

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Stresory působící na pacienty v nemocniční péči**  
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

**Mgr. Marie Marková, Ph.D**

Autor:

**Bc. Veronika Pechová**

**2011**

## **Abstrakt**

This diploma thesis is focused on stressors influencing patients in hospital care. The theoretical part describes stress and stressors, the influence of stress on the state of health, and I further deal with health and illness and the importance of the support provided by the patient's family in the course of treatment. In the practical part I compare results that I obtained from three medical facilities. The first objective of my thesis was to find out what kind of stressors hospitalised patients meet with most frequently. To achieve this objective, I set a hypothesis. H1 – The extent of stress load in patients depends on the extent of information on their illness, course of treatment and nursing care. Another objective of mine was to compare whether the extent of stress is different in various departments. This is dealt with in the second hypothesis. H2 - The extent of stress is influenced by the type of department in which the patient is hospitalised. My last objective was to find out what helps patients to deal with stressful situations. To achieve this objective, I set the third hypothesis. H3 – Dealing with stress when staying in hospital depends on the functionality of the patient's family and the attitude of the nursing staff.

To conduct the research I employed the method of quantitative survey in the form of questionnaires. The questionnaire contained altogether 21 questions. I chose three facilities of medical care to obtain the required data. The target group were clients hospitalised in the hospital in České Budějovice, further in the hospital in Český Krumlov and in the hospital in Prachatice. The total number of correctly completed questionnaires is 228, which means that 57% of correctly completed ones out of 400 returned. The results have proved that hypothesis No. 1 has a considerable influence on patients' stress because patients with a high rate of information experience high stress only in 6.9 per cent, while patients with an insufficient rate of information experience high stress up to 58.6 per cent. In hypothesis No. 2, I also succeeded in proving a considerable influence, because up to 20.2 per cent of patients in surgical departments experience high stress, while it is only 5.3 per cent of respondents in internal departments. In hypothesis No. 3, a considerable influence has also been proved, because patients with functioning families experience low stress to a much larger extent,

while low stress in patients with non-functioning families was experienced by only a small number of respondents. Similarly, the attitude of medical staffs influences the extent of stress.

The results of my research can be offered to various kinds of facilities of medical and social care, to improve the quality of nursing care and eliminate some stressors. Further, these results can be offered to students of various branches of medicine studies. However, this research is of noticeable importance for the comfort of patients in various facilities mentioned above.



**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Stresory působící na pacienty v nemocniční péči“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou na veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdání textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích .....

.....

podpis studentky

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Marii Markové, Ph.D za odborné vedení a konzultaci na této diplomové práci. A dále bych chtěla poděkovat Mgr. Olze Jedličkové za pomoc při statistickém zpracování dat.

## OBSAH:

ÚVOD.....	4
1. SOUČASNÝ STAV .....	7
1.1. Člověk a stres.....	7
1.2. Definice stresu.....	8
1.2.1. <i>Teorie distresu a stresu</i> .....	9
1.3. Definice stresoru.....	10
1.3.1. <i>Jaké známe druhy stresorů</i> .....	10
1.3.2. <i>Konkrétní stresory, obklopující pacienty v nemocničním prostředí...</i>	11
1.4. Příznaky stresu u pacientů .....	13
1.5. Vliv stresu na zdravotní stav .....	14
1.6. Jak všeobecně předcházet stresu .....	15
1.7. Jak efektivně zvládat stres.....	16
1.8. Role sestry při zvládnání životních těžkostí pacienta .....	17
1.9. Definice zdraví.....	18
1.9.1. <i>Sestra a péče o její zdraví</i> .....	19
1.9.2. <i>Sestra a syndrom vyhoření</i> .....	21
1.10. Nemoc a její definice .....	22
1.10.1. <i>Nemoc a její fáze</i> .....	22
1.10.2. <i>Charakteristika a význam potřeb</i> .....	24
1.10.3. <i>Pacient v nemocničním prostředí</i> .....	25
1.10.4. <i>Jak se mnění pacientova psychika při přechodu do nemocnice</i> .....	26
1.10.5. <i>Negativní stránky hospitalizace pacienta a vnímání bolesti</i> .....	27
1.10.6. <i>Význam podpory rodiny</i> .....	28
1.10.7. <i>Psychologické působení u pacientů na chirurgii</i> .....	29
1.10.8. <i>Psychologické působení u pacientů v interním lékařství</i> .....	30
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....	32
2.1. Cíl práce .....	32
2.2. Hypotézy.....	32

<b>3.</b>	<b>METODIKA .....</b>	<b>33</b>
<b>4.</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>37</b>
<b>4.1.</b>	<b>Souhrné výsledky .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2.</b>	<b>Testování hypotéz.....</b>	<b>66</b>
<b>4.2.1.</b>	<i>Hypotéza 1 .....</i>	<i>66</i>
<b>4.2.2.</b>	<i>Hypotéza 2 .....</i>	<i>67</i>
<b>4.2.3.</b>	<i>Hypotéza 3 .....</i>	<i>68</i>
<b>4.2.4.</b>	<i>Hypotéza 4 .....</i>	<i>70</i>
<b>5.</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>72</b>
<b>6.</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>83</b>
<b>7.</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>85</b>
<b>8.</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA .....</b>	<b>91</b>
<b>9.</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>92</b>



## Úvod

*„Způsob, jímž člověk na sebe bere svůj nezranitelný osud a také všechna utrpení s ním spojená, i v těch nejtěžších situacích a až do poslední minuty života otvírá plnost možností, jak smysluplně utvářet svůj život.“*

(Viktor E. Frankl)

Každý člověk přichází na svět s přesvědčením, že si musí projít jednotlivé fáze života. Již od porodu se musíme něčemu přizpůsobovat. A tak je tomu v průběhu celého života až do stáří. V dnešní době hodně slýcháme slovo stres. Stres se projevuje u každého člověka individuálně. Stres nás provází celým naším životem a snad je to skutečně způsobeno stylem dnešního života a neustálým spěchem, jak to dnes většina z nás vnímá. Je faktem, že pro každého člověka může být stresující něco jiného. Záleží na každém z nás, jak se dokážeme vyrovnat s různými stresovými situacemi.

Toto téma jsem si vybrala především proto, že se jedná o aktuální problematiku naší populace a také se týká našich blízkých a nakonec i nás samých. Cílem mé práce je zaměřit se a vyhodnotit konkrétně stresory působící na pacienty v nemocniční péči

Myslím si, že je velmi důležité při hospitalizaci člověka angažovanost celé rodiny. Vždyť právě rodina a jeho nejbližší by měli být pro pacienta tou pravou oporou. Bohužel dnešní doba je příliš uspěchaná a plná obtížných situací, díky nimž se dostáváme do stresu, přičemž většina z nás se nedokáže zastavit a vyrovnat se s tímto stresem. Naopak u lidí, kteří mají pro co žít nebo jsou věřící a hlavně neztrácejí smysl pro humor, lze předpokládat, že se lépe vyrovnávají se stresem a s větším nadhledem zvládají životní těžkosti.

Stres může mnohdy vést až ke vzniku nemocí. Je potřeba rozlišovat přímé účinky stresu, které mohou postihnout náš imunitní, endokrinní nebo nervový systém. Definic nemocí je celá řada. Můžeme je chápat jako poruchu zdraví. Pro většinu z nás je nemoc těžkou životní situací, kterou těžko zvládneme. Nemoc celkově narušuje náš běžný životní pořádek. Pokud jsme nemocní, tak většinou dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Člověk si musí zvykat na nový stav, který je často doprovázen

nepříjemnými pocity a mnohdy i bolestí. Nemoc může rovněž narušit mezilidské vztahy. Dochází k narušení běžného způsobu života a jeho změnám. Pokud je nutná hospitalizace, méně se vidíme se svými blízkými a naopak si musíme zvykat na jiné prostředí, personál a spolupacienty. Proto je dobré nemocem předcházet a to i tím, že ve svém životě omezíme stres na co možná nejnížší míru a naučíme se s ním vyrovnávat.

Za důležité také považuji dostatečnou informovanost o prevenci nemocí. Co to vlastně je zdraví. Zdraví představuje u většiny z nás nejvyšší hodnotu. Existuje mnoho definic, záleží tedy na nás, kterou z definic si zvolíme. Náš zdravotní stav tedy vyjadřuje stav zdraví v daném čase. Velkou roli hrají v prevenci nemocí, zdravotní návyky a zdravý způsob života. Můžeme si tedy život prodloužit, pokud si vytvoříme podmínky. Budeme cvičit, více se pohybovat, nebudeme nepřiměřeně užívat alkohol a nebudeme užívat jiné návykové látky, zdravěji se budeme stravovat, střídat co nejméně partnerů a svým chování předcházet nehodám. Toto jsou obecné rady, které asi každý z nás velmi dobře zná, avšak velmi málo z nás se jimi skutečně poctivě řídí.

S výše uvedeným pak také souvisí vhodný výběr typu nemocničních oddělení, na kterém se budou jednotlivé stresory lišit. Další důležitou roli může hrát i doba hospitalizace, která se odrazí na hodnocení jednotlivých stresorů. A v neposlední řadě jsou to i vztahy v rodině pacienta. Samozřejmě záleží na každém klientovi jako jednotlivci a na jeho konkrétních nárocích a potřebách při poskytování ošetrovatelské péče. Většina klientů ocení kvalitní péči a profesionální a především lidský přístup, při zvládnání těžkých a stresových situacích.

Cílem mé práce je vyhodnotit stresory působící na pacienty v nemocniční péči. Myslím si, že výsledky by měly odhalit nejčastější stresory, se kterými se může pacient setkat v nemocniční péči. Dále by měly objasnit, jak mohou sestry těmto nežádoucím stresovým situacím předcházet. A v neposlední řadě uvedu, co pacientům nejvíce pomáhá při zvládnání stresu. Závěry této diplomové práce lze nabídnout různým druhům zdravotněsociálních zařízení pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče a odstranění některých stresorů. Dále tyto výsledky mohou být nabídnuty i studentům zdravotnických obor.

Rozhodně však mohou výrazně přispět ke zkvalitnění průběhu léčby pacienta a to z důvodu jeho větší psychické pohody, za předpokladu, že míra jeho nezbytného stresu bude snížena na minimum. K tomuto nelehkému úkolu jsem přistupovala samozřejmě s tím, že i já jsem se pokoušela vžít do role pacienta, přičemž jsem v nedávné době měla sama příležitost se setkat velmi zblízka s tímto stresem při velmi náročné léčbě mého nejbližšího člena rodiny.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1. Člověk a stres

Do těžkých životních situací jsme se dostávali, dostáváme a dostávat budeme. Nemůžeme se tedy divit, že se lidstvo o tuto problematiku zajímá již od nepaměti. Tímto problémem se zabývá mnoho badatelů. Zkoumá se, kdy člověk v těžké situaci zvolí útěk či boj. Tyto dvě reakce byly považovány za vrozené. Bohužel se nevědělo, co se odehrává v psychice a v těle u lidí, kteří právě takto řeší těžkou situaci. (27)

I.P.Pavlov se zabýval fyziologickými změnami u zvířat, která se dostala do těžké stresové situace. Zde potvrdil důsledky takovéto stresové situace, při které došlo ke stržení vyšší nervové činnosti. (27)

W. Cannon se zaměřil na studium fyziologických změn v organismu vystavenému stresové situaci. Došel k závěrům, že v situaci ohrožení dochází k mobilizaci celého organismu. V této situaci také dochází ke zvýšení činnosti sympatického nervového systému. Můžeme tedy Cannona považovat za průkopníka sympatoadrenálního systému při stresu. (27)

H. Seley navázal na práci Cannona. Zjistil, že při jakémkoliv druhu stresoru, dochází ke stejným fyziologickým reakcím. Tyto stejné vzory reakcí nazval jako GAS - obecný adaptační syndrom. Popsal zde tři fáze. První fáze je poplachová. Dochází ke střetnutí se stresorem a mobilizují se všechny obranné možnosti organismu. Tuto fázi člověk využíval spíše v minulých dobách. Dnešní doba je jiná. A tak někdy není možné s někým fyzicky bojovat či před ním utéct. Druhá fáze se nazývá fází rezistence. V této fázi svádí boj organismus se stresorem. V případě, že to trvá již moc dlouho mohou se u takovéhoho jedince objevovat vředy, hypertenze, astma, kardiovaskulární onemocnění apod. Může se také oslabit imunitní systém. Poslední fáze vyčerpání je charakterizována aktivací parasympatického systému. Dá se tedy říci, že organismus je vyčerpán. Občas se zde můžeme setkat s depresi až exitem. (27)

Je pravda že Seley a Cannon sledovali všechny tyto děje spíše na zvířatech. Je ale důležité sledovat i to co je platné pro lidi. Tohoto úkolu se zhostil R. Lazarus. Zabýval se tedy tím, co se odehrává v lidské psychice za prožívání těžké stresové

situace. Tyto výsledky uspořádal do dvojího hodnocení. Prvotní zhodnocení situace se týká zhodnocení situace z hlediska ohrožení. A druhotné zhodnocení to se věnuje možnosti člověka zvládnout danou situaci. (27, 28)

## 1.2. Definice stresu

Definice stresu existuje mnoho, a proto uvádím jen některé z nich. „Stres je kaskáda dějů, které probíhají uvnitř organismu, dějů řízených autonomním vegetativním nervovým systémem, a tedy velmi obtížně ovlivnitelných volným úsilím“. (17, s.24 )

Cimický, J. definuje stres jako „souhrn fyzických a duševních reakcí na nepříjemný poměr mezi skutečnými nebo představovanými osobními zkušenostmi a očekáváními.“ Dá se tedy předpokládat, že dle této definice je stres odpověď, která v sobě zahrnuje jak psychické, tak i fyzické složky. Jinými slovy, stres je stav organismu, který je obecnou odpovědí na různě působící zátěž – fyzickou nebo psychickou. Právě při stresu se uplatňují obranné mechanismy, které umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí. (6)

Další definice popisuje stres, jako negativní emocionální zážitek. A tento zážitek může být doprovázen biochemickými, kognitivními, fyziologickými a behaviorálními změnami. Tyto změny mohou být zaměřeny na změnu situace, nebo přizpůsobení se na to, co člověk není schopen změnit. V dnešní době je možné zaslechnout slovo (strain) což je v překladu napětí. Napětí nám vyjadřuje emocionální stav jedince nacházejícího se v situaci ohrožení. Ve stresové situaci jsou důležité poměry mezi mírou čili intenzitou, dále pak stresogenní situací. Dále je také důležitá síla a v neposlední řadě schopnost zvládnout danou situaci. (27)

Pojem stres bývá spojován ve dvou různých významech. Může jít o situaci, kdy se jedinec nachází v tlaku nepříjemných životních podmínek. V druhém pojetí může jít o nepříznivé vlivy, které se mohou zvrhnout až v nepříznivou situaci jedince, pak tedy hovoříme o jednotlivých stresorech. (27,28)

Naopak solutory nám představují faktory, které jedince v těžké situaci posilují, dodávají nám odvahu, výdrž a sílu k dalšímu boji se stresorem. O těchto pojmech se ještě více zmíním později ve své práci. (35)

Považuji za důležité se zde také zmínit o pojmu distres. Tímto názvem se v dnešní době označuje situace subjektivně prožívaného ohrožení doprovázena silnými negativními emocionálními příznaky. Jednoduše řečeno k distresu dochází tam, kde si myslíme, že nemáme dost sil zvládnout to, co nás ohrožuje.

Opakem je tedy eustres. Jedná se o situaci, kdy musíme vynaložit námahu k zvládnutí něčeho, co nám přináší radost. Do těchto kladných zážitků můžeme zařadit například svatbu, oslavy či narození dítěte. (35)

### ***1.2.1. Teorie distresu a stresu***

Tyto teorie by nám měly být nápomocny k lepší orientaci v této problematice. Teorii distresu a stresu lze rozdělit do tří částí.

Kognitivní teorie stresu se zabývají naší omezenou kapacitou našich kognitivních schopností a možností. Lze tedy tvrdit, že i při distresu, některé situace přesahují možnosti našeho kognitivního aparátu. (27)

Emocionální teorie stresu má podobné poznatky jako kognitivní teorie. Při stresu dochází k neuspokojování potřeb a frustraci. Díky této situaci může mít jedinec sníženou motivaci a může být až agresivní. (27)

Teorie bezmoci a naučené bezmocnosti. Jedná se o moment, kdy se člověk snaží bojovat s těžkým problémem a není schopen si s tímto problémem poradit. Pokud se člověk snaží takto opakovaně a neúspěšně zvládnout situaci, může nastat jev označovaný jako „naučená bezmocnost“. Bohužel se poté u takovýchto lidí setkáváme s tím, že vzdávají situace, které by i zvládli. (27)

Mezi poslední teorii stresu patří takzvaná fyziologická teorie. Tato teorie tvrdí, že stresové situace zapříčiňují celkové změny v pozornosti. Dochází ke zlepšení postřehu v úzkém poli pozornosti, ale také se zhorší pozornost na okraji zorného pole. (27, 31,36)

### 1.3. Definice stresoru

Stresorem mohou být podněty, které považujeme za stresující. Jejichž zátěž vede u člověka ke konkrétním reakcím a příznakům selhávání. Někdy jsou také stresory označovány, jako negativní životní faktory. (27)

#### 1.3.1. *Jaké známe druhy stresorů*

V první řadě byla věnována pozornost vztahu pracovní zátěže a stresu. Mnohé studie dokázaly, že vysoká míra požadavků kladená na jedince a malá míra možností řídit běh dění, zapříčiňuje stres v práci. (33)

Dále se vědci zaměřili na vztahy mezi lidmi při práci. Tento faktor může člověka ovlivnit jak pozitivně tak i negativně. Dobré vzájemné vztahy a sociální opora nás můžou pozitivně ovlivnit. Bohužel zrovna tak nás mohou ovlivnit i mezilidské konflikty a nedostatek sociální opory ve smyslu záporném. I sestry musí mezi sebou udržovat dobré vztahy, protože jejich povolání vyžaduje týmovou práci. Je těžké vždy udržet dobré vztahy hlavně na pracovišti, kde se jedná pouze o ženský kolektiv. Sestry by měly především uplatňovat profesionální přístup, a jestliže mají nějaké konflikty na pracovišti, tak by se to nemělo odrazit v péči o pacienta. (27, 36,41)

V dnešní době se můžeme setkat s termínem přetížení prací. Jedná se o situaci, kdy člověk má vykonat množství práce, které není schopen vykonat za čas, který je mu určený. Musíme brát také v potaz individualitu člověka v pracovním přetížení. To, co je pro jednoho přetížení, může druhý člověk vnímat, jako v mezích normálu. Také se dá říct, že to co zvládneme ve 25 letech, už nemusíme tak dobře zvládat v 50 letech. Avšak naopak výhodou jsou v tomto věku zkušenosti nabyté praxí. A proto si myslím, že i ošetrovatelský personál by se měl skládat z různých věkových kategorií. Mladé sestry toho možná zvládnou víc, ale potřebují cenné zkušenosti a praktické rady od svých starších kolegyně. (9, 12, 19)

Dalším aspektem může být čas. Čas, který máme k dispozici pro vykonání určité práce. Někdy ho máme dostatek a někdy naopak příliš málo. I tento faktor jako je nedostatek času u nás může vyvolávat distres. A časová tíseň opět vede po delší době k řadě zdravotních problémů. (27, 22, 24)

Nedostatek spánku můžeme považovat za velmi významný stresor. Člověk, který trpí nedostatkem spánku, vykazuje pocity únavy, těžko se rozhoduje a trpí úzkostí. Často se jako sestry s takovýmto problémem můžeme setkat u svých pacientů. A proto bychom měli takovýmto problémům věnovat pozornost. Pacient, který špatně spí se i hůře léčí. (27,28, 29)

Odloučení od rodiny může být také stresorem. Tímto problémem trpí hlavně pacienti v nemocnici. Rodina je pro mnohé z nás velmi důležitá a o to více pokud jsme vážně nemocní. Režim nemocnice by měl být nastaven tak, aby kontakt s rodinou byl umožněn v maximální míře. V současné době již k takovému režimu přistupuje většina zdravotnických a obdobných zařízení, která považují za důležité snížení tohoto stresoru na minimum. Samozřejmě s ohledem na časové možnosti členů rodiny, ale také na provoz samotného zařízení. Právě rodina se může podílet velkou měrou na uzdravování se nemocného. (3)

Existuje mnoho stresorů a zde je jich pár nastíněno. Je tedy důležité se jednotlivými stresory zabývat komplexně, abychom mohli předcházet vzniku stresovým situacím. (27,10)

### ***1.3.2. Konkrétní stresory, obklopující pacienty v nemocničním prostředí***

S pobytem v nemocnici souvisí mnoho stresujících situací. Myslím si, že je tedy dobré se více zmínit o jednotlivých konkrétních stresorech. Samozřejmě, že se tyto stresory budou měnit dle zaměření oddělení a také dle věkové hranice pacientů. Stresující může být pro pacienta neuspokojení nějaké potřeby. (13)

Stresorem může být ztráta či omezení sociálního kontaktu. Rodina je pro mnohé z nás velmi důležitá. Toto omezení v kontaktu s rodinou může být zejména u dětí velmi stresující. V dnešní době je již možné, aby s dítětem byl hospitalizován alespoň jeden z rodičů. Zpravidla to většinou bývá matka. I dospělý pacient však trpí, pokud má omezený kontakt s rodinou. I zde je důležitá role sestry, která by se měla snažit v rámci možností zajistit kontakt. Někdy to bohužel nedovolí onemocnění, či velká vzdálenost. V takových případech je dobré zprostředkovat alespoň telefonický kontakt. Mohu potvrdit, jak je pro pacienta stresující, pokud je mu odebrán mobilní telefon, který je jediným prostředkem umožňujícím mu spojení s jeho nejbližšími. Takový pacient může



snadno propadnout panice a má pocit, že je úplně odtržen od své rodiny. A proto, pokud je pacientovi nutné mobilní telefon odebrat, měla by každá zdravotní sestra vysvětlit důvod svého počínání. Většinou takto jedná, pokud si pacient už není schopen sám ohlídat své věci. Další stresující situací může být nemocniční prostředí. Bílá barva stěn, zařízení a nábytek včetně oblečení personálu může u některých pacientů rovněž vyvolávat pocit stresu. Proto je vhodné i tomu věnovat pozornost. Postačí použití pestřejších barev na stěnách, podlahách či nábytku a pokoj například zpříjemnit obrázkem či květinou. U pacientů, u nichž trvá léčba déle, je pozitivní i možnost sledování televize přímo na pokoji a možnost četby denního tisku. (17, 18, 25)

Jistě není žádoucí ani přístup sestry, která vám nevěnuje žádnou pozornost a vnímá vás pouze jako případ. Současná praxe a vnímání pacienta se již postupně mění a vše velmi závisí na přístupu a vedení daného zařízení. Většina nemocnic se snaží neustále něco vylepšovat. Chodby a pokoje již nejsou bílé, ale barevné a postupně jsou vybavovány vhodnými doplňky. Sestra s profesionálním přístupem vás vnímá nejen pouze jako pacienta, ale také jako bytost se všemi jejími bio-psycho-sociálními potřebami. (31)

Za velmi stresující považuji nedostatek informací. Ošetřující personál je zahlcen spoustou administrativy a na pacienta mu nezbyvá mnoho času. Pacient si tak může připadat odtržený a nepochopený. Tím, že sestra podá pacientovi dostatek srozumitelných informací, předejde mnohým stresovým situacím pro pacienta. Také se setkáváme s problémem, kdy se sestra svému pacientovi ani nepředstaví. Pacient je pak zmatený. (39)

Stresující může být i vyšetření. Nejdříve se člověk stresuje ze samotného výkonu. Tomu sestra může zabránit dostatečnou informovaností pacienta. Pacient by měl dostat informaci o tom, co jej přesně čeká. Dále pak může být stresující očekávání výsledku. Sdělování špatné zprávy není pro nikoho příjemné. Samozřejmě diagnózu vždy sděluje lékař. Sestra může být přítomna a pomáhat pacientovi s vyrovnáním se s nastalou situací. Pro takovýto rozhovor, by měl být dostatek času a soukromí. Bohužel i zde mnohdy nejsou tato pravidla dodržena. A pacient se nepříznivou zprávou dozvídá před všemi spolupacienty a mnohdy velmi necitlivým způsobem. (3, 5)

Omezení soukromí může pacient vnímat jako další stresující faktor. Pacient nám poskytne řadu citlivých informací, přičemž zdravotnický personál je vázán mlčenlivostí. Avšak občas se můžeme setkat s porušováním této povinnosti. A to může poškodit pacienta. Také dodržování intimity by mělo být samozřejmostí. Setkáváme se však s případy, kdy se u pacienta provádí hygiena a dveře na chodbu jsou otevřené. Sestry by se měly častěji vžít do role svého pacienta a v tomto smyslu také s pacientem jednat. (44, 49)

V dnešní době se můžeme v nemocnici setkat s pacienty z různých kultur a různých náboženských vyznání. Pro pacienta vyznávajícího křesťanství může být velice stresující pobývat na pokoji se satanistou. Proto je důležité vzdělávání sester, které by měly mít povědomí o jednotlivých náboženstvích a znát jejich specifika. Také neumožnění vyznávat svou víru může pacient chápat jako stresovou situaci. (27, 35)

#### **1.4. Příznaky stresu u pacientů**

Pokud se pacient, ale například i sestra dostanou do stresové situace, můžeme u nich zpozorovat řadu konkrétních příznaků. Tyto příznaky lze rozdělit do různých skupin. Někteří autoři popisují aktivní a pasivní reakce na stres. Jiní zas třídí příznaky na emocionální, fyziologické a behaviorální. (35)

Jako aktivní reakci na stres si můžeme představit například svalové napětí, silné pocení, zrychlený tep, dech, psychomotorický neklid, pacient může mít i nadměrnou sílu. U takového člověka si můžeme všimnout nepřiměřených emocí, třesu rukou i celého těla. Jedinec může být i velmi agresivní. Je zde patrný těkavý pohled, kdy jedinec sleduje své okolí. Je nesoustředěný a těžko se s takovým jedincem komunikuje. (9)

K pozorovatelným jevům pasivní reakce můžeme zařadit strnulost pohybů. Jedinec se většinou pohybuje nemotorně a nekoordinovaně. Můžeme si také všimnout zblednutí, odkrvení se periferních částí, někdy i promodráání kolem úst. Člověk může pociťovat studené nohy i ruce. Může dojít ke zpomalení fyziologických procesů. Na takovémto člověku je patrné opocení a chvění se zimou, rozšířené zornice. Člověku ta chvíle může připadat nekonečně dlouhá. (9)

Tyto reakce na stresové situace se mohou vyskytovat v různé formě i intenzitě. Je dobré se také zmínit o jiném dělení příznaků. Jedná se v podstatě o soubor kognitivních a emocionálních či behaviorálních příznaků distresu. (9)

Do fyziologických příznaků můžeme zahrnout palpitaci neboli bušení srdce. Dále pak bolest různé intenzity, nechutenství, bolesti břicha doprovázené průjmem, časté močení, sexuální nechuť, bolesti hlavy až migrény, nepříjemné pocity v krku, vyrážky a další jiné. (16)

Další skupinou můžou být emocionální neboli citové příznaky. U takového člověka dochází k častým změnám nálad. Trápí se věcmi, které nejsou podstatné. Není schopen empatie, což může být problém, pokud se jedná o sestru. Nadměrně se zabývá svým zevnějškem a zdravotním stavem. Stranění se lidí a uzavřenost. Takový pacient si také stěžuje na velkou únavu. Většinou je velmi podrážděný a nesoustředěný. (9)

Do poslední podskupiny patří behaviorální příznaky stresu. Takový člověk je nerozhodný a často si stěžuje na maličkosti. Často chybí v práci a je nemocný. Hůře se uzdravuje. Snaží se vyhýbat zodpovědnosti, vymýšlí si výmluvy. Pokud se jedná o kuřáka, tak se zvýší počet vykouřených cigaret. Může zde docházet i k nadměrné konzumaci alkoholu. Člověk častěji sahá po uklidňujících lécích. Může se vyskytovat nechutenství někdy naopak přejídání se. (27,9)

### **1.5. Vliv stresu na zdravotní stav**

Vliv stresu na zdraví není zcela jednoznačný. Vždyť nemoc je způsobena mnoha faktory. Je ale také možné, že stres je jedním z faktorů. Různé studie popisují, že stres může působit přímo či nepřímo na změnu zdravotního stavu. Pod přímým působením stresu si můžeme představit jeho vliv na nervový, endokrinní či imunitní systém. Nepřímým vlivem stresu může být negativní změna životního stylu. Nejvíce se však studie věnují vlivu stresu na řadu různých onemocnění. Stres tedy může negativně ovlivnit naše zdraví. Vždyť i pacient v nemocnici prožívající stres se tak dobře neléčí, jako pacient, který je v psychické pohodě. Mezi nemoci, na kterých se podílí také stres řadíme infekční nemoci, hypertenzi, kardiovaskulární onemocnění, bolesti hlavy, astma, diabetes melitus, a další jiné. (27, 28)

