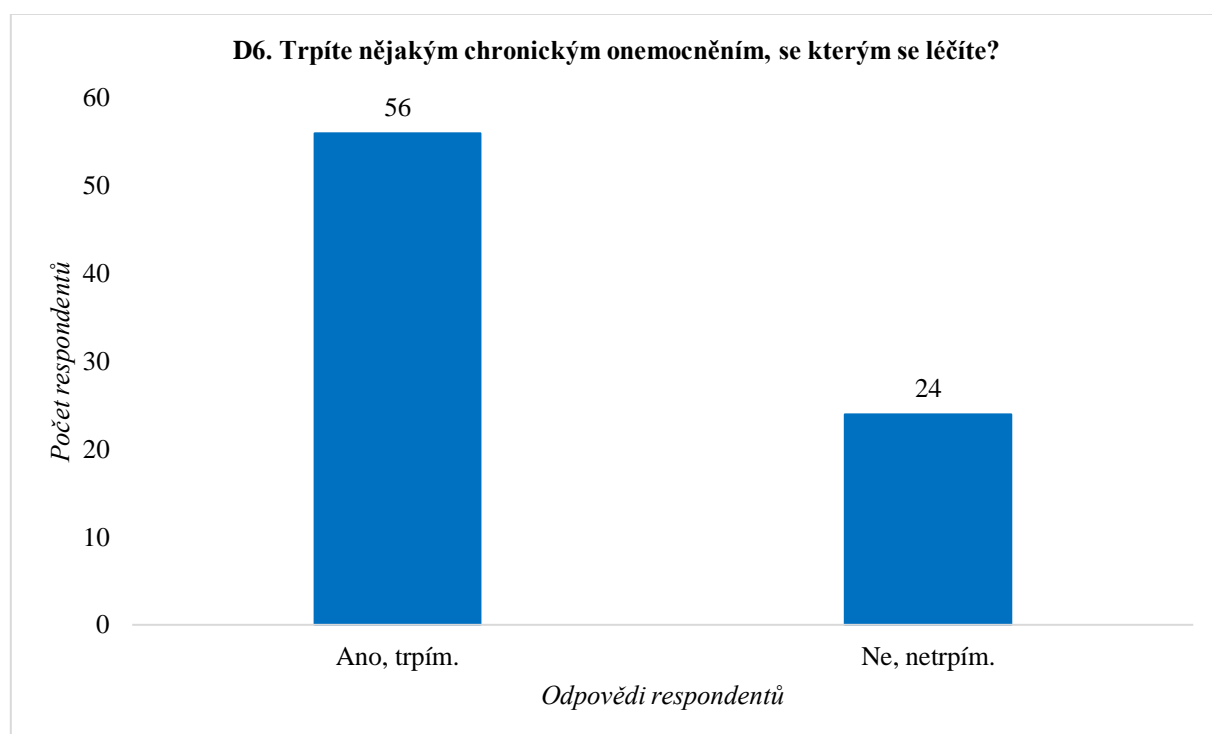


Graf 8 Četnosti odpovědí na otázku D5 „Chodíte na pravidelné zdravotní prohlídky ke svým lékařům?“

V Tabulce 11 a Grafu 8 můžeme vidět, zda respondenti chodí na pravidelné zdravotní prohlídky ke svým lékařům. 48 respondentů (60 %) odpovědělo, že na zdravotní prohlídky chodí pravidelně. Na zdravotní prohlídky chodí, ale nepravidelně 23 respondentů (28,75 %). 7 dotázaných pacientů (8,75 %) zvolilo možnost „Chodím pouze, když mám nějaký problém“. 2 pacienti (2,5 %) pak k lékařům nechodí vůbec.

Tabulka 12 Četnosti odpovědí na otázku D6 „Trpíte nějakým chronickým onemocněním, se kterým se léčíte?“

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Kumulativní absolutní četnost N_i	Relativní četnost f_i	Kumulativní relativní četnost F_i
Ano, trpím.	56	56	70,00 %	70,00 %
Ne, netrpím.	24	80	30,00 %	100,00 %
Celkem	80		100,00 %	

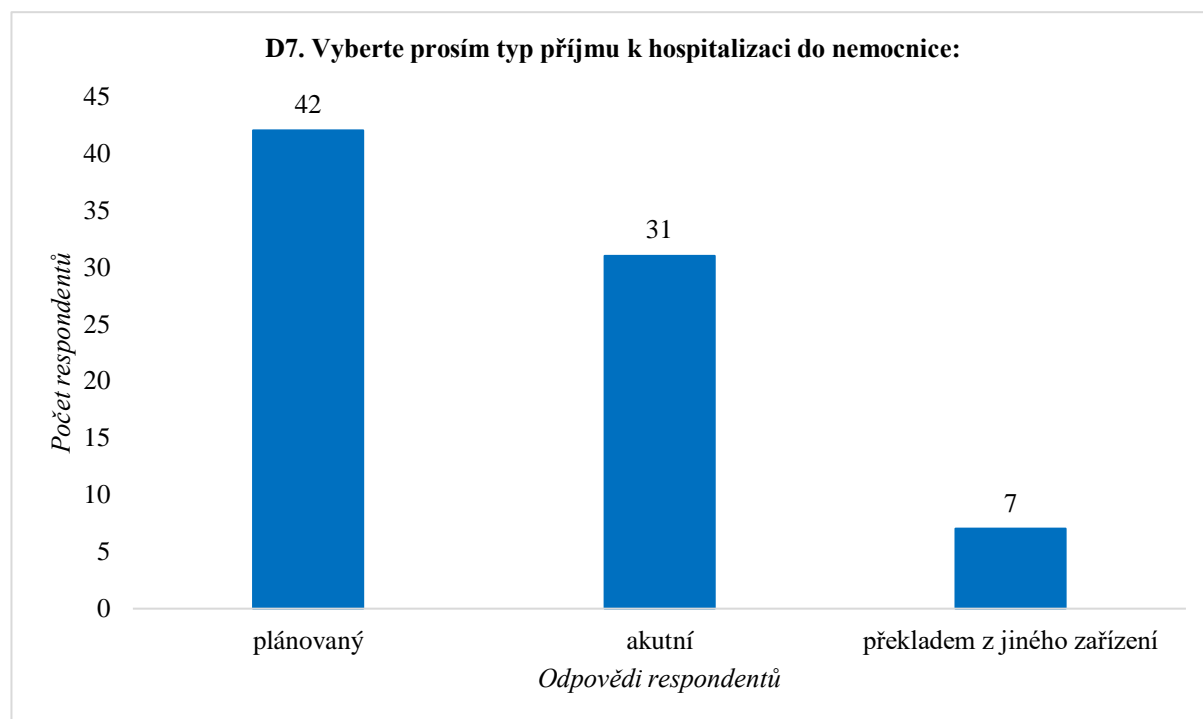


Graf 9 Četnosti odpovědí na otázku D6 „Trpíte nějakým chronickým onemocněním, se kterým se léčíte?“

Tabulka 12 a Graf 9 ukazují, zda oslovení pacienti trpí nějakým chronickým onemocněním, se kterým se léčí. 56 respondentů (70 %) zvolilo možnost, že chronickým onemocněním, se kterým se léčí, trpí; zbylých 24 (30 %) pak chronickým onemocněním netrpí.

