

# Vliv hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů

Renáta Julinová

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renáta Julinová**  
Osobní číslo: **H13857**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Vliv hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů**

Zásady pro vypracování:

Zhotovení rešerše a studium odborné literatury.

V teoretické části vymezení pojmů jako jsou: zdraví, nemoc, potřeby pacienta, hospitalizace, role sestry, komunikace s pacientem aj.

Příprava metodiky průzkumné části.

V praktické části realizace průzkumu metodou dotazníkového šetření.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.



Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DE ARAUJO SARTORIO, Natalia a Elma Lourdes Campos Pavone ZOBOLI. Images of a 'good nurse' presented by teaching staff. Nursing Ethics [online]. 2010, vol. 17, no. 6, 8 p. Icit. 2015-10-14l. DOI: 10.1177/0969733010378930. ISSN 09697330. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.proxy.k.utb.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=72fdb84-0058-42bc-a64f-ba54f33422de%40sessionmgr4003&hid=4106>

DOLEŽAL, Tomáš a Adam DOLEŽAL. Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví. Praha: Linde, 2007. 138 s. ISBN 978-80-7201-684-6.

MLČÁK, Zdeněk. Psychologie zdraví a nemoci. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. 107 s. ISBN 978-80-7368-951-3.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Základy ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Jarmila Verešová**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**13. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**20. května 2016**

Ve Zlíně dne 13. ledna 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použítou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 24.2.16.....

  
.....

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Hlavním tématem bakalářské práce s názvem „Vliv hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů“ je průzkum, který má za cíl zjistit jaké psychické a fyzické změny na sobě pacienti zaznamenávají vlivem hospitalizace. Téma bylo vybráno z důvodu snahy o pochopení individuálních potřeb pacientů, což může vést ke zdokonalení komplexní ošetrovatelské péče. Teoretická část práce se zabývá zdravím a nemocí, vymezuje potřeby pacienta v ošetrovatelském procesu, dále charakterizuje stres a jeho působení, hospitalizaci, role sestry v ošetrovatelství a závěrem se věnuje komunikaci.

Nosnou částí práce je empirická část provedená metodou kvantitativního průzkumu u pacientů hospitalizovaných na chirurgických i interních odděleních Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Pomocí anonymního dotazníkového šetření jsou jeho výsledky prezentovány formou tabulek a grafů.

Klíčová slova: Potřeby. Role sestry. Stres. Vliv hospitalizace. Zdraví a nemoc.

## **ABSTRACT**

The main topic of bachelor thesis named „Influence of Hospitalization on Mental and Physical Condition of Patients“ is a research that has the main goal to find out which mental and physical changes of each patient are recorded due to hospitalization. The topic was chosen because of attempt to understanding to the individual needs of patients, which can lead to the improvement of comprehensive nursing care. The theoretical part deals with health and disease, defines the needs of a patient in a nursing process, further characterizes the stress and its effects, hospitalization, the role of nurses in nursing and finally dedicated to communication.

The major part of the thesis is an empirical part by the quantitative survey of patients hospitalized on surgical and internal departments of Regional Hospital of Tomas Bata in Zlín. Anonymous questionnaire results are presented in the form of tables and graphs.

Key words: Needs. Roles of nurse. Stress. Influence of hospitalization. Health and disease.

## **Poděkování**

Mé poděkování patří v první řadě PhDr. Jarmile Verešové za čas, který mi věnovala, za cenné rady, podněty, připomínky a vstřícný přístup při zpracování bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem pacientům, kteří byli ochotni vyplnit dotazník a tím se mnou spolupracovat na vytvoření praktické části bakalářské práce.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci s názvem Vliv hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů vypracovala samostatně a veškeré použité zdroje jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.



## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1 ZDRAVÍ A NEMOC .....</b>	<b>13</b>
1.1 PŮVODNÍ VÝZNAM ZDRAVÍ A NEMOCI .....	13
1.2 ZDRAVÍ JAKO VÝZNAMNÁ HODNOTA.....	14
1.3 VYBRANÉ TEORIE ZDRAVÍ .....	14
1.4 BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ POJETÍ ZDRAVÍ A NEMOCI .....	15
1.5 PROMĚNNÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ A NEMOC.....	16
<b>2 POTŘEBY PACIENTA V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU.....</b>	<b>17</b>
2.1 KLASIFIKACE POTŘEB.....	17
2.2 VYMEZENÍ POTŘEB PACIENTA VE ZDRAVÍ A NEMOCI .....	18
2.3 POTŘEBY PACIENTA PŘI HOSPITALIZACI .....	19
2.4 OBECNĚ O POSTAVENÍ PACIENTA VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	19
2.5 PRÁVA A POVINNOSTI PACIENTA .....	20
2.6 ETICKÝ KODEX A ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	21
<b>3 STRES A JEHO PŮSOBENÍ.....</b>	<b>22</b>
3.1 STRESORY .....	22
3.2 DĚLENÍ STRESU .....	22
3.3 PROJEVY STRESU .....	23
3.4 PSYCHOSOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ .....	24
<b>4 HOSPITALIZACE.....</b>	<b>26</b>
4.1 HOSPITALIZACE JAKO ZÁTĚŽOVÁ SITUACE.....	26
4.1.1 Adaptační syndrom .....	26
4.2 NEGATIVNÍ VLIVY HOSPITALIZACE.....	27
4.3 PSYCHICKÉ ZMĚNY V OBDOBÍ NEMOCI .....	28
4.4 COPINGOVÉ STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE .....	29
<b>5 ROLE SESTRY V OŠETŘOVATELSTVÍ .....</b>	<b>31</b>
<b>6 KOMUNIKACE .....</b>	<b>35</b>
6.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	35
6.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	36
6.3 ÚSPĚŠNÁ KOMUNIKACE S PACIENTEM A JEJÍ VÝZNAM.....	37
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>40</b>
<b>7 EMPIRICKÝ VÝZKUM.....</b>	<b>41</b>

7.1	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	41
7.2	VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY .....	41
7.3	VYBRANÁ METODA ŠETŘENÍ .....	42
7.4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	42
7.5	ORGANIZACE A REALIZACE VÝZKUMU .....	42
7.6	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	44
7.7	DISKUZE K VÝSLEDKŮM ŠETŘENÍ .....	81
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>89</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>		<b>90</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA. <b>.....</b>		<b>93</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>		<b>93</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>		<b>94</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>95</b>

## ÚVOD

Při výběru tématu bakalářské práce jsem se nechala inspirovat citátem z pera ruského spisovatele Fjodora Michajloviče Dostojevského: „Lásku, vlídnost a bratrský soucit potřebuje nemocný někdy více než všechny léky.“ Tímto ovšem nechci uvrhnout medicínu v nemilost, chci poukázat na hospitalizaci jako stresovou situaci, kterou každý pacient vnímá jinou měrou. Na nás zdravotníků zůstává, abychom si tuto skutečnost uvědomovali a pokusili se být pro pacienty oporou, v jejich době nejtěžší, v době nemoci a zůstávali pilířem na cestě k uzdravení.

Není nic radostnějšího, než pocit užitečnosti a uznání při výkonu vysněné profese. Povolání zdravotní sestry je svým způsobem i posláním, které vyžaduje množství obětí a přemáhání, ale nesmí postrádat jeden výjimečný atribut této profese a to, lásku k lidem. V Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně jsem během odborné praxe pečovala o nespočet pacientů trpících různými nemocemi. Pečovala jsem i o pacienty, pro které je nemoc ničím ve srovnání s pobytem v nemocnici. Tato skutečnost podnítila mou zvědavost pustit se do průzkumu a zjistit, jaký vliv má hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů. Jako studentka oboru všeobecná sestra vím, že je nutné na pacienta nahlížet holistickým pohledem. Očekávám, že mi výsledky průzkumu pomohou lépe pochopit a vyhodnotit individuální potřeby a strasti, ve kterých se hospitalizovaní pacienti denně nacházejí a tím přispět ke zdokonalení komplexní ošetrovatelské péče. Materiály k teoretické části práce jsem čerpala z odborných knih, akademických prací a internetových zdrojů. Prostudování vyhledaných odborných literárních zdrojů umožnilo získat potřebné údaje a informace o zdraví a nemoci, potřebách pacienta, stresu, hospitalizaci, roli sestry a komunikaci. V praktické části jsem použila metodu dotazníkového šetření.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ZDRAVÍ A NEMOC

Světová zdravotnická organizace popisuje zdraví hned ve třech zněních:

1. „Zdraví lze definovat jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, který je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu a prostředí“.
2. „Zdraví není jen pouhá nepřítomnost nemoci, ale je stavem fyzické, psychické a sociální pohody“.
3. „Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím“. (Šamánková, 2006, s. 22)

Slovník spisovné češtiny formuluje nemoc jako poruchu zdraví. Běžný názor lidí o nemoci je podobný, lidé chápou nemoc jako opak zdraví. Takový názor rozděluje vše pouze na dva krajní stavy (zdraví a nemoc), již není brán v potaz pestrý soupis možných jevů, jenž charakterizují aktuální zdravotní stav, a soupis názvů užívaných pro označení stavu neúplně zdravých lidí. (Křivohlavý, 2002, s. 15-16)

### 1.1 Původní význam zdraví a nemoci

Slovníky jsou zpravidla první volba, pokud se snažíme objasnit význam klíčových slov. Inspirující je výrok R. Williamse (1983), že: „Význam slov, která se nevztahují k věcem, ale k ideám – a zdraví je takovýmto slovem - nehledejte ve slovnících“. Etymologické slovníky se zabývají vývojem slov a jejich významů napříč časem. Pojmem „celek“ se původně v řečtině, latině a v mnoha jiných jazycích, označovalo slovo zdraví. I v dnešní době slovo celek znovu nalézáme v názvu směru, který vidí zdraví a péči o něj z rozsáhlejší perspektivy. Tím směrem je holismus z anglického „whole“ – celek. (Křivohlavý, 2001, s. 28)

Synonymem pro slovní spojení „nemocný člověk“ je „člověk nemohoucí“ – postrádající moc nebo sílu. Dle etymologického slovníku pochází slovo „moc - moci“ ze staroslovanského slova „mog-ti“, jenž se přibližuje českým výrazům „pomáhati a pomoc“. To svědčí o tom, že člověk stihlý nemocí nemá dostatek moci, aby něco vykonal, tudíž je závislý na pomoci druhého člověka. České slovo „moc“ se také podobá německému „mögen“, v překladu – chtít něco. Tím chápeme, že nemocný člověk sice může něco chtít, ale obtížně to získává. Jiným výrazem pro nemocného člověka je anglické „ill“, jenž je

odvozenina z anglosaského kořene slova „evil“ neboli zlo či zlé, používaném v dnešním anglickém jazyce. (Křivohlavý, 2002, s. 15)

## 1.2 Zdraví jako významná hodnota

Zdraví člověka představuje základní hodnotu, o kterou je nutno náležitě pečovat jednotlivě i skupinově. Zdraví neztělesňuje jistý a přirozený stav. Zachovávání a podpora zdraví si od jedince žádá soustavné rozvíjení povědomí o zdraví, které je ukazatelem kvality života a podmiňuje úspěch v životní seberealizaci.

Zdraví znázorňuje jednu z nejdůležitějších hodnot v životě člověka již po tisíciletí. Řadí se mezi kýžené a bytostně nezbytné hodnoty potřebné pro přežití, dosažení životních cílů či nabytí celkové spokojenosti a radosti ze života. Lidé od nepaměti pátrali po způsobu bytí, které by umožňovalo žít nejen zdravě, ale i moudře. (Mlčák, 2011, s. 10)

V jedné záležitosti ohledně zdraví panuje souhlas: Všichni touží po tom, být zdraví, neboli převráceně, nikdo z nás si nepřeje být nemocen. Důvodem této jednomyslné představy je dle Davida Sheedhouse (1995), tendence člověka dosahovat stanovených cílů. Když jedinec potřebuje něco vykonat, vytvořit, sjednat, něčeho dosáhnout, je samozřejmé, že se snaží o to, aby daný úkol či cíl uskutečnil. K této snaze o dosahování cílů je zapotřebí, aby jedinec byl zdravý, protože protikladný stav, stav nemoci, zabraňuje jedinci zdařile dosáhnout vytyčených cílů. Z toho vyplývá skutečnost, že zdraví, jako takové, je významným prostředkem ke splnění cílů. (Křivohlavý, 2001, s. 28-29)

## 1.3 Vybrané teorie zdraví

Termín zdraví je pro kohokoli automaticky jasný výraz používaný snad každodenně. Ovšem jeho přesná charakteristika je poněkud komplikovanější. Chápat zdraví lze dnes různě, důkazem jsou níže uvedené příklady.

- Zdraví jako primární životní hodnota je brána jako extrémně atraktivní. Získání a zachování zdraví je nezbytnou součástí pro přežití člověka. Nemoc je z tohoto stanoviska stavem nechtěným a záměrně se mu snažíme vyvarovat, protože svým působením zhoršuje kvalitu lidského bytí.
- Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly, jenž člověku garantuje překonání životních nesnází a uskutečnění svých plánů. Zdroj síly nezůstává během života neměnný, dochází k ochabnutí a později k navrácení ztracených sil. Čím více sil, tím po-

hodlněji překonáme překážky. Nemoc je vnímána jako narušitel psychické a fyzické zdatnosti, ale díky silnému zdraví máme moc nemoc porazit.

- Zdraví jako metafyzická síla. Teorie založená na přesvědčení existence vnitřní síly člověka. Autoři používají vícero označení pro tuto sílu např. životní elán či vitalita, která je potřebná k dosažení vyšších cílů, zvládnutí obtíží a prezentaci potenciálu.
- Zdraví jako schopnost adaptace a akomodace umožňující se přizpůsobit okolí, nebo okolí přizpůsobit svým představám. V tomto případě hraje zdraví roli statečného obránce vůči možnému ohrožení.
- Zdraví jako schopnost normálně fungovat ve všech aspektech života. Mezi obyvatelstvem oblíbená fráze „být fit“, neboli být v dobré kondici. Na normalitu nahlížíme ze statistického hlediska jako na jev s nejčastějším výskytem, zatímco výskyt nemoci je sporadický. (Mlčák, 2011, s. 11; Křivohlavý, 2001, s. 33-35)
- Zdraví jako zboží, které lze ztratit, koupit v podobě medikamentu v lékárně nebo získat v podobě lékařských zákroků. Tuto teorii zdraví popisuje David Seedhouse (1995) slovy: „*Lidé jsou od přirozenosti zdraví a zůstávali by zdraví. Kdyby nebylo vnějších okolností, které vytvářejí fyzické problémy. Když má člověk štěstí a okolnosti jsou normální, je zdravý. Avšak obdobně jako může někdo ztratit peněženku, může ztratit i zdraví, nastanou-li mimořádné okolnosti*“. (Křivohlavý, 2001, s. 36)
- Teorie zdraví jako ideálu zaštiťuje nejpoužívanější definice zdraví zveřejněná Světovou zdravotnickou organizací ( World Health Organization) v roce 1946, ve znění: „*Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity*“. V překladu je zdravý stav, kdy je člověku dobře po fyzické, psychické i sociální stránce. Nejedná se pouze o nepřítomnost nemoci a neduživosti. (Křivohlavý, 2001, s. 37)

#### 1.4 Biopsychosociální pojetí zdraví a nemoci

Současný pohled na zdraví je odvozen z definice Světové zdravotnické organizace. Ta vnímá zdraví jako komplikovaně propojený celek bio-psycho-sociálních rovin. Tudíž dosažení plného zdraví vyžaduje soulad mezi tělem, duší a sociálním cítěním. Nemoc se z tohoto pohledu jeví jako disharmonie mezi jednotlivými rovinami.

Biopsychosociální pojetí zdraví a nemoci popisuje Mlčák takto: „*Zdraví a nemoc jsou v tomto pojetí vnímány jako bipolární dynamické kontinuum zahrnující vzájemně propojené kvantitativní i kvalitativní aspekty*“. Změny v těchto aspektech podmiňují přechod

zdraví v nemoc a naopak. Toto vnímání zdraví a nemoci propůjčuje oběma fenoménům charakter dynamického dění zahrnujícího změny k lepšímu nebo k horšímu. (Mlčák, 2011, s. 12)

### 1.5 Proměnné faktory ovlivňující zdraví a nemoc

- Genetické faktory mohou zapříčinit propuknutí určitých chorob např. cukrovky, či vrozené poruchy krevní srážlivosti.
- Demografické a zeměpisné vlivy ovlivňují např. délku života obyvatelstva, rozdílnou snášenlivost vůči některým civilizačním onemocněním.
- Životní prostředí, styl a úroveň, hodnotová orientace, kvalita ekonomického zabezpečení.
- Kulturními a náboženskými vlivy rozumíme kulturní vyspělost dané společnosti, její zvyky, náboženské rituály a další.
- Předchozí zkušenosti získáváme z vlastních zkušeností nebo z okolí.
- Poznávací schopnosti zahrnují přistupovat k prevenci vzniku onemocnění individuálně, snaha přijmout sdělení o vzniku onemocnění, omezeních, která sebou nese, snaha spolupracovat se zdravotnickými pracovníky a s rodinou. (Šamánková, 2006, s. 24)



## 2 POTŘEBY PACIENTA V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU

Potřeba člověka vychází z vnímaného nedostatku nebo přebytku něčeho, může také vycházet z přání něco získat ze sfér biologických, psychických, sociálních nebo spirituálních. Uspokojení potřeb obnovuje souznění rozladěného organismu tzv. homeostázy. Potřeby jsou nepostradatelným ukazatelem kvality života. (Šamánková, 2011, s. 12)

Ošetrovatelský proces dle Mastiliakové „*představuje systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je zdraví prospěšná změna zdravotního stavu klienta/pacienta*“. Dále autorka uvádí, že je ošetrovatelský proces tvořen šesti fázemi. První fází je sběr dat týkajících se pacienta, jenž pomůže zdravotní sestře zhodnotit jeho zdravotní stav. Ve druhé fázi ošetrovatelského procesu, diagnostice, zdravotní sestra vytyčí ošetrovatelské problémy, vztahující se k jednotlivým pacientům, cílem je pečlivé zhodnocení posbíraných dat. Třetí fáze, plánování péče, zahrnuje stanovení cílů a očekávaných výsledků. Čtvrtá fáze se zabývá plánováním intervencí v souladu se stanovenými cíli ošetrovatelské péče. Intervence jsou zaměřeny na individuální potřeby každého pacienta. Pátou fází je realizace a dokumentace připravených intervencí. Vyhodnocení je šestá a konečná fáze ošetrovatelského procesu, zdravotní sestra vyhodnocuje efekt poskytnuté ošetrovatelské péče. V případě potřeby, zdravotní sestra může pozměnit, přidat či vyloučit ošetrovatelský problém. (Mastiliaková, 2014, s. 32-43)

### 2.1 Klasifikace potřeb

Cílem kvalitní ošetrovatelské péče je vyhovět aktuálním potřebám pacientů a všimnout si situací, kdy tomu tak není. Saturace lidských potřeb je obsažena v několika sférách, které konkretizuje např. Maslowova hierarchie potřeb. Abraham Harold Maslow žijící v letech 1908-1970 působil v Americe jako klinický psycholog. Dle svých postřehů z praxe sestavil pyramidu lidských potřeb do uspořádaného celku. Základem pyramidy jsou fyziologické potřeby, vrcholem pak sféra seberealizace. Pyramidové uspořádání potřeb značí, že jestliže nedojde k přijatelnému uspokojení potřeb nejprve ve sférách tvořící základnu pyramidy, nelze postoupit v pyramidě vzhůru. Pocit neuspokojení potřeby však může značit také touhu postoupit do další sféry.

Jak už bylo řečeno, základnu pyramidy tvoří potřeby fyziologické, které souvisí s porušením rovnováhy vnitřního prostředí. Řadíme zde potřebu potravy, tekutin, kyslíku, vyprazdňování, spánku, pohybu a jiných. Vzestupně se nachází sféra potřeb jistoty a bezpečí,

jenž vyžadujeme v případě stavu ohrožení či zhroutení. Sféra obsahuje, kromě potřeb jistoty a bezpečí, potřeby stálosti, spolehlivosti, pořádku, zbavení se obav a tísně a jiných. Následují potřeby sounáležitosti, kde patří potřeby lásky, nákloností, socializace a jiné. Pod vrcholem se nachází sféra potřeby uznání, která zahrnuje potřeby úspěchu, sebedůvěry, obdivu a dalších. Vrchol pyramidy je zastoupen potřebou seberealizace, zde patří potřeby projevení sebe sama, uskutečňování cílů, pochopení, vědění atd. (Mastiliaková, 2014, s. 23-24)

Dále se potřeby dělí na primární, základní potřeby důležité pro lidské bytí. Jde o potřeby biologické zahrnující potřebu kyslíku, potravy, odpočinku a spánku, tepla a komfortu, bezpečí, potřebu sexuálního uspokojení a rozmnožování se. Potřeby sekundární neboli vyšší zpříjemňují a obohacují život. Patří zde potřeba sociální, seberealizace, důstojnosti lásky, a dalších. (Šamánková, 2006, s. 56)

## 2.2 Vymezení potřeb pacienta ve zdraví a nemoci

Pokud se jedinec cítí zdravý, zvládá naplňovat své základní potřeby zcela sám, nezávisle na pomoci druhých osob. To znamená, že je jedinec schopen se sám najíst, napít, umýt, neudává potíže s dýcháním a další. Mezi základní biologické potřeby začleňujeme i potřebu nemít bolest, ačkoli je normální, že i zcela zdravý člověk pociťuje čas od času nezávažné bolesti. Charakteristika zdravého člověka se vyznačuje dostatkem síly a schopností uskutečnit své cíle, přidat nebo slevit ze svých nároků, bez hranic, která sebou přináší nemoc.

Jak uvádí autorka Šamánková: *„Naplnění potřeb vyšších se odvíjí od schopností, vědomostí a dovedností jedince, jeho zázemí, prostředí, kulturnosti, vzdělání, úrovně životních cílů a ostatních motivací a potřeb – za pomoci poradenství, kulturních přehledů atd.“*

Abychom porozuměli potřebám člověka během nemoci je nutné, nejprve se pokusit poznat osobnost člověka před propuknutím nemoci. Je možné držet se těchto obecných parametrů zdali je předmětem zájmu muž nebo žena; jaký je věk jedince; dosažené vzdělání; prostředí, ve kterém žije; typ a vyzrállost osobnosti; temperament; jaké má jedinec povědomí o zdraví a uspořádaný žebříček hodnot.

Zdravotní sestra v rámci poskytování ošetrovatelské péče nese závazek aktivně vyhledávat a uspokojovat potřeby vzniklé nemocí. Pro zhodnocení soběstačnosti pacientů lze použít např. Barthelův test základních všedních činností. (Šamánková, 2011, s. 33-35)

### 2.3 Potřeby pacienta při hospitalizaci

Úkolem ošetrovatelské a terapeutické starostlivosti má být zabezpečení potřeby jistoty, bezpečí, soběstačnosti. Měli bychom pacienta vést k aktivní spolupráci při léčbě, vhodné je i zapojit do péče rodinné příslušníky. Nedílným prvkem uspokojování potřeb je také poskytovat pacientovi dostatek informací a nezapomínat s pacientem často komunikovat. Toto je významné pro snazší překonávání nemoci a pacient může mít pocit větší převahy nad nemocí. Pocit nejistoty a nedostatku informací jednoznačně ztěžuje proces uspokojování potřeb. Dále je vhodné pomáhat pacientovi nalézt trefné označení pro jeho potřebu. Protože pacient mnohdy neumí svůj požadavek vyjádřit, nebo se vyjadřuje nejistě. Je možné, že se jedná pouze o psychologický zádrhel a pacient vyžaduje jen naši blízkost. Dalším naším cílem by mělo být zachování úcty k svébytnosti člověka. To znamená, dovolit pacientovi žít podle vlastních hodnot, zůstat sám sebou a nebýt pozřen rolí pacienta. Svěbytnost zajistíme tak, že budeme brát na vědomí pacientovi prosby, postoje, zapojíme pacienty do péče. Také bychom měli nechat na pacientovi rozhodnutí souhlasu nebo odmítnutí terapeutických či léčebných postupů. (Šamánková, 2006, s. 62-65)

Pokud chce zdravotní sestra dosáhnout zlepšení stavu a spokojenosti pacientů, měla by dobře pečovat i o své potřeby. Výuka jak toho dosáhnout, je při studiu zdravotních sester ponechána jako samostudium. Má-li zdravotní sestra odvádět dobrou práci, musí mít dost síly k její zvládnutí. K tomu je nutné vyhovět několika podmínkám, jednou z nich je metaforicky vyjádřeno, „hořet a nevyhořet“. Termínem „hořet“ rozumíme vlastnit dostatek psychické síly ke zvládnutí profese. Je-li síly dostatek, v práci jsme úspěšní a těšíme se. V případě nedostatku síly, převládá slabost, únava a vyčerpání a nemáme zájem o okolí. Tehdy mluvíme o stavu „vyhoření“. Proti nežádoucímu stavu lze bojovat smysluplným životem. Tak, že budeme umět odlišit důležité od nedůležitého, stanovit si priority a neignorovat potřeby své i druhých. (Křivohlavý, Pečenková, 2004. s. 9, 27-28)

### 2.4 Obecně o postavení pacienta ve zdravotnictví

Krátkozraký je pohled převážné části lidí, jenž si jako první vybaví zdravotní péče poskytovanou lékařem. Avšak zdravotní péče je pestrá řada poskytovaných služeb, do které patří prevence, diagnostika, léčba, rehabilitace, poskytnutí léků a zdravotnických materiálů a pomůcek. Pacient v každé této situaci zaujímá rozdílnou pozici. Může se prezentovat jako nemocný, nesamostatný člověk, nebo může být klientem či zákazníkem, jenž

z vlastní vůle využívá služeb nebo nakupuje pomůcky. Role v jakých se prezentují, jsou určitým způsobem propletená s právy pacienta.

Je nutné podotknout, že ačkoli se jedná o zastoupení jakékoli role, znění odborné literatury i hovorových zvyklostí nám káže ve všech případech hovořit o aktérovi jako o pacientovi, přestože jím vždy není. Lépe vystihující by bylo použití termínu spotřebitel, než pacient. Právě zdravotnické odvětví si zakládá na speciální ochraně spotřebitele, protože zde využívá nabízených služeb a produktů, jenž mají nemalý vliv na zdravotní stav a bezpečí pacienta-spotřebitele. Je evidentní, že pacient-spotřebitel se ve zdravotnickém odvětví pohybuje jako neznalec odborných vědomostí a na jeho rozhodnutí má vliv fakt, že rozhoduje o vlastním zdraví.