Vliv stresu na infekci zkoumala řada odborníků. Studie nakonec potvrdily, že lidé, kteří se častěji dostávají do stresových situací, jsou více náchylní k chřipkovým onemocněním. (27)

Dalším předmětem zkoumání byl vliv stresu na vznik kardiovaskulárních poruch. I toto bádání potvrdilo, že stres má úzký vztah na vznik anginy pectoris. Jedná se v první řadě o klienty, kteří prožívají opravdu výrazný, intenzivní stres. (28)

Vztah stresu a hypertenze byl potvrzován řadou prací. Jedna práce popisovala, že lidé, kteří jsou vystavováni neustálému hluku, jsou nejen nedoslýchaví, ale také díky tomuto stresoru trpí mnohem častěji hypertenzí. (27, 35)

Samozřejmě, že existuje vztah mezi bolestí hlavy a stresem. Existuje mnoho druhů bolestí hlavy. Studie prokázaly, že stres výrazně přispívá hlavně k tenzní bolesti a smíšeným bolestem hlavy. (28)

Astma má velice výrazné fyziologické příznaky. Stres nám jako takový zvyšuje emocionální hladinu. Můžeme tedy stres považovat jako startovací podnět pro rozvinutí astmatického záchvatu. Stresorem nemusí být jen nepříjemný zážitek, ale podnětem může být už jen očekávání něčeho nepříjemného. (28, 35)

## **1.6. Jak všeobecně předcházet stresu**

Dnešní svět nám nabízí mnoho různých impulzů a člověk má občas problém s jejich zpracováním. Díky těmto jevům se pak náš mozek může chovat jako přehřátý počítač. A to tak, že vypne celý okruh. Nejlepším způsobem je tedy stresovým situacím předcházet. Člověk by měl žít současností a neměl by se předem znepokojovat možnými problémy v budoucnu. Dále je důležité spoléhat sám na sebe a nepočítat se štěstím či náhodou. Důležitá rozhodnutí bychom také neměli odkládat na pozdější dobu což v povolání sestry ani nejde. Někdy na našem rozhodnutí závisí pacientův život. Sestra tím předchází zbytečnému panikaření, které jí potom zabrání v racionálním úsudku. Není žádoucí být nepřetržitě v přítomnosti lidí, kteří jsou notoričtí stěžovatelé, protože mají negativní vliv na naše vědomí. Za důležité také považují smíření se s vlastní identitou. Ostatní by nás měli přijímat takové, jací skutečně jsme a to s našimi chybami i přednostmi. Nejlepším způsobem jak předcházet zklamání je spoléhat se sám

na sebe. V každém případě je dobré počítat i s případným nezdarem či nečekaným problémem. Člověku to umožní, že nebude mít pocit bezmoci a nebude zaskočen. Je dobré také vše řešit s chladnou hlavou a umět přiznat prohru. (35, 6, 9, 10, 13, 20)

### **1.7. Jak efektivně zvládat stres**

Pokud se zmíníme o zvládání stresu, nemůžeme opomenout příslušné děje, ke kterým při stresové situaci dochází. (20)

Prvním mechanismem je adaptace. Tento mechanismus je neuvědomělým způsobem zmenšování úzkosti vycházející z ohrožení sebepojetí. Základem tohoto mechanismu je změna hodnocení a prožívání dané reality. Tímto problémem se zabýval i S. Freud a později i jeho dcera. Popsal na deset obranných mechanismů a jeho dcera přidala další. Jedním z těchto mechanismů je vytěsnění. Vytěsnění můžeme chápat jako odstranění nepříjemných pocitů a myšlenek z vědomí. Dalším z mnoha mechanismů je potlačení. Toto potlačení spočívá v odložení věcí na později či v opuštění zdánlivě zajímavé aktivity. Využívá se zde přeorientování na jiné věci a popření důležitosti daného jevu. Regrese je také jedním z obranných mechanismů. Dochází zde k návratu projevů chování, které přísluší mladšímu věku, než je danému jedinci ve skutečnosti. S tím se můžeme setkat u malých dětí při hospitalizaci. Projekce nám znázorňuje promítání svých pocitů a motivů do jiných lidí. O introjekci hovoříme při ztotožňování se či přivlastňování si pocitů či výsledků jiných osob. Také racionalizace patří do obranných mechanismů. Jedinec si odůvodňuje problém z pochopitelných důvodů. Bagatelizace je pravým opakem. Dochází ke snižování významu věci. Často se s takovýmto jevem můžeme setkat u pacientů, kteří se snaží nepřipustit si svou nemoc. Člověk se také může bránit sebeobviňujícím chováním. Obviňuje se z činů, které vůbec nezpůsobil, nebo za které více či méně nemohl. Někdy se člověk snaží nahradit věc, kterou způsobil jinou věcí. Takovýmto způsobu říkáme odčinění. Reaktivní výtvořky jsou postojem opačné, než které jedinec ve skutečnosti opravdu zaujímá. Někdy člověk reaguje sociální izolací. Uzavře se od okolního světa a nepřijímá kontakty z okolí. (11, 17, 23, 30)

Je mnoho situací, ve kterých tyto obranné mechanismy mohou sehrát pozitivní roli. Řada autorů je však považuje za neplnohodnotné a náhradní způsoby adaptace na zátěž. (20)

Další autoři se zmiňují o takzvaných nezralých obranách a zralých obranách. Pod nezralými obranami si můžeme představit psychotické obrany, neurotické projevy vycházející z poruch osobnosti. Existují však i obrany zralé a ty jsou zaměřeny na odreagování se pomocí sportu, kutilství a pozitivního nadhledu. (31, 35)

Můžeme tedy tvrdit, že lidská adaptace na problémovou situaci se uskutečňuje dvěma způsoby. Jedním způsobem je obranná reakce a druhým řešením je reakce zvládací. Společnými znaky těchto reakcí jsou snižování stresových reakcí, s věkem se vyvíjejí a ovlivňují emoce. (35)

Jsou zde ještě dvě obrany při zátěži. Jedná se o naučenou bezmocnost. Jedinec přenechává úkoly i problémy svým spolužákům, rodičům či sourozencům a ti jsou za něj ochotni tyto problémy řešit. Zrovna tak tomu může být i u pacientů. Pomáhat ano, ale věci, které zvládne pacient sám bychom měli nechat na něm. Druhým způsobem je záměrné sebeznevýhodňování. Tohoto způsobu spíše využívají muži než ženy. V podstatě jde o to, že se daný jedinec vymlouvá na nějaký handicap, který mu brání v úspěchu. (35)

V dnešní době se také můžeme setkat s termínem coping. Pod pojmem coping si můžeme představit zvládání těžkých a náročných stresových situací. (35)

### **1.8. Role sestry při zvládání životních těžkostí pacienta**

Každý z nás zvládá zátěžové situace jinak. Takovou zátěžovou situací může být sama nemoc pacienta. Sestra by měla sledovat, jak se pacient se svou nemocí vyrovnal. A dále by měla neustále mapovat psychické změny, aby mohla reagovat a zaujmout vhodný postoj k pacientově nemoci. Všichni se občas dostáváme do stresových situací, které jsou pro nás jistou zátěží. Jestliže se s nimi pacient rychle nevyrovná, můžou se u něj dostavit pocity strachu, úzkosti či narušení duševní rovnováhy. Pokud už takový stresor pacienta ohrožuje, měla by si sestra i pacient zvolit vhodnou strategii pro odstranění nebo zmírnění problému. To znamená stanovit si nějaké cíle. Jedním cílem

může být například snížit na minimum to, co pacienta ohrožuje. Souběžně s tím je dalším cílem, aby sestra chápala to, co pacient prožívá. Sestra by měla pacienta nabádat k pozitivnímu postoji. Snažit si udržet duševní rovnováhu, nebo se snažit o její znovunavrácení. Pacient by se neměl uzavírat do sebe. (40, 41, 44, 49)

Aby byli sestra i pacient schopni dosáhnout těchto cílů, mohou k tomu využít různé taktiky pro zvládnání životních těžkostí. Jednou z těchto taktik je relaxace. Této techniky lze využívat i v nemocničním prostředí. Jde o uvolnění svalů a uklidnění psychiky. Další vhodnou metodou mohou být dechová cvičení. Zde dochází k uklidnění nejen dechu, ale i psychiky. Můžeme použít rovněž metodu imaginace, která je vhodná jak pro sestru, tak i pro pacienta. Představí si například moře a mělo by dojít k navození psychické pohody. Meditace neboli zamyšlením se nad nějakou myšlenkou, může vést k povzbuzení pacienta. Pacient má také možnost poslouchat hudbu, která ho uklidňuje. I čtení či poslouchání někoho z nás může vést k odreagování. A člověk přichází na jiné myšlenky. Sestra může, pokud je to vhodné, pacienta odreagovat humorem, který je pacientově osobnosti blízký. Také modlitba může věřícímu pacientovi pomoci. Většinou z nás však pomáhá už jen pouhá přítomnost naší rodiny. (36)

I pacient se snaží vyřešit svůj problém, například strategií zaměřenou na řešení problému. Chce léčit svou nemoc a odstraňovat negativní vlivy, které ohrožují jeho zdraví. A je jen na sestřích a na rodině, jak pacientovi pomohou zvládnout tuto nelehkou situaci. (35)

## **1.9. Definice zdraví**

Pojetí zdraví se v průběhu staletí různě měnilo. I dnes existuje mnoho definic zdraví. Za nejznámější považují definici od WHO: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“. (51, s. 101)

Slovo zdraví znamenalo jak v řečtině, tak i v latině celek. V podstatě se dá tvrdit, že všechny tyto pokusy o definování zdraví mají mnoho společného. Zdraví vnímají jako hodně důležitý okamžik s důrazem na uskutečňování životních cílů. Zdraví je proměňující se jev, který se může pohybovat od pozitivního pólu k negativnímu pólu. Zdraví se dá považovat za nejvyšší a velmi žádoucí životní hodnoty člověka. Zdraví lze

také chápat v širším slova smyslu, přičemž je nutno brát v potaz jeho biologickou, psychickou, duchovní i sociální stránku. Je zde velice úzký a propojený vztah mezi kvalitou života a zdravím. V dnešní době je snaha, aby člověk měl odpovědnost za svůj zdravotní stav. Nevnímat zdraví jako jednu otázku ale zaměřit se i na jeho politickou, komunitní a ekologickou podloženost. (27, 28,51)

### **1.9.1. Sestra a péče o její zdraví**

Aby sestra mohla poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, musí v první řadě být v psychické i fyzické pohodě. Je-li sestře dobře, dá se očekávat, že i svou práci bude vykonávat kvalitně. Pokud tomu tak není nelze očekávat, že bude podávat excelentní výkon. Má-li tedy sestra pečovat o pacienty, musí v první řadě pečovat sama o sebe. Pečovat o sebe to už sestru nikdo neučí. Ve škole se učíme, jak pečovat o pacienty, ale péče o zdraví sestry je zcela opomíjena. Jedná se o péči o svůj tělesný zevnějšek, zdraví a stravování. Největší vliv na zdraví má tedy způsob života, jaký si sami zvolíme. Jsou zde obsaženy formy dobrovolného chování v daných životních situacích. Samotné chování člověka vychází z rodinných zvyklostí a společenských tradic, dále je také limitováno našim společenským postavením a ekonomickou situací. Hlavní podstatou je podporovat odpovědnost za vlastní zdraví. Myslím si, že většina sester si je těchto věcí vědoma. (35, 51,27)

Nemůžeme ani opomíjet rizikové faktory, které nejvíce poškozují naše zdraví. Mezi tyto faktory patří například kouření, nadměrné užívání alkoholu, nesprávná výživa, snížená pohybová aktivita, vysoká psychická zátěž, zneužívání drog a léčiv. Těchto faktorů, by se měla každá sestra vyvarovat a také nabádat své pacienty k zdravějšímu životnímu stylu. (27)

Co nám tedy pomůže udržet si dobré zdraví a hlavně dobrý psychický stav? Myslím si, že je dobré trávit v rámci možností co nejvíce času na čerstvém vzduchu. Tím si odpočineme a nabereme potřebné síly. Sestra by si měla udržovat dobrou tělesnou kondici. Vždyť právě povolání sestry si vyžaduje tolik pohybu a bez dobré fyzické kondice by to nešlo. Stravování u sestry je někdy velmi problematické. Všechny jsme si vědomy, že právě střídmost a malé porce v kratších intervalech je to pravé. Bohužel někdy nám to naše povinnosti nedovolují. Ale i tak by si sestra ve svém



náročném pracovním režimu měla nalézt čas alespoň na malé svačiny v příjemném prostředí. A tím si také udržovat dobrý psychický stav. Pitný režim by měl být samozřejmostí. Vždyť právě my sestry neustále pobízíme své pacienty k dodržování pitného režimu. Jistě není problém si během služby udělat chvilku na přípravu čaje a snažit se v průběhu dne vypít alespoň 2-3 litry tekutin. Předcházíme tím nejrozličnějším problémům, jako je například častá bolest hlavy. (7, 9)

Ve své práci považuji za velmi důležité zmínit se také o duševní hygieně. Duševní hygiena se zabývá tím, jak si chránit a upevňovat duševní zdraví a jak co nejlepším způsobem zvyšovat odolnost člověka vůči různým škodlivinám. Měla by nás naučit, jak předcházet psychickým obtížím. A pokud se již objevily, tak nás učí, jak je nejlépe zvládat. Duševní hygiena tedy zahrnuje zásady životosprávy, jednání s lidmi, řešení konfliktů a těžkých stresových situací, emocionální napětí a psychické zátěže. Sestra by měla nalézt rovnováhu mezi svou prací a odpočinkem. Odpočívat bychom měli vždy, když ucítíme první příznaky únavy. Únavu méně často pocítují ti, kteří svou práci berou jako výzvu. A proto je důležité, aby právě sestra dělala svou práci s chutí a zaujetím. Měla by zde být vyváženost mezi fyzickou a duševní prací. (12)

Spánek je jak pro sestru, tak i pro její pacienty velmi důležitý. Objektivní potřeba spánku se u každého z nás v průběhu života mění. Bohužel u sester může narážet na nepravidelný spánkový režim. A to může činit větší či menší obtíže. Sestry často trpí spánkovými obtížemi. A pak se ráno probouzí unavené a neodpočaté. Díky tomu pak sestra může reagovat podrážděně a má to vliv i na její pracovní výkon. Nejčastějším důsledkem nespavosti může být stres. Příčinou nespavosti rovněž může být i nějaká nemoc. V léčbě nespavosti se tedy uplatňuje odstranění příčiny. (35)

Sestra by se měla naučit jak pro sebe, ale i pro svou praxi, různé zásady pro dobrý spánek. Neměla by pít kávu či různé povzbuzující nápoje zhruba 6-4 hodin před spánkem. Snažit se nejíst těžká jídla před spánkem (předchází tím i ukládání tuků). Neřešit důležité věci, které by nás mohly rozrušit. Procházka po večeri může také pozitivně ovlivnit spánek. Cvičení a větší aktivitu zařadit raději do odpoledního programu. Dobré je také omezit alkohol, protože i ten zhoršuje kvalitu spánku. Pokud je člověk kuřák měl by si cigaretu v nočních hodinách odpustit, protože jak je známo tak

nikotin povzbuzuje. Dobré je postel využívat opravdu pouze ke spánku a k pohlavnímu životu a jiné aktivity si do postele nebrat. Nepoužívat postel k přemýšlení. K dobrému spánku také přispěje dobře odhlučněná a vyvětraná místnost. (35)

Těmito všemi aspekty si může sestra uchovat dobré zdraví. A využít těchto vědomostí i ve své ošetrovatelské praxi. (13)

### **1.9.2. Sestra a syndrom vyhoření**

V poslední době je hodně probíraný takzvaný burnout syndrom neboli syndrom vyhoření. Definic existuje mnoho, a proto uvádím jednu pro představu:., Vyhoření je formálně definováno a subjektivně prožíváno jako stav fyzického, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“. (27, s.113)

Příznaky takového syndromu můžeme rozdělit na subjektivní a objektivní příznaky. Do subjektivních příznaků můžeme zahrnout velkou únavu, při níž má člověk velmi nízké sebehodnocení, to může souviset s velmi nízkými pravomocemi. Většinou se člověk nedokáže soustředit, může působit podrážděně. Také je zde velmi častý negativistický postoj. To znamená, že vše vidíme černě. Vyhořelá sestra má pocit, že nemá žádnou energii. Nedokáže se pořádně rozhodovat, což může být v některých situacích velkým problémem. Nemá chuť něco nového začít. Má negativní hodnocení své osoby i svého zaměstnání. V podstatě takového člověka veškerá činnost nadměrně zatěžuje. Žije v neustálém napětí. (22)

Objektivních příznaků si mohou všimnout všichni z okolí této osoby. Nejčastěji jsou to rodinní příslušníci, spolupracovníci, pacienti, studenti. Všimáme si snížené celkové výkonnosti, která trvá již delší dobu. Vyhoření postihuje lidi v různé intenzitě. Záleží na činnosti, kterou člověk provádí. U některých se dostaví dříve u jiných později. Mezi tyto činnosti patří různé aktivity. Je to u lidí, kteří byli pro svou práci hodně zapálení a po nástupu do praxe u nich toto nadšení opadlo. Také se s tím můžeme setkat u lidí, kteří si na sebe kladou moc velké nároky. Často se tento syndrom vyskytuje

u lidí, kteří nemají dostatek kompetencí. Také se tento problém objevuje u lidí, kteří jsou mimořádně tvořiví. (27, 22)

### **1.10. Nemoc a její definice**

Nemoc vychází z aspektů biologických, psychických a společenských zrovna tak jako zdraví. Pojem nemoc má mnoho definic. „Nemoc můžeme definovat, jako poruchu zdraví. Další definice uvádí, že nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu. Některé definice uvádí, že nemoc je porucha individua plnit očekávané úkoly a role.“ (50, s. 16)

Bohužel pro většinu lidí je nemoc náročnou životní situací, která svým způsobem výrazně narušuje náš denní režim a mění obvyklý způsob života. Pokud takováto situace nastane, může docházet k neuspokojování řady důležitých potřeb. (28, 50)

#### **1.10.1. *Nemoc a její fáze***

Pokud popisujeme jednotlivé fáze nemoci, vycházíme z psychiky pacienta, která se odráží od tělesných příznaků nemoci. Po dobu nemoci můžeme u pacienta pozorovat změnu psychického stavu. (28)

O první fázi nemoci můžeme mluvit, když se u pacienta začnou projevovat příznaky a pacient si je vědom svého nového postavení. Tento stav však ještě neznamená, že pacient půjde hned svým problémem k lékaři. U některých lidí se můžeme setkat se snahou pomoci si sám takzvanou samoléčbou. Tato samoléčebná aktivita je laickou péčí a dá se říct, že má již dlouholetou tradici. Člověk, který dostal různé rady a doporučení od známých, měl vždy tendenci vyzkoušet nejdříve tento způsob a po té až jít k lékaři. Účast laiků na zdravotní péči je normální a vždy tady bude. Jen malé procento lidí se obrátí na lékaře okamžitě při prvních obtížích. Z různých průzkumů vyplývá, že polovina lidí jde k lékaři, až když jejich potíže trvají déle, nebo se jejich problémy zhoršují. A čtvrtina lidí přichází, až když už mají vážné komplikace. Jen velmi malá část populace navštěvuje svého ošetřujícího lékaře dobrovolně a pravidelně. Zajímavé je také sledovat různý přístup pacientů ke svým

příznakům. Někteří přikládají svým symptomům až moc velký význam a nadhodnocují je. Jiní se zase snaží své obtíže přehlížet a bagatelizují je. A jedna část pacientů se snaží své příznaky zatajovat a nadměrou práce ukázat, že jsou zcela zdraví a v pořádku. Někteří i prvotní symptomy uvítají a jsou za ně rádi, protože jim mohou pomoci v řešení různých situací. Myslí si, že když je nemocný vyřeší se konfliktní situace týkající se rodiny, práce, společenské organizace. (28)

Na druhou fázi pomýšlíme tehdy, pokud už nemocný vyhledává pomoc od druhé osoby. Tato fáze nastává také, když u nemocného selže samoléčba. V této fázi se u nemocného vyskytují nejrůznější obavy a strach, a to z toho, že neví, co může očekávat. Pokud se člověk stává poprvé pacientem, tak má v hlavě spoustu otázek. Jaká je šance úspěchu na vyléčení? Postarají se tady o mě? Jakým způsobem mě budou léčit? U pacientů se také můžeme setkat s pochybnostmi o správnosti stanovené diagnózy, nebo o dobře zvolené léčbě. Pacient přichází s cílem, že se mu uleví a díky tomu musí podstoupit řadu nepříjemných vyšetření. Již samo nemocniční prostředí může v pacientovi vyvolávat strach. V této fázi je důležité, aby zafungovala hlavně rodina a odborný zdravotnický personál jako účinná psychická opora. (28)

Ve třetí fázi se člověk musí vyrovnat a smířit se svým postavením a novou rolí pacienta. V průběhu hospitalizace je pacient v různé míře omezen ve vykonávání své sociální funkce. O závažnou situaci ohrožení sociální funkce jde v případě, že je chronicky nemocný, nebo má nemoc různě trvalé následky. Bohužel jednotlivá onemocnění se mohou vyvíjet různě, někdy dojde k plnému uzdravení, nebo se může zdravotní stav zhoršit, nemoc také může přejít do chronicity a v poslední řadě může dojít až ke smrti. (28)

V poslední fázi dochází u pacienta k návratu dřívějších sociálních funkcí. Pacientova psychika se dříve či později vrací do normálu. Člověk se také vrací ke svým původním rolím v zaměstnání a ve své rodině. Někdy se však může pacient po nemoci různě ve svých pocitech, názorech, vztazích či činnostech změnit. Záleží na charakteru onemocnění. Například pokud se pacient živil jako horník a byla mu amputována končetina, musí změnit své zaměstnání. (1, 28)

### ***1.10.2. Charakteristika a význam potřeb***

Je nutno připomenout v souvislosti se zdravotní péčí o pacienty teorii lidských potřeb, které jsou obvykle zobrazovány jako pyramida. Její základnu tvoří základní biologické potřeby (nestrádat hladem, žízní, zimou, bolestí, uspokojení sexuálního pudu apod.). Střední patro patří vyšším psychosociálním potřebám (mít soukromí, komunikovat, někam přináležet, být pozitivně přijímán, zažívat úspěch, lásku, přátelství apod.). Konečně nejvyšší úroveň patří spirituálním, nadosobním potřebám jako je (naplňování mravního ideálu, sounáležitost s vyššími principy a to božskými, všelidskými, nadčasovými. (49, 50)

V dnešní době však známe i jiné dělení potřeb a to potřeby, které se nemocí nemění; potřeby, které se nemocí modifikovaly a potřeby, které s nemocí vznikly. Potřeby, které se nemocí nemění, jsou stejné, jak pro nemocného, tak i pro zdravého člověka. Jedná se hlavně o potřebu vzduchu, vyprazdňování, pocitu bezpečí a jistoty, výživy a odpočinku. Pokud je člověk nemocný, mohou se stát jednotlivé potřeby více důležité. Jestliže je člověk hospitalizován, tak jsou tyto potřeby uspokojovány za pomoci sestry. (49, 50)

Další skupinu tvoří nemoci, které se nemocí modifikovaly. Tyto potřeby jsou nejsložitějšího charakteru. Mohou se velice měnit a jsou zcela individuální. Jsou tedy ovlivněny závažností a fází nemoci. Velmi důležité je zaměřit se na potřeby sociální, kdy dochází v počátcích k jejich omezení a poté se postupně navracejí. Dobré je, když se pacient chce aktivně spolupodílet na svém uzdravení. Pozitivní výsledek má povzbuzující účinky a pomáhá nemocnému překonávat různá úskalí související s nemocí. Dobrá je také dostatečná informovanost pacienta o celém průběhu léčby a hospitalizace. Tím si můžeme pacienta získat k další spolupráci. Naopak nedostatečně informovaný pacient může trpět obavami, hůře se s ním spolupracuje a může to celkově zkomplikovat celý léčebný i ošetrovatelský proces. Stále více se nám potvrzuje, že je důležitá komunikace mezi pacientem a ošetrovatelským personálem. V dnešní době se hodně hovoří o uspokojování kulturních potřeb. Svůj podíl na uzdravovacím procesu má i čisté nemocniční prostředí. Za velmi důležité také považují barevné a estetické ladění pokojů. (51, 50)

Na řadě okolností závisí potřeby, které vznikly nemocí. Důležitá je povaha klienta, průběh a charakter onemocnění, informovanost, komunikace a vztahy s ošetrovatelským personálem. Mezi hlavní potřeby klienta můžeme zařadit například: navrácení zdraví, příprava na nové sociální funkce, zbavení či tlumení bolesti a jiné. Samozřejmě důležitost vychází z klientových priorit. (51)

Bohužel nemocný je po dobu nemoci omezen v řadě činností, které pro něj jsou důležité. Nemůže se stýkat se svými přáteli, nesmí opouštět svůj byt, je omezen různými dietními opatřeními, nemůže si dát svůj oblíbený alkohol či cigaretu. U některých pacientů může i nadstandardní pokoj způsobit jistou sociální izolovanost a tím zkomplikovat průběh celé léčby. (1)

Proto by všichni zdravotníci měli mít na paměti, že pacient je především lidská bytost, která potřebuje sociální kontakt, porozumění a pomoc. I když je pacient obklopen cizím prostředím, neměl by ztrácet pocit jistoty a bezpečí. I hospitalizovaný člověk má potřebu aktivace, a proto bychom měli našim pacientům zajistit dostatek podnětů a činností, které jim jejich zdravotní stav dovolí. Sestra by měla se svým pacientem naplánovat krátkodobé a dlouhodobé cíle. (4,5)

Opět je třeba zdůraznit, že k závažným pochybením a k nízké kvalitě péče dochází při omezení zájmu pečujících osob (zdravotníků i laiků) převážně, ba výlučně na základní biologické potřeby. Klienti takové péče jsou nakrmeni, zastláni v čistém lůžku, ale strádají po všech ostatních stránkách. A to ztrátou kompetencí, komunikační a senzorickou deprivací, ztrátou životní smysluplnosti. Jejich život je redukován na přijímání potravy, vyměšování a v nekonečné hodiny prázdnoty. Kvalita života souvisí především s naplněním vyšších životních potřeb. A právě k naplnění vyšších potřeb může přispět sestra, která je dostatečně vzdělaná a ví, že pacient má i jiné potřeby než přijímání potravy a vyprazdňování. Sestra by měla chápat člověka jako bio-psycho-sociální a spirituální bytost. (50, 45, 46)

### ***1.10.3. Pacient v nemocničním prostředí***

Málokterý pacient přichází do nemocnice dobrovolně. K praktickému lékaři člověk jde do jisté míry ze své vůle. Do nemocnice je ale většina pacientů poslána na doporučení svého ošetrujícího lékaře. Člověk si začne uvědomovat, že svůj zdravotní

stav nepovažoval za tak vážný. V nemocnici se z člověka stává spíše posluchač vyšší autority, což může být pro člověka, který byl vždy zvyklý o sobě rozhodovat sám, dost nepříjemné. Díky tomu se člověk může dostávat do stresu. (28)

Nemocniční prostředí je velice odlišné od toho, ve kterém pacient žije v běžném životě. Plní se zde zcela specifické úkoly. Snaží se zde podrobně vyšetřit pacienta a zjistit jeho diagnózu. To může být pro pacienta velice stresující, pokud není o všem dostatečně informován. Snažíme se zde léčit a pokud možno zcela vyléčit pacienty. Důležitá je také zdravotnická péče. Ta se snaží o to, aby pacient zůstal v dobrém psychickém stavu, a aby se v rámci svých možností aktivně zapojil do svého uzdravovacího procesu. Nemocnice má však i jiné poslání. Poskytuje praxi studentům z nejrůznějších zdravotnických oborů. Pacient se tedy dostává do kontaktu se studenty a ne každému pacientovi je to příjemné. (28)

#### ***1.10.4. Jak se mnění pacientova psychika při přechodu do nemocnice***

Hospitalizace jako taková je pro pacienta novou zkušeností. Dochází k různým změnám nejen v pacientově těla ale i v jeho psychice. O pacienta se stará celá řada zdravotníků. Ti se nyní stávají hlavními aktéry v pacientově životě. Nepříjemná je i myšlenka, že se pacient stává závislým na pomoci jiných lidí. Nemůže dělat to, co chce a musí se řídit příkazy zdravotnického personálu. Pacient má také svůj životní rytmus, na který je zvyklý a i ten se při hospitalizaci mění. V nemocnici je jiný řád a ten mu může připadat někdy nepřirozený. Pacient musí při hospitalizaci podstoupit řadu činností a úkonů, které neovládá. Tím může dojít ke snížení pacientovy sebedůvěry. Dalším aspektem je sociální izolace. Člověk je v nemocnici obklopen řadou neznámých lidí, zatímco kontakt s jeho blízkými je značnou mírou omezen. Nemocniční prostředí je samo o sobě pacientovi velice cizí. A může být často pro pacienta příčinou dezorientace. Pacient je omezen i ve svých zájmech, které se v nemocničním prostředí mohou velice zúžit.