Tabulka 13 Četnosti odpovědí na otázku D7 „Vyberte prosím typ příjmu k hospitalizaci do nemocnice:“

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Kumulativní absolutní četnost N_i	Relativní četnost f_i	Kumulativní relativní četnost F_i
plánovaný	42	42	52,50 %	52,50 %
akutní	31	73	38,75 %	91,25 %
překladem z jiného zařízení	7	80	8,75 %	100,00 %
Celkem	80		100,00 %	

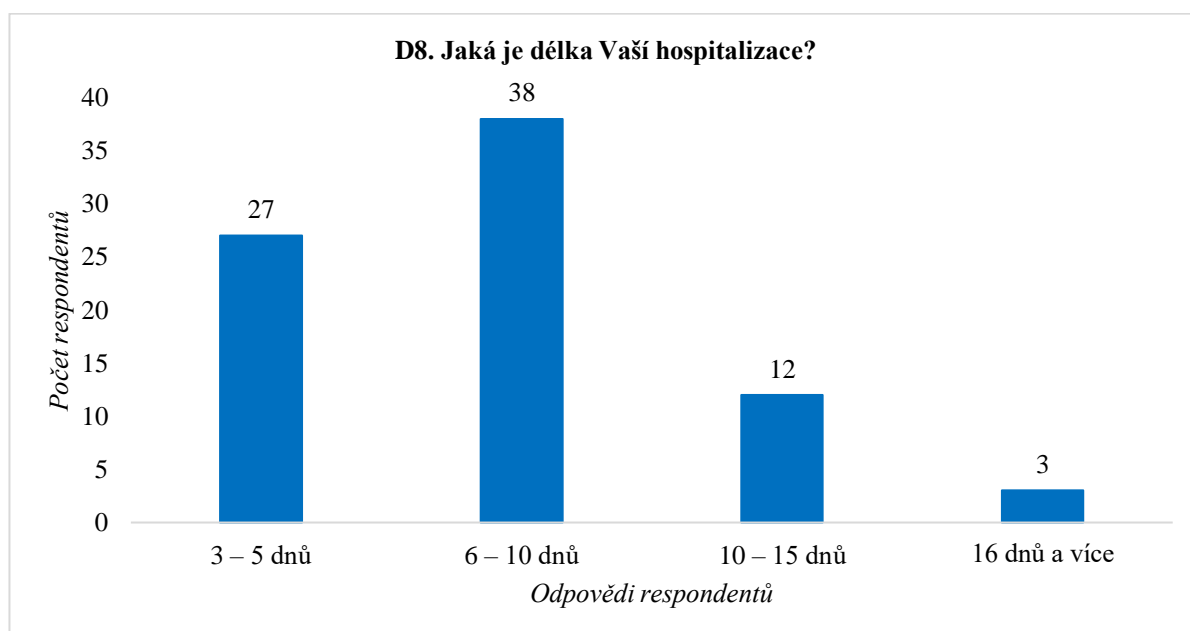


Graf 10 Četnosti odpovědí na otázku D7 „Vyberte prosím typ příjmu k hospitalizaci do nemocnice:“

Tabulka 13 a Graf 10 demonstrují, jakým způsobem byli oslovení pacienti přijati do nemocnice. 42 pacientů (52,5 %) odpovědělo, že byli do nemocnice přijati plánovaně. Akutní příjem proběhl u 31 pacientů (38,75 %). Z jiného zařízení bylo přeloženo 7 pacientů (8,75 %).

Tabulka 14 Četnosti odpovědí na otázku D8 „Jaká je délka Vaší hospitalizace?“

Odpovědi	Absolutní četnost n_i	Kumulativní absolutní četnost N_i	Relativní četnost f_i	Kumulativní relativní četnost F_i
3–5 dnů	27	27	33,75 %	33,75 %
6–10 dnů	38	65	47,50 %	81,25 %
10–15 dnů	12	77	15,00 %	96,25 %
16 dnů a více	3	80	3,75 %	100,00 %
Celkem	80		100,00 %	



Graf 11 Četnosti odpovědí na otázku D8 „Jaká je délka Vaší hospitalizace?“

Z Tabulky 14 a Grafu 11 je patrné, že nejčastějším intervalem délky hospitalizace pacientů na oddělení je 6–10 dnů, hospitalizaci trvající tuto dobu označilo 38 pacientů (47,5 %). Druhým nejčastějším intervalem délky hospitalizace je 3–5 dnů, po tuto dobu bylo hospitalizovaných 27 pacientů (33,75 %). 10–15 dnů bylo hospitalizováno 12 pacientů (15 %). Nejméně častým intervalem délky hospitalizace pacientů na oddělení bylo 16 a více dnů, po tuto dobu byli hospitalizováni pouze 3 oslovení pacienti (3,75 %).

4.5 Statistické testování hypotéz

V předchozích podkapitolách 4.1 až 4.3 zaměřených na popis deskriptivních výsledků částí A, B a C dotazníku byla pro každou z částí dotazníku A, B a C získána průměrná hodnota „postojů“, které oslovení pacienti zaujímají k prožívání nemoci, přístupu zdravotníků a k zdravotnickému zařízení. Tyto tři hodnoty byly v rámci statistického testování hypotéz porovnávány, aby bylo možné zjistit, jestli jsou nebo nejsou mezi jednotlivými třemi skupinami postojů pacientů statisticky významné rozdíly, a tedy tím potvrdit nebo vyvrátit stanovené hypotézy.

Pro vyhodnocení platnosti hypotéz byl využit Wilcoxonův test pro závislé výběry. Každá ze stanovených 3 hypotéz byla vyhodnocena zvlášť v následujících podkapitolách.

4.5.1 Statistické testování hypotézy 1

Je vhodné si připomenout znění nulové hypotézy 1 a alternativní hypotézy 1:

H_{10} : Mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji k přístupu zdravotnického personálu nejsou statisticky významné rozdíly.

H_{1A} : Mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji k přístupu zdravotnického personálu jsou statisticky významné rozdíly.

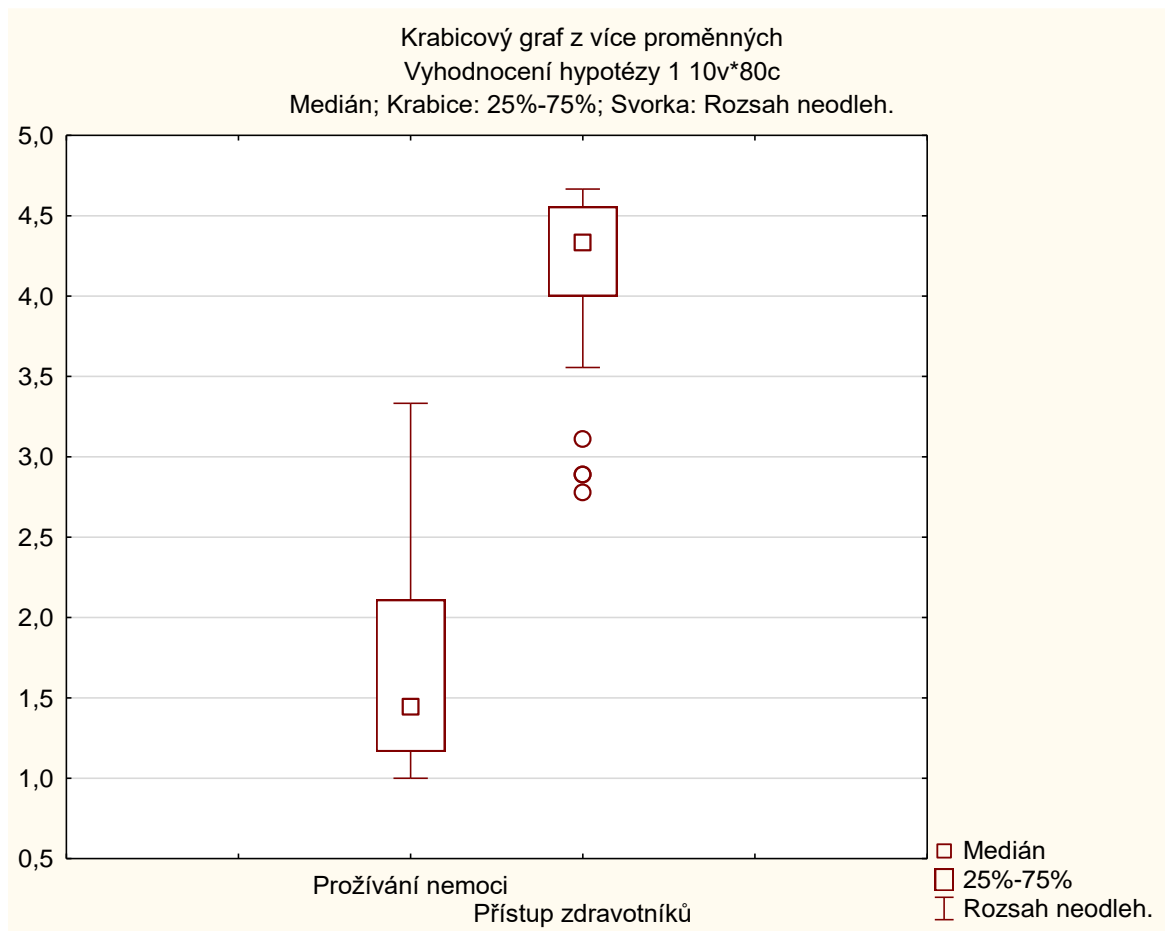
Výsledky Wilcoxonova testu pro závislé výběry, pomocí kterého byla testována platnost hypotézy 1, jsou uvedeny v Tabulce 15:

Tabulka 15 Wilcoxonův test pro závislé výběry pro hypotézu 1

Dvojice proměnných	Wilcoxonův párový test Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$			
	Platných N	T	Z	p-hodnota
Škála postojů pacientů k prožívání nemoci & Škála postojů pacientů k přístupu zdravotníků	80	0,00	7,769985	0,000000

Z Tabulky 15 je možno vidět, že p-hodnota vyšla menší 0,001, což znamená, že nulová hypotéza H_{10} je zamítnuta a hypotéza alternativní H_{1A} přijata: „Mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji k přístupu zdravotnického personálu jsou statisticky významné rozdíly.“

Pro porovnání rozdílu mezi mediány škál postojů pacientů k prožívání nemoci a postojů pacientů k přístupu zdravotníků je možno využít krabicový graf (viz Obrázek 4).



Obrázek 4 Krabicový graf pro porovnání postojů pacientů k prožívání nemoci a postojů pacientů k přístupu zdravotníků

4.5.2 Statistické testování hypotézy 2

Je opět vhodné si připomenout znění nulové hypotézy 2 a alternativní hypotézy 2:

H_{20} : Mezi postoji pacientů k přístupu zdravotnického personálu a postoji pacientů k nemocničnímu prostředí nejsou statisticky významné rozdíly.

H_{2A} : Mezi postoji pacientů k přístupu zdravotnického personálu a postoji pacientů k nemocničnímu prostředí jsou statisticky významné rozdíly.

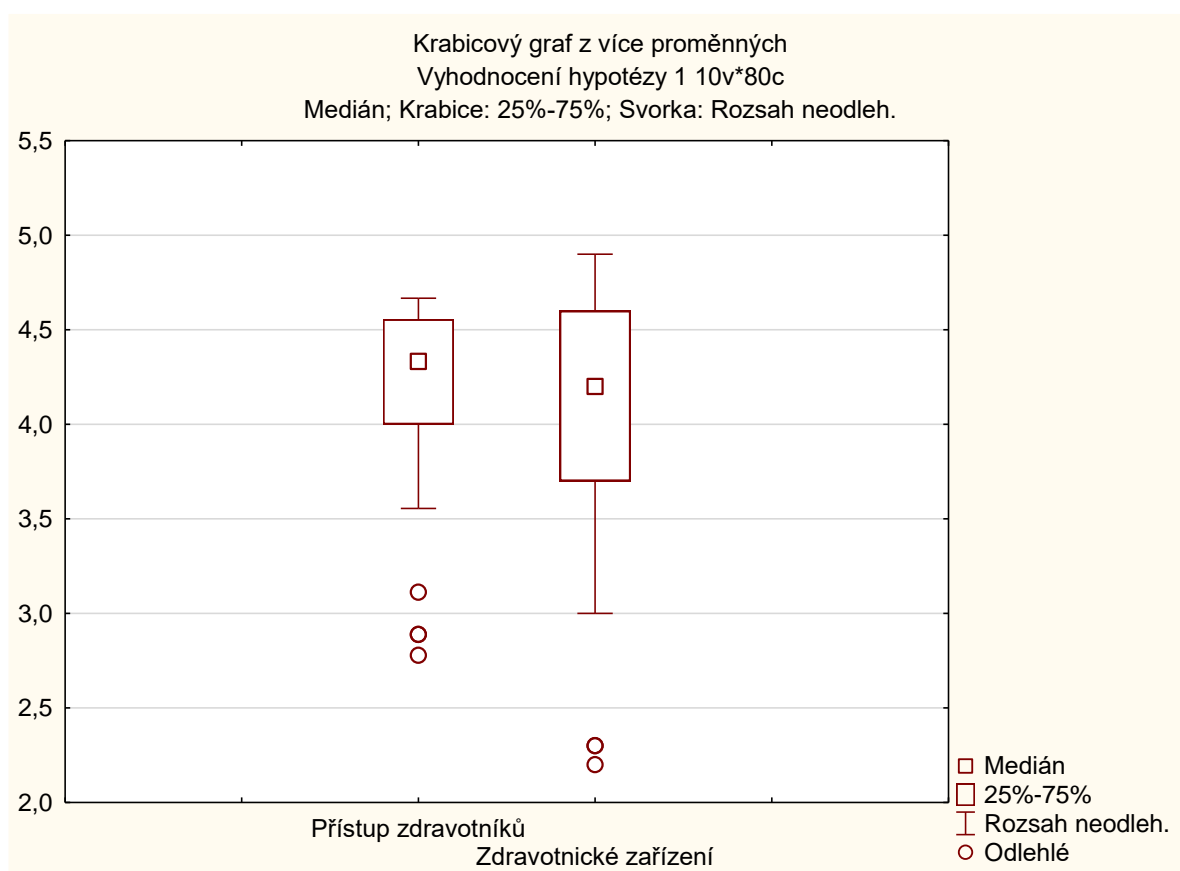
Výsledky Wilcoxonova testu pro závislé výběry, pomocí kterého byla testována platnost hypotézy 2, jsou uvedeny v Tabulce 16:

Tabulka 16 Wilcoxonův test pro závislé výběry pro hypotézu 2

Dvojice proměnných	Wilcoxonův párový test Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$			
	Platných N	T	Z	p-hodnota
Škála postojů pacientů k přístupu zdravotníků & Škála postojů pacientů k zdravotnickému zařízení	80	1266,500	1,695488	0,089984

Z Tabulky 16 je možno vidět, že p-hodnota vyšla větší než 0,05. Tudíž mezi postoji pacientů k přístupu zdravotníků a přístupu ke zdravotnickému zařízení se neprokázal statisticky významný rozdíl. Není možné tudíž přijmout alternativní hypotézu H_{2A} , protože se statisticky významný rozdíl neprokázal.

Pro porovnání rozdílů mezi mediány škál postojů pacientů k přístupu zdravotníků a postoji pacientů k zdravotnickému zařízení je možno opět využít krabicový graf (viz Obrázek 5).



Obrázek 5 Krabicový graf pro porovnání postojů pacientů k přístupu zdravotníků a postoji pacientů k zdravotnickému zařízení

4.5.3 Statistické testování hypotézy 3

Je opět vhodné si připomenout znění nulové hypotézy 3 a alternativní hypotézy 3:

H_{3_0} : Mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji pacientů k nemocničnímu prostředí nejsou statisticky významné rozdíly.