Existují případy, kdy panuje nejistota v označení pacienta za spotřebitele. Ovšem podle formulace spotřebitele Evropským parlamentem a dle českého práva je termín pacient podřazený termínu spotřebitel, poněvadž i pacient užívá služby či kupuje produkty bez cíle s nimi dále obchodovat a z pohledu smluvního vztahu je více zranitelný. Právě proto zdravotnické odvětví kladen důraz na ochranu spotřebitele-pacienta. (Doležal, Doležal, 2007, s. 9-10)

## 2.5 Práva a povinnosti pacienta

Práva a povinnosti pacienta v české legislativě jsou formulovány hlavně těmito zákony. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Platné znění práv pacienta je dáno zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 28, ze dne 6. 11. 2011. Povinnosti pacienta jsou obsažené také v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 41 (viz. Příloha PI). ([www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz))

Etické kodexy práv pacienta jsou proměnlivé, flexibilně se přizpůsobují vědeckému vývoji a dle potřeby prochází revizí a doplněním.

Konečná česká verze práv pacienta byla zformulována a schválena centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Přešla v platnost dne 25. 2. 1992 (viz.

Příloha PII). Byla inspirovaná Vzorovými právy pacientů, vydaných v roce 1985 Americkým svazem občanských svobod. (Doležal, Doležal, 2007, s. 16)

Naplňování potřeb člověka v souladu s právy pacientů podporuje všeobecné morální cítění, sebejistotu pacientů, pozvedává společenskou úroveň a dává podstatu složeným profesním slibům. (Šamánková, 2011, s. 122-123)

## 2.6 Etický kodex a etika v ošetrovatelství

Soudobé zdravotnictví dbá na aplikování a zachovávání práv pacientů. Z hlediska právní stránky se jedná o uspořádané počínání, které odpovídá pojmům ve sbírce zákonů. Práva pacientů jsou daná zákonem a jejich přestoupení nese následky. Z etického hlediska se snažíme porozumět a respektovat určitá počínání a nalézat přijatelná řešení. Zachovávání etických pravidel nelze vymáhat skrz státní ustanovení. Významným pomocníkem je nám však vlastní svědomí, morální vědomí a smýšlení veřejnosti.

Lidský přístup k pacientům se odráží v dodržování základních principů medicínské a ošetrovatelské etiky. Jsou známy čtyři základní principy, podle kterých by se měla činit rozhodnutí v medicínské či ošetrovatelské sféře. Prospěšnost – zavazuje zdravotní sestru k dobrodiní vůči všem pacientům. Neškodnost – zavazuje zdravotní sestru neublížit ani nepoškodit pacienty žádným záměrným či nezáměrným činem. Autonomie – zaručuje úctu pacientů jako lidských bytostí v oblastech tělesných, duševních, sociálních a duchovních. Zachovává pacientům schopnost o sobě rozhodovat. Spravedlnost – zavazuje zdravotní sestru poskytnout kvalitní zdravotní péči komukoli, bez rozdílu. (Zacharová, 2010, s. 1)

Zachování povinné mlčenlivosti nařizuje zdravotnickým pracovníkům zákon o zdravotních službách. Povinná mlčenlivost znamená, pomlčet o všech skutečnostech zjištěných o pacientech během poskytování zdravotních služeb. Je to také prostředek, jak chránit pou- to důvěry mezi pacientem a zdravotníkem. Pacient proto nemusí mít obavy sdělit zdravotní- níkovi choulostivé problémy, protože má záruku, že nebudou prozrazeny ani znevaženy.

Existují také výjimky, kdy zákon o zdravotních službách dovoluje porušit povinnou mlčenlivost, např. pokud jsou předávány informace v kruhu pečujících zdravotníků, pokud pacient sám či jeho zákonný zástupce zbaví zdravotníka dané povinnosti, pokud jsou in- formace důležité k překažení trestného činu, a jiné. (Kebza, 2014, s. 44-45)

### 3 STRES A JEHO PŮSOBENÍ

Stres patří k nežrídka užívaným termínům dneška. Stres lze popsat z perspektivy laika nebo profesionála z rozličných oborů. Jejich definice se sice rozcházejí, avšak spojujícím elementem zůstává porušení celistvosti živé, popřípadě i neživé hmoty. Například, fyziolog vnímá stres jako souhrn evolučně zašifrovaných nervově-humorálních a funkčně-metabolických pochodů, reagujících na externí a interní změny, které mají za následek porušení běžného fungování organismu. Psycholog vnímá stres jako situaci úmyslného nebo neúmyslného nebezpečí celistvosti, jednotlivce na danou situaci odpovídá sklíčeností, neklidem i jinými obrannými reakcemi. (Bartůňková, 2010, s. 11)

Stresová reakce organismu je obranného charakteru. Vzniklá zátěž vede ke zvýšené vzrušivosti, na kterou organismus poplachovou reakcí, na kterou navazuje fáze rezistence, následně snaha o přizpůsobení se, pokud se jedinec s působícím stresem nevypořádá, nastane vyčerpání a v ojedinělých případech i smrt jedince. (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013, s. 9)

#### 3.1 Stresory

Činitele odpovědného za vznik stresu označujeme za stresor. Lidské stresory dělíme na:

Fyzikální – jímž míníme např. působení tepla, chladu, tlaku, elektrického proudu, vibrací či záření.

Chemické – zahrnující např. jedy, alkohol, infekci atd.

Biologické – zde řadíme např. pocit hladu, žízně, bolest a jiné.

Psychosociální – patří zde např. obavy ze zkoušky, prezentace, z onemocnění, hospitalizace, smrti a dalších. (Bartůňková, 2010, s. 16)

#### 3.2 Dělení stresu

Optimální dávku působícího stresu nazýváme eustres. Poskytuje ochranu vůči distresu a posiluje stabilitu jedince. Přímá úměra zní: čím častěji čelíme eustresu, tím se naše odolnost zvyšuje a podmiňuje tím ustálenou osobnost člověka. V toho vyplývá, že eustresu je vhodné se nevyhýbat. Distres funguje jako varovné znamení před blížícím se nebezpečím. V případě, že se distres vymkne kontrole, jedinec se stává labilním. Opakované půso-

bení distresu oslabuje nabytou odolnost a tím může efektivněji narušovat fungování organismu. (Plamínek, 2013, s. 134)

Dle časového působení rozeznáváme akutní a chronický stres. Z pohledu psychologického lze akutní stres popsat jako výzvu. Vzniklá zátěž je nečekaná a účinnost mimořádná, tudíž může dojít k tomu, že reakce organismu bude nepřiměřená ke vzniklým okolnostem. Organismus se snadněji přizpůsobuje chronickému stresu, jenž vzniká všude tam, kde došlo k obtížím v řešení či zvládnutí stresové situace. Ovšem vůbec nejtěžší je pro organismus zvládnout tak zvaný intermitentní stres, jenž má charakter chronického stresu, ale jeho zátěž je střídavého rázu – vyskytuje se a zaniká. Tato instabilita komplikuje přizpůsobení organismu. Intermitentní stres je zmiňován nejčastěji v souvislosti se vznikem psychosomatických nemocí. (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013, s. 11)

### 3.3 Projevy stresu

Tělesné projevy stresu

- Napětí svalstva
- Bušení srdce
- Vyprahlost dutiny ústní
- Silné úlekové reakce
- Pocení
- Vyčerpanost
- Nespavost
- Změněná chuť k jídlu
- Bolest hlavy
- Tiky z nervozity
- Obtíže střevní a trávicí pasáže
- Dušnost
- Pocit tlaku na hrudníku
- Vyrážka na kůži
- Sexuální dysfunkce
- Poruchy menstruační periody
- Mdloby
- Pocit těžkých nohou

Projevy stresu na emoční, kognitivní a spirituální úrovni

- Stísněnost
- Rozrušenost
- Popudlivost
- Vztek
- Noční děsy
- Pochybnosti
- Bádavé uvažování
- Překroucené vnímání
- Frustrace
- Deprese
- Výkyvy v činnostech (zvýšený výkon, nebo naopak pasivita)
- Reorganizace ve vztazích
- Zapomnětlivost
- Rozmarnost
- Citová vyprahlost
- Otupělost a další (Barsky, Deans, 2007, s. 94-95; Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013, s. 10)

Chování svědčící o stresu

- Kouření
- Nestřídmost v jídle
- Opětovné „nešťastné příhody“
- Nadměrné užívání alkoholu a dalších drog
- Svárlivost
- Skřípění zubů a jiné (Barsky, Deans, 2007, s. 95)

### 3.4 Psychosomatická onemocnění

Pojem psychosomatika vychází ze dvou slov, psyché – duševno a soma – tělo. Jedná se tedy o holistické nahlížení na zdraví nebo nemoc. Psychosomatika se zabývá vzájemnými vztahy těla a duše a nahlíží na ně jako na propojené oblasti. (Poněšický, 2014, s. 13-14)



Nejprve je nutné podotknout, že každá porucha těla může být podmíněna psychikou, počínaje psychogenní slepotou nebo obrnou až po opakovaně vyskytující se vegetativní příznaky zahrnující: zvýšené pocení, únava, pocit horka nebo naopak chladu, bolesti hlavy, kříže, krčního a zádového svalstva a jiné. Nemoc v kontextu psychosomatiky můžeme chápat jako problém v předávání informací mezi jednotlivými úrovněmi chodu a existence člověka. (Poněšický, 2014, s. 18, 36)

Za vznikem psychosomatických onemocnění stojí ze stresového a adaptačního pohledu opakované či nevhodné působení především emočních stresorů, tudíž nenastane přiměřená adaptační odpověď a následuje spuštění organismu a metabolismus se připravuje k činnosti. Dochází-li častokrát k opakování takové reakce, může to vést k poškození orgánů, a to v důsledku vyplavených hormonů, zdrojů energie, aktivujících nervových vzruchů.

Za psychosomatické onemocnění považujeme tyto choroby:

- V rámci onemocnění kardiovaskulárního systému se jedná o ischemickou chorobu srdeční a esenciální hypertenzi.
- Z nemocí zažívacího systému zde řadíme gastroduodenální vředovou chorobu a jiné.
- Z hlediska chorob dýchací soustavy jde zvláště o astma bronchiale.
- V rámci endokrinních onemocnění zde začleňujeme některé případy obezity, diabetu mellitu a onemocnění štítné žlázy.
- Z kožních onemocnění to mohou být některé případy ekzémů. (Humpl, Prokop, Tobiášová, 2013, s. 17-18)

## 4 HOSPITALIZACE

Hospitalizací rozumíme přijetí a léčení pacienta v nemocničním zařízení. Ukázalo se, že pouze 2 % nemocných lidí přichází do nemocničního zařízení z vlastní vůle, zatímco 98 % nemocných lidí jsou do nemocnice odesíláni na popud ošetřujícího nebo odborného lékaře. Rozhodnutí nemocného navštívit praktického lékaře je obvykle úmyslné a nemocný očekává jistou dávku partnerské spolupráce s lékařem. Je-li nemocný hospitalizován, musí vzít na vědomí skutečnost, že jeho nemocniční život bude spíše spočívat v poslušnosti vůči odborníkům, nežli v kooperaci a jeho vlastní vůle bude tímto omezena. Šel-li nemocný k praktickému lékaři, doufal, že se na svůj zdravotní stav nemusí dívat s obavami. Ovšem v případě hospitalizace nemocný již bere na vědomí vážnost situace. Toto uvědomění vede ke stresu a distresu, jenž znásobuje celkové psychické vypětí ovlivňující zdravotní stav jedince. (Křivohlavý, 2002, s. 48)

### 4.1 Hospitalizace jako zátěžová situace

Zátěžovou situací může být pro jedince změna zdravotního stavu ze zdraví na nemoc. Výhodiskem je, se s touto změnou vyrovnat – adaptovat. Jestliže si jedinec nastalou situací přizpůsobí sám, pak mluvíme o aktivní adaptaci. Naopak, jestliže se jedinec nastalé situací přizpůsobí, pak mluvíme o pasivní adaptaci. Jedinec ve stavu nemoci může mít rozpory se sebou, s příbuznými, změnou prostředí i faktem přítomnosti nemoci. (Šamánková, 2011, s. 34)

V průběhu hospitalizace mohou být pacienti dlouhodobě imobilizováni a náhlá změna prostředí může vést k dezorientaci v čase. Problémy hospitalizovaných pacientů mohou být stupňovány nedostatkem klidu k odpočinku, kvůli permanentní monitoraci jejich životních funkcí či rozličným vyšetřením, jenž podmiňují probuzení pacientů během noci. Dalšími rušivými faktory mohou být zpuštěné přístrojové alarmy či sami spolupacienti. V souvislosti s nedostatkem spánku nebo nekvalitním spánkem, pacienti často vyspávají i přes den, čímž převracejí svůj biorytmus. Nedostatek síly pramenící z nedostatku odpočinku, může být důsledek přípravy na různá vyšetření vyžadující několikahodinové hladovění nebo podávání stimulačních medikamentů. (Kovářová, 2013, s. 26)

#### 4.1.1 Adaptační syndrom

Jedná se o přizpůsobení se pacienta na nemocniční prostředí. Obsahuje 4 fáze:

### 1. Fáze prudké změny životního standardu

Vlivem rychlé změny zdravotního stavu ze zdraví do nemoci, která vyžaduje hospitalizaci. Mezi projevy patří: nezáměr, sklíčenost, strach, plačtivost, nářek. Nemocný člověk vyhledává u zdravotníků pozbytou potřebu jistoty a bezpečí. Je-li nemocnému poskytnuta pomoc, tato fáze má krátké trvání.

### 2. Fáze aktivní adaptace

Je fází, kdy se nemocný člověk utiší a získá zpět psychickou stabilitu. Jedinec projevuje zájem podílet se na své léčbě. Důležitá je ošetrovatelská starostlivost zaměřená na individuálního jedince.

### 3. Fáze duševního selhání

Proces adaptace je náročný a nemusí mít úspěch, pak dochází k maladaptaci. Zapříčinit to může: chronické onemocnění, zdravotní stav bez pokroku, neuspokojivý postoj zdravotnických pracovníků, deficit víry v zotavení a nedůvěra ke zdravotnickým pracovníkům. Nemocný je popudlivý, citlivější, netolerantní a tudíž konfliktní.

### 4. Fáze rezignace

Ohrožující verze duševního selhání projevující se jako absolutní nečinnost. Nemocný odmítá spolupracovat, nemá smysl života. Zdravotničtí pracovníci usilují o aktivní adaptaci jedince. (Tondorvá, 2010, s. 4-7)

## 4.2 Negativní vlivy hospitalizace

Hospitalizace je invazivní zásah v životě jedince, nepřijímán vcelku radostně. Hospitalizace, která je nepředvídaná či dlouho trvající vyvolává zhoršení duševního stavu, jenž se jeví jako subdeprivace – strádání, v horším případě jako deprivace – dlouhodobé strádání. Příčinou můžeme hledat v neměnném chodu oddělení, jenž si pacient musí brzy osvojit, i když může být v rozporu s jeho životním stylem. Například si musí zvyknout na časně vstávání a usínání, chatrnou potravu dle dietního omezení, nedostatek soukromí, respektování návštěvních hodin a jiných omezení. Souhrnně nazývaný jako hospitalismus. (Mikšová, 2012, s. 25)

Hospitalismus je souhrnný název pro špatně zvládnuté přizpůsobení se nemocničnímu prostředí. Je provázen emoční labilitou, která zanechává negativní dopad na fyzickou i psychickou stránku pacientů. Může se projevovat jako: regrese – ztráta již naučených do-

vedností, nepřiměřená odezva pacienta vůči svému okolí, odmítavý postoj ke kooperaci a problémy s navazováním kontaktů, až úplná lhostejnost, negativismus, kdy jedinec nereaguje nebo provádí opak toho, co se po něm žádá, návaly pláče, požívačnost, kdy jedinec využívá hospitalizaci např. k útěku před povinnostmi, problémy se spánkem, nechutenství, konflikty a agresivní jednání vůči okolí, a jiné. (Kolbábková, 2014, s. 20; Mikšová, 2012, s. 26)

### 4.3 Psychické změny v období nemoci

V období nemoci dochází k psychickým změnám v těchto oblastech:

- Autonomie – jedinec musí částečně přenechat řízení svého života lidem, kteří o něj pečují, stává se závislý na druhých osobách, ubývá zájmů v souvislosti na stav zdraví.
- Vnímání - jedinec je zvýšeně senzitivní na světlo, hluk, bolesti a další, mohou být přítomny i halucinace.
- Pozornost - obrací se vlastní prožívání nemoci a s ní spojené či pozměněné poměry, zaměřuje se na přítomnost.
- Paměť- zaměřuje se výhradně na situace pojící se s nemocí, je nezbytné, podané informace nemocnému znovu opakovat, převažuje paměť ovlivněna emocemi, mohou se vyskytnout i poruchy paměti.
- Potřeby - přítomnost frustrace, jejíž podstatou je neuspokojování potřeb po krátkou dobu, horší variantou je deprivace, kde dochází k neuspokojování potřeb delšího trvání.
- Hierarchie hodnot - prioritou se stává zdraví, rodina a přátelé.
- Změněné emoce - nemocný člověk je více citlivý, objevují se pocity jako bolest, lítost, strach, podřadnost a jiné, dále nejsou výjimkou konflikty v mezilidských vztazích, také se jedinec může cítit méněcenný v souvislosti s výkonem činností, které nezná nebo zcela neovládá.
- Osobnost - nemocný člověk mění svou roli ve společnosti, ztrácí nezávislost, stojí čelem novým situacím a nemusí si s nimi vědět rady.
- Životní rytmus - jedinec si je vědom narušení svých zvyklostí, je mu předsouván nový pro něho nepřírozený chod. (Kolbábková, 2014, s. 15; Křivohlavý, 2002, s. 50)

#### 4.4 Copingové strategie zvládání zátěže

Zvládání životních nesnází zahrnujíc zvládání bolesti i akutní a chronické nemoci se v psychologických publikacích označuje anglickým pojmem „coping“, jenž je odvozeno z řeckého slova „kolaphos“ znamenající ránu dávající soupeři v boxu. Nemocný člověk je ten, kdo ušedřuje rány nemoci. Kompletní děj zvládání nesnází nazýván jako „moderování“ čili kontrola vývoje děje, čímž mění nepříhodný stav událostí. Zvládání životních nesnází je pohyblivý, měnící se děj, kde dochází ke vzájemnému působení člověka se vzniklým zdravotním stavem. Termínu strategie se dá rozumět jako dlouhodobému záměru činností k dosažení nějakého cíle. Cílů copingových strategií je hned několik: omezit vliv škodliviny, připustit si těžkost jako skutečnost, nepozbýt kladného vidění sebe sama, udržet psychickou vyrovnanost, zajistit si podmínky pro následné sbírání sil po boji s těžkou situací. Nepřestávat komunikovat s lidmi kole.

Je tomu již více než dvacet let, co byly popsány dva typy strategií zvládání životních nesnází

1. Strategie orientovaná na hledání východiska z překážek, která vznikla vlivem nemoci. Pojednává o hledání a dosažení východisek, která povedou k poznatkům například jak léčit choroby, zbavit se faktorů vzbuzující strach, upravit podněty zhoršující zdravotní stav, a jiné.
2. Strategie orientovaná na smíření se s emocemi související s prožíváním nemoci. Nemoc mění duševní stav a tato strategie se zabývá kontrolou emocí v průběhu nemoci, poranění či postižení. Jedná se například o redukci pocitů nejistoty, obav nebo hněvu. (Křivohlavý, 2002, s. 103-104)

Strategie zvládání zátěže dle Lazaruse popsané Křivohlavým (1994):

1. Strategie lhostejnosti. Jedinec v zátěžové situaci nebere na vědomí dění v okolí, jeho chování je lhostejné. Propadá bezmocnosti, depresi a zoufalství.
2. Strategie vyvarování se vlivu škodliviny. Jedinec pociťuje strach, obavy.
3. Strategie zahájení útoku vůči agresorovi. Jedinec napadá příčinu zátěžové situace.
4. Strategie podpory vlastní zásoby energie. (Pouzarová, 2009, s. 17)

Větší výběr strategií zvládání těžkostí nabízí výsledky práce kolektivu autorů pod vedením Lazaruse a Folkmanové (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De longis a Grün, 1986).

1. Konfrontační strategie

2. Vyhledávání podpory ve společnosti
3. Předem si připravit strategie, jak řešit vzniklou překážku
4. Sebekontrola (umět umírnit emoční vzplanutí)
5. Držet si odstup od problémů
6. Pátrat po kladných rysů událostí
7. Nést zodpovědnost za vybrané východisko obtížné situace
8. Únik z obtížné situace

Dotazník způsobů zvládání stresu (Ways of Coping Instrument) vznikl na podkladě těchto výsledů pro účel rozpoznání jedincem použité strategie zvládání stresových situací. Jiný používaný dotazník je Míra zvládání (Cope Measure), jenž publikovali autoři Carver, Scheier a Weintraub (1989). (Křivohlavý, 2002, s. 103-104)

## 5 ROLE SESTRY V OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství je od přírody morální úsilí. Zdravotní sestra má zapojovat vlastní mravní smysl při výkonu profese. Být dobrou zdravotní sestrou se jeví zároveň jako problém, ale i touha u profesionálů. Být dobrá zdravotní sestra znamená, že zdravotní sestra o pacienty pečuje účinně, efektivně s pozornou starostlivostí, která podporuje pohodu pacientů. O etickém ošetřovatelství mluvíme v případě, že dobrá zdravotní sestra dělá správné věci. Pojmeme konat dobro a být dobrý, který se podobá etice ctnosti, se zabývala již Florence Nightingalová. Řekla, že by bylo nemožné být dobrou zdravotní sestrou, aniž by byla dobrou ženou. I od budoucích zdravotních sester, studujících na škole Florence Nightingalové, bylo požadováno rozvíjet své povahové vlastnosti, které by byly hodny dobré zdravotní sestry. Tyto pěstované rysy tvořily střízlivost, poctivost, věrnost, přesnost, organizační myšlení, správnost a elegance.

Florence Nightingalová bojovala proti prostředí, ve kterém by bylo na zdravotní sestry pohlíženo špatně, nebo by pracovaly v nezdravých podmínkách kvůli neznalosti základní hygieny. Také bojovala proti takovým nepravostem, jako je klamné rozhodnutí lékaře, brání úplatků a opilství. Z tohoto důvodu je přikládán nejvyšší význam pravdivosti, střízlivosti a poctivosti. Nemorální chování sester potřebovalo být vymýceno, pokud chtěly ctihodné dámy pečovat o nemocné lidi. Pouze pak by mohlo být ošetřovatelství vhodným zaměstnáním pro vzdělané ženy věrné vědě a morálce. (de Araujo Sartorio, Zoboli, 2010, s. 1-2)

Postupný vývoj ošetřovatelství přinesl změny v roli zdravotní sestry. Je to nevyhnutelný krok, který podněcuje rozvoj medicínských věd, ošetřovatelské péče, ale i psychologie, pedagogiky, sociologie, etiky a mnohých dalších. Zdravotní sestra je dnes začleněna do zdravotnického týmu jako rovnocenná partnerka, která je způsobilá pracovat samostatně v okruhu svých kompetencí. Jelikož neustále dochází ke změnám kompetencí zdravotních sester, obměňuje se i náplň práce zdravotní sestry.

Zdravotní sestra se ve své profesi musí ztotožnit s ne jednou rolí. Mezi základní role, které zdravotní sestra při výkonu povolání zastává, řadíme:

- Zdravotní sestra v roli pečovatelky – obvykle se tato role pojí k výkonu ošetřovatelské péče, zajišťované v nemocnicích i v terénu. Zdravotní sestra stanovuje ošetřovatelské problémy a plánuje péči.
- Zdravotní sestra v roli edukátorky pacienta i jeho rodinných příslušníků – tato role se vztahuje na vzdělávání v oblasti prevence, udržení zdraví, rozvíjení nezávislosti,

učení odborných praktik pro domácí potřebu. Tato role také napomáhá pacientovi, v případě poskytnutí dostatku informací, žít s chronickým onemocněním vcelku spokojeně.

- Zdravotní sestra v roli obhájkyne pacienta – zdravotní sestra zastupuje pacienta v případě, že nemůže vyslovit své potřeby, přání a problémy. Role přispívá k tomu, aby si pacient zachoval pocit jistoty a bezpečí.
- Zdravotní sestra v roli koordinátorky – má na starosti plánování a plnění ošetrovatelské péče, při níž kooperuje i s dalšími členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Snaží se do aktivní péče zapojit i rodinu pacienta.
- Zdravotní sestra v roli asistentky pacienta – především připravuje pacienta na vyšetření, zastává odborné výkony vztahující se k lékařem ordinované terapii. (Staňková, 2002, s. 11-12)

Profesní identita a aktuální stav jsou tvořeny ideálem dobré sestry. Obrazem dobré sestry se zabývala přední brazilská univerzita ošetrovatelství. Na toto téma bylo tázáno 18 pedagogických pracovníků a zároveň zdravotních sester, pracujících na univerzitě. Ve snaze nastínit obraz dobré, etické zdravotní sestry, vyplynulo z výzkumu pět perspektiv:

**Dobrá zdravotní sestra plní své povinnosti správně.** Z toho vyplývá, že zdravotní sestra si je vědoma svých povinností; to znamená, že jedná úmyslně, ví, co je třeba udělat, respektuje pravidla chování, je ostražitá a uvědomuje si limity a hranice ve vztahu profesionál-pacient. Pokud jde o vztah zdravotní sestry a pacienta, limity jsou chápány především jako orientační body, které ohraničují hloubku těchto vztahů a to zejména, pokud jde o vyjádření pocitů. Společensky vhodný profesionální přístup, jakožto i udržování hygieny a čistoty, se jeví také jako důležité složky této perspektivy.

