

Zdravotník v roli pacienta

Zdeňka Skácelová

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zdeňka SKÁCELOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Zdravotník v roli pacienta**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části vymezit pojem zdraví a nemoc, prožívání a postoj pacienta k nemoci.

Popsat vliv hospitalizace na člověka a specifikovat roli zdravotníka a roli pacienta.

V praktické části zmapovat pohled zdravotníků na prožitou hospitalizaci a úskalí této hospitalizace.

Zjistit jak hospitalizace ovlivnila zdravotníky v jejich další práci.

Zjistit rozdíly mezi lékaři-i/-kami a sestrami (všeobecnými ošetrovateli) ve vnímání nemoci a vyrovnávání se s hospitalizací.

S výsledky šetření seznámit odbornou veřejnost prostřednictvím článku.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci, Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

BAŠTECKÁ, B. a kol. Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.

BOUČEK, J. a kol. Lékařská psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 144 s. ISBN 80-244-1501-1.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Anna Krátká

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

5. června 2009

Ve Zlíně dne 5. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
ředitel 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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ 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.

Ve Zlíně 25. 2. 2009

.....
Přelobná

1) 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 nahlížení 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 vzdělávacímu 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 užít 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 jím 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

Poděkování

Děkuji Mgr. Anně Krátké za podporu, odborné vedení, za cenné poznámky, připomínky, podněty a rady při vypracovávání mé bakalářské práce.

Ve Zlíně 14.5.2009

ABSTRAKT

Tématem mé práce je Zdravotník v roli pacienta.

Cílem teoretické části je vymezit pojem zdraví a nemoc, prožívání a postoj pacienta k nemoci. Popsat vliv hospitalizace na člověka a specifikovat roli zdravotníka a roli pacienta.

Cílem praktické části je zmapovat pohled zdravotníků na prožitou hospitalizaci a úskalí této hospitalizace. Dále zjistit jak hospitalizace ovlivnila zdravotníky v jejich další práci a zjistit rozdíly mezi lékař-i/-kami a sestrami (všeobecnými ošetřovateli) ve vnímání nemoci a vyrovnávání se s hospitalizací.

Klíčová slova: zdravotník, pacient, zdraví, nemoc, hospitalizace

ABSTRACT

A subject-matter of my thesis is „Health Care Worker as Patients“. My work is divided into two parts: theoretical and practical part.

Purposes of theoretical part:

- define health and disease,
- describe circumstances of hospitalization and patient´s feelings about it,
- determine a role of a patient, role of a doctor and role of a nurse.

Purposes of practical part:

- find out circumstances and difficulties of nurse´s and doctor´s hospitalization,
- find out how their hospitalization effects their farther work,
- find out differences between nurses and doctors in experience of hospitalization.

Keywords: health care worker, patient, health, disease, hospizalization

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| OBSAH | 8 |
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 ZDRAVÍ | 12 |
| 1.1 CO JE TO ZDRAVÍ..... | 12 |
| 1.2 POJETÍ ZDRAVÍ..... | 12 |
| 1.2.1 ZMĚNY POJETÍ ZDRAVÍ V PRŮBĚHU STALETÍ | 12 |
| 1.2.2 POJETÍ ZDRAVÍ LIDMI RŮZNÉHO ZAMĚŘENÍ..... | 13 |
| 2 NEMOC | 15 |
| 2.1 CO JE TO NEMOC | 15 |
| 2.2 POJETÍ NEMOCI..... | 15 |
| 2.3 PSYCHOLOGIE NEMOCI..... | 18 |
| 2.3.1 POSTOJ PACIENTA K NEMOCI..... | 18 |
| 2.3.2 SUBJEKTIVNÍ PROŽÍVÁNÍ NEMOCI..... | 19 |
| 3 PACIENT A ZDRAVOTNÍK | 21 |
| 3.1 ROLE PACIENTA..... | 21 |
| 3.1.1 POTŘEBY NEMOCNÉHO | 21 |
| 3.2 ROLE ZDRAVOTNÍKA..... | 23 |
| 3.2.1 ROLE ZDRAVOTNÍ SESTRY..... | 23 |
| 3.2.2 ROLE LÉKAŘE..... | 27 |
| 3.2.3 ZDRAVOTNÍK V ROLI PACIENTA | 29 |
| 4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY HOSPITALIZACE | 33 |
| 4.1 ROLE PACIENTA V NEMOCNICI | 33 |
| 4.1.1 VLV HOSPITALIZACE NA PACIENTŮV ŽIVOT..... | 34 |
| 4.1.2 NEGATIVNÍ VLVY HOSPITALIZACE..... | 35 |
| 4.2 PRÁVA PACIENTŮ..... | 36 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 38 |
| 5 CÍLE A HYPOTÉZY | 39 |
| 5.1 CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI..... | 39 |
| 5.2 HYPOTÉZY KE STATISTICKÉMU ZPRACOVÁNÍ | 39 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 6 | METODIKA PRÁCE | 40 |
| 6.1 | CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU..... | 40 |
| 6.2 | METODY PRÁCE..... | 40 |
| 6.3 | CHARAKTERISTIKA POLOŽEK | 40 |
| 6.4 | ORGANIZACE ŠETŘENÍ..... | 41 |
| 6.5 | ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT | 41 |
| 7 | VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 42 |
| 7.1 | FAKTOGRAFICKÁ DATA | 42 |
| 7.2 | JEDNOTLIVÉ VÝSLEDKY ŠETŘENÍ..... | 42 |
| 7.3 | ZKOUMÁNÍ CÍLŮ A STATISTICKÉ TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ..... | 79 |
| 8 | DISKUZE | 85 |
| | ZÁVĚR | 89 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 90 |
| | SEZNAM TABULEK | 92 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 94 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 96 |

ÚVOD

K vypracování bakalářské práce jsem si zvolila téma „Zdravotník v roli pacienta“. Toto téma je stále aktuální, velice důležité, ale přesto jako by opomíjené.

Vždyť každý z nás zdravotníků může kdykoli onemocnět, většinou v době, kdy to bude nejméně očekávat a dostat se tak do role pacienta, do role „známé“, ale přesto nepředstavitelné.

Cílem mé práce je zmapovat pohled zdravotníků na vlastní prožitou hospitalizaci a zjistit, jak je tato hospitalizace ovlivnila jednak po stránce osobní a jednak v jejich další práci.

Ve školách se učíme jak správně zvládat roli zdravotní sestry či lékaře, jak nejlépe naplňovat potřeby svých pacientů a jak důsledně diagnostikovat a léčit jejich onemocnění.

Jak naše znalosti ovlivní naše vnímání a postoj k nemoci, když se dostaneme do role pacienta? Budou nám výhodou nebo naopak komplikací?

Jak naše profese ovlivní ostatní zdravotníky, kteří o nás budou pečovat?

Jak se mi co by pacienti budeme chovat k pečujícím zdravotníkům?

Myslím si, že tyto a další otázky jsou cenné nejen k zamyšlení, ale mají a měly by mít správný dopad do praxe každého zdravotníka.

Ve školách se také učíme, jak nejlépe uspokojovat všechny potřeby našich pacientů, jak neopomíjet kromě biologických také potřeby psychologické a sociální a jak důležitý je individuální přístup. Do jaké míry je toto pro naše klienty stěžejní a jak se pacient cítí, si ale mnohdy uvědomíme, až když se sami do role pacienta dostaneme.

Doufám, že výsledky mé práce přispějí k zamyšlení se nad tímto důležitým „pohledem pacienta.“

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVÍ

„Zdraví znamená různým lidem dosti odlišnou věc. Existuje totiž mnoho různých teorií zdraví a idejí, které se k tomuto pojmu vztahují.“

D. Seedhouse¹

1.1 Co je to zdraví

Definice WHO z roku 1964 říká:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“

„Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“²

Upravená definice WHO z roku 1984:

„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.“³

Zdraví je tedy zdrojem každodenního života, není jeho cílem.

1.2 Pojetí zdraví

1.2.1 Změny pojetí zdraví v průběhu staletí

V průběhu staletí se pojetí zdraví měnilo.

¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, s. 27. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

² tamtéž, s. 37

³ ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 16. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Do konce 18. století se medicína zabývala více zdravím než odchylkami dílčích funkcí od normálu. Například v hebrejštině slovo „šalom“ znamenalo nejen „celé zdraví“, ale i „vnitřní klid a mír, celost a neporušenost“ člověka jako nedílného tělesného, duševního a duchovního celku. Medicína se zabývala více celkovým způsobem života člověka a jeho výživou.⁴

Medicína se od 19. století orientovala na normální fungování, organickou strukturu a fyziologické znalosti.

Dnes, ve 21. století, se setkáváme s velice pestrým pojetím zdraví:

- zdraví jako zdraví těla,
- zdraví jako zboží (komerční pojetí),
- zdraví jako genetický předpoklad, který se v průběhu života mnohými vlivy mění.

V dnešním světě, kdy lidé upřednostňují úspěch a bohatství, zdraví spadlo na žebříčku životních hodnot. O zdraví se nemluví, bere se jako něco samozřejmého. To také dokazuje zacházení mnoha lidí se svým zdravím, dnešní uspěchaný, za úspěchem a bohatstvím honící se, životní styl.

Tématem rozhovorů se zdraví stává až v okamžiku, kdy je jakkoli porušeno, či nenávratně pryč. Jak je cenné a ne úplně samozřejmé si lidé mnohdy uvědomí, až když onemocní.

1.2.2 Pojetí zdraví lidmi různého zaměření

„David Seedhouse ukazuje na čtyřech příkladech to, co si lidé různého zaměření představují pod pojmem zdraví:

Lékař

- pojmem „zdraví“ rozumí nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu.

⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

Sociolog

- pojmem „zdravý člověk“ rozumí člověka, který je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích.

Humanista

- slovy „zdravý člověk“ označuje takového člověka, který je schopen pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytou.

Idealista

- pod pojmem „zdravý člověk“ si představuje člověka, kterému je dobře - tělesně, duševně, duchovně i sociálně.⁵

Různá pojetí zdraví různými lidmi jen dokazuje, jakých oblastí života člověka se zdraví dotýká, promítá se do všech oblastí života jednotlivce.

Zdraví je jednak podmínkou spokojeného života, což pro každého člověka znamená něco jiného, jedná se o hodnoty, které daný jednatel v životě zastává a věci, kterých chce dosáhnout k jeho spokojenosti.

Zdraví je ale také důsledkem života jednotlivce. Je důsledkem stylu života, který daný člověk upřednostňuje. Už od školy slyšíme o „zdravém životním stylu“ a co obnáší, je pak jen na nás, zda se jím budeme skutečně řídit. Z toho plyne, že jen my sami jsme zodpovědní za svoje zdraví.

⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, s. 30. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

2 NEMOC

2.1 Co je to nemoc

„Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu.

Bártlová definuje nemoc jako **poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role.**

Nemoc narušuje obvyklý způsob života, po kratší či delší dobu omezuje člověka v jeho běžných zvyklostech. Dochází k **neuspokojování potřeb.**⁶

2.2 Pojetí nemoci

Pojetí nemoci je velmi individuální. Jeden vnímá jako nemoc například zlomenou nohu, druhý ne. Jeden se cítí nemocný již při prvních příznacích nemoci jako je například zvýšená teplota a jiný pro pocit, že je nemocný potřebuje mnohem víc.

Vnímání nemoci se různí s věkem. Dítě vnímá, že je nemocné, když si nemůže hrát a nejde do školy. Dospělý člověk si uvědomí, že je nemocný, když nezvládá role, které normálně zastává, role rodiče, role manžela/manželky, role zaměstnance,... . Pro většinu starých lidí je nemoc každodenní součástí jejich života a „naučili“ se s ní žít. Nově vzniklá nemoc pro ně ale většinou znamená neschopnost uspokojit i základní potřeby a následná potřeba druhého člověka, který by jim pomohl a z toho plynoucí pocit bezmocnosti a závislosti.

⁶ ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 17. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Tabulka č. 1- Přehled tří různých pohledů na nemoc daného člověka: ⁷

| Úroveň (pohled z hlediska) | Proces (když se stav mění) | Stav (když je stav setrvalý) |
|---|--------------------------------------|---|
| I. Organický stav (pohled patofyziologie) | choroba (disease) | poškození, oslabení, snížení aktivity určité fyziologické činnosti (impairment) |
| II. Funkční stav (subjektivní poznání pacienta, jeho povědomí o tom, že něco není v pořádku) | nemoc (illness) | neschopnost pracovat, nezpůsobilost (disability) |
| III. Sociální stav (pohled druhých lidí na daného člověka) | nezdravý (sickness) | zdravotně postižený člověk, invalida, člověk hendikepovaný, znevýhodněný oproti druhým lidem (handicap) |

„Každá nemoc má tři roviny: biologickou (somatickou), psychologickou a sociální.

Medicínský model nemoci - plně se vyvíjel během minulého století na základě rozvoje přírodovědného poznání v době, kdy se začaly objevovat různé mikroorganismy jako vlastní příčiny infekčních onemocnění.

Psychologický model nemoci - vychází z psychoanalýzy. Jedno z nejpropracovanějších pojetí psychoanalytického modelu nemoci vytvořil již v sedmdesátých letech 20. století Balint.

Sociologický model nemoci - chápal nemoc jako sociální jev. Nemoc znamená obvykle změnu v chování individua a sní související odezvu okolí.

Současné pojetí medicíny chápe nemoc jako **komplexní jev**. Jedinec nemůže být posuzován izolovaně, nýbrž jako celistvá osoba a osobnost, a to navíc začleněná do určitého sociálního prostředí.“⁸

⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 16. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

Jak je patrné z výše uvedeného, nemoc je komplexní jev, který zasahuje a promítá se do všech stránek pacientova života. Ovlivňuje jednak pacientův fyzický stav, od čehož se odvíjí snížená schopnost uspokojovat své potřeby, jednak jeho sociální role a samozřejmě také pacientův psychický stav, prožívání nemoci (viz. níže).

Změny přinášející nemoc:

1. **Sociální** - změny v sociálních rolích ovlivňují jednak viditelné příznaky onemocnění, které jsou vnímány jako neestetické (rány, deformace), také reakce okolí, které se často mylně domnívá, že nemocný je zodpovědný za své onemocnění a nakonec i typ onemocnění (zvláště onemocnění s vysokou stigmatizací - duševní poruchy, pohlavně přenosné infekční choroby).

2. **Tělesné** - průvodním příznakem řady onemocnění je bolest, změny tělesné zhoršují kvalitu života nemocného, hlavně snižují soběstačnost.

3. Psychické

- změny související s přijetím nemoci (viz. kap. 2.3),
- změny sebepojetí, které souvisí se změnami rolí,
- zvýraznění rysů osobnosti dlouhodobou zátěží (strach, úzkost, hněv, agresivita, zloba, truchlení, smutek až deprese).

Projevy psychických změn jsou strach, úzkost, hněv, agresivita, zloba, truchlení, smutek až deprese.⁹

⁸ ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 18. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

⁹ VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

2.3 Psychologie nemoci

2.3.1 Postoj pacienta k nemoci

„1. **Normální** - odpovídá skutečnému stavu nebo tomu, co bylo nemocnému o nemoci sděleno. Nemocný je na nemoc přiměřeně adaptován.

2. **Bagatelizující** - nemocný podceňuje závažnost choroby, neléčí a nešetří se, nedodrží navrhovaná opatření.

3. **Repudiační** - zapuzení nemoci. Nemocný nebere nemoc na vědomí, nejde k lékaři, potlačuje myšlenku na nemoc.

4. **Disimulační** - nemocný záměrně zkresluje svoje potíže, případně je popírá, neinformuje lékaře správně.

5. **Nozofóbní** - nepřiměřená obava z nemoci.

6. **Hypochondrický** - nemocný se domnívá, že trpí vážnou tělesnou chorobou, nebo prožívá potíže lehčí nemoci velmi zaujatě.

7. **Nozofilní** - bývá spojen s uspokojením a s příjemnými stránkami nemoci. Nemocný nemusí plnit své povinnosti, okolí o něj více pečují atd.

8. **Účelový** - vystupňovaný nozofilní stav. Umožňuje únik z nepříjemné situace (např. z vojenské služby) nebo získání určitých hodnot (např. lázeňská léčba, odchod do důchodu atd.).“¹⁰

U pacientů se můžou objevit také jevy jako:

Agravace - je přehánění příznaků, zveličování.

Simulace - je vědomé předstírání nemoci a jejích příznaků.

¹⁰ ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 21. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

2.3.2 Subjektivní prožívání nemoci

Nemoc představuje zátěž v oblasti bio-psycho-sociální.

V premedicínské fázi se objevují první příznaky a problémy organismu. Jedinec je řeší samoléčbou a „lidovým léčitelstvím“ (rady známých, léčitelské techniky), někdy řeší situaci potlačením myšlenky na nemoc.

Životní stereotyp nemocného se změní, pokud je nemoc spojena s pracovní neschopností nebo hospitalizací.

Tak jak nemoc probíhá v různých fázích, zároveň se mění i psychické prožívání nemoci.

„Prožívání nemoci v čase:

1. **Aktivní adaptace** - znamená přizpůsobování se nemoci a problémům s ní spojenými a víru v rychlé uzdravení. Nemocný zodpovědně spolupracuje při diagnostice i terapii.
2. **Psychická dekompenzace** - vzniká zpravidla tam, kde nedošlo k aktivní adaptaci, nesplnilo se očekávání nebo tehdy, když je průběh nemoci vážný. Nemocný se stává lítostivým, netrpělivým, popudlivým, nekritickým ke zdravotnímu personálu.
3. **Pasivní adaptace** - rezignace, kdy se nemocný uzavírá do sebe, smiřuje se s nepříznivým stavem, je mrzutý, nebojuje. Jedná se o choroby vleklé, chronické.¹¹

„Autoplastický (neboli „sebou vytvořený“) obraz nemoci

Tento pojem je využíván při objasňování subjektivního prožívání nemoci.

Má stránku:

- **senzitivní** - bolesti a potíže (to, co pacient **pocítuje**),
- **emoční** - strach, úzkost, naděje (jak to, co pocítuje, **prožívá**),

¹¹ ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 39. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

- **racionální a informativní** - znalosti o nemoci, léčbě, prevenci (co si o tom **myslí**),
- **volní** - vyhledávání lékaře (co s tím, co pociťuje, prožívá a co si **myslí, dělá**).

Činitele podmiňující autoplastický obraz nemoci:

- **ráz onemocnění** - akutní nebo chronické, vyžadující pobyt na lůžku nebo téměř neomezuující, s výskytem bolestí či bez nich,
- **okolnosti, za nichž nemoc probíhá** - prostředí, otázky zavinění nemoci, existenční nejistota v důsledku nemoci,
- **osobnost** pacienta před propuknutím nemoci (premorbidní osobnost),
- **socioekonomické postavení pacienta**¹².