H_{3_A} : Mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji pacientů k nemocničnímu prostředí jsou statisticky významné rozdíly.

Výsledky Wilcoxonova testu pro závislé výběry, pomocí kterého byla testována platnost hypotézy 3, jsou uvedeny v Tabulce 17:

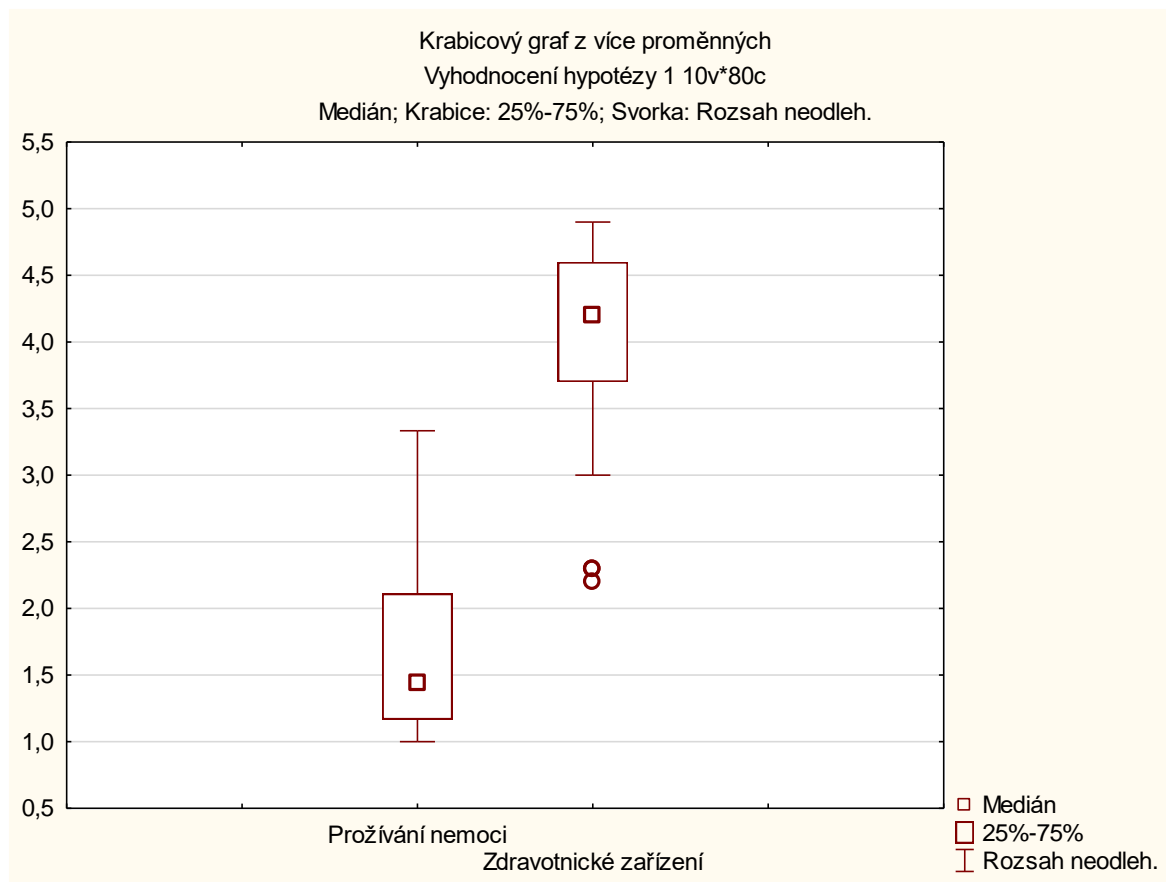
Tabulka 17 Wilcoxonův test pro závislé výběry pro hypotézu 3

Dvojice proměnných	Wilcoxonův párový test Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$			
	Platných N	T	Z	p-hodnota
Škála postojů pacientů k prožívání nemoci & Škála postojů pacientů k zdravotnickému zařízení	79	4,000000	7,702022	0,000000

Z Tabulky 17 je možné vidět, že p-hodnota vyšla menší 0,001, což znamená, že nulová hypotéza H_{3_0} je zamítnuta a hypotéza alternativní H_{3_A} přijata: „Mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji ke zdravotnickému zařízení jsou statisticky významné rozdíly.“

V Tabulce 17 je dále možné vidět číslo 79 u „platných N“. Na první pohled to působí, jako by ve vyhodnocení chybělo jedno pozorování. Autorka diplomové práce provedla opakovaně pečlivě několik kontrol, a tabulka pokaždé vyšla stejně. Byla provedena tedy ještě jedna kontrola, a to ve statistickém softwaru SPSS, ve kterém hodnoty T, Z i p-hodnota vyšly stejně, počet pozorování („platných N“) zde byl 80. Wilcoxonův test je založen na principu pořadí diferencí (diference je rozdíl mezi jednotlivými páry hodnot). U jednoho pozorování došlo k tomu, že některý z pacientů získal stejné skóre u obou vyhodnocovaných škál, a tím pádem vyšla diference nulová a nedošlo tedy k přidělení pořadí. Program Statistica 14 tedy díky tomu uvedl, že se pracovalo se 79 diferencemi (ve skutečnosti se pracovalo s 80, ale jedna je nulová). Uvedený Wilcoxonův test v programu SPSS je uveden v příloze D.

Pro porovnání rozdílu mezi mediány škál postojů pacientů k prožívání nemoci a postojů pacientů k zdravotnickému zařízení je možno opět využít krabicový graf (viz Obrázek 6).



Obrázek 6 Krabicový graf pro porovnání postojů pacientů k prožívání nemoci a postojů pacientů k zdravotnickému zařízení

4.6 Zjišťování korelací mezi jednotlivými škálami postojů pacientů

Na závěr je možné zjistit, jestli jsou mezi škálami postojů pacientů signifikantní korelace. K tomu bylo využito statistického testování pomocí Spearmanových korelací (viz Tabulka 18 na následující straně).

Tabulka 18 Spearmanovy korelace mezi jednotlivými škálami postojů pacientů

Proměnné	Spearmanovy korelace Označené korelace jsou významné na hlad. $p < 0,05000$		
	Škála postojů pacientů k prožívání nemoci	Škála postojů pacientů k přístupu zdravotníků	Škála postojů pacientů k zdravotnickému zařízení
Škála postojů pacientů k prožívání nemoci	1,000000	0,053627	-0,149696
Škála postojů pacientů k přístupu zdravotníků	0,053627	1,000000	-0,021088
Škála postojů pacientů k zdravotnickému zařízení	-0,149696	-0,021088	1,000000

Z výsledné tabulky lze vidět, že mezi jednotlivými škálami nejsou statisticky významné korelace. To znamená, že se změnou hodnot jedné proměnné se nemění hodnoty druhé proměnné. Ve smyslu výsledků to znamená, že to, jaké mají pacienti postoje k svému onemocnění, nemá vztah k postojům pacientů k zdravotnickému personálu nebo postojům k zdravotnickému zařízení.

5 DISKUZE

Výzkumná část diplomové práce se zabývá postoji vybraného souboru ošetrovatelské péče k ošetrovatelské péči ve zdravotnických zařízeních, konkrétněji postoji pacientů k ošetrovatelské péči v nemocnici. Byl stanoven hlavní cíl výzkumu, a to zjistit, jaké jsou postoje vybraného souboru respondentů a) k prožívání nemoci, b) k přístupu zdravotnického personálu a c) k nemocničnímu prostředí. Následně byly stanoveny dva dílčí výzkumné cíle práce. Prvním dílčím výzkumným cílem bylo identifikovat statisticky významné rozdíly mezi postoji zkoumaného souboru v oblasti prožívání nemoci a postoji k přístupu zdravotnického personálu, a druhým dílčím výzkumným cílem bylo identifikovat statisticky významné rozdíly mezi postoji zkoumaného souboru v oblasti prožívání nemoci a postoji k nemocničnímu prostředí. K dílčím výzkumným cílům byly formulovány výzkumné otázky.