Pacient je často málo informovaný a má pocit, že ztrácí přehled nad svým zdravotním stavu. Někdy neví, co se s ním bude dít, což může být velkým náporům na psychiku. Dá se říct, že pacient v nemocnici žije pouze současností, styk z minulostí je omezen a budoucnost je nejistá. (28)

Tyto všechny problémy souvisejí s hospitalizací. U pacientů se objevuje celá řada symptomů. Mezi ně můžeme hlavně zařadit deprese, úzkost a obavy. U mnohých se objevuje nervozita z různých vyšetření či výkonů. Pacienti často trpí v nemocnici nespavostí. Nedokážou se na nic soustředit. U pacienta se zastaví spousta lidí, kteří provedou nějaký úkol. Odeberou krev, uklidí, přinesou mu jídlo, ale zpravidla se nikdo u pacienta nezastaví a nezeptá se ho, zda ho něco netrápí (28).

Toto však nelze paušalizovat, protože na některých specializovaných pracovištích je zdravotnický personál veden právě k tomu, aby zjišťoval potřeby pacientů a to i zcela osobního charakteru, například zakoupení denního tisku apod. pokud toto pacient s ohledem na svůj zdravotní stav sám nezvládne. (28, 5)

#### ***1.10.5. Negativní stránky hospitalizace pacienta a vnímání bolesti***

Takovou negativní stránkou může být značná ztráta svobody pohybu, jednání i rozhodování. Pacient, který byl zvyklý na nějaké společenské postavení, najednou ztrácí v roli hospitalizovaného klienta svou identitu. Dochází tedy k takzvané depersonalizaci. (11)

S řadou klientů je jednáno velice neosobně, což může mnoho pacientů vnímat negativně. Problém je také v komunikaci. Pacient byl zvyklý komunikovat ať už v práci nebo i ve své rodině. V nemocnici se pacientům málo naslouchá. (19)

Potřeby pacienta jsou velmi pestré. Bohužel v nemocničním prostředí se stává, že zdravotníci se starají pouze o zdravotní potřeby a všechny ostatní jsou odsunuty do pozadí. (28)

Nepříjemná je i myšlenka, že dobrý pacient je pasivní pacient. Pro klienta, který byl ve svém životě aktivní, to může být problém. I když věřím, že už se od takovýchto názorů ustupuje. Naopak pro lepší průběh léčby je nezbytné zjišťovat a dobře znát potřeby pacienta. (51)

Dalším významným faktorem stresu je posuzování bolesti a její případné zmírnění. Každý z nás jinak prožívá a vnímá bolest. Bohužel se i zde můžeme setkat se špatným vnímáním a posuzováním bolesti ze strany zdravotníků. Bolest je čistě subjektivní věc. A my jako zdravotníci bychom neměli podceňovat, ani přehlížet pacientovo tvrzení a naopak bychom se tímto měli vždy zabývat. (11)



Pacient často klade zdravotníkům řadu otázek. Chce být řádně informován o svém stavu a vyšetření či jejich výsledcích. Na to má každý člověk právo. Bohužel se i v dnešní době setkáváme s nedostatečně informovaným pacientem, který je plný obav a strachu z nevědomí co s ním bude. Je tedy nezbytné vždy s pacientem jeho situaci probrat a při krátkém rozhovoru seznámit jej s průběhem léčby a zodpovědět jeho případné dotazy. (11)

V řadě případů se potvrdilo, že klient, který nemá možnost řídit běh kolem něj, to vnímá jako velmi těžkou situaci. Toto se nejčastěji objevuje například u pacientů hospitalizovaných na ARO či JIP. Pacienti jsou díky tomu neklidní a někdy až agresivní. U pacientů, kteří mají alespoň částečnou možnost ovlivňovat dění kolem sebe se ukázalo, že to má pozitivní vliv na jejich psychiku. (28, 51)

#### ***1.10.6. Význam podpory rodiny***

Každý člověk se nejlépe cítí ve svém domácím prostředí, a tak je tomu i u pacientů. Lidé si navzájem pomáhali a každý člen rodiny zastával určité povinnosti. Bohužel v dnešní uspěchané době si málokdo může celodenní domácí péči strany svých členů rodiny dovolit. V současném světě jsou všichni zvyklí na nezávislost a neradi od ní upouštějí. Proto jakmile nastane nějaký problém, musí být pacient hospitalizovaný a vytržený ze svého přirozeného prostředí. Zůstává otázkou praktickou i etickou: „Kdo se má v současné době postarat o nemocné členy rodiny?“ Občasnou neboli intermitentní péči o člověka zvládá většina rodin a nepůsobí jim potíže. Problém nastává, pokud se jedná o dlouhodobou či trvalou péči nemocného člověka. Rodina musí chtít, umět a moci poskytnout základní ošetrovatelskou péči. Většina rodin chce a kdo chce ten se i naučí, což znamená, že takovou základní ošetrovatelskou péči zvládne. Nemůžeme ani opomenout ekonomickou stránku věci. Péče v nemocnici je mnohonásobně dražší než péče v domácím prostředí. (1)

Jsou dvě oblasti, ve kterých je rodina nezastupitelná. Rodina nám může být velkým zdrojem informací. Je na sestře, aby si za pomoci rodiny nemocného dokázala vytvořit mnohem komplexnější obraz o svém pacientovi. Těchto informací pak může sestra využít ke zkvalitnění péče o nemocného. Druhá oblast se týká zapojení rodiny přímo do péče. Rodina zde může zastupovat mnoho rolí. Ochranou rolí většinou

zastupuje manželka, která opatruje nemocného a snaží se, aby si nemocný příliš neuvědomoval svou závislost. Preventivní role spočívá především v úpravě domácího prostředí tak, aby nedocházelo k zhoršování či komplikacím zdravotního stavu. Třetí a hodně důležitá role je podpůrná někdy také nazývaná, jako pomocná. Tato role spočívá hlavně v morální podpoře a fyzické pomoci. (1)

V současné době se můžeme setkat s ochotou rodiny pečovat o svého nemocného člena rodiny. Toto však záleží na typu onemocnění, jeho závažnosti, délce léčby a na předpovědi. Rodina v celku dobře zvládá krátkodobou péči o svého člena rodiny, který má například frakturu ruky. Horší je to s dlouhodobou péčí, kdy je nemocný například imobilní, inkontinetní či duševně postižený. Samozřejmě velkou roli hraje i finanční situace rodiny, či onemocnění dalších členů rodiny. Bohužel různá šetření poukazují na problém u pečujících osob. Jedná se o takzvaný negativní efekt pečování. U těchto lidí se častěji objevují psychické potíže, nedostatečná sociální interakce a problémy psychického rázu. Často se u těchto dlouhodobě pečujících můžeme setkat se syndromem vyhoření. A pak může docházet ke špatnému pečování o nemocného. Myslím si, že je dobré prolínat institucionální péči s domácí péčí. V každém případě rodina sehrává velkou roli v péči o nemocného. Je pro nemocného hlavně velkou oporou a spojením s okolním světem. (1)

#### ***1.10.7. Psychologické působení u pacientů na chirurgii***

V dnešní době prudkého rozvoje chirurgické techniky a nových vyšetřovacích i léčebných metod dochází k odosobnění medicíny a osobní kontakt je odsunut někam do pozadí. Lékaři často nevidí člověka jako holistickou bytost, ale vidí pouze orgán, na kterém je nutno provést nějaký výkon. Právě na chirurgii by se měla věnovat pacientům psychologická péče, protože právě u těchto pacientů nastávají velké psychologické změny. Pokud se jedná o pórůrazový stav, musí se pacient adaptovat na nový stav. U pacienta se odráží vnímání tělesného zjevu v jeho psychice. Při chirurgických výkonech je u většiny pacientů přirozený strach a obavy, zda se vše zdaří a nenastanou nějaké komplikace. Tento strach můžou redukovat právě zdravotníci a to informováním pacienta a psychickou oporou. Pokud se jedná o plastické operace je dobré nemocné připravit na změnu vzhledu po operaci. (50)

Psychologický přístup tedy spočívá v poznání osobnosti člověka. V dobrých vztazích mezi zdravotníkem a pacientem. Zdravotník by měl být vzdělaný a měl by znát stádia prožívání nemoci. Nesmíme ani opomínat individuální přístup k pacientům a to zejména v předoperačním a pooperačním období. Sestra si musí uvědomit, že každý pacient je jiný. Snažíme se u pacienta snížit jeho strach a obavy z výkonu na minimum. Toho může sestra docílit už jen tím, že s pacientem komunikuje a zodpoví mu některé otázky, které spadají do její kompetence. Popíše stádia bolesti, která jsou spojená s výkonem. Sestra by se také měla snažit zapojit do ošetrovatelského procesu co nejvíce rodinu. Umožnit nemocnému kontakt s rodinou. Měli bychom nemocného upozornit na možnou změnu životního režimu, která může být trvalá či dočasná. Zdravotník by měl také vhodně volit slova, aby pacientovi neublížil. (50)

#### ***1.10.8. Psychologické působení u pacientů v interním lékařství***

Je zřejmé, že nemoc má vliv na psychiku nemocného. Nejvíce naši psychiku ovlivňují kardiovaskulární nemoci a to zejména infarkt myokardu. Je mnoho výzkumů, které potvrdily úzký vztah psychiky s různými onemocněními. Je všeobecně známo, že některé aspekty, jako je strach, napětí, deprese či úzkost nám mohou zhoršit průběh nemoci a zároveň i zkomplikovat průběh léčby. Často se v interním lékařství setkáváme s chronicky nemocnými, kteří mají pocit méněcennosti a tím i upadá jejich motivace k léčbě. U těchto pacientů se můžeme setkat s menší aktivitou a snahou zapojit se do své léčby. Na interním oddělení se často můžeme setkat s nemocnými postiženými revmatickým onemocněním. Tato onemocnění jsou často provázena těžko řešitelnými životními situacemi a je na zdravotnících, aby této problematice věnovali svou pozornost. Je všeobecně známo, že konzervativní léčba je běh na dlouhou trať. Tato léčba tedy vyžaduje jistou trpělivost, jak od nemocných, tak i od lékařů. Je na sestře, aby dokázala své pacienty povzbuzovat, dodávala jim patřičnou sebedůvěru. Nemocný se musí naučit žít se svou nemocí a mnohdy si musí zvyknout i na různé změny v běžném životě. Sestra může s pacientem hovořit o dalších možnostech léčby a vhodnou komunikací podporovat účinnost léčby. (50, 51)

Psychologický přístup v péči o pacienta tedy spočívá v různých aspektech. Sestra by měla poznat osobnost svého pacienta. Při příjmu, ale i v průběhu léčby,

bychom měli hodnotit zdravotní stav a psychiku nemocného. Sestra by měla pacientovi srozumitelně vysvětlit všechny úkony, které u nemocného bude provádět. Do psychologické péče také patří konzultace o možnostech a variantách léčby. Pacient by měl mít pocit, že může o svém stavu částečně rozhodovat. Tím utváříme i dobré vztahy mezi zdravotníky a pacienty. Lékař by si měl vždy udělat čas, aby mohl nemocnému podat dostatek informací o průběhu léčby. Nesmíme opomíjet ani dodržování intimity a jistého soukromí. Určitě bychom jako sestry měli v rámci možností zapojovat do ošetrovatelského procesu i rodinu pacienta. Vždyť právě rodina a vlídný přístup zdravotníka je pro většinu nemocných tak důležitý. Sestra by se měla zjišťovat i to, zda li pacient netrpí strachem či úzkostí. A vhodným působením těmto stavům předejít či je odstranit. Dobré je pacienta aktivně zapojit do léčby. Někdy tím pacienti přijdou na jiné myšlenky. Sestra by si měla vždy uvědomit, že komunikací může pacientovi pomoci, ale také ublížit. Proto bychom měli uváženě volit formu i rozsah informací, které pacientovi sdělujeme. (50, 51)

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1. Cíl práce**

- a) Zjistit s jakými stresory se hospitalizovaní pacienti nejčastěji setkávají.
- b) Porovnat zda se výše stresu liší na jednotlivých oddělení
- c) Zjistit, co pacientům pomáhá při zvládnání stresové situace.

### **2.2. Hypotézy**

Na základě dosavadní praxe a poznanych skutečností jsem si stanovila tři následující hypotézy.

Hypotéza 1: Výše stresové zátěže u pacientů je závislá na míře informovanosti o onemocnění a ošetrovatelské péči.

Hypotéza 2: Výše stresu je ovlivněna typem oddělení, na kterém je pacient hospitalizován.

Hypotéza 3: Zvládnání stresu při pobytu v nemocnici je závislé na funkčnosti rodiny a přístupu oš. personálu.

### 3. METODIKA

#### 3.1 Použité metody výzkumu

Pro zjištění, jaké stresory na pacienty působí v nemocniční péči jsem použila metodu dotazníkového šetření. Ke sběru dat jsem použila dotazník. Cílovou skupinou byli klienti hospitalizovaní v nemocnici v Českých Budějovicích dále v nemocnici v Českém Krumlově a v nemocnici v Prachaticích.

Pro výzkum byla použita metoda kvantitativního šetření. V dotazníku bylo celkem 21 otázek. Všechny otázky v mém dotazníku byly uzavřené. Tyto otázky se týkaly informovanosti pacientů, stresové zátěže, funkčnosti rodiny a v neposlední řadě přístupu ošetřujícího personálu. K jednotlivým otázkám jsem přiřadila různý počet bodů, podle kterých jsem respondenty řadila do předem stanovených kategorií.

V mé první hypotéze se zabývám informovaností pacienta, která by měla mít vliv na výši stresu. Myslím si, že pro každého pacienta je důležité, aby měl dostatek informací a netrpěl pocitem nejistoty. Informovanost jako takovou jsem zjišťovala pomocí otázek 3, 4 a 6. Každou otázku jsem podle její závažnosti obodovala. Odpověď ano byla za 0 bodů, spíše ano za 1 bod, spíše ne za 2 body a odpověď ne za 3 body. Takto jsem obodovala otázku č. 3 a č. 4. Otázku č. 6, ve které jsem se ptala respondentů, zda se jim někdy stalo, že nerozuměli či nevěděli, co se s nimi bude dít, jsem obodovala tak, že odpověď ano byla za 3 body a odpověď ne a nevím byly za 0 bodů. Podle dosažených bodů jsem respondenty rozdělila do 3 kategorií dle míry informovanosti. 0 - 3 body získali vysoce informovaní pacienti, dále pak 4 - 6 bodů středně informovaní pacienti a 7 a více bodů dosáhli pacienti s nedostatečnou informovaností.

Další proměnnou, kterou jsem ve své práci zkoumala, byla výše stresové zátěže. Ve své druhé hypotéze předpokládám, že typ oddělení ovlivňuje výši stresu. Typ oddělení jsem vyhodnotila pomocí otázky č. 9, kde se ptám na místo hospitalizace. Výši stresu jsem stanovila pomocí otázek č. 3, 4, 6, 7 a 8. Každou z těchto otázek jsem opět obodovala. Kdy otázky č. 3, 4 a 6 jsou obodovány stejným způsobem jako u zjišťování informovanosti. U 7 otázky měli respondenti možnost zaškrtnout až 14 odpovědí, které se týkají negativních faktorů při hospitalizaci. Každé z těchto odpovědí jsem přiřadila body dle její závažnosti. Například pokud respondent zatrhl odpověď časné ranní

vstávání, tak tato odpověď měla 1 bod. To znamená, že jsem jí hodnotila jako nejméně stresující. Na rozdíl od toho odpověď ztráta soběstačnosti měla nejvyšší obodování čili 4 body. Tuto odpověď jsem tedy hodnotila jako vysoce stresující. A tímto způsobem jsem obodovala i zbývající možnosti u otázky č. 7. Pro zjišťování výše stresu jsem použila i otázku č. 8, kde jsem se dotazovala respondentů, zda jim zdravotník vysvětlí to, co momentálně s nimi bude dělat. Opět i tato otázka byla obodována obdobným způsobem, jako u předcházejících otázek, kdy 0 bodů bylo za odpověď ano, 1 bod za spíše ano, 2 body za odpověď spíše ne a odpověď ne za 3 body. Respondenti, kteří získali 3-10 bodů, spadali do kategorie s nízkým stresem. Další respondenti, kteří dosáhli 11-20 bodů jsem zařadila do kategorie se středním stresem a v poslední kategorii byli respondenti s 21- 29 body. Tyto respondenty jsem zařadila do kategorie s vysokým stresem.

Za důležitou proměnnou také považuji funkčnost rodiny. Kdy ve své třetí hypotéze předpokládám vztah mezi funkčností rodiny a výší stresu. Pro vyhodnocování této proměnné jsem použila standardizovaný dotazník Apgarové skóre rodiny (26, s. 689). Tuto proměnnou jsem tedy vyhodnotila pomocí otázek č. 13, 14, 15, 16, 17 a 18. Tyto otázky se všechny vztahovaly k funkčnosti rodiny. U všech těchto otázek zaměřených na funkčnost rodiny byly vždy tři možnosti odpovědí. Odpovědi ve znění téměř vždy jsem přiřadila 3 body. Odpovědi ve znění někdy byly za 2 body a téměř nikdy za 1 bod. Respondent, který získal minimum bodů, což bylo v tomto případě 6- 10 bodů, spadal do kategorie, kde funkčnost rodiny byla vysoce narušená. Respondent, který získal 11 – 14 bodů byl zařazen do kategorie, kde funkčnost rodiny byla mírně narušená a zbývající respondenti, kteří měli 15- 18 bodů byli zařazeni do kategorie s fungující rodinou.

Poslední proměnnou v mém výzkumu je přístup ošetřujícího personálu. Domnívám se, že přístup personálu má vliv na výši stresu. Tuto proměnnou zjišťuji pomocí otázek 19, 20 a 21. Otázka 19 je zaměřena na představení personálu. Opět jsem každé odpovědi dala vhodné obodování, které vyjadřovalo rozsah míry stresu. Odpověď ve znění ano představil, byla za 2 body. Odpovědi ne a nevím byly za 0 bodů. I otázka č. 20, která se týkala respektování přání pacienta, měla stejné znění odpovědí jako předešlá otázka č. 19 a také stejné bodování. Stejnou metodou jsem postupovala i u poslední otázky č. 21,

kteřá se týkala toho, zda zdravotník vřdy pacienta informuje o tom, co s ním bude dĚlat. Respondent, kteřý získał 0 – 2 bodů spadal do kategorie se řpatným přístupem personálu, 3-4 body s vyhovujícím přístupem personálu a 5- 6 bodů s výborným přístupem personálu.

Dotazníkové řetření bylo provedeno v přuběhu měsíce května a června 2011. Výsledky řetření byly zpracovány pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel a pro statistické zpracování dat jsem využila program SPSS 16.0.

Závislosti zkoumaných proměnných jsme hodnotili pomocí kontingenčních tabulek neboli třídění druhého stupně. Dále jsem použila Pearsonův chí kvadrát test pro stanovení hodnoty hladiny významnosti. Hraniční hladina významnosti byla stanovena na 5 % pro platnost nulové hypotézy. Jestliže byla dosažená hodnota menší, nulová hypotéza se zamítá a přijímá se hypotéza alternativní, protože se zde prokázal vztah.

## ***1.6 Výzkumný soubor***

Výzkumný soubor tvořili pacienti již ve zmiňovaných nemocnicích, které se liřily svou kapacitou. Rovněž bylo zdůrazněno zachování anonymity při vyplňování dotazníku. Klienti přístupovali k řetření v celku pozitivně včetně malé pozornosti, kterou byli na závěr odměněni.

V Nemocnici České Budějovice jsem rozdala celkem 200 dotazníků a to na chirurgickém a interním oddělení. Celkem se mi vrátilo z této nemocnice 144 (72%) dotazníků. A to z interního oddělení 68 (34%) dotazníků a z chirurgického 76 (38%) dotazníků. Pro neúplné či nepřesné vyplnění jsem musela vyřadit 17 (8,5%) dotazníků. 56 (28%) dotazníků zůstalo v tomto případě nevyplněných. Celkem tedy bylo 127 (63,5%) řádně vyplněných dotazníků, které jsem mohla dále využít pro mou práci.

Dalších 150 dotazníků bylo rozdáno v Nemocnici Český Krumlov. Návratnost dotazníků činila 86 (57,3%). Z interního oddělení se mi vrátilo 40 (26,6%) dotazníků a z chirurgického 32 (21,3%). I zde jsem musela 14 (9,3%) dotazníků pro chybné vyplnění vyřadit. Z celkového počtu navrácených dotazníků se tedy dalo použít



72 (48%) správně vyplněných dotazníků. Nevyplněných dotazníků se mi vrátilo 66 (44%).

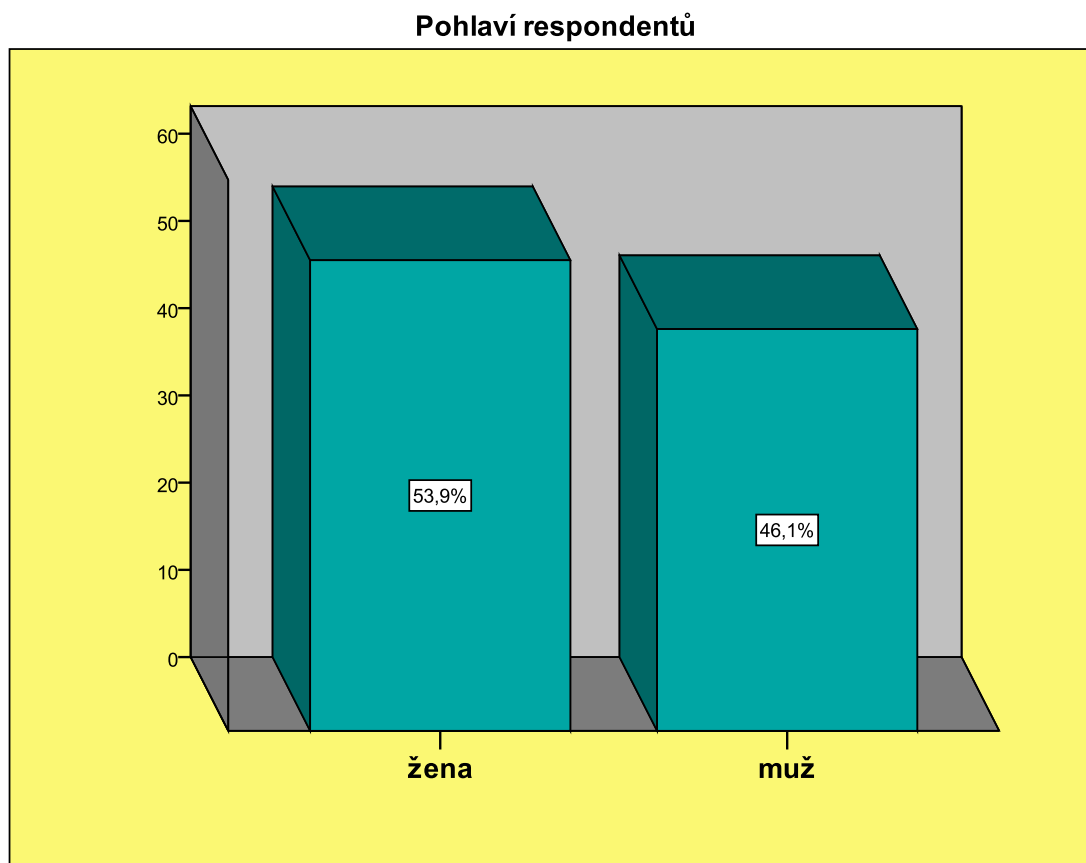
Posledních 50 dotazníků jsem rozdala v Nemocnici v Prachaticích. Celková návratnost činila 44 (88%) dotazníků. Z čehož z chirurgického oddělení se mi vrátilo 20 (40%) a z interního oddělení 24 (48%) dotazníků. 15 (30%) dotazníků jsem musela vyřadit pro neúplnost údajů, takže pro statistické zpracování mi zůstalo celkem 29 (58%) správně vyplněných dotazníků.

Celkový počet správně vyplněných dotazníků činí 228, čili celková správná návratnost ze 400 dotazníků činí 57%.

## 4. VÝSLEDKY

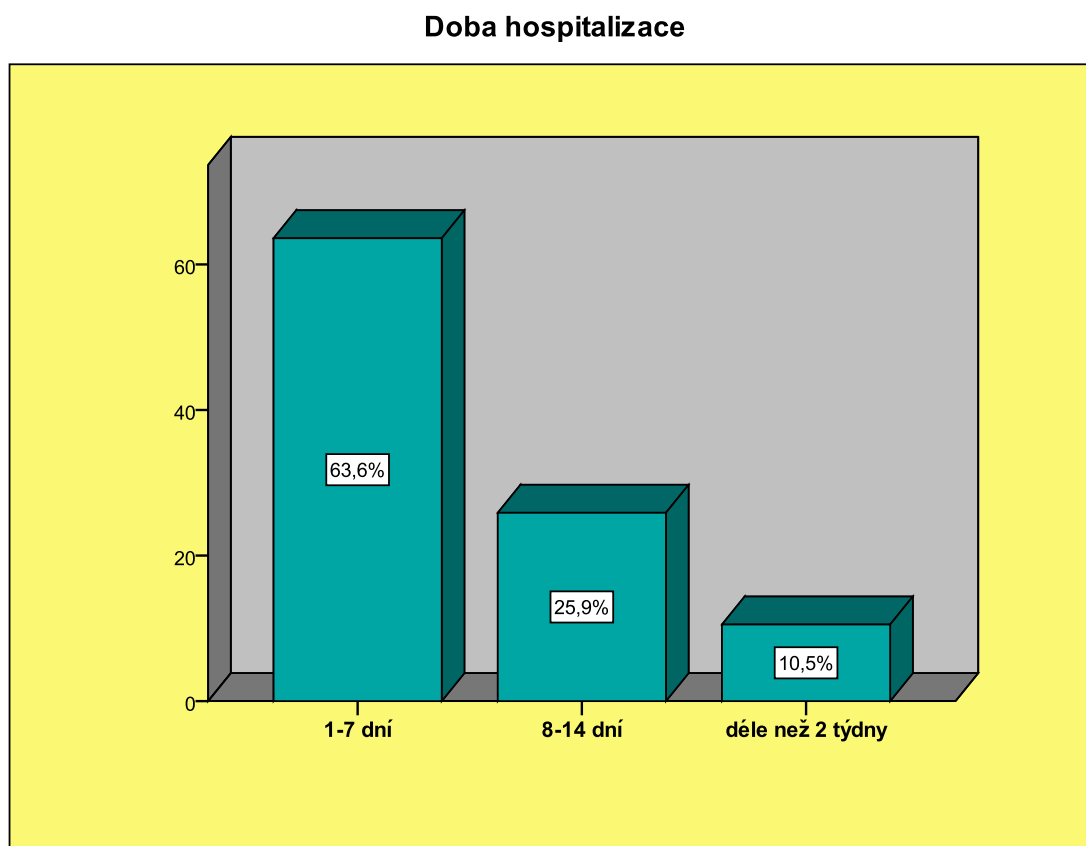
### 4.1. Souhrné výsledky

*Graf 1 Pohlaví respondentů (otázka č. 1)*



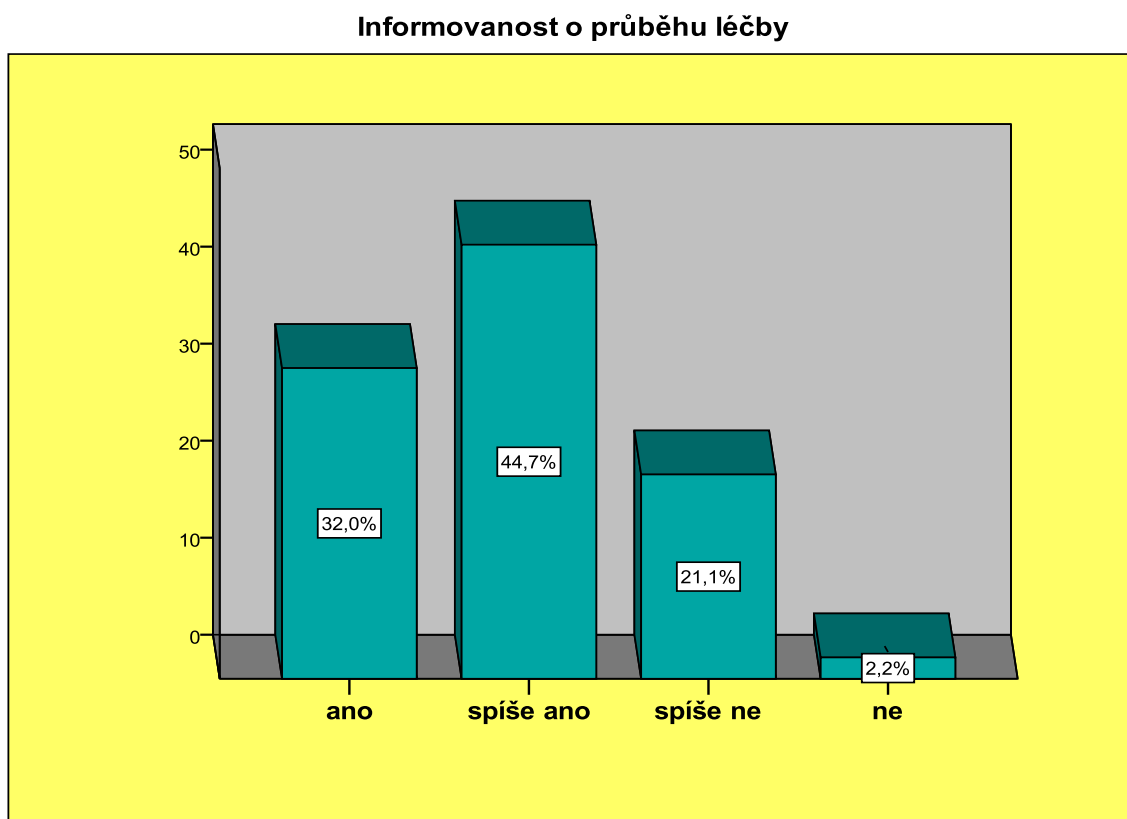
Z celkového počtu 228 (100 %) dotazovaných respondentů je 123 (53,9 %) ženského pohlaví a 105 (46,1 %) mužského pohlaví.