¹² BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003, s. 236. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.

3 PACIENT A ZDRAVOTNÍK

3.1 Role pacienta

„Pacient je definován jako léčící se nemocný člověk.“¹³

Nemoc člověka ovlivní nejen po stránce biologické a psychologické, ale i po stránce sociální. Jakmile se člověk stane pacientem, přestává plnit v plné míře dosavadní životní role. Změny se mohou projevit v rodině. Do změn v rodinném soužití se promítají i změny týkající se dosavadního zaměstnání. Pacient není schopen zabezpečit finančně rodinu podle svých představ, také se nemůže účastnit domácích prací, jak by to rodina potřebovala, a to hlavně v případě chronického onemocnění. Dochází také ke změnám v trávení volného času, na které byl doposud pacient zvyklý (např. sport, tanec,...).

Charakteristické rysy role pacienta:

- je v různé míře a na různou dobu zproštěn řady svých dosavadních povinností,
- nenese za svůj stav zodpovědnost, je považován za neschopného odstranit ho svou vůlí,
- je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti,
- je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě.¹⁴

3.1.1 Potřeby nemocného

Zdravý člověk má 1000 přání, nemocný člověk jen jedno... .

¹³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 17. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

¹⁴ BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

Každý člověk má potřeby, které jsou velmi individuální. V nemoci dochází k individuální změně potřeb a proto je nutný individuální přístup ke každému pacientovi.

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání podmínek k životu, popřípadě vede k vyhýbání se podmínkám života, které jsou pro život nepříznivé. Z toho vyplývá, že se nemusí jednat vždy jen o nedostatek, ale i o nadbytek něčeho. Jde o něco, co ruší jednotu vnitřního světa člověka s okolním vnějším světem a brání tak jedinci prožívat naplněný a spokojený život.

Hierarchie potřeb dle Maslowa:

1. **Potřeby fyziologické** - potřeba pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální potřeba.
2. **Potřeby jistoty a bezpečí** - potřeba vyvarovat se nebezpečí, ohrožení, vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě.
3. **Potřeba lásky a sounáležitosti** - milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, být sociálně integrován.
4. **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty** - nezávislost na mínění druhých, touha po respektu.
5. **Potřeba seberealizace, sebeaktualizace** - realizovat vlastní potenciál.¹⁵

V nemoci jsou velmi důležité i **spirituální potřeby** a to hlavně u hospitalizovaných pacientů. V nemocnici se člověk cítí sám, vytržen ze svého domova a odloučen od svých blízkých.

¹⁵ TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

Potřeby nemocného:

1. **Potřeby, které se nemocí nemění** - stejné jako potřeby zdravého člověka.
2. **Potřeby, které se nemocí modifikovaly** - potřeba tvořivé práce a aktivní činnosti, potřeba pochopení světa a sebe sama (porozumění situace, do které se díky nemoci dostal), potřeba sociálních styků, potřeba vytváření kulturního prostředí (estetika prostředí nemocnice).
3. **Potřeby, které nemocí vznikly** - potřeba navrácení zdraví, potřeba zbavit se nebo zmenšit bolesti, potřeba obnovení a udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo se připravit na nové.¹⁶

3.2 Role zdravotníka**3.2.1 Role zdravotní sestry**

„Základní funkce sestry dle V. Hendersonové je, že „pomáhá zdravému či nemocnému člověku v provádění činností týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy toho není schopen a nemá potřebnou sílu, vůli či znalosti.“¹⁷

Sestra je tradičně považována za člena týmu, který poskytuje základní péči pacientům. Vznikly však a stále se rozšiřují nové odpovědnosti. Ty vycházejí z orientace profesní činnosti sester na celek lidského zdraví.

V posledních letech se objevuje požadavek na zvýšení kompetencí zdravotní sestry.

Zákon č. 96/2004 Sb., pojednává o celoživotním vzdělávání a vyjmenovává aktivity, které jsou za celoživotní vzdělávání považovány. Podstatné změny nastaly v oblasti

¹⁶ BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

¹⁷ tamtéž, s.129

pregraduálního a postgraduálního vzdělávání sester tak, aby byly v souladu s direktivami a doporučením EU.

V zákoně je také upraven proces získávání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu a kontrola celoživotního vzdělávání zdravotníků, nelékařů.¹⁸

Ve **vyhlášce č.424/2004 Sb.** jsou stanoveny činnosti zdravotní sestry, které provádí bez odborného dohledu (vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti, projevů onemocnění a rizikových faktorů, sledování a hodnocení fyziologických funkcí, pozorování a zaznamenávání stavu pacienta, odběr a vyšetření biologického materiálu,...), činnosti, kdy asistuje lékaři (podávání léčivých přípravků, zavádění a udržování kyslíkové terapie, screeningová a depistážní vyšetření, katetrizace močového měchýře žen a dívek nad 10 let, ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,...) a činnosti, které provádí pod odborným dohledem lékaře (aplikace nitrožilních krevních derivátů,...).

Mezi činnosti zdravotní sestry, které jsou touto vyhláškou stanoveny, patří mimo jiné také psychická podpora umírajících a jejich blízkých a orientační hodnocení sociální situace pacienta, identifikace potřebnosti spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkování pomoci v otázkách sociálních a sociálně-právních. Toto ukazuje na opravdu široký záběr práce zdravotní sestry.¹⁹

Charakteristické znaky profese:

- **Systematická teorie** - osvojení profese vyžaduje zvládnout teorii formou studia společensky a legislativně uznávanou.
- **Profesní autorita** - ovládnutí vědomostí, jimiž běžný laik nedisponuje.

¹⁸ ZÁKON č. 96/2004 Sb. z 1.dubna 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

¹⁹ VYHLÁŠKA č. 424/2004 Sb. z 20. července 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

- **Profesní asociace** - pečování o růst kvalifikace svých členů.
- **Profesní etika** - normuje vztahy odborníka vůči klientům i vzájemné vztahy mezi kolegy v profesi.²⁰

Pro roli sestry platí ty stejné vzory chování jako je funkční specifita, univerzalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita (viz kap. 3.2.2).

Základní role sestry v moderním ošetřovatelství:

1. Sestra pečovatel (ošetřovatelka, pomocnice).

Základní úlohou zdravotní sestry je pečovat. Pečovat znamená starat se o druhé, naplňovat jejich potřeby, starat se o jejich přání, psychicky podporovat, pomáhat v období bezmoci, ve chvílích, kdy nejvyšší potřeby a zlepšit tím klientův život. Péče o druhé se zaměřuje na lidi bezmocné, lidi potřebující pomoc, na nemocné.

2. Sestra obhájce (advokát) nemocného.

Zdravotní sestra hájí zájmy a potřeby pacienta přímo prostřednictvím individuální ošetřovatelské péče a nepřímo výzkumem a vzděláváním.

3. Sestra komunikátorka (zprostředkovatelka mezi lékařem a pacientem).

Tato role je velmi důležitá nejen pro pacienta, kdy právě zdravotní sestra zprostředkuje pacientovi potřeby lékaři, ale také pro lékaře, kdy poznatky zdravotní sestry o pacientovi, mohou pomoci lékaři při diagnostice i léčbě nemocného.

4. Sestra učitelka (edukuje).

Neodmyslitelnou úlohou zdravotní sestry je edukace, poučení pacienta o průběhu vyšetření, o léčebných doporučeních,... . Součástí je také nabídnutí edukačních brožurek, letáčků... .

²⁰ BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

5. Sestra poradkyně (rehabilitaci, dietu, atd.).

Tato úloha se pojí s předchozí a je pro pacienta důležitá hlavně proto, že právě zdravotní sestra je s pacientem celý den a právě s ní nemocný převážně komunikuje a má k ní ze zdravotního týmu nejbližší, tudíž se k ní často obrací pro radu.

6. Sestra nositelka změn.

V posledních letech došlo k několika zásadním změnám v roli a postavení zdravotní sestry. Rozšířily se její kompetence a zvětšila se samostatnost a změnil se vztah k lékaři z původně podřízené, která jen plnila úkoly na vztah partnerský.

7. Sestra vedoucí, manažerka.

Zdravotní sestra vede nejen pacienta, ale i ostatní tým. Nutné jsou znalosti managementu. Hlavně u sester ve vyšších pozicích. Cílem je opět zajištění kvalitní a efektivní péče.

8. Sestra výzkumnice.

V poslední době se studium ošetrovatelství rozšířilo na vysoké školy a s tím souvisí psaní bakalářských a diplomových prací. Řada sester se také účastní lékařských studií.

Otázkou je, zda se výsledky výzkumu v ošetrovatelství uplatní v praxi a budou přínosem pro pacienta.²¹

Cílem plnění všech těchto rolí, je zvýšení kvality ošetrovatelské péče. Výsledkem je spokojený pacient, jehož péče je individuálně přizpůsobená, vysoce odborná a efektivní.

Výkon role sestry je komplikovaný nejen mnohostranností a různorodostí „dílčích“ rolí, ale také komplikovaností pracovních podmínek. Stále častěji je u zdravotních sester diskutován **syndrom vyhoření** - jde o stav masivního vyčerpání, který je pocíťován jako vyprahlost, vyhaslost.

²¹ STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11 - sestra, reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.

Syndrom vyhoření

- **Příčiny vzniku** - individuální faktory (zvyšující se nároky na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, zátěž v soukromí, stres, konflikty), pracovní a organizační faktory (nedostatek autonomie, absence sociální podpory, rutina apod.), k tomu přistupuje fyzická zátěž, nebezpečí infekcí atd.
- **Projevy** - ztráta schopnosti se radovat, těšit se ze života, ztráta schopnosti empatie, negativní postoje vůči sobě, vůči práci, instituci, životu, emocionální problémy, únava, vyčerpání, nadměrné pití alkoholu, abúsus drog, ztráta zájmů, až těžké deprese, poruchy spánku, porucha chuti k jídlu, zvýšená náchylnost k nemocem atd.
- **Prevence** - přestávky v práci, dovolená, řešit problémy ve sféře osobní i organizační, zdravá životospráva, sport, naučit se odpočívat, mít dobré přátele, dobré mezilidské vztahy, mít koníčka, dál se vzdělávat, nebát se změn, stanovovat si dosažitelné cíle, schopnost projevit emoce, uvědomit si hranice samoléčení a včas vyhledat odbornou pomoc.

Syndrom vyhoření má za následek i to, že se sestra vyhýbá pacientům, nekomunikuje s nimi a je tím zhoršena kvalita ošetrovatelské péče.²²

Stěžejním úkolem zdravotní sestry v péči o nemocného je naplnit jeho dny životem, ne život dny.

3.2.2 Role lékaře

Postavení lékaře patří a patřilo po staletí k jedním z nejdůležitějších.

„Na počátku 20. století přibývá technizací a specializací v medicíně. Péče o pacienty klade důraz na vysoce kvalitní a profesionální péči, včetně péče psychologické.“²³

²² BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

²³ BOUČEK, J. a kol. *Lékařská psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, s. 47. 144 s. ISBN 80-244-1501-1.

Činnost lékaře je obecně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a odstraňování nemoci, na záchranu ohroženého člověka.

Činnost lékařů je datována již do starověku, ale o roli lékaře můžeme hovořit až od poslední třetiny 19. stol., kdy se formovaly nemocnice jako zdravotnická zařízení s působností lékařů. I když nejprve jen co by zařízení pro chudé a opuštěné, ale s postupnou modernizací medicíny a souvisejícími změnami hygienických návyků a výživy. Od poloviny 20. stol. přispěly nové léky a chirurgické metody k dalšímu snížení úmrtnosti.

Lékaři zastávají i společenské funkce, které nejsou bezprostřední součástí léčebného procesu. Parsons je toho názoru, že prostřednictvím lékaře může společnost kontrolovat stabilitu společenského systému (nemocnost, úmrtnost,...).²⁴

V dnešní době může lékař často pociťovat vnitřní rozpolcenost, konflikt vlastních rolí. Na jedné straně stojí stále modernější a vyspělejší technologie a nové možnosti diagnostiky a léčby, na druhé straně jsou finanční možnosti, které jsou mnohdy, tak omezené, že lékař nemůže, i přes své vnitřní přesvědčení, poskytnout pacientovi ty nejlepší diagnostické a léčebné přístupy. V této chvíli stojí lékař před rozhodnutím, jak naložit s dostupnými financemi, tak aby nejvíce uspokojil potřeby svých pacientů.

Základní znaky role lékaře:

- **Funkční specifita** (odborná kompetence) - vyjadřuje nutnost formální i faktické kompetence pro výkon povolání. Odborná kompetence se projevuje jednak v horizontální rovině (druh oddělení, na němž lékař působí) a také v rovině vertikální (vertikální struktura organizace, jiné rozhodovací právo má primář, vedoucí oddělení, řadový lékař atd).

²⁴ BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

- **Emocionální (afektivní) neutralita** - věcně orientovaný způsob jednání bez emocionální účasti. Lékař emocionalitu ve své roli kontroluje.
- **Univerzalizmus** - v roli pacienta může vystoupit každý člověk, neboť nemoc je jev univerzální. V důsledku velké specializace lékařů se tento znak zužuje a univerzalizmus se více přenáší na instituce (nemocnice).
- **Kolektivní orientace** - lékař vychází ze zájmů pacientů, má se postarat o optimální péči z hlediska diagnostiky, terapie a ošetřování, má dbát o lidskou důstojnost a dodržovat povinnost mlčenlivosti.²⁵

3.2.3 Zdravotník v roli pacienta

Zdravotník (zdravotní sestra, lékař) zná nejen jednotlivá onemocnění, vyšetření, zná také prostředí nemocnice - ví, jak to tam chodí. Což může být pro ně jednak výhodou, hlavně co se týče znalostí jednotlivých onemocnění, okolností vyšetření i léčby, ale i nevýhodou a to hlavně znalost komplikací, které mohou nastat a vědomí chyb, které se mohou dít ze strany zdravotnického personálu. Někdy se stává, že zdravotník není dostatečně poučen, protože jeho kolegové a kolegyně předpokládají, že má dostatek vědomostí o konkrétní situaci a není tedy nutné ho edukovat.

Zdravotní sestra je jednou z těch, kteří se převážnou část dne starají o nemocné, ať již v nemocnici či v ambulancích, naplňuje jejich potřeby,

Dobře pečovat neznamená jen plnit jednotlivé úkony striktně dle standardů, ale je to i umění, hlavně umění komunikovat, odhadnout pocity druhého člověka a vycházet s lidmi. Jelikož v centru zájmu každé sestry je právě člověk.

Jakmile se zdravotní sestra dostane do role pacienta, dostává se do role člověka, o kterého byla zvyklá pečovat, radit mu, edukovat ho, hájit jeho zájmy, atd.

²⁵ BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

V tuto chvíli se dostává do pro ni nezvyklé submisivní role, kdy poslouchá rady a doporučení, které byla zvyklá běžně udělovat, od jiné zdravotní sestry i lékaře, s nímž byla zvyklá spíše diskutovat.

Výhody zdravotníka-pacienta obecně:

- Možnost lépe si najít ošetřujícího lékaře.
- Snáze dosáhne, ale i se vyhne určitým vyšetřením.
- Možnost dostat hezčí pokoj v nemocnici, v lázních.
- Snazší volba nemocnice k hospitalizaci.
- Znalost prostředí nemocnice.
- Znalost okolností vyšetření.
- Vstřícnější přístup ostatních zdravotních sester - kolegyně/ostatních lékařů - kolegů.

Nevýhody zdravotní sestry-pacientky:

- Znalost prostředí nemocnice a chyb, které se mohou dít (chyby odborné i chyby v komunikaci).
- Znalost okolností vyšetření.
- Jak zvládá osoba zvyklá pečovat a pomáhat, péči a pomoc naopak přijímat? Jaké pocity při tom má?

Nevýhody lékaře-pacienta:

- Někteří lékaři se domnívají, že lékař-pacient nemá právo se k vyšetření vyjadřovat a jsou na jeho upozornění lhostejní a podstatná informace uniká. Někdy se říká, že lékař-pacient si neumí udělat správný názor o své nemoci, a často se na jeho vyjádření začíná oponováním.
- Bývá snáze podezírán, že nadměrně zveličuje symptomy určité nemoci, kterou zná.

- Vzhledem k tomu, že si svoji nemoc důkladně prostuduje, vidí někdy rozpor mezi teorií a rutinní praxí.
- Lékař-pacient vidí přeceňování objektivizačních pomocných metod. Biopsychosociální přístup je vzácný.
- Někdy lékaři spoléhají, že si lékař-pacient zařídí léčení, léky a vyšetření sám, doporučí se mu „Nechte si vyšetřit to a to.“ Při reklamaci se upozorní, že neměl doporučení, musí shánět žádanku dodatečně a situace se komplikuje.
- Lékař-pacient ví, že lékaři někdy informují pacienty pouze částečně pravdivě.
- Hospitalizovaný lékař-pacient musí být opatrný v komunikaci a pozoruje, jak informace o pacientovi může být ovlivněna předáváním mezi sekundářem, asistentem, docentem atd. („tichá pošta“).
- Lékaře-pacienta se přímo dotýká a uvědomuje si nevhodnost výroků, které někdy i třeba sám u svých pacientů použil. Například „Když Vás to bolí, alespoň víte, že žijete“ atd.

Následkem je:

- šum v komunikaci a léčbě,
- nedostatečná informovanost zdravotníka-pacienta,
- neznalost a zjednodušování psychických reakcí.

Očekávání zdravotníka-pacienta: ohleduplnější a pozornější přístup.

Očekávání ošetřujícího lékaře: pochopení případných nedostatků v léčbě v složitějších případech.

A právě kvůli těmto očekáváním je zdravotník-pacient o to více překvapen a stresován, když k němu kolegové přistupují jednostranně a dominantně.²⁶

²⁶ IRMIŠ, F. Stres lékaře v roli pacienta. *Stěžej.* 1996, roč. 6, č. 1, s. 16-18. ISSN 1210-0153.

Mnohdy si z pozice zdravotníka nepřipouštíme, že právě my by jsme se dostali do pozice pacienta. Myslíme si, že je to chyba a že je velmi důležité si tuto skutečnost při každodenní práci uvědomovat, a díky tomu přistupovat ke každému pacientovi, tak jako by jsme chtěli, aby se přistupovalo k nám, protože nikdy nevíme, kdy se opravdu do role pacienta dostaneme... .