V této diplomové práci bylo zjištěno, že postoje vybraného souboru respondentů (pacientů hospitalizovaných v nemocnici) k prožívání nemoci jsou převážně negativní, což je odpověď na první výzkumnou otázku „Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k prožívání nemoci?“. Naopak postoje vybraného souboru respondentů (pacientů hospitalizovaných v nemocnici) k přístupu zdravotnického personálu či ke zdravotnickému zařízení jsou převážně pozitivní, což jsou odpovědi na druhou výzkumnou otázku „Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k přístupu zdravotnického personálu?“ a třetí výzkumnou otázku „Jaké jsou postoje zkoumaného souboru k nemocničnímu prostředí?“. Čtvrtou výzkumnou otázkou byla snaha zjistit, zda existují mezi postoji pacientů k výše uvedeným skutečnostem statisticky významné rozdíly, což bylo zjišťováno pomocí testování hypotéz a testováním korelací mezi jednotlivými škálami. Testování hypotéz proběhlo pomocí Wilcoxonova testu pro závislé výběry a testování korelací mezi jednotlivými škálami proběhlo pomocí Spearmanových korelací.

Z výsledků testování vyplynulo, že statisticky významné rozdíly jsou mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji pacientů k přístupu zdravotnického personálu. Stejně tak jsou statisticky významné rozdíly mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji pacientů k nemocničnímu prostředí. Naopak statisticky významné rozdíly se neprokázaly mezi postoji pacientů k přístupu zdravotníků a postoji k nemocničnímu prostředí. Testování pomocí Spearmanových korelací prokázalo, že to, jaké mají pacienti postoje k svému onemocnění, nemá vztah k postojům pacientů k zdravotnickému personálu nebo postojům k zdravotnickému zařízení.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 80 respondentů, z toho 42 respondentů (52,5 %) byli muži a 38 respondentek (47,5 %) byly ženy. Vzdělání i rodinný stav respondentů byl poměrně různorodý. Pacienti, kteří se zúčastnili naší studie, byli převážně do nemocnice přijati plánovaně (52,5 %) a trpěli nějakým chronickým onemocněním, se kterým se léčí (70 %). Nejčastěji byli na oddělení hospitalizováni mezi 6 a 10 dny (47,5 %).

Jedním ze zjištěných závěrů naší studie bylo, že postoje zkoumaného souboru pacientů k prožívání nemoci jsou převážně negativní. K podobnému závěru došly i polské výzkumnice Pawlikowska-Łagód a Suchodolska v letech 2018 až 2019. Ty zkoumaly, jak vnímají své vlastní onemocnění pacienti starší 60 let hospitalizovaní na různých odděleních různých nemocnic ve městě Lublin. Bylo zjištěno, že oslovení pacienti vnímají své onemocnění spíše negativně, a to v tom smyslu, že negativně ovlivňuje jak jejich fyzické zdraví, tak i psychickou stránku. Autorky pak upozorňují na to, že negativní postoje k vlastnímu onemocnění mohou vést nejen k nedůvěře k zdravotnickému personálu, ale následně také k problémům ve fungování systému zdravotní péče. (Pawlikowska-Łagód a Suchodolska, 2022, s. 2–9)

Další ze studií zabývajících se postoji pacientů k prožívání nemoci byla studie ruských vědkyň publikovaná v listopadu roku 2014. Elena Nikolaeva a Oksana Elnikova v ní porovnávaly postoje k nemoci mezi třemi skupinami respondentů. První skupinou byli lidé zdraví, druhou skupinou byli lidé, kteří trpěli nějakými zdravotními problémy, ale zároveň netrpěli chronickým onemocněním, a třetí skupinou byli chronicky nemocní. Výsledkem studie bylo, že zástupci druhé skupiny většinou neměli žádný dominující postoj ke své nemoci. Zástupci první a třetí skupiny měli postoje vzájemně podobné, přičemž u obou skupin převažoval nemoc popírající postoj a postoj, kdy nemocní „utíkali“ ze své nemoci do práce, obě skupiny tak aktivně své onemocnění popíraly. (Nikolaeva, Elnikova, 2014, s. 96–99) V rámci této diplomové práce nebyli porovnáváni relativně zdraví a nemocní pacienti, nýbrž byli zahrnuti pouze nemocní (byť se například jednalo jen o málo závažné a život málo ovlivňující onemocnění), proto není možné dojít k stejným závěrům jako výše zmíněné autorky, nicméně je možné říci, že některá použitá tvrzení ve výzkumu této diplomové práce by mohla naznačovat vztah pacientů k onemocnění. Například souhlasné a spíše souhlasné postoje k tvrzením „Nemoc pro mě znamená náročnou životní situaci.“ a „Myslím si, že to, jak nemoc prožívám, má na mé onemocnění vliv.“ mohou naznačovat „nemoc akceptující“ postoj k onemocnění, a tedy opačný než postoj nemoc popírající.

Jednou ze studií zabývajících se postoji pacientů k ošetrovatelské péči byla turecká studie provedená od září do listopadu roku 2014. V rámci této studie se autoři pokusili zjistit, jestli existuje vztah mezi postoji pacientů k ošetrovatelské profesi a vnímáním ošetrovatelské péče. Výsledkem studie bylo, že čím pozitivněji oslovení pacienti vnímali poskytovanou ošetrovatelskou péči, tím pozitivnější postoj vůči ošetrovatelské profesi zaujímal. Spolu s pozitivním postojem a pozitivním vnímáním ošetrovatelské péče rostla i celková spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí. (Midilli, Kirmiziloglu, Kalkim, 2017, s. 1059–1064) Z výzkumu v rámci této diplomové práce vyplynulo, že pacienti mají k poskytované ošetrovatelské péči převážně pozitivní postoje, dalo by se tedy říci, že jejich vnímání ošetrovatelské péče je rovněž pozitivní.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou postojů vybraného souboru osob ošetrovatelské péče k ošetrovatelské péči ve zdravotnických zařízeních. Autorkou byla tato poměrně rozsáhlá oblast zkoumání zúžena na problematiku postojů hospitalizovaných pacientů k ošetrovatelské péči v nemocnici.

Do výzkumného šetření bylo zařazeno celkem 80 osob. Všechny tyto osoby musely splňovat kritéria, která si autorka pro výzkumné šetření stanovila, a to zejména ochota spolupracovat (schopnost podepsat Informovaný souhlas). Dále bylo žádoucí, aby daní hospitalizovaní respondenti byli ve stabilizovaném stavu. 42 respondentů (52,5 %) z výzkumného souboru byli muži a 38 respondentek (47,5 %) byly ženy. Tito pacienti byli do nemocnice přijati převážně plánovaně (52,5 %) a trpěli nějakým chronickým onemocněním, se kterým se léčí (70 %). Nejčastěji byli na oddělení hospitalizováni mezi 6 a 10 dny (47,5 %).

Hlavními cíli diplomové práce bylo zjistit, jaké jsou postoje vybraného souboru respondentů a) k prožívání nemoci, b) k přístupu zdravotnického personálu a c) k nemocničnímu prostředí.

V této diplomové práci bylo zjištěno, že postoje vybraného souboru respondentů (pacientů hospitalizovaných v nemocnici) k prožívání nemoci jsou převážně negativní, naopak k přístupu zdravotnického personálu či ke zdravotnickému zařízení jsou převážně pozitivní.