**Graf 2 Doba hospitalizace (otázka č. 2)**



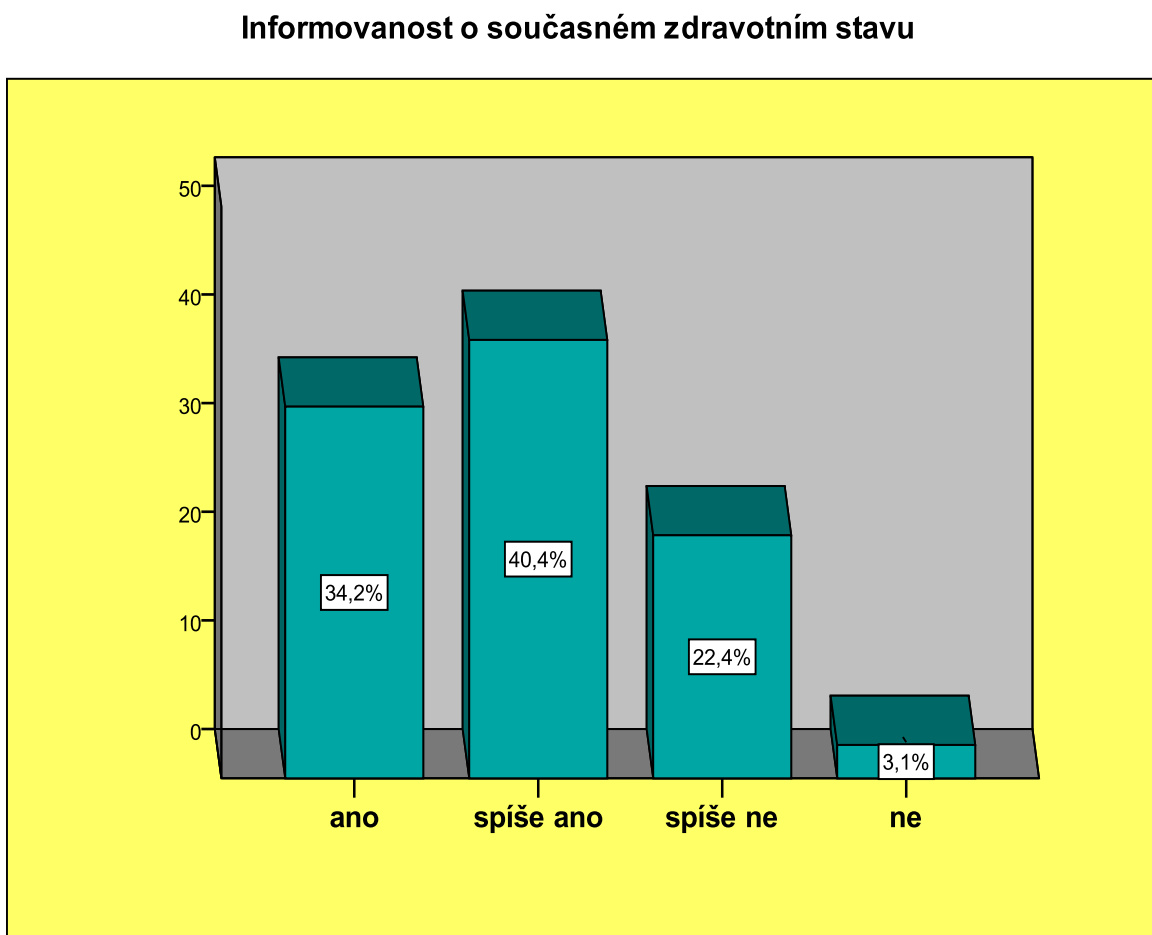
Tento graf popisuje dobu hospitalizace dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů, odpovědělo 145 (63,6 %) že jsou na oddělení 1-7 dní, dále 59 (25,9 %) dotazovaných uvedlo, že jejich doba hospitalizace činí 8-14 dní. A 24 (10,5 %) respondentů je na oddělení déle než 2 týdny.

**Graf 3 Informovanost o průběhu léčby (otázka č.3)**



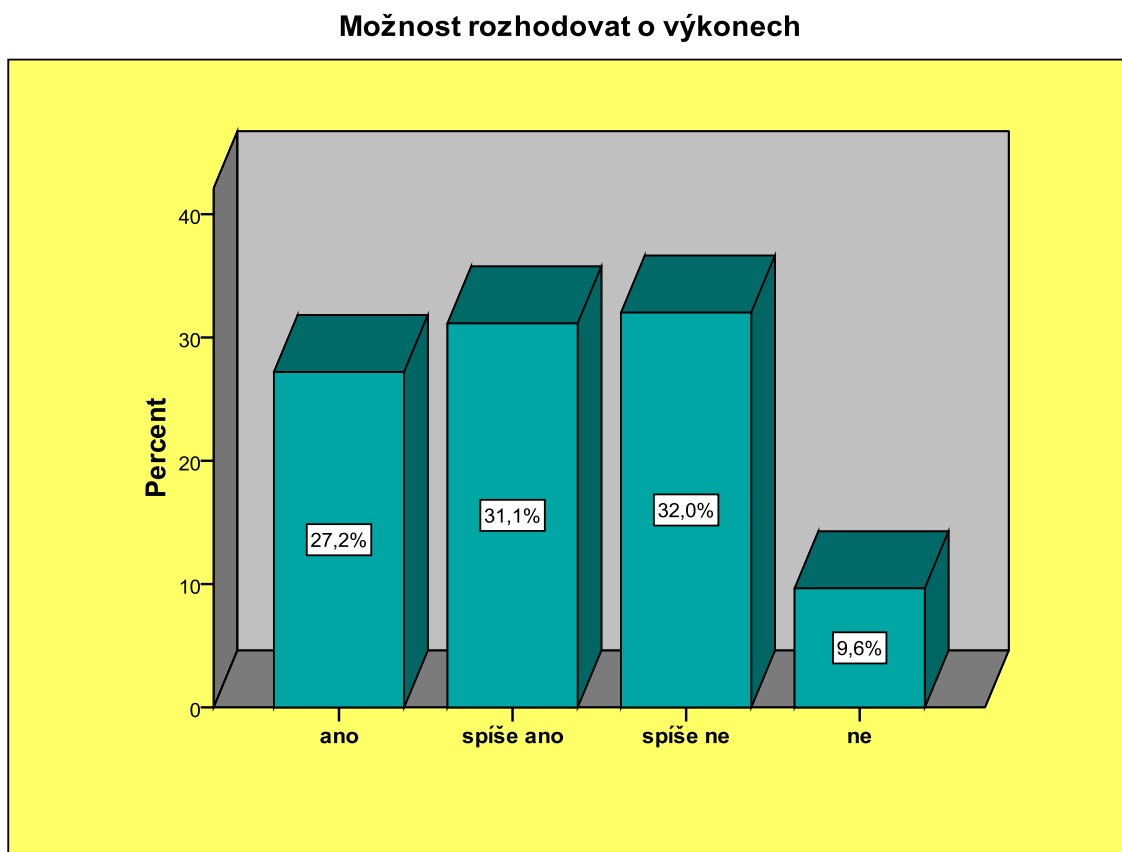
Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 73 (32 %) že jsou informováni o průběhu své léčby, dalších 102 (44,7 %) tvrdilo že spíše jsou informováni, 48 dotazovaných uvedlo, že spíše nejsou informováni a 5(2,2 %) respondentů odpovědělo záporně.

**Graf 4 Informovanost o současném zdravotním stavu (otázka č. 4)**



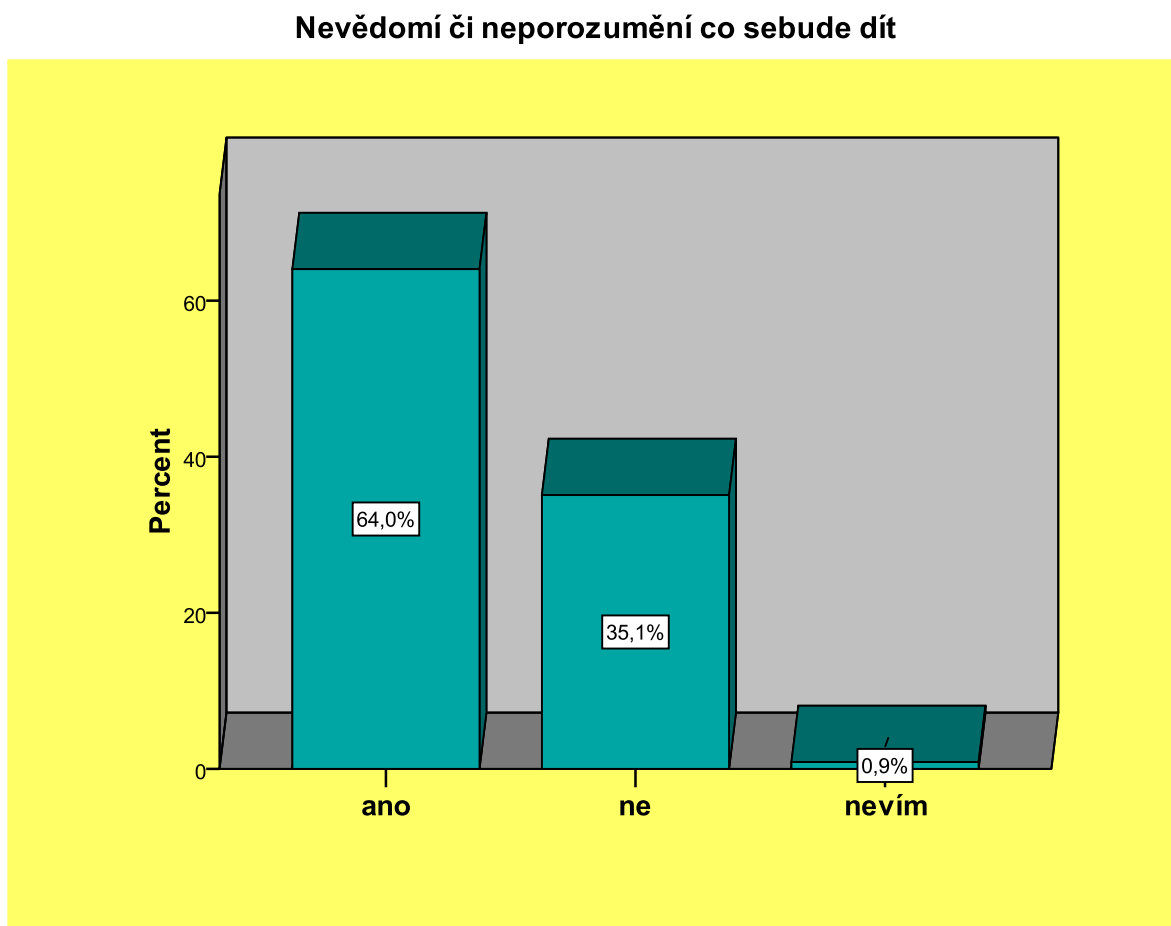
Tento graf popisuje zda je respondent dostatečně informován o svém současném zdravotním stavu. Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 78 (34,2 %), že je informováno. Dalších 92 (40,4 %) dotazovaných odpovědělo, že jsou spíše informováni, 51(22,4 %) dotazovaných uvedlo, že spíše nejsou informováni a 7 (3,1 %) respondentů zodpovědělo, že nejsou vůbec informováni o svém zdravotním stavu.

*Graf 5 Možnost rozhodovat o výkonech (otázka č. 5)*



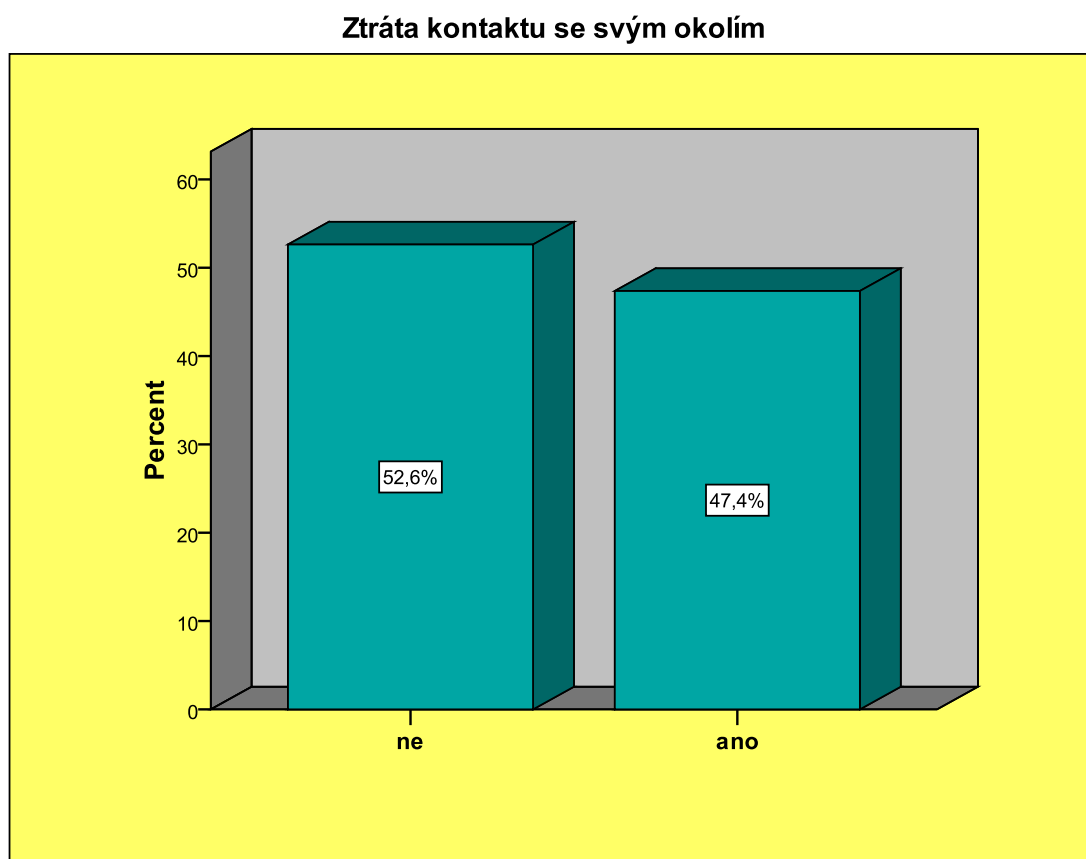
Tento graf popisuje, zda má respondent možnost rozhodovat o výkonech, které se u něj provádějí. Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů zodpovědělo 62 (27,2 %) dotazovaných, že má možnost rozhodovat. Dalších 71 (31,1 %) uvedlo, že spíše můžou rozhodovat. 73 (32 %) respondentů odpovědělo, že spíše nemají možnost rozhodovat a 22 (9,6 %) dotazovaných uvedlo že nemá vůbec možnost rozhodovat.

*Graf 6 Nevědomí či neporozumění tomu co se bude dít (otázka č. 6)*



Z celkového počtu dotazovaných 228 (100 %) respondentů uvedlo 146 (64 %), že neporozuměli či nevěděli co se s nimi bude dít. A 80 (35,1%) dotazovaných uvedlo, že se jim nikdy nestalo, že by nevěděli či neporozuměli tomu, co se s nimi bude dít. 2 (0,9 %) respondenti nedokázali na tuto otázku odpovědět.

**Graf 7 Ztráta kontaktu se svým okolím (otázka č. 7)**



Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo na otázku, zda vnímají negativně ztrátu kontaktu se svým okolím 108 (47,4 %) dotazovaných, že ano a 120 (52,6 %) respondentů, že ne.

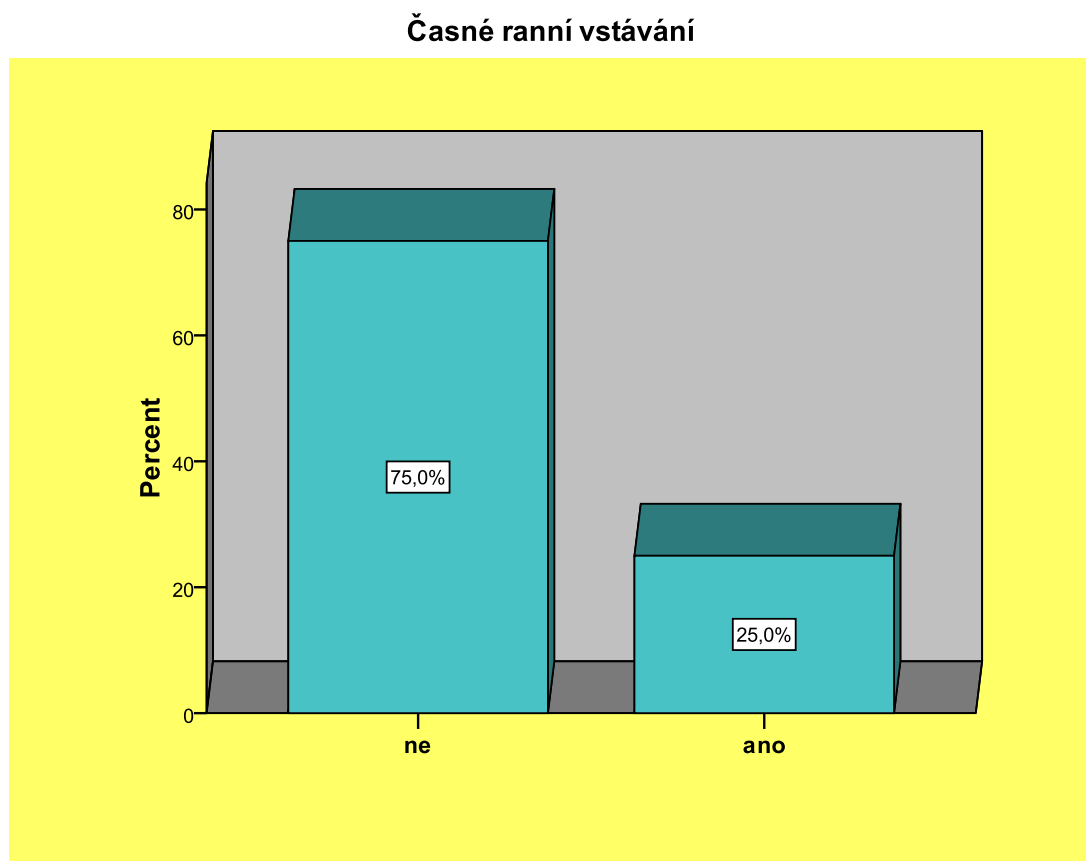


**Graf 8** Nemožnost vykonávat svou běžnou životní roli (otázka č. 7)



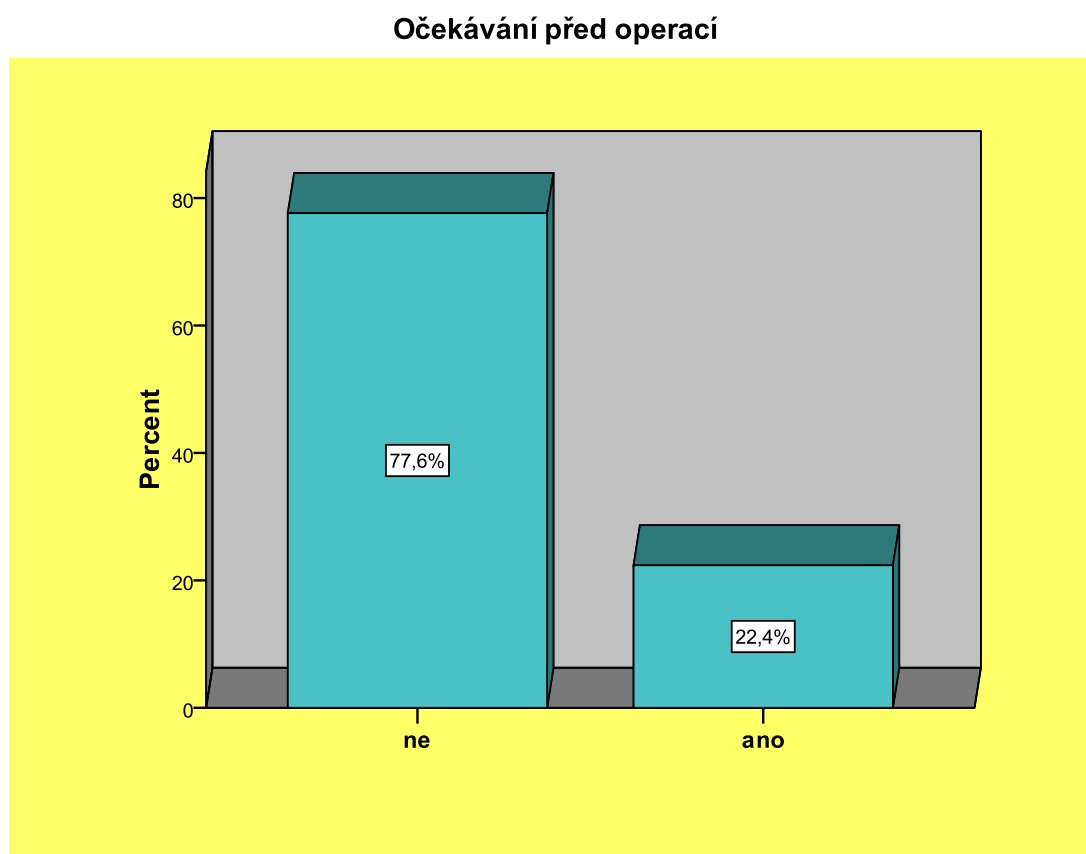
Z celkového počtu dotazovaných 228 (100 %) respondentů odpovědělo 122 (53,5 %) dotazovaných, že vnímají negativně nemožnost vykonávat svou běžnou životní roli a 106 (46,5 %) respondentům tento faktor nevnímá jako negativní.

*Graf 9 Časné ranní vstávání (otázka č. 7)*



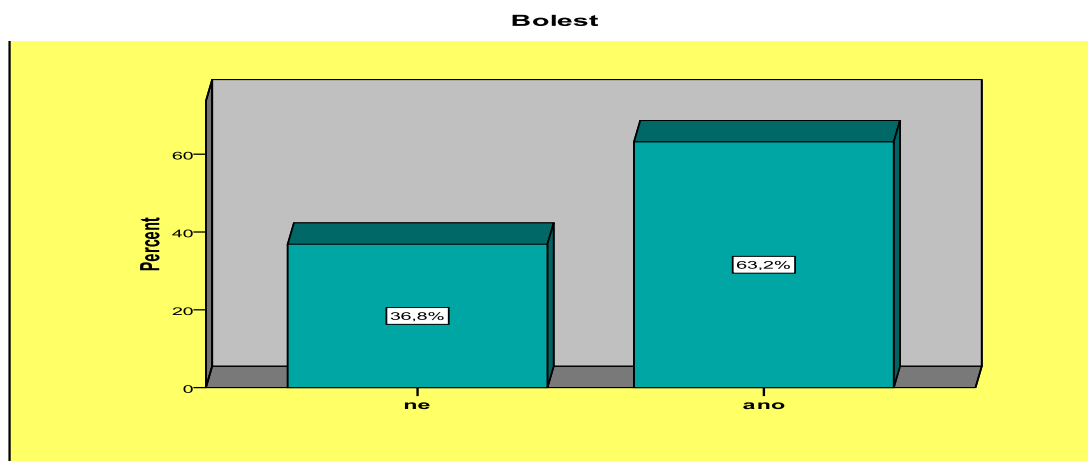
Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 171(75 %), že nevnímají časné ranní vstávání jako negativní a 57 (25 %) dotazovaných uvedlo, že tento faktor považují jako negativní.

*Graf 10 Očekávání před operací (otázka č. 7)*



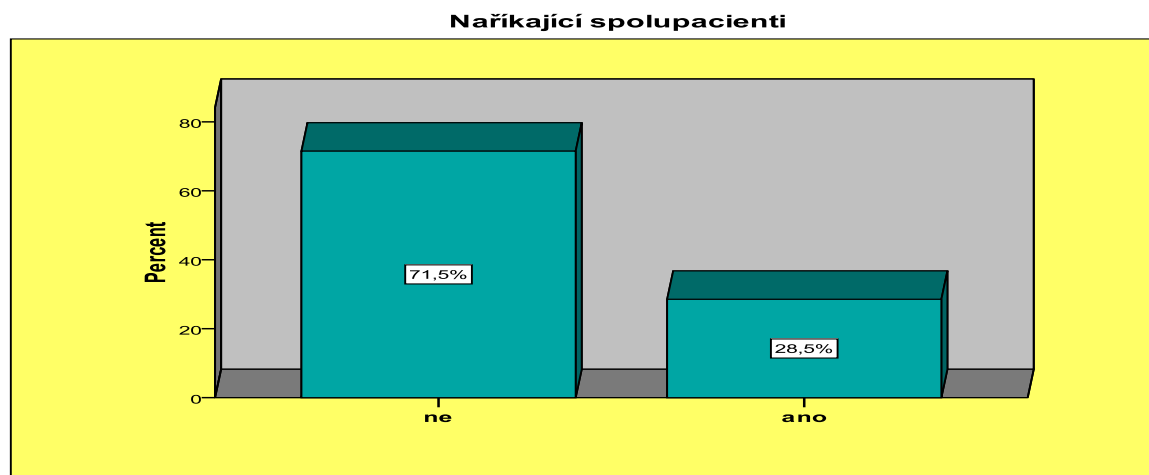
Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů uvádí 177 (77,6 %) dotazovaných, že nevnímá jako negativní očekávání před operací a 51 (22,4 %) respondentů uvedlo, že jim tento faktor vadí.

**Graf 11 Bolest (otázka č. 7)**



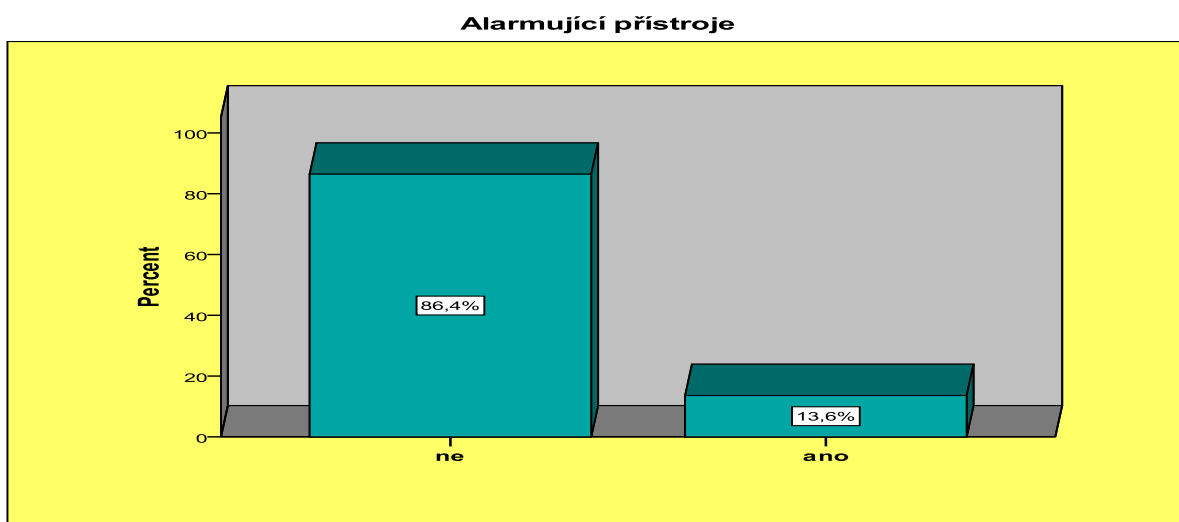
Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 144 (63.2 %) dotazovaných na tuto otázku, že bolest vnímají negativně a 84 (36.8 %) respondentům bolest nevadí.