4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY HOSPITALIZACE

„Tou chvílí, kdy se člověk snaží obnažit před doktorem svou těžce zkoušenou tělesnost, přestává být stonání jeho soukromou záležitostí a stane se vlastnictvím doktorovým.“

Karel Čapek: Návod kterak stonati²⁷

4.1 Role pacienta v nemocnici

Hospitalizace znamená umístění a léčení pacienta v nemocnici.

Pro spokojený pobyt je důležitá adaptace na změnu, kterou hospitalizace bezesporu je. Ta je velmi individuální. Dle našeho názoru nejhůře zvládají pobyt v nemocnici hlavně malé děti a staří lidé - mnohdy nechápou, co se děje, někdo je vytrhne z jejich domova, z místa na které jsou zvyklí.

„Nemocnice je značně odlišné zařízení od těch, které pacient zná ze svého běžného života. Má zcela specifické úkoly:

- podrobně pacienta vyšetřit a stanovit diagnózu (lůžková oddělení, ambulantní části, zařízení pro dlouhodobě nemocné, diagnostická centra),
- pacienta léčit, vyléčit či podstatně zlepšit jeho zdravotní stav,
- zdravotnická péče - humanistická stránka zdravotnictví - péče o to, aby pacient zůstal v dobrém psychickém stavu,
- pedagogické úkoly - spojena s lékařskými fakultami,
- výzkum a výzkumné programy,
- hospodaření, administrativa.“²⁸

²⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 48. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

²⁸ tamtéž, s. 48-49

4.1.1 Vliv hospitalizace na pacientův život

Tabulka č. 2 - Některé změny hospitalizovaného pacienta: ²⁹

| | |
|------------------------------------|---|
| Pasivita | Pacient je předmětem péče mnohých lidí - lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu, pomocného personálu atp. Ti jsou hlavními aktéry v jeho životě - ne on. |
| Závislost na druhých lidech | Pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat, co mu druzí určí - a musí to dělat tak, jak u to určují. |
| Životní rytmus | Pacient je postaven do odlišné situace, než na kterou je zvyklý. Není zvyklý na životní rytmus v nemocnici, nemá ho zažitý. Zdá se mu nepřírozený. |
| Sebedůvěra | Pacient musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá. To snižuje jeho sebevědomí a jeho sebehodnocení. |
| Sociální interakce | Pacient je v relativní sociální interakci v nemocničním prostředí. Stýká se zde s poměrně neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu značně omezen. |
| Životní prostředí | Pacient je v nemocnici uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí, nové, ne tak běžné jako bylo doma. |
| Zájmy | Okruh zájmů člověka v nemocnici se podstatně zužuje - především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny. |
| Zvládání problémů | Pacient svému psychickému a fyzickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví si s ním často rady (neví, co se s ním děje). |
| Emoce | Emocionální stav pacienta charakterizuje v první řadě řada negativních emocí - strach, obavy, bolest, nejistota atp. |
| Časový prostor | Pacient žije převážně jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá - problematická. |

²⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 50-51. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

4.1.2 Negativní vlivy hospitalizace

Hospitalizace s sebou přináší kromě zřejmých pozitiv co se týče možností diagnostikování a léčby pacienta i neodmyslitelná negativa. Ty se týkají hlavně déletrvající hospitalizace. Vnímání vlastního onemocnění a pobytu v nemocnici je velmi individuální a závisí nejen na osobnosti nemocného, ale i na druhu onemocnění, přístupu zdravotnického personálu i na prostředí nemocnice.

Obvykle chladné a neútné prostředí nemocnice a neosobní jednání zdravotnického personálu vedou k pocitu osamělosti a izolace. Nedostatečná nebo neadekvátní komunikace a nedostatek informací podporují pacientovu nejistotu a umocňují jeho strach z vyšetření a průběhu vlastního onemocnění. V neposlední řadě nepřihlédnutí k individuálním potřebám pacienta podporuje strádání nemocného.

Tabulka č. 3 - Negativní stránky pacientova života v nemocnici: ³⁰

| | |
|-------------------------|--|
| Depersonalizace | Pacient ztrácí v nemocnici svou sociální identitu. |
| Neosobní jednání | S pacientem je jednáno do určité míry neosobně - pro řadu lidí je „případem“. |
| Rozhovory | Zde se mu moc nenaslouchá, je v postavení, kdy je na mnohé dotazován a komu se přikazuje. |
| Potřeby | V nemocnici se zdravotníci zajímají jen o jeho zdravotní potřeby, zatímco jeho ostatní potřeby jsou zasunuty do pozadí. |
| Aktivita | Dobrý pacient je “pasivní“ a to se od něj i očekává. |
| Bolest | Existuje nízká korelace mezi tím, jak pacient bolest cítí a jak je lékařem popisována. |
| Informovanost | V nemocnici řada vyšetření spolu přináší mnoho otázek. Oddalování jejich odpovědí ze strany zdravotnického personálu prohlubuje v pacientovi strach a obavy. |
| Sebekontrola | Ukazuje se, že tam, kde nemá pacient možnost něco řídit, jeho psychický stav se zhoršuje. |

³⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 52. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

4.2 Práva pacientů

Práva pacientů jako etický kodex má kořeny v Hippokratově přísaze, kterou skládají všichni lékaři při převzetí diplomů, a která v sobě obnáší morální povinnosti lékaře ve vztahu k pacientovi.

„První etický kodex Práva pacientů byl u nás schválen Centrální etickou komisí MZ ČR v roce 1992. Má 11 bodů.

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. Má právo na tzv. kontinuální návštěvy.

3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého léčebného postupu rozhodnout, zda s ním souhlasí.

4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

5. Pacient má právo na to, aby byly brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost dalších osob musí odsouhlasit nemocný (týká se například i praktikujících studentů).

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné.

7. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu. Takovéto rozhodnutí musí být pacientovi řádně zdůvodněno. Přijímací instituce musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři jsou mu k dispozici, i jaká bude další péče po propuštění.

9. *Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. K tomu je nutný písemný informovaný souhlas nemocného, který může kdykoli odvolat.*

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 bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.“³¹*

³¹ VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007, s. 96-97. 128 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE A HYPOTÉZY

5.1 Cíle praktické části

1. Zmapovat pohled zdravotníků na prožitou hospitalizaci.
2. Zmapovat úskalí hospitalizace zdravotníků.
3. Zjistit jak hospitalizace ovlivnila zdravotníky v jejich další práci.
4. Zjistit rozdíly mezi lékař-i/-kami a sestrami (všeobecnými ošetřovateli) ve vnímání nemoci a vyrovnávání se s hospitalizací.³²

5.2 Hypotézy ke statistickému zpracování

H1: Většina hospitalizovaných zdravotníků shledává největší nedostatky v nedostatečné edukaci před výkonem.

H2: Více než polovina zdravotníků je nespokojena s přístupem zdravotnického personálu.

H3: Více než polovina zdravotníků očekávala při hospitalizaci výhody plynoucí z profese zdravotníka.

H4: Více než polovinu zdravotníků hospitalizace ovlivnila v jejich další práci.

³² Pro nedostatečný počet dotazníků získaných od lékařů není možné tyto rozdíly zjistit a splnit tak poslední cíl praktické části (více viz. Diskuze).

6 METODIKA PRÁCE

6.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zdravotní sestry a lékaři pracující ve všech oblastech poskytování zdravotní péče (ambulance, nemocnice, domovy pro seniory,...), všech věkových kategorií.

Vzorek respondentů tvořili zdravotníci, kteří zažili někdy v průběhu své profese vlastní hospitalizaci.

6.2 Metody práce

K bakalářské práci jsme využily metodu dotazníku.

„Dotazník je standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři.“³³

Námi sestavený dotazník obsahuje 19 položek.

6.3 Charakteristika položek

Formy položek v dotazníku:

- uzavřené otázky dichotomické: položky č.1, 3, 6,
- uzavřené otázky polytomické: položky č.2, 7, 8, 9, 10, 11, 12,
- otevřené otázky: položky č.4, 5, 19,
- polouzavřené otázky: položky č.9, 10, 13, 14, 15, 17, 18,
- filtrační otázky: položky č.13, 14, 15, 17, 18, 19,
- číselná škála: položka č.9.

³³ BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2005, s. 46. 146 s. ISBN 80-7013-416-X

6.4 Organizace šetření

Samotnému šetření předcházelo sestavení dotazníku a jeho schválení vedoucí práce. Po konzultaci, doplnění dle doporučení vedoucí práce a po úspěšně proběhlé pilotní studii bylo zhotoveno a rozdáno 200 dotazníků.

Výzkumné šetření probíhalo od prosince 2008 do ledna 2009. Prvních 40 dotazníků bylo rozdáno studentům dálkového studia programu ošetrovatelství, oboru všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Následně, po schválení dotazníkového šetření náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, bylo rozdáno 60 dotazníků v Kroměřížské nemocnici a 70 dotazníků v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Posledních 30 dotazníků bylo rozdáno ve Zdravotním středisku v Napajedlích a na Městské poliklinice v Otrokovicích.

Bylo rozdáno 200 dotazníků, návratnost byla 127 vyplněných dotazníků, to znamená 63,5 procentní návratnost. 7 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplné či chybné vyplnění dotazníku. Nízká návratnost dotazníků byla dle našeho názoru způsobena jednak podmínkou, kdy respondenty tvořili zdravotníci, kteří byli v průběhu své profese hospitalizováni, dále také neochotou vyplňovat dotazník a ne zrovna snadným přístupem k lékařům.

6.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla uspořádána do pracovních tabulek četností. Dle podskupin byly sečteny absolutní a relativní četnosti, následně vytvořeny sumární tabulky četností a grafy.

Pro výpočet a konstrukci byl využit Microsoft Excel. Položky byly sestaveny do tabulek, tyto slovně popsány a graficky znázorněny.

Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost (%) poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

Stanovené hypotézy byly otestovány pomocí **testu hypotézy o relativní četnosti**.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

7.1 Faktografická data

Výzkumného šetření se zúčastnilo 120 respondentů.

Z toho:

- 107 žen (89,2%) a 13 mužů (10,8%),
- 51 respondentů ve věku 18-35 let (42,5%), 36 ve věku 36-45 let (30,0%), 22 ve věku 46-55 let (18,3%) a 11 ve věku 56-65 let (9,0%),
- 97 zdravotních sester (všeobecných ošetřovatelů) (80,8%) a 23 lékař-ů(ek) (19,2%),
- 76 zaměstnanců lůžkového oddělení nemocnice (63,3%), 26 pracujících v ambulanci (21,7%), 8 zaměstnanců dialýzy (6,7%), 4 zaměstnanci záchranné služby (3,3%) a 8 zaměstnanců jiných typů pracovišť (5,0%).

7.2 Jednotlivé výsledky šetření

Při zamyšlení se nad tématem práce:

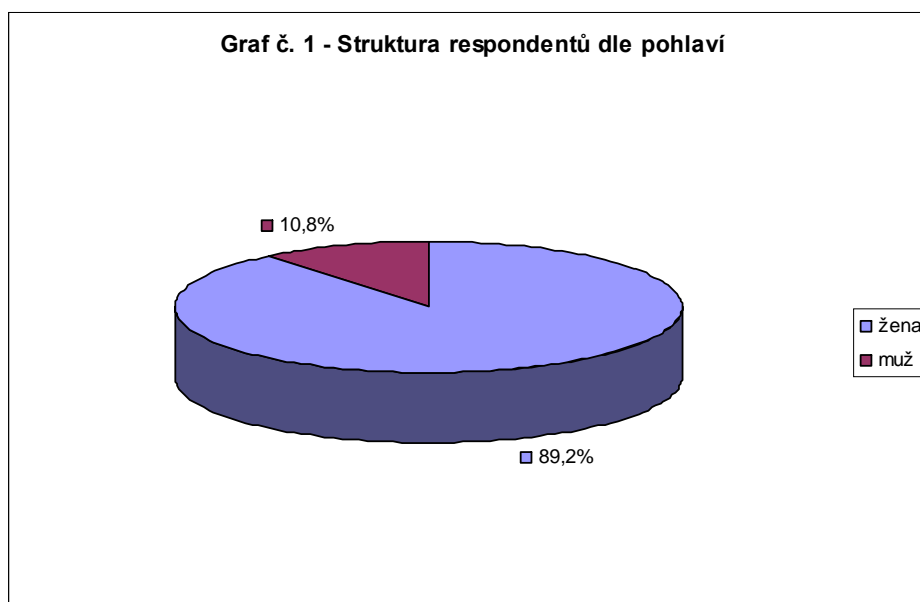
- Předpokládáme, že více než polovina respondentů je nespokojena s přístupem zdravotního personálu.
- Domníváme se, že více než polovina respondentů očekávala při hospitalizaci výhody plynoucí z profese zdravotníka.
- Myslíme, že nejvíce nedostatků při hospitalizaci zdravotníka se týká nedostatečné edukace před výkony.
- Předpokládáme, že více než polovině respondentů hospitalizace umožnila zamyslet se nad nedostatky ve svém přístupu k pacientům.

Položka č. 1**Jste:**

- a) žena
- b) muž

Tabulka č. 4 - Struktura respondentů dle pohlaví

| POHLAVÍ | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| žena | 107 | 89,2% |
| muž | 13 | 10,8% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



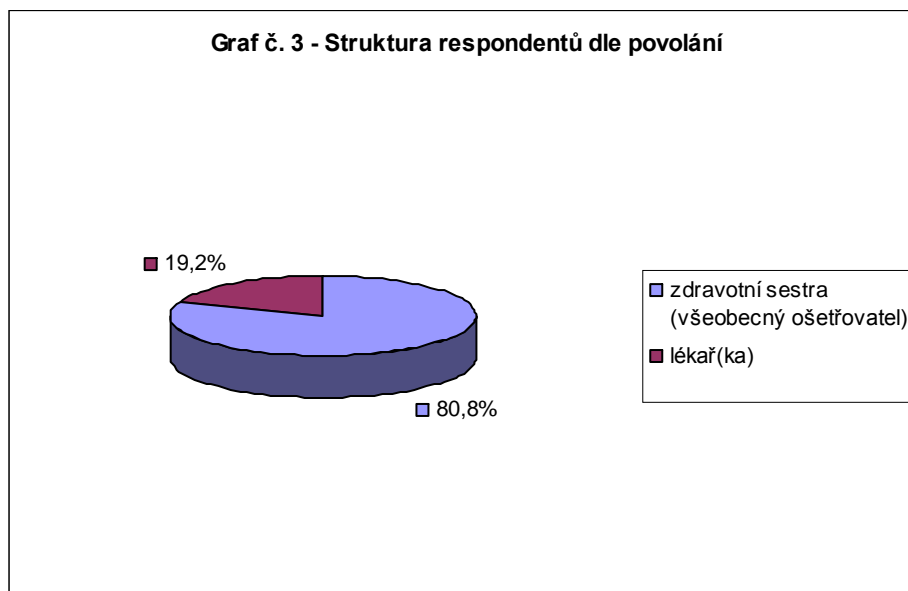
Z grafu č. 1 vyplývá, že většina respondentů, to znamená 89,2%, je ženského pohlaví a jen 10,8% respondentů je pohlaví mužského.

Položka č. 3**Povolání:**

- a) zdravotní sestra (všeobecný ošetřovatel)
- b) lékař(ka)

Tabulka č. 6 - Struktura respondentů dle povolání

| POVOLÁNÍ | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| zdravotní sestra (všeobecný ošetřovatel) | 107 | 89,2% |
| lékař(ka) | 13 | 10,8% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



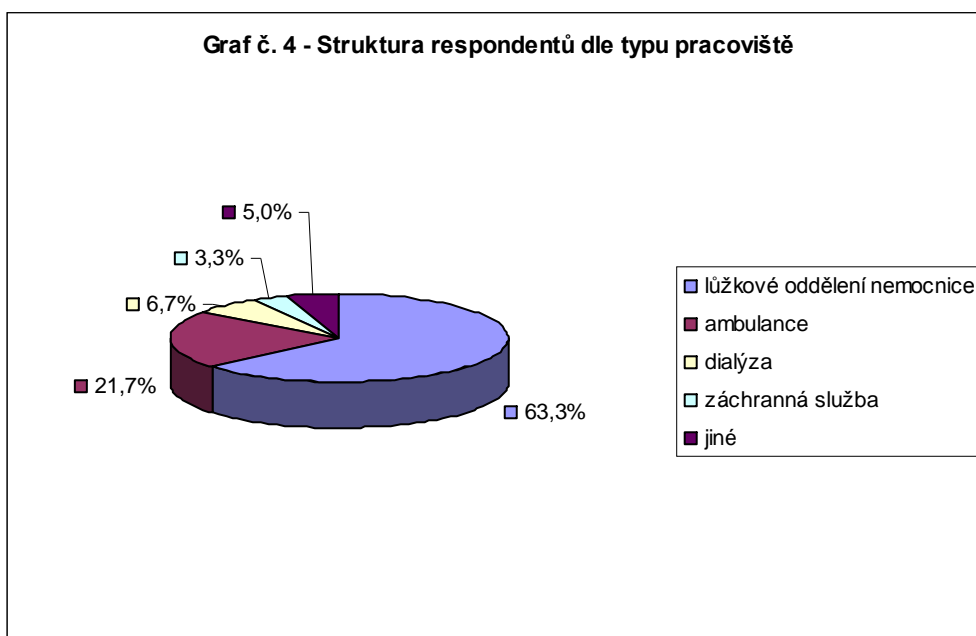
Z grafu č. 3 vyplývá, že většina respondentů vyplňujících dotazníky, to znamená 80,8%, jsou zdravotní sestry (všeobecní ošetřovatelé) a zbylých 19,2% jsou lékař-i(ky).

Položka č. 4**Pracoviště:**.....

Odpovědi na tuto položku jsme roztřídily dle typu pracoviště respondenta.

Tabulka č. 7 - Struktura respondentů dle typu pracoviště

| PRACOVIŠTĚ | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| lůžkové oddělení nemocnice | 76 | 63,3% |
| ambulance | 26 | 21,7% |
| dialýza | 8 | 6,7% |
| záchranná služba | 4 | 3,3% |
| jiné | 6 | 5,0% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



Z grafu č. 4 vyplývá, že nejvíce respondentů, to je 63,3%, pracuje v lůžkových odděleních nemocnic, 21,7% pracuje v ambulancích, 6,7% jsou zaměstnanci dialýzy, 3,3% pracují na záchranné službě a 5,0% v jiných typech pracovišť (konkrétně: domov pro seniory, psychiatrická léčebna, oční centrum, management, operační sály).