Díličními výzkumnými cíli práce bylo identifikovat statisticky významné rozdíly mezi postoji zkoumaného souboru v oblasti prožívání nemoci a postoji k přístupu zdravotnického personálu, a identifikovat statisticky významné rozdíly mezi postoji zkoumaného souboru v oblasti prožívání nemoci a postoji k nemocničnímu prostředí. Z výsledků testování vyplynulo, že statisticky významné rozdíly jsou mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji pacientů k přístupu zdravotnického personálu. Stejně tak jsou statisticky významné rozdíly mezi postoji pacientů k prožívání nemoci a postoji pacientů k nemocničnímu prostředí. Naopak statisticky významné rozdíly nebyly prokázány mezi postoji pacientů k přístupu zdravotníků a postoji k nemocničnímu prostředí. Testování hypotéz proběhlo pomocí Wilcoxonova testu pro závislé výběry.

Uvedené testování statisticky významných rozdílů bylo podpořeno testováním korelací mezi jednotlivými škálami. Toto testování proběhlo pomocí Spearmanových korelací a bylo jím prokázáno, že to, jaké mají pacienti postoje k svému onemocnění, nemá vztah k postojům pacientů k zdravotnickému personálu nebo postojům k zdravotnickému zařízení.

Dané téma může být rozvinuto dalšími navazujícími studiemi, např. zkoumání rozdílů postojů pacientů na dvou či více rozdílných odděleních (např. interní oddělení versus oddělení gynekologicko-porodnické), případně rozdílných zdravotnických zařízeních (daný výzkum probíhal v nemocnici fakultního typu; je otázkou, jaké by byly výsledky studie, jestliže by proběhla např. v malé okresní nemocnici). Zajímavým doplněním tématu by mohla být studie ohledně postojů dětských pacientů. Stejně tak by bylo možné v rámci studie porovnat rozdíly mezi postoji žen a mužů, mladších pacientů a pacientů geriatrických či pacientů trpícími některým život nepříjemnějším onemocněním a pacientů relativně zdravých (kteří přišli do nemocnice například pouze kvůli rutinní preventivní kontrole).

Diplomová práce je velkým přínosem zejména pro samotnou autorku diplomové práce, jelikož prostřednictvím svého výzkumného šetření získala mnoho důležitých informací a poznatků z oblasti postojů pacientů k ošetrovatelské péči. Přínosem může být ale i pro ostatní zdravotnické pracovníky i provozovatele zdravotnických zařízení, jelikož poskytuje důležité informace o postojích pacientů k přístupu ošetřujícího personálu i postojích k nemocničnímu prostředí, resp. zdravotnickému zařízení obecně.

7 POUŽITÁ LITERATURA

7.1 Primární zdroje

AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3600-6.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2021. ISBN 978-80-7553-886-4.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2020. ISBN 978-80-7553-842-0.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÝROST, Jozef, Ivan SLAMĚNÍK a Eva SOLLÁROVÁ, ed. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5775-9.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9

7.2 Sekundární zdroje

GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0461-1.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník. 3.*, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

MORSCHITZKY, Hans a HARTL, Thomas. *Strach z nemoci: jak mu rozumět a jak ho překonat*. Přeložila Kateřina PREŠLOVÁ. Praha: Portál, 2020. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1649-0.

7.3 Odborné články

ANAGNOSTOPOULOS, Grigorios et al. Navigational Needs and Requirements of Hospital Staff: Geneva University Hospitals Case Study [online]. 2017, s. 1-8 [cit. 2024-02-21].

Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/319457153_Navigational_Needs_and_Requirements_of_Hospital_Staff_Geneva_University_Hospitals_Case_Study

ARORA, Vineet et al. Effectiveness of SIESTA on Objective and Subjective Metrics of Nighttime Hospital Sleep Disruptors. *Journal of Hospital Medicine* [online]. 2019, 14(1), 38-41 [cit. 2023-11-20]. ISSN 1553-5592. Dostupné z: <https://doi.org/10.12788/jhm.3091>

BIRKHÄUER, Johanna et al. Trust in the healthcare professional and health outcome: A meta-analysis. *Public Library of Science One* [online]. 2017, 12(2), 1-13 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0170988#sec006>

DRAHOŠOVÁ, Lenka a JAROŠOVÁ, Darja. Vnímání pečovatelského chování chirurgickými sestrami a pacienty ve vybraném regionu české republiky. *Kontakt* [online]. 2015, 17(1), 22-28 [cit. 2024-02-05]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2844573359/fulltextPDF/48B40DD3D7C847D5PQ/1?accountid=17239&sourcetype=Scholarly%20Journals>

ERZINCANLI, Saadet a YUKSEL, Arzu. Evaluation of the Quality of Nursing Care Received by Patients. *International Journal of Caring Sciences* [online]. 2021, 14(1), 346-353. [cit. 2024-02-18]. Dostupné z: https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/37_erzincanli_original_14_1.pdf

FERNANDO, G. H. Susantha a Champa J. WIJESINGHE. Quality and standards of hospital food service; a critical analysis and suggestions for improvements. *Galle Medical Journal* [online]. 2017, 22(2), 17-21 [cit. 2023-11-20]. ISSN 1391-7072. Dostupné z: <https://gmj.sljol.info/article/10.4038/gmj.v22i2.7970/>

GIRMAY, Alem et al. Patients expectation strongly associated with patients perception to nursing care: hospital based cross sectional study. *BMC Res Notes* [online]. 2018, 11(1), 310 [cit. 2024-01-15]. ISSN: 1756-0500. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3447-x>

GISHU, Teshome et al. Patients' perception of quality of nursing care; a tertiary center experience from Ethiopia. *BMC Nursing* [online]. 2019, 18, 37 [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0361-z>

HADAŠOVÁ, Livia, FERTAĽOVÁ, Terézia a ONDRIOVÁ, Iveta. Hodnotenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti z pohľadu pacienta. *Grant Journal* [online]. 2021, 10(2), 18-22 [cit. 2024-02-18]. ISSN 1805-0638. Dostupné z: <https://www.grantjournal.com/issue/1002/PDF/1002hadasova.pdf>

CHYTRÝ, Vlastimil a KROUFEK, Roman. Možnosti využití Likertovy škály – základní principy aplikace v pedagogickém výzkumu a demonstrace na příkladu zjišťování vztahu člověka k přírodě. *Scientia in Education* [online]. 2017, 8(1), 2-17 [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.14712/18047106.591>

IRMIŠ, Felix. Stres pacienta v nemocnici, dispozice, empatie. *Praktický lékař* [online]. 2016, 96(1), 5-8 [cit. 2023-11-20]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2016-1/stres-pacienta-v-nemocnici-dispozice-empatie-57349/download?hl=cs>

JOSHI, Ankur et al. Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology* [online]. 2015, 7(4), 396-403 [cit. 2023-01-18]. ISSN 2231-0843. Dostupné z: <https://doi.org/10.9734/BJAST/2015/14975>

KISVETROVÁ, Helena. Postoje ke stáří a stárnutí v současné společnosti. *Profese* [online]. 2019, 12(1), 30-31 [cit. 2024-02-05]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2019/01/04.pdf>

KOLÁŘ, Jozef a AMBRUS, Tünde. Role fyzických osob, kterým je poskytována zdravotní péče – terminologické poznámky. *Česká a slovenská farmacie* [online]. 2022, 71(1), 13-19 [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-farmacie/2022-1-13/role-fyzicky-ch-osob-kterym-je-poskytovana-zdravotni-pece-terminologicke-poznamky-130292>

KREJČOVÁ, Svatava. Komentář k článku „Jak přesvědčit pacienta odmítajícího kolonoskopické vyšetření – kvalitativní studie“ z psychologického hlediska. *Vnitřní lékařství* [online]. 2023, 69(3), 28-29 [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2023/03/15.pdf>