**Dobrá zdravotní sestry je aktivní obhájce pacientů.** Tato druhá perspektiva etické zdravotní sestry vidí etiku jako základ, kdy zdravotní setra obhajuje pacienty jejich jménem. Sestra se má snažit být dobře vzdělaná, aby mohla upozornit na situaci, kde je třeba bránit pacienta. Cílem takové angažovanosti zdravotní sestry, je upřednostňovat a chránit potřebu autonomie pacienta v nastavené péči. Rovnováha mezi činností a etikou se objevuje jako důležitý rys. Nesmíme vidět pouze technickou stránku a lidskou stránku, musí být spolu, nemohou být vnímány odděleně. Představa, že etický rozměr a technický rozměr mohou existovat samostatně, podtrhuje zdánlivý rozpor v diskurzu, který se zdá, že chce



dát stejnou váhu obou aspektům. Plnění této role zdravotní sestry nastane, když jsou vyvinuty tři dovednosti: technické, kognitivní a etické. Role zdravotní sestry v etickém rozhodování je zásadní. Etika, v této souvislosti, se považuje za proces, jenž je vystaven neustálému modifikace pod vlivem společenského kontextu.

**Dobrá zdravotní sestra je připravena přivítat ostatní jako osoby.** V této třetí perspektivě jsou pacienti považováni za centrum poskytované péče, a to nejen ve smyslu jejich autonomie, ale také v respektování jejich individuality. Někteří autoři se domnívají, že i v případě, že se zdravotní sestra přímo neúčastní péče o pacienty, měla by mít obavy o poskytování dobrých životních podmínek pro ně, jednoduše proto, že každá zdravotní sestra je zapojena do praxe s vlastním morálním aspektem. Pokud dojde mezi pacientem a zdravotní sestrou k dialogu, mluvíme o interakci, která zahrnuje důvěru, blízkost, dostupnost, empatii, a spoléhá na přínos pro obě zúčastněné osoby. Dle názorů studentů ošetřovatelství ze stejné univerzity, jsou nejlepší sestry ty, které umí naslouchat pacientům, jsou přátelské a nabízí pacientům jistotu hovořit o svých potřebách. Dále se studenti vyjádřili o non-verbální komunikace jako o důležitém aspektu ve vztahu sestra-pacient. V této souvislosti je etika chápána jako soubor hodnot s vnitřní povahou, a proto se vnitřní připravenost považuje za důležitou. Vlastností, jako je citlivost, solidarita, poctivost a transparentnost se v této perspektivě obrazu etické zdravotní sestry cení.

**Dobrá zdravotní sestra je talentovaná, kompetentní a plní své pracovní povinnosti na výbornou.** Profesionální autonomie se ukáže jako základ pro působení dobré zdravotní sestry. Tato autonomie je v podstatě chápána jako "rozhodování" na základě klinického odůvodnění. Reflexní a kritické teoretické a vědecké poznatky jsou také považovány za základ profesionální autonomie. Cílem je aplikovat tyto znalosti v denní praxi zdravotních sester, s cílem poskytovat kvalitní péči pacientům a oddělit ošetřovatelskou praxi od pouhého bezmyšlenkovitého plnění lékařských ordinací. To znamená, že není žádoucí typ ošetřovatelství, ve kterém běží rutiny. Zdravotní sestra má pravomoc se rozhodovat v klinických otázkách, aplikovat pokročilou péči, která se neomezuje na rutiny, ale poskytuje péči zaměřenou na individualitu člověka s aktivním vyhledáváním jejich potřeb. V této perspektivě obrazu jsou etické zásady považovány za regulátory práce etických zdravotních sester. Proto musí být použity vědomým způsobem, ne jednoduše následovány.

**Dobrá zdravotní sestra sdílí moc s lékařskou autoritou v péči o pacienty.** V této perspektivě obrazu etických zdravotních sester jsou vidět stopy ošetřovatelství poznamenané podřízeností lékařských ordinací a etiku na základě slepé poslušnosti a podřízenosti

odborné autoritě. Tyto charakteristiky byly společné pro ošetrovatelskou profesi na konci devatenáctého století. Posílení znamená poskytnout podmínky pro pacienty, aby vzali do vlastních rukou běh svých životů a byli schopni se rozhodovat. Síla souvisí s poznáním, konkrétně s poznáním odborných znalostí. Protože zdravotní sestry jsou jedinými držitelkami znalostí, cítí se silné a sdílejí část této moci s pacienty jako způsob pro jejich posílení. Zdravotní sestry si dokonce myslí, že to je důkaz jejich dobroty. Přesto toto posílení je pouze zdánlivé, protože síla dána profesionály nepovede pacienty na vlastním posílení a samostatnosti. (de Araujo Sartorio, Zoboli, 2010, s. 3-7)

## 6 KOMUNIKACE

Komunikace představuje nástroj jak předat zprávu, informaci, podělit se o myšlenky nebo názory. Umožňuje aktivním účastníkům komunikace vzájemně si porozumět. V rámci ošetrovatelského procesu vzniká oboustranný kontakt mezi zdravotní sestrou a pacientem, v němž debatují o zdraví a péči o něj. Tyto sdělení mohou být odesílána a přijímána rozličně: verbálně, neverbálně, pomocí psaných či mluvených slov, formálně či neformálně. Komunikace zobrazuje proces nepřetržitý a pružný, který dovoluje sdílet a předávat informace mezi sestrou a pacientem. Zároveň pomáhá navazovat kontakty a prohlubovat vztahy mezi aktéry.

Pro kvalitní ošetrovatelskou péči je komunikace základním kamenem, protože v rámci ošetrovatelského procesu je nezbytný kontakt člověka s člověkem. Vztah zdravotníka a pacienta by měl být na komunikační úrovni rovnocenný. Avšak zdravotník, jakožto odborník po profesní stránce a přirozená autorita, by měl do jisté míry vést komunikaci a určovat její podobu i obsah. (Špatenková, Králová, 2009, s. 9-10)

### 6.1 Verbální komunikace

Verbální komunikaci chápeme jako porozumění vyjádřené slovy. Pro porozumění obsahu verbálního sdělení je vhodné vědět, co a jak chceme říci. Z hlediska obsahové části hovoru často chybujeme. Tyto chyby jsou pak zdrojem nesnadné komunikace s pacientem a mohou vést k nesprávnému pochopení významu sdělení. Mezi nejběžněji užívané komunikační chyby patří: neurovnané myšlenky před zavedením hovoru, ne zcela přesná formulace, zahlcení pacienta informacemi, často i zcela zbytečnými, poskytnutí nesouvisejících informací, které jsou tím pádem pro pacienta nepochopitelné, vynechání prostoru pro vyjádření se pacienta ke sdělení. Z chybně provedené verbální komunikace může pramenit sororigenie, neboli poškození pacienta zdravotní sestrou. Jak praví arabské přísloví: „Nejvíce zla vychází z úst“. Slova pak nemusejí účinkovat léčivě, ale naopak pacienta soužit. Mezi takové jedovaté výroky patří: příkazování pacientovi co a jak má dělat, moralizování, odsuzování a podceňování pacienta, porovnávání s jinými pacienty, používání nevhodných vtipů, škatulkování pacientů a další. (Špatenková, Králová, 2009, s. 35-37)

Nemoc hraje ve zdravotnictví hlavní roli, a to je v pořádku. Ale měli bychom se zaměřit na nemocného člověka, ne vyhledávat nemoc jako samostatný jev. Během sestávání pacienta a zdravotníka si pacient utváří a přetváří názor na zdravotnický systém, nemoc,

naše povolání. Pro získání pacientovi důvěry, je tedy nezbytným prostředkem právě rozhovor, následovaný těmito kroky: zachovat úctu k pacientovi jako k člověku, dokázat pacientovi, že si zasloužíme jeho důvěru, umět pacientovi naslouchat, vždy mluvit otevřeně, nic nezastírat, být ochoten změnit názor, efektivně bořit překážky v komunikaci a vytvořit přátelskou atmosféru. (Venglářová, Mahrová, 2005, s. 28-29)

## 6.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je termín používaný pro komunikaci skrz řeč těla, tudíž beze slov. Neverbální komunikace je obvykle nedílnou součástí verbální komunikace, které dává svým projevem větší váhu. Skrz vyjádření těla lze dokonce prohlédnout nepravost vyřčených slov, protože během komunikace ovládáme snadněji mluvená slova, než projev těla. A právě pomocí pohybů těla jsme schopni vyčíst pravý smysl vyslovených slov a také trefně ukázat své emoce.

Speciální podoba neverbální komunikace je vzhled. Uniforma zdravotní sestry dává lidem v okolí na vědomí svoje postavení, roli a kompetence. Zdravotní sestra, která nepůsobí přiměřeně ve svém oblékání a vzhledu, vzbuzuje v očích pacientů i nadřizených pocity nedůvěry a pochybnosti. Pacienti si mnohem více všímají neverbálních projevů u zdravotní sestry. Místo toho, aby se pacienti zajímali o obsah hovoru, pečlivě sledují zdravotní sestru, jak a co dělá a jak se u toho chová. Pro sestru je tedy nezbytné plně ovládat svoji řeč těla, pokud chce docílit kvalitní komunikace. Největší vliv na komunikaci mají výrazy obličeje, dále to jsou pohyby rukou a postavení těla. (Špatenková, Králová, 2009, s. 28-30)

Vytažení čela je znakem překvapení až obav, pokrčení čela a utvoření vrásek značí nesporně negativní postoj. Vykreslení vrásek každého z nás je dané dlouhodobým působením emocí. Z obrazce vrásek instinktivně vycházíme při tvoření prvního dojmu, který je obvykle správný. Člověk s horizontálně vykreslenými vráskami nese osobnostní rysy sklíčenosti pramenící z přebytečné přičinlivosti a vstřícnosti k požadavkům druhých lidí. Vertikální vyobrazení vrásek naopak značí člověka nekompromisního a příkrého nejen k druhým lidem, ale i vůči sobě.

Oči jsou nejvýznamnější prostředek komunikace, i v případě, že se opíráme o verbální projev. Rozšíření zornic sledujeme při zájmu vůči osobě či námětu komunikace, ale může také souviset s prožíváním stresové situace.

Pohled z očí do očí není možné příliš dlouho snést. Zdravotníci by však měli umět aplikovat tento typ kontaktu vždy, kdy jej vyžaduje pacient a zvláště pokud na ně pacient mluví. Zdravotníci by měli vnímat, kam se dívají a řídit směr pohybů očí, hovoří-li na ně pacient. Směr pohledu vzhůru a do dálky si pacient může vyložit jako lovení informací ze vzduchu. Pohled k zemi vzbuzuje dojem skládání solidních informací. Nesoustředěnost a přelétavé pohledy zase značí pochybnosti.

Výraz obličeje napoví mnoho o reakci na sdělené informace. Zdravotníci by si měli dát pozor na to, jaký výraz tváře právě mají, protože pacienti, zejména ve stresové situaci, jsou mnohem citlivější na náš mimický projev.

Zdrojem poznání psychologických zábran pacienta je gestikulace a pozice těla, jakou zaujímá při rozhovoru se zdravotníkem. Zábrany nebo také bariéry jsou při komunikaci viditelné a uživatel těchto bariér si jejich používání mnohdy neuvědomuje, protože je přijal za své a považuje je tedy za přirozený postoj těla. Vzhled úzkostné obrany je patrný ze strnulého držení jedné paže rukou druhou, zkřížených rukou s prsty sevřenými do pěstí. Dále může být úzkostná obrana podpořena defenzivními pohyby těla či tváře odkloněním do strany. Méně výrazné je proplétání prstů při pocitu nejistoty a nebezpečí.

Gestikulace neboli pohyby rukou většinou doprovází verbálním projev. Natažené prsty signalizují kvantitativní analyzování otázky, avšak v případě, že palec nebo ukazovák vytváření oblouk či kruh, je soustředěnost směřována kvalitativně. Varování kreslí pohyby rukou shora dolů. Naopak ochota je vyjádřena v podobě zdvižených rukou otočených dlaněmi vzhůru. Povislé ruce naznačují slabost.

Termínem proxemika označujeme vzájemnou vzdálenost a vzájemné postavení během komunikace, jenž je ukazatelem blízkosti mezi aktéry hovoru. Tento prvek komunikace lze ovlivnit sdíleným prostorem a sdíleným časem s osobou, s níž komunikujeme. (Honzák, 1999, s. 50-59)

### **6.3 Úspěšná komunikace s pacientem a její význam**

Mnozí jsou toho názoru, že komunikace představuje dar, který někteří mají a někteří ne. Pravda je ovšem jinde. Umění komunikace nespočívá pouze v přívětivém projevu komunikátéra, ale v dodržování specifických metod, které ovlivňují průběh léčby a tudíž je nezbytné se tyto metody naučit a používat je. Komunikace v běžném životě se liší od ko-

munikace s pacientem. To znamená, že komunikativně zdatný zdravotník ještě nemusí patřičně jednat s pacientem. (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 37)

Proces komunikace je ovlivněn mnoha faktory. Mezi významné faktory řadíme: věk aktérů, jejich postavením ve společnosti, kvantitu užitých slov, práci s intonací a hlasitostí, barvu hlasu, nastavené tempo a rytmus mluvy. Je třeba si uvědomit, že slova mají nesmírnou moc. Zacharová dle Gulášové popisuje význam slov v klinické praxi takto: „*Prostřednictvím slov vysvětlujeme, získáváme, přesvědčujeme, povzbuzujeme nebo informujeme o účelnosti odborných postupů při udržování, podpoře a obnově zdraví.*“ Zdravotní sestra by měla umět správně volit slova v souladu s etickými zásadami komunikace s pacientem, které zahrnují: znát jméno pacienta a jmenovitě jej oslovovat, mít snahu omezit negativní myšlení pacienta, ukázat pacientovi, že v nás najde morální oporu, projevovat zájem o pacienta, rozvíjet kooperaci s pacientem, zachovávat oční kontakt s pacientem, podpořit optimistické myšlení u pacienta, udělat si čas pro vyslechnutí pacienta, dovednost pochválit pacienta a znát okolnosti sociálního zázemí pacienta.

Formulace profesionální komunikace sestry podle Zacharové zní: „*Profesionální komunikace sestry je vyjádřena komplexní a náročná zručnost, jež vede k osvojení takových způsobilostí a dovedností, které umožní sestře sociální interakci a komunikaci nejen začít, ale i rozvíjet a ukončit.*“ Je žádoucí osvojit si tři základní požadavky, nezbytné pro tvůrčí komunikaci. První požadavek se vztahuje k chuti chtít komunikovat. Tou by měla disponovat jak zdravotní sestra, tak pacient. Jen sporadicky se vyskytne pacient, jenž netouží komunikovat. Větší překážkou v této souvislosti jsou zdravotníci, kteří nemusejí chtít komunikovat, nebo nedokáží přijaté informace zpracovat, a to z důvodů: nízkého zájmu o povolání, slabé motivace, chatrných dorozumívacích schopností či profesní deformace. Druhý požadavek klade důraz na umění vzájemně komunikovat. Pacient opět nebývá překážkou tohoto cíle, komunikuje stejným způsobem, na který byl navyklý z dob před nemocí. To zdravotní sestra pocítuje komunikační nedostatky při dorozumívání se s problémovou skupinou pacientů, jakou tvoří například: agresivní pacienti, pacienti trpící depresí, nebo pacienti ovlivnění návykovou látkou. Právě tyto situace vyžadují od zdravotníků neustále se učit inovativním postupům efektivní komunikace aplikovatelné v klinické praxi. Třetí požadavek se věnuje vytvoření prostoru pro komunikaci. Tomuto požadavku jen z poloviny vyhovují pacienti se zdravotním postižením sluchu, zraku a řeči, pacienti s degenerativním onemocněním mozkové tkáně, pacienti v bezvědomí a další.

Kvalitně vedená komunikace v ošetrovatelství je nepostradatelná při plnění ošetrovatelských intervencí, ale i při uskutečňování všech fází ošetrovatelského procesu. Cílem učení se správně komunikovat, je dosažení a rozvíjení vzájemné spolupráce mezi zdravotníkem, obzvláště zdravotní sestrou a pacientem. Takovým prostředkem navazující komunikaci je rozhovor, obsahující speciální komunikační požadavky, kterými je třeba se řídit. V první řadě je třeba při přípravě na rozhovor stanovit cíl rozhovoru. Dalším krokem je vyhledání informací o tématu rozhovoru. Dále je nutné promyslet taktiku kladení otázek, reakci na ně, eventuálně stanovit kompromisy. Vytyčit stanovisko, jakým se budeme řídit v průběhu poskytování péče o pacienta. Umět pacientovi naslouchat a mít pochopení vůči jeho názorům. Nechat dostatečný prostor pro otázky. Volit vhodné příklady k porozumění řešené problematiky. Stanovit vhodný čas a místo rozhovoru. (Zacharová, 2010, s. 1-2)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## **7 EMPIRICKÝ VÝZKUM**

### **7.1 Cíle výzkumného šetření**

#### **Hlavní cíl**

Zjistit vliv hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů.

#### **Dílčí cíl 1**

Zjistit míru vlivu hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů.

#### **Dílčí cíl 2**

Zjistit četnost výskytu fyzických a psychických změn, při kterých dochází u lidí při hospitalizaci.

#### **Dílčí cíl 3**

Zjistit jaké faktory negativně ovlivňují hospitalizaci.

#### **Dílčí cíl 4**

Zjistit jaké faktory pozitivně ovlivňují hospitalizaci.

### **7.2 Výzkumné hypotézy**

#### **Hypotéza č. 1**

Předpokládáme, že míra stresu z hospitalizace bude vyšší u pacientů hospitalizovaných poprvé, nežli u pacientů hospitalizovaných opakovaně (dvakrát a více).

#### **Hypotéza č. 2**

Předpokládáme, že četnost výskytu psychických a fyzických změn u pacientů bude nižší u pacientů hospitalizovaných maximálně 7 dní, nežli u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více.

#### **Hypotéza č. 3**

Předpokládáme, že nemocniční prostředí, nedostatek informací, nepříjemný přístup a komunikace nemocničního personálu negativně ovlivňují hospitalizaci.

#### **Hypotéza č. 4**

Předpokládáme, že návštěvy rodiny a přátel, spolupacienti, příjemný přístup a komunikace nemocničního personálu pozitivně ovlivňují hospitalizaci.

### 7.3 Vybraná metoda šetření

Pro účel šetření jsme použili kvantitativní vědeckou metodu, která zpravidla pracuje s větším počtem respondentů. Jejím úkolem je statisticky vyjádřit vztah mezi proměnnými, změřit sílu závislosti mezi jevy a podobně. (Kutnohorská, 2009 s. 21)

Pro získání nezbytných údajů a realizaci průzkumného šetření, týkající se vlivu hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů, jsme zvolili metodu dotazníkového šetření. Rozdali jsme dotazník vlastní konstrukce, obsahující dvacet jedna otázek. (viz. Příloha PIII) Vstupní část tvořilo oslovení respondentů, představení dotazníku, název bakalářské práce, jednoduchý návod pro práci s dotazníkem, závěrečné poděkování respondentům a jméno autora. Obsah dotazníku byl tvořen čtyřmi otevřenými a sedmnácti uzavřenými otázkami.

Dle Kutnohorské je dotazník: „*v podstatě standardizovaným souborem otázek, jenž jsou předem připraveny na určitém formuláři*“. Mezi výhody dotazníkového šetření řadíme jasné znění otázek bez vyjádření emocí respondenta a skupinové zpracování na počítači. (Kutnohorská, 2009, s. 41)

### 7.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum jsme zaměřili na pacienty hospitalizované v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Výzkum jsme provedli na třech odděleních interního typu – interní klinika 5, 6 a 7 etáž, a na třech odděleních chirurgického typu – chirurgická klinika 5, 6, a 7 etáž. Respondenty tvořili pacienti Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, hospitalizovaní na zmíněných odděleních v době rozdávání dotazníků. Výzkumný vzorek tvořily ženy i muži, všech věkových kategorií, bez kognitivní poruchy. Výskyt kognitivních poruch u respondentů jsme omezili, ne však zcela vyloučili tím, že jsme nerozdali dotazníky pacientům hospitalizovaných na převážně geriatrických odděleních.

### 7.5 Organizace a realizace výzkumu

Po udělení souhlasu umožňující dotazníkové šetření od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči jsme kontaktovali vrchní sestry interní kliniky 5, 6 a 7. etáže, chirurgického oddělení 5. etáže, ortopedického oddělení a urologického oddělení. Následně jsme rozdali dotazníky na daných odděleních. Naskenovaná žádost o dotazníkové šetření je k nahlédnutí v Příloze PIV.

Šetření trvalo celkem čtyři dny. První vlnu dotazníků jsme rozdali 25. 3. 2016 a 26. 3. 2016. Druhou vlnu dotazníků jsme rozdali 1. 4. 2016 a 2. 4. 2016. Nechali jsme při šetření týdenní prostor, aby se obměnil vzorek respondentů. Dotazníky jsme rozdali osobně na každém výzkumném oddělení. Ověřili jsme orientovanost pacientů úvodním rozhovorem. Zdůraznili jsme respondentům dobrovolnost a anonymitu při vyplňování dotazníků. Pokud se některý pacient chtěl zúčastnit šetření, avšak omezovalo ho tělesné omezení, četli jsme otázky a respondent odpovídal. Takto vyplněné dotazníky jsou na rubu označené spojením vyplňuji s pacientem. Vyplněné dotazníky nám respondenti odevzdali osobně ten samý den, co byly rozdány. Při návratu dotazníků jsme kontrolovali vyplnění všech otázek. Pokud některá otázka nebyla doplněna, respondenta jsme se zeptali na nejasnosti. Takto námi upravené dotazníky jsou na rubu označené spojením zeptala jsem se. Někdy tato kontrola vyplnění dotazníků nebyla možná z důvodu minimalizace narušení chodu oddělení.

Celkově jsme respondentům rozdali 101 dotazníků. Návrat činil 101 dotazníků (100%). Do výzkumného šetření jsme zařadili 93 vyplněných dotazníků. Vyřadili jsme 8 dotazníků pro neúplné odpovědi. Konkrétně jsme rozdali na interním oddělení 5. etáži 13 dotazníků, použili jsme 12 dotazníků, vyřadili jsme 1 dotazník. Na interním oddělení 6. etáži jsme rozdali celkem 15 dotazníků, použili jsme 14 dotazníků, 1 dotazník jsme vyřadili. Na interním oddělení 7. etáži jsme rozdali celkem 13 dotazníků, zpracovali jsme plný počet dotazníků. Na chirurgickém oddělení 5. etáži jsme rozdali celkem 25 dotazníků, použili jsme 22 dotazníků, 3 dotazníky jsme vyřadili. Na ortopedickém oddělení jsme rozdali celkem 24 dotazníků, použili jsme 22 dotazníků, vyřadili jsme 2 dotazníky. Na urologickém oddělení jsme rozdali celkem 11 dotazníků, zpracovali jsme 10 dotazníků, 1 dotazník jsme vyřadili. Pro základní popis jednotlivých otázek dotazníků jsme použili grafické vyjádření absolutní a relativní četnosti jednotlivých možností odpovědi nebo grafické vyjádření výskytu četnosti jednotlivých možností odpovědi.

V následujících tabulkách a grafech jsou zpracovány údaje z jednotlivých otázek dotazníku, který byl určen pro hospitalizované pacienty Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně.

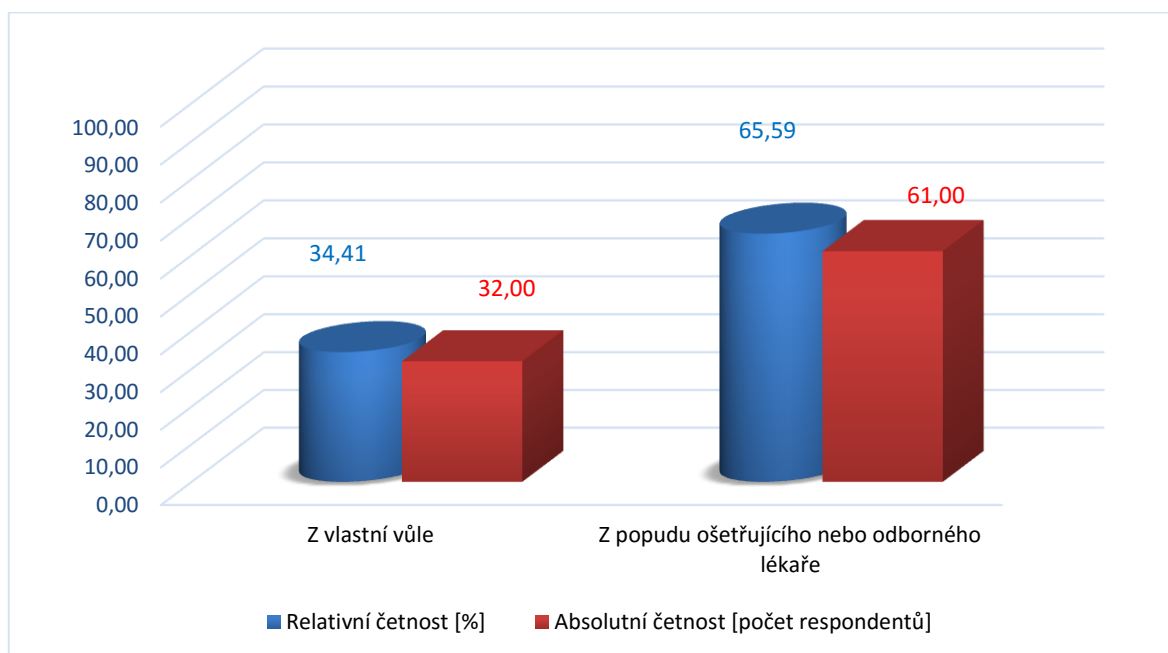
## 7.6 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

Tab. 1. Otázka č. 1 - Do nemocničního zařízení přicházíte?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Z vlastní vůle	32,00	34,41%
Z popudu ošetřujícího nebo odborného lékaře	61,00	65,59%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 1. Otázka č. 1 - Do nemocničního zařízení přicházíte?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Z celkového počtu 93 respondentů (100%) přišlo do nemocničního zařízení z vlastní vůle 32 respondentů (34,41%). Z popudu ošetřujícího nebo odborného lékaře bylo hospitalizováno 61 respondentů (65,59%).