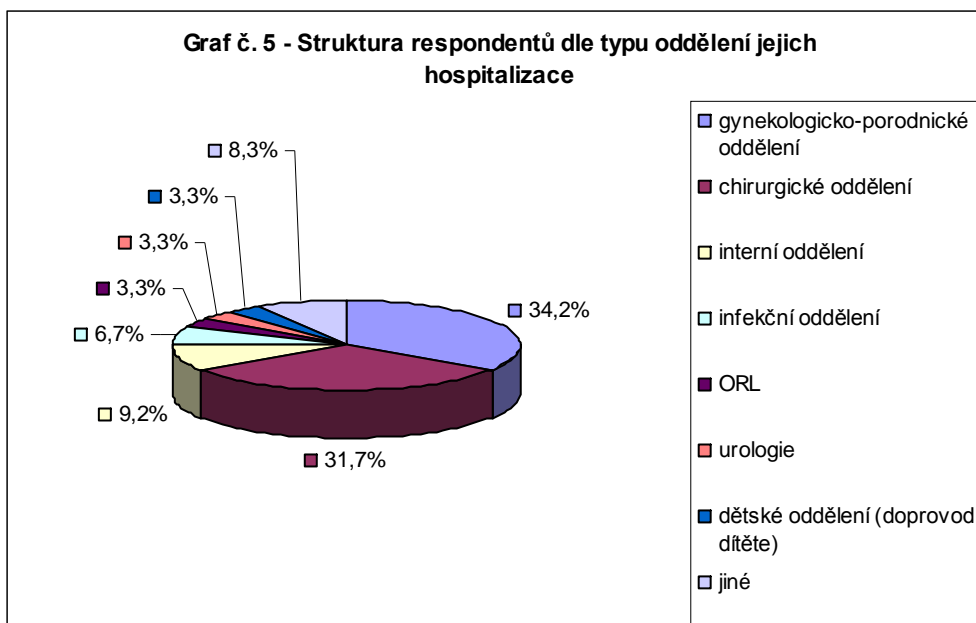
Položka č. 5

Kde jste byl(a) hospitalizován(a)?.....

Odpovědi na tuto položku jsme roztřídily dle typu oddělení hospitalizace respondentů.

Tabulka č. 8 - Struktura respondentů dle typu oddělení jejich hospitalizace

| ODDĚLENÍ | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|
| gynekologicko-porodnické oddělení | 41 | 34,2% |
| chirurgické oddělení | 38 | 31,7% |
| interní oddělení | 11 | 9,2% |
| infekční oddělení | 8 | 6,7% |
| ORL | 4 | 3,3% |
| urologie | 4 | 3,3% |
| dětské oddělení (doprovod dítěte) | 4 | 3,3% |
| jiné | 10 | 8,3% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



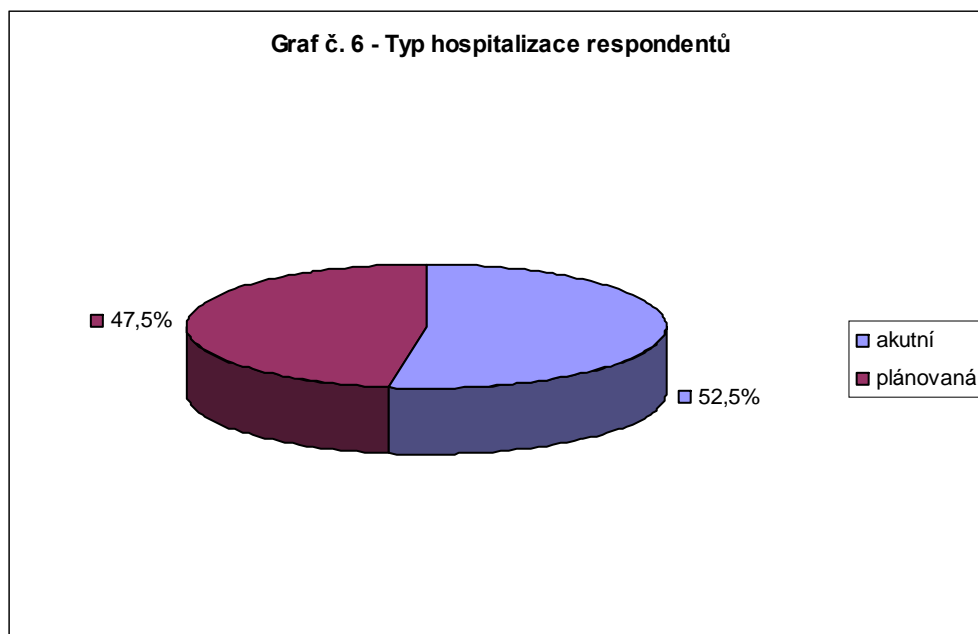
Z grafu č. 5 vyplývá, že 34,2% respondentů bylo hospitalizováno na gynekologicko-porodnickém oddělení, 31,7% na oddělení chirurgickém, 9,2% na interním oddělení, po 3,3% na oddělení ORL, urologie a dětském (jako doprovod dítěte) a v 8,3% na jiném oddělení (konkrétně: plicní odd., traumatologie, ortopedie, oční odd. a neurologie).

Položka č. 6**Vaše hospitalizace byla:**

- a) akutní
- b) plánovaná

Tabulka č. 9 - Typ hospitalizace respondentů

| TYP HOSPITALIZACE | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| akutní | 63 | 52,5% |
| plánovaná | 57 | 47,5% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



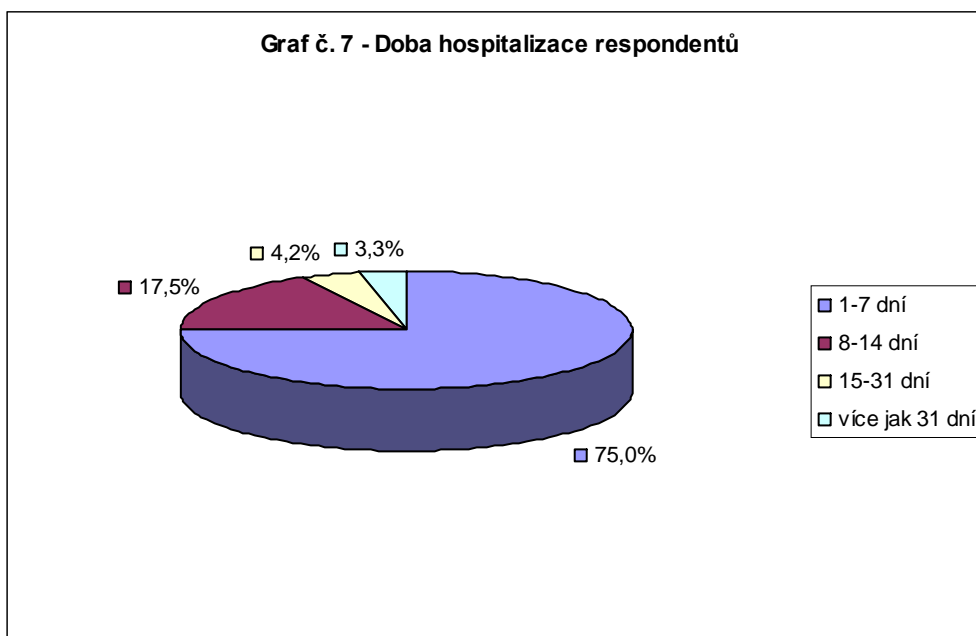
Z grafu č. 6 vyplývá, že u 52,5% respondentů šlo o hospitalizaci akutní a u 47,5% o hospitalizaci plánovanou.

Položka č. 7**Doba Vaší hospitalizace:**

- a) 1-7 dní
- b) 8-14 dní
- c) 15-31 dní
- d) více jak 31 dní

Tabulka č. 10 - Doba hospitalizace respondentů

| DOBA HOSPITALIZACE | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-7 dní | 90 | 75,0% |
| 8-14 dní | 21 | 17,5% |
| 15-31 dní | 5 | 4,2% |
| více jak 31 dní | 4 | 3,3% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



Z grafu č. 7 vyplývá, že většina, to je 75,0%, respondentů bylo hospitalizováno po dobu 1-7 dní, 17,5% po dobu 8-14 dní, 4,2% 15-31 dní a 3,3% respondentů bylo hospitalizováno více než 31 dní.

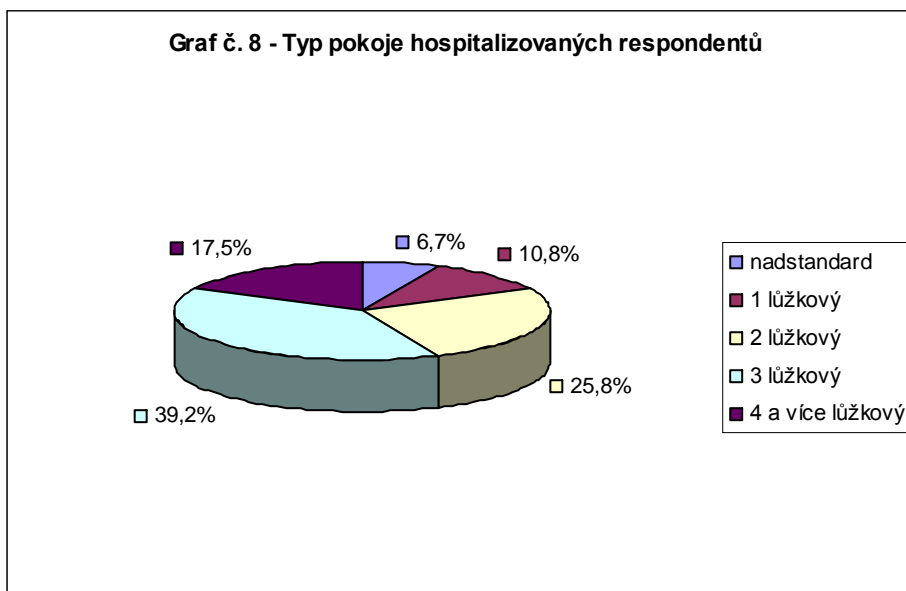
Položka č. 8

Byl(a) jste umístěn(a) na pokoj:

- | | |
|----------------|---------------------|
| a) nadstandard | d) 3 lůžkový |
| b) 1 lůžkový | e) 4 a více lůžkový |
| c) 2 lůžkový | |

Tabulka č. 11 - Typ pokoje hospitalizovaných respondentů

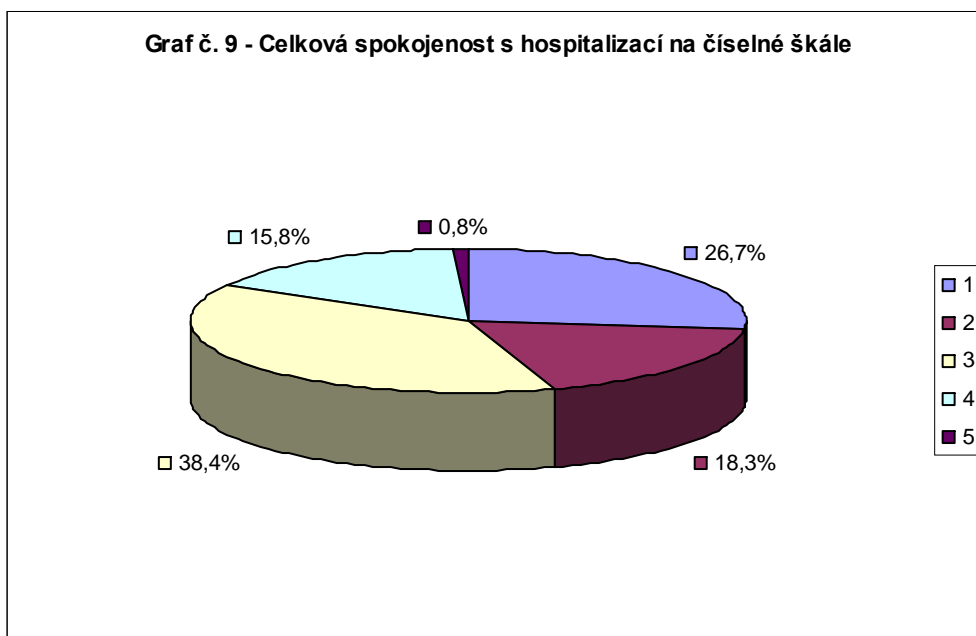
| POKOJ | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------|-------------------|-------------------|
| nadstandard | 8 | 6,7% |
| 1 lůžkový | 13 | 10,8% |
| 2 lůžkový | 31 | 25,8% |
| 3 lůžkový | 47 | 39,2% |
| 4 a více lůžkový | 21 | 17,5% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



Z grafu č. 8 vyplývá, že 39,2% respondentů bylo hospitalizováno v 3 lůžkovém pokoji, 25,8% v pokoji 2 lůžkovém, 17,5% v pokoji 4 a více lůžkovém, 10,8% v 1 lůžkovém pokoji a 6,7% respondentů leželo na nadstandardním pokoji.

Položka č. 9**Celková spokojenost s hospitalizací na číselné škále:***velmi spokojen(a)**velmi nespokojen(a)**1 - 2 - 3 - 4 - 5***Tabulka č. 12 - Celková spokojenost respondentů s hospitalizací**

| SPOKOJENOST | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------|-------------------|-------------------|
| 1 | 32 | 26,7% |
| 2 | 22 | 18,3% |
| 3 | 46 | 38,4% |
| 4 | 19 | 15,8% |
| 5 | 1 | 0,8% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |

Graf č. 9 - Celková spokojenost s hospitalizací na číselné škále

Pro statistické zpracování a jelikož i respondenti při označení čísla 3-5 na škále celkové spokojenosti odpovídali na podotázku týkající se jejich nespokojenosti, jsem označila respondenty odpovídající na škále 1-2 jako celkově spokojené a odpovídající na škále 3-5 jako celkově nespokojené. Z grafu č. 9 vyplývá, že 54% respondentů je celkově spokojeno a 55% je celkově nespokojeno s hospitalizací.

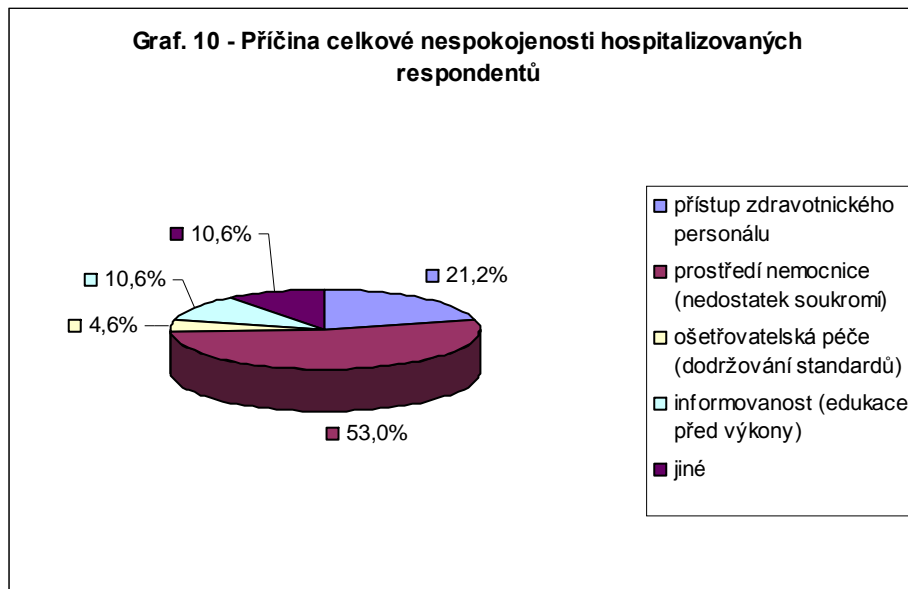
Na podotázku u položky č. 9 odpovídalo 66 celkově nespokojených respondentů.

Pokud jste byl(a) nespokojen(a), co nejvíce přispělo k Vaší nespokojenosti?

- a) přístup zdravotnického personálu
- b) prostředí nemocnice (nedostatek soukromí)
- c) ošetrovatelská péče (dodržování standardů)
- d) informovanost (edukace před výkony)
- e) jiné (uved'te).....

Tabulka č. 13 - Příčina celkové nespokojenosti hospitalizovaných respondentů

| PŘÍČINA CELKOVÉ NESPOKOJENOSTI | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| přístup zdravotnického personálu | 14 | 21,2% |
| prostředí nemocnice (nedostatek soukromí) | 35 | 53,0% |
| ošetrovatelská péče (dodržování standardů) | 3 | 4,6% |
| informovanost (edukace před výkony) | 7 | 10,6% |
| jiné | 7 | 10,6% |
| CELKEM | 66 | 100,0% |



Z grafu č. 10 vyplývá, že nejvíce, a to v 53,0%, k nespokojenosti u respondentů vedlo prostředí nemocnice (nedostatek soukromí), u 21,2% je to přístup zdravotnického personálu, u 10,6% informovanost (edukace před výkony), u 4,6% ošetřovatelská péče (dodržování standardů) a u 10,6% jiné (konkrétně: strava; nečinnost, nuda, nedostatek aktivity; režim dne - brzké probouzení; strach a smutek; chování sanitárek; žádné klepání na dveře před vstupem do pokoje a hlasité bouchání dveřmi; jednání s lékařem).

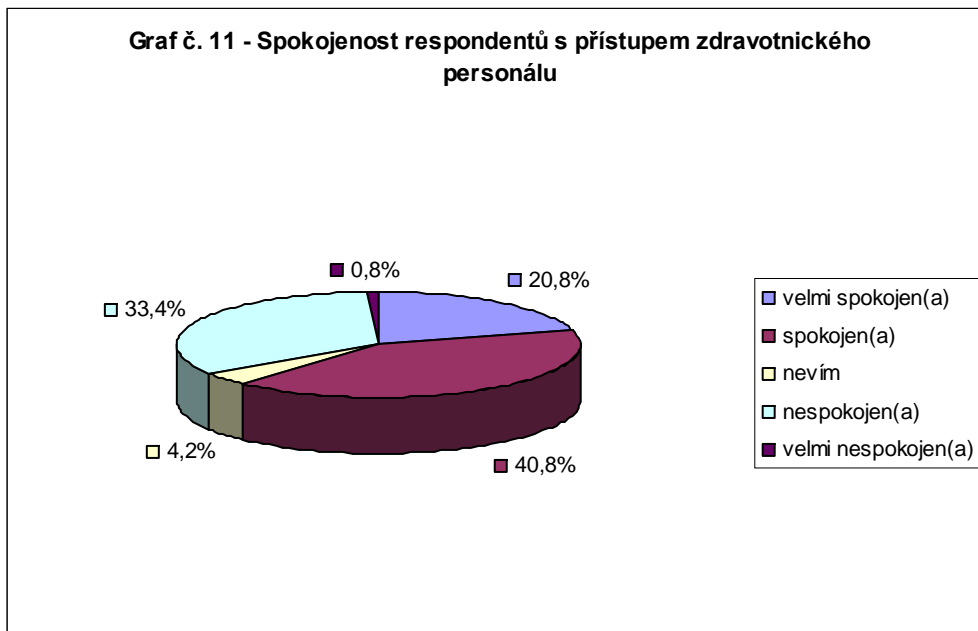
Položka č. 10**Byl(a) jste spokojen(a) s přístupem zdravotnického personálu?**

- a) velmi spokojen(a)
- b) spokojen(a)
- c) nevím
- d) nespokojen(a)
- e) velmi nespokojen(a)

Pro statistické zpracování a jelikož i respondenti při označení možnosti d) a e) odpovídali na podotázku týkající se jejich nespokojenosti s přístupem zdravotnického personálu, jsme označily respondenty odpovídající možností a), b) a c) jako spokojené a odpovídající možností d) a e) nespokojené s přístupem zdravotnického personálu.