**Graf 12 Nařikající spolupacienti (otázka č. 7)**



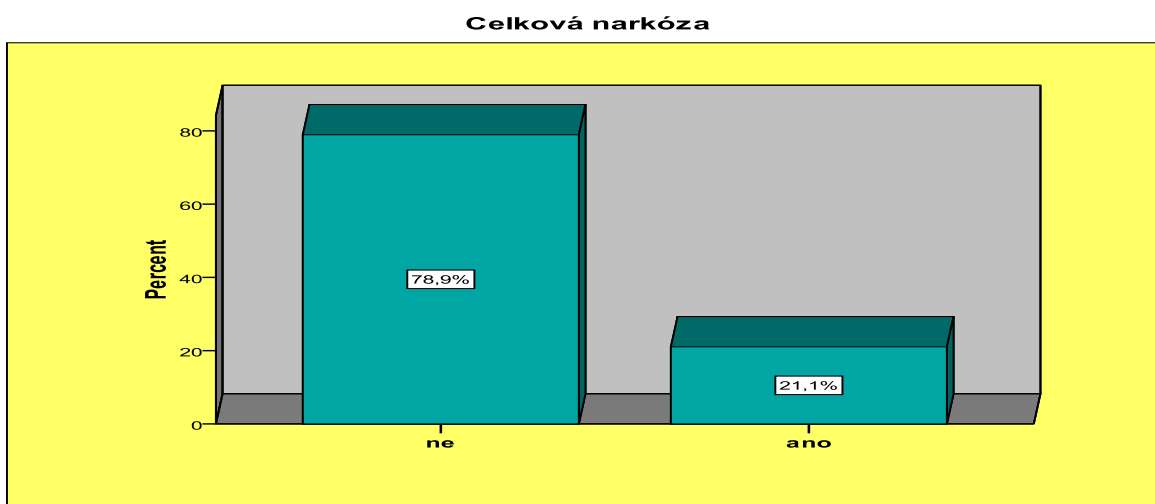
Z celkového počtu 228 (100 %) dotazovaných uvedlo 163 (71,5 %) respondentů, že tento faktor nevnímají negativně a 65 (28,5 %) pacientů odpovědělo, že tento problém vnímají negativně.

**Graf 13 Alarmující přístroje (otázka č.7)**



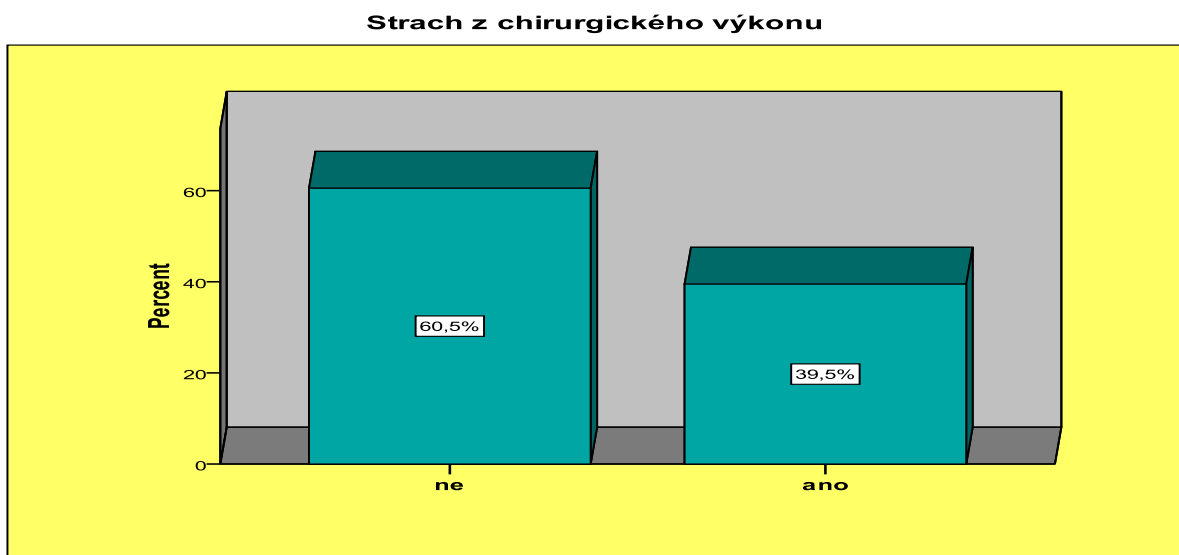
Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 197 (86,4 %) pacientů, že jim tento faktor nevadí a 31 (13,6 %) dotazovaných uvedlo, že jim alarmující přístroje vadí.

**Graf 14 Celková narkóza (otázka č. 7)**



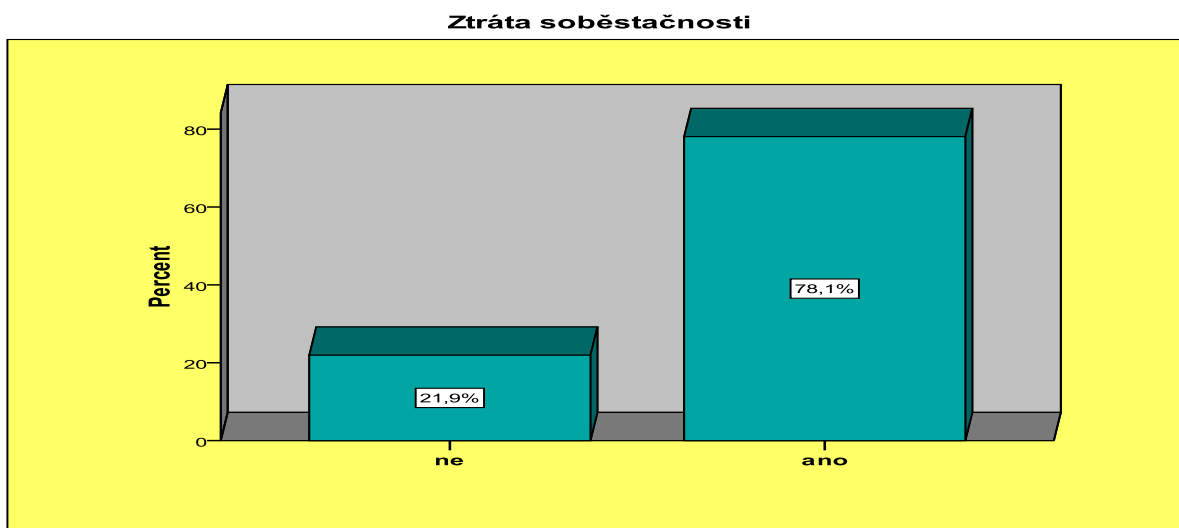
Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů uvedlo 180 (78,9 %) pacientů, že jim celková narkóza nevadí a 48 (21,1 %) dotazovaných uvedlo, že celkovou narkózu vnímají negativně.

**Graf 15 Strach z chirurgického výkonu (otázka č. 7)**



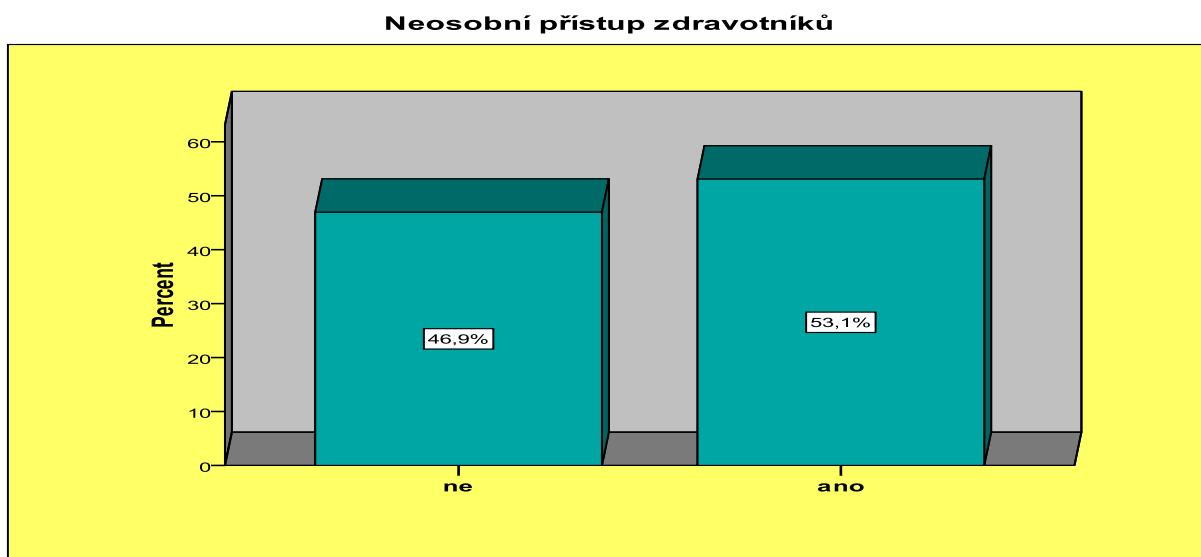
Z celkového počtu 228 (100 %) dotazovaných odpovědělo 90 (39,5 %) respondentů, že vnímají tento faktor negativně a 138 (60,5 %) odpovědělo, že strach z chirurgického výkonu nemá.

**Graf 16 Ztráta soběstačnosti (otázka č. 7)**



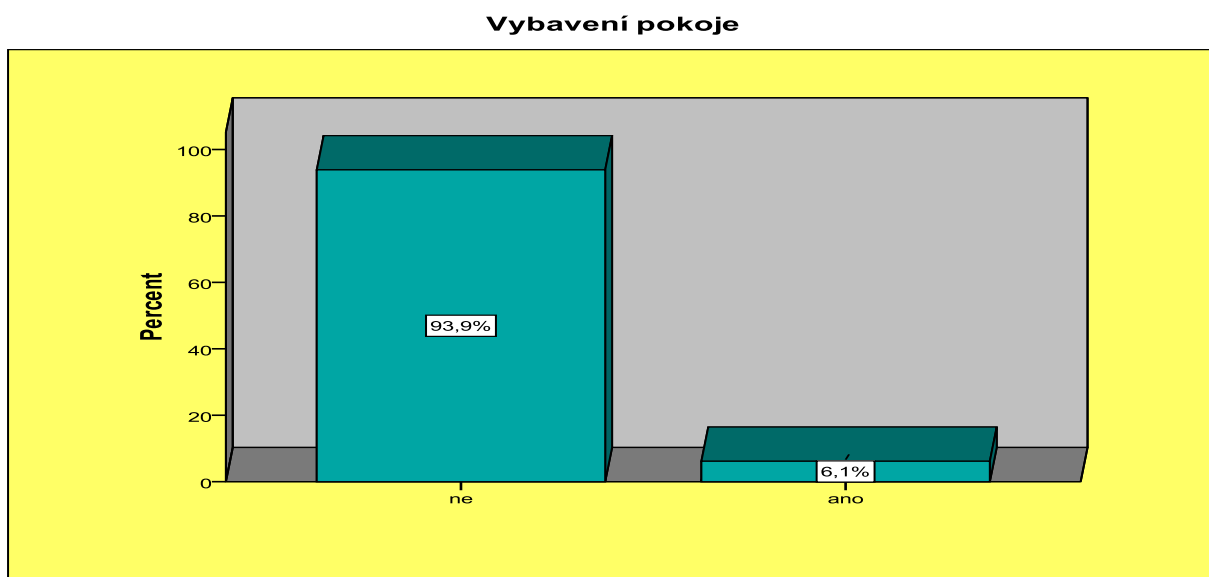
Z celkového počtu 228 (100 %) dotazovaných uvedlo 178 (78,1 %) dotazovaných, že jim ztráta soběstačnosti vadí a 50 (21,9 %) respondentů, že jim to nevadí.

**Graf 17 Neosobní přístup zdravotníků (otázka č. 7)**



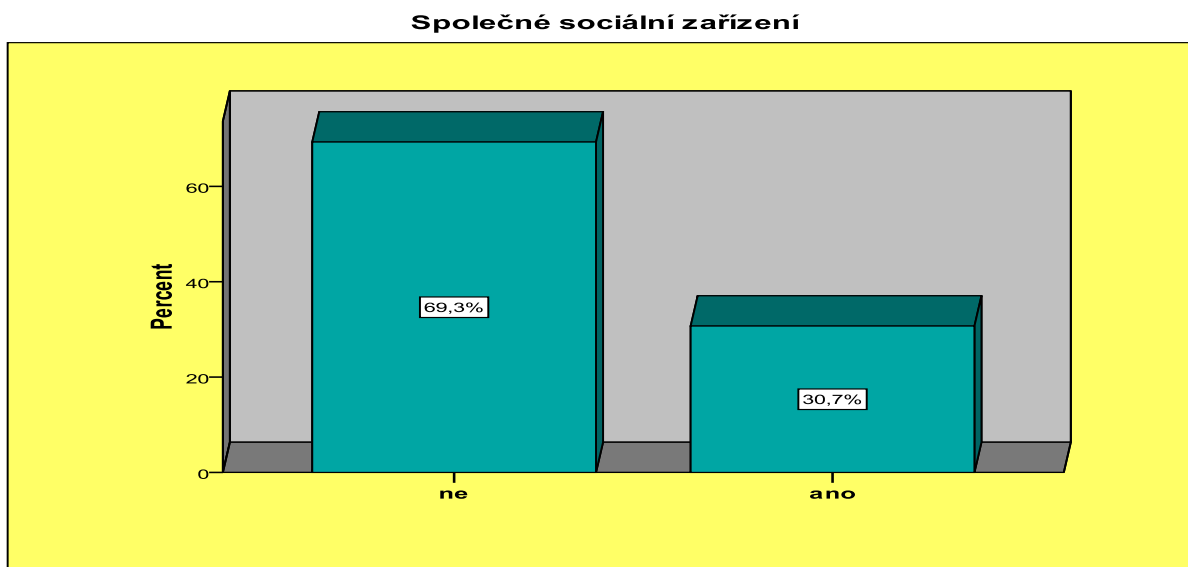
Z celkového počtu 228 (100 %) dotazovaných odpovědělo 107 (46,9 %) respondentů, že neosobní přístup zdravotníků jim nevádí a 121 (53,1 %) dotazovaných vnímají tuto skutečnost negativně.

**Graf 18 Vybavení pokoje (otázka č. 7)**



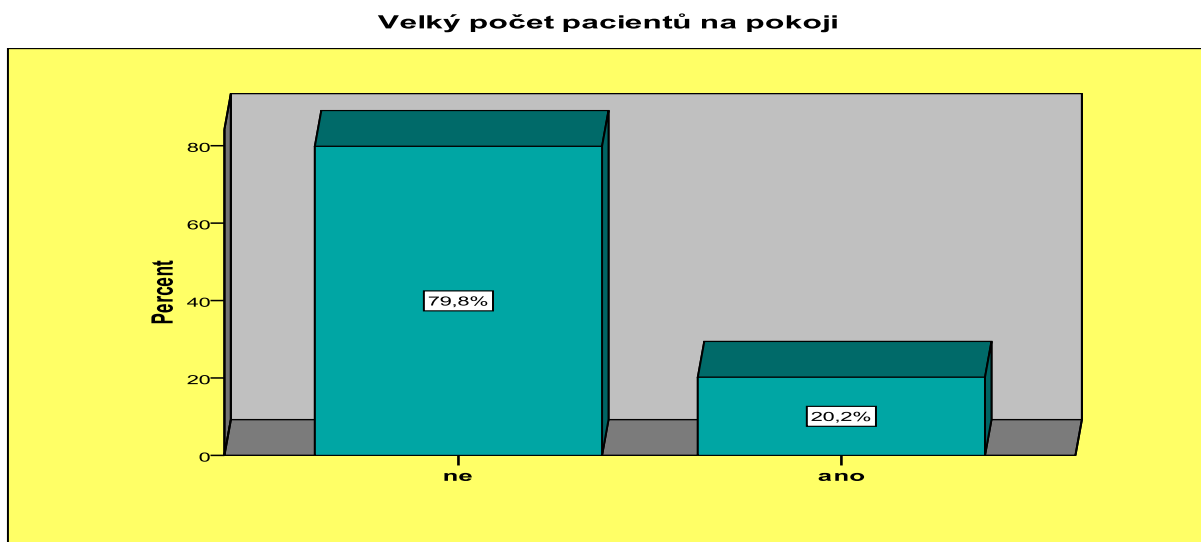
Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů 214 (93,9 %) dotazovaných uvedlo, že jim vybavení pokoje nevádí a 14 (6,1 %) tento faktor vnímá negativně.

**Graf 19 Společné sociální zařízení (otázka č. 7)**



Z celkového počtu 228 (100 %) dotazovaných uvedlo 158 (69,3 %) respondentů, že jim společné sociální zařízení nevadí a 70 (30,7 %) pacientů zodpovědělo, že to vnímají negativně.

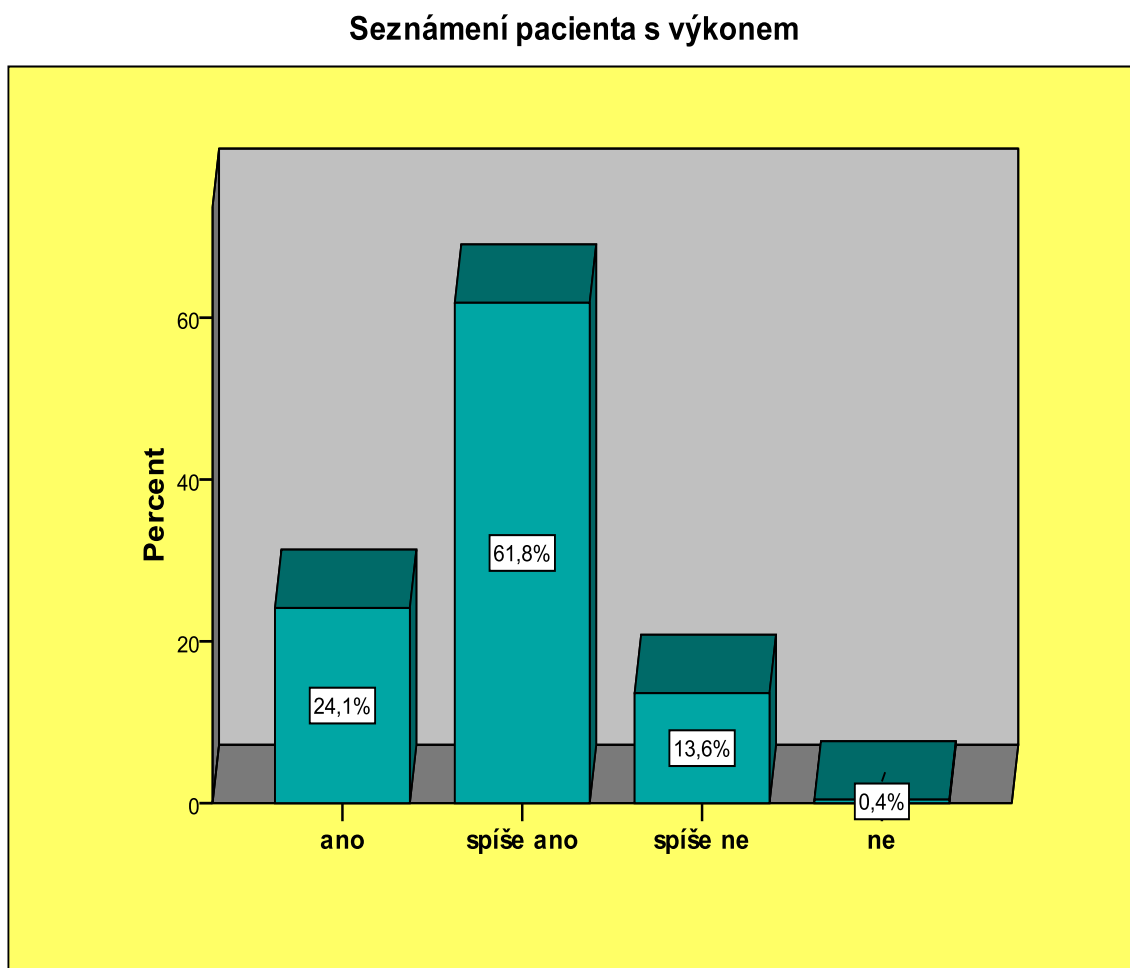
**Graf 20 Velký počet pacientů na pokoji (otázka č. 7)**



Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů uvedlo 182 (79,8 %), že tuto skutečnost nepovažují jako negativní a 46 (20,2 %) pacientům velký počet na pokoji vadí.

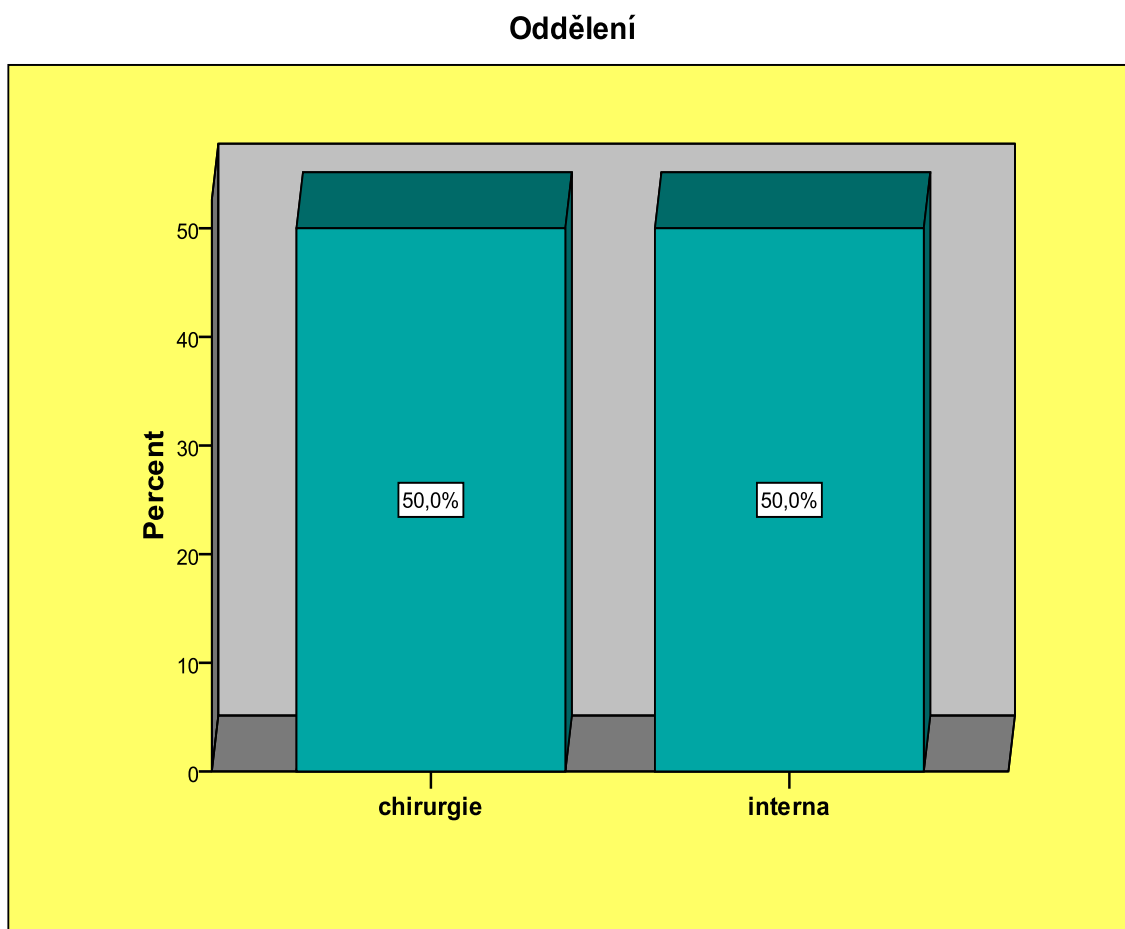


*Graf 21 Seznámení pacienta s výkonem (otázka č. 8)*



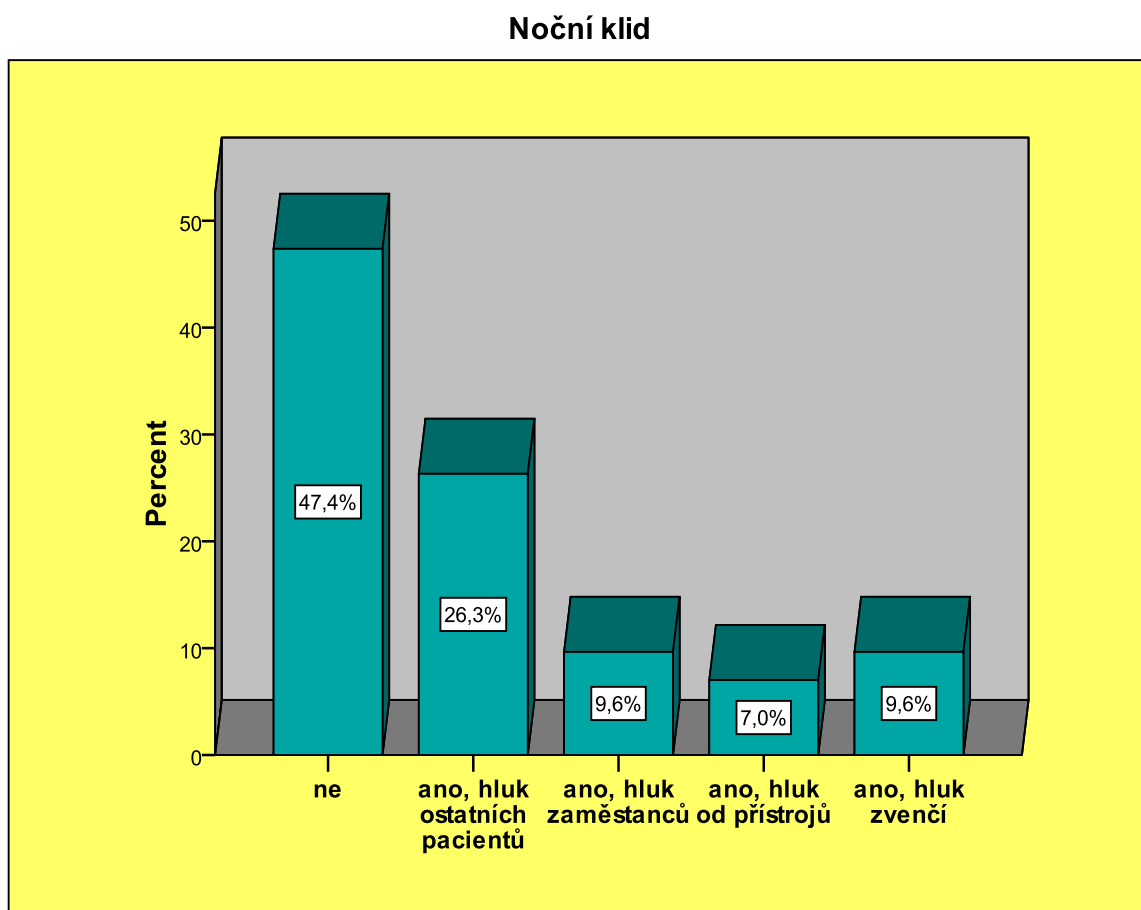
Tento graf se vztahuje k otázce, kde se ptáme, zda je pacientovi vždy vysvětleno, co se s ním bude dělat. Z celkového počtu respondentů 228 (100 %) odpovědělo 55 (24,1 %) respondentů kladně, 141 (61,8 %) uvedlo, že spíše ano, 31 (13,6 %) dotazovaných má pocit, že spíše ne a 1 (0,4 %) respondent uvedl, že mu žádný zdravotník nevysvětlí, co s ním bude dělat.