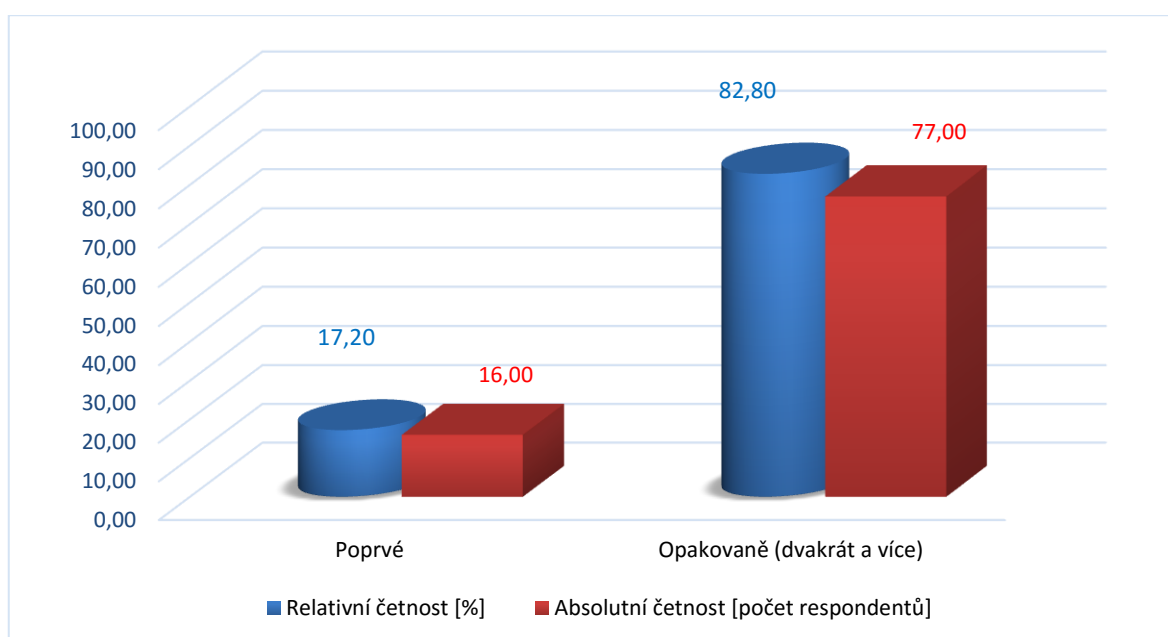
Převažuje skupina respondentů, která byla odeslána k hospitalizaci ošetřujícími nebo odbornými lékaři.

Tab. 2. Otázka č. 2 - Po kolikáté jste hospitalizovaný?

Odpovědi respondentů	Absolutní Četnost	Relativní Četnost
Poprvé	16,00	17,20%
Opakovaně	77,00	82,80%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100 %</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 2. Otázka č. 2 – Po kolikáté jste hospitalizovaný?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Respondenti byli rozděleni do dvou skupin, podle toho, zda byli hospitalizováni poprvé nebo opakovaně. 16 respondentů (17,20%) odpovědělo, že jsou hospitalizováni poprvé. 77 respondentů (82,80%) odpovědělo, že jsou hospitalizováni již opakovaně.

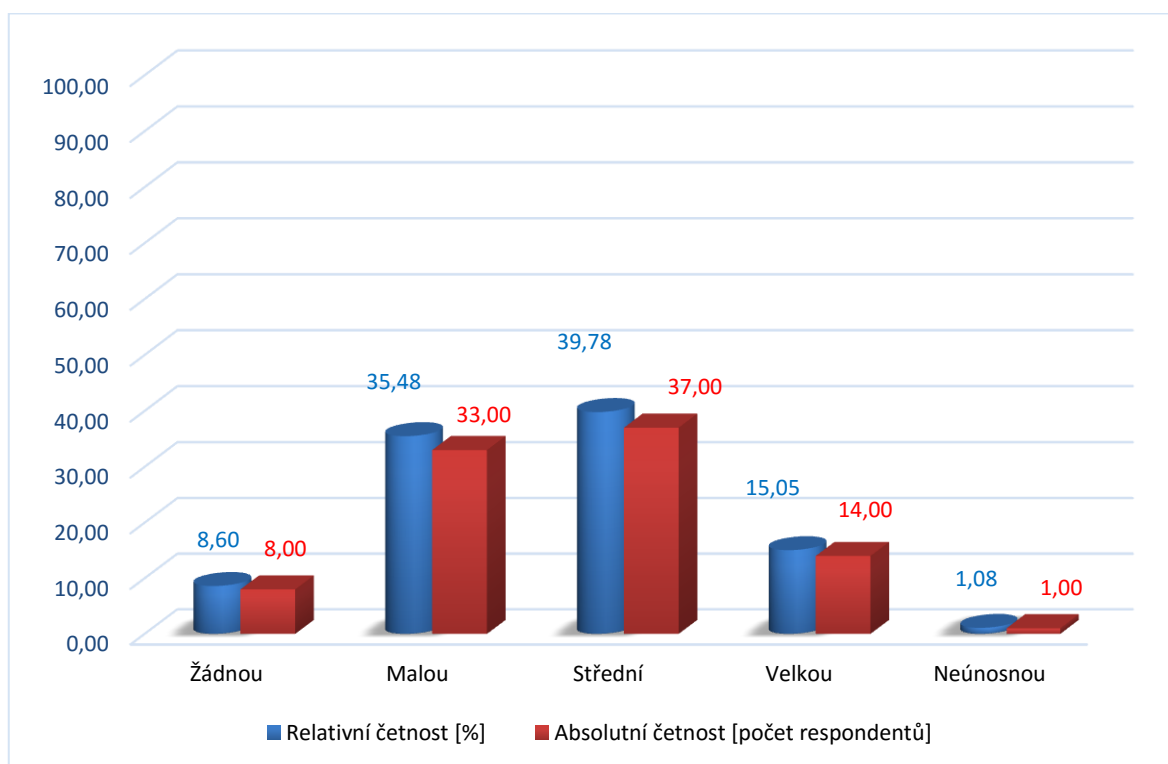
Početnější skupinu tvořili respondenti hospitalizováni opakovaně.

Tab. 3. Otázka č. 3 – Jakou míru stresu pro Vás hospitalizace představuje?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádnou	8,00	8,60%
Malou	33,00	35,48%
Střední	37,00	39,78%
Velkou	14,00	15,05%
Neúnosnou	1,00	1,08%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 3. Otázka č. 3 – Jakou míru stresu pro Vás hospitalizace představuje?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Na otázku, jakou míru stresu představuje pro respondenty hospitalizace, odpovědělo 8 respondentů (8,60%) žádnou. Odpověď malou označilo 33 respondentů (35,48%). 37 respondentů (39,78%) odpovědělo střední, 14 respondentů (15,05%) zvolilo velkou a odpověď neúnosnou, zde označil 1 dotazovaný (1,08%).

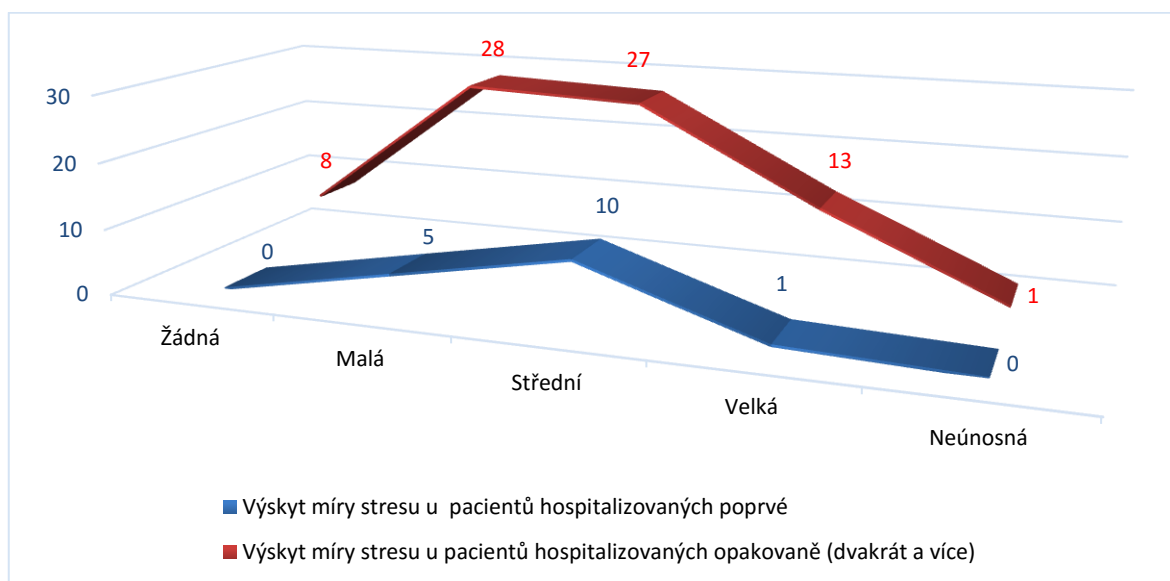
Hospitalizace představuje pro nejpočetnější skupinu respondentů střední zátěž.

Tab. 3.1 – Porovnání míry stresu

Míra stresu	Výskyt míry stresu u pacientů hospitalizovaných poprvé	Výskyt míry stresu u pacientů hospitalizovaných opakovaně (dvakrát a více)	Absolutní četnost
Žádná	0	8	<b>8</b>
Malá	5	28	<b>33</b>
Střední	10	27	<b>37</b>
Velká	1	13	<b>14</b>
Neúnosná	0	1	<b>1</b>
<b>Celkem</b>	<b>16</b>	<b>77</b>	<b>93</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 3.1 – Porovnání míry stresu



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Pro zobrazení výsledků jsme použili graf výskytu četnosti. Z celkového počtu 16 dotazovaných hospitalizovaných poprvé, ani jeden z respondentů neodpověděl, že pro něj hospitalizace nepředstavuje žádný stres. 5 respondentů hospitalizovaných poprvé uvedlo, že pociťují malou zátěž. Střední zátěž vybralo 10 dotazovaných hospitalizovaných poprvé.

1 respondent ohodnotil hospitalizaci velkou zátěží. Odpověď neúnosná nebyla zastoupena u respondentů hospitalizovaných poprvé.

Z celkového počtu 77 dotazovaných hospitalizovaných opakovaně, 8 respondentů odpovědělo, že hospitalizace nepředstavuje žádný stres. 28 respondentů uvedlo malou zátěž. Pro 27 dotazovaných je hospitalizace střední zátěží. Možnost velká zátěž označilo 13 respondentů. Hospitalizace je neúnosná pro 1 dotazovaného hospitalizovaného opakovaně.

Z výsledků je možno vyčíst, že pro většinu respondentů hospitalizovaných poprvé představuje hospitalizace střední zátěž. Pro většinu respondentů hospitalizovaných opakovaně představuje hospitalizace malou zátěž.

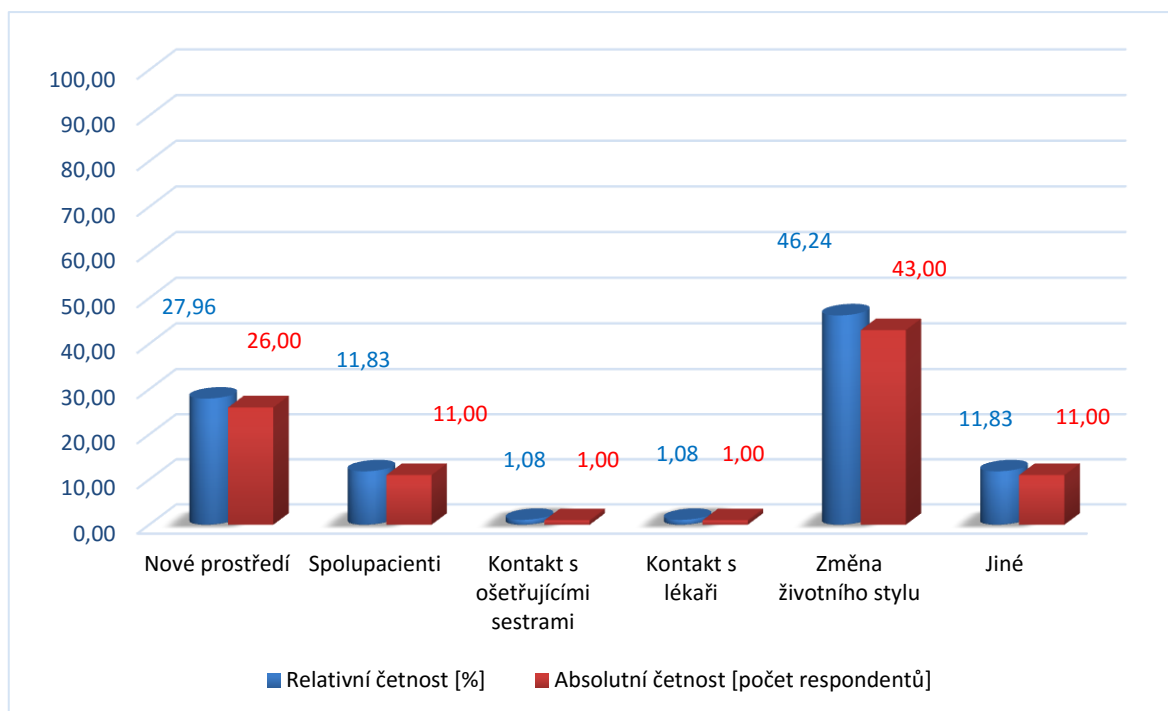


Tab. 4. Otázka č. 4 - Nejvíce stresující a zatěžující z vnějších faktorů je pro Vás?

<b>Odpovědi respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
Nové prostředí	26,00	27,96%
Spolupacienti	11,00	11,83%
Kontakt s ošetřujícími sestrami	1,00	1,08%
Kontakt s lékaři	1,00	1,08%
Změna životního stylu/rytmu	43,00	46,24%
Jiné (doplňte)..... <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nekompetentní</li> <li>• Neumím odpovědět</li> <li>• Práce, rodina</li> <li>• Omezení osobních činností</li> <li>• Nemoc 2x</li> <li>• Že tady musím být</li> <li>• Malá otevřenost k pacientům</li> <li>• Kvalita jídla</li> <li>• Strach z úkonů</li> <li>• Nemám stres</li> </ul>	11,00	11,83%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 4. Otázka č. 4 – Nejvíce stresující a zatěžující z vnějších faktorů je pro Vás?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Nové prostředí je pro 26 respondentů (27,96%) nejvíce stresujícím vnějším faktorem. 11 dotazovaných (11,83%) vybralo možnost spolupacienti. Možnost kontakt s ošetřujícími sestrami byla vybrána 1 krát (1,08%), taktéž 1 krát (1,08%) se objevila odpověď kontakt s lékaři. Změnu životního stylu označilo 43 dotazovaných (46,24%). Jiný vlastní stresující vnější faktor doplnilo 11 respondentů (11,83%).

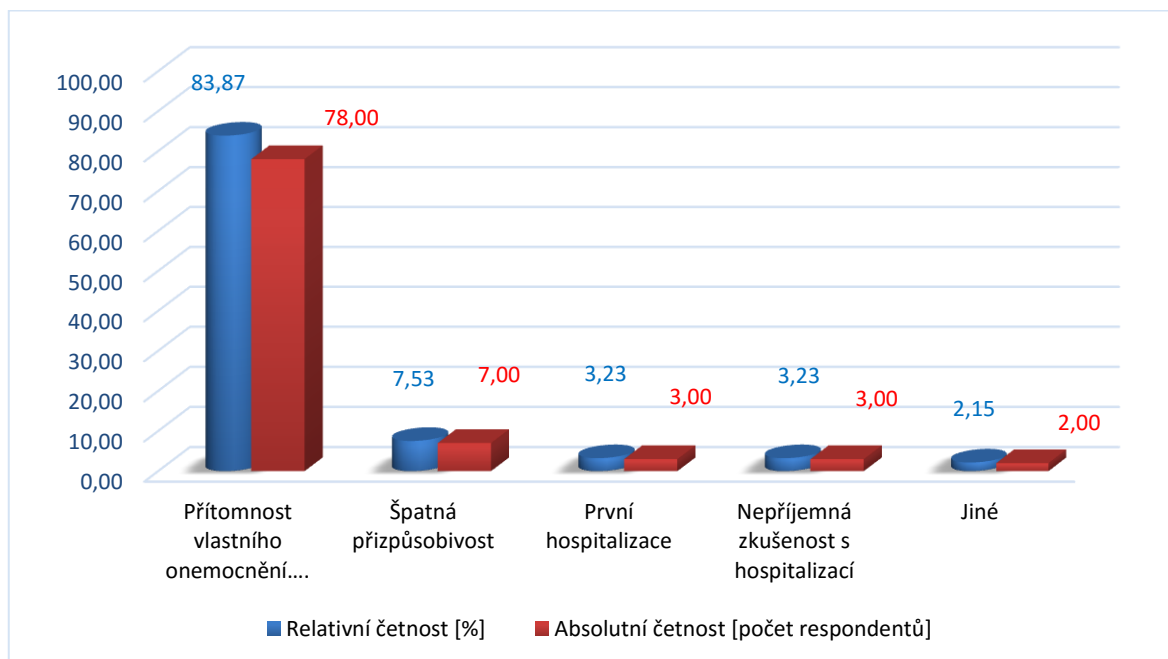
Dle odpovědí respondentů je nejvíce stresujícím a zatěžujícím vnějším faktorem změna životního stylu, takto odpovědělo 43 dotazovaných (46,24%).

Tab. 5. Otázka č. 5 - Nejvíce stresující a zatěžující z vnitřních faktorů během hospitalizace je pro Vás?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přítomnost vlastního onemocnění případně bolesti, omezení, která nemoc způsobuje	78,00	83,87%
Špatná přizpůsobivost	7,00	7,53%
První hospitalizace	3,00	3,23%
Nepříjemná zkušenost s hospitalizací	3,00	3,23%
Jiné (doplňte)..... <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nevysvětlitelnost, jak a proč nemoc vznikla</li> <li>• Stresy netrpím</li> </ul>	2,00	2,15%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 5. Otázka č. 5 - Nejvíce stresující a zatěžující z vnitřních faktorů během hospitalizace je pro Vás?



Zdroj: Vlastní zpracování

**Komentář k tabulce a grafu**

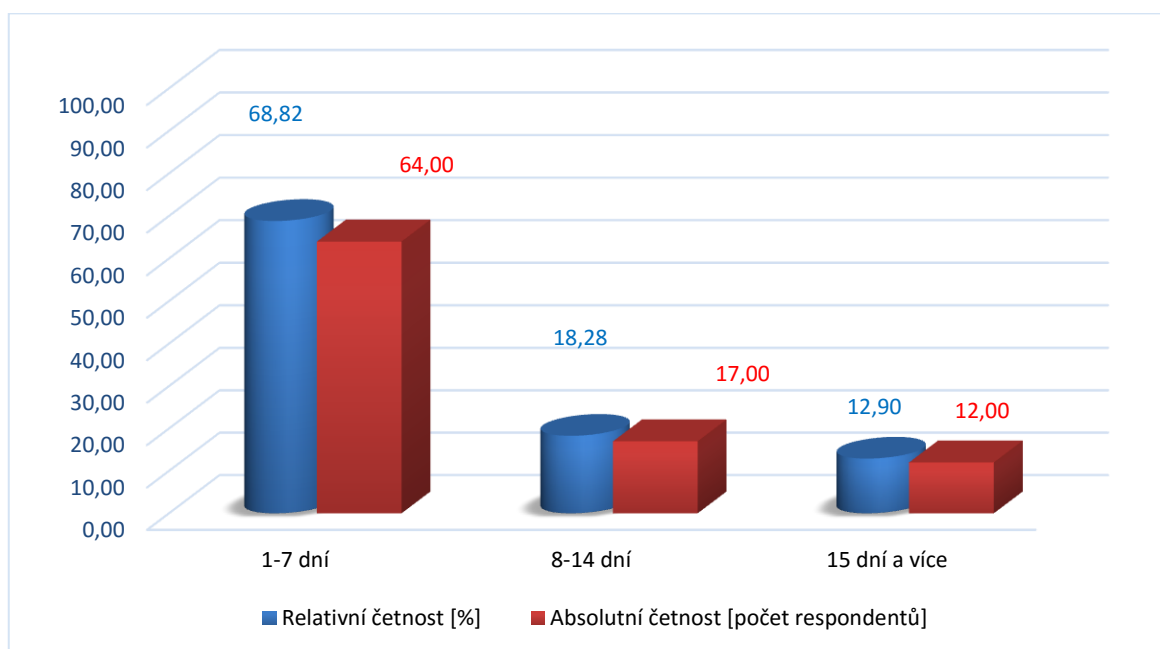
Odpověď přítomnost vlastního onemocnění případně bolesti, omezení, která nemoc způsobuje, byla zvolena nejčastěji, dohromady 78 respondenty (83,87%) z celkového počtu 93 respondentů (100%). Následovala špatná přizpůsobivost, označena 7 dotazovanými (7,53%). Možnost první hospitalizace vybrali 3 respondenti (3,23%), stejný počet respondentů, tedy 3 (3,23%), zvolil možnost nepříjemná zkušenost s hospitalizací. 2 dotazovaní (2,15%) odpověděli vlastními slovy a jsou zařazeny do skupiny jiné.

Tab. 6. Otázka č. 6 - Jak dlouho jste hospitalizovaný/á?

Odpovědi respondentů	Absolutní Četnost	Relativní Četnost
1-7 dní	64,00	68,82%
8-14 dní	17,00	18,28%
15 dní a více	12,00	12,90%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 6. Otázka č. 6 - Jak dlouho jste hospitalizovaný/á?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

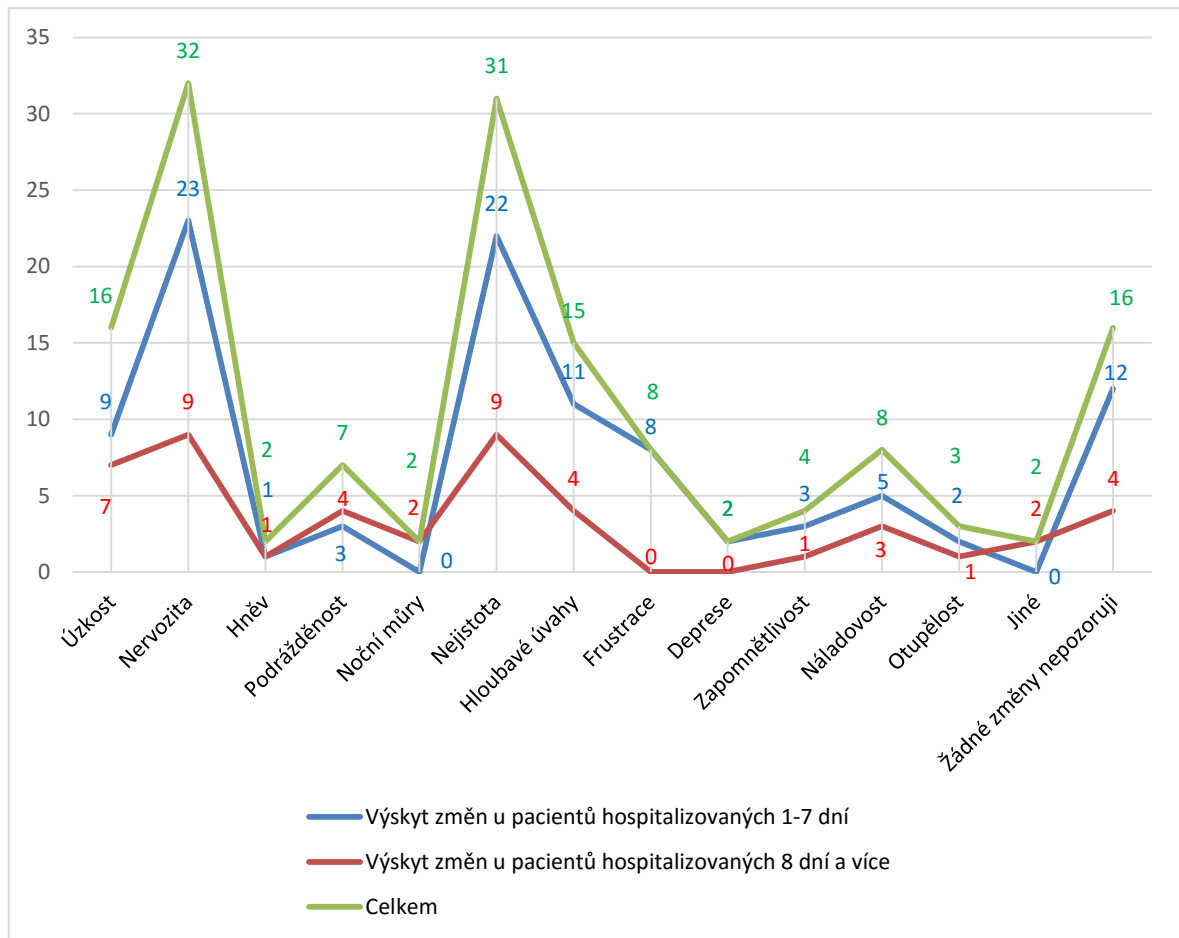
Respondenti byli rozděleni do tří skupin, podle toho, jak dlouho již trvá jejich hospitalizace. Nejpočetnější část tvořila skupina respondentů hospitalizovaných 1-7 dní, takto odpovídalo 64 dotazovaných (68,82%). U 17 respondentů (18,28%) činila délka hospitalizace 8-14 dní. 12 dotazovaných (12,90%) pobývalo v nemocničním zařízení již 15 dní a více.

Tab. 7. Otázka č. 7 – Výskyt četnosti psychických změn

Psychické změny	Výskyt změn u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní	Výskyt změn u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více	Absolutní četnost výskytu
Úzkost	9	7	16
Nervozita	23	9	32
Hněv	1	1	2
Podrážděnost	3	4	7
Noční můry	0	2	2
Nejistota	22	9	31
Hloubavé úvahy	11	4	15
Frustrace	8	0	8
Deprese	2	0	2
Zapomnětlivost	3	1	4
Náladovost	5	3	8
Otupělost	2	1	3
Jiné	0	2	2
Žádné změny nepozorují	12	4	16

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 7. Otázka č. 7 – Výskyt četnosti psychických změn



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Pro zobrazení výsledků jsme použili graf výskytu četnosti. Graf prezentuje výskyt četnosti všech psychických změn a zároveň porovnává výskyt četnosti psychických změn u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, to jest 64 respondentů (68,82%) z celkového počtu 93 respondentů (100%), s výskytem četnosti psychických změn u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, to jest 29 respondentů (31,18%).