KUBIATKO, Milan. Sémantický diferenciál jako jedna z možností zkoumání postojů k chemii u žáků druhého stupně základních škol. *Scientia in Education* [online]. 2016, 7(1), 2-15 [cit. 2024-02-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.14712/18047106.277>

MAREŠ, Jiří. Znalost zvláštností pacienta: důležitý předpoklad individualizované péče. *Československá psychologie* [online]. 2019, 63(6), 676–690 [cit. 2024-02-05]. ISSN 0009-062X. Dostupné z: <https://kramerius.lib.cas.cz/view/uuid:21fe86e4-0dc6-4010-a77a-21b5620d58fb?article=uuid:b7d1d300-26c6-4e70-8120-619e22af3ee4>

MIDILLI, Tulay, Tulay KIRMIZIOGLU a Asli KALKIM. Affecting factors and relationship between patients' attitudes towards the nursing profession and perceptions of nursing care in a university hospital. *Journal of the Pakistan Medical Association* [online]. 2017, 67(7), 1059-1064 [cit. 2024-03-04]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/318267749_Affecting_factors_and_relationship_between_patients'_attitudes_towards_the_nursing_profession_and_perceptions_of_nursing_care_in_a_university_hospital

NAVARRO, Daniela et al. Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients. *Clinical Nutrition* [online]. 2016, 35(5), 1153-1158 [cit. 2024-02-12]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561415002460>

NIKOLAEVA, Elena a Oksana, ELNIKOVA. Attitude to the Diseases of the People with Different Health Levels. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* [online]. 2014, 159(1), 96-100. [cit. 2024-03-04]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/270293083_Attitude_to_the_Diseases_of_the_People_with_Different_Health_Levels

PAWLIKOWSKA-ŁAGÓD, Katarzyna a Magdalena, SUCHODOLSKA. Perceptions of Own Illness among the Elderly as Measured by the Brief-IPQ Scale and the IPIS. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2022, 19(8), 1-10 [cit. 2024-03-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9031902/>

PRICE, Bob. Understanding attitudes and their effects on nursing practice. *Nursing Standard* [online]. 2015, 30(15), 1-12 [cit. 2024-02-08]. ISSN 0029-6570. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/1784956524?fromopenview=true&pq-origsite=gscholar&sourcetype=Scholarly%20Journals>

PTÁČEK, Radek a kol. Motivace pacienta k léčbě a preventivním opatřením. *Praktický lékař* [online]. 2017, 97(1), 17-22 [cit. 2024-02-08]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-1-15/motivace-pacienta-k-lecbe-a-preventivnim-opatrenim-60391/download?hl=cs>

SCHNEIDER, Iris K. a SCHWARZ, Norbert. Mixed feelings: The case of ambivalence. *Current Opinion in Behavioral Sciences* [online]. 2017, 15(1), 39-45 [cit. 2024-02-08]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352154616302029?via%3Dihub>

SKORUNKA, David. Pacient má rodinu! Individualizovaná péče v systemickém pojetí. *Praktický lékař* [online]. 2018, 98(1), 18-25 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2018-1/pacient-ma-rodinu-individualizovana-pece-v-systemickem-pojeti-63084/download?hl=cs>

7.4 Internetové zdroje

ČESKÁ ASOCIACE NUTRIČNÍCH TERAPEUTŮ, Z. S. [online]. Doporučený postup ESPEN k nemocničnímu stravování. 2022. s. 5-33. [cit. 2024-02-05]. Dostupné z: <https://www.cant.cz/wp-content/uploads/2022/06/Doporu%C4%8Den%C3%BD-postup-ESPEN-k-nemocni%C4%8Dn%C3%ADmu-stravov%C3%A1n%C3%AD.pdf>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách), In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011, § 3, odstavec (1). [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci [online]. Olomouc: Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Vzor informovaného souhlasu pro dotazníková šetření. [cit. 2023-02-25] Dostupné z: https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/Veda_a_Vyzkum/Eticka_komise/vzor_informovany_souhlas_dotazniky_EK_5_2018.docx

GIDDENS, Anthony a Phillip W. SUTTON. *Sociology* [online]. 9th edition. Polity Press, 2021. [cit. 2023-02-07] Dostupné z: <https://www.perlego.com/book/2359514/sociology-pdf>

8 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce</i> (vyplněný a anonymizovaný dokument)	79
Příloha B – <i>Informovaný souhlas s dotazníkovým šetřením</i> (přepřacovaný dokument)	80
Příloha C – <i>Dotazník předkládaný respondentům</i> (vlastní tvorba)	82
Příloha D – <i>Wilcoxonův test pro závislé výběry pro hypotézu 3 vyhodnocený v programu SPSS</i> (vlastní tvorba)	88

Příloha A – Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce (vyplněný a anonymizovaný dokument)



Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce

Příjmení a jméno studenta	Bc. Petra Hrubá, DiS.
Vysoká škola, fakulta, katedra	Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství
Studijní program Studijní obor/ročník	Ošetrovatelství v interních oborech, 2. ročník
Typ práce (bakalářská, magisterská)	Magisterská – diplomová
Téma	Postoje vybraného souboru osob ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních
Jméno vedoucí/ho práce, kontakt	doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D., jana.mareckova@upol.cz
Vyjádření vedoucího práce	Výzkum nebude /bude spojen s finančním zatížením osloveného zařízení.
Soubor respondentů	Hospitalizovaní pacienti v nemocničním zařízení, počet 60
Metodika výzkumu	dotazník
Zahájení výzkumu	20. 2. 2023
Konec výzkumu	12. 3. 2023
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování osobních a citlivých údajů respondentů/organizace a povinnosti mlčenlivosti studenta	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět osobní a citlivé údaje respondentů/ organizace. Jsem si vědom/a, že jsem vázán/a povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkal/a při výkonu své odborné praxe a při nahlížení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky: [redacted]
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení, kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta/ky: [redacted]
Vyjádření odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn*	Název: [redacted] Pracoviště: [redacted] S prováděním výzkumu souhlasím / nesouhlasím Se zveřejněním názvu zařízení v závěrečné práci studenta/ky / v publikacích vycházejících ze závěrečné práce studenta/ky souhlasím / nesouhlasím Jméno: [redacted] Pozice: vrchní sestra [redacted] Razítko a podpis: [redacted]

Vedoucí práce

Vedoucí katedry

Potvrzený souhlas s výzkumem k bakalářské nebo diplomové práci odevzdá student se dvěma výtisky práce na studijní oddělení v termínu dle harmonogramu Fakulty zdravotnických studií.

* V případě výzkumu, kdy respondenty jsou studenti jiných fakult UPa, vyjádření vyplní proděkanka pro studium a vzdělávací činnost Fakulty zdravotnických studií. V případě výzkumu, kdy respondenty jsou studenti FZS, vyjádření vyplní vedoucí katedry, pod kterou student provádějící výzkum patří.

Aktualizace: duben 2021

Příloha B – *Informovaný souhlas s dotazníkovým šetřením* (přepřacovaný dokument)

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: diplomová práce s názvem „Postoje vybraného souboru osob ošetrovatelské péče k ošetrovatelské péči ve zdravotnických zařízeních“

Období realizace: únor – březen 2023

Řešitelé projektu: Bc. Petra Hrubá, DiS.