Tabulka č. 14 - Spokojenost respondentů s přístupem zdravotnického personálu

| SPOKOJENOST S PŘÍSTUPEM ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|--------------------------|--------------------------|
| velmi spokojen(a) | 25 | 20,8% |
| spokojen(a) | 49 | 40,8% |
| nevím | 5 | 4,2% |
| nespokojen(a) | 40 | 33,4% |
| velmi nespokojen(a) | 1 | 0,8% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



Z grafu č. 11 vyplývá, že s přístupem zdravotnického personálu bylo 40,8% respondentů spokojeno, 33,4% nespokojeno, 20,8% velmi spokojeno, 4,2% neví a 0,8% velmi nespokojeno.

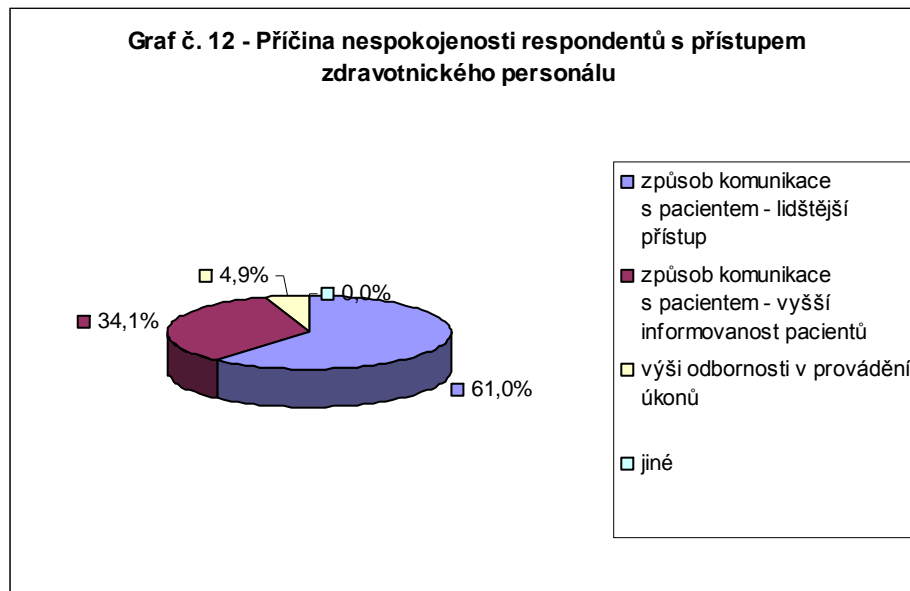
Na podotázku u položky č. 10 odpovídalo 41 respondentů nespokojených s přístupem zdravotnického personálu.

Pokud jste byl(a) nespokojen(a), co byste na přístupu zdravotnického personálu nejvíce změnila?

- a) způsob komunikace s pacientem - lidštější přístup
- b) způsob komunikace s pacientem - vyšší informovanost pacientů
- c) vyšší odbornosti v provádění úkonů
- d) jiné (uveďte).....

Tabulka č. 15 - Příčina nespokojenosti respondentů s přístupem zdravotnického personálu

| PŘÍČINA NESPOKOJENOSTI S PŘÍSTUPEM ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| způsob komunikace s pacientem - lidštější přístup | 25 | 61,0% |
| způsob komunikace s pacientem - vyšší informovanost pacientů | 14 | 34,1% |
| vyšší odbornosti v provádění úkonů | 2 | 4,9% |
| jiné | 0 | 0,0% |
| CELKEM | 41 | 100,0% |



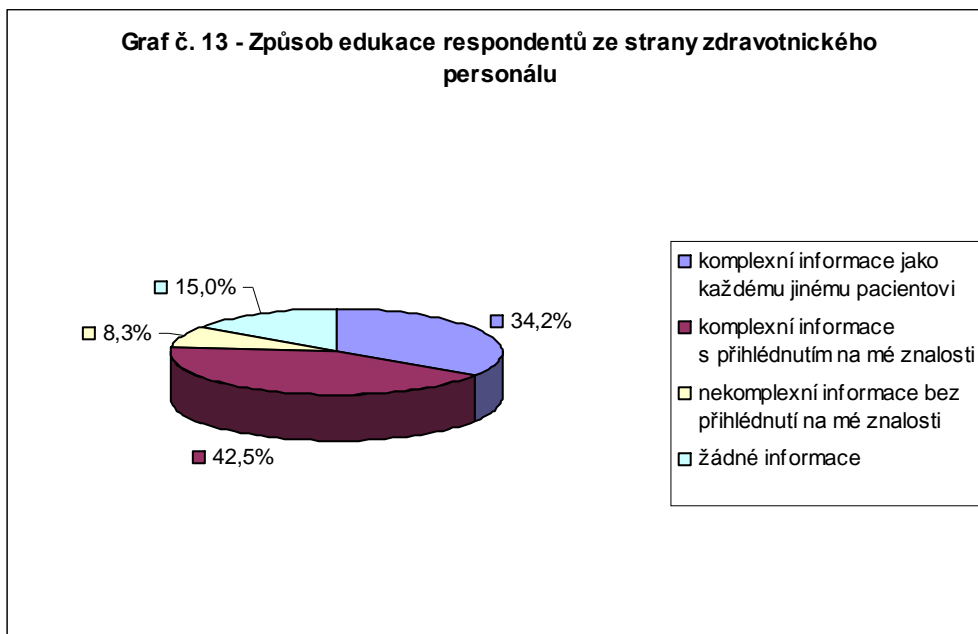
Z grafu č. 12 vyplývá, že respondenti nespokojení s přístupem zdravotnického personálu by na tomto přístupu změnili hlavně způsob komunikace s pacientem - v 61,0% lidštetjší přístup k pacientovi a v 34,1% vyšší informovanost pacientů. Ve zbylých 4,9% by u zdravotnického personálu změnili vyšší odbornosti v provádění úkonů.

Položka č. 11**Jak probíhala edukace ze strany zdravotnického personálu?**

- a) podali mi komplexní informace jako každému jinému pacientovi
- b) podali mi komplexní informace s přihlédnutím na mé znalosti
- c) podali mi nekomplexní informace bez přihlédnutí na mé znalosti
- d) nic mi nevysvětlili, protože předpokládali, že to znám

Tabulka č. 16 - Způsob edukace respondentů ze strany zdravotnického personálu

| ZPŮSOB EDUKACE RESPONDENTŮ ZE STRANY ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| komplexní informace jako každému jinému pacientovi | 41 | 34,2% |
| komplexní informace s přihlédnutím na mé znalosti | 51 | 42,5% |
| nekomplexní informace bez přihlédnutí na mé znalosti | 10 | 8,3% |
| žádné informace | 18 | 15,0% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



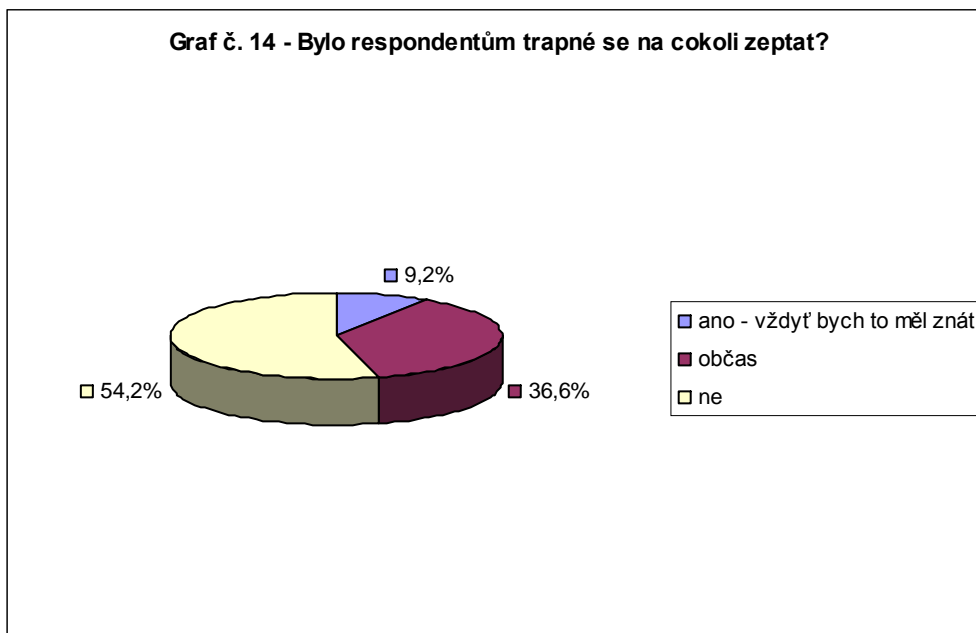
Z grafu č. 13 vyplývá, že většině respondentům, to je 42,5%, zdravotnický personál podal komplexní informace s přihlédnutím na jejich znalosti, 34,2% respondentům byly podány komplexní informace jako každému jinému pacientovi, 15,0% respondentům nic nevysvětlili a 8,3% podali nekomplexní informace bez přihlédnutí na znalosti respondenta.

Položka č. 12**Bylo Vám trapné se na cokoli zeptat?**

- a) ano - vždyť bych to měl znát
- b) občas
- c) ne

Tabulka č. 17 - Bylo respondentům trapné se na cokoli zeptat?

| BYLO RESPONDENTŮM TRAPNÉ SE NA COKOLI ZAPTAT? | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ano - vždyť bych to měl znát | 11 | 9,2% |
| občas | 44 | 36,6% |
| ne | 65 | 54,2% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |

Graf č. 14 - Bylo respondentům trapné se na cokoli zeptat?

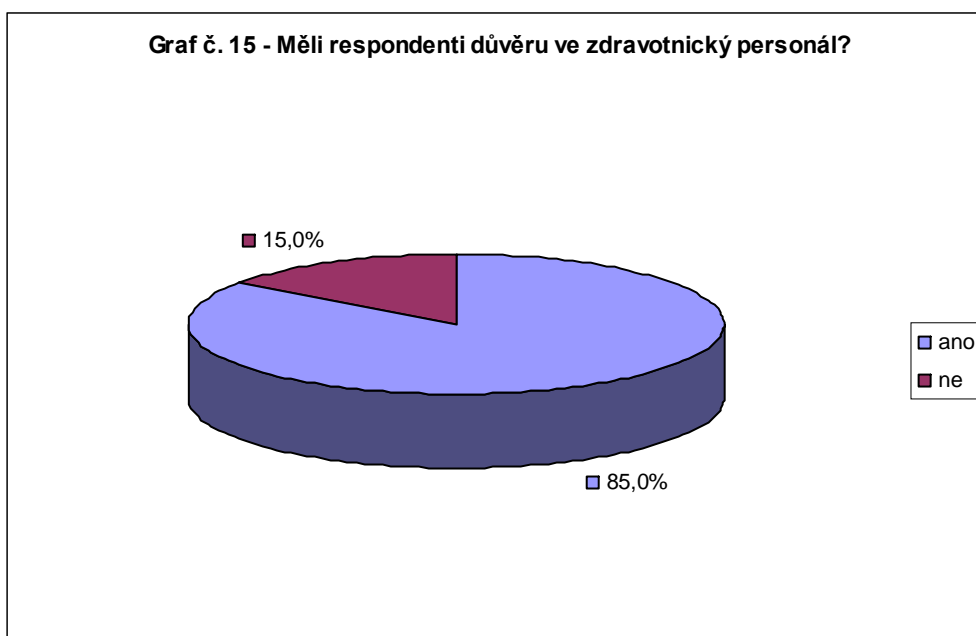
Z grafu č. 14 vyplývá, že 54,2% respondentům nebylo trapné se na cokoli zeptat, 36,7% se cítilo občas trapně, když by se měli na něco zeptat a 9,2% respondentů s pocitem, že by to měli znát, se cítilo trapné se na cokoli zeptat.

Položka č. 13**Měl(a) jste důvěru ve zdravotnický personál?**

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 18 - Měli respondenti důvěru ve zdravotnický personál?

| MĚLI RESPONDENTI DŮVĚRU VE ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL? | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ano | 102 | 85,0% |
| ne | 18 | 15,0% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



Z grafu č. 15 vyplývá, že většina, a to 85,0%, respondentů měla důvěru ve zdravotnický personál a jen 15,0% respondentů tuto důvěru nepocítovala.

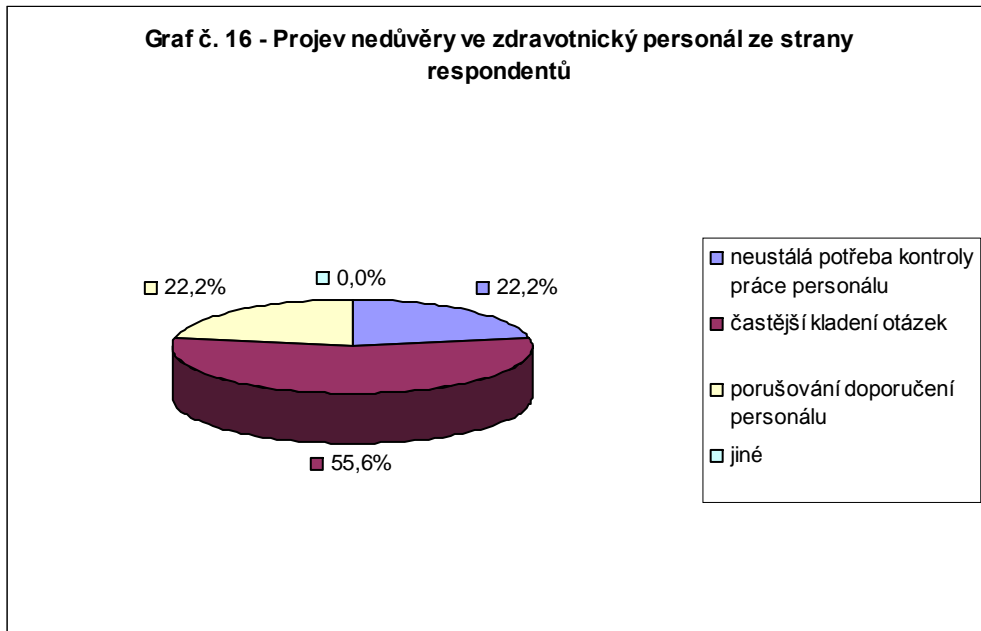
Na podotázku u položky č. 13 odpovídalo 18 respondentů, kteří necítili důvěru ve zdravotnický personál.

Pokud Ne, jak se nejvíce projevovala Vaše nedůvěra?

- a) neustálou potřebou kontroly práce personálu
- b) častějším kladením otázek
- c) porušováním doporučení personálu
- d) jiné (uved'te).....

Tabulka č. 19 - Projev nedůvěry ve zdravotnický personál ze strany respondentů

| PROJEV NEDŮVĚRY VE ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL ZE STRANY RESPONDENTŮ | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|------------------------------|------------------------------|
| neustálá potřeba kontroly práce personálu | 4 | 22,2% |
| častější kladení otázek | 10 | 55,6% |
| porušování doporučení personálu | 4 | 22,2% |
| jiné | 0 | 0,0% |
| CELKEM | 18 | 100,0% |



Z grafu č. 16 vyplývá, že nedůvěra respondentů ve zdravotnický personál se nejvíce, a to v 55,6%, projevovala častějším kladením otázek. Ve 22,2% se projev nedůvěry vyznačoval jednak neustálou potřebou kontroly práce personálu a jednak porušováním doporučení personálu.

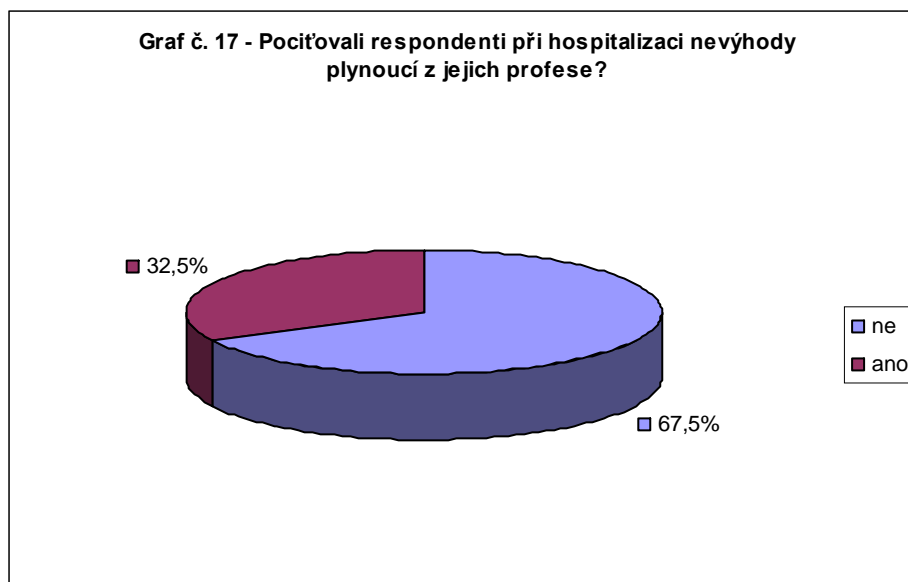
Položka č. 14

Pocit'oval(a) jste při hospitalizaci *nevýhody* plynoucí z Vaší profese?:

- a) ne
- b) ano

Tabulka č. 20 - Pocit'ovali respondenti při hospitalizaci *nevýhody* plynoucí z jejich profese?

| POCIT'OVALI RESPONDENTI NEVÝHODY PLYNOUCÍ Z JEJICH PROFESE? | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|----------------------|-------------------|
| ne | 81 | 67,5% |
| ano | 39 | 32,5% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



Z grafu č. 17 vyplývá, že většina respondentů, a to 67,5%, nepocit'ovala *nevýhody* plynoucí z jejich profese. Naopak 32,5% respondentů pocit'ovala při hospitalizaci *nevýhody* plynoucí z jejich profese zdravotníka.