**Graf 22 Oddělení (otázka č. 9)**



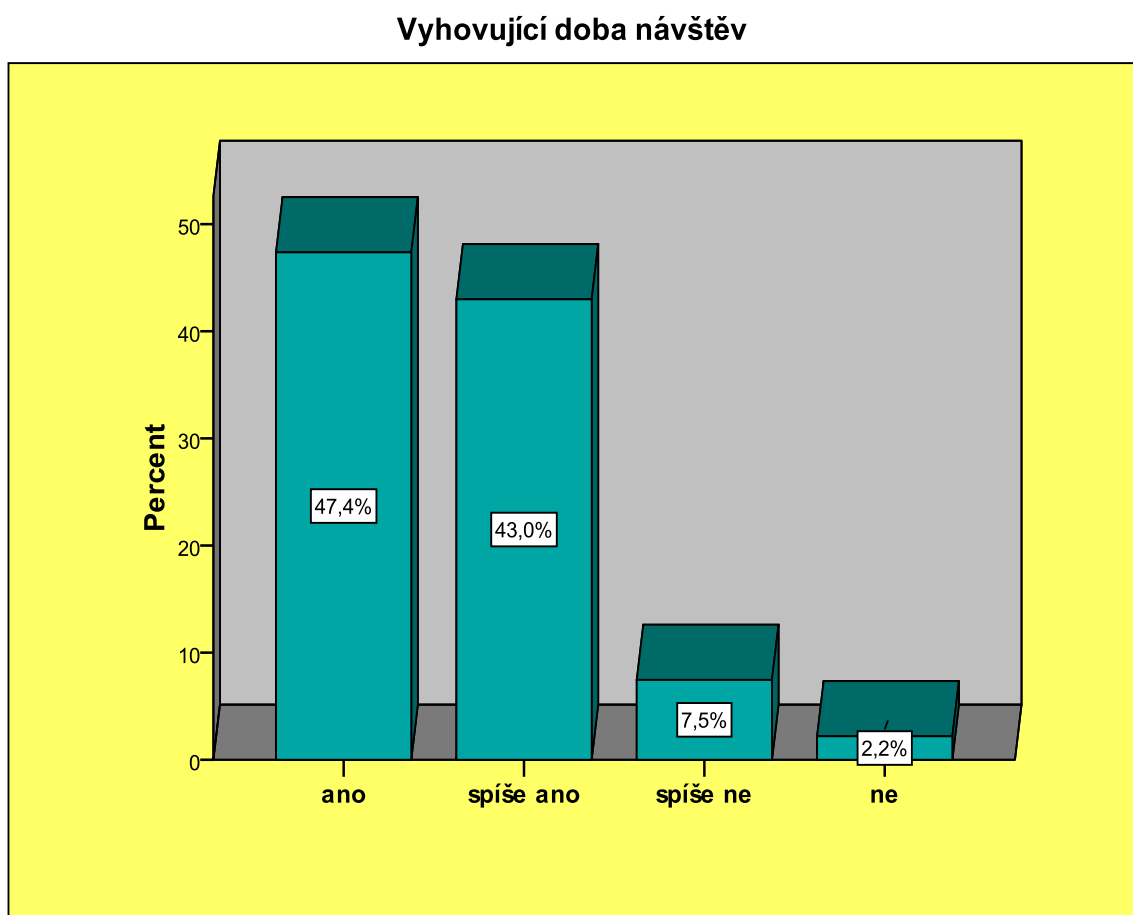
Tento graf znázorňuje početní zastoupení respondentů na obou odděleních. Z celkového počtu 228 (100 %) vyplývá, že na chirurgickém oddělení je 114 (50 %) respondentů a na interním oddělení je také 114 (50 %) respondentů.

*Graf 23 Noční klid (otázka č. 10)*



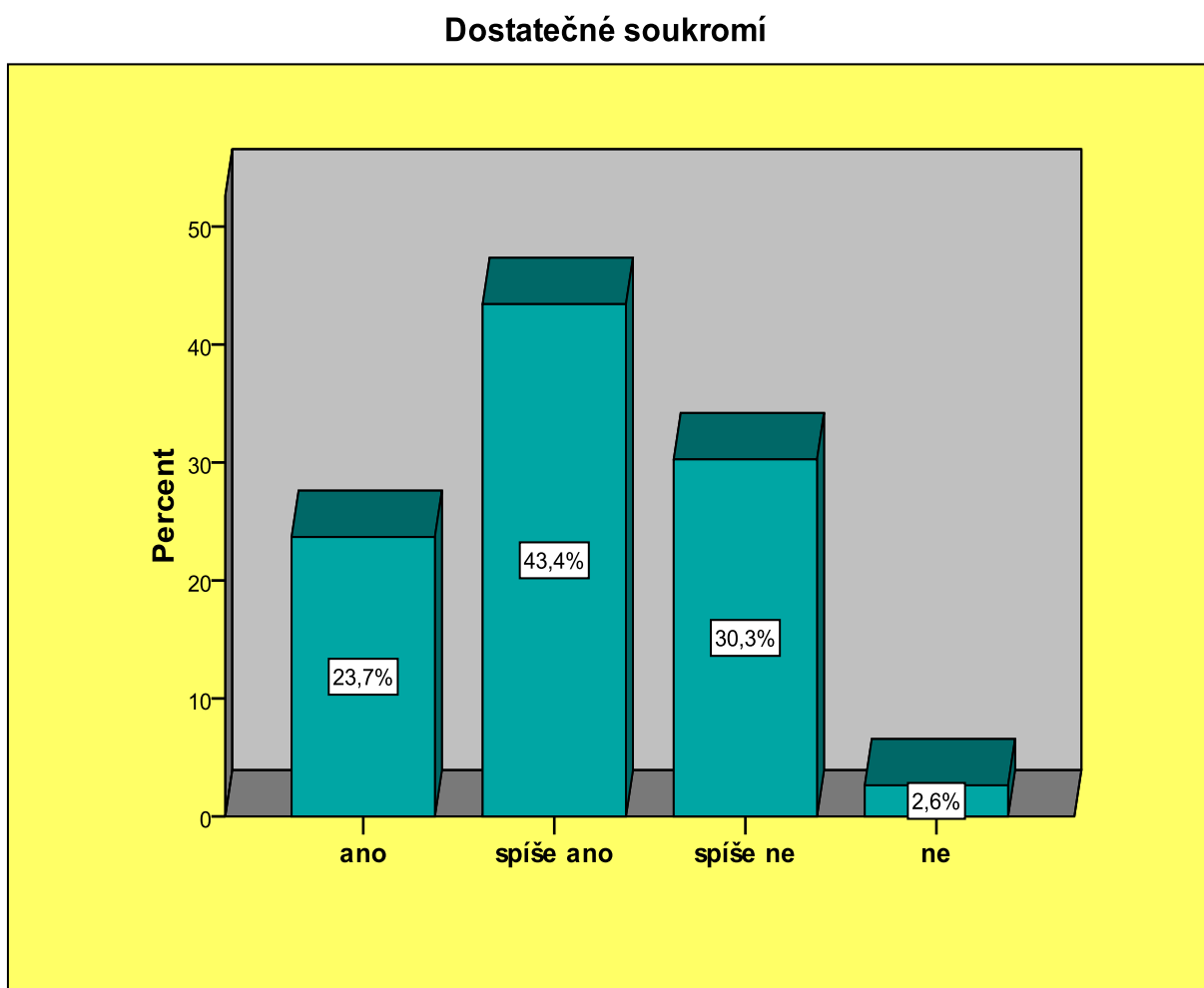
Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů uvedlo 108 (47,4 %) klientů, že je nic neruší, 60 (26,3%) respondentů odpovědělo, že je ruší hluk ostatních pacientů. Na otázku, zda klienty ruší hluk zaměstnanců, odpovědělo 22 (9,6 %) dotazovaných. 16 (7 %) respondentů uvedlo, že je ruší hluk od přístrojů. A 22 (9,6 %) dotazovaných odpovědělo, že je ruší hluk zvenčí.

*Graf 24 Vyhovující doba návštěv (otázka č. 11)*



Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 108 (47,4%) dotazovaných, že jim doba návštěv vyhovuje, spíše ano odpovědělo 98 (43 %) respondentů. Spíše ne 17 (7,5 %). Odpověď ne 5 (2,2 %).

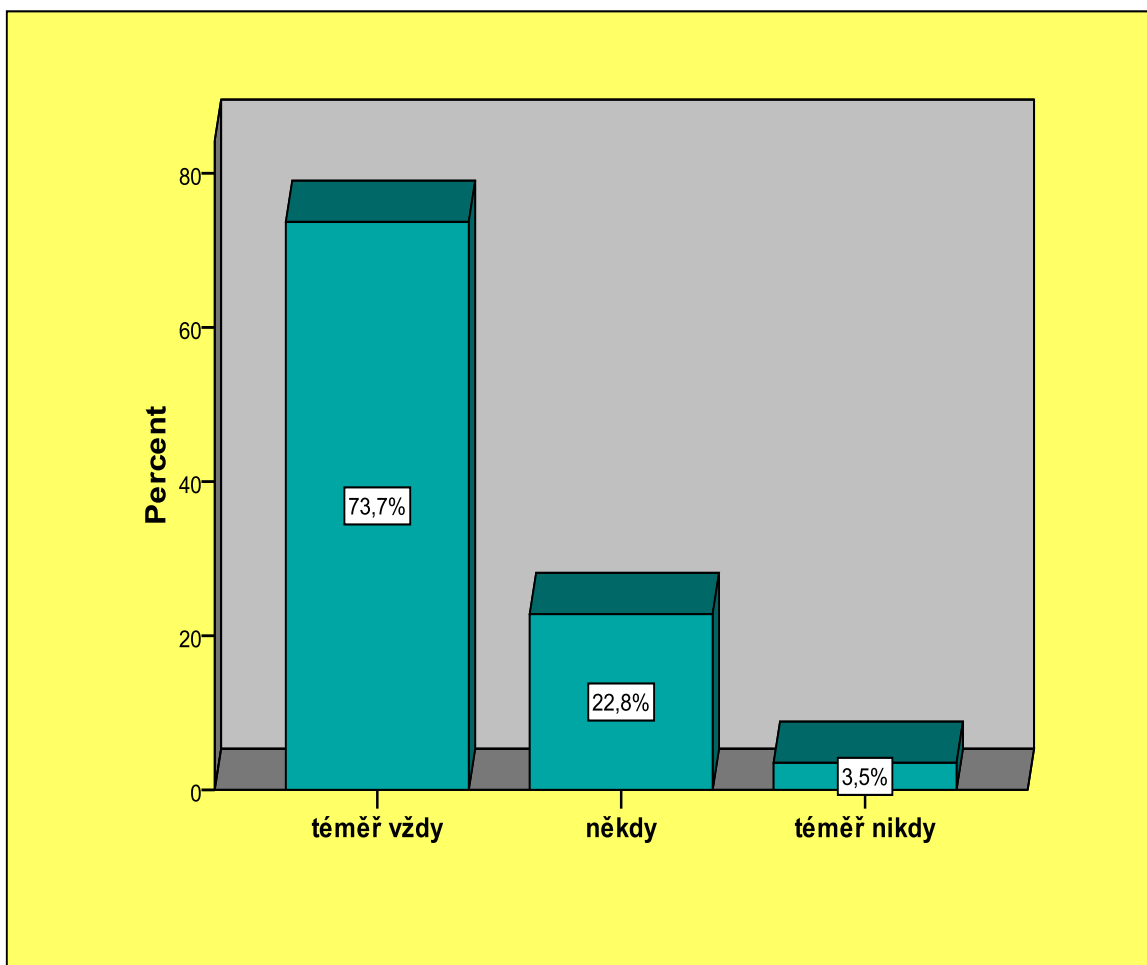
*Graf 25 Dostatečné soukromí (otázka č. 12)*



Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů uvedlo 54 (23,7 %) dotazovaných, že má dostatek soukromí, spíše ano odpovědělo 99 (43,4 %) dotazovaných respondentů. Spíše ne 69 (30,3 %) pacientů. Odpověď ne uvedlo 6 (2,6 %) dotazovaných.

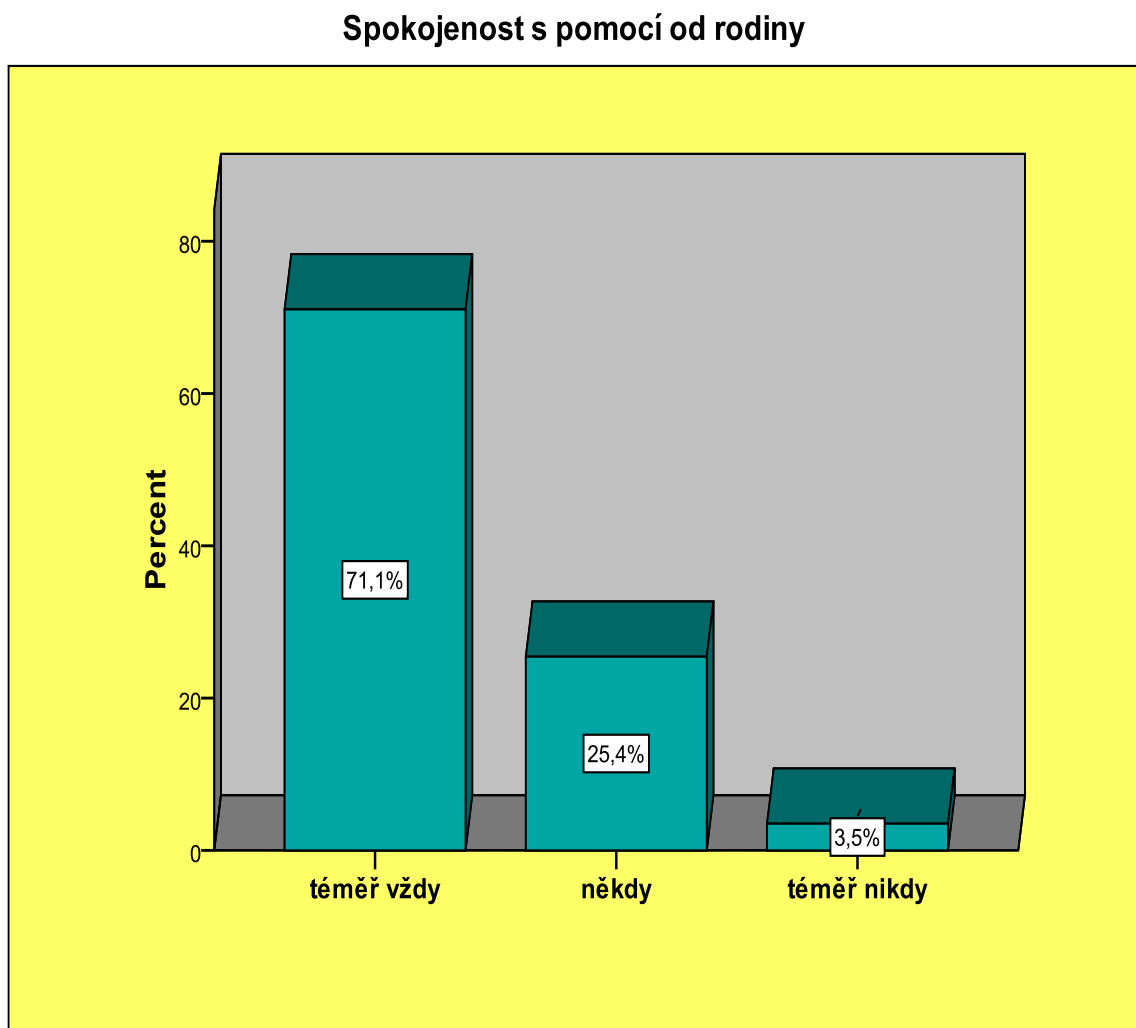
*Graf 26 Zvládání stresu pomocí návštěv rodiny (otázka č. 13)*

### Zvládání stresu pomocí návštěv rodiny



Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů uvedlo 168 (73,7 %), že téměř vždy mu pomáhá návštěva rodiny, 52 (22,8 %) odpovědělo, že někdy. Odpověď téměř nikdy uvedlo 8 (3,5 %) dotazovaných.

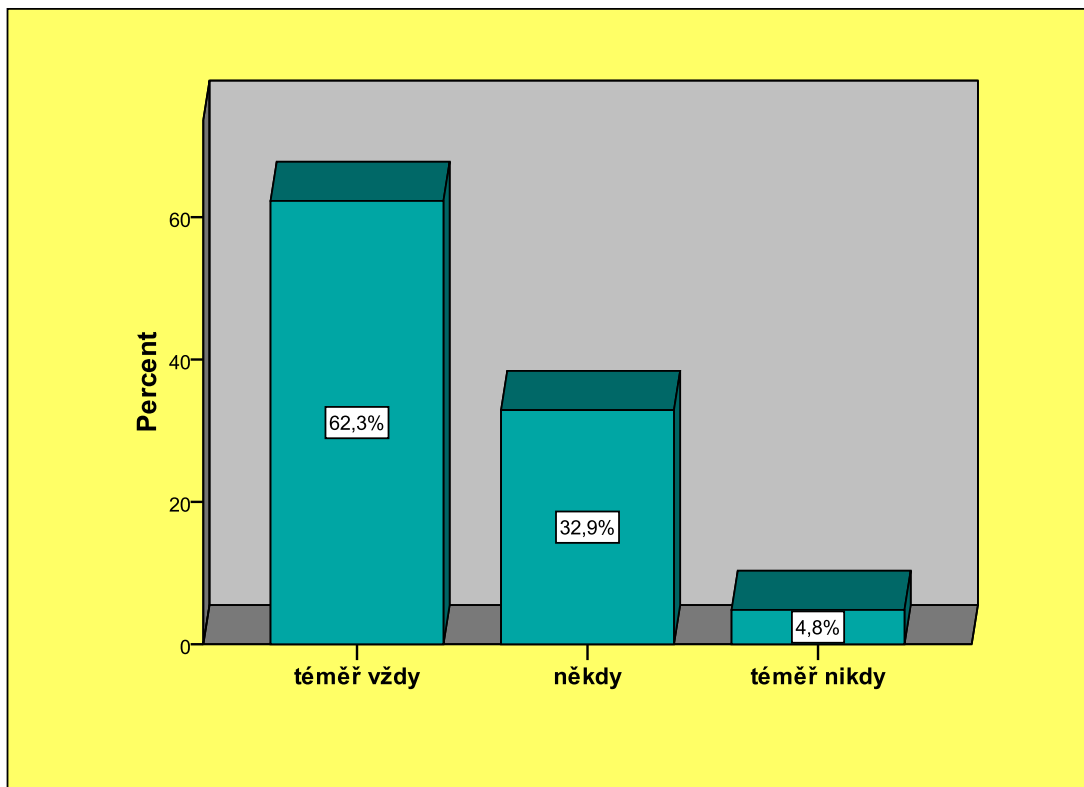
*Graf 27 Spokojenost s pomocí od rodiny (otázka č. 14)*



Z celkového počtu 228 (100 %) je spokojeno téměř vždy s pomocí od své rodiny 162 (71,1%) respondentů. Odpověď někdy uvedlo 58 (25,4 %) dotazovaných. A 8 (3,5 %) odpovědělo, že nejsou spokojeni téměř nikdy.

*Graf 28 Spokojenost s řešením problémů rodinou (otázka č. 15)*

**Spokojenost s řešením problémů rodinou**

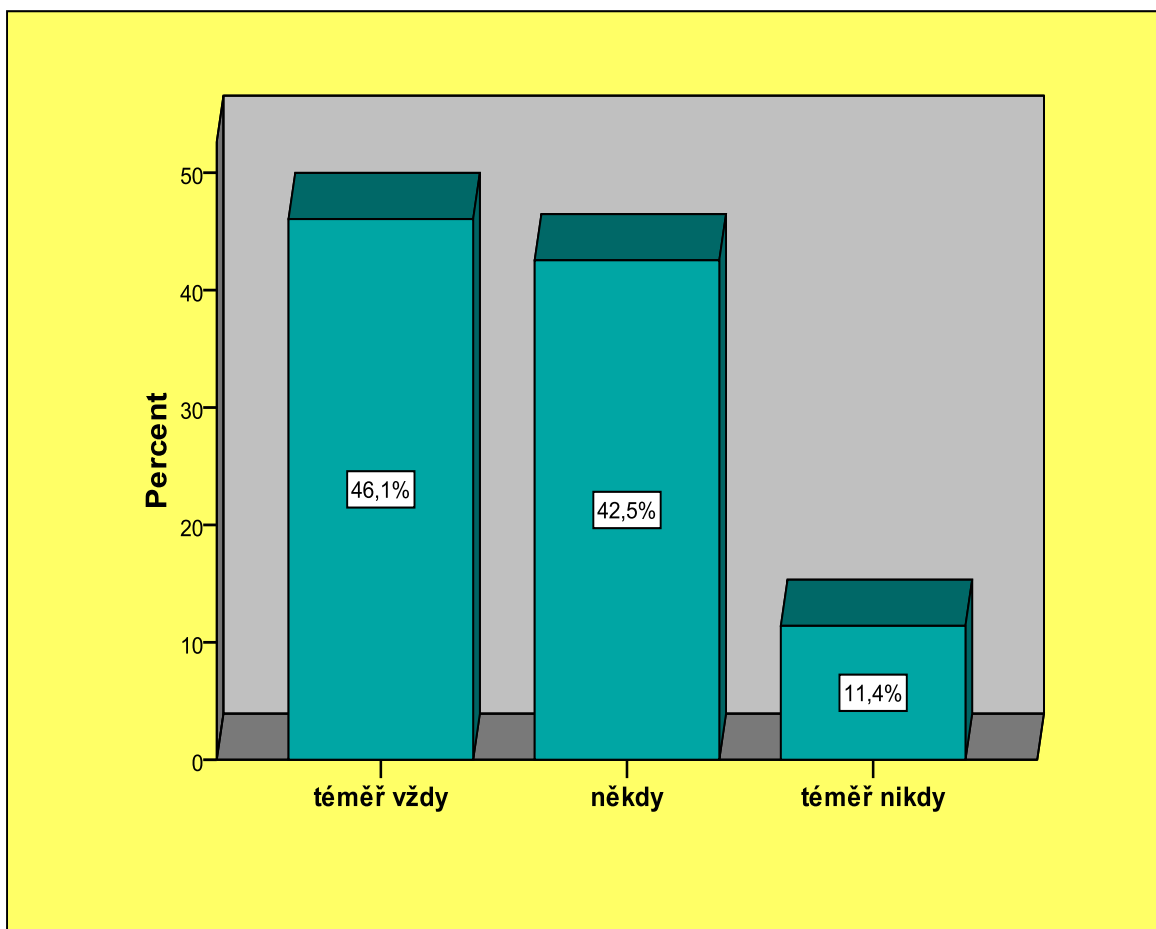


Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů uvedlo 142 (62,3 %), že téměř vždy je spokojen s řešením problémů rodiny, 75 (32,9 %) odpovědělo, že někdy. Odpověď téměř nikdy uvedlo 11 (4,8 %) dotazovaných.



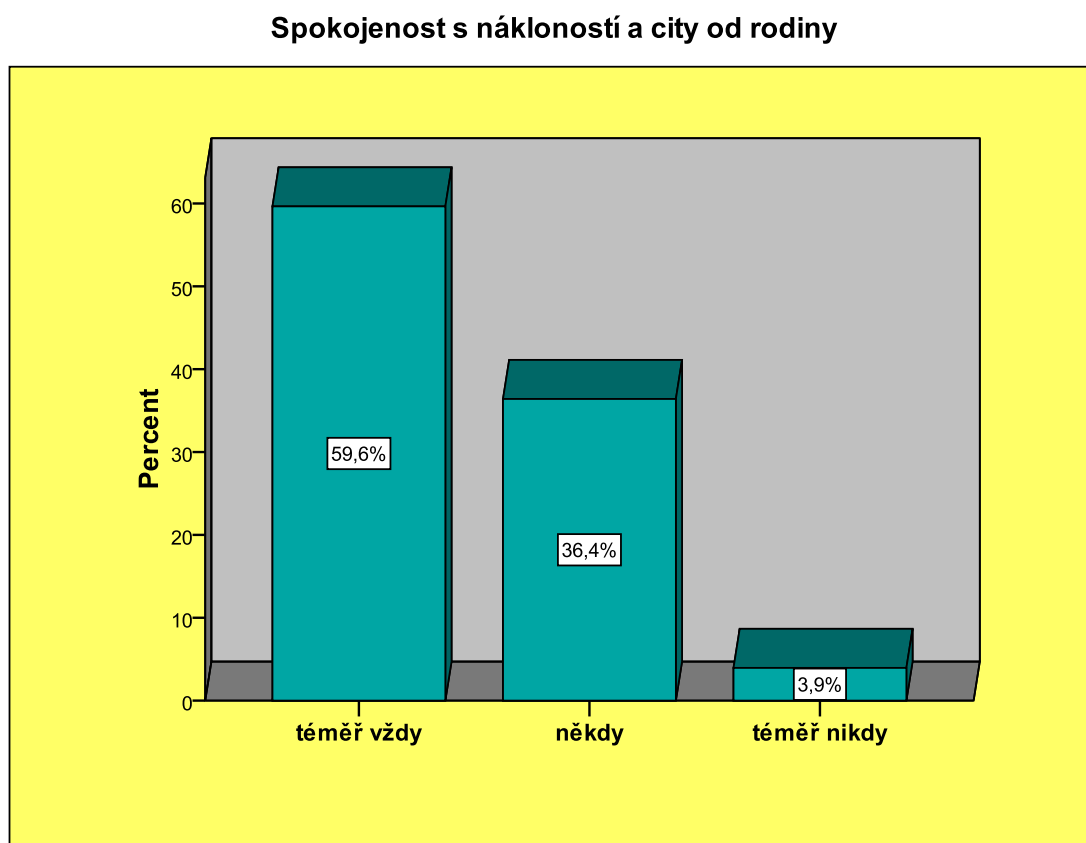
*Graf 29 Respektování přání (otázka č. 16)*

### Respektování přání



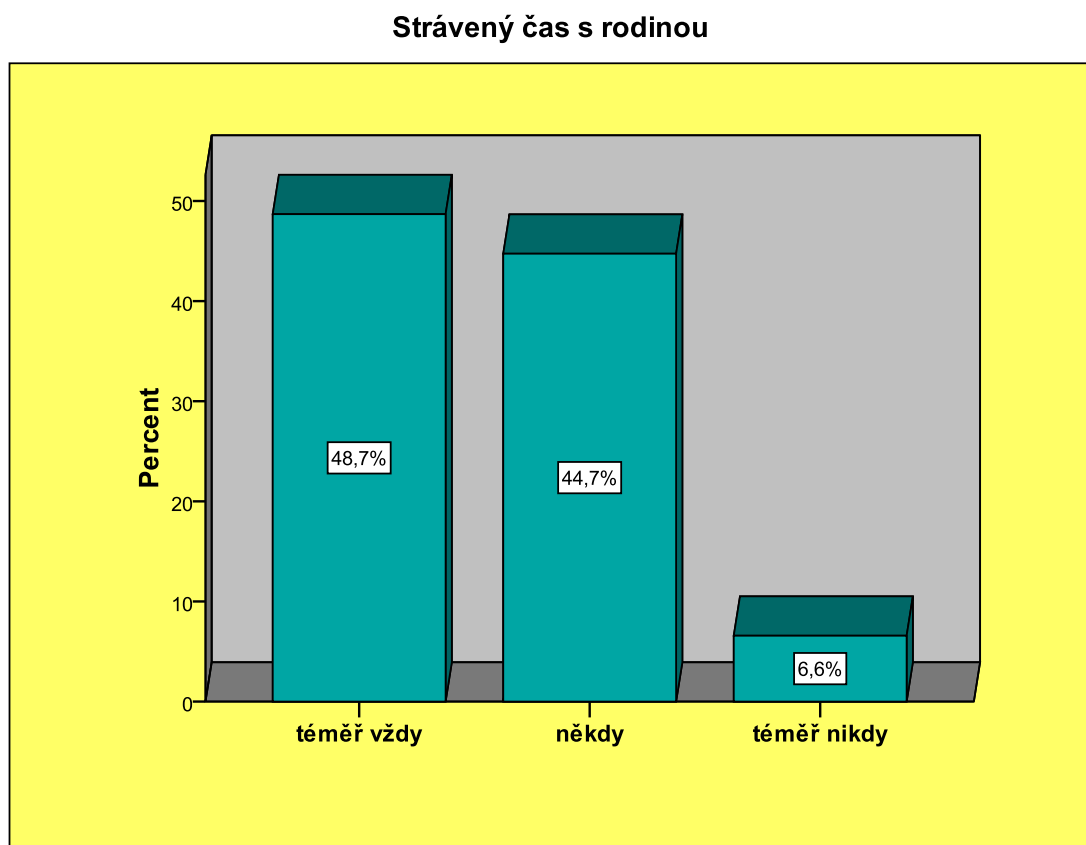
Z celkového počtu 228 (100 %) uvádí, 105 (46,1 %) respondentů, že jejich přání respektuje rodina téměř vždy. Odpověď někdy uvedlo 97 (42,5 %) dotazovaných. A 26 (11,4 %) odpovědělo, že téměř nikdy nerespektuje jejich rodina přání po změně.