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je zmapovat postoje hospitalizovaných pacientů k ošetrovatelské péči ve zdravotnických zařízeních. Výsledky výzkumného šetření budou zpracovány a použity v diplomové práci s názvem „Postoje vybraného souboru osob ošetrovatelské péče k ošetrovatelské péči ve zdravotnických zařízeních“. Výzkumnou metodou je dotazníkové šetření. Bude Vám předložen dotazník o čtyřech částech; první tři části dotazníku jsou zaměřené na zjištění Vašich postojů k prožívání nemoci, k přístupu zdravotníků a ke zdravotnickému zařízení, ve čtvrté části budete odpovídat na otázky, které autorce poskytnou informace o charakteristice souboru respondentů (např. pohlaví, věková skupina apod.). Na vyplnění dotazníku Vám bude poskytnut dostatek času a klidu, abyste si své odpovědi mohli dostatečně promyslet. Vyplnění dotazníku Vám zabere maximálně 15 minut Vašeho času. Předkládaný dotazník je zcela anonymní, získané údaje nebudou uváděny ve spojitosti s Vaší osobou a budou použity pouze pro účely výzkumu. Výsledky výzkumu budou anonymně zpracovány a publikovány. Předkládaný Informovaný souhlas bude založen odděleně od dat a výsledků v osobním archivu autorky. V průběhu vyplňování dotazníku se můžete autorky kdykoli na cokoli zeptat.

Z účasti na výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika. Vaše účast je zcela dobrovolná, ale samozřejmě můžete během realizace kdykoli ze spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu. Svou účastí ve výzkumu napomůžete porozumění problematice postojů hospitalizovaných pacientů, což může vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto Informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto Informovaném souhlasu.

Tento Informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Podpis dotazovaného:

Podpis řešitelky projektu:

Dne:

V případě dalších dotazů k uvedenému výzkumu mne můžete kontaktovat:

Bc. Petra Hrubá, DiS., e-mail: petra.hrub@student.upce.cz

2. ročník navazujícího magisterského studia Ošetrovatelství v interních oborech, FZS Univerzity Pardubice

DOTAZNÍK K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážená paní, vážený pane.

Jmenuji se Petra Hrubá a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia, oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, jehož výsledky budou podkladem pro mou diplomovou práci. Dotazník je zcela anonymní a výsledky z něj budou použity pouze pro účely zpracování diplomové práce. U každého tvrzení/otázky označte prosím jen jednu odpověď. Velmi Vám děkuji za vstřícnost a ochotu vyplnit můj dotazník.

S přáním brzkého uzdravení,

Petra Hrubá

1. ČÁST – POSTOJE PACIENTŮ K PROŽÍVÁNÍ NEMOCI:

1. Když jsem nemocný/á nebo se zraním, snažím se vyléčit doma a nevyhledávám pomoc zdravotníků.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
2. Když jsem nemocný/á, vždy respektuji pokyny lékaře a zdravotníků.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
3. Mám úzkost, pokud mám navštívit lékaře.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
4. Nemoc pro mě znamená náročnou životní situaci.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
5. Myslím si, že to, jak nemoc prožívám, má na mé onemocnění vliv.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím

6. Cítím se špatně/provinile, pokud mě mé onemocnění ovlivňuje v soběstačnosti.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
7. Během hospitalizace v nemocnici se cítím osaměle.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
8. Můj postoj k vlastnímu zdraví se vlivem hospitalizace změnil (např. více si dávám pozor na stravu apod.).
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
9. Mám strach, když musím podstoupit nějaký výkon nebo zákrok, o kterém si myslím, že bude bolestivý (např. odběry krve).
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím

2. ČÁST – POSTOJE PACIENTŮ K PŘÍSTUPU ZDRAVOTNÍKŮ:

1. Negativně mě ovlivňuje, když je ke mně ošetřující personál nepřijemný.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
2. Je mi líto zdravotníků, protože je jich málo a jsou přetížení.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
3. Nelíbí se mi, když má na mě sestra málo času.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
4. Dovoluji studentům zdravotnických oborů, aby se na mně učili výkony.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím

5. Důvěřuji více lékařům než sestřám.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
6. O svém onemocnění, jeho průběhu a progresi jsem dostatečně a srozumitelně informován.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
7. Záleží mi na tom, jestli je sestra, která o mě pečuje, vysokoškolsky vzdělaná.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
8. Sestra, která mi jde provádět nějaký výkon, mi před jeho provedením vše dostatečně a srozumitelně vysvětlí.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
9. Sestry i lékaři se maximálně snaží o zachování mého soukromí a intimity.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím

3. ČÁST – POSTOJE PACIENTŮ KE ZDRAVOTNICKÉMU ZAŘÍZENÍ:

1. Mám ve svém okolí dostupné nějaké zdravotnické zařízení.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
2. Jsem spokojený s úrovní zdravotnického zařízení, ve kterém jsem momentálně hospitalizovaný.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
3. V nemocnici mi většinou chutná jídlo, které mi přinesou.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím

4. Během hospitalizace v nemocnici mám problémy se spánkem.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
5. Mé postoje vůči nemocnici ovlivňují medializované případy, kdy byl pacient poškozen.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
6. Jsem spokojený s rozsahem návštěvních hodin.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
7. Jsem spokojený s vybavením oddělení, na kterém jsem v současné době hospitalizován.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
8. Ve zdravotnickém zařízení se dobře orientuji díky vhodnému rozmístění navigačních tabulí, informačních panelů apod.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
9. Jsem spokojený s úrovní čistoty a úklidu na oddělení, na kterém jsem v současné době hospitalizován.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím
10. Toto zdravotnické zařízení bych rozhodně doporučil své rodině a známým.
Zcela souhlasím – Spíše souhlasím – Ani nesouhlasím, ani souhlasím – Spíše nesouhlasím – Zcela nesouhlasím

4. ČÁST – CHARAKTERISTIKY SOUBORU RESPONDENTŮ:

1. Vyberte prosím své pohlaví:
 - a) *muž*
 - b) *žena*
 - c) *jiné*

2. Vyberte prosím svou věkovou kategorii:
 - a) *18 – 29 let*
 - b) *30 – 49 let*
 - c) *50 – 64 let*
 - d) *65 a více let*

3. Vyberte prosím své nejvyšší dokončené vzdělání:
 - a) *základní*
 - b) *vyučen/a*
 - c) *středoškolské*
 - d) *vyšší odborné*
 - e) *vysokoškolské*

4. Vyberte prosím váš rodinný stav:
 - a) *svobodný*
 - b) *vdaná/ženatý/v registrovaném partnerství*
 - c) *mám partnera/partnerku*
 - d) *žijící ve společné domácnosti*
 - e) *rozvedený/á*
 - f) *ovdovělý/á*

5. Chodíte na pravidelné zdravotní prohlídky ke svým lékařům?
 - a) *Chodím pravidelně.*
 - b) *Chodím, ale nepravidelně.*
 - c) *Chodím pouze, když mám nějaký problém.*
 - d) *K lékařům nechodím vůbec.*

6. Trpíte nějakým chronickým onemocněním, se kterým se léčíte?
- a) *Ano, trpím.*
 - b) *Ne, netrpím.*
7. Vyberte prosím typ příjmu k hospitalizaci do nemocnice:
- a) *plánovaný*
 - b) *akutní*
 - c) *překladem z jiného zařízení*
8. Jaká je délka Vaší hospitalizace?
- a) *3 – 5 dnů*
 - b) *6 – 10 dnů*
 - c) *10 – 15 dnů*
 - d) *16 dnů a více*

Příloha D – *Wilcoxonův test pro závislé výběry pro hypotézu 3 vyhodnocený v programu SPSS*
(vlastní tvorba)

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
V3 - V1	Negative Ranks	1 ^a	4,00	4,00
	Positive Ranks	78 ^b	40,46	3156,00
	Ties	1 ^c		
	Total	80		

a. V3 < V1

b. V3 > V1

c. V3 = V1

Test Statistics^a

	V3 - V1
Z	7,702 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000



a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.