Na podotázku u položky č. 14 odpovídalo 39 respondentů, kteří pocítovali při hospitalizaci nevýhody plynoucí z jejich profese.

Pokud Ano, jaké nejvíce?

- a) vědomí komplikací, které mohou nastat
- b) vědomí chyb, které se mohou dít
- c) znalost okolností všech vyšetření
- d) jiné (uved'te).....

Tabulka č. 21 - Nevýhody vyplývající z profese zdravotníka, které pocítovali respondenti při hospitalizaci

| NEVÝHODA | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|
| vědomí komplikací, které mohou nastat | 25 | 64,1% |
| vědomí chyb, které se mohou dít | 6 | 15,4% |
| znalost okolností všech vyšetření | 7 | 17,9% |
| jiné | 1 | 2,6% |
| CELKEM | 39 | 100,0% |



Z grafu č. 18 vyplývá, že z respondentů, kteří pocítovali při hospitalizaci nevýhody plynoucí z jejich profese, šlo zejména, v 64,1% , o vědomí komplikací, které mohou nastat. V 17,9% cítili respondenti jako nevýhodu znalost okolností všech vyšetření, v 15,4% pak vědomí chyb, které se mohou dít a v 2,6% nevýhodu jinou (konkrétně:“bylo mi předhazováno, že bych měla vše znát“).

Položka č. 15**Očekával(a) jste při hospitalizaci *výhody* plynoucí z Vaší profese?:**

- a) ne
- b) ano

Tabulka č. 22 - Očekávali respondenti při hospitalizaci *výhody* plynoucí z jejich profese?

| OČEKÁVALI RESPONDENTI VÝHODY PLYNOUCÍ Z JEJICH PROFESE? | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|----------------------|-------------------|
| ne | 81 | 67,5% |
| ano | 39 | 32,5% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



Z grafu č. 19 vyplývá, že 67,5% respondentů neočekávalo při hospitalizaci *výhody* plynoucí z profese zdravotníka, ale zbylých 32,5% tyto *výhody* při hospitalizaci očekávalo.

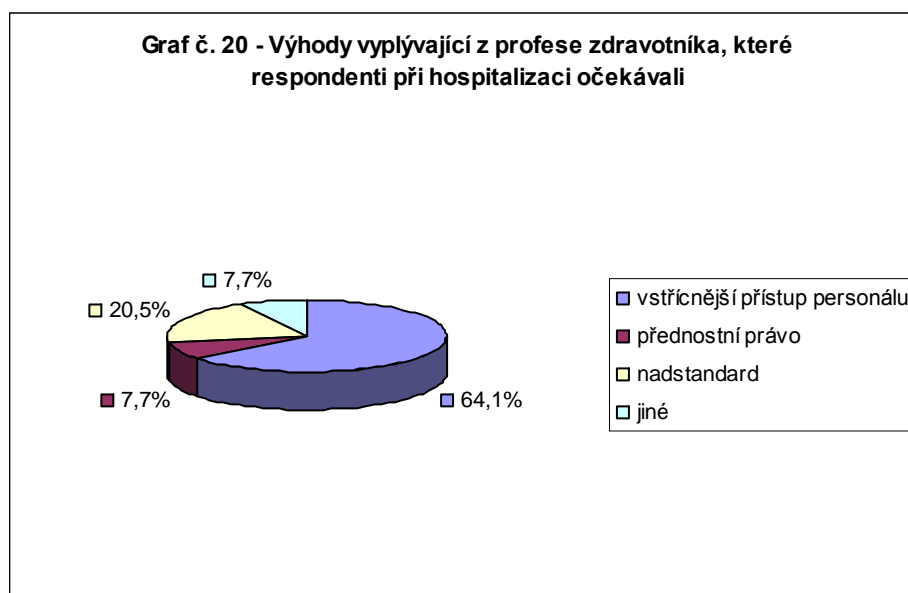
Na podotázku u položky č. 15 odpovídalo 39 respondentů, kteří očekávali při hospitalizaci výhody plynoucí z jejich profese.

Pokud Ano, jaké nejvíce?

- a) **vstřícnější přístup personálu**
- b) **přednostní právo**
- c) **nadstandard**
- d) **jiné (uved'te).....**

Tabulka č. 23 - Výhody vyplývající z profese zdravotníka, které očekávali respondenti při hospitalizaci

| VÝHODA | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| vstřícnější přístup personálu | 25 | 64,1% |
| přednostní právo | 3 | 7,7% |
| nadstandard | 8 | 20,5% |
| jiné | 3 | 7,7% |
| CELKEM | 39 | 100,0% |



Z grafu č. 20 vyplývá, respondenti jako výhody plynoucí z vlastní profese při hospitalizaci očekávali nejvíce, v 64,1%, vstřícnější přístup personálu, ve 20,5% očekávali nadstandard, v 7,7% přednostní právo a v 7,7% jiné výhody (konkrétně: znalost průběhu vyšetření-žádný strach z neznáma, neopakování základních pravidel, „všichni mě znají“).

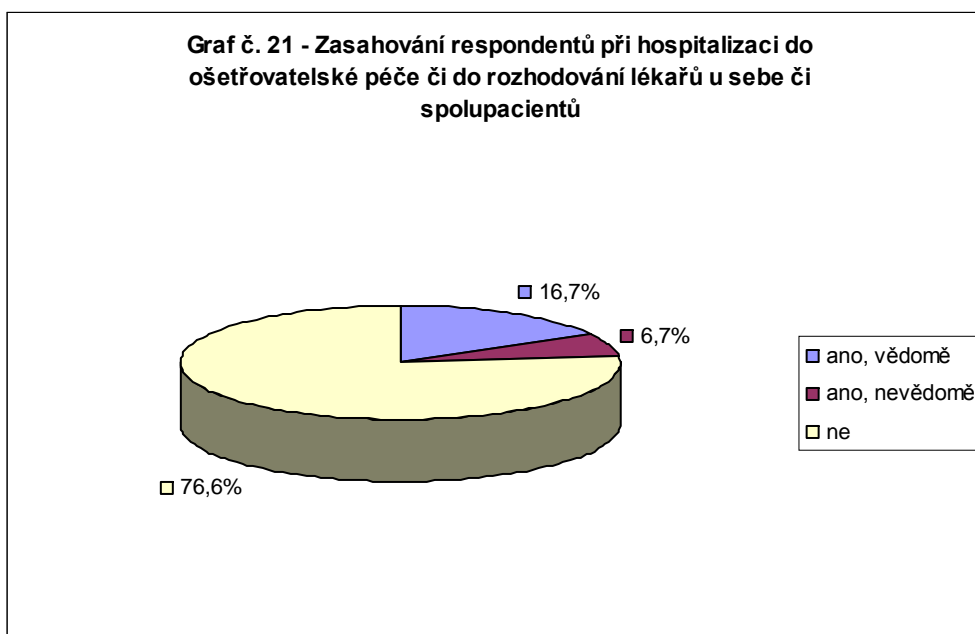
Položka č. 16

Zasahoval(a) jste při své hospitalizaci do ošetrovatelské péče či rozhodování lékařů u sebe nebo spolupacienta?

- a) ano, vědomě
- b) ano, nevědomě
- c) ne

Tabulka č. 24 - Zasahování respondentů při hospitalizaci do ošetrovatelské péče či rozhodování lékařů u sebe či spolupacientů

| ZÁSAHOVÁNÍ DO OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE ČI ROZHODOVÁNÍ LÉKAŘŮ | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| ano, vědomě | 20 | 16,7% |
| ano, nevědomě | 8 | 6,7% |
| ne | 92 | 76,6% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



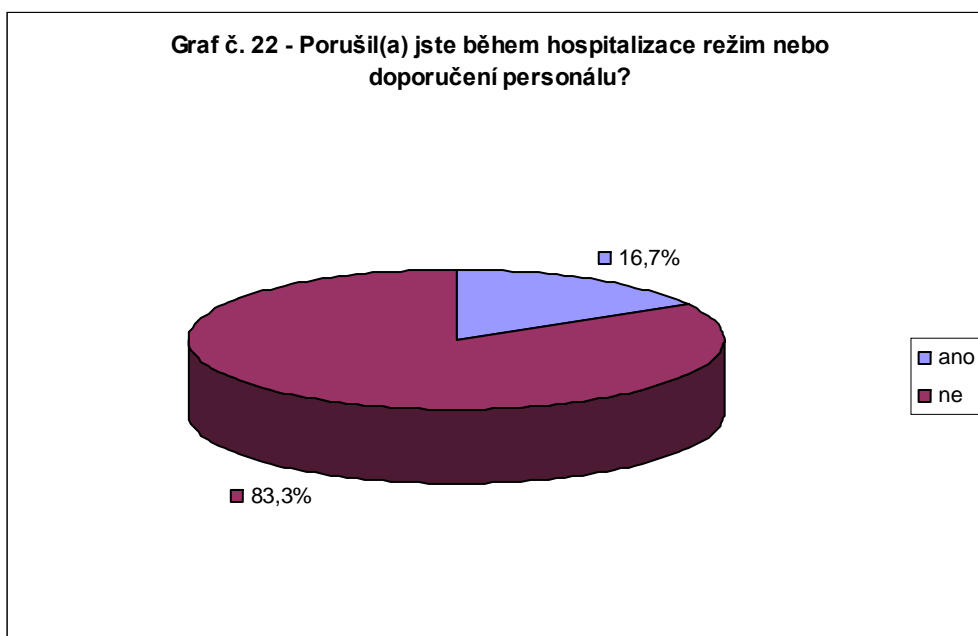
Z grafu č. 21 vyplývá, že 76,6% respondentů v průběhu hospitalizace nezasahovalo do ošetrovatelské péče nebo rozhodování lékařů u sebe či spolupacientů. 16,7% respondentů zasahovalo do ošetrovatelské péče nebo rozhodování lékařů vědomě a 6,7% respondentů zasahovalo nevědomě.

Položka č. 17**Porušil(a) jste během hospitalizace režim nebo doporučení personálu?**

- a) ano
- b) ne

Tabulka č. 25 - Porušil(a) jste během hospitalizace režim nebo doporučení personálu?

| PORUŠENÍ REŽIMU NEBO DOPORUČENÍ PERSONÁLU | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ano | 20 | 16,7% |
| ne | 100 | 83,3% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



Z grafu č. 22 vyplývá, že většina respondentů, to je 83,3%, během hospitalizace neporušila režim nebo doporučení zdravotnického personálu. Naopak 16,7% respondentů režim nebo doporučení porušilo.

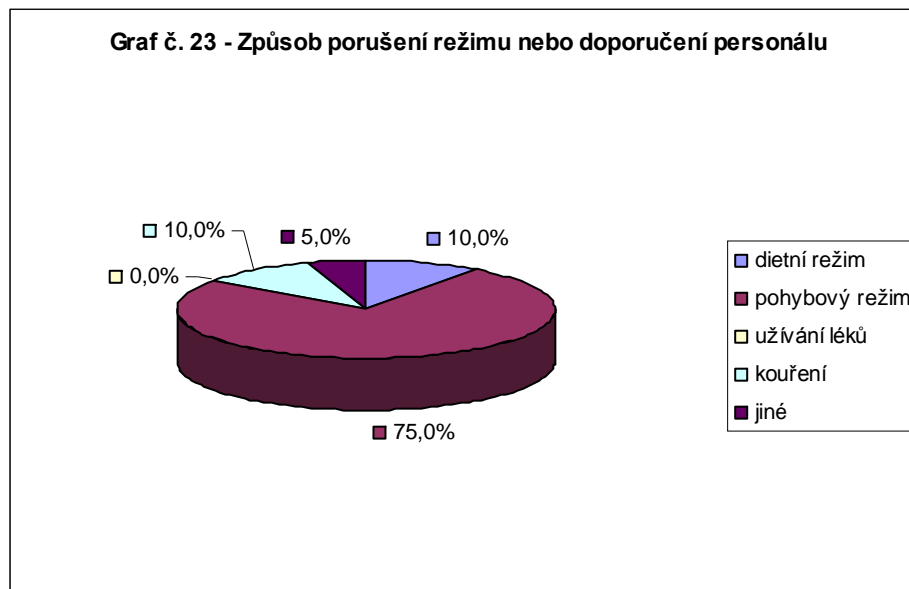
Na podotázku u položky č. 17 odpovědělo 20 respondentů, kteří nějak během hospitalizace porušili režim nebo doporučení personálu.

Pokud ano, v čem?

- a) dietní režim
- b) pohybový režim
- c) užívání léků
- d) kouření
- e) jiné (uved'te).....

Tabulka č. 26 - Způsob porušení režimu nebo doporučení personálu

| ZPŮSOB PORUŠENÍ REŽIMU NEBO DOPORUČENÍ PERSONÁLU | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|------------------------------|------------------------------|
| dietní režim | 2 | 10,0% |
| pohybový režim | 15 | 75,0% |
| užívání léků | 0 | 0,0% |
| kouření | 2 | 10,0% |
| jiné | 1 | 5,0% |
| CELKEM | 20 | 100,0% |



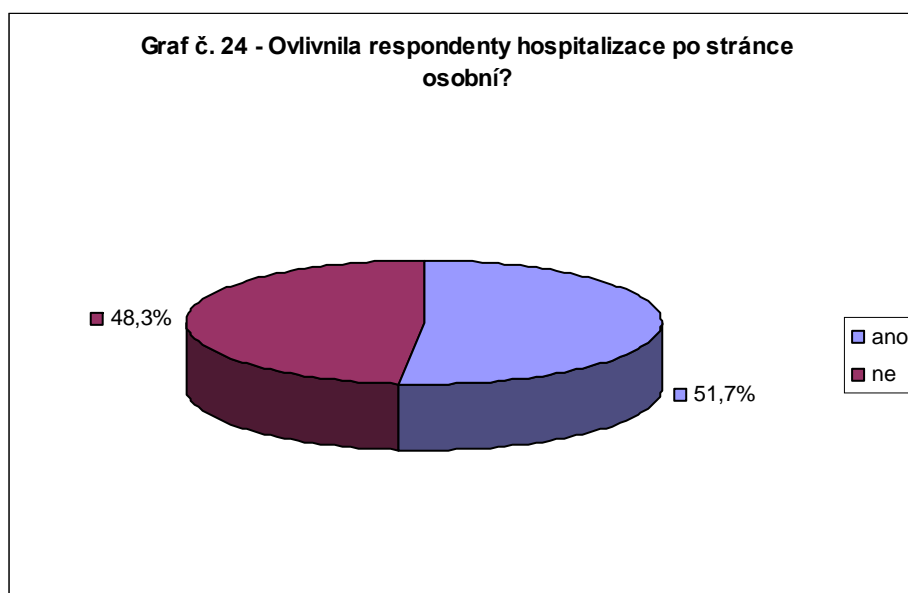
Z grafu č. 23 vyplývá, že z respondentů, kteří porušili režim nebo doporučení zdravotnického personálu během hospitalizace, 75% porušilo pohybový režim, 10,0% porušilo dietní režim, 10,0% kouřilo a 5,0% jiné (konkrétně: „používala jsem šidítka - dudlík“ - uvádí zdravotní sestra hospitalizovaná se svým dítětem).

Položka č. 18**Ovlivnila Vás nějak hospitalizace po strážce osobní?**

- a) ne
- b) ano

Tabulka č. 27 - Ovlivnila respondenty hospitalizace po strážce osobní?

| OVLIVNILA RESPONDENTY HOSPITALIZACE PO STRÁNCE OSOBNÍ? | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|----------------------|----------------------|
| ano | 62 | 51,7% |
| ne | 58 | 48,3% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



Z grafu č. 24 vyplývá, že 51,7% respondentů hospitalizace po strážce osobní ovlivnila a 48,3% respondentů ne.

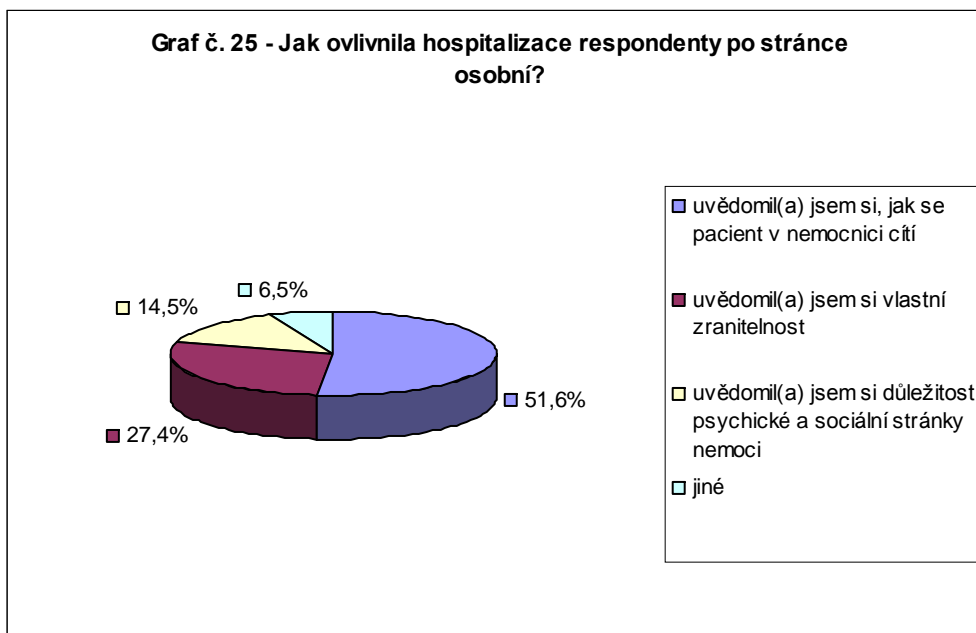
Na podotázku k položce č. 18 odpovídalo 62 respondentů, které vlastní hospitalizace ovlivnila po stránce osobní.

Pokud Ano, v čem nejvíce?

- a) uvědomil(a) jsem si, jak se pacient v nemocnici cítí
- b) uvědomil(a) jsem si vlastní zranitelnost
- c) uvědomil(a) jsem si důležitost psychické a sociální stránky nemoci
- d) jiné (uved'te).....

Tabulka č. 28 - Jak ovlivnila respondenty hospitalizace po stránce osobní?

| JAK OVLIVNILA RESPONDENTY HOSPITALIZACE PO STRÁNCE OSOBNÍ? | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|----------------------|----------------------|
| uvědomil(a) jsem si, jak se pacient v nemocnici cítí | 32 | 51,6% |
| uvědomil(a) jsem si vlastní zranitelnost | 17 | 27,4% |
| uvědomil(a) jsem si důležitost psychické a sociální stránky nemoci | 9 | 14,5% |
| jiné | 4 | 6,5% |
| CELKEM | 62 | 100,0% |



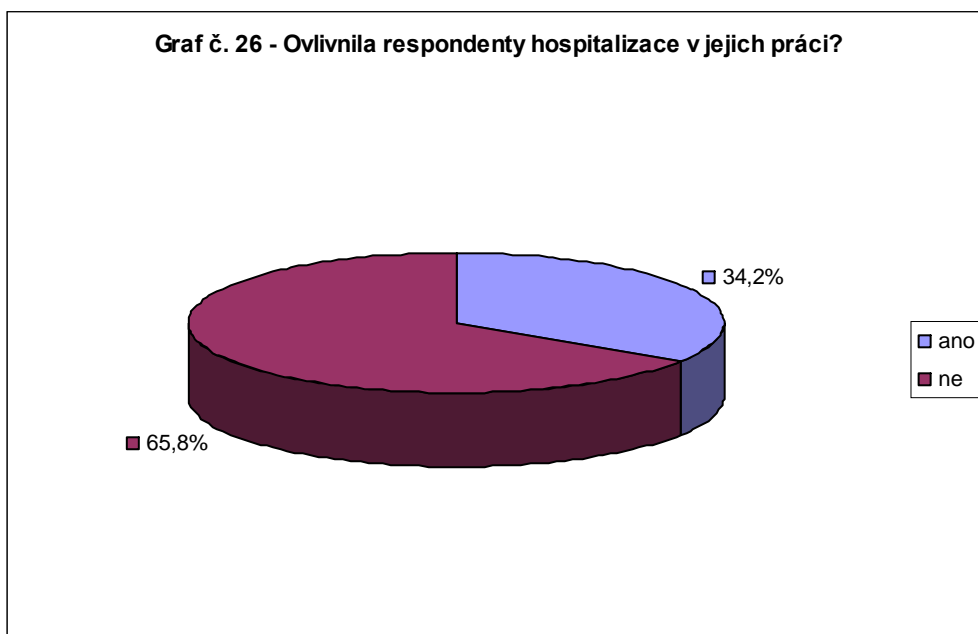
Z grafu č. 25 vyplývá, že z respondentů, které hospitalizace ovlivnila po stránce osobní, šlo nejvíce, v 51,6%, o uvědomění si, jak se pacient v nemocnici cítí. 27,4% respondentů si uvědomilo vlastní zranitelnost, 14,5% respondentů si uvědomilo důležitost psychické a sociální stránky nemoci a 6,5% respondentů hospitalizace ovlivnila jinak (konkrétně: uvědomění si jak je důležitá komunikace sestra-pacient, jak je důležité vhodné a chápavé chování personálu a edukace pacienta, naučení se lepšímu jednání s pacienty, získání pracovního místa).

Položka č. 19**Ovlivnila hospitalizace Vaši práci?**

- a) ne
- b) ano

Tabulka č. 29 - Ovlivnila respondenty hospitalizace v jejich práci?

| OVLIVNILA RESPONDENTY HOSPITALIZACE V JEJICH PRÁCI? | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| ano | 41 | 34,2% |
| ne | 79 | 65,8% |
| CELKEM | 120 | 100,0% |



Z grafu č. 26 vyplývá, že 65,8% respondentů hospitalizace v jejich další práci neovlivnila. 34,2% respondentů hospitalizace jejich práci ovlivnila (viz podotázka u této položky).

Na podotázku k položce č. 19 odpovědělo 41 respondentů, které prožitá hospitalizace ovlivnila v jejich práci.

Pokud Ano, Jak?

Odpovědi respondentů jsem doslovně přepsala a uvádíme jejich citace:

„Snažím se o lidský přístup k pacientům - individualitu každého, více vysvětluji, doplňuji odborné znalosti a dovednosti“

„Více chráním intimitu pacientů, více vysvětluji“

„Snažím se o lidský přístup k pacientům; co nejlépe a nejsnadněji vysvětlit vše, co s pacientem budeme dělat; odpovědět v rámci možností na všechny jejich dotazy.“

„Podávat informace pacientům; najít si na něj čas.“

„Snažím se postupovat stejně vstřícně a profesionálně jako kolegyně v nemocnici Atlas, ne vždy je to možné, neboť práce u dětí se liší od práce u dospělých pacientů.“

„Dívám se na to už „z jiné stránky“. Umím se vcítit do potřeb pacienta.“

„Snažím se vcítit do pacienta.“

„V přístupu k pacientovi.“

„Lepší komunikace s pacienty. Při aplikaci Clexane s.c. pomalejší dávkování.“

„Pracuji zde.“

„Ve větší empatii k pacientům, ve větší snaze zlepšit nemocniční prostředí.“

„Naučila jsem se rozeznávat priority, poznala jsem velmi odlišné charaktery jednotlivých pracovníků a jejich zručnost.“

„Přístup k pacientům, lepší vžití se do pacientovi situace.“

„Snažím se jednat s pacientem tak, jak bych si to přála já, když jsem byla v této roli.“

„Snažím se lépe přistupovat k pacientovi s vědomím, jak on se v nemocnici cítí.“

„Teď se lépe vcítuji do role pacienta.“

„Uvědomění si vlastní zranitelnosti. Vždy nutná empatie, jednotlivý přístup k pacientovi.“

„Uvědomila jsem si druhou stranu, co vidí pacienti, čeho si všímají. Nemohu to však srovnávat, protože mám vědomosti, co oni ne.“

„Dodržuji práva pacientů, chápu jejich zranitelnost.“

„Snažím se k pacientům chovat eticky (psychická a sociální stránka).“

„Návrat k práci na lůžkové oddělení.“

„Snažím se co nejvíce omezit hluk na oddělení.“

„Více se vcítit do postavení pacienta.“

„Dbát více na informovanost klientů, např. při manipulaci s lůžkem.“

„Je „dobré“ být občas v roli pacienta. Z „civilního pohledu“ je opravdu zajímavé pozorovat ostatní zdravotnický personál.“

„Snažím se více respektovat soukromí pacienta.“

„Větší empatie k pacientovi.“

„Ovlivnila můj přístup k pacientům.“

„Lidštější přístup.“

„Uvědomuji si, jak jsou potřeby pacientů individuální.“

„Snažím se vcítit do pacienta.“

„Lepší způsob komunikace s pacientem.“

„Individuální přístup k pacientovi.“

„Komunikace - informovanost.“

„Bližší vztah k potřebám pacientů.“

„Více chápu, jak se pacient v nemocnici cítí.“

„Jednám vždy s vědomím, že na místě pacienta jsem já nebo člověk (blízký), kterého mám ráda.“

„Už vím, že i drobnosti můžou být hodně nepříjemné, i když se to nezdá, a v prostředí nemocnice se člověk cítí a chová jinak a někdy si to ani neuvědomí.“

„Dokážu se lépe vcítit do role nemocného.“

„Snažím se vše pacientovi vysvětlit tak, aby to pochopil a neměl úzkost z nevědomosti.“

„Uvědomila jsem si, jak některé rutinní zvyklosti při práci sestry můžou být vůči pacientovi necitlivé - brzké ranní rozžínání na pokojích, hluk z rozhovorů na ztichlém nočním oddělení, hlasitý hovor ze sesterny (v noci). A hlavně komunikovat, komunikovat!!“

7.3 Zkoumání cílů a statistické testování hypotéz

Ke zkoumání cílů a statistickému zpracování hypotéz bylo použito 120 dotazníků.

Cíle praktické části:

1. Zmapovat pohled zdravotníků na prožitou hospitalizaci.

Cíl č. 1 – zkoumají položky č. 9,10,13,14,15.

2. Zmapovat úskalí hospitalizace zdravotníků.

Cíl č. 2 – zkoumají položky č. 9,10,11,12,14.

3. Zjistit jak hospitalizace ovlivnila zdravotníky v jejich další práci.

Cíl č. 3 – zkoumají položky č. 18,19.

Hypotézy pro statistické zpracování:

H1: Většina hospitalizovaných zdravotníků shledává největší nedostatky v nedostatečné edukaci před výkonem.

- zkoumá položka č. 9.

H2: Více než polovina zdravotníků je nespokojena s přístupem zdravotnického personálu.

- zkoumá položka č. 10.

H3: Více než polovina zdravotníků očekávala při hospitalizaci výhody plynoucí z profese zdravotníka.

- zkoumá položka č. 15.

H4: Více než polovinu zdravotníků hospitalizace ovlivnila v jejich další práci.

- zkoumá položka č. 19.

Stanovené hypotézy byly otestovány pomocí **testu hypotézy o relativní četnosti**.

Test hypotézy o relativní četnosti

$$U = \frac{x/n - \pi_0}{\sqrt{\frac{\pi_0(1-\pi_0)}{n}}}$$

Tabulka č. 30 - Vymezení kritických oborů (pro $\alpha = 0,05$)

| H_0 | H_A | Kritický obor W |
|---------------|------------------|--------------------------------|
| $\pi = \pi_0$ | $\pi < \pi_0$ | $U \leq -1,645$ |
| | $\pi > \pi_0$ | $U \geq 1,645$ |
| | $\pi \neq \pi_0$ | $U \leq -1,96$ a $U \geq 1,96$ |

H_0 = nulová hypotéza

H_A = alternativní hypotéza

π = parametr, určitá procenta

x = počet zdravotníků vyznačujících se určitým znakem

n = počet všech zdravotníků

α = hladina významnosti

U = testové kritérium

W = kritický obor³⁴

³⁴ HINDLS, R., et al. *Statistika pro ekonomy*. Praha: Professional Publishing, 2006. 418 s. ISBN 80-86946-16-9.

H₁: Většina hospitalizovaných zdravotníků shledává největší nedostatky v nedostatečné edukaci před výkony.

$$\pi_0 = 50\% (0,5)$$

x = počet zdravotníků nespokojených s hospitalizací kvůli nedostatečné edukaci před výkony = 7

n = počet všech zdravotníků nespokojených s hospitalizací = 66

Testové kritérium:

$$U = \frac{7/66 - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5(1-0,5)}{66}}} = - 6,40$$

Kritický obor W pro $H_A \pi > \pi_0$ je $U \geq 1,645$.

Na hladině významnosti 0,05 s 95% zamítám H_A a přijímám H_0 .

Tvrzení, že většina hospitalizovaných zdravotníků shledává největší nedostatky v nedostatečné edukaci před výkony, se statisticky nepotvrdilo.

H2: Více než polovina zdravotníků je nespokojena s přístupem zdravotnického personálu.

$$\pi_0 = 50\% (0,5)$$

x = počet zdravotníků nespokojených s přístupem zdravotnického personálu = 41

n = počet všech zdravotníků = 120

Testové kritérium:

$$U = \frac{41/120 - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5(1-0,5)}{120}}} = -3,46$$

Kritický obor W pro $H_A \pi > \pi_0$ je $U \geq 1,645$.

Na hladině významnosti 0,05 s 95% zamítám H_A a přijímám H_0 .

Tvrzení, že více než polovina zdravotníků je nespokojena s přístupem zdravotního personálu, se statisticky nepotvrdilo.

H3: Více než polovina zdravotníků očekávala při hospitalizaci výhody plynoucí z profese zdravotníka.

$$\pi_0 = 50\% (0,5)$$

$$\begin{aligned} x &= \text{počet zdravotníků očekávajících při hospitalizaci výhody plynoucí z jejich profese} \\ &= 39 \end{aligned}$$

$$n = \text{počet všech zdravotníků} = 120$$

Testové kritérium:

$$U = \frac{39/120 - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5(1-0,5)}{120}}} = -3,83$$

Kritický obor W pro $H_A \pi > \pi_0$ je $U \geq 1,645$.

Na hladině významnosti 0,05 s 95% zamítám H_A a přijímám H_0 .

Tvrzení, že více než polovina zdravotníků očekávala při hospitalizaci výhody plynoucí z profese zdravotníka, se statisticky nepotvrdilo.

H4: Více než polovinu zdravotníků hospitalizace ovlivnila v jejich další práci.

$$\pi_0 = 50\% (0,5)$$

x = počet zdravotníků, které hospitalizace ovlivnila v jejich práci = 41

n = počet všech zdravotníků = 120

Testové kritérium:

$$U = \frac{41/120 - 0,5}{\sqrt{\frac{0,5(1-0,5)}{120}}} = -3,46$$

Na hladině významnosti 0,05 s 95% zamítám H_A a přijímám H_0 .

Tvrzení, že více než polovinu zdravotníků hospitalizace ovlivnila v jejich další práci, se statisticky nepotvrdilo.

8 DISKUZE

Cíle dotazníkového šetření:

Zmapovat pohled zdravotníků na prožitou hospitalizaci.

Šetření se zabývalo nejprve **celkovou spokojeností** zdravotníků s **prožitou hospitalizací** a vyplynulo, že celkově spokojeno bylo 54% respondentů a 55% respondentů bylo celkově nespokojeno. Jak je vidět z uvedených procent, tak téměř každý druhý zdravotník byl s hospitalizací nespokojen.

Byla šetřena také **spokojenost s přístupem zdravotnického personálu** a vyplynulo, že 40,8% respondentů bylo spokojeno, 33,4% nespokojeno, 20,8% velmi spokojeno, 4,2% neví a 0,8% velmi nespokojeno.

Respondenti nespokojení s přístupem zdravotnického personálu by na tomto přístupu změnili hlavně způsob komunikace s pacientem - v 61,0% lidštvější přístup k pacientovi a v 34,1% vyšší informovanost pacientů. Ve zbylých 4,9% by u zdravotnického personálu změnili výši odbornosti v provádění úkonů.

Co se týká **důvěry ve zdravotnický personál**, tak většina, a to 85,0%, respondentů ji měla a jen 15,0% respondentů tuto důvěru nepocítovala.

Nedůvěra respondentů ve zdravotnický personál se nejvíce, a to v 55,6%, projevovala častějším kladením otázek. Ve 22,2% se projev nedůvěry vyznačoval jednak neustálou potřebou kontroly práce personálu a jednak porušováním doporučení personálu.

Další položky se týkaly **pocitování nevýhod a očekávání výhod plynoucích z profese zdravotníka**. Většina respondentů, a to 67,5%, nepocítovala nevýhody plynoucí z jejich profese. Naopak 32,5% respondentů pocítovala při hospitalizaci nevýhody plynoucí z jejich profese zdravotníka.

Většina, to je 67,5%, respondentů neočekávalo při hospitalizaci výhody plynoucí z profese zdravotníka, ale zbylých 32,5% tyto výhody při hospitalizaci očekávalo.

Zmapovat úskalí hospitalizace zdravotníků.

Již z předchozích položek vyvstala určitá úskalí hospitalizace zdravotníků, která vedla následně k jejich nespokojenosti a nedůvěře ve zdravotnický personál.

Jedním z nedostatků, na které zdravotníci poukazovali, byla **komunikace zdravotnického personálu** s nimi jako s pacienty. Jednalo se hlavně o to, že by zlidštili přístup zdravotnického personálu.

Další věcí, na niž poukazovali, byla **nedostatečná informovanost (nepatřičná edukace)**.

Z výzkumu vyplynulo, že většině respondentům, to je 42,5%, zdravotnický personál podal komplexní informace s přihlédnutím na jejich znalosti, 34,2% byly podány komplexní informace jako každému jinému pacientovi, 15,0% respondentům nic nevysvětlili a 8,3% podali nekomplexní informace bez přihlédnutí na znalosti respondenta.

Většině, to je 54,2%, respondentům nebylo trapné se zdravotnického personálu na cokoli zeptat, 36,7% se cítilo občas trapně, když by se měli na něco zeptat a 9,2% respondentů s pocitem, že by to měli znát, se cítilo trapně se na cokoli zeptat.

Pokud jde o **nevýhody plynoucí z profese zdravotníka**, šlo zejména, v 64,1%, o vědomí komplikací, které mohou nastat. V 17,9% cítili respondenti jako nevýhodu znalost okolností všech vyšetření, v 15,4% pak vědomí chyb, které se mohou díť a v 2,6% nevýhodu jinou (konkrétně: „bylo mi předhazováno, že bych měla vše znát“).

Zjistit jak hospitalizace ovlivnila zdravotníky v jejich další práci.

Z šetření vyplynulo, že většinu zdravotníků, to je 65,8% respondentů, hospitalizace v jejich další práci neovlivnila. Zbývajících 34,2% respondentů prožitá hospitalizace v jejich další práci ovlivnila.

Odpovědi respondentů na otázku „jak Vás hospitalizace ovlivnila ve Vaší práci“ se nejvíce týkaly zlepšení jejich přístupu k pacientům, snadnějšího vcítění se do pocitů a potřeb svých pacientů, snahy chovat se ke klientům tak, jak by si přáli, aby se ostatní chovali k nim a také uvědomění si důležitosti dostatečné informovanosti a patřičné komunikace.

Jak konkrétně zdravotníky hospitalizace ovlivnila uvádíme v kapitole 7.2.³⁵

Zjistit rozdíly mezi lékař-i/-kami a sestrami (všeobecnými ošetřovateli) ve vnímání nemoci a vyrovnávání se s hospitalizací.

Tento cíl se nepodařilo vyzkoumat pro nedostatečný počet dotazníků získaných od lékařů.

Většina respondentů vyplňujících dotazníky, to znamená 80,8%, byli zdravotní sestry/všeobecní ošetřovatelé a jen 19,2% lékař-i/-ky.

Nízkou návratnost dotazníků od lékařů připisujeme jednak jejich časové vytíženosti, neochotě vyplňovat dotazníky a ne zrovna jednoduché cestě se k nim přiblížit.

Hypotézy ke statistickému zpracování:

H1: Většina hospitalizovaných zdravotníků shledává největší nedostatky v nedostatečné edukaci před výkonem.

Tato hypotéza se statisticky nepotvrdila.

Nejvíce, a to v 53,0%, k nespokojenosti u respondentů vedlo prostředí nemocnice (nedostatek soukromí), u 21,2% to byl přístup zdravotnického personálu, u 10,6% nedostatečná informovanost (edukace před výkonem), u 4,6% ošetřovatelská péče (nedodržování standardů) a u 10,6% jiné (konkrétně: strava, nečinnost, nuda, nedostatek aktivity, režim dne - brzké probouzení, strach a smutek, chování sanitárek, žádné klepání na dveře před vstupem do pokoje a hlasité bouchání dveřmi, jednání s lékařem).

H2: Více než polovina zdravotníků je nespokojena s přístupem zdravotnického personálu.

Tato hypotéza se statisticky nepotvrdila.

S přístupem zdravotnického personálu bylo 40,8% respondentů spokojeno, 33,4% nespokojeno, 20,8% velmi spokojeno, 4,2% neví a 0,8% velmi nespokojeno.

³⁵ viz. s. 75-77

H3: Více než polovina zdravotníků očekávala při hospitalizaci výhody plynoucí z profese zdravotníka.

Tato hypotéza se statisticky nepotvrdila.

Respondenti jako výhody plynoucí z vlastní profese při hospitalizaci očekávali nejvíce, v 64,1%, vstřícnější přístup personálu, ve 20,5% očekávali nadstandard, v 7,7% přednostní právo a v 7,7% jiné výhody (konkrétně: znalost průběhu vyšetření-žádný strach z neznáma, neopakování základních pravidel, „všichni mě znají“).

H4: Více než polovinu zdravotníků hospitalizace ovlivnila v jejich další práci.

Tato hypotéza se statisticky nepotvrdila.

Z výzkumu vyplynulo, že většinu zdravotníků, to je 65,8% respondentů, hospitalizace v jejich další práci neovlivnila. Zbývajících 34,2% respondentů hospitalizace v jejich další práci ovlivnila.

Zajímavé bylo, že 51,7% zdravotníků **ovlivnila hospitalizace po stránce osobní**, ale jen 34,2% zdravotníků ovlivnila hospitalizace v jejich další práci... .

I když si to respondenti neuvědomují, tak jsou tyto 2 položky přece jenom částečně propojeny a změna osobního pohledu musí v určité míře zasahovat i do profesionálního přístupu.

U respondentů, které hospitalizace ovlivnila po stránce osobní, šlo nejvíce, v 51,6%, o uvědomění si, jak se pacient v nemocnici cítí. 27,4% respondentů si uvědomilo vlastní zranitelnost, 14,5% respondentů si uvědomilo důležitost psychické a sociální stránky nemoci a 6,5% respondentů hospitalizace ovlivnila jinak (konkrétně: uvědomění si jak je důležitá komunikace sestra-pacient, jak je důležité vhodné a chápavé chování personálu a edukace pacienta, naučení se lepšímu jednání s pacienty, získání pracovního místa).

ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce jsme vymezily pojem zdraví a nemoc, prožívání a postoj pacienta k nemoci. Popsaly jsme vliv hospitalizace na člověka a specifikovaly roli pacienta a roli zdravotníka. Cíle teoretické části byly splněny.

Dotazníkovým šetřením v praktické části práce jsme mapovaly pohled zdravotníků na prožitou hospitalizaci a úskalí této hospitalizace. Dále jsme zjišťovaly, jak hospitalizace ovlivnila zdravotníky v jejich další práci. Tyto cíle byly splněny. Poslední cíl praktické části „zjistit rozdíly mezi lékaři-i/-kami a sestrami (všeobecnými ošetřovateli) ve vnímání nemoci a vyrovnávání se s hospitalizací“ nebyl splněn pro nedostatečný počet dotazníků získaných od lékařů.

Ukázalo se, jak důležitá je komunikace s pacientem, neboť tu uváděli zdravotníci v přístupu zdravotnického personálu jako největší úskalí. Dotazovaní zdravotníci by hlavně zlidštili přístup personálu k pacientům. Další nedostatek viděli v nedostatečné informovanosti (nepatřičné edukaci).

Mnohdy si z pozice zdravotníka nepřipouštíme, že právě my by jsme se dostali do role pacienta. Otázkou tedy zůstává nakolik se zdravotníci, kteří se již do pozice pacienta dostali, budou zjištěnými úskalími v budoucnu řídit... .

Hodně zdravotníků si sice uvědomilo, jak se pacient v nemocnici cítí, ale jen uvědomění si problému nestačí, pokud zdravotník tuto skutečnost neuvede do praxe... . Již samotné vyplňování našich dotazníků jistě přimělo zdravotníky zavzpomínat na úskalí vlastní hospitalizace.

Při psaní této práce jsem si, i když jsem sama hospitalizována nebyla, uvědomila, jak je tento aspekt - pohled očima pacienta - důležitý a v praxi často přehlížený.

Poznatky z naší bakalářské práce plánujeme sepsat a publikovat v odborném časopise a touto cestou zveřejnit širšímu okruhu zdravotníků. Doufáme, že výsledky naší práce umožní ostatním zdravotníkům se nad otázkami týkajícími se hospitalizace zdravotníka-pacienta alespoň zamyslet a v praxi tak zlepšit, i kdyby jen nepatrně, přístup zdravotnického personálu ke svým klientům.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**Odborné knihy:**

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

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s., ISBN 80-7013-416-X

BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKÝ, V., JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4.

BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.

BOUČEK, J. a kol. *Lékařská psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 144 s. ISBN 80-244-1501-1.

HINDLS, R., et al. *Statistika pro ekonomy*. Praha: Professional Publishing, 2006. 418 s. ISBN 80-86946-16-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství II - sestra, reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002, 78 s. ISBN 80-7013-368-6.

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Odborné časopisy:

HORÁČEK, T. Na operaci jsem čekal marně (Zdravotník v roli pacienta). *Zdravotnické noviny*, 2002, roč. 51, č. 33, s. 21, ISSN 0044-1996.

IRMIŠ, F. Stres lékaře v roli pacienta. *Stěžej*, 1996, roč. 6, č. 1, s.16-18, ISSN 1210-0153.

Další zdroje:

ZÁKON č. 96/2004 Sb. z 1.dubna.2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

VYHLÁŠKA č. 424/2004 Sb. z 20. července 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Přehled tří různých pohledů na nemoc daného člověka

Tabulka č. 2 - Některé změny hospitalizovaného pacienta

Tabulka č. 3 - Negativní stránky pacientova života v nemocnici

Tabulka č. 4 - Struktura respondentů dle pohlaví

Tabulka č. 5 - Struktura respondentů dle věku

Tabulka č. 6 - Struktura respondentů dle povolání

Tabulka č. 7 - Struktura respondentů dle typu pracoviště

Tabulka č. 8 - Struktura respondentů dle typu oddělení jejich hospitalizace

Tabulka č. 9 - Typ hospitalizace respondentů

Tabulka č. 10 - Doba hospitalizace respondentů

Tabulka č. 11 - Typ pokoje hospitalizovaných respondentů

Tabulka č. 12 - Celková spokojenost respondentů s hospitalizací

Tabulka č. 13 - Příčina celkové nespokojenosti hospitalizovaných respondentů

Tabulka č. 14 - Spokojenost respondentů s přístupem zdravotnického personálu

Tabulka č. 15 - Příčina nespokojenosti respondentů s přístupem zdravotnického personálu

Tabulka č. 16 - Způsob edukace respondentů ze strany zdravotnického personálu

Tabulka č. 17 - Bylo respondentům trapné se na cokoli zeptat?

Tabulka č. 18 - Měli respondenti důvěru ve zdravotnický personál?

Tabulka č. 19 - Projev nedůvěry ve zdravotnický personál ze strany respondentů

Tabulka č. 20 - Pociťovali respondenti při hospitalizaci nevýhody plynoucí z jejich profese?

Tabulka č. 21 - Nevýhody vyplývající z profese zdravotníka, které pocítovali respondenti při hospitalizaci

Tabulka č. 22 - Očekávali respondenti při hospitalizaci výhody plynoucí z jejich profese?

Tabulka č. 23 - Výhody vyplývající z profese zdravotníka, které očekávali respondenti při hospitalizaci

Tabulka č. 24 - Zasahování respondentů při hospitalizaci do ošetrovatelské péče či rozhodování lékařů u sebe či spolupacientů

Tabulka č. 25 - Porušil(a) jste během hospitalizace režim nebo doporučení personálu?

Tabulka č. 26 - Způsob porušení režimu nebo doporučení personálu

Tabulka č. 27 - Ovlivnila respondenty hospitalizace po stránce osobní?

Tabulka č. 28 - Jak ovlivnila respondenty hospitalizace po stránce osobní?

Tabulka č. 29 - Ovlivnila respondenty hospitalizace v jejich práci?

Tabulka č. 30 - Vymezení kritických oborů (pro $\alpha = 0,05$)

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Struktura respondentů dle pohlaví

Graf č. 2 - Struktura respondentů dle věku

Graf č. 3 - Struktura respondentů dle povolání

Graf č. 4 - Struktura respondentů dle typu pracoviště

Graf č. 5 - Struktura respondentů dle typu oddělení jejich hospitalizace

Graf č. 6 - Typ hospitalizace respondentů

Graf č. 7 - Doba hospitalizace respondentů

Graf č. 8 - Typ pokoje hospitalizovaných respondentů

Graf č. 9 - Celková spokojenost respondentů s hospitalizací

Graf č. 10 - Příčina celkové nespokojenosti hospitalizovaných respondentů

Graf č. 11 - Spokojenost respondentů s přístupem zdravotnického personálu

Graf č. 12 - Příčina nespokojenosti respondentů s přístupem zdravotnického personálu

Graf č. 13 - Způsob edukace respondentů ze strany zdravotnického personálu

Graf č. 14 - Bylo respondentům trapné se na cokoli zeptat?

Graf č. 15 - Měli respondenti důvěru ve zdravotnický personál?

Graf č. 16 - Projev nedůvěry ve zdravotnický personál ze strany respondentů

Graf č. 17 - Pociťovali respondenti při hospitalizaci nevýhody plynoucí z jejich profese?

Graf č. 18 - Nevýhody vyplývající z profese zdravotníka, které pociťovali respondenti při hospitalizaci

Graf č. 19 - Očekávali respondenti při hospitalizaci výhody plynoucí z jejich profese?

Graf č. 20 - Výhody vyplývající z profese zdravotníka, které očekávali respondenti při hospitalizaci

Graf č. 21 - Zasahování respondentů při hospitalizaci do ošetrovatelské péče či rozhodování lékařů u sebe či spolupacientů

Graf č. 22 - Porušil(a) jste během hospitalizace režim nebo doporučení personálu?

Graf č. 23 - Způsob porušení režimu nebo doporučení personálu

Graf č. 24 - Ovlivnila respondenty hospitalizace po stránce osobní?

Graf č. 25 - Jak ovlivnila respondenty hospitalizace po stránce osobní?

Graf č. 26 - Ovlivnila respondenty hospitalizace v jejich práci?

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Zážitky, které utrpěl lékař v roli pacienta

Příloha PII: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha PIII: Dotazník

PŘÍLOHA PI: ZÁŽITKY, KTERÉ UTRPĚL LÉKAŘ V ROLI PACIENTA

„Čtyři hodiny čekání na ošetření v nemocnici jsem chápal, vždyť jsem sám dýchal a rány a zlomeniny nespěchají. Po třech hodinách ležení na chodbě si jakási vzácná žena všimla, že jsem od krve a při mytí objevila, že ležím ve střepech. Inu, i to se může stát.“

„Když se konečně rozednilo, zjevila se sestřička jako anděl, postavila vedle mne lavor s teplou vodou a řekla: „Tady se můžete umýt“. Dosáhla jsem k lavoru dvěma prsty pravé ruky a přenesl vodu na oční víčka. Víc jsem nezvládl. Pak anděl znenadání vodu bezeslova odnesl.“

„Poté jiný anděl položil vlevo od mé hlavy čaj a dvě koblíhy. Pomocí dvou schopných prstů (těch omytých) jsem šplhal rukou po dece a nočním stolku ke koblize, podařilo se mi ji uchopit jako do pinzety a dopravit k ústům. Na druhou jsem neměla sílu. Pak se rozhrnul závěs a uklízečka tác odnesla.“

„Poté následovala vizita: „Tak vás převezeme do okresní nemocnice, tam se o vás postarají“. Na mou námitku, že jsem byl přijat kvůli operaci, lékař řekl, že o tom nic neví a že snímky ještě neviděl. Pak přijel zřízenec s lehátkem, aby mne převezl do sanity. To už jsem se vzepřel. Jednak jsem nebyl schopen se sám na lehátko dostat a za druhé jsem chtěl vědět, proč se moje klíční kost nebude operovat, Zřízenec odjel a já jsem slyšel z chodby: „Ten z předoperačního nechce odejít.“ „Tak zavolejte docenta, ať mu to vysvětlí,“ odpovídal jiný hlas.“³⁶

³⁶ HORÁČEK, T. Na operaci jsem čekal marně (Zdravotník v roli pacienta). *Zdravotnické noviny*. 2002, roč. 51, č. 33, s. 21. ISSN 0044-1996.


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

| | |
|---------------------------|---|
| Jméno a příjmení studenta | Zdeňka Skácelová |
| Téma bakalářské práce | Zdravotník v roli pacienta |
| Skupina respondentů | lékař-i(-ky) a zdravotní sestry (všeobecní ošetrovatelé) |
| Pracoviště | Kroměřížská nemocnice a.s. Havlíčková 660 767 55 Kroměříž |

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 12.12.2008


.....
Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

Kroměřížská nemocnice a.s.
Havlíčková 660/73 767 55 Kroměříž
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

12.12.2008 
.....
Razítko a podpis zástupce zařízení


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

| | |
|---------------------------|---|
| Jméno a příjmení studenta | Zdeňka Skácelová |
| Téma bakalářské práce | Zdravotník v roli pacienta |
| Skupina respondentů | lékař-i(-ky) a zdravotní sestry (všeobecní ošetrovatelé) |
| Pracoviště | Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Havlíčkovo nábřeží 600 Zlín 762 75 |

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne *12. 12. 2008*


.....
Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

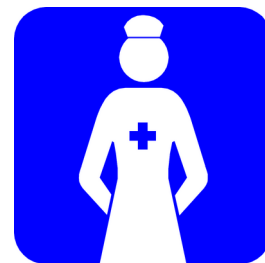
Krajská nemocnice T. Bati a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
..... 762 75, Zlín (9)

Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA PIII: DOTAZNÍK



DOTAZNÍK

Zdravotník v roli pacienta



Dobrý den,

jmenuji se Zdeňka Skácelová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci s názvem „Zdravotník v roli pacienta“, proto se obracím na Vás, kteří jste byli někdy hospitalizováni, s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a tato anonymita zůstane zachována i při prezentaci výsledků. K vyplnění dotazníku bude třeba asi 10 minut Vašeho času.

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

V dotazníku prosím zakroužkujte Vámi vybranou odpověď (vždy jednu, pokud nebude uvedeno jinak) nebo stručně vypište.

Předem Vám děkuji za ochotu a Váš strávený čas.

1) Jste:

a) žena

b) muž

2) Věk

a) 18-35

b) 36-45

c) 46-55

d) 56-65

e) 66 a více

3) Povolání:

a) zdravotní sestra (všeobecný ošetrovatel)

b) lékař(ka)

4) Pracoviště:.....

Zavzpomínejte prosím na Vaši poslední hospitalizaci a vyplňte prosím následující otázky:

5) Kde jste byl(a) hospitalizován(a)?.....

6) Vaše hospitalizace byla:

- a) akutní
- b) plánovaná

7) Doba Vaší hospitalizace:

- a) 1-7 dní
- b) 8-14 dní
- c) 15-31 dní
- d) více jak 31 dní

8) Byl(a) jste umístěn(a) na pokoj:

- a) nadstandard
- b) 1 lůžkový
- c) 2 lůžkový
- d) 3 lůžkový
- e) 4 a více lůžkový

9) Celková spokojenost s hospitalizací na číselné škále:

(zakroužkujte)

velmi spokojen(a)

velmi nespokojen(a)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Pokud jste byl(a) nespokojen(a), co nejvíce přispělo k Vaší nespokojenosti?

- a) přístup zdravotního personálu
- b) prostředí nemocnice (nedostatek soukromí)
- c) ošetrovatelská péče (dodržování standardů)
- d) informovanost (edukace před výkony)
- d) jiné (uveďte).....

10) Byl(a) jste spokojen(a) s přístupem zdravotnického personálu?

- a) velmi spokojen(a)
- b) spokojen(a)
- c) nevím
- d) nespokojen(a)
- e) velmi nespokojen(a)

Pokud jste byl(a) nespokojen(a), co byste na přístupu zdravotnického personálu nejvíce změnil(a)?

- a) způsob komunikace s pacientem - lidštější přístup
- b) způsob komunikace s pacientem - vyšší informovanost pacientů
- c) vyšší odbornosti v provádění úkonů
- d) jiné (uveďte).....

11) Jak probíhala edukace ze strany zdravotnického personálu?

- a) podali mi komplexní informace jako každému jinému pacientovi
- b) podali mi komplexní informace s přihlédnutím na mé znalosti
- c) podali mi nekomplexní informace bez přihlédnutí na mé znalosti
- d) nic mi nevysvětlili, protože předpokládali, že to znám

12) Bylo Vám trapné se na cokoli zeptat?

- a) ano - vždyť bych to měl znát
- b) občas
- c) ne

13) Měl(a) jste důvěru ve zdravotnický personál?

- a) ano
- b) ne

Pokud Ne, jak se nejvíce projevovala Vaše nedůvěra?

- a) neustálou potřebou kontroly práce personálu
- b) častějším kladením otázek
- c) porušováním doporučení personálu
- d) jiné (uved'te)

14) Pociťoval(a) jste při hospitalizaci *nevýhody* plynoucí z Vaší profese?

- a) ne
- b) ano

Pokud Ano, jaké nejvíce?

- a) vědomí komplikací, které mohou nastat
- b) vědomí chyb, které se mohou dít
- c) znalost okolností všech vyšetření
- d) jiné (uved'te).....

15) Očekával(a) jste při hospitalizaci *výhody* plynoucí z Vaší profese?

- a) ne
- b) ano

Pokud Ano, jaké nejvíce?

- a) vstřícnější přístup personálu
- b) přednostní právo
- c) nadstandard
- d) jiné (uved'te).....

16) Zasaňoval(a) jste při své hospitalizaci do ošetřovatelské péče či do rozhodování lékařů u sebe nebo spolupacienta?

- a) ano, vědomě
- b) ano, nevědomě
- c) ne

17) Porušil(a) jste během hospitalizace režim nebo doporučení personálu?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, v čem?

(Pozn. u této položky můžete zaškrtnout i více odpovědí.)

- a) dietní režim
- b) pohybový režim
- c) užívání léků
- d) kouření
- e) jiné (uveďte).....

18) Ovlivnila Vás nějak hospitalizace po stránce osobní?

- a) ne
- b) ano

Pokud Ano, v čem nejvíce?

- a) uvědomil(a) jsem si, jak se pacient v nemocnici cítí
- b) uvědomil(a) jsem si vlastní zranitelnost
- c) uvědomil(a) jsem si důležitost psychické a sociální stránky nemoci
- d) jiné (uveďte).....

19) Ovlivnila hospitalizace Vaši práci?

- a) ne
- b) ano

Pokud Ano, Jak?

.....

.....

.....

Máte-li nějaké připomínky k dotazníku, zde je prosím uveďte:

.....

.....

.....

Děkuji Vám za spolupráci.