*Graf 30 Spokojenost s nákloností a city od rodiny (otázka č. 17)*



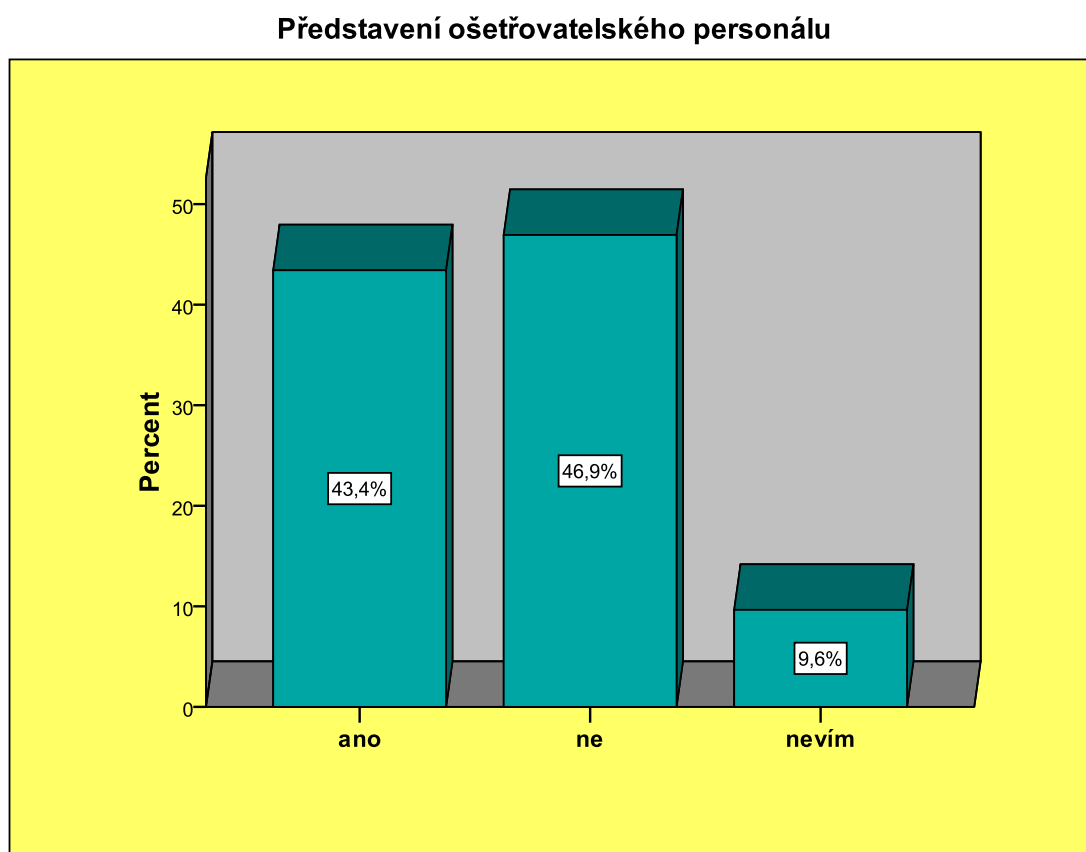
Z celkového počtu 228 (100 %) je spokojeno téměř vždy s nákloností a city, které mu projevuje jeho rodina 136 (59,6 %) respondentů. Odpověď někdy uvedlo 83 (36,4 %) dotazovaných. A 9 (3,9 %) odpovědělo, že nejsou spokojeni téměř nikdy.

*Graf 31 Strávený čas s rodinou (otázka č. 18)*



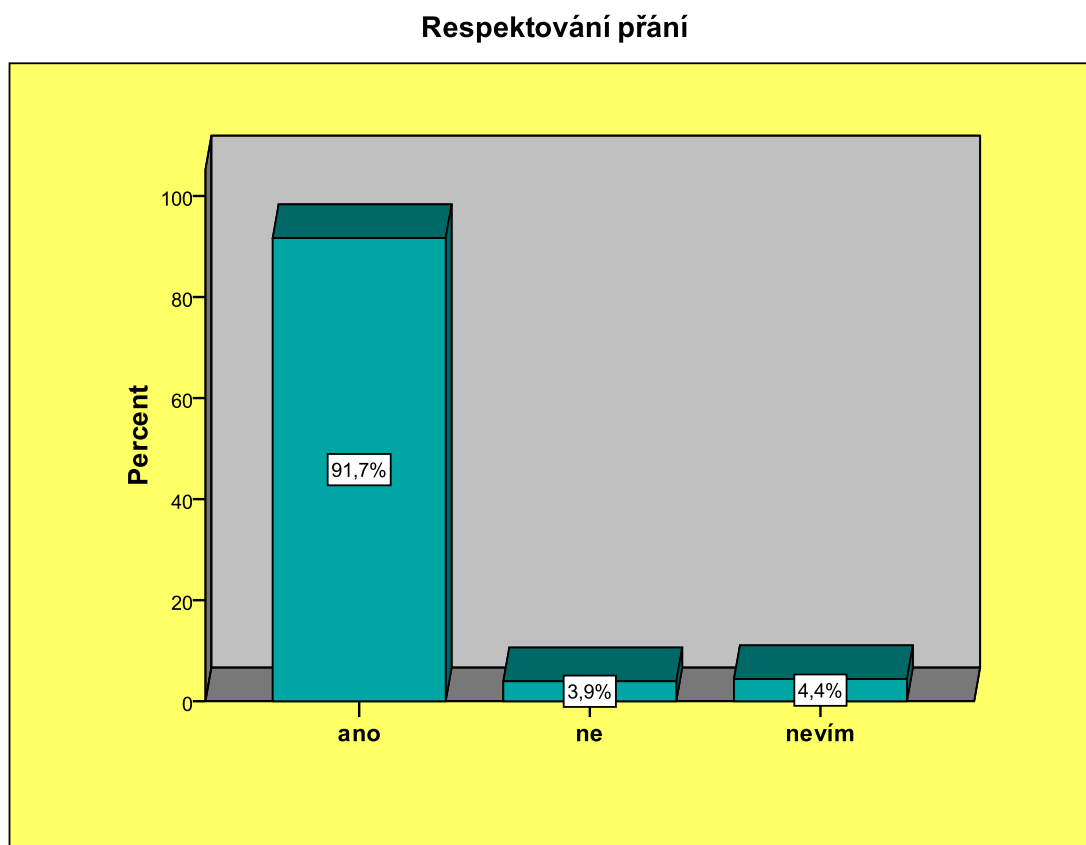
Z celkového počtu 228 (100 %) je spokojeno téměř vždy s množstvím času stráveným se svou rodinou 111 (48,7 %) respondentů. Odpověď někdy uvedlo 102 (44,7 %) dotazovaných. A 15 (6,6 %) odpovědělo, že nejsou spokojeni téměř nikdy.

*Graf 32 Představení ošetrovatelského personálu (otázka č. 19)*



Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů se ošetrovatelský personál 99 (43,4 %) respondentům představil a 107 (46,9 %) se nepředstavil a 22 (9,6 %) respondentů nevědělo, zda se jim ošetrovatelský personál představil.

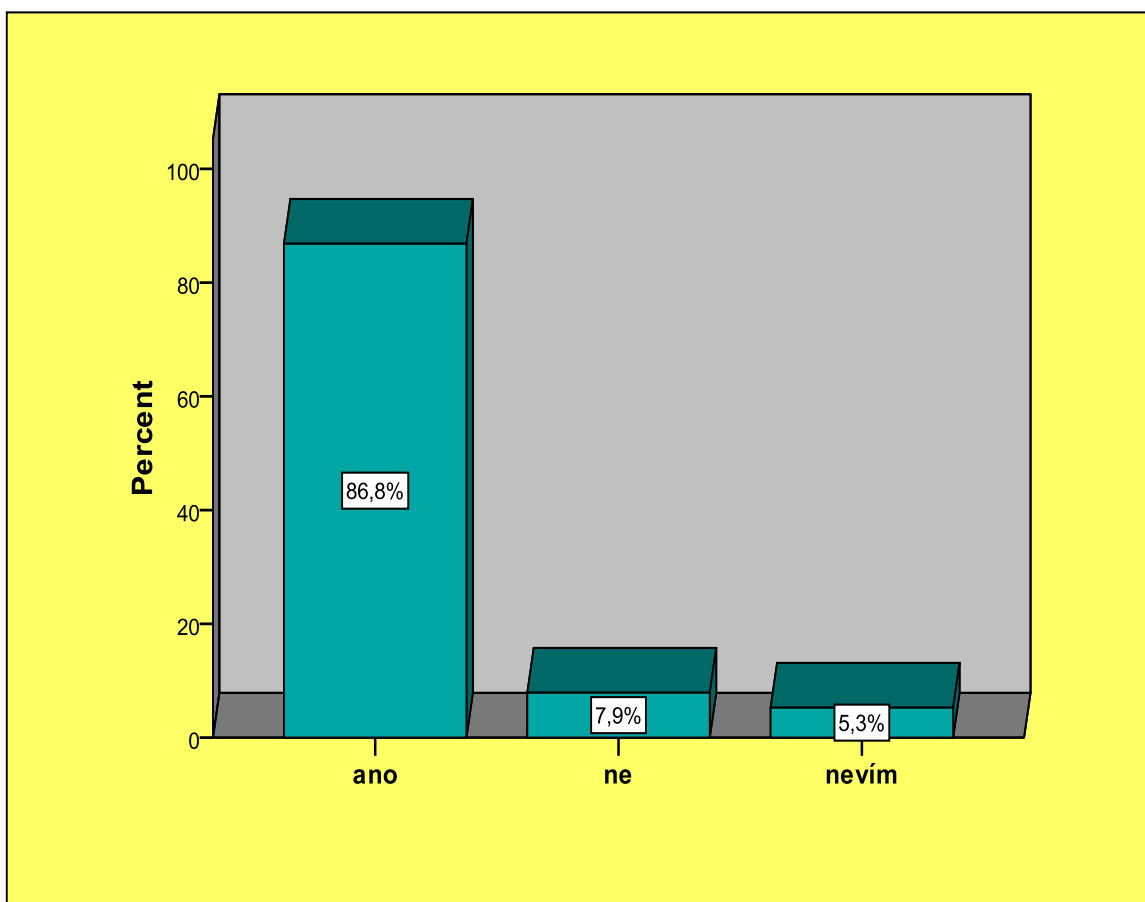
*Graf 33 Respekt (otázka č. 20)*



Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 209 (91,7 %) respondentů, že ošetrovatelský personál respektuje jejich přání, 9 (3,9 %) dotazovaných uvedlo, že ošetrovatelský personál nerespektuje jejich přání a 10 (4,4 %) klientů nedokázalo na tuto otázku odpovědět.

*Graf 34 Informovanost od ošetrovatelského personálu (otázka č. 21)*

### Informovanost od ošetrovatelského personálu



Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů uvedlo, 198 (86,8 %) respondentů že je vždy informováno od zdravotníků o výkonech, které jim budou prováděny. 18 (7,9 %) dotazovaných odpovědělo záporně a 12 (5,3 %) respondentů nedokázalo na tuto otázku odpovědět.

## 4.2. Testování hypotéz

### 4.2.1. Hypotéza 1

#### *Kontingenční tabulka 1 – Informovanost pacienta versus výše stresové zátěže*

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H0) a hypotéza alternativní (HA).

H0: Informovanost pacienta neovlivňuje výši stresové zátěže.

HA: Informovanost pacienta ovlivňuje výši stresové zátěže.

			Informovanost			Celkem
			vysoká informovanost	střední informovanost	nedostatek informací	
Počet	Výše stresu	nízký stres	35	2	0	37
		střední stres	64	79	19	162
		vysoký stres	2	10	17	29
	Celkem	101	91	36	228	
%	Výše stresu	nízký stres	94,6%	5,4%	0,0%	100,0%
		střední stres	39,5%	48,8%	11,7%	100,0%
		vysoký stres	6,9%	34,5%	58,6%	100,0%
	Celkem	44,3%	39,9%	15,8%	100,0%	

Tato tabulka vyjadřuje zastoupení jednotlivých odpovědí, které znázorňují závislosti mezi informovaností pacienta a výší stresu. Z výsledků tohoto výzkumného šetření je zřejmé, že celkem 35 (96,4 %) pacientů s vysokou informovaností patří do kategorie nízký stres a 64 (39,5 %) s vysokou informovaností spadá do kategorie střední stres. Pouze 2 (6,9 %) pacienti s vysokou informovaností mají vysoký stres. Dále je zde zřejmé, že 2 (5,4 %) pacienti se střední informovaností patří do kategorie nízký stres. 79 (48,8 %) dotazovaných se střední informovaností můžeme zařadit do kategorie střední stres. 10 (34,5 %) respondentů se střední informovaností spadá do kategorie vysoký stres. Jako poslední je 0 (0,0 %) respondentů s nedostatečnou informovaností

a spadají do kategorie nízký stres. Z kategorie respondentů s nedostatečnou informovaností jich 19 (11,7 %) prožívá střední stres a 17 (58,6 %) spadá do kategorie vysoký stres.

#### Chi kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	86,789 <sup>a</sup>	4	0,000

a. 1 buňka (11,1%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 4,58

Vztah informovanosti pacienta v souvislosti s výší stresové zátěže jsem hodnotila pomocí Pearsonova chí kvadrátu testu. Dosažená hladina významnosti je menší než 0,001 tj. 0,1 %, což je méně než hraniční hodnota 5 %. Testovanou nulovou hypotézu tedy zamítáme. Z toho je zřejmé, že je platná alternativní hypotéza, která tvrdí, že informovanost pacienta ovlivňuje výši stresové zátěže.

#### 4.2.2. Hypotéza 2

##### *Kontingenční tabulka 2 – Typ oddělení versus výše stresu*

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H<sub>0</sub>) a hypotéza alternativní (H<sub>A</sub>).

H<sub>0</sub>: Typ oddělení neovlivňuje výši stresu.

H<sub>A</sub>: Typ oddělení ovlivňuje výši stresu.

			Výše stresu			Celkem
			nízký stres	střední stres	vysoký stres	
Počet	Oddělení	chirurgie	12	79	23	114
		interna	25	83	6	114
		Celkem	37	162	29	228
%	Oddělení	chirurgie	10,5%	69,3%	20,2%	100,0%
		interna	21,9%	72,8%	5,3%	100,0%
		Celkem	16,2%	71,1%	12,7%	100,0%



Tato tabulka popisuje souvislost mezi typem oddělení a výší stresoru. 12 (10,5 %) respondentů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení patří do kategorie nízký stres a 79 (69,3 %) prožívá střední stres, 23 (20,2 %) dotazovaných na chirurgii prožívá vysoký stres. Na interním oddělení patří 25 (21,9 %) dotazovaných do kategorie nízký stres a 83 (72,8 %) prožívá na interním oddělení střední stres. Do kategorie s vysokým stresem spadá 6 (5,3 %) respondentů hospitalizovaných na interním oddělení.

**Chí kvadrát test**

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	14,632 <sup>a</sup>	2	0,001

a. 0 buněk (0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejvyšší očekávaný počet je 14,50.

Dosažená hladina významnosti je v tomto případě 0,001 (0,1 %), což je méně než hraniční hodnota 5 %. Proto zamítáme nulovou hypotézu a můžeme říci, že byl prokázán vztah, že typ oddělení ovlivňuje výši stresu.

#### **4.2.3. Hypotéza 3**

##### ***Kontingenční tabulka 3 – Funkčnost rodiny versus výše stresu.***

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H<sub>0</sub>) a hypotéza alternativní (H<sub>A</sub>).

H<sub>0</sub>: Funkčnost rodiny neovlivňuje výši stresu.

H<sub>A</sub>: Funkčnost rodiny ovlivňuje výši stresu.

			Funkčnost rodiny			Celkem
			vysoce narušená	mírně narušená	fungující rodina	
Počet	Výše stresu	nízký stres	1	3	33	37
		střední stres	11	34	117	162
		vysoký stres	4	14	11	29
	Celkem	16	51	161	228	
%	Výše stresu	nízký stres	2,7%	8,1%	89,2%	100,0%
		střední stres	6,8%	21,0%	72,2%	100,0%
		vysoký stres	13,8%	48,3%	37,9%	100,0%
	Celkem	7,0%	22,4%	70,6%	100,0%	

Hodnoty uvedené v této tabulce vyjadřují souvislosti mezi výší stresu a funkčností rodiny. Je zřejmé, že 33 (89,2 %) respondentů s fungující rodinou prožívá nízký stres. Za to pouze jen 1 (2,7 %) respondent s vysoce narušenou rodinou prožívá nízký stres. 117 (72,2 %) dotazovaných s fungující rodinou můžeme zařadit do kategorie střední stres. Je zřejmé, že vysoký stres prožívá 14 (48,3 %) pacientů s mírně narušenou rodinou.

#### Chi kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	21,348 <sup>a</sup>	4	0,000

a. 2 buňky (22,2%) mají očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 2,04.

Dosažená hladina významnosti je v tomto případě menší než 0,001 tj. 0,1 %. Jelikož jde o hodnotu nižší než 5 %, platí alternativní hypotéza, která říká, že funkčnost rodiny ovlivňuje výši stresu

#### 4.2.4. Hypotéza 4

##### **Kontingenční tabulka 4 – Výše stresu versus přístup ošetřujícího personálu**

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H0) a hypotéza alternativní (HA).

H0: Přístup ošetřujícího personálu neovlivňuje výši stresu.

HA: Přístup ošetřujícího personálu ovlivňuje výši stresu.

			Přístup oš. personálu			Celkem
			špatný přístup	vyhovující přístup	výborný přístup	
Počet	Výše stresu	nízký stres	1	16	20	37
		střední stres	23	70	69	162
		vysoký stres	10	15	4	29
	Celkem	34	101	93	228	
%	Výše stresu	nízký stres	2,7%	43,2%	54,1%	100,0%
		střední stres	14,2%	43,2%	42,6%	100,0%
		vysoký stres	34,5%	51,7%	13,8%	100,0%
	Celkem	14,9%	44,3%	40,8%	100,0%	

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, týkajících se přístupu ošetřovatelského personálu v souvislosti s výší stresu. Z výsledků vyplývá, že jen 4 (13,8%) respondenti u kterých je výborný přístup personálu má vysoký stres. U 10 (34,5 %) pacientů se vyskytuje vysoký stres díky špatnému přístupu personálu. U vyhovující přístupu personálu má 70 (43,2 %) respondentů střední stres.

#### Chi kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	18,523 <sup>a</sup>	4	0,001

a. 1 buňka (11,1%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 4,32.

Vztah přístupu ošetřujícího personálu v souvislosti s výší stresu byl hodnocen Pearsonovým chí kvadrát testem. Dosažená hladina významnosti je rovna 0,001 tj. 0,1 %, což je menší než hraniční hodnota 5 %. Testovaná nulová hypotéza je tedy zamítnuta. V platnosti tedy zůstává alternativní hypotéza, která předpokládá, že přístup ošetřujícího personálu ovlivňuje výši stresu.

## 5. DISKUZE

Ve výzkumném šetření se zabýváme stresory působícími na pacienty v nemocniční péči. Pro mou diplomovou práci jsme si stanovili 3 cíle a 3 hlavní hypotézy (viz. Kapitola Cíl práce a hypotézy). Pro statistické zpracování dat jsme si museli stanovit i hypotézy pracovní ( $H_0$  = Hypotéza nulová a  $H_A$  = Hypotéza alternativní). Naším prvním cílem bylo, zjistit s jakými stresory se hospitalizovaní pacienti nejčastěji setkávají. K tomuto cíli se váže první hypotéza, ve které je předpokládáno, že výše stresové zátěže u pacientů je závislá na míře informovanosti o onemocnění a ošetrovatelské péči. Druhý cíl byl zaměřen na zjištění, zda se výše stresu liší na interních a chirurgických odděleních. K naplnění tohoto cíle byla formulována druhá hypotéza, ve které jsme předpokládali, že výše stresu je ovlivněna typem oddělení, na kterém je pacient hospitalizován. Posledním naším cílem bylo zjistit, co pacientům pomáhá při zvládnání stresové situace. K tomuto cíli byla stanovena třetí hypotéza. U této hypotézy jsme předpokládali, že zvládnání stresu při pobytu v nemocnici je závislé na funkčnosti rodiny a přístupu oš. personálu. Tuto hypotézu jsme si rozdělili na pracovní hypotézu č. 3, která se zvláště zaměřuje na funkčnost rodiny a č. 4 se zaměřením na přístup ošetrovatelského personálu, které ovlivňují výši stresu.

Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní v nemocnici v Českých Budějovicích dále v nemocnici v Českém Krumlově a v nemocnici v Prachaticích. Tyto zařízení se liší svou kapacitou, vybaveností, počtem oddělení a rovněž kapacitou personálu. Po schválení jsem rozdala pacientům anonymní dotazník a to v průběhu měsíce května a června. Tento dotazník obsahoval celkem 21 otázek. Dotazníky jsem rozdala na chirurgické a interní oddělení. Pacienti přistupovali k šetření v celku pozitivně včetně malé pozornosti, kterou byli na závěr odměněni. Pacienti si přejí, aby se jejich stres ve zdravotnickém zařízení snížil na možné minimum a jejich odpovědi potvrzovaly, že většina vyjmenovaných stresorů má skutečně velký vliv na jejich stresovou zátěž.

V první otázce dotazníku jsme se zabývali pohlavím respondentů. Tento údaj sloužil pouze pro mou orientaci. Ve druhé otázce zjišťuji dobu hospitalizace na daném oddělení. Opět tento údaj byl pouze pro mou orientaci.

Třetí otázka v anonymním dotazníku se týkala informovanosti pacientů, zda vědí jak bude probíhat jejich léčba. Tento údaj byl pro nás velmi významný protože se týkal hypotézy 1. Informovanost pacienta byla srovnávána s druhou proměnou a to s výší stresové zátěže. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 175 (76,7 %) kladně a to, že jsou informováni o průběhu své léčby. Vztah informovanosti pacienta a výše stresové zátěže byl hodnocen Pearsonovým chí kvadrátem testem, který prokázal, že platí alternativní hypotéza, která tvrdí, že informovanost pacienta má vliv na výši stresové zátěže. Tyto rozdíly jsou statisticky významné, díky tomu byla přijata alternativní hypotéza, že informovanost pacienta souvisí s výší stresu. Z výsledků je tedy zřejmé, že informovaní pacienti prožívají nižší stres než pacienti s nedostatečnou informovaností. Pacient, který netuší jaký je jeho skutečný zdravotní stav, jaké jsou možnosti jeho léčby a jaký byl zvolen konkrétní postup jeho léčby, aniž by toto vše s ním bylo konzultováno, je samozřejmě nervózní a neklidný. Neví a netuší, co ho vlastně čeká a ani jaká jsou možná rizika zvoleného postupu. Proto ani nemá možnost se ke zvolenému postupu léčby vyjádřit. Toto vše již způsobuje obavy, strach a následně ovlivňuje výši stresu. E. Zacharová (2007) ve své publikaci uvádí, jak je velmi důležitá správná komunikace mezi zdravotníkem a pacientem, přičemž komunikace mezi pacientem a zdravotníkem tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče.

Ve čtvrté otázce jsme se zaměřili na to, zda jsou pacienti dostatečně informováni o svém současném zdravotním stavu. Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 170 (74,6%) kladně a to, že převážně jsou informováni. I tento údaj byl pro nás významný, protože se také vztahoval k hypotéze 1. Přestože většina pacientů je informována o svém aktuálním zdravotním stavu, z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že zbývajících 58 (25,4%) respondentů není vůbec informována o svém aktuálním zdravotním stavu nebo jen minimálně. Domnívám se, že k tomu by v žádném případě nemělo docházet a je tedy jen na personálu zdravotnických zařízení, aby počet takto neinformovaných pacientů klesl na minimum. Lze však předpokládat, že ne každý pacient je připraven přijmout takovou informaci, pokud je jeho diagnóza velmi vážná. Zde je nutno postupovat velmi opatrně a především s ohledem na přání pacienta.

Sdělení diagnózy přísluší vždy pouze lékařům. Haškovcová (1997) uvádí, že pravda ano či ne je podstatou letitých odborných diskuzí zabývajících se problematikou komunikace s nemocnými, jejichž prognóza je neblahá.

Údaj týkající se možnosti rozhodování o výkonech, které se provádějí u pacienta, tedy otázka č. 5, byl pro nás doplňující informací. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 228 (100 %) respondentů zodpovědělo 133 (58,3 %) dotazovaných, že zcela nebo spíše má možnost rozhodovat o výkonu. Myslím si, že je pro každého pacienta důležité vědět, že má možnost volby a zdravotníci musí přihlížet k jeho názorům.

V šesté otázce zjišťujeme, zda se pacientům někdy stalo, že nevěděli či nerozuměli tomu co se s nimi bude dít. I tento cenný údaj měl pro nás význam při stanovování hypotézy 1. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu dotazovaných 228 (100 %) respondentů uvedlo 146 (64 %), že neporozuměli či nevěděli co se s nimi bude dít. Je zřejmé, že pacient, který neví či nerozumí tomu co se s ním bude dít, prožívá mnohem vyšší stres než pacient, který má dostatek informací. Pacient, který je v nemocnici a je zcela bez informací co jej čeká, zpravidla pociťuje neklid, obavy, nejistotu, strach a následně stres. Čím déle se nachází v této nejistotě výše stresu se rovněž postupně může zvyšovat. Je zcela přirozené, že si každý pacient přeje mít již vše za sebou a vzhledem k tomu, že vlastně netuší co, je tento stres mnohdy i zbytečný. Díky této otázce jsme jednoznačně prokázali vztah mezi informovaností a vyšší stresové zátěží.

Sedmá otázka se týkala negativních faktorů. Negativní faktory pro nás byly velmi cennými údaji, které se týkali hypotézy 2. Pomocí této otázky, která měla až 14 pododpovědí, jsem si stanovila výši stresu.

Na podotázku č. 1, zda pacienti vnímají negativně ztrátu kontaktu se svým okolím z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 108 (47,4 %) dotazovaných, že ano a 120 (52,6 %) respondentů, že ne. Myslím si, že pacienti kteří mají dobré sociální vztahy mohou tuto skutečnost vnímat negativně. Z výzkumného šetření však také vyplulo, že přibližně polovina pacientů tuto proměnou nevnímá jako negativní.

Zřejmě je to ovlivněno tím, že buď jde o seniory, kteří jsou osamnělí anebo jde o pacienty, kteří nemají dobré rodinné zázemí, případně zcela zpřetrhali rodinné vazby.

Na podotázku č. 2 z celkového počtu dotazovaných 228 (100 %) respondentů odpovědělo 122 (53,5 %) dotazovaných, že vnímají negativně nemožnost vykonávat svou běžnou životní roli a 106 (46,5 %) respondentům tento faktor nevnímá jako negativní (graf 8). Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že jen přibližně polovina pacientů při pobytu v nemocnici, cítí, že jsou omezeni při výkonu běžné životní role. Domnívám se, že toto je velmi ovlivněno strukturou pacientů v nemocnicích, kde převážnou většinu tvoří senioři, kteří již nejsou v pracovním procesu. Avšak u pacientů v produktivním věku, tito pacienti toto cítí jako omezení. Po dobu hospitalizace jsou vyřazeni z pracovního procesu, nemohou se účastnit rodinného života, což může mít následně vliv na výši stresu. Zacharová (2007) ve své publikaci uvádí, že mnoho pacientů je omezováno při hospitalizaci v plnění své role a to může mít dopad na pacientovu psychiku a celkový průběh léčby.

Podotázka č. 3 se týkala časného ranního vstávání. Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 171 (75 %), že nevnímají časně ranní vstávání jako negativní a 57 (25 %) dotazovaných uvedlo, že tento faktor považují jako negativní (graf 9). Většina pacientů jde do nemocnice již s tím, že je smířeno s časným vstáváním a tak tento faktor nevnímá jako negativní. Je tady ale i skupina pacientů, která to vnímá negativně a to hlavně z toho důvodu, že jsou zvyklí chodit spát velmi pozdě a pak tedy i později vstávat. Křivohlavý (2009) uvádí, že málo spánku může být i příčinou stresu, ale zrovna tak i stres může vést k tomu, že pacient trpí nekvalitním spánkem. A také, že kvalitní spánek má velký význam pro naše zdraví. V současné době však s ohledem právě na stres a na komfort pacientů, přistupují některé nemocnice k tomu, že posunuly počátek ranních výkonů o hodinu později.

Na podotázku č. 4 odpovědělo z celkového počtu 228 (100 %) respondentů 177 (77,6 %) dotazovaných, že nevnímá jako negativní očekávání před operací a 51 (22,4 %) respondentů uvedlo, že jim tento faktor vadí (graf 10). Samozřejmě, že tuto skutečnost vnímali negativně hlavně pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení. Výjimečně jsem se však s touto odpovědí setkala i u pacientů na interním oddělení, kteří



například měli jít na šití fistule. Velký počet respondentů však tuto skutečnost nevnímala jako negativní a to hlavně díky tomu, že již měli předchozí zkušenost. Velkou roli zde také hraje to, že pacienti na interním oddělení zpravidla žádnou operaci nepodstupují, což v konečném důsledku ovlivnilo celkový výsledek hodnocení této otázky.

Podotázka č. 5 se týkala bolesti. Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 144 (63,2 %) dotazovaných na tuto otázku, že bolest vnímají negativně a 84 (36,8 %) respondentům bolest nevádí (graf 11). Z výsledků vyplývá, že téměř tři čtvrtiny dotazovaných vnímá bolest negativně. A zbývající respondenti uvádějí, že bolest nevnímají jako něco negativního. Mohlo jít o pacienty věřící, nebo mohli mít vysoký práh bolesti. Také je známé, že se někteří pacienti na svou bolest adaptují. Paulík (2011) ve své publikaci uvádí, že bolest patří mezi závažné stresory, které dozajista ovlivňují výši stresu. Zacharová (2007) zase uvádí, že bolest, která není žádoucí, může mít negativní vliv na proces uzdravování.