**Úzkost** označilo 9 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 7 pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, celkově se odpověď objevila 16 krát. **Nervozitu** stanovilo 23 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 9 pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, celkově se psychická změna objevila 32 krát. **Hněv** pociťuje 1 pacient hospitalizovaný 1-7 dní, 1 pacient hospitalizovaný 8 dní a více, celkově se odpověď objevila 2 krát. **Podrážděnost** určili 3 pacienti hospitalizovaní 1-7 dní, 4 pacienti hospitalizovaní 8 dní a více, celkově se odpověď objevi-

la 7 krát. **Noční můry** nemá žádný z pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 2 pacienti hospitalizovaní 8 dní a více noční můry mají, celkově se odpověď objevila 2 krát. **Nejistotu** označilo 22 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 9 pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, celkově se psychická změna vyskytla 31 krát. **Hlubavé úvahy** má 11 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 4 pacienti hospitalizovaní 8 dní a více, celkově se odpověď objevila 15 krát. **Frustraci** pociťuje 8 pacientů hospitalizovaných 1-7 dnů, ovšem žádný pacient hospitalizovaný 8 dní a více frustrací netrpí, celkem se odpověď objevila 8 krát. **Depresi** trpí 2 pacienti hospitalizovaní 1-7 dní, žádný pacient hospitalizovaný 8 dní a více, celkově se odpověď objevila 2 krát. **Zapomnětlivost** označili 3 pacienti hospitalizovaní 1-7 dní, 1 pacient hospitalizovaný 8 dní a více, celkově se odpověď objevila 4 krát. **Náladovost** na sobě pociťuje 5 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 3 pacienti hospitalizovaní 8 dní a více, celkově se odpověď objevila 8 krát. **Otupělost** označili 2 pacienti hospitalizovaní 1-7 dní, 1 pacient hospitalizovaný 8 dní a více, celkově se odpověď objevila 3 krát. **Jiné** psychické změny, než výše uvedené, neuvedl žádný z pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 2 pacienti hospitalizovaní 8 dní a více pociťují jiné psychické změny a to zklamání a obavy, touhu po domovu, celkem se odpověď objevila 2 krát. **Žádné změny nepozoruje** 12 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 4 pacienti hospitalizovaní 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 16 krát.

Nejčastější psychická změna u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní je nervozita, která se objevila 23 krát, následovala nejistota, která se objevila 22 krát, hlubavé úvahy pociťovalo 11 pacientů. Nejčastější psychická změna u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více je nervozita spolu s nejistotou, které objevily jako odpověď každá 9 krát.

Z výsledků šetření vyplývá, že u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní se projevilo 11 psychických změn z celkového počtu 12 uvedených psychických změn a to úzkost, nervozita, hněv, podrážděnost, nejistota, hlubavé úvahy, frustrace, deprese, zapomnětlivost, náladovost, otupělost. 12 pacientů žádné psychické změny nepozorovalo. Jelikož žádný ze skupiny pacientů neuvedl žádnou individuální změnu zastoupenou ve skupině jiné psychické změny, **celkem se projevilo 11 psychických změn u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní.** U pacientů hospitalizovaných 8 dní a více se projevilo 10 psychických změn z celkového počtu 12 uvedených psychických změn a to úzkost, nervozita, hněv, podrážděnost, noční můry, nejistota, hlubavé úvahy, zapomnětlivost, náladovost, otupělost. 4 pacienti žádné psychické změny nepozorovali. Po sečtení i individuálních psychických změn a to zklamání a obavy, touhy po domovu, které jsou obsaženy ve skupině jiné psy-



chické změny, se celkem projevilo **12 psychických změn u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více.**

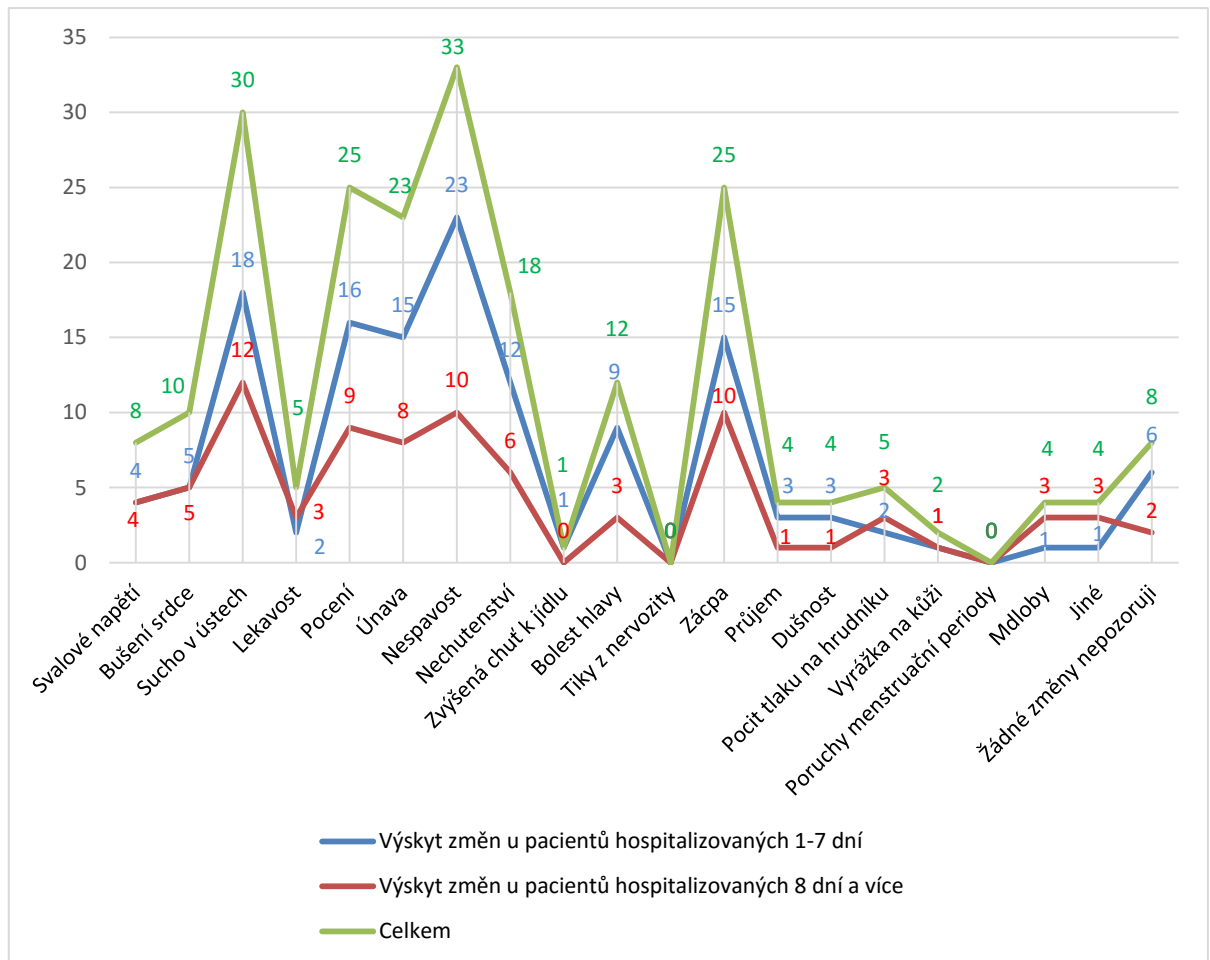
Výsledek prokázal, že výčet četnosti psychických změn u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní je výskytově menší než výčet četnosti psychických změn u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více.

Tab. 8. Otázka č. 8 – Výskyt četnosti fyzických změn

Fyzické změny	Výskyt změn u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní	Výskyt změn u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více	Absolutní četnost výskytu
Svalové napětí	4	4	8
Bušení srdce	5	5	10
Sucho v ústech	18	12	30
Lekavost	2	3	5
Pocení	16	9	25
Únava	15	8	23
Nespavost	23	10	33
Nechutenství	12	6	18
Zvýšená chuť k jídlu	1	0	1
Bolest hlavy	9	3	12
Tiky z nervozity	0	0	0
Zácpa	15	10	25
Průjem	3	1	4
Dušnost	3	1	4
Pocit tlaku na hrudníku	2	3	5
Vyrážka na kůži	1	1	2
Poruchy menstruační periody	0	0	0
Mdloby	1	3	4
Jiné	1	3	4
Žádné změny nepozorují	6	2	8

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 8. Otázka č. 8 – Výskyt četnosti fyzických změn



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Pro zobrazení výsledků jsme použili graf výskytu četnosti. Graf prezentuje výskyt četnosti všech fyzických změn a zároveň porovnává výskyt četnosti fyzických změn u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, to jest 64 respondentů (68,82%) z celkového počtu 93 respondentů (100%), s výskytem četnosti fyzických změn u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, to jest 29 respondentů (31,18%).

**Svalové napětí** trápí 4 pacienty hospitalizované 1-7 dní, rovněž 4 pacienty hospitalizované 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 8 krát. **Bušení srdce** pociťuje 5 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, taktéž 5 pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 10 krát. **Sucho v ústech** má 18 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 12 pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 30 krát. **Lekavost**

označili 2 pacienti hospitalizovaní 1-7 krát, 3 pacienti hospitalizovaní 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 5 krát. **Pocení** vybralo 16 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 9 pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 25 krát. **Únavu** zvolilo 15 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 8 pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 23 krát. **Nespavost** je problémem pro 23 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 10 pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 33 krát. **Nechutenství** označilo 12 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 6 pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 18 krát. **Zvýšenou chuť k jídlu** pociťuje 1 pacient hospitalizovaný 1-7 dní, žádný pacient hospitalizovaný 8 dní a více tuto možnost nevybral, celkem se odpověď objevila 1 krát. **Bolest hlavy** zatěžuje 9 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 3 pacienty hospitalizované 8 dní a více, celkově se odpověď objevila 12 krát. **Tiky z nervozity** neuvádí žádný z respondentů. **Zácpou** trpí 15 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 10 pacientů hospitalizovaných 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 25 krát. **Průjem** sužuje 3 pacienty hospitalizované 1-7 dní, 1 pacienta hospitalizovaného 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 4 krát. **Dušnost** zvolili 3 pacienti hospitalizovaní 1-7 dní, 1 pacient hospitalizovaný 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 4 krát. **Pocit tlaku na hrudníku** označili 2 pacienti hospitalizovaní 1-7 dní, 3 pacienti hospitalizovaní 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 5 krát. **Vyrážku na kůži** má 1 pacient hospitalizovaný 1-7 dní, rovněž 1 pacient hospitalizovaný 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 2 krát. **Poruchy menstruační periody** neuvádí žádný z respondentů. **Mdloby** zvolil 1 pacient hospitalizovaný 1-7 dní, 3 pacienti hospitalizovaní 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 4 krát. **Jiné fyzické změny**, než výše uvedené, popsal 1 pacient hospitalizovaný 1-7 dní a to nauzeu, 3 pacienti hospitalizovaní 8 dní a více také pociťují jiné fyzické změny a to úbytek váhy, zavodnění a boleti břicha, celkem se odpověď objevila 4 krát. **Žádné změny nepozoruje** 6 pacientů hospitalizovaných 1-7 dní, 2 pacienti hospitalizovaní 8 dní a více, celkem se odpověď objevila 8 krát.

Nejčastější fyzická změna u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní je nespavost zastoupena 23 krát, následuje sucho v ústech, které se objevilo 18 krát, třetí nejčastější fyzická změna je zácpa, která se objevila 15 krát. Nejčastější fyzická změna u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více je sucho v ústech zastoupeno 12 krát, následuje nespavost a zácpa, obojí se objevilo jako odpověď 10 krát.

Z výsledků šetření vyplývá, že u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní se projevilo 16 fyzických změn z celkového počtu 18 uvedených fyzických změn a to svalové napětí, bu-

šení srdce, sucho v ústech, lekavost, pocení, únava, nespavost, nechutenství, zvýšená chuť k jídlu, bolest hlavy, zácpa, průjem, dušnost, pocit tlaku na hrudníku, vyrážka na kůži, mdloby. 6 pacientů žádné fyzické změny nepozorovali. Po sečtení i individuálních fyzických změn ze skupiny jiné fyzické změny a to nauzei, **se tedy celkem projevilo 17 fyzických změn u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní.** U pacientů hospitalizovaných 8 dní a více se projevilo 15 fyzických změn z celkového počtu 18 uvedených fyzických změn a to svalové napětí, bušení srdce, sucho v ústech, lekavost, pocení, únava, nespavost, nechutenství, bolest hlavy, zácpa, průjem, dušnost, pocit tlaku na hrudníku, vyrážka na kůži, mdloby. 2 pacienti žádné fyzické změny nepozorovali. Po sečtení i individuálních fyzických změn ze skupiny jiné fyzické změny a to zvracení, úbytku váhy, bolesti hlavy, **se tedy celkem projevilo 18 fyzických změn u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více.**

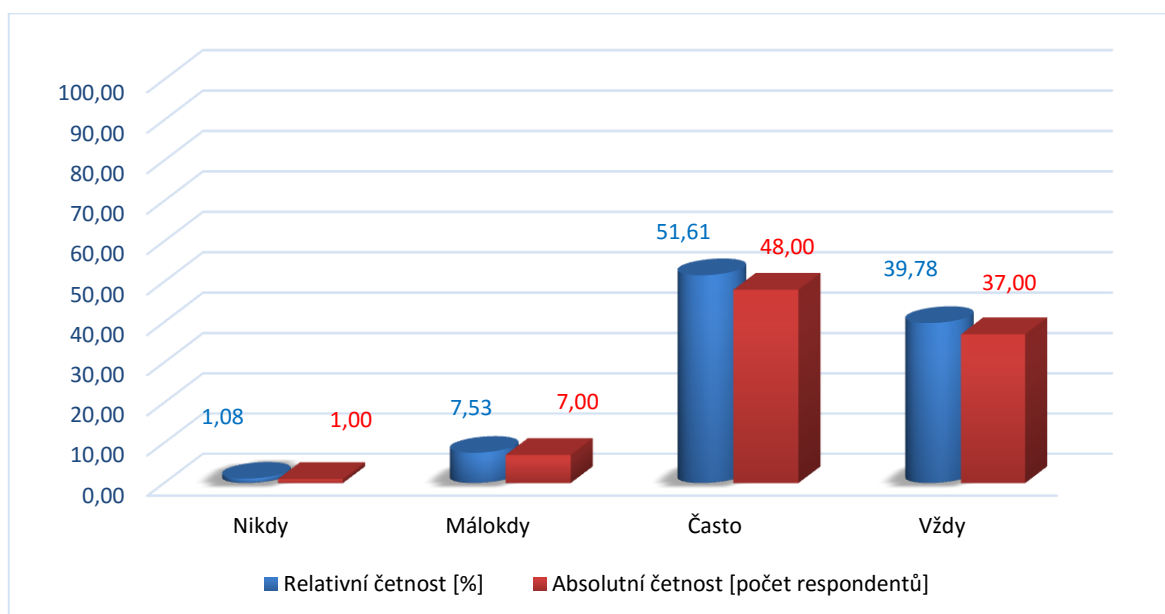
Výsledek prokázal, že výčet četnosti fyzických změn u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní je výskytově menší než výčet četnosti fyzických změn u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více.

Tab. 9. Otázka č. 9 - Ošetřující personál – sestra se zajímá o Vaše potřeby a obtíže?

Odovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	1,00	1,08%
Málokdy	7,00	7,53%
Často	48,00	51,61%
Vždy	37,00	39,78%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 9. Otázka č. 9 - Ošetřující personál – sestra se zajímá o Vaše potřeby a obtíže?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Tato otázka zjišťovala, zda se ošetřující personál – sestra zajímá o potřeby a obtíže pacientů. Odpověď nikdy zvolil pouze 1 dotazovaný (1,08%). Málokdy označilo 7 respondentů (7,53%). Odpovědi často se vyjádřilo 48 dotazovaných (51,61%). Vždy zvolilo 37 respondentů (39,78%).

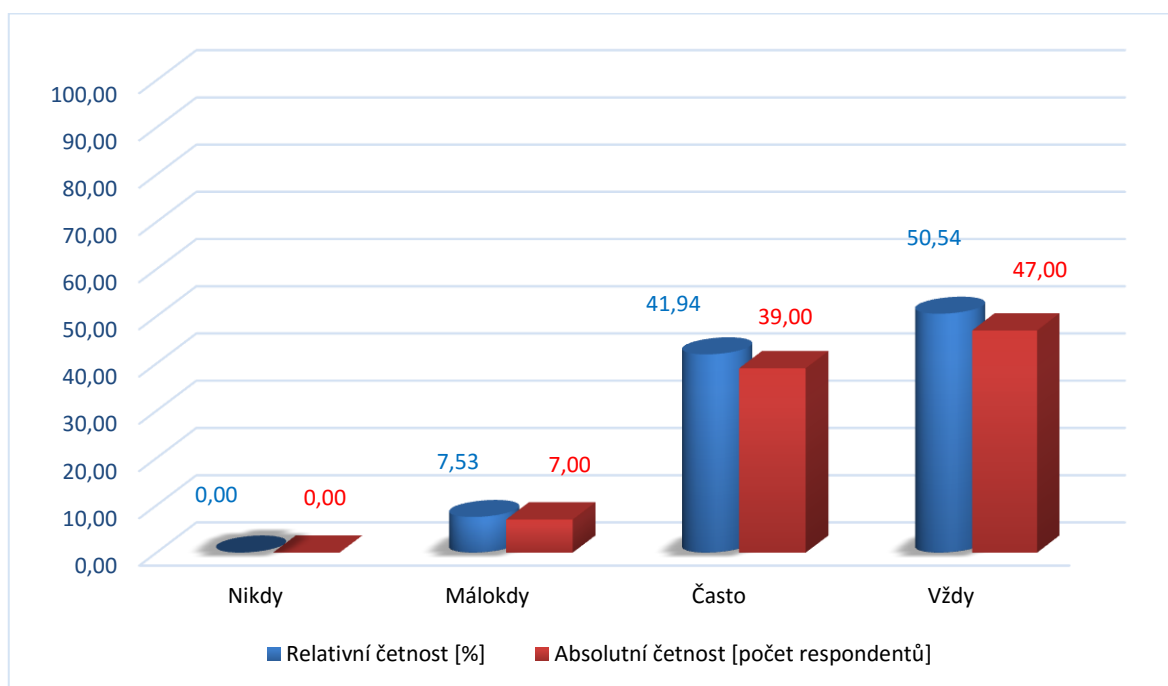
Dle odpovědí respondentů se ošetřující personál – sestra zajímá o potřeby a obtíže vždy nebo často. Takto odpovědělo celkem 85 dotazovaných (91,39%).

Tab. 10. Otázka č. 10 - Vaše potřeby v nemocnici jsou dostatečně uspokojovány?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	0,00	0,00%
Málokdy	7,00	7,53%
Často	39,00	41,94%
Vždy	47,00	50,54%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 10. Otázka č. 10 - Vaše potřeby v nemocnici jsou dostatečně uspokojovány?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Své potřeby v nemocnici považuje 47 respondentů (50,54%) za vždy dostatečně uspokojeny. Možností často označilo svoji odpověď 39 dotazovaných (41,94%). 7 respondentů (7,53%) uvedlo, že jsou jejich potřeby v nemocnici málokdy dostatečně uspokojeny. Odpověď nikdy nebyla zastoupena.

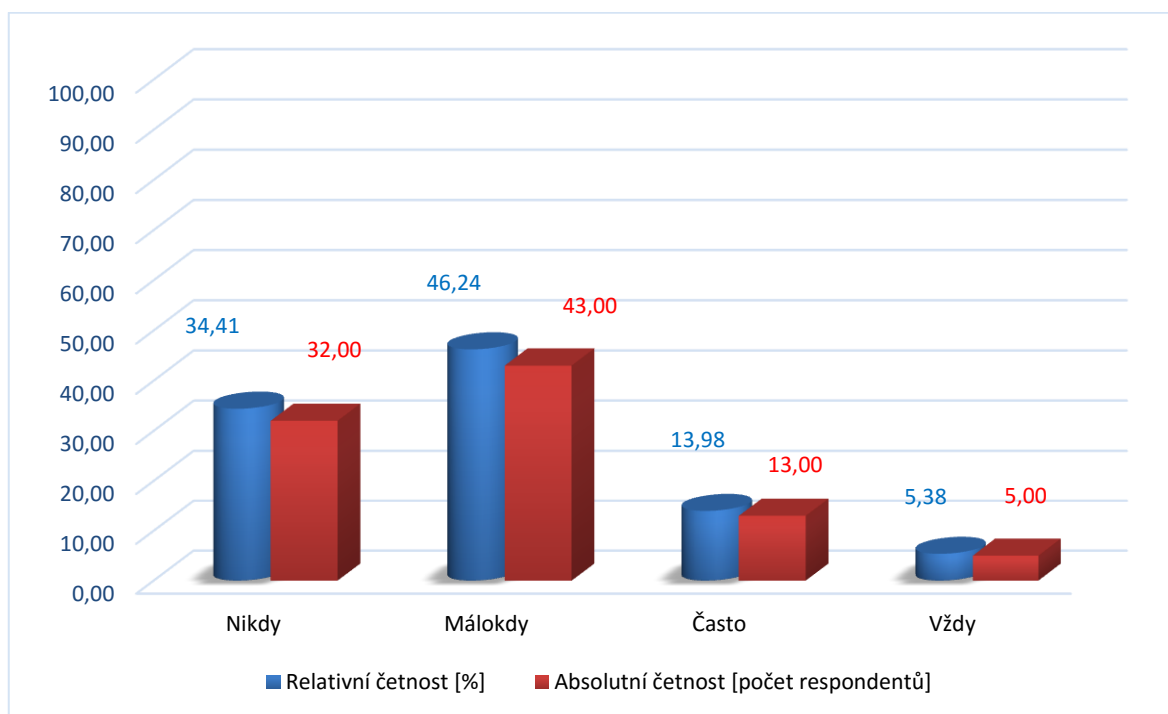
Výsledkem je zjištění, že celých 86 respondentů (92,48%) považuje své potřeby za vždy či často dostatečně uspokojovány.

Tab. 11 Otázka č. 11 – Nemocniční prostředí jako takové Vám zneprjemňuje hospitalizaci?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	32,00	34,41%
Málokdy	43,00	46,24%
Často	13,00	13,98%
Vždy	5,00	5,38%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 11. Otázka č. 11 - Nemocniční prostředí jako takové Vám zneprjemňuje hospitalizaci?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Na otázku, zda nemocniční prostředí jako takové zneprjemňuje hospitalizaci, odpovědělo nikdy 32 dotazovaných (34,41%). Odpověď málokdy označilo 43 respondentů



(46,24%). 13 respondentů (13,98%) uvedlo často. 5 respondentů (5,38%) se shodlo, že nemocniční prostředí jako takové jim hospitalizaci znepříjemňuje vždy.

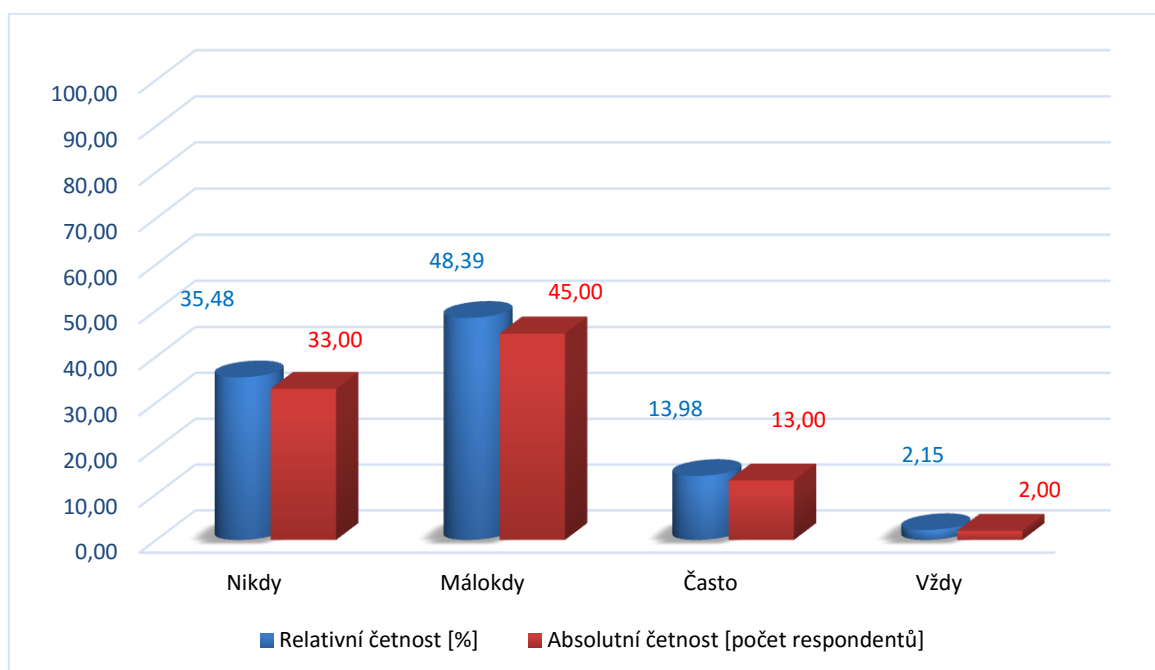
Z výsledků plyne skutečnost, že nemocniční prostředí jako takové nikdy nebo málokdy znepříjemňuje hospitalizaci. Toto uvedlo celkem 75 dotazovaných (80,65%).

Tab. 12. Otázka č. 12 – Necitlivé vystupování a komunikace zdravotnického personálu Vám zneprjemňují hospitalizaci?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	33,00	35,48%
Málokdy	45,00	48,39%
Často	13,00	13,98%
Vždy	2,00	2,15%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 12. Otázka č. 12 – Necitlivé vystupování a komunikace zdravotnického personálu Vám zneprjemňují hospitalizaci?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

33 respondentů (35,48%) označilo možnost nikdy. 45 dotazovaných (48,39%) vybralo odpověď málokdy. Možnost často označilo 13 respondentů (13,98%). 2 respondenti (2,15%) uvedli, že necitlivé vystupování personálu jim zneprjemňuje hospitalizaci vždy.

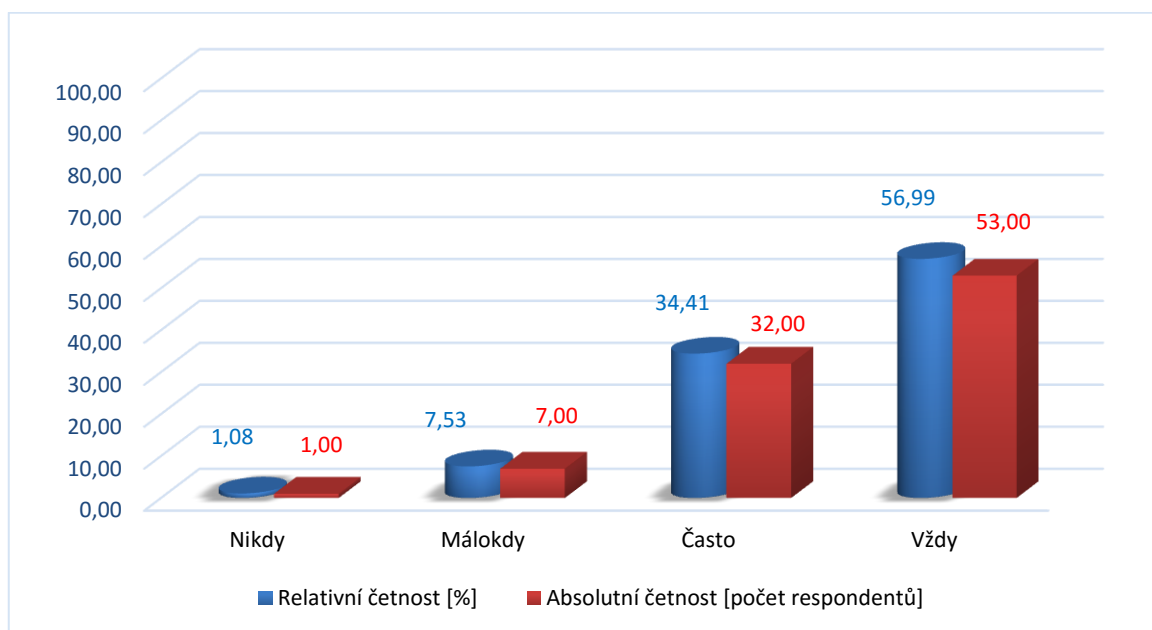
Z výsledku jednoznačně vyplývá, že necitlivé vystupování a komunikace zdravotnického personálu zneprjemňuje hospitalizaci 78 dotazovaných (83,87%) jen málokdy či nikdy.

Tab. 13. Otázka č. 13 – O svém zdravotním stavu a léčebných metodách jste dostatečně a srozumitelně informován/a?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	1,00	1,08%
Málokdy	7,00	7,53%
Často	32,00	34,41%
Vždy	53,00	56,99%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 13. Otázka č. 13 – O svém zdravotním stavu a léčebných metodách jste dostatečně a srozumitelně informován/a?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Na danou otázku odpověděl pouze 1 respondent (1,08%) nikdy. Možnost málokdy uvedlo 7 dotazovaných (7,53%). Často je dostatečně a srozumitelně informováno 32 respondentů (34,41%). Nejvíce respondentů 53 (56,99%) označilo možnost vždy.

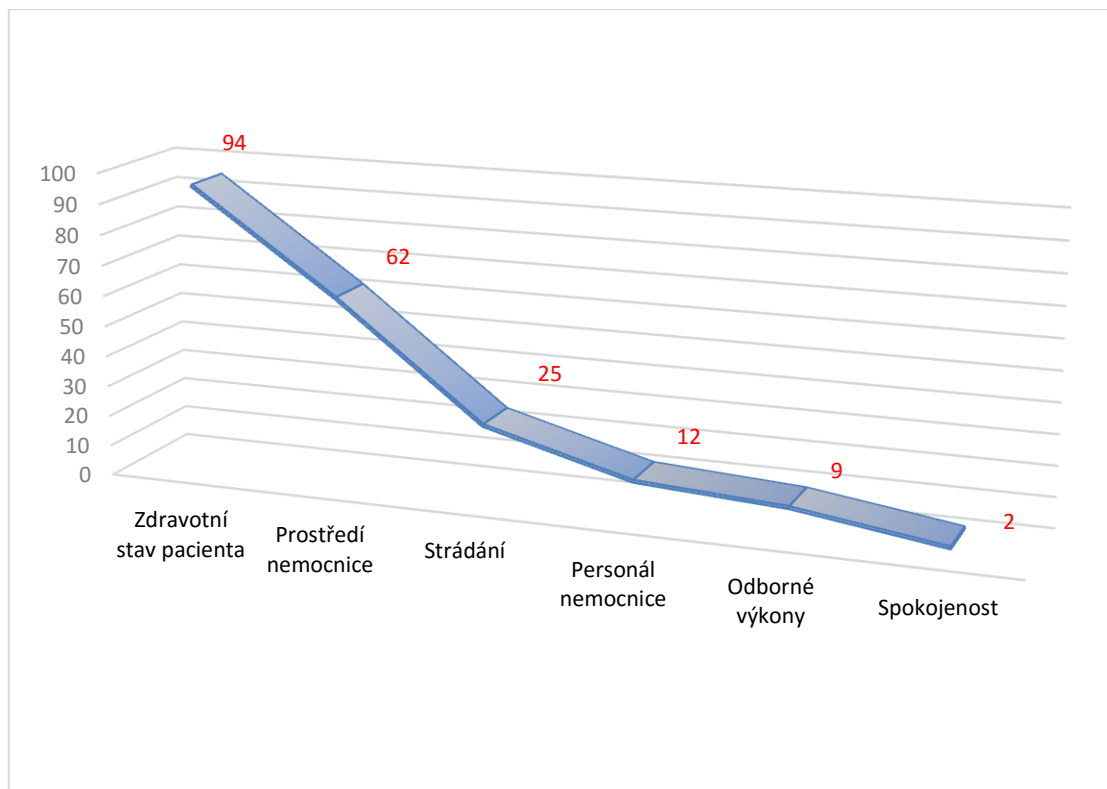
Z výsledků lze říci, že celých 85 dotazovaných (91,40%) si myslí, že jsou o svém zdravotním stavu a léčebných metodách vždy nebo často srozumitelně informováni.

Tab. 14. Otázka č. 14 – Uveďte alespoň 3 faktory či situace, které negativně ovlivňují průběh hospitalizace:

Skupiny	X krát se objevilo jako odpověď
Zdravotní stav pacienta	94
Prostředí nemocnice	62
Strádání	25
Personál nemocnice	12
Odborné výkony	9
Spokojenost	2

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 14. Otázka č. 14 – Uveďte alespoň 3 faktory či situace, které negativně ovlivňují průběh hospitalizace:



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Volné odpovědi na položenou otázku jsme upravili kategorizováním do celkem 5 skupin a pro zobrazení výsledků jsme použili graf výskytu četnosti. Volných odpovědí všech respondentů jsme celkem zaznamenali 204. Na otázku odpovědělo celkem 93 dotazovaných (100%).

Do skupiny **zdravotní stav pacienta** jsme zařadili 94 odpovědí všech respondentů: bolest - 52 krát se objevilo jako odpověď; nespavost - 9 krát; omezení pohybu – 8 krát; celková slabost – 4 krát; nejistota, jak na tom jsem – 3 krát; odkázání na cizí pomoc – 2 krát; zdravotní problémy – 1 krát; nechutenství – 1 krát; dušnost – 1 krát; dlouhodobá léčba – 1 krát; obavy z dlouhodobé hospitalizace – 1 krát; samotná nemoc – 1 krát; čekání na to, až léčba zabere – 1 krát; vyhlídka na omezení související se zdravotním stavem – 1krát; můj negativní zdravotní stav – 1 krát; omezení díky zdravotnímu stavu – 1 krát; špatné spaní – 1 krát; únava – 1 krát; nervozita – 1 krát; nauzea – 1 krát; čekání na to, co je přede mnou – 1 krát; nedostačující informace o nemoci – 1 krát.

Skupinu **prostředí nemocnice** jsme vytvořili z 62 odpovědí všech respondentů: ranní vstávání – 25 krát se objevilo jako odpověď; hluk – 6 krát; strava – 5 krát; poplatek za televizi – 4 krát; cizí prostředí – 3 krát; nečistota v koupelně – 2 krát; nastavený režim – 2 krát; suchý vzduch – 2 krát; málo větrané pokoje – 2 krát; nedostatek soukromí – 2 krát; noční kontroly – 1 krát; vícelůžkové pokoje – 1 krát; vysoká postel – 1 krát; zápach – 1 krát; špatná postel – 1krát; nedostatek klidu – 1 krát; pach dezinfekce – 1 krát; jedno sociální zařízení – 1 krát; uzavřený prostor – 1 krát; ucpaný odpad – 1 krát.

Do skupiny **strádání** jsme zařadili 25 odpovědí všech respondentů: odloučení od rodiny, koníčků, práce – 7 krát se objevilo jako odpověď; dlouhá chvíle – 5 krát; nuda – 4 krát; nepříjemný spolupacient – 3 krát; chrápání – 1 krát; nedostatek času na péči o sebe – 1 krát; nedostatek zájmových aktivit – 1 krát; frustrace z přerušení pracovních činností – 1 krát; mnoho času na přemýšlení – 1 krát; trápení 1 krát.

Do skupiny **personál nemocnice** patří 12 odpovědí všech respondentů: neochota personálu - 3 krát se objevilo jako odpověď; necitlivé zařazování pacientů na pokoj (př. 1x40 letá pacientka, 2x důchodkyně) – 1 krát; chaos kdo je kdo (př. sestra x lékařka) – 1 krát; náladovost personálu – 1 krát; přenášení únavy a nezdaru na pacienty – 1 krát; neinformovanost o stavu a metodách léčby + prognóza možného vývoje – 1 krát; někdy neo-

sobní přístup, hlavně ze strany lékařů – 1 krát; nezájem ze strany personálu – 1 krát; strach z neochoty sester – 1 krát; časté opakování doporučení o diabetické noze – 1 krát.

Skupinu **odborné výkony** jsme vytvořili z 9 odpovědí všech respondentů: noční buzení – 2 krát se objevilo jako odpověď; převazy na vyšetřovně – 1 krát; častá vyšetření – 1 krát; odběry krve – 1 krát; dlouhé čekání na vyšetření – 1 krát; lékařské úkony – 1 krát; měření teplot – 1 krát; zavedení cévek – 1 krát.

Do poslední skupiny **spokojenost** jsme zařadili 2 odpovědi všech respondentů: jsem nadměru spokojený – 1 krát se objevilo jako odpověď; nemám žádné výhrady – 1 krát.

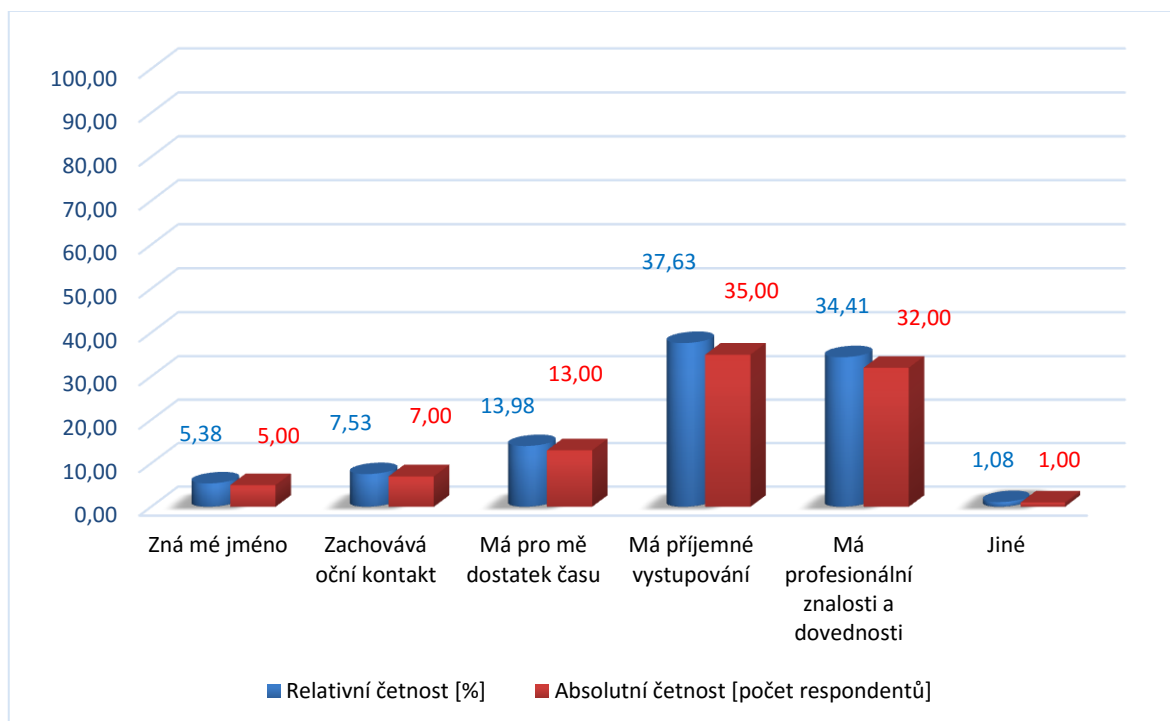
Z výsledků šetření jasně vyplývá, že průběh hospitalizace nejvíce negativně narušuje bolest, která se objevila 52 krát jako odpověď, patří do skupiny zdravotní stav pacienta. Druhým obtěžujícím faktorem se stalo ranní vstávání, které se objevilo 25 krát jako odpověď, patří do skupiny prostředí nemocnice. Odpověď nespavost, vyskytující se 9 krát jako odpověď, se umístila jako třetí nejvíce negativně působící faktor během hospitalizace, patří do skupiny zdravotní stav pacienta.

Tab. 15. Otázka č. 15 – Při komunikaci se zdravotnickým personálem nejvíce oceňujete, že:

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zná mé jméno	5,00	5,38%
Zachovává oční kontakt	7,00	7,53%
Má pro mě dostatek času	13,00	13,98%
Má příjemné vystupování	35,00	37,63%
Má profesionální znalosti a dovednosti	32,00	34,41%
Jiné (doplňte).....	1,00	1,08%
• Je snaživý a ochotný		
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 15. Otázka č. 15 - Při komunikaci se zdravotnickým personálem nejvíce oceňujete, že:



Zdroj: Vlastní zpracování

**Komentář k tabulce a grafu**

Na otázku co nejvíce oceňujete při komunikaci se zdravotnickým personálem odpovědělo 5 respondentů (5,38%), že zná mé jméno. 7 dotazovaných (7,53%) považovalo za důležité zachování očního kontaktu. 13 respondentů (13,98%) uvedlo má pro mě dostatek času. Odpověď má příjemné vystupování zvolilo 35 dotazovaných (37,63%). Možnost má profesionální znalosti a dovednosti označilo 32 respondentů (34,41%). Jinou vlastní odpověď uvedl 1 dotazovaný (1,08%).

Šetření prokázalo, že nejpočetnější skupina respondentů nejvíce oceňuje příjemné vystupování při komunikaci se zdravotnickým personálem.

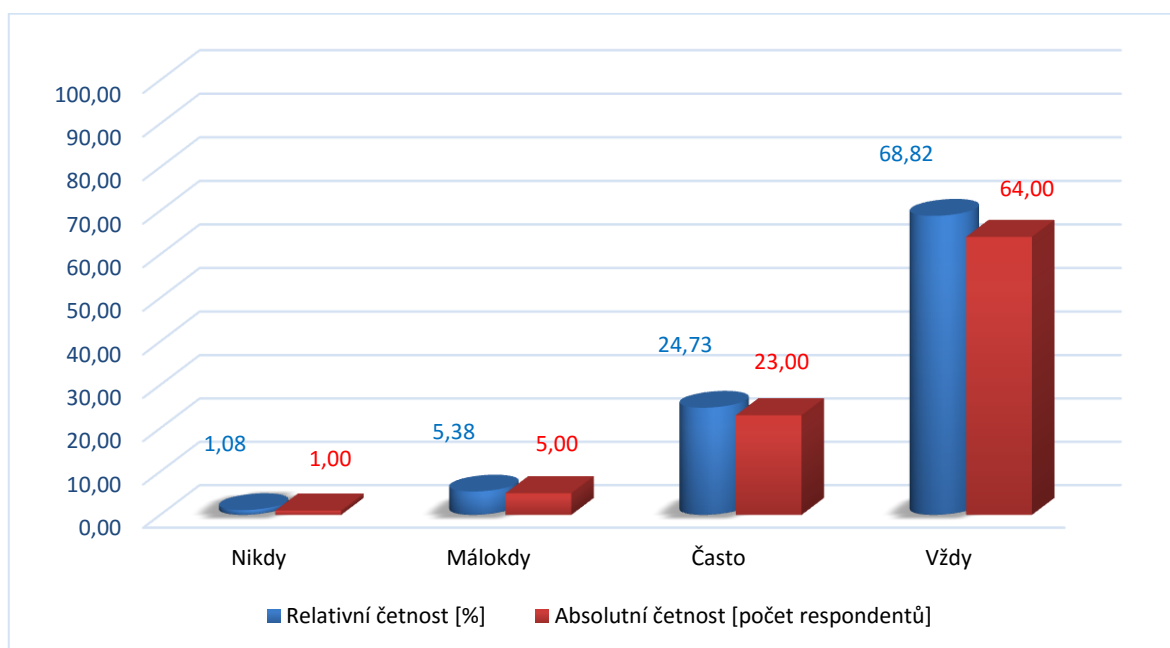


Tab. 16. Otázka č. 16 – Návštěvy Vašich příbuzných a známých v nemocnici Vám pomáhají zvládat hospitalizaci?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	1,00	1,08%
Málokdy	5,00	5,38%
Často	23,00	24,73%
Vždy	64,00	68,82%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 16. Otázka č. 16 - Návštěvy Vašich příbuzných a známých v nemocnici Vám pomáhají zvládat hospitalizaci?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Návštěvy nikdy nepomáhají zvládat hospitalizaci 1 respondentovi (1,08%). 5 dotazovaných (5,38%) označilo skupinu málokdy. 23 respondentů (24,73%) vybralo možnost často. Návštěvy jsou žádoucí vždy u 64 respondentů (68,82%).

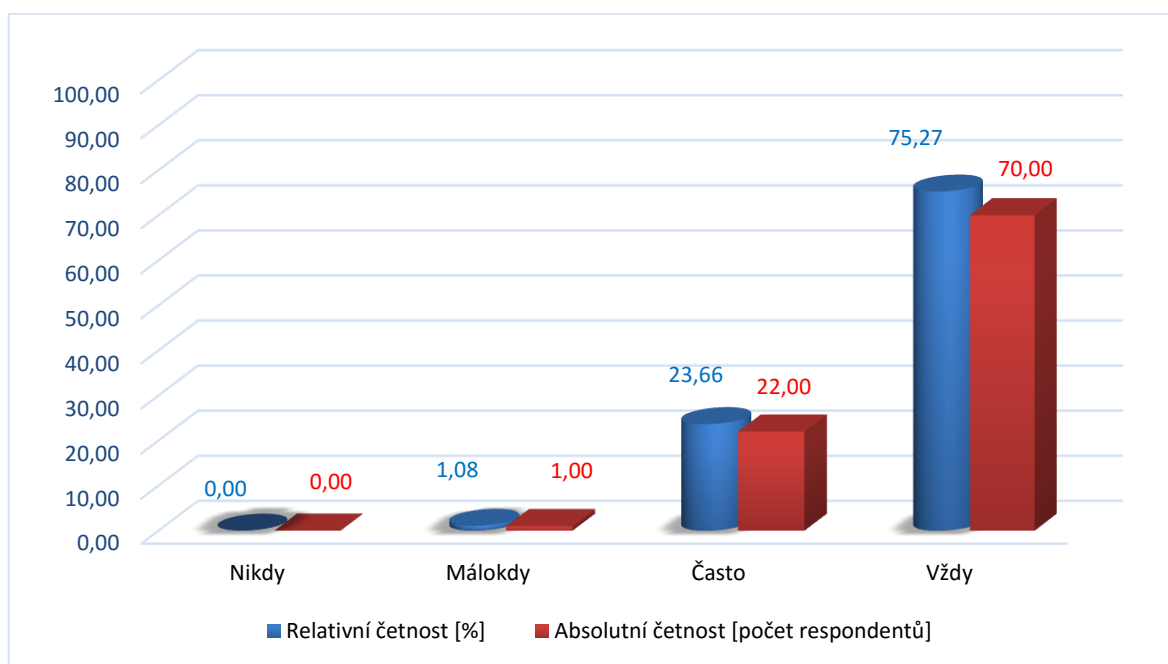
Z výsledků jednoznačně vyplývá, že pro 87 dotazovaných (93,55%) jsou návštěvy v nemocnici kladným prvkem při zvládnání hospitalizace.

Tab. 17. Otázka č. 17 – Příjemné vystupování a komunikace sester Vám pomáhají zvládat hospitalizaci?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	0,00	0,00%
Málokdy	1,00	1,08%
Často	22,00	23,66%
Vždy	70,00	75,27%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 17. Otázka č. 17 – Příjemné vystupování a komunikace sester Vám pomáhají zvládat hospitalizaci?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Na otázku, zda příjemné vystupování a komunikace sester je nápomocné při zvládnání hospitalizace neodpověděl žádný z respondentů nikdy. Odpověď málokdy vybral pouze 1 dotazovaný (1,08%). 22 respondentů (23,66%) označilo možnost často. 70 respondentů (75,27%) zodpovědělo otázku možností vždy.

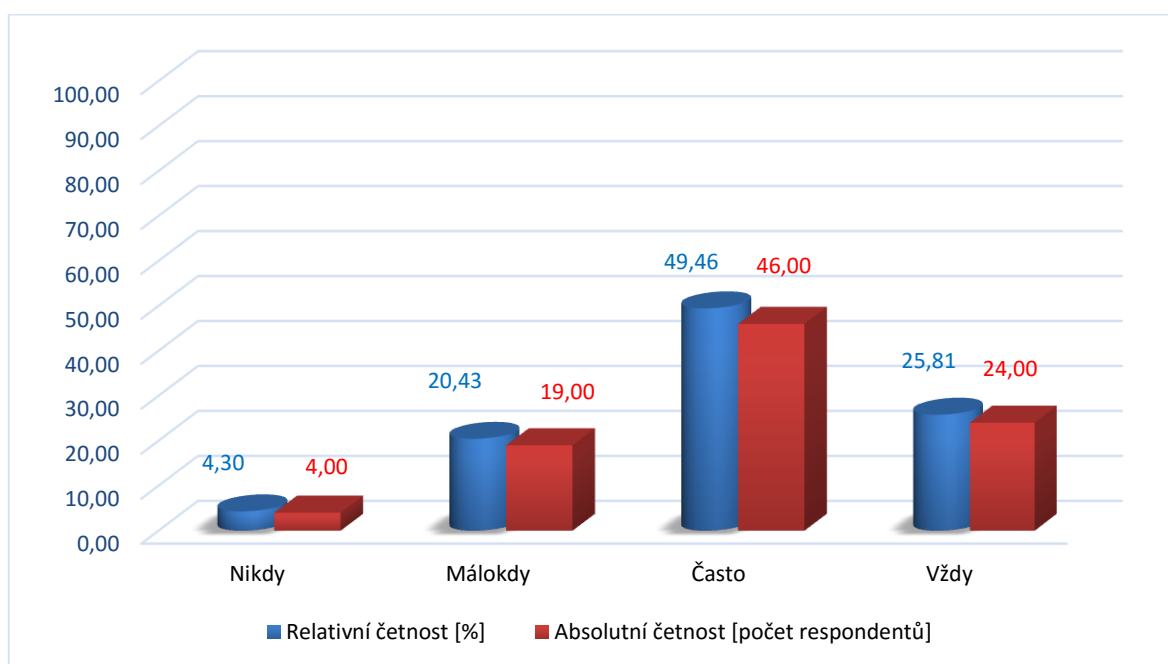
Výsledek jasně poukazuje, že příjemné vystupování a komunikace sester kladně přispívají při zvládnání hospitalizace u 92 dotazovaných (98,93%).

Tab. 18. Otázka č. 18 – Spolupacienti Vám pomáhají zvládat hospitalizaci?

Odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy	4,00	4,30%
Málokdy	19,00	20,43%
Často	46,00	49,46%
Vždy	24,00	25,81%
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 18. Otázka č. 18 – Spolupacienti Vám pomáhají zvládat hospitalizaci?



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Spolupacienti nepředstavují pro 4 dotazované (4,30%) nikdy pomoc jak zvládnout hospitalizaci. 19 respondentů (20,43%) zvolilo odpověď málokdy. Možnost často označilo 46 respondentů (49,46%). Pro 24 dotazovaných (25,81%) jsou spolupacienti vždy nápomocní.

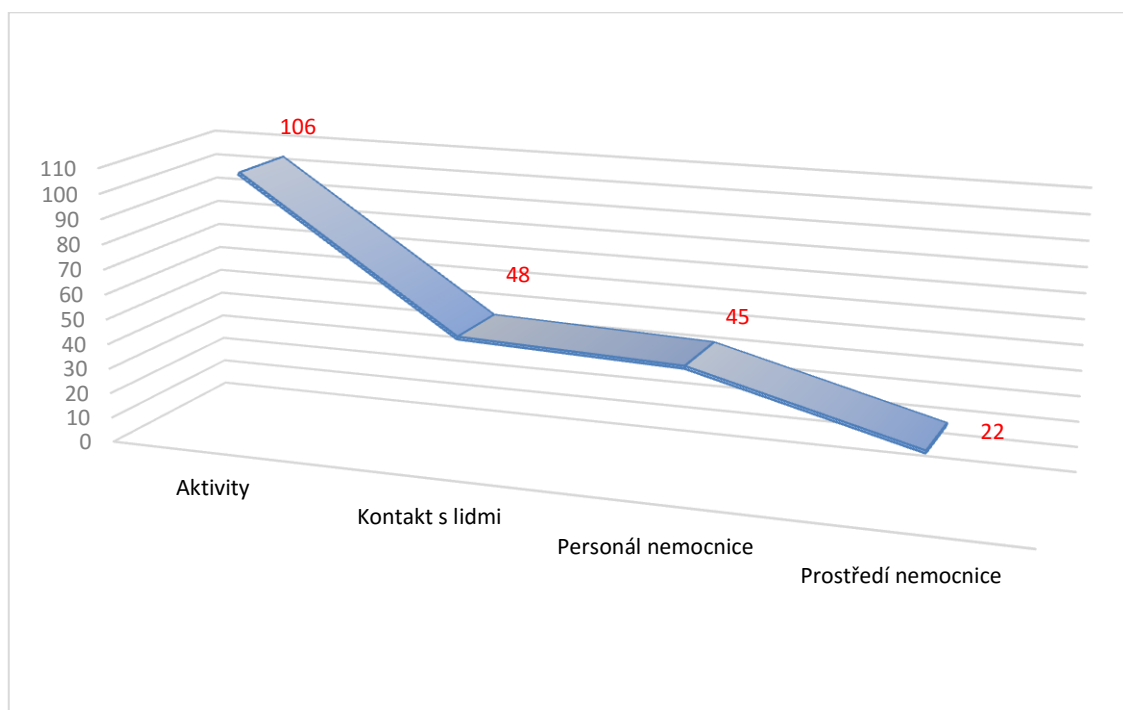
Z výsledků plyne, že 70 dotazovaných (75,27%) většinou vnímá spolupacienty jako pomocný element pro zvládnutí zátěže, kterou hospitalizace přináší.

Tab. 19. Otázka č. 19 – Uveďte alespoň 3 faktory či situace, které pozitivně ovlivňují průběh hospitalizace.

Skupiny	X krát se objevilo jako odpověď
Aktivity	106
Kontakt s lidmi	48
Personál nemocnice	45
Prostředí nemocnice	22

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 19. Otázka č. 19 – Uveďte alespoň 3 faktory či situace, které pozitivně ovlivňují průběh hospitalizace.



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Volné odpovědi na položenou otázku jsme upravili kategorizováním do celkem 4 skupin a pro zobrazení výsledků jsme použili graf výskytu četnosti. Volných odpovědí

všech respondentů jsme celkem zaznamenali 221. Na otázku odpovědělo celkem 93 dotazovaných (100%).

Do skupiny pojmenované **aktivity** jsme zařadili 106 odpovědí všech respondentů: sledování TV – 57 krát se objevilo jako odpověď; čtení – 21 krát; internet – 8 krát; luštění křížovek – 7 krát; telefon – 6 krát; ruční práce – 2 krát; práce s PC – 2 krát; sledování okolí – 1 krát; procházka po chodbě – 1 krát; rádio – 1 krát.

Do skupiny **kontakt s lidmi** patří 48 odpovědí všech respondentů: komunikace se spolupacienty – 16 krát se objevilo jako odpověď; návštěvy – 14 krát; příjemná komunikace – 10 krát; příjemní spolupacienti – 4 krát; povídání – 2 krát; kontakt s lidmi – 2 krát.

Skupinu **personál nemocnice** jsme vytvořili ze 45 odpovědí všech respondentů: komunikace s personálem – 32 krát se objevilo jako odpověď; přítomnost studentek – 3 krát; příjemný personál – 3 krát; informace od lékařů – 2 krát; vzájemná komunikace a respekt k pacientům – 1 krát; psychická podpora – 1 krát; sestřičky – 1 krát; ochotný personál – 1 krát; profesionalita – 1 krát.

Do skupiny **prostředí nemocnice** jsme zařadili 22 odpovědí všech respondentů: spánek – 6 krát; klid – 4 krát; káva – 3 krát; samostatný pokoj – 2 krát; odpočinek – 2 krát; příjemné prostředí – 1 krát; čistota – 1 krát; dobré jídlo – 1 krát; teplo – 1 krát; úspěšný výsledek hospitalizace – 1 krát.

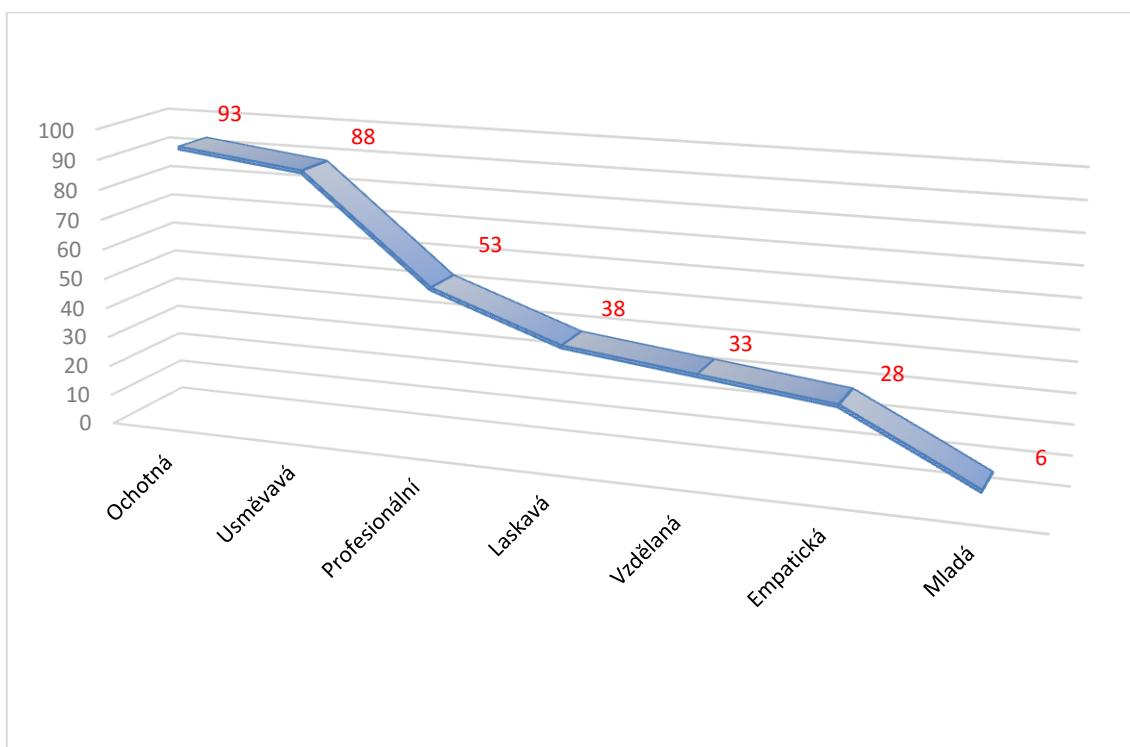
Z výsledků šetření vyplývá, že sledování televize je pro respondenty nejpozitivnější faktor zpříjemňující hospitalizaci, odpověď zazněla 57 krát a patří do skupiny aktivity. 32 krát se objevila odpověď komunikace s personálem, patřící do skupiny personál nemocnice, tato odpověď se stala druhým nejčastějším pozitivním faktorem ovlivňující průběh hospitalizace. Čtení vyšlo jako třetí nejčastější aktivita, která respondentům zpříjemňuje hospitalizaci, objevilo se 21 krát a patří do skupiny aktivity.

Tab. 20. Otázka č. 20 – Vypište alespoň 4 rysy dobré sestry:

Skupiny	X krát se objevilo jako odpověď
Ochotná	93
Usměvavá	88
Profesionální	53
Laskavá	38
Vzdělaná	33
Empatická	28
Mladá	6

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 20. Otázka č. 20 – Vypište alespoň 4 rysy dobré sestry:



Zdroj: Vlastní zpracování

### Komentář k tabulce a grafu

Volné odpovědi na položenou otázku jsme upravili kategorizováním do celkem 7 skupin a pro zobrazení výsledků jsme použili graf výskytu četnosti. Volných odpovědí všech respondentů jsme celkem zaznamenali 339. Na otázku odpovědělo celkem 93 dotazovaných (100%).

Do skupiny **ochotná** jsme zařadili 93 odpovědí všech respondentů: ochotná – 63 krát se objevilo jako odpověď; vstřícná – 9 krát; nápomocná – 8 krát; obětavá – 7 krát; pracovitá – 3 krát; snaživá – 1 krát; prosociální – 1 krát; úslužná – 1 krát.

Skupinu **usměvavá** jsme utvořili z 88 odpovědí všech respondentů: usměvavá – 29 krát se objevilo jako odpověď; příjemná – 29 krát; komunikativní – 21 krát; veselá – 5 krát; má dobrou náladu – 2 krát; pozitivně nabíjející – 2 krát.

Do skupiny **profesionální** patří 53 odpovědí všech respondentů: profesionální – 12 krát se objevilo jako odpověď; zodpovědná – 5 krát; slušná – 4 krát; mírná – 3 krát; upravená – 3 krát; zdvořilá – 2 krát; upřímná – 2 krát; spolehlivá – 2 krát; ohleduplná – 2 krát; uctívá ke stáří – 2 krát; klidná – 2 krát; tolerantní – 1 krát; rychlá – 1 krát; trpělivá – 1 krát; zná mé jméno – 1 krát; čistá – 1 krát; dostatečně informuje pacienta – 1 krát; dobré vystupování – 1 krát; zachovává oční kontakt – 1 krát; bystrá – 1 krát; neutrální – 1 krát; ničeho se neštítí – 1 krát; pečlivá – 1 krát; obratná – 1 krát; šikovná – 1 krát.

Do skupiny **laskavá** jsme zařadili 38 odpovědí všech respondentů: laskavá – 16 krát se objevilo jako odpověď; milá – 9 krát; přívětivá – 4 krát; vlídná – 3 krát; hodná – 3 krát; shovívavá – 1 krát; nesobecká – 1 krát; soucitná – 1 krát.

Skupinu **vzdělaná** tvoří 33 odpovědí všech respondentů: odborná – 16 krát se objevilo jako odpověď; vzdělaná – 13 krát; pokusí se vše vysvětlit – 2 krát; inteligentní – 1 krát; emancipovaná – 1 krát.

Do skupiny **empatická** patří 28 odpovědí všech respondentů: empatická – 10 krát se objevilo jako odpověď; projevuje zájem o pacienty – 6 krát; má čas na pacienta – 3 krát; starostlivá – 2 krát; přístupná – 2 krát; povzbudivá – 1 krát; lidská – 1 krát; umí uklidnit a pohladit – 1 krát; citlivá vůči provádění výkonů – 1 krát; má vztah k lidem – 1 krát.

Skupinu **mladá** tvoří 6 odpovědí všech respondentů: mladá – 3 krát se objevilo jako odpověď; krásná – 2 krát; sympatická – 1 krát.

Konkrétní 4 rysy dobré sestry nelze uvést, protože se některé vlastnosti objevily stejněkrát. Proto uvádíme prvních 5 vlastností dle odpovědí respondentů: ochotná – 63 krát, usměvavá – 29 krát, příjemná – 29 krát, laskavá – 16 krát a odborná – 16 krát.

Ovšem po zařazení do skupin a sečtení všech synonym z výsledků vyplývá, že nejcennější vlastností dobré sestry je pro respondenty ochota, tento samotný rys či jeho synonymum se objevilo v odpovědích 93 krát. Druhým významným rysem dobré sestry je usměvavost, takto charakterizovalo dobrou sestru 88 odpovědí. 53 odpovědí dotazovaných pasovalo profesionalitu třetím podstatným rysem. 33 odpovědí respondentů rozhodlo, že laskavost je neméně důležitá vlastnost, dle výsledků se umístila se na čtvrtém místě.



## 7.7 Diskuze k výsledkům šetření

Údaje k zhodnocení šetření poskytlo celkem 93 respondentů (100%). Jsme si vědomi, že výzkum nemůžeme globalizovat, ale dle odpovědí respondentů z výsledků vyplývá následující.

### Dílčí cíl 1

Zjistit míru vlivu hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů.

**Otázka č. 1** odhalila, že do nemocničního zařízení přichází více respondentů z popudu ošetřujícího lékaře, tuto skutečnost označilo 61 respondentů (65,59%), 32 respondentů (34,41%) přichází do zařízení z vlastní vůle. Tato skutečnost ovšem vyvrací tvrzení autora Křivohlavého, který popisuje, že z vlastní vůle přichází k hospitalizaci pouze 2% nemocných. Pokud však nemocný přichází do nemocničního zařízení z vlastní vůle, je si vědom vážnosti svého zdravotního stavu a toto uvědomění znásobuje stresovou zátěž.

**Otázka č. 2** se zabývala četností hospitalizací jednotlivých jedinců. 16 respondentů (17,20%) odpovědělo, že jsou hospitalizovaní poprvé. 77 respondentů (82,80%) odpovědělo, že jsou hospitalizovaní již opakovaně. Převažovala tudíž skupina respondentů hospitalizovaných opakovaně.

**Otázka č. 3** zkoumala, jakou míru stresu představuje hospitalizace pro pacienty. 8 respondentů (8,60%) odpovědělo, že žádnou. Odpověď malou označilo 33 respondentů (35,48%). 37 respondentů (39,78%) odpovědělo střední, 14 respondentů (15,05%) zvolilo velkou a odpověď neúnosnou, zde označil pouze 1 dotazovaný (1,08%). Odpověď střední zátěž byla nejčastější.

**Otázka č. 4** se zabývala nejvíce stresujícím vnějším faktorem. Změnu životního stylu vnímá nejvíce respondentů jako nejvíce stresující vnější faktor hospitalizace. Následuje nové prostředí, které označilo 26 respondentů (27,96%). Odpověď kontakt s ošetřujícími sestrami označil 1 dotazovaný (1,08%), 1 respondenta zatěžuje kontakt s lékaři. Pro 43 respondentů (46,24%) je stresující změna životního stylu. 11 dotazovaných uvedlo jinou situaci. Například práce a rodina, kvalita jídla, nemoc, strach z úkonů a jiné. Z odpovědí vyplývá, že nejvíce stresujícím a zatěžujícím vnějším faktorem je změna životního stylu, takto odpovědělo 43 dotazovaných (46,24%).

**Otázka č. 5** hodnotila nejvíce stresující vnitřní faktor. Největší skupina, 78 dotazovaných (83,87%) vybralo odpověď přítomnost vlastního onemocnění případně bolesti, ome-

zení, která nemoc způsobuje. Špatnou přizpůsobivost vybralo 7 respondentů (7,53%). První hospitalizace zatěžuje 3 respondenty (3,23%), rovněž 3 dotazovaní mají nepříjemnou zkušenost s hospitalizací. 2 dotazovaní (2,15%) uvedli jinou situaci.

### **Hypotéza č. 1**

Předpokládáme, že míra stresu z hospitalizace bude vyšší u pacientů hospitalizovaných poprvé, nežli u pacientů hospitalizovaných opakovaně (dvakrát a více).

Celkem se šetření zúčastnilo 16 respondentů hospitalizovaných poprvé a 77 respondentů hospitalizovaných opakovaně.

Na otázku jakou zátěž pro Vás představuje hospitalizace, odpovědělo na stupnici míry stresu 5 respondentů hospitalizovaných poprvé, že malou, 10 dotazovaných vybralo střední, 1 velkou, neúnosnou neuvedl žádný z dotazovaných hospitalizovaných poprvé. Na stejnou otázku odpovědělo 8 respondentů, že nepocítují žádný stres, 28 respondentů vybralo malou zátěž, 27 velkou a pro 1 dotazovaného je hospitalizace neúnosná zátěž.

Při porovnání míry stresu u pacientů hospitalizovaných poprvé a u pacientů hospitalizovaných opakovaně, šetření prokázalo, že pro většinu respondentů hospitalizovaných poprvé představuje hospitalizace střední zátěž. Pro většinu respondentů hospitalizovaných opakovaně představuje hospitalizace malou zátěž. **Hypotéza č. 1 se potvrdila.**

### **Dílčí cíl 2**

Zjistit četnost výskytu fyzických a psychických změn, při kterých dochází u lidí při hospitalizaci.

**Otázka č. 6** zkoumala délku hospitalizace. 64 respondentů (68,82%) bylo hospitalizovaných 1-7 dní, 17 dotazovaných (18,28%) 8-14 dní a 12 respondentů (12,90%) trávilo v nemocnici 15 dní a více.

**Otázka č. 7** se zabývala výskytem psychických změn u hospitalizovaných pacientů. Úzkost se objevila jako odpověď celkem 16 krát, nervozita - 32 krát, hněv - 2 krát, podrážděnost - 7 krát, noční můry - 2 krát, nejistota - 31 krát, hloubavé úvahy - 15 krát, frustrace - 8 krát, deprese - 2 krát, zapomnětlivost - 4 krát, náladovost - 8 krát, otupělost - 3 krát, jiné psychické změny - 2 krát a 16 krát se objevila odpověď žádné změny nepozorují. Nejčastěji krát jsme zaznamenali výskyt nervozity, nejistoty a hloubavých úvah.

**Otázka č. 8** se zabývala výskytem fyzických změn u hospitalizovaných pacientů. Svalové napětí se objevilo jako odpověď celkem 8 krát, bušení srdce - 10 krát, sucho v ústech - 30 krát, lekavost - 5 krát, pocení - 25 krát, únava - 23 krát, nespavost - 33 krát, nechutenství 18 - krát, zvýšená chuť k jídlu - 1 krát, bolest hlavy - 12 krát, tiky z nervozity neuvedl žádný z respondentů, zácpa - 25 krát, průjem - 4 krát, dušnost - 4 krát, pocit tlaku na hrudníku - 5 krát, vyrážka na kůži - 2 krát, poruchy menstruační periody neuvedl žádný z respondentů, mdloby - 4 krát, jiné fyzické změny - 4 krát a 8 krát se objevila odpověď žádné změny nepozoruji. Nejčteněji krát jsme zaznamenali výskyt nespavosti, pocení a zácpy.

**Otázka č. 10** hodnotila uspokojování potřeb. 47 respondentů (50,54%) považuje své potřeby v nemocnici za vždy dostatečně uspokojeny. 39 dotazovaných (41,94%) označil možnost často. 7 respondentů (7,53%) uvedlo, že jsou jejich potřeby v nemocnici málokdy dostatečně uspokojeny. Odpověď nikdy nebyla zastoupena. Z výsledků vyplývá, že celých 86 respondentů (92,48%) považuje své potřeby za vždy či často dostatečně uspokojovány.

## **Hypotéza č. 2**

Předpokládáme, že četnost výskytu psychických a fyzických změn u pacientů bude nižší u pacientů hospitalizovaných maximálně 7 dní, nežli u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více.

Pacienti hospitalizovaní 1-7 dní označili tyto psychické změny. Úzkost 9 krát, nervozita 23 krát, hněv 1 krát, podrážděnost 3 krát, noční můry nebyly uvedeny, nejistota 22 krát, hloubavé úvahy 11 krát, frustrace 8 krát, deprese 2 krát, zapomnětlivost 3 krát, náladovost 5 krát, otupělost 2 krát, jiné psychické změny nebyly uvedeny, 12 krát se objevila odpověď žádné změny nepozoruji. Nejčteněji krát jsme zaznamenali výskyt nervozity, nejistoty a hloubavých úvah.

Pacienti hospitalizovaní 1-7 dní označili tyto fyzické změny. Svalové napětí - 4 krát, bušení srdce - 5 krát, sucho v ústech - 18 krát, lekavost - 2 krát, pocení - 16 krát, únava - 15 krát, nespavost - 23 krát, nechutenství - 12 krát, zvýšená chuť k jídlu - 1 krát, bolest hlavy - 9 krát, tiky z nervozity nebyly uvedeny, zácpa - 15 krát, průjem - 3 krát, dušnost - 3 krát, pocit tlaku na hrudníku - 2 krát, vyrážka na kůži - 1 krát, poruchy menstruační periody nebyly uvedeny, mdloby - 1 krát, jiné fyzické změny - 1 krát a 6 krát se objevila odpo-

věď žádné změny nepozorují. Nejčteněji krát jsme zaznamenali výskyt nespavosti, suchosti v ústech a pocení.

Pacienti hospitalizovaní 8 dní a více označili tyto psychické změny. Úzkost - 7 krát, nervozita - 9 krát, hněv - 1 krát, podrážděnost - 4 krát, noční můry - 2 krát, nejistota - 9 krát, hloubavé úvahy - 4 krát, frustrace ani deprese nebyly uvedeny, zapomnětlivost - 1 krát, náladovost - 3 krát, otupělost - 1 krát, jiné psychické změny - 2 krát, 4 krát se objevila odpověď žádné změny nepozorují. Nejčteněji krát jsme zaznamenali výskyt nervozity a nejistoty, následně úzkosti.

Pacienti hospitalizovaní 8 dní a více označili tyto fyzické změny. Svalové napětí - 4 krát, bušení srdce - 5 krát, sucho v ústech - 12 krát, lekavost - 3 krát, pocení - 9 krát, únava - 8 krát, nespavost - 10 krát, nechutenství - 6 krát, zvýšená chuť k jídlu nebyla uvedena, bolest hlavy - 3 krát, tiky z nervozity nebyly uvedeny, zácpa - 10 krát, průjem - 1 krát, dušnost - 1 krát, pocit tlaku na hrudníku - 3 krát, vyrážka na kůži - 1 krát, poruchy menstruační periody nebyly uvedeny, mdloby - 3 krát, jiné fyzické změny - 3 krát a 2 krát se objevila odpověď žádné změny nepozorují. Nejčteněji krát jsme zaznamenali výskyt suchosti v ústech, nespavosti a zácpy.

Výsledek prokázal, že výčet četnosti psychických změn u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní je výskytově menší než výčet četnosti psychických změn u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více. Dle výsledků je výčet četnosti fyzických změn u pacientů hospitalizovaných 1-7 dní je výskytově menší než výčet četnosti fyzických změn u pacientů hospitalizovaných 8 dní a více. **Hypotéza č. 2 se potvrdila.**

### Dílčí cíl 3

Zjistit jaké faktory negativně ovlivňují hospitalizaci.

**Otázka č. 11** se zabývala nemocničním prostředím. Na otázku, zda nemocniční prostředí jako takové znepríjemňuje hospitalizaci, odpovědělo 32 dotazovaných (34,41%) nikdy. 43 respondentů (46,24%) označilo odpověď málokdy. 13 respondentů (13,98%) uvedlo často. 5 respondentům (5,38%) nemocniční prostředí jako takové znepríjemňuje hospitalizaci vždy. Z výsledků vyplývá, převážná většina respondentů odpovědělo, že nemocniční prostředí jako takové jim málokdy či nikdy znepríjemňuje hospitalizaci. Toto uvedlo celkem 75 dotazovaných (80,65%).

**Otázka č. 12** se zajímala, zda necitlivé vystupování a komunikace zdravotnického personálu znepříjemňuje hospitalizaci. Možnost nikdy označilo 33 dotazovaných (35,48%). 45 dotazovaných (48,39%) odpovědělo málokdy. Možnost často vybralo 13 respondentů (13,98%). 2 respondenti (2,15%) uvedli, že necitlivé vystupování personálu jim znepříjemňuje hospitalizaci vždy. Výsledek prokázal, že necitlivé vystupování a komunikace zdravotnického personálu je pro 78 dotazovaných (83,87%) znepříjemňující hospitalizaci jen málokdy či nikdy.

**Otázka č. 13** zjišťovala informovanost o vlastním zdravotním stavu a léčebných metodách. 1 respondent (1,08%) odpověděl, že není nikdy dostatečně informován. Možnost málokdy vybralo 7 respondentů (7,53%). Často je srozumitelně informováno 32 respondentů (34,41%). Nejvíce respondentů 53 (56,99%) označilo možnost vždy. Výsledek prokázal, že celých 85 respondentů (91,40%) se domnívá, že jsou o svém zdravotním stavu a léčebných metodách vždy nebo často srozumitelně informováni.

**Otázka č. 14** se dotazovala na faktory či situace negativně ovlivňující hospitalizaci. Nespavost – 9 krát a jako třetí nejčastější odpověď se objevil omezení pohybu – 8 krát. Ve skupině prostředí nemocnice Z celkem 204 odpovědí jsme vytvořili kategorizováním 5 skupin. Ve skupině zdravotní stav pacienta činila nejvíce obtíží bolest, která se objevila 52 krát jako odpověď, následovalo trápení s ranním vstáváním, které se objevilo jako odpověď 25 krát, další v pořadí byl hluk – 6 krát a strava – 5 krát. Ve skupině strádání byl nejčastěji problém s odloučením od rodiny, koníčků, práce, které se objevilo jako odpověď 7 krát, další nejčastější situací byla dlouhá chvíle – 5 krát a nuda – 4 krát. Ve skupině personál nemocnice se nejčastěji objevila neochota personálu – 3 krát. Ze skupiny odborné výkony se objevilo nejčastěji noční buzení – 2 krát. Skupina spokojenost obsahovala 2 odpovědi respondentů, nemající žádné obtíže, které by negativně narušovaly hospitalizaci. Šetření prokázalo, že průběh hospitalizace nejvíce negativně narušuje bolest, která se objevila 52 krát jako odpověď. Druhým obtěžujícím faktorem se stalo ranní vstávání, které se objevilo 25 krát jako odpověď. Odpověď nespavost, vyskytující se 9 krát jako odpověď, se umístila jako třetí nejvíce negativně působící faktor během hospitalizace.

### **Hypotéza č. 3**

Předpokládáme, že nemocniční prostředí, nedostatek informací, nepříjemný přístup a komunikace nemocničního personálu negativně ovlivňují hospitalizaci.

Šetření prokázalo, že nemocniční prostředí není podstatným faktorem, který by negativně ovlivňoval hospitalizaci. Nedostatek informací také nepatří mezi faktory negativně ovlivňující hospitalizaci, protože většina respondentů uvedla, že jsou jim dostatečné a srozumitelné informace poskytovány vždy nebo často. Necitlivé vystupování a komunikace zdravotnického personálu také znepríjemňující hospitalizaci většině respondentů jen málokdy či nikdy. **Hypotéza č. 3 se nepotvrdila.**

#### Dílčí cíl 4

Zjistit jaké faktory pozitivně ovlivňují hospitalizaci.

**Otázka č. 9** se zajímala, zda ošetřující personál – sestra se zajímá o potřeby a obtíže. Pouze 1 dotazovaný (1,08%) odpověděl nikdy. Málokdy označilo 7 respondentů (7,53%). 48 dotazovaných (51,61%) odpovědělo často. Možnost vždy zvolilo 37 respondentů (39,78%). Šetření prokázalo, že ošetřující personál – sestra se zajímá o potřeby a obtíže vždy nebo často. Takto odpovědělo celkem 85 dotazovaných (91,39%).

**Otázka č. 15** se dotazuje, co nejvíce oceňujete při komunikaci se zdravotnickým personálem. 5 respondentů (5,38%) nejvíce ocenilo, že zná jejich jméno. 7 dotazovaných (7,53%) považovalo za důležité zachování očního kontaktu. 13 respondentů (13,98%) uvedlo má pro mě dostatek času. Možnost má příjemné vystupování zvolilo 35 dotazovaných (37,63%). Má profesionální znalosti a dovednosti označilo 32 respondentů (34,41%). Jinou vlastní odpověď uvedl 1 respondent (1,08%). Šetření prokázalo, že nejpočetnější skupina respondentů nejvíce oceňuje příjemné vystupování při komunikaci se zdravotnickým personálem.

**Otázka č. 16** se zajímala, zda návštěvy příbuzných a známých zpříjemňují hospitalizaci. 1 respondent (1,08%) odpověděl nikdy. 5 dotazovaných (5,38%) označilo málokdy. 23 respondentů (24,73%) vybralo možnost často. Pro 64 respondentů (68,82%) jsou návštěvy žádoucí vždy. Šetření prokázalo, že pro 87 dotazovaných (93,55%) jsou návštěvy v nemocnici nápomocné při zvládnání hospitalizace.

**Otázka č. 17** zjišťovala, zda příjemné vystupování a komunikace sester pomáhá zvládnout hospitalizaci. Nikdy neodpověděl žádný z respondentů. Odpověď málokdy vybral pouze 1 respondent (1,08%). 22 respondentů (23,66%) označilo často. 70 respondentů (75,27%) odpovědělo vždy. Šetření prokázalo, že příjemné vystupování a komunikace ses-

ter je vždy nebo často nápomocné při zvládnání hospitalizace. Takto odpovědělo 92 dotazovaných (98,93%).

**Otázka č. 18** se zajímala, zda spolupacienti pomáhají zvládat hospitalizaci. Spolupacienti nikdy nepomáhají zvládnout hospitalizaci 4 respondentům (4,30%). 19 respondentů (20,43%) odpovědělo málokdy. Možnost často označilo 46 respondentů (49,46%). Pro 24 dotazovaných (25,81%) jsou spolupacienti vždy nápomocní. Šetření prokázalo, že 70 dotazovaných (75,27%) většinou vnímá spolupacienty jako nápomocné při zvládnání hospitalizace.

**Otázka č. 19** se dotazovala na faktory či situace pozitivně ovlivňující hospitalizaci. Z celkem 221 odpovědí jsme vytvořili kategorizováním 4 skupiny. Ve skupině aktivity, respondenti nejvíce trávili čas sledováním televize, tato odpověď se objevila 57 krát, následovalo čtení – 21 krát a internet – 8 krát. Ve skupině kontakt s lidmi se nejvíce objevila odpověď komunikace se spolupacienty – 16 krát, následovaly návštěvy – 14 krát a příjemná komunikace – 10 krát. Ve skupině personál nemocnice kralovala komunikace s personálem, která se jako odpověď objevila 32 krát, dalším zpříjemňujícím faktorem byla přítomnost studentek – 3 krát a příjemný personál – 3 krát. Ve skupině prostředí nemocnice byl nejvýznamnější spánek, který se jako odpověď objevil 6 krát, následoval klid – 4 krát a káva – 3 krát. Šetření prokázalo, že sledování televize je pro respondenty nejpozitivnější faktor zpříjemňující hospitalizaci, odpověď zazněla 57 krát, 32 krát se objevila odpověď komunikace s personálem, odpověď čtení zaznělo 21 krát.

**Otázka č. 20** se dotazovala na rysy dobré sestry. Z celkem 339 odpovědí jsme vytvořili kategorizováním 7 skupin. Skupinu ochotná tvořila synonyma: ochotná, vstřícná, nápomocná, obětavá, pracovitá, snaživá, prosociální a úslužná. Do skupiny usměvavá jsme zařadili tyto synonyma: usměvavá, příjemná, komunikativní, veselá, má dobrou náladu a pozitivně nabízející. Do skupiny profesionální patří: profesionální, zodpovědná, slušná, mírná, upravená, zdvořilá, upřímná, spolehlivá, ohleduplná, uctívá ke stáří, klidná, tolerantní, rychlá, trpělivá, zná mé jméno, čistá, dostatečně informuje pacienta, dobré vystupování, zachovává oční kontakt, bystrá, neutrální, ničeho se neštítí, pečlivá, obratná, šikovná. Skupinu laskavá jsme utvořili ze synonym: laskavá, milá, přívětivá, vlídná, hodná, shovívavá, nesobecká a soucitná. Skupinu vzdělaná utváří tyto synonyma: odborná, vzdělaná, pokusí se vše vysvětlit, inteligentní, emancipovaná. Do skupiny empatická jsme zařadili synonyma: empatická, projevuje zájem o pacienty, má čas na pacienta, starostlivá, přístupná povzbudivá, lidská, umí uklidnit a pohladit, citlivá vůči provádění výkonů, má vztah

k lidem. Skupinu mladá tvoří synonyma mladá, krásná a sympatická.

Konkrétní 4 rysy dobré sestry nelze uvést, protože se některé vlastnosti objevily stejněkrát. Proto uvádíme prvních 5 vlastností dle odpovědí respondentů: ochotná – 63 krát, usměvavá – 29 krát, příjemná – 29 krát, laskavá – 16 krát a odborná – 16 krát.

Ovšem po zařazení do skupin a sečtení všech synonym, šetření prokázalo, že nejcennějším rysem dobré sestry je pro respondenty ochota, tento samotný rys či jeho synonymum se objevilo v odpovědích 93 krát. Druhou významnou vlastností se stala usměvavost, která se objevila jako odpověď 88 krát. 53 krát se objevila profesionalita a je tedy třetí důležitou vlastností. Laskavost se objevila 33 krát a dle výsledků se umístila se na čtvrtém místě.

#### **Hypotéza č. 4**

Předpokládáme, že návštěvy rodiny a přátel, spolupacienti, příjemný přístup a komunikace nemocničního personálu pozitivně ovlivňují hospitalizaci.

Šetření prokázalo, že návštěvy v nemocnici jsou pro většinu respondentů žádané a zpříjemňují hospitalizaci. Přítomnost spolupacientů je taktéž většinou nápomocná při zvládnutí hospitalizace, dle odpovědí respondentů. Příjemné vystupování a komunikace sester jsou jednoznačně kladným faktorem při zvládnutí hospitalizace. **Hypotéza č. 4 se potvrdila.**



## ZÁVĚR

Cílem naší práce bylo zjistit vliv hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů. Šetření nám poskytlo pohled pacientů na vlastní hospitalizaci. Potvrdili jsme si, že hospitalizace znamená zátěž pro každého pacienta, kterou vnímá každý jinou měrou. Zaznamenali jsme výskyt hojných psychických i fyzických změn během hospitalizace. Dle odpovědí respondentů je nejčastější psychickou změnou nervozita ruku v ruce s nejistotou a nespavost je nejčastější fyzickou změnou. Dále jsme se dozvěděli, že nejvíce zatěžujícími faktory jsou změna životního stylu a přítomnost vlastního onemocnění. Pozitivním zjištěním bylo, že pacienti netrpí neuspokojením svých potřeb a sestra se zajímá o potřeby svých pacientů, ve většině případů. Dokonce i tíživá část pacientů je spokojená s podáváním informací. Překvapivým výsledkem bylo, že většina pacientů nevnímá samotné nemocniční prostředí ani necitlivý přístup personálu jako značně zatěžující. Ovšem nejvíce zatěžujícím faktorem se stala jednoznačně bolest, radost mezi pacienty nepanuje ani z ranního vstávání. Nejvíce ceněnou charakteristikou při komunikaci je podle všeho příjemné vystupování personálu. Návštěvy rodiny a přátel, spolupacienti, spolu s příjemným vystupováním a komunikací sester se ukázaly jako zpříjemňující prvky hospitalizace. Také sledování televize a čtení se jeví jako příjemná aktivita trávení času. Dle představy respondentů by dobrá sestra měla oplývat vlastnostmi jako ochota, usměvavost, profesionalita a laskavost.

Po zjištění uvedených skutečností by bylo pro praxi jen přínosem, kdybychom nepodceňovali význam bolesti, osvojili si příjemné a profesionální vystupování či přehodnotili význam návštěv třeba i mimo stanovené návštěvní hodiny.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- BARSKY, Arthur J a Emily DEANS. *Jak lépe žít se zdravotními problémy: šestitýdenní program pro zkvalitnění života*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-298-0.
- BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.
- DE ARAUJO SARTORIO, Natalia a Elma Lourdes Campos Pavone ZOBOLI. Images of a 'good nurse' presented by teaching staff. *Nursing Ethics* [online]. 2010. 17(6): 8 p. [cit. 2015-10-14]. DOI: 10.1177/0969733010378930. ISSN 09697330. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com.proxy.k.utb.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=72fdb84-0058-42bc-a64f-ba54f33422de%40sessionmgr4003&hid=4106>
- DOLEŽAL, Tomáš a Adam DOLEŽAL. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde Praha, a.s., 2007. 138 s. ISBN 978-80-7201-684-6.
- HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
- HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-562-4.
- KEBZA, Vladimír. *Psycholog ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 104 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2446-4.
- KOLBÁBKOVÁ, Kristýna. *Hospitalismus a možnosti jeho ovlivnění*. [online]. Jihlava, 2014. 60 s. [cit. 2015-12-31]. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/20456/thema/3955>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce: Jana Novotná.
- KOVÁŘOVÁ, Eva. *Vliv hospitalizace na kognitivní, exekutivní funkce a emotivitu u seniorů*. [online]. Olomouc, 2013. 68 s. [cit. 2015-12-31]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/f7xx9v/00175829-569455083.pdf>. Bakalářská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce: Radko Obereignerů.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 78 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 192 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
- MIKŠOVÁ, Eliška. *Mezi čtyřmi stěnami*. [online]. Brno, 2012. 53 s. [cit. 2015-12-31]. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/327277/pedf\\_b/Plny\\_text\\_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/327277/pedf_b/Plny_text_prace.pdf). Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce: Petr Kamenický.
- MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. 107 s. ISBN 978-80-7368-951-3.
- Práva pacientů. *EUROCLINIKUM* [online]. © 2013 [cit. 2015-12-20]. Dostupné z: <http://www.euroclinicum.cz/prava-pacientu/>
- PLAMÍNEK, Jiří. *Sebezpoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4751-4.
- PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí*. 2., dopl. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-804-7.
- POUZAROVÁ, Jitka. *Strategie zvládnání stresu a osobní nezdolnost u nezaměstnaných*. [online]. Brno, 2009. 108 s. [cit. 2016-01-01]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/145012/ff\\_m/DP\\_Jitka\\_Pouzarova.pdf](https://is.muni.cz/th/145012/ff_m/DP_Jitka_Pouzarova.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce: Iva Burešová.
- Předpis č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2016 [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 78 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-368-6.



**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1. Otázka č. 1 - Do nemocničního zařízení přicházíte? .....</i>	44
<i>Tab. 2. Otázka č. 2 - Po kolikáté jste hospitalizovaný? .....</i>	45
<i>Tab. 3. a 3.1 Otázka č. 3 – Jakou míru stresu pro Vás hospitalizace představuje? .....</i>	46-47
<i>Tab. 4. Otázka č. 4 - Nejvíce stresující a zatěžující z vnějších faktorů je pro Vás? .....</i>	49
<i>Tab. 5. Otázka č. 5 - Nejvíce stresující a zatěžující z vnitřních faktorů během hospitalizace je pro Vás? .....</i>	51
<i>Tab. 6. Otázka č. 6 - Jak dlouho jste hospitalizovaný/á? .....</i>	53
<i>Tab. 7. Otázka č. 7 – Výskyt četnosti psychických změn.....</i>	54
<i>Tab. 8. Otázka č. 8 – Výskyt četnosti fyzických změn .....</i>	58
<i>Tab. 9. Otázka č. 9 - Ošetřující personál – sestra se zajímá o Vaše potřeby a obtíže? .....</i>	62
<i>Tab. 10. Otázka č. 10 - Vaše potřeby v nemocnici jsou dostatečně uspokojovány? .....</i>	63
<i>Tab. 11 Otázka č. 11 – Nemocniční prostředí jako takové Vám nepříjemňuje hospitalizaci?.....</i>	64
<i>Tab. 12. Otázka č. 12 – Necitlivé vystupování a komunikace zdravotnického personálu Vám nepříjemňuje hospitalizaci? .....</i>	66
<i>Tab. 13. Otázka č. 13 – O svém zdravotním stavu a léčebných metodách jste dostatečně a srozumitelně informován/a? .....</i>	67
<i>Tab. 14. Otázka č. 14 – Uveďte alespoň 3 faktory či situace, které negativně ovlivňují.....</i>	68
<i>Tab. 15. Otázka č. 15 – Při komunikaci se zdravotnickým personálem nejvíce oceňujete, že: .....</i>	71
<i>Tab. 16. Otázka č. 16 – Návštěvy Vašich příbuzných a známých v nemocnici Vám pomáhají zvládat hospitalizaci? .....</i>	73
<i>Tab. 17. Otázka č. 17 – Příjemné vystupování a komunikace sester Vám pomáhají zvládat hospitalizaci? .....</i>	74
<i>Tab. 18. Otázka č. 18 – Spolupacienti Vám pomáhají zvládat hospitalizaci?.....</i>	75
<i>Tab. 19. Otázka č. 19 – Uveďte alespoň 3 faktory či situace, které pozitivně ovlivňují průběh hospitalizace.....</i>	76
<i>Tab. 20. Otázka č. 20 – Vypište alespoň 4 rysy dobré sestry: .....</i>	78

**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1. Otázka č. 1 - Do nemocničního zařízení přicházíte? .....</i>	44
<i>Graf 2. Otázka č. 2 – Po kolikáté jste hospitalizovaný? .....</i>	45
<i>Graf 3. a 3.1 Otázka č. 3 – Jakou míru stresu pro Vás hospitalizace představuje? .....</i>	46-47
<i>Graf 4. Otázka č. 4 – Nejvíce stresující a zatěžující z vnějších faktorů je pro Vás? .....</i>	50
<i>Graf 5. Otázka č. 5 - Nejvíce stresující a zatěžující z vnitřních faktorů během hospitalizace je pro Vás? .....</i>	51
<i>Graf 6. Otázka č. 6 - Jak dlouho jste hospitalizovaný/á? .....</i>	53
<i>Graf 7. Otázka č. 7 – Výskyt četnosti psychických změn .....</i>	55
<i>Graf 8. Otázka č. 8 – Výskyt četnosti fyzických změn .....</i>	59
<i>Graf 9. Otázka č. 9 - Ošetřující personál – sestra se zajímá o Vaše potřeby a obtíže? .....</i>	62
<i>Graf 10. Otázka č. 10 - Vaše potřeby v nemocnici jsou dostatečně uspokojovány? .....</i>	63
<i>Graf 11. Otázka č. 11 - Nemocniční prostředí jako takové Vám znepríjemňuje .....</i>	64
<i>Graf 12. Otázka č. 12 – Necitlivé vystupování a komunikace zdravotnického personálu Vám znepríjemňují hospitalizaci? .....</i>	66
<i>Graf 13. Otázka č. 13 – O svém zdravotním stavu a léčebných metodách jste dostatečně a srozumitelně informován/a? .....</i>	67
<i>Graf 14. Otázka č. 14 – Uveďte alespoň 3 faktory či situace, které negativně ovlivňují průběh hospitalizace: .....</i>	68
<i>Graf 15. Otázka č. 15 - Při komunikaci se zdravotnickým personálem nejvíce oceňujete, že: .....</i>	71
<i>Graf 16. Otázka č. 16 - Návštěvy Vašich příbuzných a známých v nemocnici Vám pomáhají zvládat hospitalizaci? .....</i>	73
<i>Graf 17. Otázka č. 17 – Příjemné vystupování a komunikace sester Vám pomáhají zvládat hospitalizaci? .....</i>	74
<i>Graf 18. Otázka č. 18 – Spolupacienti Vám pomáhají zvládat hospitalizaci? .....</i>	75
<i>Graf 19. Otázka č. 19 – Uveďte alespoň 3 faktory či situace, které pozitivně ovlivňují průběh hospitalizace. ....</i>	76
<i>Graf 20. Otázka č. 20 – Vypište alespoň 4 rysy dobré sestry: .....</i>	78

**SEZNAM PŘÍLOH**

<i>Příloha PI: Práva a povinnosti pacienta.....</i>	<i>96</i>
<i>Příloha PII: Etický kodex práv pacienta .....</i>	<i>100</i>
<i>Příloha PIII: Dotazník Průzkumného šetření .....</i>	<i>102</i>
<i>Příloha PIV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření .....</i>	<i>106</i>

## PŘÍLOHA PI: PRÁVA A POVINNOSTI PACIENTA

### Práva pacienta

#### § 28

(1) Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.

(2) Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni.

(3) Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo

a) na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,

b) zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení, pokud tento zákon nebo jiné právní předpisy nestanoví jinak,

c) vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby; to neplatí, jde-li o poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence,

d) být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové nebo jednodenní péče (dále jen „vnitřní řád“),

e) na

1. nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonem zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou,

2. nepřetržitou přítomnost opatrovníka, popřípadě osoby určené opatrovníkem, je-li osobou, jejíž svéprávnost je omezena tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „pacient s omezenou svéprávností“),

3. přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem, a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí



zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence; tím není dotčen § 47 odst. 1 písm. b),

f) být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje,

g) znát jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb a osob připravujících se u poskytovatele na výkon zdravotnického povolání, které jsou při poskytování zdravotních služeb přítomny, popřípadě provádějí činnosti, které jsou součástí výuky,

h) odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka,

i) přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, pokud tento zákon nebo jiný právní předpis nestanoví jinak,

j) přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (dále jen □ „duchovní“) v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; návštěvu duchovního nelze pacientovi odeprít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak,

k) na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

(4) Pacient, s omezenou svéprávností nebo který je nezletilý, může požadovat, aby při poskytování zdravotních služeb nebyla přítomna osoba podle odstavce 3 písm. e), uvádí-li, že jde o osobu, která ho týrá nebo jinak zneužívá či zanedbává. V tomto případě se postupuje podle § 35 odst. 5.

## Povinnosti pacienta a jiných osob

## § 41

## (1) Pacient je při poskytování zdravotních služeb povinen

a) dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas,

b) řídit se vnitřním řádem,

c) uhradit poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mu byly poskytnuty s jeho souhlasem,

d) pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech<sup>16)</sup>, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,

e) nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetřením za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek.

(2) Povinnosti podle odstavce 1 písm. c) a d) náleží zákonnému zástupci pacienta nebo opatrovníkovi. Zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta je povinen vytvořit podmínky pro splnění povinností pacientem podle odstavce 1 písm. a), b) a e). Povinnosti podle odstavce 1 písm. a) a d), je-li pacient hospitalizován, se pro zákonného zástupce pacienta použijí přiměřeně; povinnost podle odstavce 1 písm. b), c) a e) platí i pro zákonného zástupce.

(3) Pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, osoba určená pacientem, osoba blízká pacientovi nebo osoba ze společné domácnosti jsou povinni prokázat svou totožnost občanským průkazem, jestliže o to poskytovatel nebo zdravotnický pracovník, jehož prostřednictvím poskytovatel poskytuje pacientovi zdravotní služby, požádá. Povinnost prokázat se občanským průkazem má rovněž osoba, která uplatňuje podle tohoto zákona nebo jiného právního předpisu právo na informace o zdravotním stavu pacienta, a osoba, která hodlá hospitalizovaného pacienta navštívit a není osobou podle věty

první. Jde-li o cizince, totožnost se prokazuje cestovním dokladem nebo jiným průkazem totožnosti. Má-li zdravotnický pracovník pochybnost, zda jde o osobu blízkou, osvědčí osoba blízká tuto skutečnost čestným prohlášením, ve kterém uvede své kontaktní údaje a číslo průkazu totožnosti; čestné prohlášení je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

(4) Jestliže pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta odmítne prokázání totožnosti podle odstavce 3, může poskytovatel nebo zdravotnický pracovník odmítnout poskytnutí zdravotní služby, nejde-li o pacienta, kterému je třeba poskytnout neodkladnou péči. Odmítne-li prokázání totožnosti jiná osoba uvedená v odstavci 3, může poskytovatel nebo zdravotnický pracovník odmítnout této osobě poskytnutí požadované součinnosti nebo jí neumožnit návštěvu hospitalizovaného pacienta. To neplatí, potvrdí-li pacient totožnost osoby. O odmítnutí návštěvy poskytovatel nebo zdravotnický pracovník ihned informuje hospitalizovaného pacienta, popřípadě ihned po té, co sdělení této informace umožní zdravotní stav pacienta.

## PŘÍLOHA PII: ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTA

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

## PŘÍLOHA PIII: DOTAZNÍK PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní, vážený pane,

dovolte mi obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který se věnuje problematice Vlivu hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů. Dotazník je anonymní a dobrovolný, všechny Vámi poskytnuté údaje budou sloužit ke zpracování bakalářské práce na dané téma. V jednotlivých otázkách vždy označte tu variantu, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď. Pokud nebude uvedeno jinak, označte vždy jen **jednu** odpověď.

Za Vaši ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníku předem děkuji.

Renáta Julinová

### 1. Do nemocničního zařízení přicházíte?

- Z vlastní vůle
- Z popudu ošetřujícího nebo odborného lékaře

### 2. Po kolikáté jste hospitalizovaný/á?

- Poprvé
- Opakovaně (dvakrát a více)

### 3. Jakou míru stresu pro Vás hospitalizace představuje?

- Žádnou
- Malou
- Střední
- Velkou
- Neúnosnou

### 4. Nejvíce stresující a zatěžující z vnějších faktorů je pro Vás?

- Nové prostředí
- Spolupacienti
- Kontakt s ošetřujícími sestrami
- Kontakt s lékaři
- Změna životního stylu/rytmu
- Jiné (doplňte).....

### 5. Nejvíce stresující a zatěžující z vnitřních faktorů během hospitalizace je pro Vás?

- Přítomnost vlastního onemocnění případně bolesti, omezení, které nemoc způsobuje
- Špatná přizpůsobivost
- První hospitalizace
- Nepříjemná zkušenost s hospitalizací
- Jiné (doplňte).....

**6. Jak dlouho jste hospitalizovaný/á?**

- 1-7 dní
- 8-14 dní
- 15 dní a více

**7. Označte PSYCHICKÉ změny, které na sobě pozorujete během hospitalizace. **Můžete označit i více odpovědí.****

- Úzkost
- Nervozita
- Hněv
- Podrážděnost
- Noční můry
- Nejistota
- Hlubavé úvahy
- Frustrace (krátkodobě neuspokojené potřeby)
- Deprese (dlouhodobě neuspokojené potřeby)
- Zapomnětlivost
- Náladovost
- Otupělost
- Jiné (doplňte).....
- Žádné změny nepozoruji

**8. Označte FYZICKÉ změny, které na sobě pozorujete během hospitalizace. **Můžete označit i více odpovědí.****

- Svalové napětí
- Bušení srdce
- Sucho v ústech
- Lekavost
- Pocení
- Únava
- Nespavost
- Nechutenství
- Zvýšená chuť k jídlu
- Bolest hlavy
- Tiky z nervozity
- Zácpa
- Průjem
- Dušnost
- Pocit tlaku na hrudníku
- Vyrážka na kůži
- Poruchy menstruační periody
- Mdloby
- Jiné (doplňte).....
- Žádné změny nepozoruji

**9. Ošetřující personál - sestra se zajímá o Vaše potřeby a obtíže?**

- Nikdy
- Málokdy
- Často
- Vždy

**10. Vaše potřeby v nemocnici jsou dostatečně uspokojovány?**

- Nikdy
- Málokdy
- Často
- Vždy

**11. Nemocniční prostředí jako takové Vám ZNEPŘÍJEMŇUJE hospitalizaci?**

- Nikdy
- Málokdy
- Často
- Vždy

**12. Necitlivé vystupování a komunikace zdravotnického personálu Vám ZNEPŘÍJEMŇUJÍ hospitalizaci?**

- Nikdy
- Málokdy
- Často
- Vždy

**13. O svém zdravotním stavu a léčebných metodách jste dostatečně a srozumitelně informován/a?**

- Nikdy
- Málokdy
- Často
- Vždy

**14. Uveďte alespoň 3 faktory či situace, které NEGATIVNĚ ovlivňují průběh hospitalizace: (např. bolest, ranní vstávání, neochota personálu apod.)**

.....

.....

.....

.....

**15. Při komunikaci se zdravotnickým personálem nejvíce oceňujete, že:**

- Zná mé jméno
- Zachovává oční kontakt
- Má pro mě dostatek času
- Má příjemné vystupování
- Má profesionální znalosti a dovednosti
- Jiné (doplňte).....



**16. Návštěvy Vašich příbuzných a známých v nemocnici Vám POMÁHAJÍ ZVLÁDAT hospitalizaci?**

- Nikdy
- Málokdy
- Často
- Vždy

**17. Příjemné vystupování a komunikace sester Vám POMÁHAJÍ ZVLÁDAT hospitalizaci?**

- Nikdy
- Málokdy
- Často
- Vždy

**18. Spolupacienti Vám POMÁHAJÍ ZVLÁDAT hospitalizaci?**

- Nikdy
- Málokdy
- Často
- Vždy

**Uved'te alespoň 3 faktory či situace, které POZITIVNĚ ovlivňují průběh hospitalizace:**  
(např. sledování TV, čtení, komunikace s personálem apod.)

.....

.....

.....

.....

**19. Vypište alespoň 4 rysy dobré sestry:**

.....

.....

.....

.....

**20. Prosím doplňte:**

Věk: .....

Pohlaví:.....

Vzdělání:.....



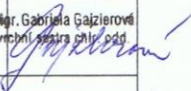

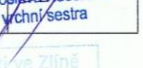
Rodinný stav:.....

# PŘÍLOHA PIV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra prezenční forma studia.

Jméno a příjmení studenta	Renáta Julinová	
Téma bakalářské práce	Vliv hospitalizace na psychickou a fyzickou stránku pacientů	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Jarmila Verešová	
	 ..... podpis	
Skupina respondentů	Pacienti hospitalizovaní na níže uvedených odděleních	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Interní klinika 5., 6., 7. etáž, KNTB a.s.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Ing. Marika Dřevková
Chirurgické oddělení 5. etáž, KNTB a.s.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Mgr. Gabriela Gajzerová vrchní sestra odd.
Ortopedické oddělení 6. etáž, KNTB a.s.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Michaela Křešková
Urologické oddělení 7. etáž, KNTB a.s.	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím	 Jaroslava Kůčerová vrchní sestra

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 16-12-2015 .....

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Štefáně nemocnice T. Bati, s. r. o.  
Havlíčkovo náměstí 800  
762 75 Zlín (9)

.....  
razítko a podpis zástupce zařízení