Podotázka č. 6 se týkala naříkajících spolupacientů. Z celkového počtu 228 (100 %) dotazovaných uvedlo 163 (71,5 %) respondentů, že tento faktor nevnímají negativně a 65 (28,5 %) pacientů odpovědělo, že tento problém vnímají negativně (graf 12). Opět se zde setkáváme s různými názory. Myslím si, že toto hodnocení z velké části ovlivní stav, v jakém se respondent nachází. Většina pacientů je velmi tolerantní. Avšak pro člověka, který hospitalizaci v nemocnici snáší špatně, to může být velice stresující. Takový pacient může mít poté obavy, zda se jeho stav nezhorší natolik, aby nebyl na místě naříkajícího. Zacharová (2007) se ve své publikaci zmiňuje o tom, že psychický stav nemocného může být umocněn naříkajícím spolupacientem. A díky tomu pacient také může změnit názor na různá vyšetření, když vidí či slyší naříkajícího pacienta. Domnívám se, že by v nemocnici měli vzít v potaz tento faktor způsobující stres a při umístování pacientů k tomu přihlédnout.

Podotázka č. 7 se týkala alarmujících přístrojů. Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů odpovědělo 197 (86,4 %) pacientů, že jim tento faktor nevádí a 31 (13,6 %) dotazovaných uvedlo, že jim alarmující přístroje vadí (graf 13). I tento faktor může být pro někoho stresující, opět záleží v jakém stavu je dotazovaný respondent. Většina

pacientů bere tuto proměnou jako menší zlo, které sice obtěžuje, ale není až tak stresující.

Tato podotázka č. 8 se týkala celkové narkózy. Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů uvedlo 180 (78,9 %) pacientů, že jim celková narkóza nevádí a 48 (21,1 %) dotazovaných uvedlo, že celkovou narkózu vnímají negativně (graf 14). Samozřejmě, že tato proměnná se týkala hlavně pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení, kteří zpravidla celkovou narkózu podstupují na rozdíl od pacientů na interním oddělení. A také velice záleželo na předešlé zkušenosti s narkózou.

Podotázka č. 9 se týkala strachu z chirurgického výkonu. Z celkového počtu 228 (100 %) dotazovaných odpovědělo 90 (39,5 %) respondentů, že vnímají tento faktor negativně a 138 (60,5 %) odpovědělo, že strach z chirurgického výkonu nemá (graf 15). Odpovědi na tuto otázku se velmi lišili dle oddělení. Zcela logicky většina pacientů z chirurgického oddělení odpovídala, že má strach z chirurgického zákroku, avšak v konečném výsledku převážil názor pacientů z interního oddělení. Ti zpravidla žádný chirurgický výkon nepodstupují, a proto tento faktor nevnímají negativně. Zde bylo možno posoudit, že s ohledem na tento konkrétní druh stresu, je velký rozdíl mezi jednotlivými typy oddělení. Zacharová (2007) také uvádí ve své publikaci, že při chirurgických výkonech se běžně můžeme setkávat s předoperačním strachem. Tento strach z chirurgického výkonu, tedy také patří mezi významné faktory, které ovlivňují vyšší stresu avšak jen na některém oddělení.

Tato podotázka č. 10 se zabývala ztrátou soběstačnosti. Z celkového počtu 228 (100 %) dotazovaných uvedlo 178 (78,1 %) dotazovaných, že jim ztráta soběstačnosti vadí a 50 (21,9 %) respondentů, že jim to nevádí (graf 16). K této otázce jsem přiřadila nejvyšší počet bodů, protože si myslím, že ztrátu soběstačnosti prožívá většina pacientů negativně. Většině z nás není příjemné, když musí někoho o něco žádat a je na někom víceméně závislá. Sama ze své zkušenosti vím, že je velmi důležité takového pacienta povzbuzovat a napomáhat mu k návratu soběstačnosti. Zacharová (2007) se zmiňuje ve své publikaci o omezení životních potřeb. Tvrdí, že, pacient si může někdy připadat méněcenný a tím se může i snížit snaha o uzdravení se. Na tuto otázku odpovědělo téměř 80% respondentů kladně a je tedy nezpochybnitelné, že tento faktor je jedním

z nejzávažnějších, který ovlivňuje celkovou hladinu stresu. Považuji na základě tohoto výzkumného šetření za nezbytné informovat pacienty o tom, jakým způsobem mohou oni sami přispět k maximálnímu zkrácení této doby, kdy jsou závislí na pomoci druhých. Domnívám se, že je to pro mnoho pacientů motivující a vědomí dočasnosti této závislosti může přispět ke snížení stresu z tohoto důvodu.

Podotázka č. 11 se týká přístupu ošetřujícího personálu. Z celkového počtu 228 (100 %) dotazovaných odpovědělo 107 (46,9 %) respondentů, že neosobní přístup zdravotníků jim nevadí a 121 (53,1 %) dotazovaných vnímají tuto skutečnost negativně (graf 17). I tato proměnná má velký vliv na výši stresu. Člověk, který je hospitalizovaný v nemocnici je většinou odloučený od své rodiny a proto je velice citlivý k přístupu ošetřujícího personálu. Pro některé nemocné se ošetřující personál stává jakousi náhradní rodinou. Zdravotnický personál by měl umět správně komunikovat a hlavně by se měl dokázat vžít do role pacienta. Jistě by řada z nich pak změnila své chování k pacientovi. Zachorová (2007) se ve své knize také zabývá přístupem zdravotníků k nemocným. Uvádí, že pokud má sestra negativní postoj k nemocnému, tak může dojít až k jeho poškození. Profesi sestry by proto měli dělat sociálně zralé a empatické osobnosti. Vzhledem k tomu, že více než 50 % respondentů na danou otázku odpovědělo kladně, lze předpokládat, že se s tímto špatným přístupem osobně setkali. Proto jsem toho názoru, že při vzdělávání zdravotnického personálu je nutno klást na tento fakt větší důraz a rovněž jej neopomíjet při celoživotním vzdělávání. Mohu tedy jednoznačně konstatovat, že přístup zdravotníků má značný vliv na výši stresu pacientů.

Podotázka č. 12 se zabývá vybavením pokoje. Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů 214 (93,9 %) dotazovaných uvedlo, že jim vybavení pokoje nevadí a 14 (6,1 %) tento faktor vnímá negativně (graf 18). I zde se najde malé procento pacientů, kteří vnímají vybavení pokoje negativně. Převážná většina pacientů však bere nemocniční pokoj, jako něco přechodného, dočasného a předpokládají brzký návrat domů. Je pravda, že pokoj, který je barevný a jsou v něm dekorace ve formě obrázků či barevného nábytku působí dozajista lépe na pacientovu psychiku. Obzvláště to bude hrát roli u pacientů, kteří jsou v nemocnici déle. Kdežto pokoj, který má jen bílé, holé stěny může na nemocného působit smutně až depresivně. Proto jsem i tuto proměnou

zařadila do negativních faktorů, které mohou ovlivnit výši stresu, avšak z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že tento faktor není natolik významný. Přesto se v dnešní době čím dál více setkáváme, že nemocnice se i v této oblasti snaží o zlepšení. Rovněž mnoho nemocnic má pokoje s nadstandardním vybavením, které mohou tito pacienti, v případě, že je tento faktor pro ně stresující, za příplatek využít.

V této podotázce č. 13 jsme zkoumali, zda pacientům vadí společné sociální zařízení. Z celkového počtu 228 (100 %) dotazovaných uvedlo 158 (69,3 %) respondentů, že jim společné sociální zařízení nevadí a 70 (30,7 %) pacientů zodpovědělo, že tuto skutečnost vnímají negativně (graf 19). V průběhu šetření jsem však zjistila, že téměř 70 % respondentů, kteří odpověděli, že jim společné sociální zařízení na chodbě nevadí, leželi převážně na pokojích s vlastním sociálním zařízením. Proto není zřejmé, zdali by obdobně odpovídali, pokud by ležela převážná část respondentů na pokojích se společným sociálním zařízením na chodbách. Bohužel se i v dnešní době setkáme se sociálním zařízením, které je umístěno na konci chodby a pacient musí přejít celou chodbu, než bude moct vykonat svou potřebu. Tato skutečnost je pro některé pacienty velice stresující a to především pro ženy nebo pro pacienty, kteří ze zdravotních důvodů mají častější potřebu využívat toaletu a následně i sprchu a také pro méně pohyblivé pacienty. Domnívám se, že v dnešní době by již mělo být samozřejmostí, aby každý pokoj měl své vlastní sociální zařízení a to s ohledem nejen na snížení stresu pacientů, ale také na zkvalitnění poskytované péče v nemocnicích.

V poslední podotázce č. 14 jsem zkoumala, zda pacientům vadí velký počet pacientů na pokoji. Z celkového počtu 228 (100 %) respondentů uvedlo 182 (79,8 %), že tuto skutečnost nepovažují jako negativní a 46 (20,2 %) pacientům velký počet na pokoji vadí. Výsledek odpovědí respondentů může být překvapující, avšak je nutno zmínit, že pouze v jedné z dotazovaných nemocnic jsem se setkal s tím, že zde byl pokoj se šesti lůžky. Zbývající dvě nemocnice měly převážně pokoje dvou a třílůžkové. Protože pacienti převážně neměli zkušenost z těchto vícelůžkových pokojů, mohl i tento fakt výrazně ovlivnit konečné vyhodnocení. Domnívám se, že v dnešní době se již s velkým počtem pacientů na pokoji setkáme jen zřídka. Bohužel i zde jsem se setkala s tím, že díky přeplněné kapacitě oddělení je na třílůžkový pokoj uloženo 5 pacientů. To je velice

nepohodlné jak pro nemocného, tak i pro ošetřující personál, který má minimální manipulační prostor. Někteří pacienti se pak vzájemně ruší a také mohou vnímat narušení své osobní zóny v přeplněném pokoji jako stresující.

Osmá otázka v anonymním dotazníku se týkala toho, zda je pacientovi vždy vysvětleno, co se s ním bude dělat. Tato otázka se také vztahovala k 2 hypotéze. I tato proměnná byla důležitá pro stanovení výše stresu. Z celkového počtu respondentů 228 (100 %) odpovědělo 196 (85,9 %) respondentů kladně a to, že víceméně ví, co se s nimi bude dělat a zbývajících 14,1% dotazovaných má pocit, že to neví nebo jim žádný zdravotník nevysvětlil, co s nimi bude dělat. Pokud zdravotník vysvětlí pacientovi, co s ním bude dělat, určitě tím může předejít různým nepříjemným situacím. Pacient, který nemá tyto informace, se může obávat neznáma a mnohdy i na základě zkušeností jiných pacientů si může dovodit nesprávné závěry.

V deváté otázce jsem přímo zjišťovala druhou proměnou z hypotézy 2 a to typ oddělení. Je zajímavé, že vyšlo jak na chirurgickém oddělení 114 (50 %) respondentů, tak i na interním oddělení 114 (50 %) respondentů. Typ oddělení má dozajisté velký vliv na charakter stresoru. Na chirurgickém oddělení je pro pacienty především stresující očekávání před operací, bolest, celková narkóza, strach ze samotného chirurgického výkonu. Často se můžeme setkat i s tím, že právě na chirurgii je lékař zaměřen pouze na případ.

V druhé hypotéze tedy zjišťujeme, zda má typ oddělení vliv na výši stresu. Pearsonův chí kvadrát test prokázal, že platí alternativní hypotéza, která tvrdí, že typ oddělení má vliv na výši stresu. Z výsledků tedy vyplývá, že pouze 12 (10,5 %) respondentů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení patří do kategorie s nízkým stresem. Kdežto na interním oddělení můžeme zařadit do kategorie s nízkým stresem až 25 (21,9 %) respondentů. Co se týče kategorie s vysokým stresem, tak i zde jsou znatelné rozdíly. Až 23 (20,2 %) dotazovaných na chirurgii prožívá vysoký stres a na interním oddělení jen 6 (5,3 %) respondentů (kontingenční tabulka 2).

Otázky 13, 14, 15, 16, 17 a 18 vypovídali o funkčnosti rodiny pacienta. V těchto otázkách měli respondenti určit, zda jim pomáhají zvládat stres návštěvy rodiny, dále zda jsou spokojeni s pomocí své rodiny a také jak jsou spokojeni s řešením problémů

s pomocí své rodiny. Také jsem se ptala, zda rodina respektuje jejich přání a zda jsou spokojeni se způsobem, jakým jim rodina projevuje náklonnost. V poslední otázce jsem zjišťovala, zda jsou spokojeni s množstvím času, který s rodinou stráví. Tyto otázky se vztahovaly k hypotéze č. 3, která předpokládala, že zvládání stresu při pobytu v nemocnici je závislé na funkčnosti rodiny a přístupu ošetřujícího personálu. Tuto hypotézu jsem si rozdělila na pracovní hypotézu 3, která předpokládá, že funkčnost rodiny má vliv na výši stresu a pracovní hypotézu 4. Varianty odpovědí na jednotlivé otázky jsem opět ohodnotila různým počtem bodů. A po té jsem díky těmto otázkám vyhodnotila funkčnost rodiny. V třetí alternativní hypotéze tedy zjišťujeme, zda má funkčnost rodiny vliv na výši stresu. Pearsonův chí kvadrát test prokázal, že platí alternativní hypotéza č. 3, která tvrdí, že funkčnost rodiny má vliv na výši stresu. Výsledky ukazují že pouze 1 (2,7 %) z respondentů s vysoce narušenou rodinou prožívá nízký stres. Na rozdíl od toho až 33 (89,2 %) respondentů s fungující rodinou prožívá nízký stres. Myslím si, že fungující rodina je pro nemocného velkou oporou, která určitě nemocnému pomáhá při zvládání stresu. Rodina je pro nemocného pacienta upoutaného na lůžko často jediným spojením s vnějším světem. I já jsem díky své zkušenosti pochopila, jak je pro nemocného rodina důležitá. Myšlenka že, někomu na něm záleží, že na něj s láskou čeká, že ho potřebuje, dokáže zázraky. A tato hnací síla, dokáže pacientovi někdy i zachránit život, jako to bylo v mé rodině. Pacient, který má důvod a motivaci k návratu, aktivně spolupracuje se zdravotnickým personálem při léčebném procesu. I Zacharová (2007) ve své publikaci také uvádí, že dobré rodinné vztahy patří mezi nejvýznamnější aspekty, které příznivě ovlivňují vývoj nemoci.

Otázky 19, 20 a 21 vypovídají o přístupu ošetřovatelského personálu. V těchto otázkách měli pacienti určit, zda se jim představil ošetřující personál a zda ošetřující personál respektuje jejich přání. V poslední otázce se respondentů ptáme, zda je vždy ošetřující personál informuje o tom co s nimi bude dělat. I tyto otázky se vztahovaly k hypotéze 3, kterou jsem si rozdělila. Takže tyto otázky se vztahovaly k pracovní hypotéze 4. Tato hypotéza předpokládala že přístup ošetřující personálu má vliv výši stresu. Pearsonův chí kvadrát test prokázal, že platí alternativní hypotéza č. 4. Čili byl prokázán významný vztah mezi přístupem ošetřujícího personálu a výši stresu.

Z výsledků vyplývá, že jen 4 (13,8%) respondenti, u kterých je výborný přístup personálu prožívá vysoký stres. Na rozdíl od toho až u 10 (34,5 %) pacientů, u kterých je špatný přístup zdravotníků se vyskytuje vysoký stres. Z výsledků je také zřejmé, že 20 (54,1 %) dotazovaných s výborným přístupem personálu můžeme zařadit do kategorie s nízkým stresem. Kdežto pouze 1 (2,7 %) respondent, se špatným přístupem zdravotníků, je zařazen do kategorie s nízkým stresem. Přístup zdravotníků má také jistě velký vliv na výši stresu. Setra by měla být pro pacienta oporou. Zacharová (2007) se ve své knize zabývá také přístupem ošetřujícího personálu. A uvádí, že nevhodné chování zdravotníků může pacienta, který je úzkostlivý a citlivý, vést až k možnému poškození. Proto by sama sestra měla kontrolovat své chování. I zde se opět prokázal vztah, že přístup zdravotníků má vliv na výši stresu.

## 6. ZÁVĚR

Stresory působící na pacienty v nemocniční péči je téma velice aktuální. Pacienti, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici, se často setkávají s velkým množstvím nejrůznějších stresorů. A tyto stresory pak mohou ovlivnit ve větší či menší míře celý průběh léčby. A proto by si právě sestry měly uvědomit, jak těmto stresujícím situacím předejít či jak je řešit.

Do předpokládaných faktorů, které ovlivňují stres působící na pacienty, byly zahrnuty proměnné, jako je výše stresu, informovanost pacienta, typ oddělení, funkčnost rodiny a přístup ošetřujícího personálu. Jako první cíl mé práce bylo zjistit, s jakými stresory se hospitalizovaní pacienti nejčastěji setkávají. K tomuto cíli byla stanovená hypotéza. H1 - Výše stresové zátěže u pacientů je závislá na míře informovanosti o onemocnění a ošetrovatelské péči. V tomto případě se ve výzkumném šetření prokázal významný vztah a to že informovanost pacienta má vliv na výši stresové zátěže. Dalším cílem bylo porovnat, zda se výše stresu liší na jednotlivých odděleních. K tomuto cíli jsem si stanovila druhou hypotézu. H2 - Výše stresu je ovlivněna typem oddělení, na kterém je pacient hospitalizován. I zde jsme prokázali významný vztah a to, že typ oddělení má vliv na výši stresu. Jako poslední cíl jsme si vytýčili zjistit, co pacientům pomáhá při zvládnutí stresové situace. K tomuto cíli jsme si stanovili třetí hypotézu. H3 - Zvládnutí stresu při pobytu v nemocnici je závislé na funkčnosti rodiny a přístupu ošetrovatelského personálu. I u této hypotézy se nám podařilo prokázat významný vztah a to, že funkčnost rodiny i přístup ošetřujícího personálu má vliv na zvládnutí stresu.

V průběhu vypracování mé diplomové práce jsem se dopustila chyb, kterých bych se příště vyvarovala. Zjistila jsem, že některé cíle a hypotézy, které jsem si stanovila, byli nevyhovující, a proto jsem je v průběhu práce musela pozměnit. Rovněž jsem průběžně došla ke zjištění, že některé otázky bylo možno více rozvinout. Také práce se SPSS programem pro mě nebyla lehká, protože jsem s ním neměla žádné zkušenosti.

Tuto diplomovou práci a její výsledky lze nabídnout různým druhům zdravotněsociálním zařízením pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče a odstranění některých stresorů u pacientů. Věřím, že realizace některých získaných informací v praxi by zkvalitnila a zpříjemnila pobyt pacientů v nemocnici. Dále tyto výsledky



mohou být nabídnuty i studentům zdravotnických oborů, které by tato problematika zajímala a třeba by chtěli více prohloubit své vědomosti v oblasti stresorů působících na pacienty v nemocniční péči. Rozhodně však má tento výzkum výrazný význam pro komfort pacientů v různých typech již uváděných zařízení.

## 7. LITERATURA

- 1) BÁRTLOBÁ, S, MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1 vyd. Martin: Osveta, 2009. 142 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
- 2) BEDNÁŘOVÁ, J. *Když se nemoc přesune do duše*. Sestra. Praha. 2010. roč. 20, č. 5. s 17. ISSN 1210-0404.
- 3) BEDNÁŘOVÁ, J. *Umění komunikace*. Sestra. Praha. 2010. roč. 20, č. 4. s 16-17. ISSN 1210-0404.
- 4) BEDNÁŘOVÁ, J. *Jsem nemocný! Ne vyhořelý*. Sestra. Praha. 2010. roč. 20, č. 10, s 19. ISSN 1210-0404.
- 5) BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
- 6) CIMICKÝ, J. *Sám proti stresu*. 2 vyd. Havlíčkův Brod, 2007. 217 s. ISBN 978-80-87134-08-5.
- 7) ČELEDOVÁ, M, ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- 8) DROBNÁ, P. *Psychická podpora nemocných se stomií*. Sestra. Praha. 2010. roč. 20, č. 3. s 54-55. ISSN 1210-0404.
- 9) FALEIDE, O, LILLEBA, B, FALEIDE, K. *Vliv psychiky na zdraví*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-28-64-3.

- 10) FREUD, A. *Já a obranné mechanismy*. 1 vyd. Praha: Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-084-4.
- 11) GULÁŠOVÁ, I. *Bolest jako ošetrovatelský problém*. 1 vyd. Martine: Osveta, 2008. 95 s. ISBN 978-80-8063-288-5.
- 12) HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1 vyd. Praha: Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-107-7.
- 13) HALUZÍKOVÁ, J. ŘÍMOVSKÁ, Z. *Zvládání stresu a prevence jeho následků*. Sestra. Praha. 2010. roč. 20, č. 4. s 26-27. ISSN 1210-0404.
- 14) HANZLÍKOVÁ, A. a kol., *Komunitní ošetrovatelství*. 1 vyd. Martine: Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- 15) HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3 vyd. Praha: Galén. 2002. 271 s. ISBN 80-7262-132-7.
- 16) HAVLÍK, V. *Stres* [online]. 2009, [cit.2010- 03-11]. Dostupné z : <<http://civilizacni-choroby.blogspot.com/2009/04/normal-0-21-false-false-false.html>>.
- 17) HONZÁK, R. et al. *Úzkostný pacient*. 1 vyd. Praha: Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2.
- 18) HOROWITZ, J. *Léčba syndromů podmíněných stresem*. 1 vyd. Trenčín: F, 2004. 111 s. ISBN 80-88952-18-2.
- 19) JANÁČKOVÁ, L. WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1 vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

- 20) JONES, G, MOORHOUSE, A. *Jak získat psychickou odolnost*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-3022-6.
- 21) KAČÁNI, V, BUCKOVÁ, M. *Jak zvládat konflikty*. Bratislava: Iris, 1 vyd. 2001. 126 s. ISBN 80-89018-21-1.
- 22) KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. 1 vyd. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- 23) KANE, P. *Stress causing psychosomatic illness among nurses*[online]. 2009, [cit.2010-04-11]. Dostupné z: <<http://www.ijoem.com/downloadpdf.asp?issn=0019-5278;year=2009;volume=13;issue=1;spage=28;epage=32;aulast=Kane;type=2>>.
- 24) KLEVETOVÁ, D. *Každodenní nalézání osobní rovnováhy*. Sestra. Praha. 2010. roč. 20, č. 11, s. 24-25. ISSN 1210-0404.
- 25) KOLÍNKOVÁ, M. *Každý klient je individualita*. Sestra. Praha. 2010. roč. 20, č. 10, s 10-12. ISSN 1210-0404.
- 26) KOZIEROVÁ, B, ERBOVÁ, G, OLIVIEROVÁ, R, *Ošetřovatelstvo I*. Přel. T. Baška, a kol. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- 27) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2 vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- 28) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1 vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 29) KŘIVOHLAVÝ, J. PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1 vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.

- 30) LEINWATHEROVÁ, M. *Sociální dovednost jako součást sociálně-psychologického výcviku*. Sestra. Praha. 2010. roč. 20, č. 9.s 28-29. ISSN 1210-0404.
- 31) MELGOSA, J. *Zvládni svůj stres*. 2 vyd. Praha: Advent- Orion, 2004. 190 s. ISBN 80-7172-624-9.
- 32) NADIG, L. *Stress: A Health and Relationship Killer* [online]. 2008, [cit. 2010-04-11]. Dostupné z: <<http://www.drnadig.com/stress.htm>>.
- 33) NOVÁK, T. *Jak bojovat se stresem*. 1 vyd. Praha: Grada, 2004. 140 s. ISBN 80-247-0695-4.
- 34) O'CONNOR, M. ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1 vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- 35) PANDIT, S. *Stress Related Symptoms* [online]. 2010, [cit. 2010-04-11]. Dostupné z:<<http://www.buzzle.com/articles/stress-related-symptoms.html>>.
- 36) PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- 37) PRAŠKO, J. a kol., *Nespavost*. 1 vyd. Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.
- 38) PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1 vyd. Praha: Grada, 2003. 208 s. ISBN 80-247-0185-5.
- 39) PRAŠKO, J, VYSKOČILOVÁ, J, PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy*. 1 vyd. Praha: Portál, 2006. 232 s. ISBN 80-7367-079-8.

- 40) PRAŠKO, J, PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. 3 vyd. Praha: Grada, 2000. 184 s. ISBN 80-7169-334-0.
- 41) PRAŠKO, J, PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. 1 vyd. Praha: Grada, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0068-9.
- 42) PRAŠKO, J, A KOL. *Stop traumatickým vzpomínkám*. 1 vyd. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-811-2.
- 43) SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. 1 vyd. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
- 44) VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- 45) VONDRÁČEK, L. VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.
- 46) VONDRÁČEK, L. VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1 vyd. Praha: Grada, 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5.
- 47) VORVICK, L. *Stress and anxiety* [online]. 2008, [cit. 2010-04-11]. Dostupné z:<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003211.htm>>.
- 48) VIZINOVÁ, D. *Psychické trauma a jeho terapie*. 1 vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-284-X.
- 49) WITKINOVÁ, G. *Jak přežít stres*. 1 vyd. Český Těšín: Finidr, 2009. 288 s. ISBN 978-80-7252-267-5.

50) ZACHAROVÁ, E. HERMANOVÁ, M. ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

51) ZACHAROVÁ, E. ŠIMÍČKOVÁ, J. *Psychologie pro zdravotnické obory*. 1 vyd. Ostrava: Repronis, 2007. 192 s. ISBN 978-80-7368-334-4.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Klient

Sestra

Ošetřovatelská péče

Stres

Stresor

Zdraví

Nemoc



## 9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník pro hospitalizované pacienty

### Dotazník pro hospitalizované pacienty

Dobrý den,

Jmenuji se Veronika Pechová a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia v oboru vybrané ošetrovatelství v klinických oborech na Zdravotně sociální fakultě jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník poslouží k vypracování mé diplomové práce na téma: Stresory působící na pacienty v nemocniční péči. Dotazník je anonymní a bude použit pouze k již uvedeným účelům. Současně věřím, že by tento dotazník mohl posloužit zdravotnickým zařízením při snížení stresu a tím zajištění větší spokojenosti svých pacientů. Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Veronika Pechová

**1. Jste:**

- a) žena
- b) muž

**2. Kolik dní jste na tomto oddělení hospitalizován/a?**

- a) 1-7dní
- b) 8-14 dní
- c) déle než 2 týdny

**3. Jste informován/a o tom jak bude probíhat Vaše léčba?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**4. Domníváte se, že jste dostatečně informován/a o svém současném zdravotním stavu?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

**5. Máte možnost rozhodovat o výkonech a postupech, které se u Vás provádějí?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**6. Stalo se Vám někdy, že jste nevěděl/a nebo nerozuměl/a tomu, co se s Vámi bude dít?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**7. Které z níže uvedených faktorů prožíváte negativně v rámci pobytu v nemocnici? (Zde můžete zvolit více variant)**

- a) Ztráta kontaktu se svým okolím
- b) Nemožnost vykonávat svou běžnou životní roli
- c) Časné ranní vstávání
- d) očekávání před operací
- e) bolest
- f) naříkající spolupacienti
- g) alarmující přístroje
- h) celková narkóza

- i) strach z chirurgického výkonu
- j) ztráta soběstačnosti (vyměšování na míse, neschopnost samostatně vykonávat hygienu)
- k) neosobní přístup zdravotníků (lékařů, sester)
- l) vybavení pokoje
- m) společné sociální zařízení na chodbě
- n) velký počet pacientů na pokoji

**8. Vysvětlí Vám vždy zdravotník (lékař, sestra) co s Vámi momentálně bude dělat?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**9. Jste hospitalizován/a na oddělení?**

- a) chirurgie
- b) interny

**10. Ruší Vás v noci hluk?**

- a) ne
- b) ano, hluk ostatních pacientů
- c) ano, hluk zaměstnanců
- d) ano, hluk od přístrojů
- e) ano, hluk zvenčí

**11. Vyhovuje Vám doba návštěv?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) nevím

**12. Máte dostatek soukromí?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

**13. Pomáhá vám zvládat stres, pokud Vás pravidelně navštěvuje vaše rodina?**

- a) téměř vždy
- b) někdy
- c) téměř nikdy

**14. Jste spokojený s pomocí, kterou Vám poskytuje Vaše rodina, v době kdy máte problémy?**

- a) téměř vždy
- b) někdy
- c) téměř nikdy

**15. Jste spokojený se způsobem, jakým Vaše rodina, řeší běžné záležitosti a, jak Vám pomáhá řešit Vaše problémy?**

- a) téměř vždy
- b) někdy
- c) téměř nikdy

**16. Myslíte si, že Vaše rodina respektuje vaše přání po nových aktivitách, nebo po změně životního stylu?**

- a) téměř vždy
- b) někdy
- c) téměř nikdy

**17. Jste spokojený se způsobem, jakým Vám rodina projevuje náklonnost a jak reaguje na Vaše city, např. smutek, lásku, hněv?**

- a) téměř vždy
- b) někdy
- c) téměř nikdy

**18. Jste spokojený s množstvím času, který ve Vaší rodině trávíte společně?**

- a) téměř vždy
- b) někdy
- c) téměř nikdy

**19. Představil se Vám oš. personál při prvním kontaktu s Vámi?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**20. Respektuje oš. personál Vaše přání?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**21. Informuje Vás oš. personál vždy o tom co s Vámi bude dělat?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Děkuji Vám za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku, Veronika Pechová, studentka Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích.