

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Lucie Příhonská

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Role pacienta v současnosti

diplomová práce

Autor práce: Lucie Příhonská Bc.
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová Phd.

Datum odevzdání práce: 20.5. 2013

Role pacienta v současnosti

Současný stav

Role pacienta se nezměnila už několik desetiletí. Pacient je vnímán pouze jako věc, často je stavěn do podřízené role bezmocného člověka, o kterém rozhodují jiní. Nemá možnost volby a musí se podrobit zdravotnickému personálu, který jedná převážně autoritativně a dochází tak k nerovnováze vztahu zdravotník - pacient. Však dnes v 21. století je všem známo, že každý člověk má právo rozhodovat sám o sobě a nelze mu toto právo upírat. Právo moci o sobě rozhodovat hraje důležitou roli i v péči o nemocné a nemělo by se na něj zapomínat.

V soukromých zdravotnických zařízeních je opačná situace. Zde je pacient na prvním místě v plánování péče. Je nadřízený zdravotnickým pracovníkům a sám rozhoduje o tom, jakým způsobem bude léčen a za jakých podmínek. Pacient je plně informován o svém zdravotním stavu, což se ve státním zařízení často opomíjí.

Použitá metodika

Pro získání potřebných informací, které jsou důležité k vypracování diplomové práce bylo použito kvantitativně- kvalitativní šetření. Pro kvantitativní šetření byla použita výzkumná metoda pomocí dotazování. Byl vytvořen Dotazník, který byl rozdán pacientům v soukromém a státním zdravotnickém zařízení a Dotazník, který byl určen zdravotnickým pracovníkům v soukromém a státním zdravotnickém zařízení. K potvrzení hypotéz byly použity chí-kvadráty.

Kvalitativní šetření proběhlo metodou dotazování, byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Celkem bylo osloveno 14 respondentů z řad pacientů ze soukromého a státního zdravotnického zařízení. Dále bylo k doplnění dat osloveno 12 respondentů, kteří pracují jako zdravotničtí pracovníci v soukromém a státním zdravotnickém zařízení.

Sledovaný soubor

Výzkumný soubor pro kvantitativní šetření tvořili pacienti z Nemocnice Havlíčkův Brod (státní zdravotnické zařízení) a pacienti z Medicínského centra Hippokrates –

Boskovice (soukromé zdravotnické zařízení). V každém zdravotnickém zařízení bylo rozdáno 140 dotazníků. Ze státního zdravotnického zařízení bylo řádně vyplněno 130 dotazníků a ze soukromého zdravotnického zařízení bylo řádně vyplněno 135 dotazníků.

Ve druhém dotazníkovém šetření byli výzkumným souborem zdravotničtí pracovníci z Nemocnice Havlíčkův Brod (státní zdravotnické zařízení) a zdravotničtí pracovníci z Medicínského centra Hippokrates – Boskovice (soukromé zdravotnické zařízení). V každém zdravotnickém zařízení bylo rozdáno 145 dotazníků. Ze státního zdravotnického zařízení bylo správně vyplněno 136 dotazníků a ze soukromého zdravotnického zařízení bylo správně vyplněno 142 dotazníků.

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo 7 pacientů z Medicínského centra Hippokrates – Boskovice (soukromé zdravotnické zařízení) a 7 pacientů z Nemocnice Havlíčkův Brod (státní zdravotnické zařízení). Dále bylo k doplnění dat osloveno 6 respondentů, kteří pracují jako zdravotničtí pracovníci v soukromém zdravotnickém zařízení (Medicínské centrum Hippokrates – Boskovice) a 6 respondentů, kteří pracují jako zdravotničtí pracovníci ve státním zdravotnickém zařízení (Nemocnice Havlíčkův Brod).

Závěr

V diplomové práci jsme se zabývali otázkou rolí pacienta ve státním a soukromém zdravotnickém zařízení. Se změnou legislativy a rozvojem medicíny dochází ke změně postavení pacienta při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Zajímali jsme se o to, co znamená role pacienta pro zdravotnické pracovníky a co by oni požadovali v roli pacienta.

V části kvantitativního šetření byly stanoveny tři hypotézy: Přístup zdravotnických pracovníků je ovlivněn měnícími se rolmi pacienta. Pro zdravotnické pracovníky je obtížné přijmout nové role pacienta z časových důvodů a aktivní zapojení pacienta do péče je závislé na aktivní pobídce zdravotnického pracovníka. Všechny tři hypotézy byly na základě výzkumu potvrzeny.

V části kvalitativního šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky: : *Jaký je přístup zdravotnických pracovníků k rolím, které zaujímají pacienti? Zdravotničtí*

pracovníci v soukromém zdravotnickém zařízení se zcela věnují pacientovi, snaží se o zpříjemnění pobytu při hospitalizaci a přijímají nové role pacienta. Ve státním zdravotnickém zařízení se zdravotničtí pracovníci pomalu seznamují s novými rolami pacienta. Snaží se vycházet pacientům vstřícně v jejich potřebách a přáních. *Jak se zdravotnický pracovník cítí, když neposkytuje v péči to, co by sám v roli pacienta očekával?* Zdravotničtí pracovníci si po vyzkoušení role pacienta uvědomují, jak se pacient cítí a co očekává od zdravotnického pracovníka. Snaží se o pochopení pacienta, zajištění kontaktu s rodinou a zpříjemnění pobytu. *Jak zdravotničtí pracovníci vnímají partnerský vztah zdravotník – pacient?* Z výsledků šetření vyplývá, že tento vztah je narušen nedostatkem času, který má zdravotnický pracovník na daného pacienta. Zdravotničtí pracovníci vidí pacienta spíše v podřízené roli, často neberou na vědomí přání pacienta.

Využití v praxi

Výsledky šetření byly použity jako podklad k vytvoření informačního letáku pro pacienty, který informují o změně rolí pacientů. Výsledky šetření byly také poskytnuty manažerkám zdravotnických zařízení, které se snaží o zlepšení péče o své pacienty a tím také zlepšení prestiže svého zdravotnického zařízení. Dále byly výsledky tohoto šetření poskytnuty zdravotnickým pracovníkům, kteří se chtěli obeznámit s novými rolami pacienta a respektují tyto role u svých pacientů.

Shrnutí

V diplomové práci jsme se zabývali otázkou rolí pacienta ve státním a soukromém zdravotnickém zařízení. Se změnou legislativy a rozvojem medicíny dochází ke změně postavení pacienta při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Zajímali jsme se o to, co znamená role pacienta pro zdravotnické pracovníky a co by oni požadovali v roli pacienta.

Výzkumného šetření se účastnili pacienti z Nemocnice Havlíčkův Brod (státní zdravotnické zařízení), pacienti z Medicínského centra Hippokrates – Boskovice (soukromé zdravotnické zařízení), zdravotničtí pracovníci Nemocnice Havlíčkův Brod

(státní zdravotnické zařízení) a zdravotničtí pracovníci z Medicínského centra Hippokrates – Boskovice (soukromé zdravotnické zařízení).

Pro vypracování empirické části jsme použili kvantitativně - kvalitativní šetření. Pro kvantitativní šetření byla použita výzkumná metoda pomocí dotazování. Byl vytvořen Dotazník, který byl rozdán pacientům ve státním zdravotnickém zařízení a pacientům v soukromém zdravotnickém zařízení. K doplnění dat byl vytvořen druhý Dotazník, který byl rozdán zdravotnickým pracovníkům ve státním zdravotnickém zařízení a zdravotnickým pracovníkům v soukromém zdravotnickém zařízení.

Pro kvantitativní výzkum byly stanoveny tři hypotézy: Přístup zdravotnických pracovníků je ovlivněn měnícími se rolmi pacienta. Pro zdravotnické pracovníky je obtížné přijmout nové role pacienta z časových důvodů a aktivní zapojení pacienta do péče je závislé na aktivní pobídce zdravotnického pracovníka.

Kvalitativní šetření proběhlo metodou dotazování, byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Celkem bylo osloveno 14 respondentů z řad pacientů ze soukromého a státního zdravotnického zařízení. Dále bylo k doplnění dat osloveno 12 respondentů, kteří pracují jako zdravotničtí pracovníci v soukromém a státním zdravotnickém zařízení.

V části kvalitativního šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky: : Jaký je přístup zdravotnického pracovníka k rolím, které zaujímá pacient? Jak se zdravotnický pracovník cítí, když neposkytuje v péči to, co by sám v roli pacienta očekával? a Jak zdravotničtí pracovníci vnímají partnerský vztah zdravotník- pacient?

Výsledky šetření byly použity jako podklad k vytvoření informačního letáku pro pacienty, který informují o změně rolí pacientů. Výsledky šetření byly také poskytnuty manažerkám zdravotnických zařízení, které se snaží o zlepšení péče o své pacienty a tím také zlepšení prestiže svého zdravotnického zařízení. Dále byly výsledky tohoto šetření poskytnuty zdravotnickým pracovníkům, kteří se chtěli obeznámit s novými rolmi pacienta a respektují tyto role u svých pacientů.

Patient's role nowadays

Present status

Patient's role hasn't changed several decades. Patient is only taken as a thing, he often stands in a lower position as a powerless human being, whom other people decide for. He doesn't have the possibility to decide by himself and he has to remind to medical staff, which act mainly authoritatively and it comes to inability of the relation: medic-patient. It's generally known that each human being has the ability to decide about himself by the law and nobody has the right to deny it from the patient in 21st century.

There is diverse situation in private medical institution. The patient is on a first place in planning care here. He is on higher position to medical staff and he decides by himself in what ways he's going to be treated and in what conditions. Patient is fully informed about his medical stage, what is often left out in state institution.

Used method

The quantitatively-quality method was used to gain useful information, which are important to work out this thesis. For quantities investigation was used research method by the help of asking. The questioner was created, which was given away to patients in private and state institution. The questioner was identified to medical staff in private and state institution. There was used Chi-square to confirm this hypotheses.

The quality investigation was proceeding by the survey method, the half-structured dialog with open questions was chosen. We asked 14 respondents from a number of patients from the private and state medical institution.

Observed file

Researched file for the quality investigation were composed by patients from Havl. Brod Hospital (state medical institution) and patients from Medical centre Hippocrates-Boskovice (private medical institution). In each medical institution was given out 140 questionnaires. There were properly filled-out 130 questioners from state

institution and there were properly filled- out 135 questioners from the private institution.

In second questionnaire investigation were researched file medical stuff from Havlíčkův Brod's hospital (state medical institution) and medical stuff from Medical centre Hippocrates-Boskovice (private medical institution). In each medical institution was given away 145 questioners. From state medical institution was correctly filled- out 136 questioners and from state medical institution was correctly filled- out 142 questioners.

Researched file for qualitative investigation created 7 patients from Medical centre Hippocrates- Boskovice (private medical institution) and 7 patients from Havlíčkův Brod's hospital (state medical institution). Then they were asked 6 respondents, who work in private state institution (Medical centre Hippocrates-Boskovice) and 6 respondents, who work in state medical institution (Havl. Brod's Hospital) to complete the facts.

Consultation

We were dealing with patient's role in state and private medical institutions in these theses. With the change of legislation and medical progress it comes to the change of the patient's state during the hospitalization in the medical institution. We were interested about, what patient's role means to the medical stuff and what would they required if they were in patient's role.

In part of quantities investigation were provided 3 hypotheses: The attitude of medical stuff is influenced by changing the patient's roles. For medical stuff it's difficult to accept a new patient's role because of time reasons and active patient integration to the care, it's basically addicted on active suggestion of medical employee. All 3 hypotheses were confirmed in terms of investigation.

In part of quality investigation were provided 3 researched questions: *What is the attitude of medical stuff to the patient's roles?* The medical employees in private institution are fully devoted to the patient, they try to make the patients feel good by the

hospitalization and they admit the new patient's role. The state medical employees are slowly getting to know the new patient's roles. They try to be accommodating to the patients' needs and wishes. *How does the medical employee feel, if doesn't offer the care, what would he like to get and expect as a patient?* The medical staff realizes, how the patient might feel and what he expects from the medical employee, after they tried the patient's role. They try to understand patient, provide touch with his family and they try to make the patient feel good. *How do medical employees perceive the relationship medical employee- patient?* From the survey result it ensues, that this relationship is disturbed by the lack of time, which has medical employee to give the patient. The medical staff takes the patient. In lower position, they often do not care about the patient's wishes.

Use experience

The survey results were used as a base to create information newsletter for patients, which informed the change of the patient's role. The survey results were as well given to managers of the medical institutions, who are trying to improve care of their patients and they are trying to improve the reputation of their medical institution. These results of this investigation were given to medical staff, who wanted to become familiar with the new patient's roles and they respect these roles with their patients.

Summary

We were dealing with the question of the patient's role in state and private medical institutions in this thesis. With the change of legislative and the medical development it comes to the change of patient's role during the hospitalization in the medical institution. We were interested, what patient's role means to the medical employees and what would they require in the patient's role.

In this research investigation were concerned patients from Havl. Brod Hospital (state medical institution), patients from Medical centre Hippocrates- Boskovic

(private medical institution), medical staff from Havl.Brod Hospital (state medical institution) and medical staff from Medical centre Hippocrates-Boskovice (private medical institution).

To elaborate an empiric part we used quantitative-quality investigation. For quantitative investigation was used research method by the help of questioning. The questionnaire was created, which was given out to the patients in the state medical institution and to the patients in the private medical institution. There was created second questionnaire, which was given out to the state employees and to the private employees, to add facts.

For quantitative investigation were assigned 3 hypotheses: the medical staff attitude is influenced by the changing patient's roles. For medical staff it is difficult to admit the new patient roles because of lack of time and active patient integration to the care, it depends on active medical employee suggestion.

The quality investigation was preceded by the questioning method, the half-structured dialog technique with open questions, was chosen. In total we asked 14 respondents from the number of patients from private and state medical institution. Then we asked 12 respondents, who work as medical employees in private and state medical institution.

In a part of the quality investigation were assigned 3 research questions: *What is the attitude of the medical employee to the roles, which contains patient? How does the medical employee feel, when he doesn't provide in his care something, what he would expect by himself? How do medical employees perceive the relationship: medical-patient?*

The results of this investigation were used as a base for creating information newsletter for the patients, which informed about the change of the patient's roles. The results of investigation were given out to the managers of the medical institutions, who are trying to improve the patients 'care and by that, they are trying to improve the reputation of their medical institution. These results were given to the medical staff as well, who wanted to become familiar with the new patient's roles and they respect these roles with their patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému 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 dne

.....
Bc. Lucie Příhonská

Poděkování

.....Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. Marii Trešlové PhD. za cenné rady a připomínky při zpracování diplomové práce.

OBSAH

Úvod.....	3
1 Současný stav.....	4
1.1 Vývoj role pacienta v poskytování zdravotní péče.....	4
1.1.1 <i>Profesionalizace ošetrovatelského poslání.....</i>	7
1.1.2 <i>Rozvoj ošetrovatelské péče v Čechách.....</i>	8
1.2 Práva a povinnosti pacientů.....	13
1.3 Sociologie pacienta.....	15
1.3.1 <i>Parsonsov model.....</i>	15
1.3.2 <i>Freidsonovo pojetí.....</i>	16
1.3.3 <i>Postavení pacienta v nemocničním zařízení ze sociálního hlediska</i>	16
1.4 Pacient v nemocničním zařízení	19
1.4.1 <i>Prožívání nemoci</i>	24
1.4.3 <i>Negativní zkušenosti působící na pacienta při jeho hospitalizaci</i>	27
1.5 Role pacienta v soukromém zdravotnickém zařízení	28
1.6 Zdravotník v roli pacienta	30
2 Empirická část	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Hypotézy	31
2.3 Výzkumné otázky	31
3 Metodika	32
3.1 Metodika práce	32
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	33
4 Výsledky	34
4.1 Kvantitativní výzkum- Výsledky dotazníkového šetření pacientů soukromého a státního zdravotnického zařízení a statistické třídění I. stupně (popisná statistika)	34

4.1.1 Kvantitativní výzkum- Výsledky dotazníkového šetření zdravotnických pracovníků ze soukromého a státního zdravotnického zařízení a statistické třídění I. stupně (popisná statistika).....	58
4.2 Kvalitativní výzkum- Výsledky rozhovoru s pacienty soukromého zdravotnického zařízení a pacienty státního zdravotnického zařízení.....	64
4.2.1 Výsledky rozhovoru se zdravotnickými pracovníky soukromého zdravotnického zařízení a zdravotnickými pracovníky státního zdravotnického zařízení.....	71
5 Diskuze	78
6 Závěr	88
7 Seznam použitých zdrojů	90
8 Klíčová slova	97
9 Seznam příloh	98

Úvod

Téma „Role pacienta v současnosti“ jsem si vybrala z důvodu zpracování zajímavé problematiky, která v současné době má velký význam v poskytování ošetrovatelské péče, jak z hlediska pacienta, tak z hlediska zdravotnického pracovníka.

Role pacienta se nezměnila už několik desetiletí. Pacient je vnímán pouze jako věc, často je stavěn do podřízené role bezmocného člověka, o kterém rozhodují jiní. Nemá možnost volby a musí se podrobit zdravotnickému personálu, který jedná převážně autoritativně a dochází tak k nerovnováze vztahu zdravotník - pacient. Však dnes v 21. století je všem známo, že každý člověk má právo rozhodovat sám o sobě a nelze mu toto právo upírat. Právo moci o sobě rozhodovat hraje důležitou roli i v péči o nemocné a nemělo by se na něj zapomínat.

V soukromých zdravotnických zařízeních je opačná situace. Zde je pacient na prvním místě v plánování péče. Je nadřízený zdravotnickým pracovníkům a sám rozhoduje o tom, jakým způsobem bude léčen a za jakých podmínek. Pacient je plně informován o svém zdravotním stavu, což se ve státním zařízení často opomíjí.

Cílem práce je porovnat role pacienta, které zaujímá při hospitalizaci ve státním a soukromém zdravotnickém zařízení. Zjistit co pro zdravotnické pracovníky znamená role pacienta a co od ní sami očekávají. Zjistit co by zdravotničtí pracovníci sami chtěli v roli pacienta.

Výzkumného šetření se účastnili pacienti z Nemocnice Havlíčkův Brod (státní zdravotnické zařízení), pacienti z Medicínského centra Hippokrates- Boskovice (soukromé zdravotnické zařízení), zdravotničtí pracovníci Nemocnice Havlíčkův Brod (státní zdravotnické zařízení) a zdravotničtí pracovníci z Medicínského centra Hippokrates – Boskovice (soukromé zdravotnické zařízení).

Výsledky šetření byly použity jako podklad k vytvoření informačního letáku pro pacienty, který informují o změně rolí pacientů. Výsledky šetření byly také poskytnuty manažerkám zdravotnických zařízení, které se snaží o zlepšení péče o své pacienty a tím také zlepšení prestiže svého zdravotnického zařízení. Dále byly výsledky tohoto šetření poskytnuty zdravotnickým pracovníkům, kteří se chtěli obeznámit s novými rolemi pacienta a respektují tyto role u svých pacientů.

1 Současný stav

1.1 Vývoj role pacienta v poskytování zdravotní péče

Laická péče je nejstarším typem péče, kterou provádějí rodinní příslušníci, nemocný sám nebo ostatní laici. Nemoc byla v dávných dobách zahalena tajemstvím a byla přisuzována nadpřirozeným silám. Lidé věřili, že jsou napadáni zlými duchy, kteří jim způsobují nemoci. Léčením nemocných se zabývali kouzelníci a šamani, kteří se snažili o zahánění nadpřirozených sil. Tento proces byl vykonáván pomocí různých rituálů, zaklínadel a lektvarů připravených z rostlin. Významný vliv na léčitelství měl rozvoj náboženství, který jako příčinu onemocnění uváděl boží trest. Zkušenosti s léčením, se předávaly ústním podáním, později písemnictvím. Onemocnění bylo považováno za trest boží pro náboženskou neposlušnost. Pacient byl v roli trpitele nebo příjemce trestu.

Nejvyšší úroveň mělo léčitelství v Číně. V čínském léčitelství věřili, že onemocnění je způsobeno porušením hygienických zásad a nemoc se do těla dostává ústy. Léčení bylo založeno na pozorování příznaků nemoci, porovnávali a vyšetřovali nemocného. Získané skutečnosti si zapisovali a tímto způsobem vznikly první knihy o léčivých přípravcích (Farkašová, 2010; Mastiliaková, 2003).

Charitativní ošetřovatelství poskytovalo své služby nemocným, trpícím a především chudým, jednak zajišťovalo potřebnou péči a zejména ochranu, tyto činnosti zajišťovaly kláštery nebo bohatí šlechtici, kteří podporovali charitativní činnost. Charitativní ošetřovatelská péče měla za cíl uspokojit potřeby života, nutné k přežití člověka. Jedná se nejčastěji o stravování, hygienu, poskytnutí přístřešku a také poskytnutí léčebné péče, nedílnou součástí byly také duchovní služby. První cílená péče pro duševně a tělesně nemocné byla poskytována v kláštorech. V kláštorech se používala medikamentózní léčba a nezanedbatelnou roli hrála také správná životospráva. Ve 13. století bylo mnichům v domácnostech zakázáno poskytovat nemocným ošetřovatelskou péči. Navzdory tomuto nařízení mniši stále provádějí ošetřovatelskou péči a to až do dnešní doby. Role, které nemocný zaujímá se mění

podle potřeb, které má porušeny. Může se jednat o roli trpitele, příjemce z hlediska bolesti či tzv. „vůle boží“ a nebo vnímání jako trestu za některý ze svých činů.

Ošetrovatelská péče má své počátky již v ranném středověku. V této době se staly významné křižácké války. Během těchto válek se vytvořilo mnoho ošetrovatelských řádů. Tyto řády pečovaly o raněné vojáky. Nejznámějšími řády byly Maltézští rytíři a rytíři sv. Lazara. Zkušenosti s ošetřováním a léčbou nemocných šířili ústním podáním a to z generace na generaci. Nejčastěji se léčilo pomocí vody, bylin a také svoji roli hrál vliv slunce na lidský organismus. Pěstování bylin a jejich další zpracování do podoby léků se odehrávalo v ženských a mužských kláštorech. Každou výrobu léků provázely modlitby, které odháněly zlé vlivy ďábla a vždy obohatily složení léku o určitý náboženský prvek, který účinek léků ještě více zvyšoval.

K výraznějšímu rozvoji ošetrovatelské péče přispěly války, které kladly větší potřebu na poskytování lékařské a ošetrovatelské péče. Většina tradic v ošetřování vznikla při ošetřování vojáků, kteří byli raněni ve válce. K největšímu počtu úmrtí docházelo ve spojení s neadekvátními hygienickými podmínkami oproti smrti přímo ve válce. Historicky významná se stala Krymská válka, při níž došlo k zlepšení hygienických podmínek a tím klesla úmrtnost vojáků .

Ošetrovatelská péče je spojována se šířením křesťanství. Pomocí křesťanství došlo k uvědomění si důležitosti pomoci bližnímu a tím docházelo k rozvoji ošetrovatelské péče.

Křesťanské řády se rozdělily na církevní a rytířské řády. V církevních řádech byly sdruženy řádové sestry, které dodržují předepsaný řádový život a žijí v klášteře. Rytířské řády vznikaly ve válečných dobách. Členi se nazývají rytíři a jako svůj cíl si zvolili ochranu víry a šíření křesťanství, dalším jejich cílem je pomoc bližnímu (Haškovcová, 2004; Kutnohorská, 2010; Staňková, 2003).

Mezi nejznámější řády patří Řád maltézských rytířů. Byl založen roku 1099 a spojoval prvek rytířský a prvek špitálnícký. Jako ošetrovatelé pracovali řádoví rytíři a sloužící bratři. Ve 12. století bylo vytvořeno několik malých špitálů, kde se pečovalo o duševně nemocné pacienty, interně a chirurgicky nemocné a také docházelo k izolování

nemocných trpící horečnatými a průjmovými onemocněními. Své snažení zaměřovali především na hygienu a stravování.

Důležitou součástí historie charitativních řádů našich dějin je Řád křižovníků s červenou hvězdou. Tento řád byl založen v první polovině 16. století sv. Anežkou Českou, která se stala patronkou českého ošetrovatelství. Sv. Anežka je považována za první ženu, která vybudovala mužský řád a zároveň vytvořila český ošetrovatelský řád. Vypráví se, že vytvořila pokyny, jak ošetřovat nemocné a chudé v klášteře. Péče o nemocné a chudé se provádí jak v samotném špitále tak mimo tuto budovu. Přijímali slepce, chromé a zestárlé lidi, odložené děti, lidi neschopné se o sebe postarat. Každému byla poskytnuta strava, obydlí, oděv bez jakýchkoliv poplatků za poskytnuté služby.

Důležitou roli sehrála při rozvoji ošetrovatelské péče Anežka Česká. Byla dcerou Přemysla Otakara I. a dosáhla velice dobrého vzdělání. Na výchovu a další vzdělání byla poslána do kláštera v Doksanech. Velice ji zajímaly modlitby a víra. Vzdala se světského postavení a svůj život zasvětila Bohu. Vstoupila do ženské řehole žebavých řádů svatého Františka, do řehole sv. Kláry neboli Klarisek. Kde se později stala abatýší. O sv. Anežce je známo, že celý svůj život věnovala pomoci nemocným a chudým.

Kongregace sv. Zdislavy se stala významnou z hlediska jejich patronky sv. Zdislavy. Její vzorná péče o rodinu sklízela obdiv. Mimo péči o rodinu se ještě věnovala činnosti v charitě. Společně se svým manželem nechali vybudovat klášter a chrám v Jablonném v Podještědí a poté také v Turnově. Společně s rodinou žila ve skromných podmínkách. Často chodila na návštěvu k nemocným a chudým, kterým poskytovala útěchu a zároveň podporu. Navštěvovala i umírající u jejich lůžka a starala se o ně. Traduje se, že Zdislava měla dar zázračné moci. Je symbolem péče charitativní péče a také patronka manželského a rodinného svazku. Kongregace sv. Zdislavy měla za cíl charitativní činnost a zároveň se snažila o výchovu mladých dívek (Staňková, 2003; Pacltová, 2009; Plevová, 2008).

Ve středověku byla charitativní péče nesjednocená, ale velmi rozšířená. Pacienti zaujímali roli trpitele a příjemce péče. O sjednocení této péče se pokusil v 17. století kněz sv. Vincent z Pauli. Snažil se o větší rozvoj péče o lidi nemocné a chudé, snažil se

zorganizovat celkovou péči. Založil Charitativní apoštolskou komunitu, která má název Dcery charity. Členky se staraly o nemocné. Byly to většinou mladé dívky. V roce 1668 tuto Charitu potvrdil papež Klement IX. (Staňková, 2003).

1.1.1 Profesionalizace ošetrovatelského poslání

Za mezník změn v ošetrovatelství se považuje Krymská válka v letech 1854 - 1856. Vznikla myšlenka pro přípravu žen, které budou odborně vyškoleny pro poskytování péče nemocným a raněným. K profesionalizaci ošetrovatelství dochází koncem 19. století. O rozvoj se zasadili Florenc Nightingalová, Nikolaj Ivanovič Pirogov a Jean Henri Dunant.

Florence Nightingalová se narodila 12. 5. 1820 v anglické vlivné rodině. Byla velice dobrou studentkou, studovala filozofii, historii, klasickou literaturu, umění, hudbu, němčinu, latinu, francouzštinu, italštinu a řečtinu. Přestože byla ženou, měla vynikající vzdělání. Chtěla se stát ošetrovatelkou, ale s tím rodiče nesouhlasili. Při svých cestách Evropou navštěvovala nemocnice a seznamovala se s jejich zařízením a s poskytovanou péčí. V roce 1851 nastoupila do protestantské diakonie v německém Kaiserwethu a vystudovala zde kurz, který trval tři měsíce. Toto studium rozhodlo o její budoucí profesi. V roce 1853 byla zvolena vedoucí Ústavu pro péči o nemocné šlechtičny v Londýně. V tomto zařízení zavedla mnoho změn: zasadila se o rozvedení tekoucí teplé vody po každém patře nemocnice; vymyslela signalizační systém pomocí zvonku od pacientova lůžka ke zvonku umístěném na chodbě; zasadila se o pavilony, kde byli pacienti umístěni podle svých chorob a nechala nainstalovat jídelní výtah, který dovážel jídlo přímo na určená oddělení (Kutnohorská, 2010; Plevová, 2008).

Své poslání chtěla naplnit v Krymské válce. O pomoc ji požádal britský válečný ministr lord Herbert, který znal její úspěchy v ošetrovatelské péči. V roce 1854 vyrazila Nightingalová společně s 24 dobrovolnicemi do Istanbulu, kde začali pečovat o nemocné a zraněné vojáky. Vojáci zaujímali roli pasivního pacienta, plnili příkazy ošetrovatelů, bez možnosti vlastního rozhodování. V pozdější době se k nim přidalo

dalších 50 dobrovolnic. Ranění a nemocní byli ošetřováni ve velice katastrofálních podmínkách, ani sestry neměly z hlediska spolupráce s lékaři nejjednodušší podmínky. Ošetřovatelky se postaraly o obnovu kuchyně, aby vojáci měli vhodnou stravu a uspokojily alespoň základní potřeby. Postaraly se o vybudování hygienického zařízení a o zprovoznění prádelny. Již půlroční výsledky ukazovaly sníženou úmrtnost vojáků z 60 % na 2 % a na konci války toto číslo ještě kleslo na pouhé 1 %. Florence také pečovala o sociální potřeby vojáků, zasadila se o vyplácení žoldu i v době nemoci vojáků. Často chodila vojáky kontrolovat i v noci s rozsvícenou lampičkou, proto se o Florence někdy mluví jako o paní s lampou (Kelarová, 2009; Kutnohorská, 2010).

Psala hlášení a podařilo se jí zorganizovat návštěvu správní hygienické komise, která podpořila změny v organizaci nemocnic. Na její popud byla vybudována nová nemocnice, která byla velice dobře vybavena. Nemocnice byla rozdělena na křídla, která byla vybavena hygienickým zařízením, samostatnou pracovní sestrou, lékárnou, ventilací, součástí byla pekárna, kuchyň, prádelna, vodovod a také kotelná. Snažila se být nápomocná i při řešení dalších hygienických a zdravotních problémů jako v Indii, ve Spojených státech amerických, ve francouzsko-pruské válce, ve válce v Egyptě a Súdánu a ve válce v Jižní Africe.

Po skončení Krymské války zorganizovala sbírku na vytvoření ošetřovatelské školy. Škola byla otevřena 15. 6. 1860 v Londýně při nemocnici sv. Tomáše. Studium ve škole trvalo jeden rok, kdy studentky navštěvovaly také pacienty v nemocnici a staraly se o ně. Po ukončení studia nastoupily do nemocnice jako ošetřovatelky na zkoušku, po čtyřech letech od nástupu do školy byly jako vyškolené ošetřovatelky přijímány do zaměstnání (Plevová, 2008; Vytejčková, 2011).

1.1.2 Rozvoj ošetřovatelské péče v Čechách

Na rozvoj ošetřovatelství mělo výrazný vliv uvědomování si vlivu hygieny na prevenci nemocí a zdraví lidí. Důležitou roli sehrála při rozvoji ošetřovatelské péče Anežka Česká, o které jsem se již zmiňovala v charitativním ošetřovatelství.

První zmínka o vzdělávání pochází již z roku 1620, kdy byla založena nemocnice Na Františku. Tuto nemocnici spravoval řád Milosrdných bratří, kteří pro své novice vytvořili v prostorách budovy školu.

Na pražské lékařské fakultě se pořádaly přednášky pro výuku opatrovníků, ranhojičů a porodních bab. Přednášky obsahovaly témata týkající se stravování nemocných a jejich hygieny. Zahrnovaly také procedury, které mohl opatrovník provádět. Tyto přednášky však byly zrušeny v roce 1789.

V 19. století došlo k emancipaci žen, které usilovaly o uznání placené profese, kterou léta provádí jako je opatrovnictví sirotků, nemocných. To zapříčinilo vznik Ženského výrobního spolku českého v Praze. Tento spolek byl zaměřen na výuku praktických předmětů, byl určen i pro chudé dívky.

První česká ošetrovatelská škola vznikla v Praze v roce 1874. Vzdělávání probíhalo v kurzech, které trvaly 3- 7 měsíců a byla ukončena získáním diplomu. Výuka se konala v městském chorobinci na Karlově, výuka zahrnovala jak část teoretickou, tak část praktickou. Po dokončení studia dívky pracovaly jako ošetrovatelky v domácnostech. K ukončení činnosti této školy došlo po sedmi letech (Plevová, 2008; Mlýnková, 2010).

Česká ošetrovatelská škola byla pokládána za vzor pro zakládání dalších škol a vedla k rozvoji vzdělávání nejen v Čechách. Docházelo k rozvoji a zdokonalování výukových metod a zároveň ke zvyšování úrovně ošetrovatelských pracovníků. Zlepšení vybavení nemocničních zařízení a celkovému zlepšení životních podmínek zdravotnických pracovníků (Rozsypalová, 2006).

Československá republika se musela vyrovnat s katastrofálními následky *první světové války*. Systém zdravotnictví byl přejat od zaniklého Rakouska - Uherska, tento systém byl během první republiky vylepšován. Mezi první úkoly patřilo sjednotit zdravotnickou legislativu v novém státu a stávající zákony přizpůsobit a zjednodušit novým podmínkám. V čele systému zdravotnictví bylo ministerstvo zdravotnictví a tělesné výchovy. V nemocničních zařízeních měly ošetrovatelky velmi těžkou práci. Ošetrovatelský personál podléhal až do roku 1927 čelednímu řádu z roku 1866, který byl přejat z dob Rakouska - Uherska. Ošetrovatelky byly stále ubytovány

v nemocničních pokojích, pracovní doba se odvíjela podle potřeb, lze říci, že šlo o neomezenou dobu. Pokud ošetřovatelka zanedbala svou práci nebo ztratila nějakou součást inventáře byla nucena přijmout trest, nejčastěji v podobě peněžní pokuty nebo zákazu vycházek, popřípadě byla propuštěna. Lékař rozhodoval o vycházkách jednotlivých ošetřovatelek. Pokud ošetřovatelky uzavřely sňatek musely poté odejít z nemocnice, platové ohodnocení bylo minimální. Změnu přineslo až vládní nařízení z roku 1927, jde o nařízení *O úpravě služebních a platových poměrů ošetřovatelů v civilních státních ústavech léčebných a humanitních a ve Všeobecné nemocnici v Praze*. Díky tomuto nařízení již není brána ošetřovatelská činnost jako čelední poměr, ale je považováno za důstojnější povolání. Také se změnilo platové ohodnocení, díky nařízení se rozdělilo do platových pásem o čtyřech stupních. Nařízení umožňovalo ve zvláštních případech pracovat ženám, které byly vdané nebo měly děti (Říhová, 2005; Svobodný, 2004).

V první republice byly členkami zdravotnického personálu čtyři druhy ošetřovatelek. Jednalo se o praktické, neškolené ošetřovatelky, které neznaly zásady správné péče o nemocné, byly zacvičovány přímo na odděleních. Tyto ošetřovatelky neabsolvovaly ošetřovatelskou školu a měly minimální platové ohodnocení. Do druhé skupiny patřily praktické ošetřovatelky, které absolvovaly méně než dvouletý ošetřovatelský výcvik. Vzdělávací kurzy připravovala náboženská organizace Charita, která se zaměřovala na zaměstnávání ošetřovatelek v rodinách (Kafková, 1992).

Třetí ošetřovatelskou skupinu tvořily řádové ošetřovatelky, které byly platnou silou v péči o nemocné. Řády zakládaly vlastní ošetřovatelské školy. Do poslední skupiny patřily diplomované sestry, které absolvovaly ošetřovatelskou školu. Tyto ošetřovatelky se dále dělily na ošetřovatelky, které pracovaly mimo nemocniční ústav a na ty pracující v nemocnicích. Dále na ošetřovatelky, které pracovaly v poradnách, ošetřovatelky, které se staraly o nemocné ve vlastní rodině. Nedílnou součástí byly také ošetřovatelky u nichž náplní práce byly instruktáž při pořádání kurzů pro dobrovolné sestry.

Práce ošetrovatelek probíhala v lůžkových zařízeních. Jednalo se o sály, které obsahovaly 15- 27 lůžek. O pacienty pečovaly na jednom pokoji 2 – 3 ošetrovatelky. Ředitelem nemocničního zařízení byl lékař, který rozhodoval o pomocnicích a ošetrovatelkách. Lékař mohl rozhodovat pouze o civilním personálu, řádové sestry měly svou představenou sestru, která je řídila. Zdravotnický personál vykonával uloženou práci, snažil se o svědomité vykonání svých úkolů. Vrchní sestra měla za úkol kontrolovat dvakrát denně prohlídku pokojů, účastnila se ranní vizity, kontrolovala čistotu pokojů a sledovala přístup ošetrovatelek k nemocným. Důležitou součástí její práce byla také kontrola přípravy stravy a jídelního lístku. Mezi další činnosti vrchní sestry spadala administrativní práce, kontrolovala chorobopisy a ukládala je do archivu.

V profesním ošetrovatelství se role pacienta často měnila. Ať už se jedná o čekatele na pomoc v období válek, kdy byl pacient odkázán na pomoc vojenských nemocnic. Přes podřízeného, který měl za úkol podrobit se tomu, co lékař uznal za vhodné až po dnešní partnerský vztah zdravotníka a pacienta. Zdravotničtí pracovníci si musejí uvědomit změnu situace a také, že každý pacient má svá práva. I když někteří zdravotničtí pracovníci si dodnes neuvědomují změnu jak své role, tak změnu role pacienta (Kafková, 1992).

Ošetrovatelská péče na počátku 21. století prošla řadou změn. Ošetrovatelská péče je zaměřena na péči v nemoci, ale zároveň také ve zdraví. Ošetrovatelství je přesně vymezeno kompetencemi ve zdravotní péči. Je kladen velký důraz na zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Podporuje se výzkum, nelékařští zdravotničtí pracovníci se stávají edukátory pacientů. Došlo ke stanovení kompetencí pro porodní asistentky a pro všeobecné sestry (Kutnohorská, 2010).

Velký přínos pro ošetrování nemocných bylo zavedení ošetrovatelského procesu do praxe. Vytvořila ho v roce 1955 Lydia Hallová. V roce 1967 bylo stanoveno pět kroků ošetrovatelského procesu. Jedná se o percepci, komunikaci, interpretaci, intervenci a závěrečnou fází je vyhodnocení. V roce 1973 byly stanoveny Normy ošetrovatelské praxe, které vytvořilo Americké sdružení sester ANA. Vytvořilo pět fází ošetrovatelského procesu. Do těchto fází patří: posouzení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Kozierová, 1995; Mastiliaková, 2005).

Na konci 60. let 20. století se ošetrovatelský proces rozšířil do Evropy. V České republice se teorie ošetrovatelského procesu objevila na začátku 90. let minulého století. Po seznámení s atributy tohoto procesu se začal zavádět do ošetrovatelské praxe. Většina zdravotnických zařízení dnes tento proces úspěšně využívá při péči o své pacienty. Pacienti jsou zapojováni do péče, spolupodílí se na péči a spolupracují se zdravotnickými pracovníky. Ošetrovatelský proces je součástí osnov při výuce na tehdejších zdravotnických školách (Marečková, 2005).

Na začátku 70. let minulého století vznikla práva pacientů jako následek demokratické společnosti. Do této doby pacienti neměli potřebu mít práva, protože byl používán paternalistický model vztahu lékař – pacient. Pacient byl plně závislý na svém lékaři a to jak lidsky, tak i odborně. Nyní si pacient cenní své svobody, přijímá odpovědnost za svůj život a usiluje o to, aby měl dostatek informací i v době nemoci. Aby měl možnost o sobě rozhodovat při svém onemocnění nebo alespoň minimálně spolupracovat při poskytování péče. Nelze proto pacientům dále vnucovat podřízenou roli. Práva jsou formulována takovým způsobem, aby doplňovala etický kodex lékařů, ale zároveň, aby nebyla v rozporu s legislativou. Základem pro formulaci etického kodexu Práv pacientů byla Všeobecná deklarace lidských práv a svobod (1948), Evropská dohoda o lidských právech a základních svobodách (1950), Evropská sociální charta (1961), Mezinárodní úmluva ekonomických, sociálních a kulturních práv (1966), Mezinárodní konvence občanských a politických práv (1966), Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny (1997), Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů (Luxemburg Declaration on Patient Safety 2005). Návazností na etický kodex lékařů je zajištěno jejich dodržování. (Haškovcová, 1997; Válková, 2009).

David Anderson, farmakolog z Virginie, formuloval jeden z prvních kodexů práv pacientů. Byl napsán v 1. formě. Úvodní pasáž dle Andersona zní: „Chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací, ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařen pocity, obavami, tužbami, ale i zábrany. Neznám vás dobře a odmítám vaše úsilí proniknout

do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mě podobní pacienti mohou očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch“ (Haškovcová, 1997, s. 84).

1.2 Práva a povinnosti pacientů

Každý pacient má svá práva, ale zároveň také povinnosti. Základní povinností pacienta je dodržovat domácí řád daného zdravotnického zařízení. S domácím řádem je seznamován při přijetí na oddělení. V tomto řádu je uveden nástin chování pacienta, jakým způsobem a za jakých podmínek je pacient ošetřován, jaká pravidla musí dodržovat. Jednou z povinností je informovat lékaře o lécích, které pacient užíval v domácím prostředí. Při pobytu má pacient dodržovat společenské konvence, které jsou ve společnosti běžné. Při nerespektování domácího řádu může být hospitalizace pacienta předčasně ukončena (Domácí řád Nemocnice Havlíčkův Brod, 2006).

Etický kodex práv pacientů, který schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tyto práva jsou platná od 25. 2. 1992. Od 1.4. 2012 jsou Práva pacienta uvedeny v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování :

Pacient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

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

V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem, o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez udání důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu se zákony.

Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu nato, kým je účet placen.

Pacient má autonomní postavení. Má právo rozhodovat o tom, co chce a co odmítá. Pacient je partnerem při rozhodování. Zdravotní pracovníci by měli pacientům práva nabízet, tolerovat rozhodnutí pacienta a také práva naplňovat (Candigliota, 2009; www.mpsv.cz/cs/840, 2005).

1.3 Sociologie pacienta

Ze sociologického hlediska je pacient nejčastěji označován jako jedinec nacházející se ve zvláštní situaci, neboť jeho nemoc mu brání vykonávat společenské funkce, jež za normálních situacích plnil (Bártlová, 2005).

„Role je ze sociologického hlediska dynamický aspekt statusu. Člověk je sociálně přiřazen k jistému postavení, které zaujímá ve vztahu k jiným postavením. Když realizuje práva a povinnost, které konstituují daný status, plní roli. Bez statusů není rolí a bez rolí není statusů (Thompson, 2004, s. 103)“. Z tohoto důvodu se očekává, že se pacient bude určitým způsobem chovat, reagovat, plnit povinnosti a uplatňovat práva. Na chování však záleží do jakého teoretického modelu ho můžeme zařadit.

1.3.1 Parsonsův model

Talcott Parsons vytvořil v oblasti sociologie medicíny model strukturálně-funkcionalistický, který upozorňuje na to, že pacient má 4 charakteristické rysy. Mezi tyto rysy patří: zanedbání svých povinností, které vykonává v běžném životě; má povinnost vyjadřovat nesouhlas se svým stavem; musí vyhledat odbornou pomoc a snažit se vyléčit, pokud se stav nezlepší; s pacientem je jednáno jako s neodpovědným za vznik svého onemocnění a za člověka, který nemá tolik síly, aby onemocnění překonal svou vůlí.

Role pacienta v sociologii zahrnuje dvě povinnosti a dvě práva. Pacient se soustředí na své onemocnění a je osvobozen od běžných závazků společnosti.

Povinností pacienta je najít odbornou pomoc lékaře a při léčení maximálně spolupracovat.

Parsons poukázal na odlišnosti, které jsou u dětí a duševně nemocných. U těchto skupin dochází ke změně v přesunutí povinnosti najít odborníka a to na blízké osoby. Parsonsův model role pacienta zanedbává také myšlenky o rozdílech, které jsou v chování a také v kulturních normách ve spojení s nemocí. Vnímá roli pacienta jako roli jednostranně- doktorsko- centricky, protože uvádí, že nemocný si za svého důvěrníka zvolí lékaře a dále nepřipouští jiné řešení. Jako jsou například konzultanti z alternativní medicíny a mnoho dalších (Bártlová, 2005; Křečková-Tůmová, 2003).

1.3.2 Freidsonovo pojetí

Freidson v 70. letech vytváří sociální taxonomii onemocnění, kde chce uvést znaky role pacienta u různých onemocnění. Kdy uvádí, že různá onemocnění ne vždy ovlivňují stejné znaky role pacienta.

Sociální taxonomie onemocnění má vedle významu statistického, také význam dynamický. Ten se udává u stejného pacienta v různých stupních onemocnění. Nelze se vyjadřovat jenom o jedné roli pacienta, ale o jejich různých kombinacích, které se mohou střídat podle situace. Střídání těchto rolí se nazývá kariéra nemocného. Je to proces zdolávání ohrožujících rizik a ohrožení existence vyvolanými onemocněním.

Freidson také upozorňuje na význam laického referenčního systému. Role v sociálním pojetí nemocného se odlišuje v jednotlivých případech. Mezi hlavní příčiny jejich změn jsou průběh a charakter nemoci a rozdíl v pacientově sociální situaci. Důležitou roli hraje také psychika nemocného, strach z bolestivých výkonů, ze smrti, prožitky bolesti a mnoho dalších faktorů (Bártlová, 2005; Křečková-Tůmová, 2003).

1.3.3 Postavení pacienta v nemocničním zařízení ze sociálního hlediska

Pro hospitalizovaného pacienta je změna jeho role v rodině spojena se změnou prostředí, v kterém probíhá jeho život. Pacient, který je hospitalizovaný je vyloučen

ze společnosti zdravých lidí. Je v situaci, která ho společensky, ale zároveň také psychicky podřizuje. Často se nemocný setkává s tím, že je mu nařízeno co nesmí, co smí nebo se to často také nedozví, protože se předpokládá, že již o tom byl poučen.

Nemocniční prostředí je pacienty vnímáno jako málo sociálně blízké oproti zdravotnickým pracovníkům. Při přijetí do zdravotnického zařízení pacienti získávají novou roli, která je často vnímána jako podřízená. Pro pacienty je většinou nepřijemná a špatně se s ní ztotožňují. Největší rozdíl při přijímání rolí hraje věk pacienta. Při procesu osvojování si rolí může dojít ke změně již osvojených návyků a stereotypů. Tímto způsobem dochází k vytváření nových stereotypů a návyků u pacienta, které mohou být dobrou pomůckou v dalším životě pacienta (Bártlová, 2005; Janečková, 2009).

I přes velký rozvoj medicíny, je stále pacient považován za biologickou bytost, u kterého se nebere zřetel na stránku psychickou a společenskou. Sociální a lidské vztahy v systému nemocničního zařízení jsou spoluvytvářeny a ovlivněny společenskými souvislostmi, při nichž se provádí léčebný proces. Lékařští pracovníci jsou v seskupení profesionálů, jejichž hodnotový systém je zaměřen na funkční a etická pravidla v rámci diagnostické a léčebné péče a spojené s životem v nemocničním zařízení. Oproti tomu je pacient ovlivněn hodnotovým systémem své rodiny a svého zaměstnání. Vliv rodiny při přijetí pacienta do nemocnice se nemění, spíše se více posiluje. Předpokladem pro úspěšné zvládnutí léčby je ztotožnění se s rolemi a to jak pacientem, tak zdravotnickými pracovníky (Bártlová, 2005; Minibergerová, 2008).

Pro pacienta má nemocniční prostředí jiný význam než pro zdravotnického pracovníka. Pro zdravotnické pracovníky je toto prostředí přirozené, je mu totiž důvěrně známé. Pro pacienta toto prostředí znamená dodržování povinností a daných omezení. Hospitalizace v nemocničním zařízení představuje pro pacienta dvě situace, se kterými se musí ztotožnit. Mezi tyto situace patří vnímání zařízení jako dočasný domov a zároveň uvědomění si, že tam vstoupil proto, aby našel pomoc. Uvědomění si těchto situací probíhá třemi způsoby. Do prvního způsobu lze zařadit uspokojení potřeb, které pacient vyžaduje. V rámci hospitalizace musí zdravotnický pracovník předvídat chování pacienta. Pacient musí dodržovat dané nemocniční řády. Tyto řády s v jednotlivých

zařízeních mění. Do dalšího způsobu patří závislost pacienta na poskytované péči, do jaké míry je třeba uspokojovat jejich potřeby. Tato situace má velký význam pro pacientův status. Při uspokojování potřeb nedává zdravotnický personál pacientovi prostor, aby rozhodl jaké potřeby mají být uspokojeny. Často dochází ke změnám v sebeoceňování. Do posledního způsobu zařazujeme odbornost péče, která je poskytována pacientovi, který musí být vždy k dispozici lékaři. Předpokladem pro poskytnutí zdravotnické péče je potenciální přítomnost nemocného (Bártlová, 2005; Zacharová, 2007).

Do vztahu zdravotnický pracovník – pacient často vstupuje technika. Tato technika sice umožňuje zlepšení péče o nemocné, ale také zároveň pohlcuje veškerou pozornost zdravotníků. Zdravotnický pracovník proto odsouvá nemocného, který je objektem péče do pozadí. Přestává mít potřebu být v osobním kontaktu s nemocným, který tento vztah postrádá.

Během posledních let je zaznamenána změna postoje pacienta, především psychologického postoje, k nemocničnímu zařízení jako k instituci. Pacienti jsou více informovanější, nechtějí být pasivní, jsou ochotni spolupracovat při zásadách péče o své zdraví. Již se upustilo od chápání zdraví jako cíle, kterého se musí dosáhnout a vše tomu musí být podřazeno. V mnohých západních zemích, je zdraví chápáno jako instrumentální hodnota. Zdraví je chápáno jako prostředek, kterého se dá využít k dosažení pohody, výkonu, úspěchu (Bártlová, 2005; Haškovcová, 2007).

Dnes se často místo označení „pacient“ užívá termín „klient“. Klient přináší do zdravotnictví finance a chová se podle toho. Vyžaduje kvalitní péči, chce být partnerem lékaře a dostatečně informovaný o své zdravotním stavu. Tímto do vztahu lékař – pacient vstupuje také právník, který je obhájcem pacientových práv. Při pacientově nespokojenosti s péčí, vede lékaře k odpovědnosti. Sestra často vystupuje jako advokátka pacienta při kontaktu s lékařem. Snaží se zlepšit postavení a prožívání pacienta v nemocničním zařízení (Bártlová, 2005; Wood, 2010).

1.4 Pacient v nemocničním zařízení

Každý člověk v průběhu života zaujímá různé role. Jedná se o obligatorní role, které se tvoří během života jedince. Jsou dané fází vývoje, jde o role dítěte, dospělého, starce. Poté mohou být dány pohlavím, jde o role ženské a mužské. Dále jsou určeny sociální pozicí jedince, o těchto rolích hovoříme jako o roli školáka, pracujícího, důchodce. A v neposlední řadě je role dána zdravotním stavem, poté jde o role nemocného a zdravého.

Nedílnou součástí jsou také alternativní, volitelné role, které si určuje sám jedinec dle svého výběru. Jedná se o profesní roli, roli rodičovskou, roli spojenou se společenským postavením a také o roli ohraničenou výběrovým vztahem daným lidem. Všechny z těchto rolí jsou specifické pro každého jedince. Často se tyto role nahrazují, v některých rolích se projevují různé vlastnosti osobnosti.

Role lze také rozlišit dle jejich obsahu na role formální a neformální. Formální role je přesně určena právními předpisy, má určená pravidla a způsob, jakým si ji jedinec osvojuje. Jde například o roli lékaře, ředitele zdravotnického zařízení. Pokud se jedná o neformální roli, ta nemá přesně vymezena pravidla. Vzniká na základě vlastností jedince nebo je mu přidělena dle jeho chování. Jedná se například o roli stěžovatele nebo obětního beránka.

Zvláštností jsou atributované role, které jsou jedinci přiřazeny na podkladě osobnostních vlastností. Často je tato role jedinci přidělena sociálním okolím. Pokud je tato role přijímána, jedinec se s takovouto rolí identifikuje. Problém nastává, pokud jedinec o roli nestojí, získání nezáleželo na jeho rozhodnutí. Jedná se o vnucenou roli. Často se jedná o formální roli, která byla jedinci vnucena za určitých okolností. Pacientovi může být přidělena role stěžovatele.

Každá role má pro jedince osobní význam, má ke svým rolím vztah, který je určen jejich sociální prestiží a situačními faktory. Některých rolí si jedinec váží a ztotožňuje se s nimi nebo je naopak považuje za méně důležité, které odmítá. Pokud jedinec zaujímá negativní postoj k určité roli, je ovlivněno jeho reagování a prožívání (Vágnerová, 2004; Zacharová, 2011).

„Role je očekávané a vyžadované chování, související s určitým postavením člověka ve společnosti (Vymětal, 2003, s. 112)“.

„Roli lze definovat jako soubor normativně vymezeného, v této pozici očekávaného, dovoleného i vyžadovaného chování (Vágnerová, 2004, s.320)“.

Role každého jedince je individuálně specifická a určuje postavení ve společnosti. Při realizaci role se uplatňují různé složky osobnosti. Jde o vlastnosti osobnosti jedince, zda jde o jedince emočně stabilního, dominantního, extravertovaného nebo spíše o jedince introvertovaného, submisivnějšího, emočně nestabilního a zároveň trpícího úzkostí. Dále záleží na kognitivním faktoru, pro ztvárnění role musí mít informace a znalosti o této roli. Pokud je nemá, řídí se svými pocity a názory okolí. Důležitou součástí je také motivačně – emotivní faktor. K ztvárnění role musí být osoba dostatečně motivována. Pacienta je třeba učit jak se adaptovat s rolí pacienta. Důležitou úlohou je hodnota role a její osobní význam, identifikace s touto rolí, její hodnotová hierarchie. Nebo naopak její vynucování, její odmítání, minimální osobní význam. Mezi poslední faktor patří faktor kompetenční. Ztvárnění role je závislé na kompetencích, schopnostech, které má jedinec ke zvládnutí této role. Je ovlivněna volnými vlastnostmi, které mají význam při její náročnější realizaci.

Role slouží k sociálnímu začlenění jedince. Společnost poukazuje na požadavky, které jsou představovány ve formě rolí. Požadované chování je oceněno a nevhodné projevy jsou odmítnuty popřípadě potrestány. V této situaci je pro jedince výhodou chovat se podle své role. Role se podílejí na utváření osobnosti jedince (Vágnerová, 2004; Verešová, 2007).

Role je určena požadovaným chováním, ale i souborem privilegií a zároveň povinností. Některé z rolí jsou přesně určeny. Do těchto rolí patří přikázané chování, které je požadováno za všech okolností nebo je v dané situaci odmítnuto. Tímto stylem se na jedinci vyžaduje, aby se choval určitým způsobem. Nutí jedince, aby přijal hodnoty, postoje a normy chování této skupiny. Jde například o to, aby pacient dodržoval léčebný režim, který má stanoven.

Druhým způsobem je přípustné chování, které není přímo zakázané nebo přikázané. Výběr varianty chování v mnoha situacích záleží na jednotlivci. V této situaci má osoba možnost volby. Jedná se například o roli manželky- manžela, která je dnes málo vymezená a je velký prostor pro různý způsob naplnění.

Nemoc má pro každého jedince i pro jeho okolí určitý význam a v souvislosti s tím se s ní vyrovnává. Nemocný člověk je omezen při vykonávání oblíbených činností, musí se podrobit léčebnému režimu. Nemoc je náročná životní situace a snižuje kvalitu života. Oproti roli nemocného člověka je role zdravého člověka mnohem jednodušší. Zdravý člověk není omezen v běžných denních činnostech. Zdraví chápeme jako podmínku a předpoklad pro náš běžný život (Jobánková, 2003; Vágnerová, 2004).

V době nemoci je pacient vnímán jako pasivní. Cítí, že sám o sobě zcela nerozhoduje, podvoluje se příkazům, zákazům, která jsou vyřčena ošetřujícím zdravotnickým personálem. Pacient nemůže dělat vše co chce, ale je závislý na ostatních lidech.

Životní rytmus se také do značné míry liší od rytmu života, který zaujímal v době zdraví. Často pociťuje nechuť přizpůsobit se rytmu ve zdravotnickém zařízení. Nemocný je nucen vykonávat činnosti, které nezná nebo jsou mu nepříjemné. Tyto činnosti vedou k snížení sebevědomí nemocného a snižuje také jeho sebehodnocení. Často se pacient ocitá v sociální izolaci, kterou vytváří nemocniční prostředí. Pacient je v prostředí, které nezná, setkává se s cizími lidmi, kteří jsou mu často nepříjemní, neosobní. V okruhu zájmu je pacient velmi silně omezen především z hlediska zdravotního stavu a jeho změn (Křivohlavý, 2009; Marková, 2006).

Pacienti, jsou často nedostatečně informováni o svém zdravotním stavu, ztrácí přehled a vládu nad svým zdravím. U pacientů se objevují převážně negativní emoce jako jsou nejistota, obavy, bolest, strach a další. Budoucnost vidí jako nejistou a pacient prožívá nepříjemné pocity (Trachtová, 2003).

Křivohlavý uvádí, jak lidé chápali nemoc- stav, kdy je něco v nepořádku, kdy to není dobré, kdy to, co má něco dělat, funguje jen s obtížemi, kdy se určitá funkce vychyluje z běžných mezí. Pohled na onemocnění můžeme chápat ze tří různých pohledů. Do první úrovně lze zařadit stav organický, kdy mluvíme o chorobě, projevuje

se oslabením, poškozením a také snížením činnosti, která je fyziologická. Druhý pohled je nazýván stavem funkčním neboli nemocí. Je to nezpůsobilost, neschopnost vykonávat činnost. Do třetího pohledu je zařazen stav sociální, který lze také nazvat nezdravým. Do tohoto stavu zahrnujeme hendikepované pacienty, zdravotně postižené, znevýhodněné oproti druhým (Křivohlavý, 2009).

Často se setkáváme u pacienta s pasivní rolí. Takovýto pacient poslechne všech příkazů lékaře a neodmítá jakákoliv vyšetření. Tento pacient je velice oblíbený, nevyžaduje žádné specifické činnosti a je spokojen s poskytovanou péčí. I tato role je nahrazena rolí aktivního pacienta, který má zájem o to, co se s ním bude dělat, jak s ním bude zacházeno, jaká další vyšetření má podstoupit a zda mají nějaký účinek. Sám si řídí potřebnou péči

(www.newhealthpartnerships.org/provider.aspx?id=202, 2008;
<http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=17>, 2009).

Při komunikaci pacienta s lékařem často nedochází k sdílení informací, ať už se jedná o historii onemocnění, cílů, kterých by chtěl dosáhnout a názorů lékaře. Lékař hovoří o svých cílech pouze s ostatními kolegy a často mu záleží pouze na pacientově diagnóze. Proto i lékaři by měli zaujmout novou roli, která se týká sdílení cíle s pacientem, sdílet názory, hodnoty a především být asertivní. Lékař i zdravotničtí pracovníci neposkytují pacientovi potřebnou podporu v době nemoci, snaží se pouze o vyléčení fyzického onemocnění. Zapomínají na psychický stav pacientů. Je stanovena nová role, která je spojena s dostatečnou podporou pacienta, snaha o rozhodování s přispěním zkušeností lékaře a dalších zdravotnických pracovníků

(www.newhealthpartnerships.org/provider.aspx?id=202, 2008; Mrázek, 2003).

Při řešení problému je pacient odkázán na zdravotnické pracovníky, na jejich názor, jak problém vyřešit co nejlépe. Opomíjí se názor samotného pacienta, jako nedůležitý, nedostatečně informovaný. Tuto situaci lze řešit zaujmutím další rolí, která k řešení problému vyžaduje přítomnost nemocného. Nemocný je součástí týmu, který řeší problém, je kladen důraz na rozhodnutí pacienta a lékař je staven do role partnera při péči.

Setkáváme se s tím, že pacienti nemají dostatek informací o svém zdravotním stavu, o možnostech léčby a dalšího využití služeb. Pacienti nyní mají právo na informace o svém zdravotním stavu v rozsahu, který si pacient sám určí. Mají právo volby vyšetření, která podstoupí. Má možnost využít dalších služeb, které souvisejí s jeho onemocněním a neohrožují jeho zdravotní stav.

Pacienti nejsou často seznámeni s průběhem léčení, s postupem jejich léčby. S jejich průběžným zdravotním stavem. Pacienti mají právo na sledování vlastního pokroku, na sledování a vyhodnocování svého zdravotního stavu .

Pacienti se setkávají s tím, že jsou jim předepsány léky, které již nejsou k dispozici v lékárnách. Pacienti poté mají potíže s vyzvednutím léků a musejí se znovu obracet na lékaře, který tyto léky předepsal. Z tohoto důvodu mají být lékaři dostatečně informováni o aktuálních léčivech nebo o lécích s podobným účinkem, které jsou dostupné na trhu (www.newhealthpartnerships.org/provider.aspx?id=202, 2008).

O roli lékaře se často hovoří jako o dominantní osobě nad pacientem. *Role pacienta* je chápána jako podřízená role, jako závislost na osobě lékaře. Nejčastěji jde o obdobu role učitele a žáka, která je známá ze školního prostředí. Jde o situaci, kdy lékař učí pacienta jak pečovat o své zdraví, přijít včas se svými zdravotními problémy a mnoho dalších upozornění.

Důležitou složkou péče o pacienty je jejich kladné ovlivnění k dodržování režimu. Na prvním místě je rozhovor pacienta s lékařem, který je veden v přátelském duchu, kdy je pacient brán jako partner lékaře. Své místo také zaujímají komunikační techniky, které jsou při rozhovoru použity. Také ochota naslouchat nemocnému, kladný vztah k nemocnému a též velice důležitá sociální opora.

Role sestry je důležitou součástí péče o pacienta. Sestra se snaží poskytnout kvalitní péči, kterou vyžaduje pacient, jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a zcela respektuje pacientovo právo na sebeurčení. Hájí u pacientů právo na soukromí a ochraňuje pacienta v případech, že bezpečnost nebo zdravotní péče je narušena protietickými, protiprávními nebo neoprávněnými zákroky (Křivohlavý, 2009; Zacharová, 2011).

Většina pacientů si neosvojila *změnu svých rolí v nemocničním zařízení*. Je důležité, aby zdravotničtí pracovníci vysvětlovali pacientům výhodu v posunu rolí. Za staré role lze považovat odložení odpovědnosti za léčení na ošetřujícího lékaře. Tato role by měla být nahrazena rolí, která se týká sdílení odpovědnosti za vlastní zdraví. Je třeba podporovat odpovědnost a iniciativu (www.newhealthpartnerships.org/provider.aspx?id=202, 2008; Raiter, 2011).

1.4.1 Prožívání nemoci

Nemocný pacient je vnímán jako neohrožený „voják“, který bojuje s nemocí. Je snaha o to, aby se snažil o zlepšení svého zdravotního stavu. Většinou je u pacientů nemoc chápána jako přechodná záležitost a brzy dojde k uzdravení.

Důležitá je představa pacienta o jeho nemoci, jedná se o kognitivní schéma nemoci. O tom, co se s ním bude dít v průběhu onemocnění. Tento proces obsahuje pět kroků. Prvním krokem je identifikace. Jedná se o pojmenování onemocnění, o určení přesné nemoci. Jako druhý krok je uvědomění si důsledků pro pacienta, které skýtá jeho onemocnění. Uvědomění si důsledků nemoci pro pacientovu rodinu, jaký je průběh léčby, jestli se vyskytují bolesti, důsledky onemocnění pro zaměstnání pacienta a mnoho dalších nejasností. Třetím krokem je zamyšlení se nad příčinou onemocnění, jaký je původce onemocnění, proč se nemoc objevila, na co pacient zapomněl a co vykonal špatně. V další fázi se pacient zajímá, jak dlouho bude trvat nemoc. Kolik času musí strávit v nemocničním zařízení, jaká bude mít omezení v soukromém a společenském životě. Posledním krokem je získání informací o možnostech léčby svého onemocnění. Zda-li se dá nemoc zvládnout alternativním způsobem léčby nebo je možná pouze klasická forma léčby (Faleide, 2010; Křivohlavý, 2009).

Kognitivní schémata nemoci nebo-li představa pacienta o jeho nemoci, se vytváří již od raného mládí. Záleží na tom jaké kognitivní schéma nemoci pacient má, tím se řídí jak bude pacient chápat význam příznaků svého onemocnění (Raudenská, 2011).

Zdravotničtí pracovníci očekávají od pacienta, že se bude snažit o to, aby se nepoddal nemoci a snažil se o uzdravení a zlepšení svého zdravotního stavu. K tomuto zlepšení by měl napomoci model sebeřízení v průběhu onemocnění. Model sebeřízení při zvládnání nemoci se dívá na nemocného pacienta a přitom si vytváří představu o onemocnění. Jako řešení problému uvádí opětovné dosažení zdravotního stavu, který byl před výskytem onemocnění (Beran, 2010).

Model má tři fáze. První fází je interpretace situace. V této fázi je důležité získat informace, které jsou ze dvou zdrojů, jedná se o sociální komunikaci a vnímání příznaků. Při vnímání příznaků jsou důležité smyslové údaje, co pacient cítí, co vidí, jako je zhoršení řeči, jaká je bolest a mnoho dalších příznaků. V sociální komunikaci jde o informace, které pacient slyší od okolních lidí jako jsou členové rodiny, lékaři, spolupracovníci. Po získání informací je snaha pacienta uvědomit si, zda jde o onemocnění nebo o „falešný poplach“. Pacient si dělá představu o tom, jak je onemocnění závažné, jaké bude léčení, jaké budou následky nemoci. Tato fáze je důležitá z hlediska motivace pacienta. Druhá fáze je vlastní boj s nemocí. Jde o uvědomění si pacienta, kterými postupy chce řešit daný problém. Rozlišujeme aktivní a únikové strategie. Aktivní strategie je pokud pacient sám chce nalézt řešení. Snaží se o vypracování vlastní představy o správném postupu a tato představa je jeho zdroj motivace. Může jít o situaci, kdy se pacient cítí špatně a rozhodne se jít k lékaři. Druhou strategií je úniková nebo-li vyhýbavá strategie. Pacient se snaží nevidět příznaky onemocnění, nechce řešit nastalou situaci a ujišťuje se o tom, že se nejedná o nic závažného. Poslední fází modelu boje s nemocí je vyhodnocení účinku prostředků, které byly použity k navrácení normálního zdravotního stavu (Křivohlavý, 2009).

Průběhem procesu boje s nemocí se zabývali *Moos a Schaefer*. Popisují kroky boje s nemocí. V prvním kroku se jedná o kognitivní zhodnocení situace. Nemocný musí znát veškeré informace o svém zdravotním stavu a o probíhající nemoci. Je důležité vědět, zda jde o lehké či těžké onemocnění. Zda důsledky tohoto onemocnění povedou ke změně původního životního stylu pacienta. Druhým krokem je adaptační proces. Adaptace je přizpůsobení se situaci, která se vyskytla společně s onemocněním. Moos a Schaefer vytvořili sedm úkolů týkající se adaptace. Jde o úkoly, které se

zabývají pacientovou nemocí. Jde o to, jak pacient zvládl bolest, jak zvládl své problémy, které souvisely s vyšetřeními a jak zvládl sociální – mezilidské vztahy při hospitalizaci. Dále jsou to úkoly obecnějšího - širšího rozsahu. Jedná se o nutnost nenarušovat klid, jde o zachování si tváře- zachování si důstojného obrazu vlastní osobnosti, zachovat sociální oporu pacientových nejbližších a zároveň se připravit na to, co stojí před pacientem při jeho dalším léčení. Třetí krok zahrnuje dovednosti ke zvládnání těžkostí. Aby pacient zvládl onemocnění a s tím spojené obtíže, musí mít určité dovednosti. Tyto dovednosti se rozdělují do tří skupin: dovednost zvládnout špatný emocionální stav, dovednost zvládnání a řešení problémů, dovednost najít smysl v situaci, která je chaotická (Křivohlavý, 2003; Zacharová, 2011).

Při zvládnání emocionálního stavu jde především o nepodlehnutí beznaději a také o vzdor a zachování si naděje. Důležité je naučit se uvolňovat svoje emocionální napětí, jako je zoufalství, strach, zloba, obavy. Dovednost zvládnání a řešení problémů zahrnuje situaci, při které má pacient problém, který musí být vyřešen. Pacient k vyřešení potřebuje určité dovednosti: dovednost, jakým způsobem řešit problém, dovednost jak získat a zpracovávat nové informace, dovednost najít pozitivum v jinak špatné situaci. Dovednost najít smysl v situaci, která je chaotická. Pacient se při onemocnění často cítí v neznámém prostředí, musí najít v této situaci smysl. Potřebuje dovednosti, které mu umožní vidět situaci v jiné než beznadějně souvislosti. Dovednost jak rozdělit složitou situaci na sérii menších kroků, které zvládne. Dovednost jak nezlehčovat složitou situaci.

Při zvládnání krize může dojít ke dvěma výsledkům, a to ke zdravé adaptaci nebo maladaptaci. Adaptace zdravá, se projevuje vnitřním klidem, to zahrnuje přijetí stavu nemocným, smířením, nadhledem, zároveň je to známka zralosti osobnosti pacienta. Maladaptace je projevem nezvládnutí stavu, která se projeví bezmocí, beznadějí a dalšími projevy nezralosti osobnosti (Křivohlavý, 2009; Zacharová, 2011).

O fázi, kdy pacient zvládá přijmout svůj zdravotní stav, bylo vytvořeno několik etap boje s nemocí. Jsou do určité míry velice podobné těm, které popsala *Elizabeth Kübler – Ross*. Stanovila pět fází procesu nemoci (Vymětal, 2003).

První fáze je fází šoku, odmítání a negace smrti. Zabývá se člověkem, který je vyděšený, plný úzkosti, ohromení, snaží se tuto situaci popřít. Druhá fáze je typická fází vzteku, zloby a zášti. Nejčastěji se projevuje slovní agresivitou, podrážděností, závistí zaměřenou na zdravé lidi a často to dává najevo. Fáze smlouvání a uklidňování je již třetí fází. Osoba se smířila s koncem svého života, ale snaží si ho ještě prodloužit. Snaží se o nalezení informací, které by mohly vést k novým léčebným metodám. Snaží se smlouvat se smrtí a žít až k určené události jako například promoce svého dítěte. Fáze deprese je považována za čtvrtou fází prožívání nemoci. Na umírajícího člověka doléhá pocit smrti. Má starost o budoucnost svých blízkých, loučí se se životem, obává se bolesti, samoty. Tuto fází lze také nazvat fází psychického utrpení. Poslední fází je odevzdanost a smíření se smrtí. Pacient je již smířen se smrtí, je klidný. V opačném případě může propadnout zoufalství nebo se ještě snaží bojovat.

Všech pět fází může probíhat paralelně, mohou se překrývat nebo se také některé nemusejí vyskytnout (Vymětal, 2003).

1.4.2 Negativní zkušenosti působící na pacienta při jeho hospitalizaci

Pacient při hospitalizaci získává mnoho zkušeností, často se však jedná o negativní zkušenosti, které se týkají přístupu zdravotnických pracovníků k samotným pacientům.

Nejčastěji dochází k depersonalizaci nemocného, kdy pacient ztrácí svou roli v běžném životě, svoji sociální identitu. Často je s nemocným jednáno pouze jako s případem a opomíjí se jeho osobnost. Pacient je vnímán jako poslouchající osoba, které je něco přikazováno a je nucen poslouchat. I když byl pacient zvyklý komunikovat v rodině, nyní je vnímán jako podřízená osoba. Často jsou plněny pouze fyzické potřeby a psychické bývají opomíjeny. Požadavky na pacienta vzhledem k aktivitě jsou minimální, nejlepší pacient je pacient „pasivní“.

Při hospitalizaci pacienta často nedochází k jeho vyslechnutí, zdravotničtí pracovníci nenechají pacienta vypovídat a neposkytují mu informace, které potřebuje. Při hospitalizaci je ovlivněna sebekontrola pacienta.

Pobyť ve zdravotnickém zařízení často ovlivňuje nejen fyzický stav pacienta, ale také zároveň psychický stav. Při hospitalizaci nemůže pacient dodržovat svůj životní styl. Když je člověk zdravý, nemá omezenou žádnou aktivitu a sám rozhoduje o svém životě, je nezávislý na rozhodnutích, co chce nebo co potřebuje. Pacient si udržuje svůj rytmus a režim života, v kterém se cítí dobře (Šamánková, 2011).

Během hospitalizace je negativně ovlivněna pacientova sebedůvěra. V období nemoci má člověk sníženou sebedůvěru, nepodává dobré výkony a záporně se hodnotí. Sociální interakce je ovlivněna onemocněním, člověk postrádá přátele, rodinu, spolupracovníky. Pohybuje se v neznámém prostředí nemocnice. Z hlediska zájmů má omezené možnosti, při vykonávání činností musí brát ohled na své onemocnění.

V rámci zvládnutí problémů je pacient mnohokrát ovlivňován zdravotnickým personálem, jsou mu doporučována různá rozhodnutí, která by měl zaujímat. Pokud se jedná o období zdraví, vždy ví o jaký problém se jedná, ví jak reagovat, všemu rozumí. Emoce jsou vesměs kladné, má určitou míru jistoty v životě a uvažuje nad budoucností (Šamánková, 2011).

1.5 Role pacienta v soukromém zdravotnickém zařízení

Péče v nestátním zdravotnickém zařízení je stanovena zákonem České národní rady č. 160/1992 Sb., ze dne 19. března 1992, o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních a je ošetřena několika dalšími normami.

Nestátní zdravotnické zařízení může poskytovat zdravotní péči poradenskou, ošetrovatelskou, diagnostickou, preventivní, rehabilitační, lázeňskou, léčebnou a lékařskou. V nestátních zdravotnických zařízeních lze poskytovat péči ambulantní i ústavní.

Nestátní zařízení musí být pro druh a rozsah jím poskytované zdravotní péče personálně, věcně a technicky vybaveno a musí splňovat požadavky kladené na jeho provoz.

Nestátní zdravotnické zařízení je povinno poskytovat zdravotní péči jen toho druhu a v tom rozsahu, které je mu stanoveno. Musí spolupracovat s jinými zdravotnickými zařízeními. Je povinno informovat jaký druh zdravotní péče, v jakém rozsahu a za jakých podmínek poskytuje (Mach, 2005).

Zdravotní péče v nestátních zařízeních se poskytuje bez přímé úhrady od osoby, které byla zdravotní péče poskytnuta a to na základě všeobecného zdravotního pojištění nebo smluvního zdravotního pojištění. Nebo může být úhrada provedena za přímou úhradu od osoby, které byla zdravotní péče poskytnuta (Mášová, 2005).

V soukromém zdravotnickém zařízení je počet pracovníků plně zaměstnáván. Většina zaměstnanců vykonává činnosti, které má ve státní nemocnici na starost mnohem více lidí. Lékaři a ostatní zdravotnický personál se musí neustále vzdělávat, protože jsou sami sobě konkurenty.

Velice zásadní rozdíl je v přístupu k pacientovi. Péče je ve větší míře orientovaná na klienta, protože je člověk vnímán jako zákazník. Je zajišťován maximálně možný komfort pro klienta. Zdravotnické zařízení má příjemné prostředí, vyznačuje se osobním přístupem a vstřícností ke klientovi. Plynulost lékařské péče je samozřejmost. Vždy je kladen velký důraz na pacientovo pohodlí a maximální úsporu času. Pacienti jsou zváni na kontrolu na určitou hodinu, tímto způsobem se jim nekomplikuje jejich denní program. Pacient zaujímá velice významnou roli partnera při plánování péče, rozhoduje o výkonech, které podstoupí. Je platnou součástí zdravotnického týmu.

Negativním faktorem soukromého zdravotnického zařízení je jeho finanční náročnost za poskytnutou péči. Tato situace vede k tomu, že většina pacientů není tak finančně zajištěna, aby si mohli dovolit ošetřování v soukromém zdravotnickém zařízení (Centrum mezistátních úhrad, 2012; Steinvaldová, 2007).

1.6 Zdravotník v roli pacienta

Zdravotnický pracovník vnímá nemocniční prostředí jako prostředí přirozené. Zná chod jednotlivých oddělení, má znalosti o jednotlivých onemocněních a je schopen odhalit chyby, které způsobil zdravotnický pracovník. Může se vyskytnout taková situace, že zdravotník je nedostatečně informován o probíhající situaci, protože se předpokládá, že má dostatek vědomostí a není třeba poskytovat další informace. Jako pacient se zdravotník dostává do nezvyklé submisivní role, kdy je nucen poslouchat rady, které byl zvyklý sám udělovat (Irmiš, 1996).

Výhoda zdravotnického pracovníka jako pacienta spočívá v jeho možnosti vyhledat ošetřujícího lékaře, se kterým bude spokojen. Při tomto výběru uplatňuje svoje kontakty na známé zdravotnické pracovníky. Má možnost si zajistit nadstandardní pokoj a s tím souvisí také zvolení si zdravotnického zařízení. Mezi další přednosti patří znalost nemocničního prostředí, znalost průběhu jednotlivých vyšetření i očekávání vstřícnějšího přístupu od kolegů (Irmiš, 1996).

Nevýhody pracovníků ve zdravotnictví jako pacientů spočívají také ve znalostech nemocničního prostředí a okolností jednotlivých vyšetření. Uvědomují si odborné chyby, které se mohou vyskytnout při poskytování péče. Často velmi těžce přijímají poskytovanou péči. Nevědí, jakým způsobem nabízenou péči přijmout. Nejsou oblíbenou skupinou pacientů pro zdravotnické pracovníky (Bennett, 2007; Irmiš, 1996).

Častými problémy v péči o zdravotnické pracovníky je špatná informovanost pacientů, zjednodušování a neznalost psychických reakcí a v neposlední řadě také komunikační šum. U pacientů, kteří jsou zdravotníci může často dojít k poškození pacienta v psychické sféře. Ohleduplnější a pozornější přístup zdravotnického pracovníka, je často největší očekávání zdravotníka při přijímání ošetrovatelské péče (Irmiš, 1996).

2 Empirická část

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Porovnat role pacienta, které zaujímá při hospitalizaci ve státním a soukromém zdravotnickém zařízení.

Cíl 2: Zjistit co pro zdravotnické pracovníky znamená role pacienta a co od ní očekávají.

Cíl 3: Zjistit co by zdravotničtí pracovníci sami chtěli v roli pacienta.

2.2 Hypotézy

H 1: Přístup zdravotnických pracovníků je ovlivněn měnícími se rolemi pacienta.

H 2: Pro zdravotnické pracovníky je obtížné přijmout nové role pacienta z časových důvodů.

H 3: Aktivní zapojení pacienta do péče je závislé na aktivní pobídce zdravotnického pracovníka.

2.3 Výzkumné otázky

O 1: Jaký je přístup zdravotnického pracovníka k rolím, které zaujímá pacient?

O 2: Jak se zdravotnický pracovník cítí, když neposkytuje v péči to, co by sám v roli pacienta očekával?

O 3: Jak zdravotničtí pracovníci vnímají partnerský vztah zdravotník- pacient?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Pro získání potřebných informací, které jsou důležité k vypracování diplomové práce bylo použito kvantitativně- kvalitativní šetření. Pro kvantitativní šetření byla použita výzkumná metoda pomocí dotazování. Byl vytvořen Dotazník (viz příloha 1), který byl rozdán pacientům v soukromém a státním zdravotnickém zařízení. Dotazník obsahoval 29 otázek. Otázky byly zpočátku identifikační, poté následovaly otázky uzavřené a otevřené, respondenti u některých otázek měli možnost vybírat z více odpovědí. Dotazník také obsahoval otázky, ve kterých se respondenti mohli sami vyjádřit k danému problému. Zjištěná data byla zpracována do grafů, které byly vytvořeny pomocí programu Microsoft Excel. Pomocí statistického programu SPSS 16.0 bylo provedeno statistické třídění I. stupně ve formě kontingenčních tabulek.

K doplnění dat byl vytvořen druhý Dotazník (viz příloha 2), který byl rozdán zdravotnickým pracovníkům. Dotazník obsahoval 8 otázek, které se týkaly hospitalizace zdravotnického pracovníka ve zdravotnickém zařízení. V dotazníku byly zahrnuty otázky identifikační, otevřené a uzavřené. U některých otázek měli zdravotničtí pracovníci vyslovit svůj názor na danou problematiku. Zjištěné výsledky byly zpracovány do grafů, tyto grafy byly vytvořeny v programu Microsoft Excel. Pomocí statistického programu SPSS 16.0 bylo provedeno statistické třídění I. stupně ve formě kontingenčních tabulek. K potvrzení hypotéz byly použity chí-kvadráty.

Kvalitativní šetření proběhlo metodou dotazování, byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami (viz příloha 3). Celkem bylo osloveno 14 respondentů z řad pacientů ze soukromého a státního zdravotnického zařízení. Dále bylo k doplnění dat osloveno 12 respondentů, kteří pracují jako zdravotničtí pracovníci v soukromém a státním zdravotnickém zařízení. Rozhovory byly zaznamenány a následně porovnávány. Získaná data byla zpracována do schémat pomocí programu Microsoft Word.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor pro kvantitativní šetření tvořili pacienti z Nemocnice Havlíčkův Brod (státní zdravotnické zařízení) a pacienti z Medicínského centra Hippokrates – Boskovice (soukromé zdravotnické zařízení). V každém zdravotnickém zařízení bylo rozdáno 140 dotazníků. Ze státního zdravotnického zařízení bylo řádně vyplněno 130 dotazníků, 8 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu nedostatečného vyplnění a 2 dotazníky nebyly vráceny. Návratnost dotazníků ze státního zdravotnického zařízení byla 92,9 %. Ze soukromého zdravotnického zařízení bylo 135 dotazníků vráceno dostatečně vyplněno, 5 dotazníků bylo vyplněno nedostatečně a následně byly tyto dotazníky vyřazeny. Návratnost ze soukromého zdravotnického zařízení byla 96,4 %.

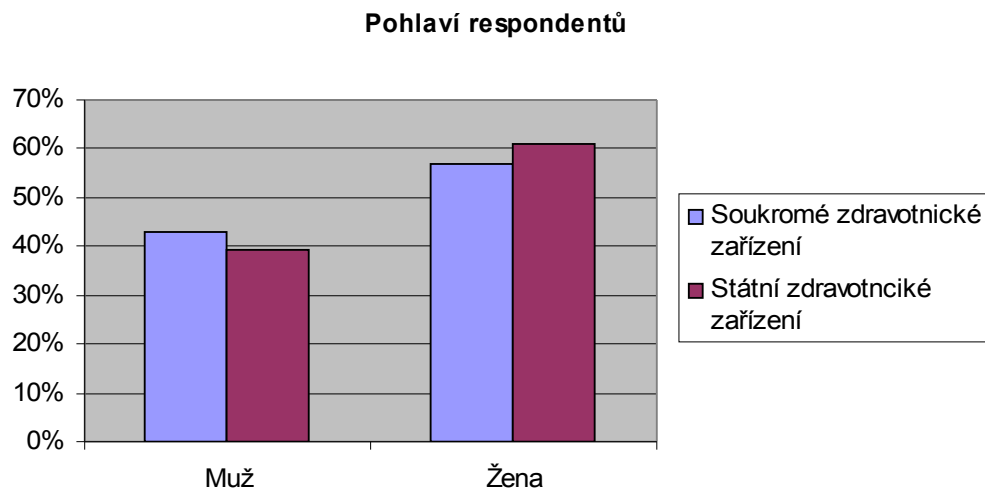
Ve druhém dotazníkovém šetření byly výzkumným souborem zdravotničtí pracovníci z Nemocnice Havlíčkův Brod (státní zdravotnické zařízení) a zdravotničtí pracovníci z Medicínského centra Hippokrates – Boskovice (soukromé zdravotnické zařízení). V každém zdravotnickém zařízení bylo rozdáno 145 dotazníků. Ze státního zdravotnického zařízení bylo správně vyplněno 136 dotazníků a 9 dotazníků bylo nedostatečně vyplněno a následně vyřazeno z výzkumného šetření. Návratnost dotazníků ze státního zdravotnického zařízení byla 93,8 %. Ze soukromého zdravotnického zařízení bylo dostatečně vyplněno 142 dotazníků a 3 dotazníky nebyly vráceny. Návratnost ze soukromého zdravotnického zařízení byla 97,9 %.

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo 7 pacientů z Medicínského centra Hippokrates – Boskovice (soukromé zdravotnické zařízení) a 7 pacientů z Nemocnice Havlíčkův Brod (státní zdravotnické zařízení). Dále bylo k doplnění dat osloveno 6 respondentů, kteří pracují jako zdravotničtí pracovníci v soukromém zdravotnickém zařízení (Medicínské centrum Hippokrates – Boskovice) a 6 respondentů, kteří pracují jako zdravotničtí pracovníci ve státním zdravotnickém zařízení (Nemocnice Havlíčkův Brod).

4 Výsledky

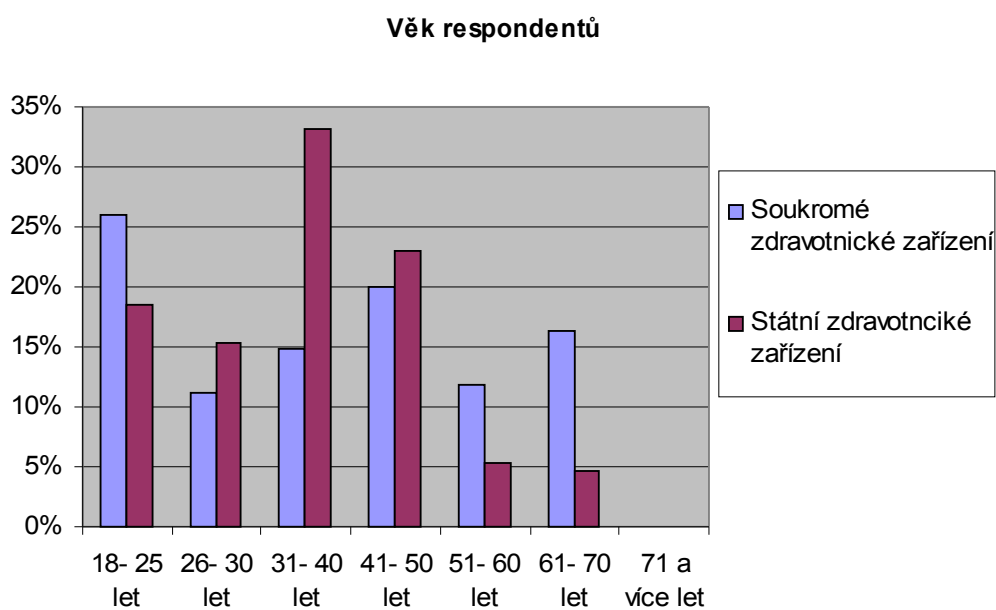
4.1 Kvantitativní výzkum- Výsledky dotazníkového šetření pacientů ze soukromého a státního zdravotnického zařízení a statistické třídění I. stupně (popisná statistika)

Graf 1



Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení bylo 58 respondentů (43 %) mužů a 77 respondentů (57 %) žen. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení odpovídalo 51 respondentů (39,2 %) mužů a 79 respondentů (60,8 %) žen.

Graf 2



Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení bylo 35 respondentů (26 %) ve věku 18- 25 let. Ve věku 26- 30 let odpovídalo 15 respondentů (11,1 %). 20 respondentů (14,8 %) bylo ve věku 31- 40 let. Ve věku 41- 50 let odpovídalo 27 respondentů (20 %). 16 respondentů (11,8 %) bylo ve věku 51- 60 let a 22 respondentů (16,3 %) bylo ve věku 61- 70 let. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení odpovídalo 24 respondentů (18,5 %) ve věku 18- 25 let. Ve věku 26- 30 let bylo 20 respondentů (15,4 %) a 43 respondentů (33,1 %) ve věku 31- 40 let. 30 respondentů (23 %) bylo ve věku 41- 50 let. Ve věku 51- 60 let odpovídalo 7 respondentů (5,4 %) a 6 respondentů (4,6 %) ve věku 61- 70 let.

Tabulka 1 Seznámení s Právy pacienta

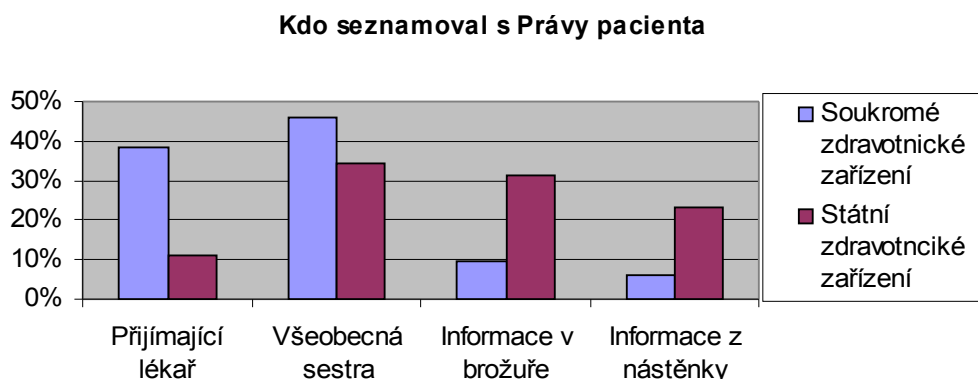
	Odovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	83	61,5	61,5	61,5
	Ne	52	38,5	38,5	100,0
	Nevím	0	0	0	0
	Celkem	135	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	64	49,2	49,2	49,2
	Ne	47	36,2	36,2	85,4
	Nevím	19	14,6	14,6	100,0
	Celkem	130	100,0	100,0	

Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení bylo 83 respondentů (61,5 %) seznámeno s Právy pacienta a 52 respondentů (38,5 %) nedostalo informace o Právech pacienta při jejich hospitalizaci. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení bylo 64 respondentů (49,2 %) seznámeno s Právy pacienta, 47 respondentů (36,2 %) nebylo seznámeno s pacientovými právy a 19 respondentů (14,6 %) neví zda seznámení s právy proběhlo.

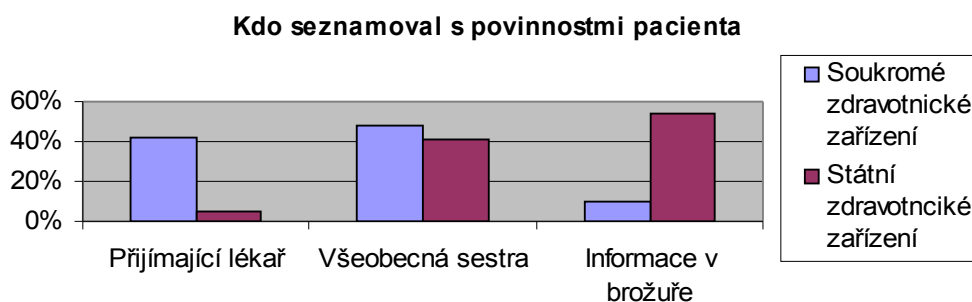
Tabulka 2 Seznámení s povinnostmi pacienta

	Odovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	73	54,1	54,1	54,1
	Ne	44	32,6	32,6	86,7
	Nevím	18	13,3	13,3	100,0
	Celkem	135	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	59	45,4	45,4	45,4
	Ne	44	33,8	33,8	79,2
	Nevím	27	20,8	20,8	100,0
	Celkem	130	100,0	100,0	

Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení bylo 73 respondentů (54,1 %) seznámeno s povinnostmi pacienta. U 44 respondentů (32,6 %) nebylo provedeno seznámení s povinnostmi a 18 respondentů (13,3 %) si na dané povinnosti nevzpomíná. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení proběhlo seznámení s povinnostmi pacienta u 59 respondentů (45,4 %) a u 44 respondentů (33,8 %) nedošlo k seznámení s povinnostmi. Zbývajících 27 respondentů (20,8 %) si nevzpomíná jestli bylo seznámeno s povinnostmi.

Graf 3

Z celkového počtu 83 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení seznamoval s Právy pacienta přijímající lékař 32 respondentů (38,6 %), všeobecná sestra seznamovala 38 respondentů (45,8 %). 8 respondentů (9,6 %) získalo informace o Právech pacienta z brožury na pokoji a 5 respondentů (6 %) si přečetlo Práva pacientů na chodbě na nástěnce. Z celkového počtu 64 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení o Právech pacienta seznamoval přijímající lékař 7 respondentů (10,9 %), všeobecná sestra seznámila s právy 22 respondentů (34,4 %). 20 respondentů (31,3 %) informace získalo z brožury a 15 respondentů (23,4 %) se informovalo z nástěnky na chodbě.

Graf 4

Z celkového počtu 71 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení přijímající lékař seznámil s povinnostmi pacienta 30 respondentů (42,3 %), všeobecná sestra seznámila s povinnostmi 34 respondentů (47,9 %) a 7 respondentů (9,8 %) se informovalo pomocí brožury. Z celkového počtu 59 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení seznámil s povinnostmi pacienta přijímající lékař 3 respondenty (5,1 %), všeobecná sestra seznámil 24 respondentů (40,7 %) s povinnostmi pacienta a 32 respondentů (54,2 %) získalo informace z brožury.

Tabulka 3 Představení se zdravotnického pracovníka

	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	101	74,8	74,8	74,8
	Ne	34	25,2	25,2	100,0
	Celkem	135	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	74	56,9	56,9	56,9
	Ne	56	43,1	43,1	100,0
	Celkem	130	100,0	100,0	

Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení se 101 respondentů (74,8 %) zajímalo o jméno zdravotnického pracovníka, který jim poskytoval péči. 34 respondentů (25,2 %) se o jméno zdravotnického pracovníka nezajímalo. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ze státního zdravotnického zařízení se o jméno zdravotnického pracovníka zajímalo 74 respondentů (56,9 %) a 56 respondentů (43,1 %) tato skutečnost nezajímala.

Tabulka 4 Spolupodílení se na rozhodování o péči

	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano, byla mi nabídnuta spolupráce	62	45,9	45,9	45,9
	Ano, byl/ jsem vyzván/a	40	29,6	29,6	75,6
	Ne, nebyl/a jsem informován/a o této možnosti	33	24,5	24,5	100,0
	Moje snaha o spolupráci byla zamítnuta	0	0	0	
	Celkem	135	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano, byla mi nabídnuta spolupráce	49	37,7	37,7	37,7
	Ano, byl/ jsem vyzván/a	23	17,7	17,7	55,4
	Ne, nebyl/a jsem informován/a o této možnosti	58	44,6	44,6	100,0
	Moje snaha o spolupráci byla zamítnuta	0	0	0	
	Celkem	130	100,0	100,0	

Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení bylo 62 respondentů (45,9 %) nabídnuta spolupráce při rozhodování o péči, 40 respondentů (29,6 %) bylo vyzváno, aby se spolupodílelo na rozhodování o péči a 33 respondentů (24,5 %) nebylo informováno o této možnosti. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení byla nabídnuta spolupráce při rozhodování o péči 49 respondentům (37,7 %), 23 respondentů (17,7 %) bylo vyzváno, zda se nechtějí podílet na rozhodování o péči a 58 respondentů (44,6 %) nebylo s touto možností seznámeno.

Tabulka 5 Statistický test- Spolupodílení se na rozhodování o péči

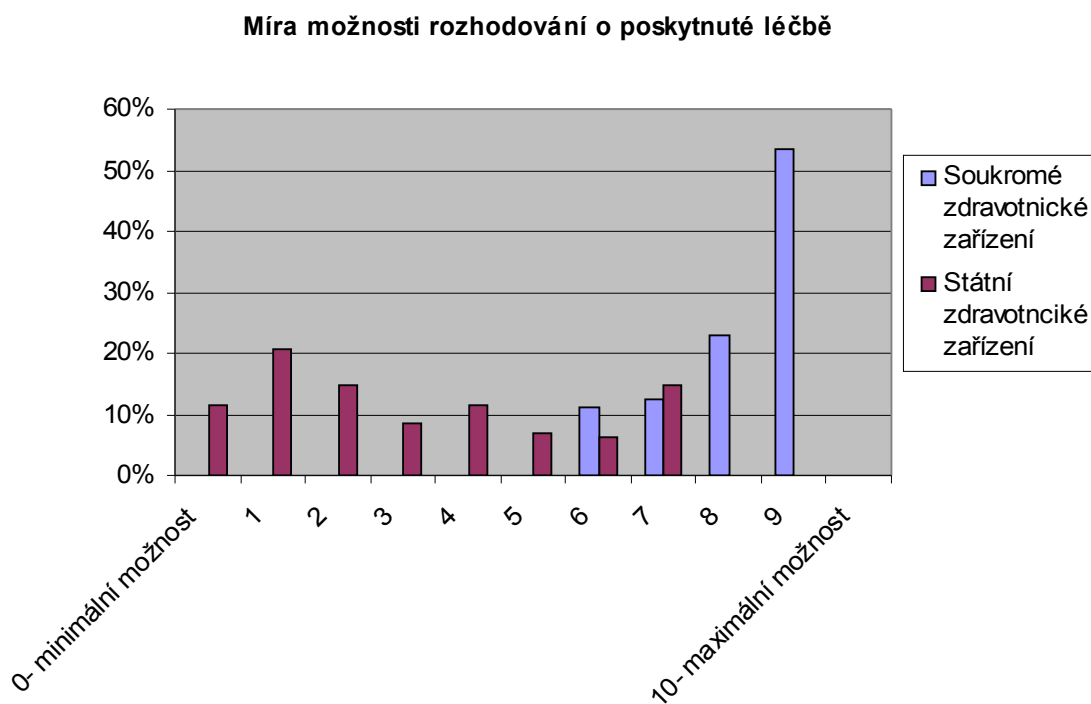
Hypotéza 1 byla testována pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu.

H0: Struktura odpovědí pro státní a soukromé zdravotnictví je stejná.

	Ano, byla mi nabídnuta spolupráce	Ano, byl/ jsem vyzván/ a	Ne, nebyl/a jsem informován/a o této možnosti	Moje snaha o spolupráci byla zamítnuta	Suma
Soukromé zdravotnické zařízení	32	40	0	33	105
Státní zdravotnické zařízení	49	23	0	58	130
chí-kvadrát	5,897959184	12,56521739	0	10,775862	29,23904

Ze statistických tabulek je určena mez kritických hodnot (pro 3 stupně volnosti na hladině významnosti 0,05) chí-kvadrát pro 0,95 = 7,815. Hodnota testovacího kritéria 29,24 je větší než kritický obor 7,815 ($29,24 > 7,815$) při testování na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Hodnota testovacího kritéria nepadla do oblasti přípustných hodnot na hladině významnosti 0,05. Hypotézu H0 zamítáme a můžeme říct, že struktura odpovědí pro státní a soukromé zdravotnictví není stejná.

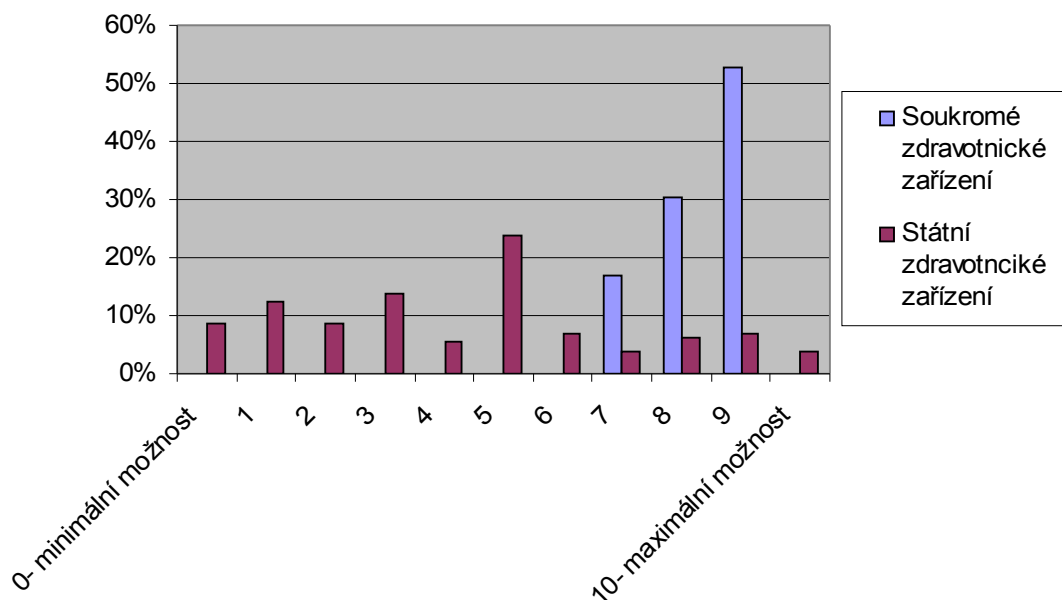
Graf 5



Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení ohodnotilo na škále 15 respondentů (11,1 %) možnost rozhodovat o poskytnuté léčbě číslem 6, 17 respondentů (12,6 %) označilo možnost rozhodnutí číslem 7, 31 respondentů (23 %) na škále ohodnotilo rozhodnutí o poskytnuté léčbě číslicí 8 a 72 respondentů (53,3 %) označilo možnost rozhodnutí číslem 9. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení na dané škále ohodnotilo možnost rozhodnutí o poskytnuté léčbě 15 respondentů (11,5 %) číslem 0, 27 respondentů (20,8 %) označilo možnost rozhodovat číslicí 1, u 19 respondentů (14,6 %) došlo k označení číslicí 2. 11 respondentů (8,5 %) ohodnotilo možnost rozhodnutí číslem 3, u 15 respondentů (11,5 %) došlo k označení možnosti rozhodnutí číslicí 4, 9 respondentů (6,9 %) označilo možnost rozhodnutí o poskytnuté léčbě číslem 5. U 8 respondentů (6,2 %) došlo k označení možnosti rozhodnutí číslicí 6, 19 respondentů (14,6 %) označilo na škále možnost rozhodnutí číslem 7 a zbývajících 7 respondentů (5,4 %) označilo míru rozhodnutí o poskytnuté léčbě číslicí 10.

Graf 6

Míra možnosti rozhodování o poskytnuté péči



Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení ohodnotilo na škále 23 respondentů (17 %) možnost rozhodovat o poskytnuté péči číslem 7, 41 respondentů (30,4 %) označilo možnost rozhodnutí číslem 8, 71 respondentů (52,6 %) na škále ohodnotilo rozhodnutí o poskytnuté péči číslicí 9. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení na dané škále ohodnotilo možnost rozhodnutí o poskytnuté péči 11 respondentů (8,5 %) číslem 0, 16 respondentů (12,3 %) označilo možnost rozhodovat číslicí 1, u 11 respondentů (8,5 %) došlo k označení číslicí 2. 18 respondentů (13,8 %) ohodnotilo možnost rozhodnutí číslem 3, u 7 respondentů (5,4 %) došlo k označení možnosti rozhodnutí číslicí 4, 31 respondentů (23,9 %) označilo možnost rozhodnutí o poskytnuté péči číslem 5. U 9 respondentů (6,9 %) došlo k označení možnosti rozhodnutí číslicí 6, 5 respondentů (3,8 %) označilo na škále možnost rozhodnutí číslem 7. 8 respondentů (6,2 %) označilo míru rozhodnutí o poskytnuté péči číslicí 8. U 9 respondentů (6,9 %) došlo k označení na škále o míře rozhodnutí číslem 9 a zbývajících 5 respondentů (3,8 %) označilo míru rozhodnutí o poskytnuté péči číslicí 10.

Tabulka 6 Statistický test- Míra možnosti rozhodování o poskytnuté péči

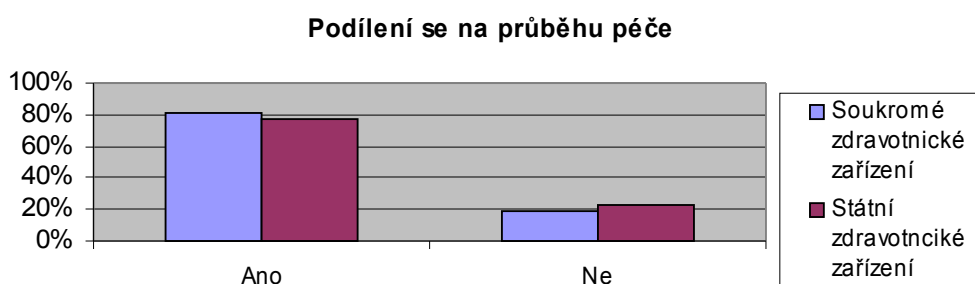
Hypotéza 2 byla testována pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu.

H0: Struktura odpovědí pro státní a soukromé zdravotnictví je stejná.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Suma
Soukromé zdravotnické zařízení	0	0	0	0	0	0	0	23	41	71	0	135
Státní zdravotnické zařízení	11	16	11	18	7	31	9	5	8	9	5	130
chí-kvadrát	11	16	11	18	7	31	9	64,8	136,125	427,111	5	736,0361

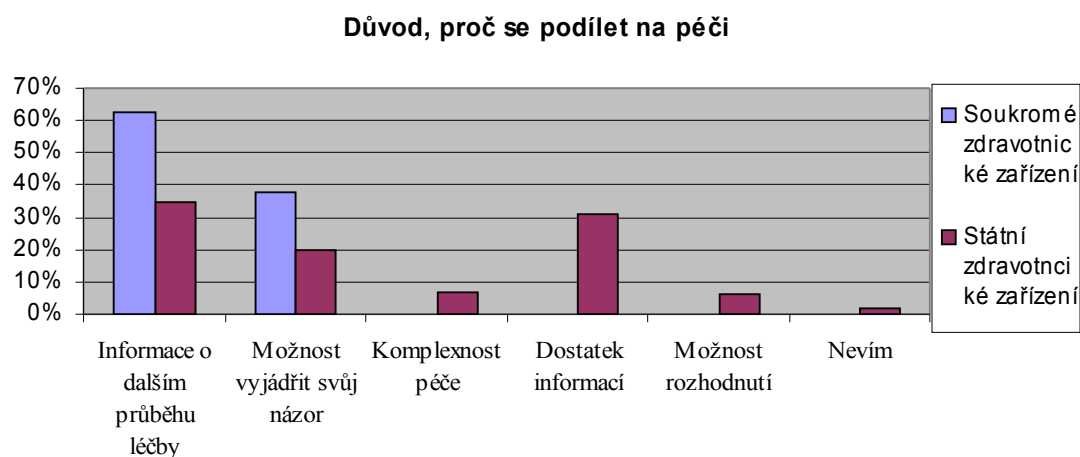
Ze statistických tabulek je určena mez kritických hodnot (pro 9 stupňů volnosti na hladině významnosti 0,05) chí-kvadrát pro $0,95 = 7,815$. Hodnota testovacího kritéria 736,0361 je větší než kritický obor 16,919 ($736,0361 > 16,919$) při testování na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Hodnota testovacího kritéria nepadla do oblasti přípustných hodnot na hladině významnosti 0,05. Hypotézu H0 zamítáme a můžeme říct, že struktura odpovědí pro státní a soukromé zdravotnictví není stejná.

Graf 7



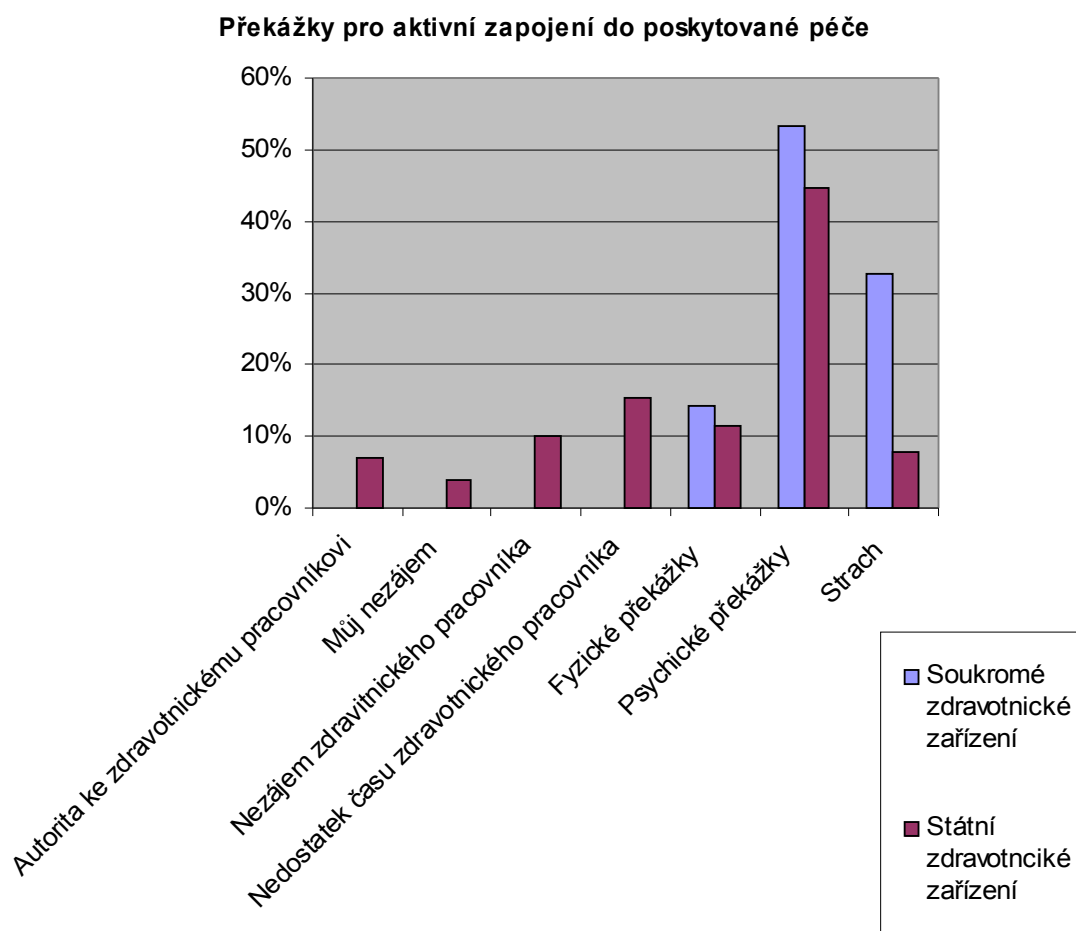
Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení se 109 respondentů (80,7 %) chtělo podílet na průběhu péče a 26 respondentů (19,3%) odmítlo tuto možnost. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení se na průběhu péče chtělo podílet 101 respondentů (77,7 %) a 29 respondentů (22,3 %) se nechtělo podílet na průběhu péče.

Graf 8



Z celkového počtu 109 kladných odpovědí (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení se 68 odpovědí (62,4 %) týkalo podílení na průběhu péče z důvodu získání informací o dalším průběhu léčby a 41 odpovědí (37,6 %) se týkalo možnosti vyjádřit svůj názor. Z celkového počtu 101 kladných odpovědí (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení se 35 odpovědí (34,7 %) týkalo podílení na průběhu péče z důvodu získání informací o dalším průběhu léčby, 20 odpovědí (19,8 %) se týkalo možnosti vyjádřit svůj názor, 7 odpovědí (6,9 %) bylo z důvodu zajištění komplexní péče, 31 odpovědí (30,7 %) se týkalo dostatku informací. U 6 odpovědí (5,9 %) se jednalo o zachování možnosti rozhodnutí a u 2 odpovědí (2 %) respondenti uvedli, že nevědí.

Graf 9



Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení 19 respondentů (14,1 %) uvádí jako překážku zapojení do péče fyzické překážky, 72 respondentů (53,3 %) uvedlo psychické překážky a 44 respondentů (32,6 %) uvedlo jako překážku strach. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení uvádí 9 respondentů (6,9 %) jako překážku autoritu ke zdravotnickému pracovníkovi, 5 respondentů (3,9 %) uvedlo jako překážku svůj nezájem a 13 respondentů (10 %) se setkala s nezájmem zdravotnického pracovníka. 20 respondentů (15,4 %) uvedlo jako překážku zapojení do péče nedostatek času zdravotnického pracovníka, fyzické překážky uvedlo 15 respondentů (11,5 %), 58 respondentů (44,6 %) uvedlo psychické překážky a 10 respondentů (7,7 %) za překážku považovalo strach.

Tabulka 7 Statistický test- Překážky pro aktivní zapojení do poskytované péče

Hypotéza 3 byla testována pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu.

H₀: Struktura odpovědí pro státní a soukromé zdravotnictví je stejná.

	Autorita ke zdravotnickému pracovníkovi	Můj nezájem	Nezájem zdravotnického pracovníka	Nedostatek času zdravotnického pracovníka	Fyzické překážky	Psychické překážky	Strach.	Suma
Soukromé zdravotnické zařízení	0	0	0	0	19	72	44	135
Státní zdravotnické zařízení	9	5	13	20	15	58	10	135
chí-kvadrát	9	5	13	20	1,06666667	3,379310345	115,6	167,046

Ze statistických tabulek je určena mez kritických hodnot (pro 6 stupňů volnosti na hladině významnosti 0,05) chí-kvadrát pro $0,95 = 12,592$. Hodnota testovacího kritéria 167,046 je větší než kritický obor 12,592 ($167,046 > 12,592$) při testování na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Hodnota testovacího kritéria nepadla do oblasti přípustných hodnot na hladině významnosti 0,05. Hypotézu H₀ zamítáme a můžeme říct, že struktura odpovědí pro státní a soukromé zdravotnictví není stejná.

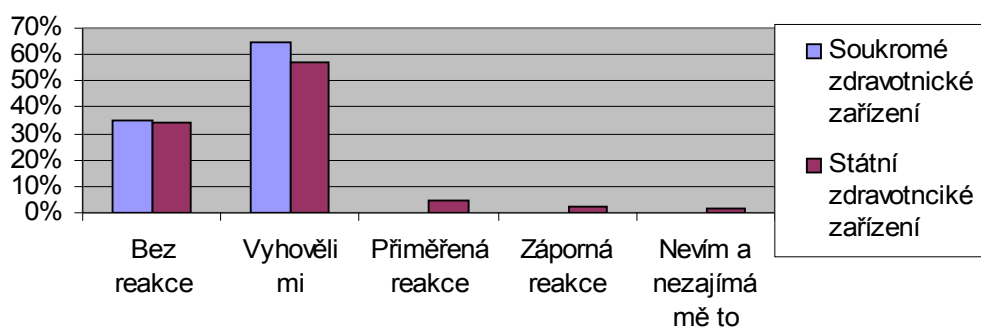
Tabulka 8 Možnost odmítnout nepříjemnou činnost

	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	105	77,8	77,8	77,8
	Ne	30	22,2	22,2	100,0
	Celkem	135	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	81	62,3	62,3	62,3
	Ne	49	37,7	37,7	100,0
	Celkem	130	100,0	100,0	

Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení mělo 105 respondentů (77,8 %) možnost odmítnout pro ně nepříjemnou činnost a 30 respondentů (22,2 %) tuto možnost nemělo. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ze státního zdravotnického zařízení mělo možnost odmítnout nepříjemnou činnost 81 respondentů (62,3 %) a s touto možností se nesetkalo 49 respondentů (37,7 %).

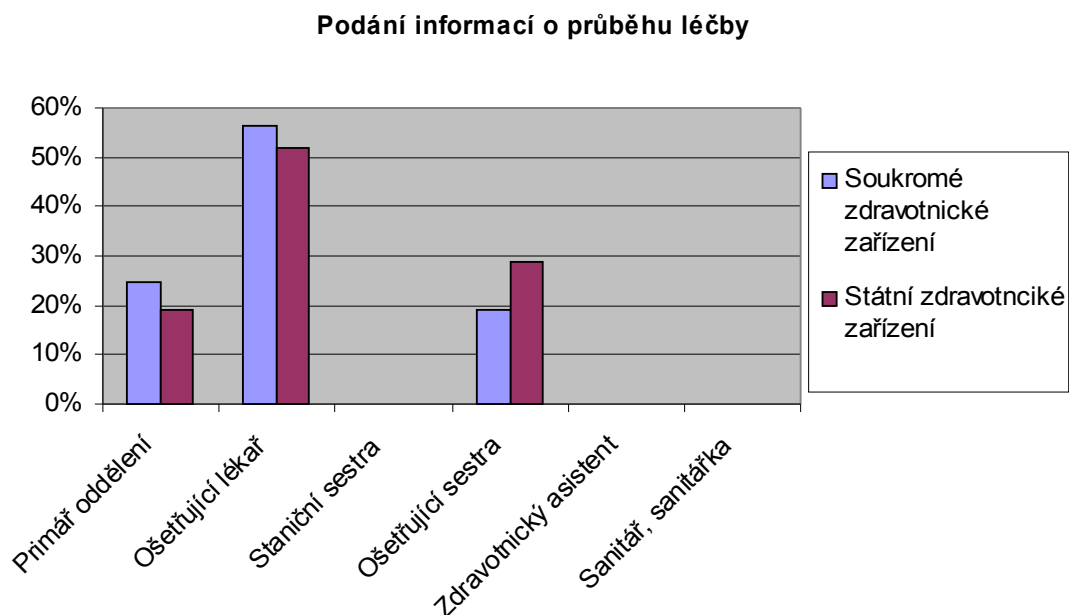
Graf 10

Reakce personálu na odmítnutí nepříjemné činnosti



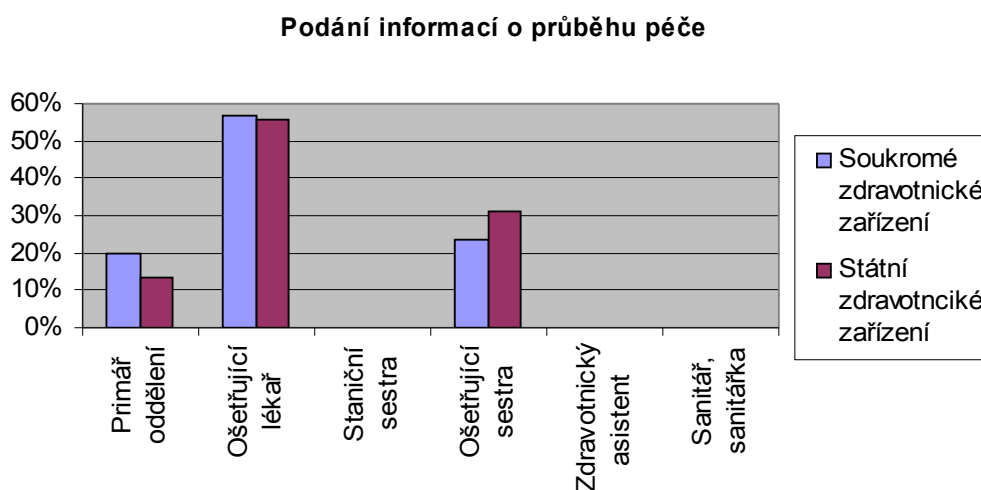
Z celkového počtu 105 odpovědí (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení bylo 37 odpovědí (35,2 %) vyjádřeno, že odmítnutí nepříjemné činnosti bylo u zdravotnických pracovníků bez reakce a 68 odpovědí (64,8 %) uvedlo, že zdravotničtí pracovníci respondentům vyhověli. Z celkového počtu 81 odpovědí (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení bylo 28 odpovědí (34,6 %) vyjádřeno, že odmítnutí nepříjemné činnosti byla u zdravotnických pracovníků bez reakce, 46 odpovědí (56,8 %) uvedlo, že bylo respondentům vyhověno, 4 odpovědi (4,9 %) zaznamenalo přiměřenou reakci. U 2 odpovědí (2,5 %) jsme se setkali se zápornou reakcí a v 1 odpovědi (1,2 %) respondent neví a nezajímá ho jaká byla reakce zdravotnických pracovníků.

Graf 11



Z celkového počtu 167 odpovědí (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení se 41 odpovědí (24,6 %) týkalo informování ze strany primáře oddělení, 94 odpovědí (56,2 %) se týkalo informování od ošetřujícího lékaře a u 42 odpovědí (19,2 %) se jednalo o informování ze strany ošetřující sestry. Z celkového počtu 146 odpovědí (100 %) ze státního zdravotnického zařízení se týkalo 18 odpovědí (19,2 %) informování o průběhu léčení primářem oddělení, 76 odpovědí (52 %) se týkalo informování od ošetřujícího lékaře a u 42 odpovědí (28,8 %) se jednalo o informování ze strany ošetřující sestry.

Graf 12



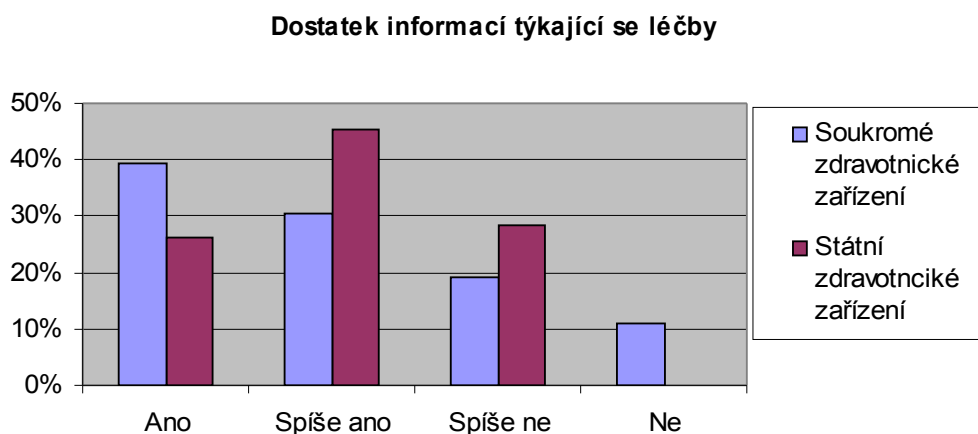
Z celkového počtu 162 odpovědí (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení se týkalo 32 odpovědí (19,8 %), informování o průběhu péče primářem oddělení, 94 odpovědí (56,2 %) se týkalo informování od ošetřujícího lékaře a 32 odpovědí (19,2 %) se týkalo informování o průběhu péče ošetřující sestrou. Z celkového počtu 136 odpovědí (100 %) ze státního zdravotnického zařízení bylo 18 odpovědí (13,2 %), které se týkaly informování primářem oddělení, 76 odpovědí (55,9 %) se týkalo informování od ošetřujícího lékaře a 42 odpovědí (30,9 %) se týkalo informování o průběhu péče ošetřující sestrou.

Tabulka 9 Možnost výběru způsobu léčby

	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	79	58,5	58,5	58,5
	Ne	56	41,5	41,5	100,0
	Celkem	135	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	45	34,6	34,6	34,6
	Ne	85	65,4	65,4	100,0
	Celkem	130	100,0	100,0	

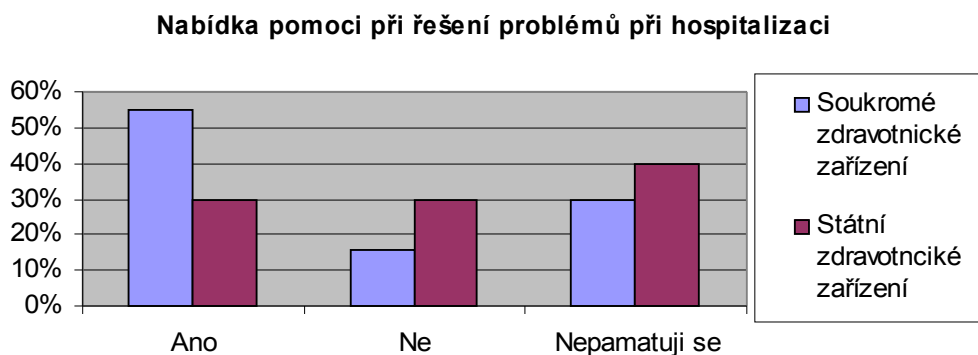
Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení bylo 79 respondentům (58,5 %) nabídnut jiný způsob léčby a 56 respondentům (41,5 %) tato nabídka nebyla učiněna. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení byl nabídnut jiný způsob léčby 45 respondentům (34,6 %) a 85 respondentům (65,4 %) o této nabídce nevědělo.

Graf 13



Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení mělo dostatek informací o léčbě 53 respondentů (39,3 %), odpověď spíše ano zvolilo 41 respondentů (30,4 %), odpověď spíše ne uvedlo 26 respondentů (19,2 %). 15 respondentů (11,1 %) nemělo dostatek informací týkající se jejich léčby. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ze státního zdravotnického zařízení 34 respondentů (26,1 %) mělo dostatek informací týkající se léčby, 59 respondentů (45,4 %) uvedlo odpověď spíše ano a 37 respondentů (28,5 %) odpovědělo spíše ne.

Graf 14

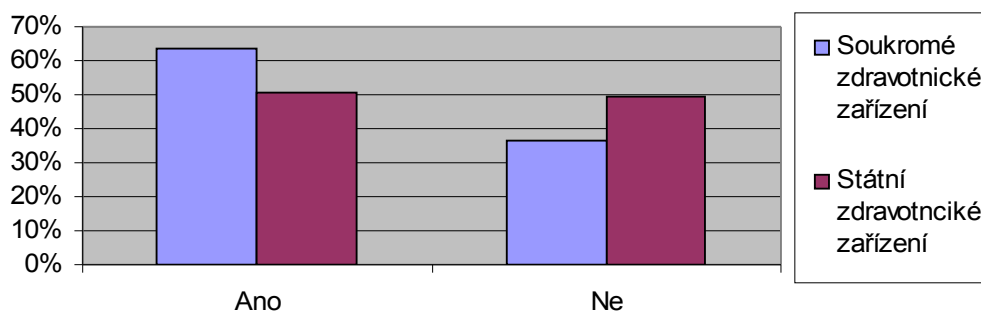


Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení byla pomoc při řešení problému nabídnuta 74 respondentům (54,8 %), 21 respondentů (15,6 %) se s nabídkou pomoci nesetkalo a 40 respondentů (29,6 %) si na tuto situaci nepamatuje. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ze státního zdravotnického zařízení bylo 39 respondentům (30 %) nabídnuta pomoc, 39 respondentům (30 %) nabídka nebyla učiněna a 52 respondentů (40 %) si nevzpomíná.

Tabulka 10 Spokojenost v roli pacienta

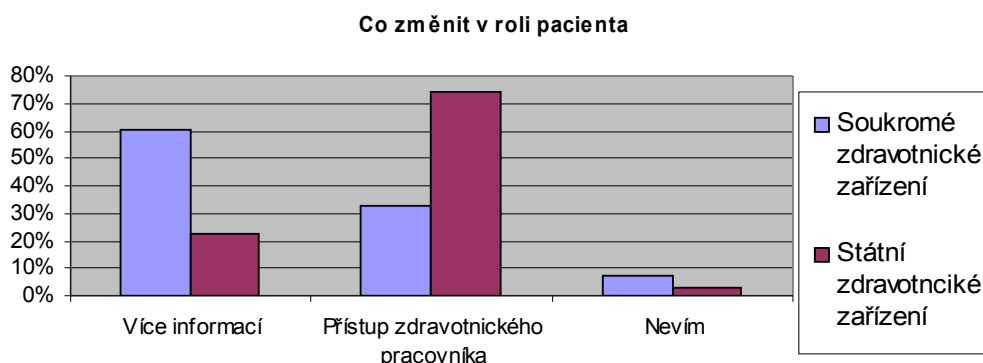
	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	71	52,6	52,6	52,6
	Spíše ano	45	33,3	33,3	85,9
	Spíše ne	19	14,1	14,1	100,0
	Ne	0	0	0	
	Celkem	135	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	29	22,3	22,3	22,3
	Spíše ano	64	49,2	49,2	71,5
	Spíše ne	24	18,5	18,5	90,0
	Ne	13	10,0	10,0	100,0
	Celkem	130	100,0	100,0	

Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení bylo v roli pacienta spokojeno 71 respondentů (52,6 %), odpověď spíše ano se vyskytla u 45 respondentů (33,3 %) a 19 respondentů (14,1 %) uvedlo odpověď spíše ne. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ze státního zdravotnického zařízení bylo 29 respondentů (22,3 %) spokojeno v roli pacienta, 64 respondentů (49,2 %) odpovědělo spíše ano. U 24 respondentů (18,5 %) jsme se setkali s odpovědí spíše ne a 13 respondentů (10,0 %) uvedlo, že nebyli spokojeni v roli pacienta.

Graf 15**Změna v roli pacienta**

Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení odpovědělo 86 respondentů (63,7 %), že je nutná změna v roli pacienta, 49 respondentů (36,3 %) nechce žádnou změnu v roli pacienta. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ze státního zdravotnického zařízení uvedlo 66 respondentů (50,7 %) nutnost změny v roli pacienta a 64 respondentů (49,3 %) nepovažuje za nutné změnit něco v roli pacienta.

Graf 16



Z celkového počtu 86 odpovědí (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení se 52 odpovědí (60,4 %) chtělo více informací, u 28 odpovědí (32,6 %) se jednalo o změnu přístupu zdravotnických pracovníků a 6 odpovědí (7 %) zvolilo odpověď nevím. Z celkového počtu 66 odpovědí (100 %) ze státního zdravotnického zařízení se 15 odpovědí (22,7 %) týkalo získání více informací, 49 odpovědí (74,2 %) se zabývalo přístupem zdravotnických pracovníků a 2 odpovědi (3,1 %) zvolilo jako odpověď nevím.

Tabulka 11 Dodržování povinností při léčebném režimu

	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	41	30,4	30,4	30,4
	Spíše ano	61	45,2	45,2	75,6
	Spíše ne	33	24,4	24,4	100,0
	Ne	0	0	0	
	Celkem	135	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	85	65,4	65,4	65,4
	Spíše ano	45	34,6	34,6	100,0
	Spíše ne	0	0	0	
	Ne	0	0	0	
	Celkem	130	100,0	100,0	

Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení uvedlo 41 respondentů (30,4 %), že dodržovalo povinnosti při léčebném režimu, 61 respondentů (45,2 %) zvolilo odpověď spíše ano a 33 respondentů (24,4 %) uvedlo odpověď spíše ne. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ze státního zdravotnického zařízení dodržovalo povinnosti při léčebném režimu 85 respondentů (65,4 %) a zbývajících 45 respondentů (34,6 %) uvedlo odpověď spíše ano.

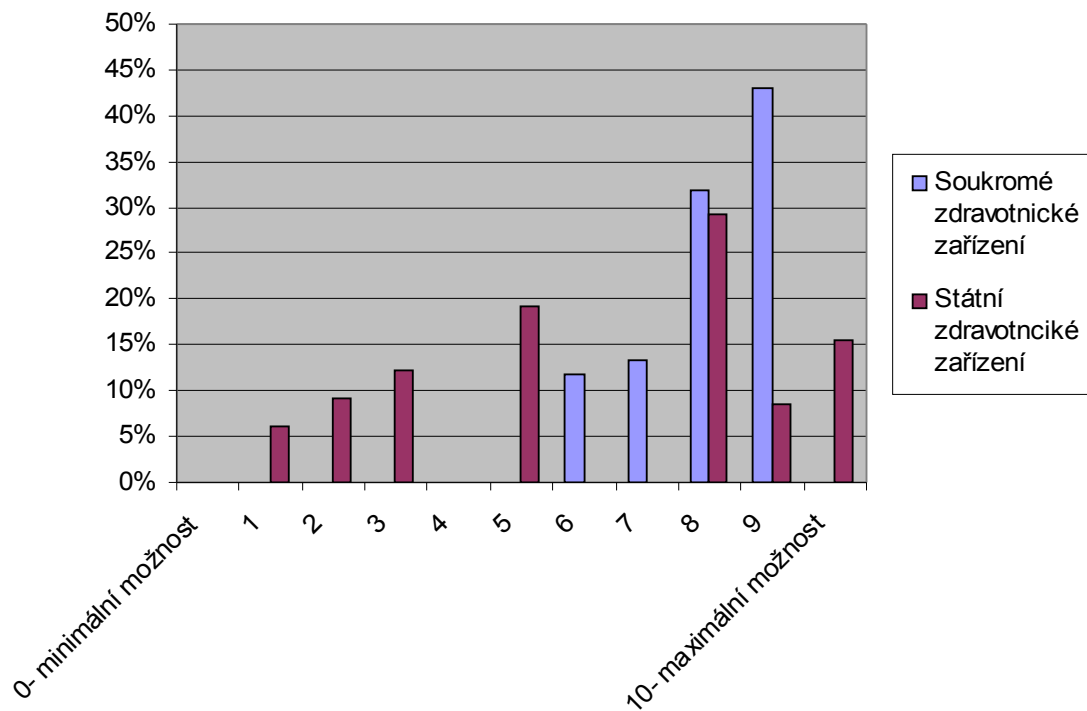
Tabulka 12 Lékař věnoval dostatek pozornosti

	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	135	100,0	100,0	100,0
	Ne	0	0	0	
	Celkem	135	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	89	68,5	68,5	68,5
	Ne	41	31,5	31,5	100,0
	Celkem	130	100,0	100,0	

Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení 135 respondentů (100 %) odpovědělo, že lékař jim věnoval veškerou svou pozornost. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ze státního zdravotnického zařízení uvedlo 89 respondentů (68,5 %), že měli dostatek pozornosti od lékaře a 41 respondentů (31,5 %) odpovědělo, že neměli pozornost lékaře.

Graf 17

Míra pozornosti věnovaná lékařem pacientovi



Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení ohodnotilo na škále 16 respondentů (11,8 %) míru pozornosti, kterou jim věnoval lékař číslem 6, 18 respondentů (13,3 %) označilo míru pozornosti číslem 7, 43 respondentů (31,9 %) na škále ohodnotilo lékařovu pozornost číslicí 8 a 58 respondentů (43 %) číslem 9. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení na dané škále ohodnotilo míru lékařovi pozornosti 8 respondentů (6,2 %) číslem 1, 12 respondentů (9,2 %) označilo lékařovu pozornost číslicí 2, u 16 respondentů (12,3 %) došlo k označení číslicí 3. 25 respondentů (19,2 %) ohodnotilo míru pozornosti číslem 5. 38 respondentů (29,2 %) ohodnotilo míru pozornosti číslem 8, u 11 respondentů (8,5 %) došlo k označení míry lékařovi pozornosti číslicí 9 a 20 respondentů (15,4 %) označilo pozornost číslem 10.

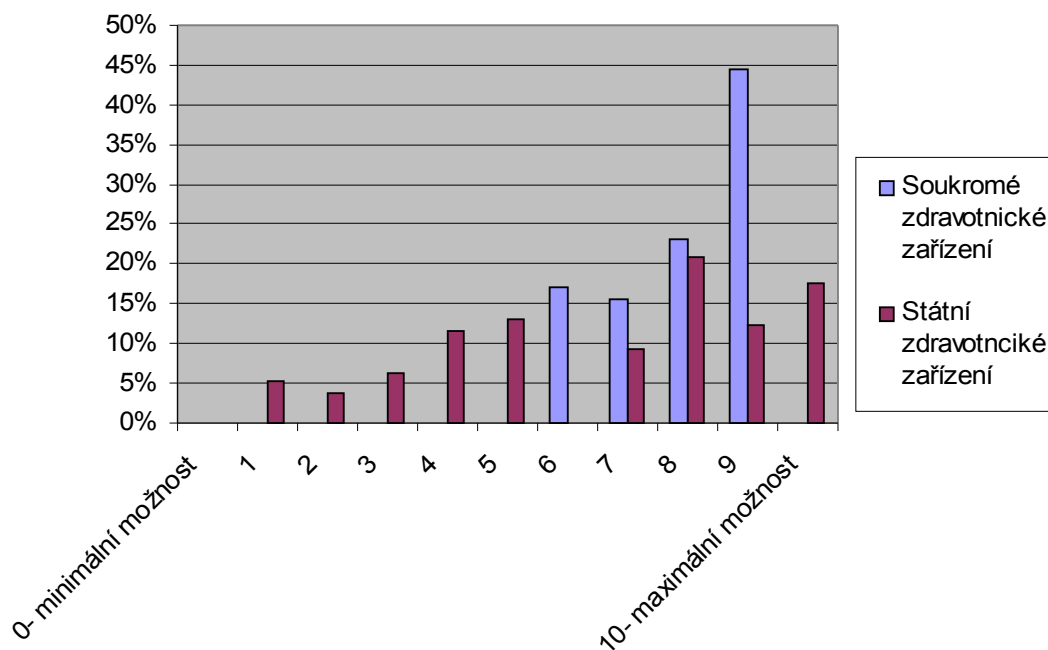
Tabulka 13 Sestra věnovala dostatek pozornosti

	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	115	85,2	85,2	85,2
	Ne	20	14,8	14,8	100,0
	Celkem	135	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	106	81,5	81,5	81,5
	Ne	24	18,5	18,5	100,0
	Celkem	130	100,0	100,0	

Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení věnovala sestra dostatek pozornosti 115 respondentům (85,2 %) a 20 respondentů (14,8 %) s tímto tvrzením nesouhlasilo. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení 106 respondentů (81,5 %) bylo spokojeno s pozorností od sestry a 24 respondentů (18,5 %) nebylo spokojeno s pozorností.

Graf 18

Míra pozornosti věnovaná sestrou pacientovi



Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení ohodnotilo na škále 23 respondentů (17 %) míru pozornosti, kterou jim věnovala sestra číslem 6, 21 respondentů (15,6 %) označilo míru pozornosti číslem 7, 31 respondentů (23 %) na škále ohodnotilo pozornost sestry číslicí 8 a 60 respondentů (44,4 %) číslem 9. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení na dané škále ohodnotilo míru pozornosti sestry 7 respondentů (5,4 %) číslem 1, 5 respondentů (3,8 %) označilo pozornost číslicí 2, u 8 respondentů (6,2 %) došlo k označení číslicí 3. 15 respondentů (1,5 %) ohodnotilo míru pozornosti číslem 4, u 17 respondentů (13,1 %) došlo k označení míry pozornosti sestry číslicí 5, 12 respondentů (9,2 %) označilo míru pozornosti, kterou jim věnovala sestra číslem 7 a 27 respondentů (20,8 %) označilo pozornost číslem 8. 16 respondentů (12,3 %) hodnotilo pozornost číslicí 9 a zbývajících 23 respondentů (17,7 %) ohodnotilo pozornost sestry nejvyšším číslem 10.

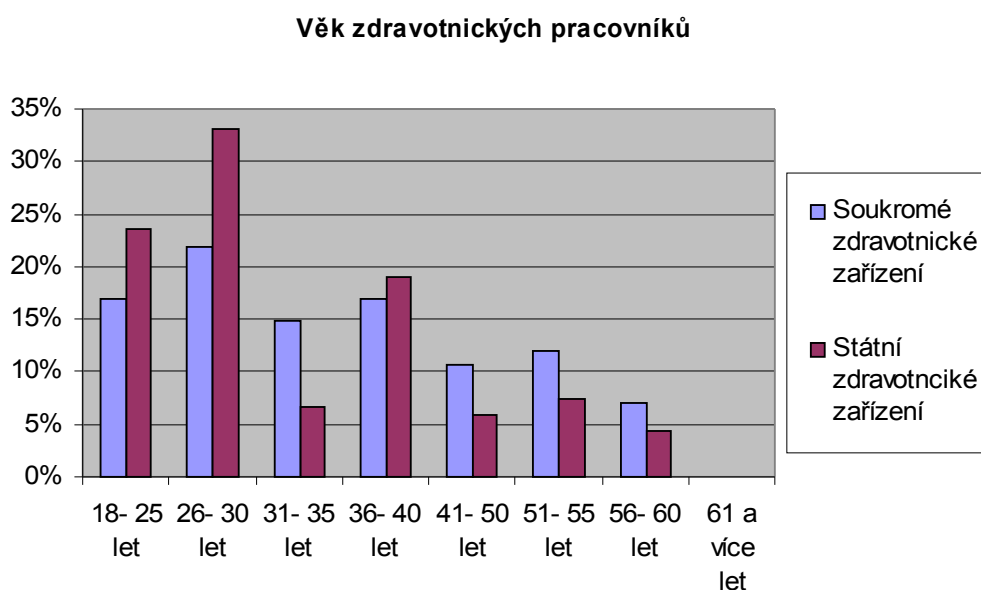
Tabulka 14 Možnost naučit se něco od zdravotnických pracovníků v souvislosti se zdravím

	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	35	25,9	25,9	25,9
	Spíše ano	58	43,0	43,0	68,9
	Spíše ne	28	20,7	20,7	89,6
	Ne	14	10,4	10,4	100,0
	Celkem	135	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	28	21,5	21,5	21,5
	Spíše ano	65	50,0	50,0	71,5
	Spíše ne	21	16,2	16,2	87,7
	Ne	16	12,3	12,3	100,0
	Celkem	130	100,0	100,0	

Z celkového počtu 135 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení si 35 respondentů (25,9 %) myslí, že se něco naučilo v souvislosti se svým zdravím, 58 respondentů (43 %) uvedlo odpověď spíše ano. U 28 respondentů (20,7 %) jsme se setkali s odpovědí spíše ne a 14 respondentů (10,4 %) uvedlo odpověď ne. Z celkového počtu 130 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení byla odpověď ano uvedena 28 respondenty (21,5 %), odpověď spíše ano uvedlo 65 respondentů (50 %). 21 respondentů (16,2 %) volilo odpověď spíše ne a 16 respondentů (12,3 %) si myslí, že se od zdravotnických pracovníků v souvislosti se svým zdravím nemohlo nic naučit.

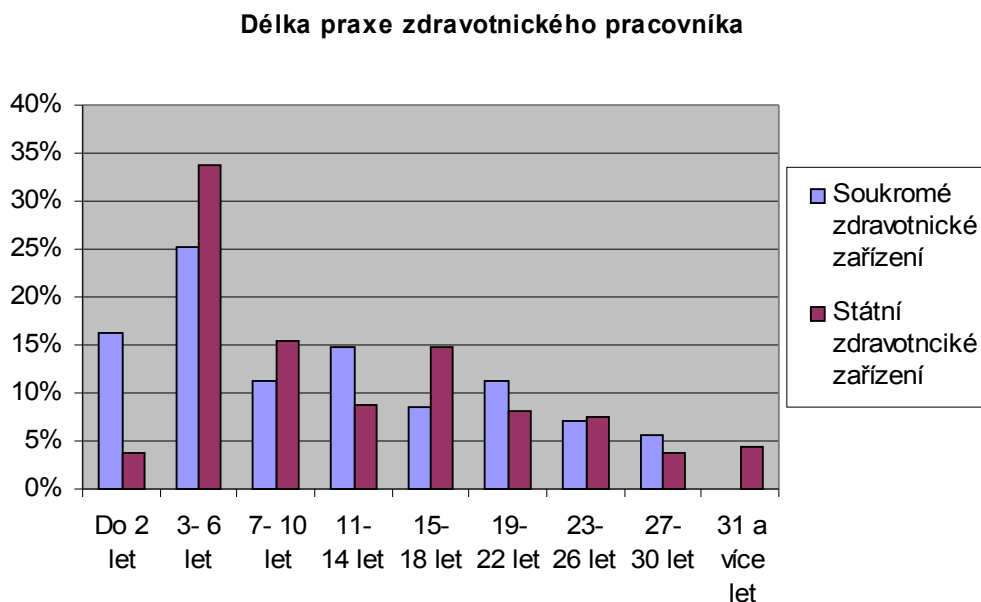
4.1.1 Kvantitativní výzkum- Výsledky dotazníkového šetření zdravotnických pracovníků ze soukromého a státního zdravotnického zařízení a statistické třídění I. stupně (popisná statistika)

Graf 19



Z celkového počtu 142 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení bylo 24 respondentů (16,9 %) ve věku od 18- 25 let, ve věku 26- 30 let odpovídalo 31 respondentů (21,8 %), 21 respondentů (14,8 %) bylo ve věkovém rozmezí 31- 35 let, 24 respondentů (16,9 %) ve věku 36- 40 let, 15 respondentů (10,6 %) ve věkovém rozpětí 41- 50 let, 17 respondentů (12 %) ve věku 51- 55 let. Zbývajících 10 respondentů (7 %) bylo ve věkovém rozmezí 56- 60 let. Z celkového počtu 136 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení odpovídalo 32 respondentů (23,5 %) ve věku 18- 25 let. Ve věku 26- 30 let bylo 45 respondentů (33,1 %) a 9 respondentů (6,6 %) ve věku 31- 35 let. 26 respondentů (19,1 %) bylo ve věkovém rozmezí 36- 40 let, 8 respondentů (5,9 %) bylo ve věku 41- 50 let, ve věku 51- 55 let bylo 10 respondentů (7,4 %) a 6 respondentů (4,4 %) bylo ve věku 56- 60 let.

Graf 20



Z celkového počtu 142 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení vykonával zdravotnické povolání do 2 let 23 respondentů (16,2 %), 36 respondentů (25,3 %) je zaměstnáno jako zdravotník v rozmezí 3- 6 let. V časovém rozmezí 7- 10 let bylo 16 respondentů (11,3 %), v rozmezí 11- 14 let bylo 21 respondentů (14,8 %). 12 respondentů (8,5 %) bylo v časovém rozmezí 15- 18 let, 16 respondentů (11,3 %) v rozmezí 19- 22 let. V časovém rozmezí 23- 26 let bylo 10 respondentů (7 %), 8 respondentů (5,6 %) v rozmezí 27- 30 let. Z celkového počtu 136 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení 5 respondentů (3,7 %) vykonávalo zdravotnické povolání do 2 let, 46 respondentů (33,8 %) bylo v časovém rozmezí 3- 6 let. 21 respondentů (15,4 %) bylo v časovém rozmezí 7- 10 let, v rozmezí 11- 14 let bylo 12 respondentů (8,8 %), 20 respondentů (14,7 %) bylo v časovém rozmezí 15- 18 let. 11 respondentů (8,1 %) v rozmezí 19- 22 let, v časovém rozmezí 23- 26 let bylo 10 respondentů (7,4 %), 5 respondentů (3,7 %) v rozmezí 27- 30 let a 6 respondentů (4,4 %) bylo v časovém rozmezí 31 a více let.

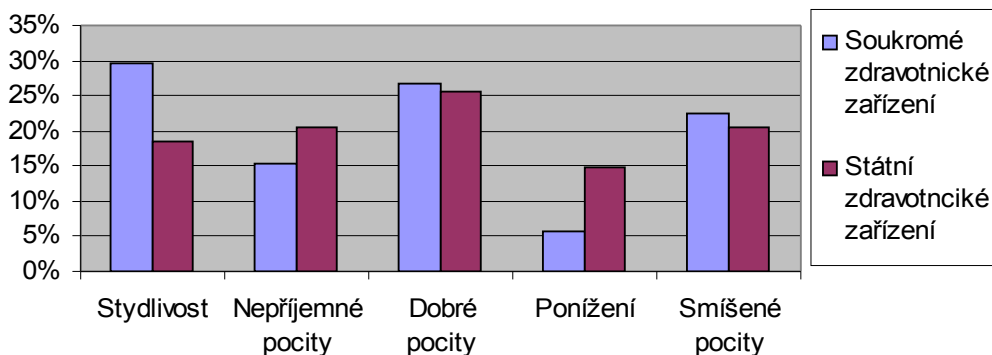
Tabulka 15 Hospitalizace ve zdravotnickém zařízení

	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	126	88,7	88,7	88,7
	Ne	16	11,3	11,3	100,0
	Celkem	142	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	99	72,8	72,8	72,8
	Ne	37	27,2	27,2	100,0
	Celkem	136	100,0	100,0	

Z celkového počtu 142 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení bylo 126 respondentů (88,7 %) hospitalizováno ve zdravotnickém zařízení a 16 respondentů (11,3 %) nikdy nebylo hospitalizováno. Z celkového počtu 136 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení bylo hospitalizováno ve zdravotnickém zařízení 99 respondentů (72,8 %) a 37 respondentů (27,2 %) nebylo hospitalizováno.

Graf 21

Pocity v roli pacienta



Z celkového počtu 142 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení uvedlo 42 respondentů (29,6 %), že se styděli v roli pacienta, 22 respondentů (15,5%) mělo nepříjemné pocity. 38 respondentů (26,8 %) zaznamenalo dobré pocity. Pocit ponížení se vyskytl u 8 respondentů (5,6 %) a zbývajících 32 respondentů (22,5 %) mělo smíšené pocity. Z celkového počtu 136 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení uvedlo stydlivost 25 respondentů (18,4 %), nepříjemné pocity uvedlo 28 respondentů (20,6 %), 35 respondentů (25,7 %) uvedlo dobré pocity. S ponížením se setkala 20 respondentů (14,7 %) a 28 respondentů (20,6 %) uvedlo smíšené pocity.

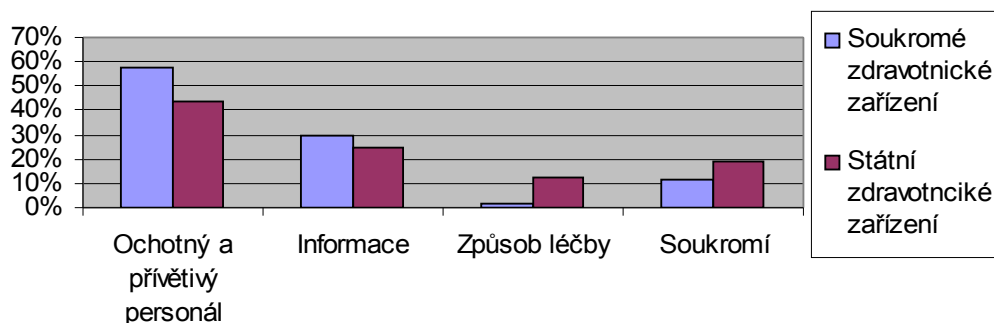
Tabulka 16 Rozdíl ve vnímání hospitalizace zdravotníkem a nezdravotníkem v roli pacienta

	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Ano	118	83,1	83,1	83,1
	Ne	24	16,9	16,9	100,0
	Celkem	142	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Ano	102	75,0	75,0	75,0
	Ne	34	25,0	25,0	100,0
	Celkem	136	100,0	100,0	

Z celkového počtu 142 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení vnímalo rozdíl při poskytování péče v hospitalizaci zdravotníka a nezdravotnického pracovníka 118 respondentů (83,1 %) a 24 respondentů (16,9 %) neuvedlo žádný rozdíl v hospitalizaci. Z celkového počtu 136 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení 102 respondentů (75 %) vnímalo rozdíl při hospitalizaci zdravotníka a nezdravotníka, 34 respondentů (25 %) nevnímalo při hospitalizaci rozdíl.

Graf 22

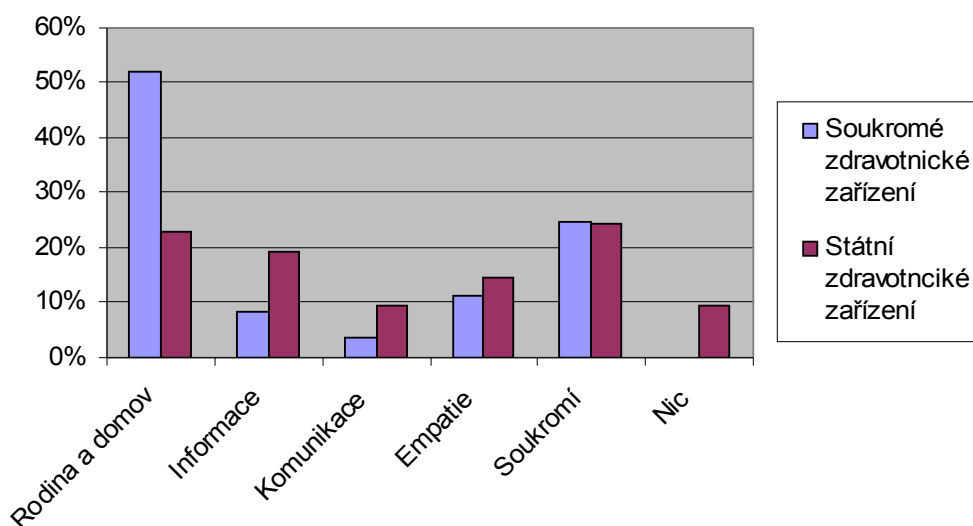
Co je nejdůležitější v roli pacienta



Z celkového počtu 142 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení odpovědělo 82 respondentů (57,7 %), že je pro ně samotné v roli pacienta při hospitalizaci nejdůležitější ochotný a přívětivý personál. 42 respondentů (29,6 %) považuje za zásadní dostatek informací. Způsob léčby je důležitý pro 2 respondenty (1,4 %) a zbývajících 16 respondentů (11,3 %) odpovědělo, že je pro ně důležité soukromí. Z celkového počtu 136 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení byl ochotný a přívětivý personál důležitý pro 59 respondentů (43,4 %), dostatek informací zvolilo 34 respondentů (25 %). Způsob léčby byl důležitý pro 17 respondentů (12,5 %) a 26 respondentů (19,1 %) uvedlo soukromí.

Graf 23

Co nejvíce postrádali v roli pacienta



Z celkového počtu 142 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení postrádalo rodinu a domov 74 respondentů (52,1 %), 12 respondentům (8,5 %) chyběly informace, u 5 respondentů (3,5 %) byl zaznamenán nedostatek komunikace. Empatie chyběla 16 respondentům (11,3 %), 35 respondentů (24,6 %) postrádalo soukromí. Z celkového počtu 136 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení 31 respondentů (22,8 %) nejvíce postrádalo rodinu a domov, nedostatek informací uvedlo 26 respondentů (19,1 %), 13 respondentům (9,6 %) chyběla komunikace. Nedostatek empatie uvedlo 20 respondentů (14,7 %), 33 respondentů (24,2 %) zvolilo soukromí a 13 respondentů (9,6 %) při hospitalizaci nic nepostrádalo.

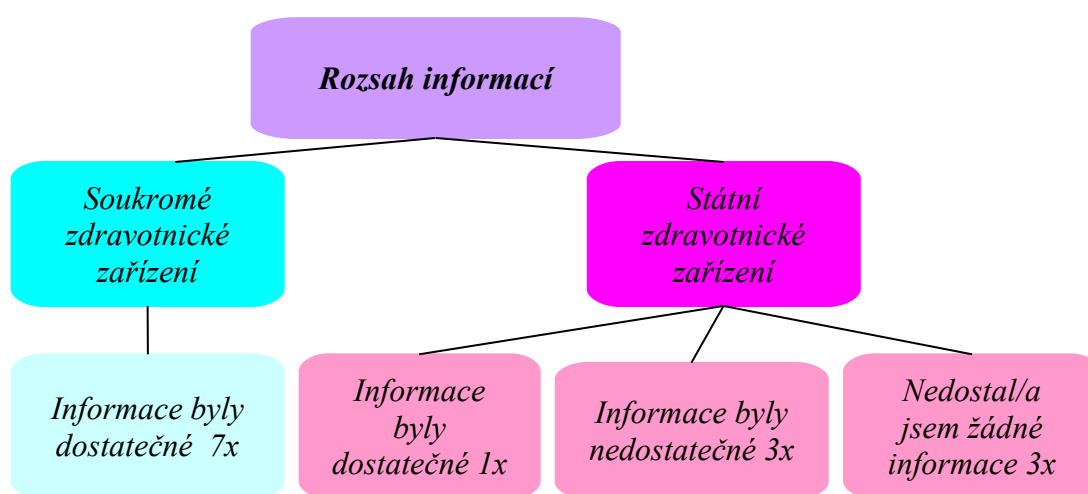
Tabulka 17 Rozdíl mezi potřebami v roli pacienta při hospitalizaci zdravotnického a nezdravotnického pracovníka

	Odpovědi	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soukromé zdravotnické zařízení	Znamé prostředí	38	26,8	26,8	26,8
	Více informací pro zdravotníky	18	12,7	12,7	39,4
	Žádný rozdíl	86	60,5	60,5	100,0
	Celkem	142	100,0	100,0	
Státní zdravotnické zařízení	Znamé prostředí	46	33,8	33,8	33,8
	Více informací pro zdravotníky	39	28,7	28,7	62,5
	Žádný rozdíl	51	37,5	37,5	100,0
	Celkem	136	100,0	100,0	

Z celkového počtu 142 respondentů (100 %) ze soukromého zdravotnického zařízení 38 respondentů (26,8 %) odpovědělo, že v případě, že zdravotnický pracovník byl v roli pacienta pak by byl největší rozdíl ve známém prostředí pro zdravotníka, 18 respondentů (12,7 %) vidělo rozdíl, že zdravotníci získávají více informací oproti nezdravotnickým pracovníkům. Zbývajících 86 respondentů (60,5 %) nevnímalo žádný rozdíl. Z celkového počtu 136 respondentů (100 %) ve státním zdravotnickém zařízení vnímalo rozdíl ve známém prostředí 46 respondentů (33,8 %), více informací pro zdravotnické pracovníky vnímalo 39 respondentů (28,7 %) a 51 respondentů (37,5 %) nevnímalo žádný rozdíl.

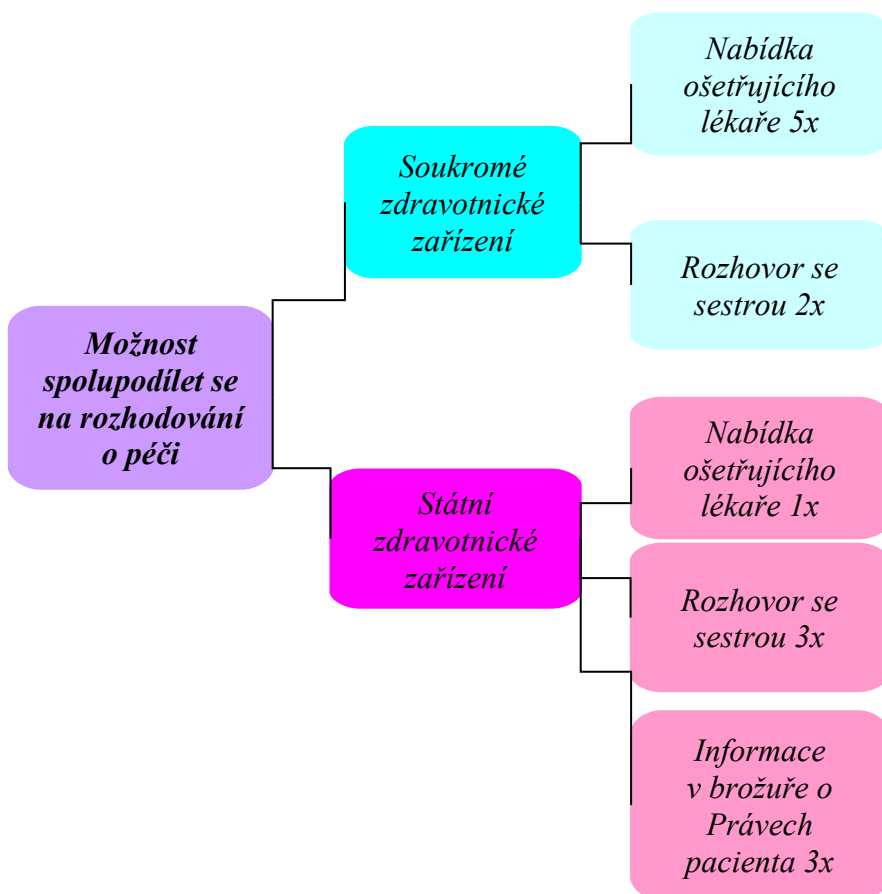
4.2 Kvalitativní výzkum- Výsledky rozhovoru s pacienty soukromého zdravotnického zařízení a pacienty státního zdravotnického zařízení

Schéma 1 Zhodnocení rozsahu informací, které byly poskytnuty pacientům při přijetí do zdravotnického zařízení



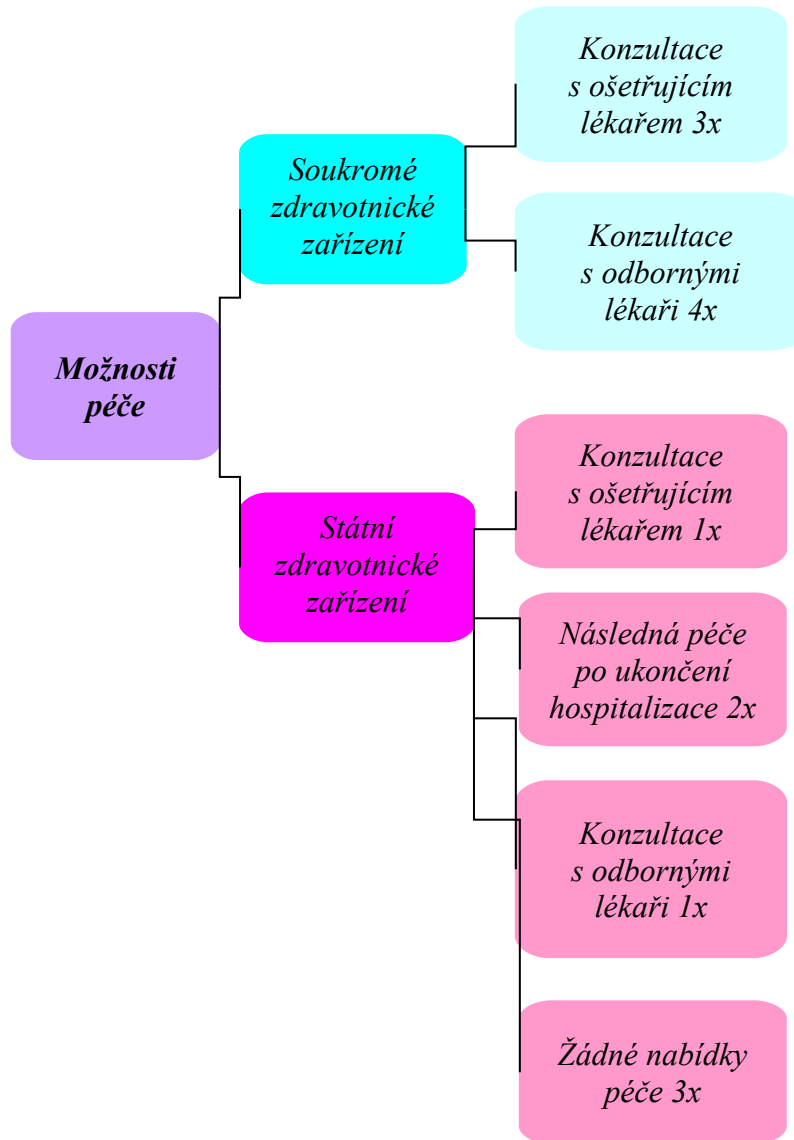
Z celkového počtu 7 oslovených respondentů soukromého zdravotnického zařízení 7 krát respondenti uvedli, že byly spokojeni s poskytnutými informacemi. Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ve státním zdravotnickém zařízení 1 krát respondent odpověděl, že byl dostatečně informován, 3 krát měli respondenti nedostatečné informace a 3 krát respondenti nedostali žádné informace.

Schéma 2 Nabídka možnosti spolupodílet se na rozhodování o péči



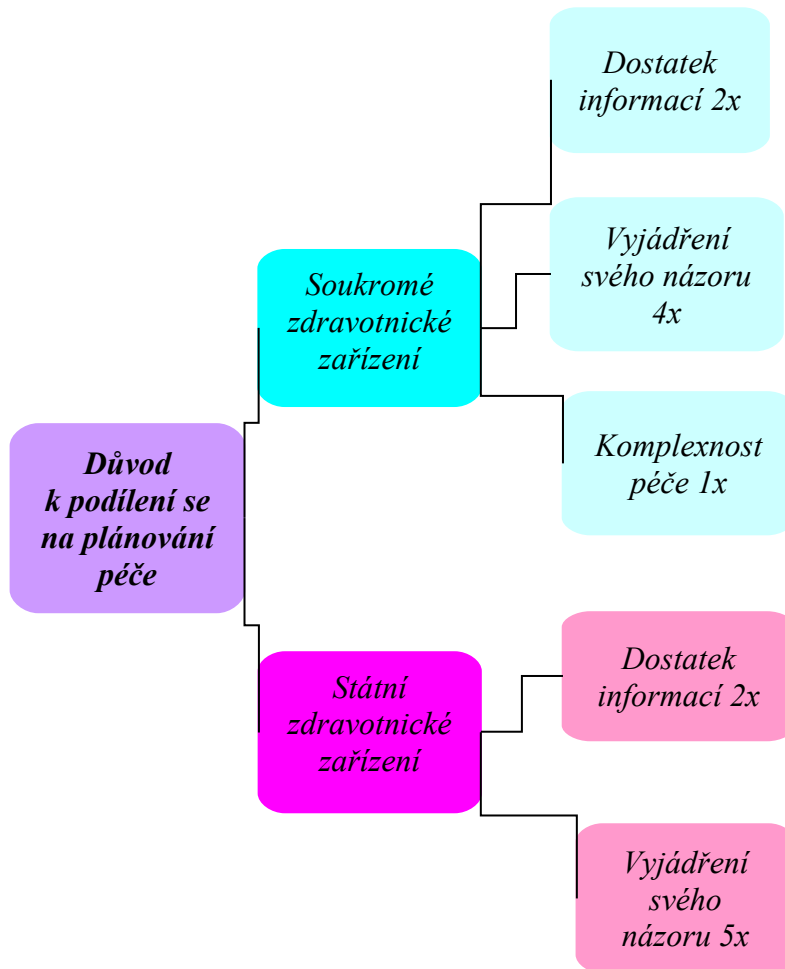
Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení 5 krát respondenti dostali nabídku spolupodílet se na rozhodování o péči od ošetřujícího lékaře a 2 krát byla respondentům tato možnost nabídnuta při rozhovoru se sestrou. Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení byla 1 krát respondentovi udělena nabídka spolupodílení na péči od ošetřujícího lékaře, 3 krát tuto nabídku udělala sestra respondentům a 3 krát respondenti získali informace v brožuře o Právech pacienta.

Schéma 3 Nabídka možností péče



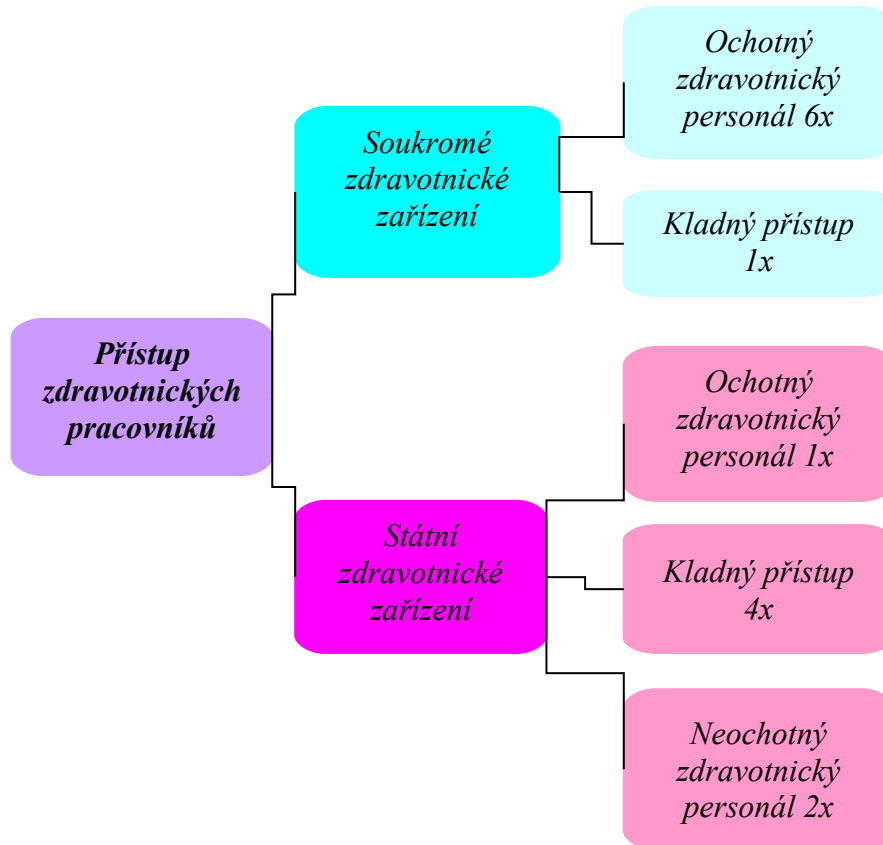
Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení bylo 3 krát respondentům nabídnuta konzultace s ošetřujícím lékařem a 4 krát bylo respondentům nabídnuta konzultace s odbornými lékaři. Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení bylo 1 krát respondentovi nabídnuta konzultace s ošetřujícím lékařem, informace o následné péči po ukončení hospitalizace byla nabídnuta 2 krát a 1 krát bylo respondentovi nabídnuta konzultace s odborným lékařem. 3 krát respondenti nedostali žádné nabídky péče.

Schéma 4 Důvod podílet se na plánování péče



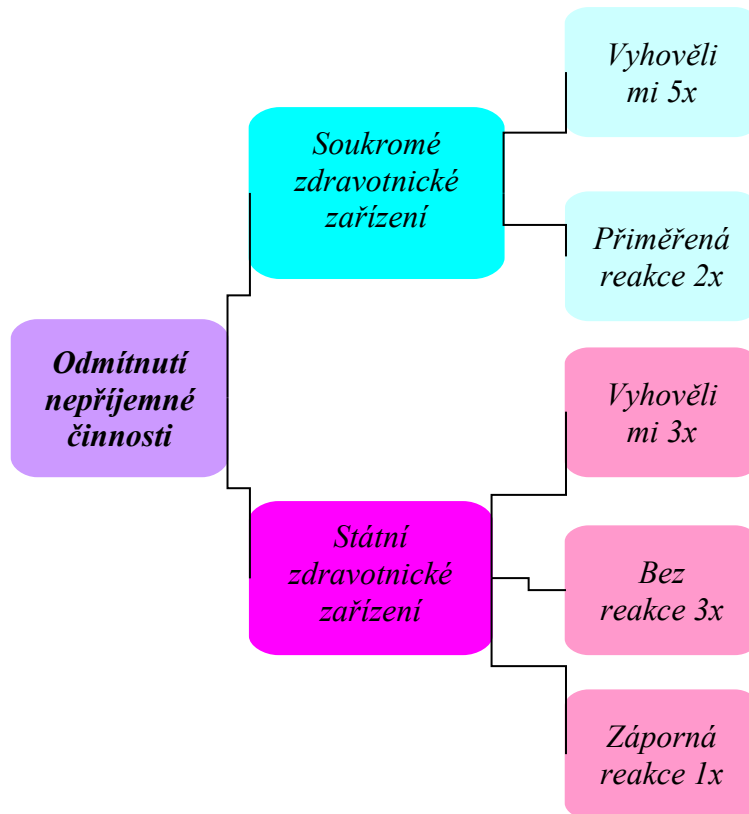
Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení uvedli 2 krát respondenti jako důvod k podílení se na péči dostatek informací, jako důvod uvedli 4 krát respondenti možnost vyjádřit svůj názor a 1 krát respondent uvedl jako důvod komplexnost péče. Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení uvedli respondenti 2 krát jako důvod dostatek informací a 5 krát jako důvod uvedli respondenti vyjádření svého názoru.

Schéma 5 Zhodnocení přístupu zdravotnických pracovníků k pacientovi



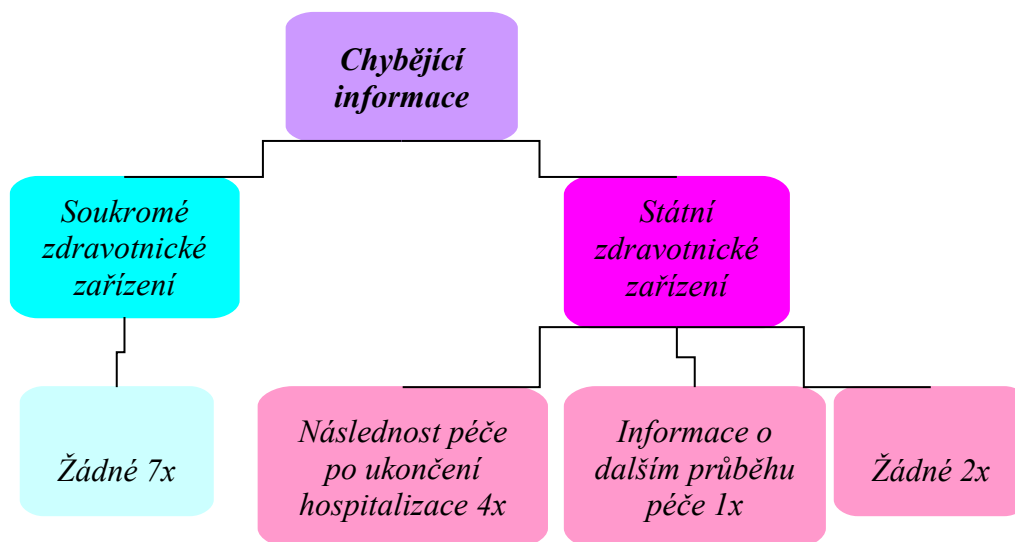
Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení uvedli respondenti 6 krát, že zdravotnický personál byl ochotný a 1 krát respondent odpověděl, že se setkal s kladným přístupem. Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení uvedl 1 krát respondent ochotný zdravotnický personál, 4 krát se respondenti setkali s kladným přístupem a 2 krát respondenti uvedli neochotný zdravotnický personál.

Schéma 6 Přístup zdravotnických pracovníků při odmítnutí nabízeného způsobu péče



Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení odpověděli respondenti 5 krát, že jim bylo vyhověno a 1 krát uvedl respondent přiměřenou reakci. Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení vyhověli zdravotničtí pracovníci respondentům 3 krát, 3 krát respondenti uvedli, že zdravotničtí pracovníci byli bez reakce. 1 krát respondent uvedl zápornou reakci.

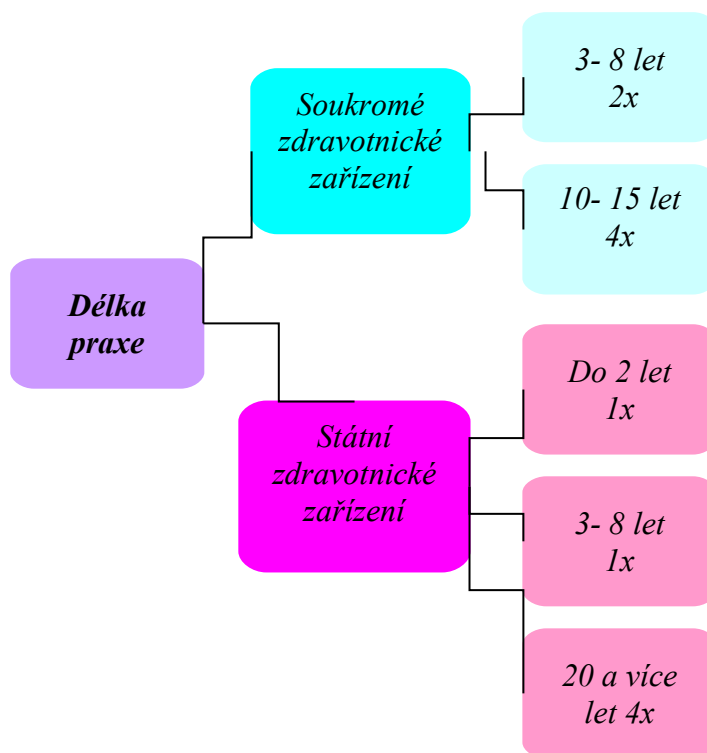
Schéma 7 Informace, které pacientovi chyběli při hospitalizaci



Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení nechyběli informace žádnému respondentovi. Z celkového počtu 7 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení uvedli 4 krát respondenti nedostatek informací o následné péči po ukončení hospitalizace, informace o dalším průběhu péče chybělo respondentovi 1 krát a 2 krát respondenti uvedli, že měli dostatek všech informací.

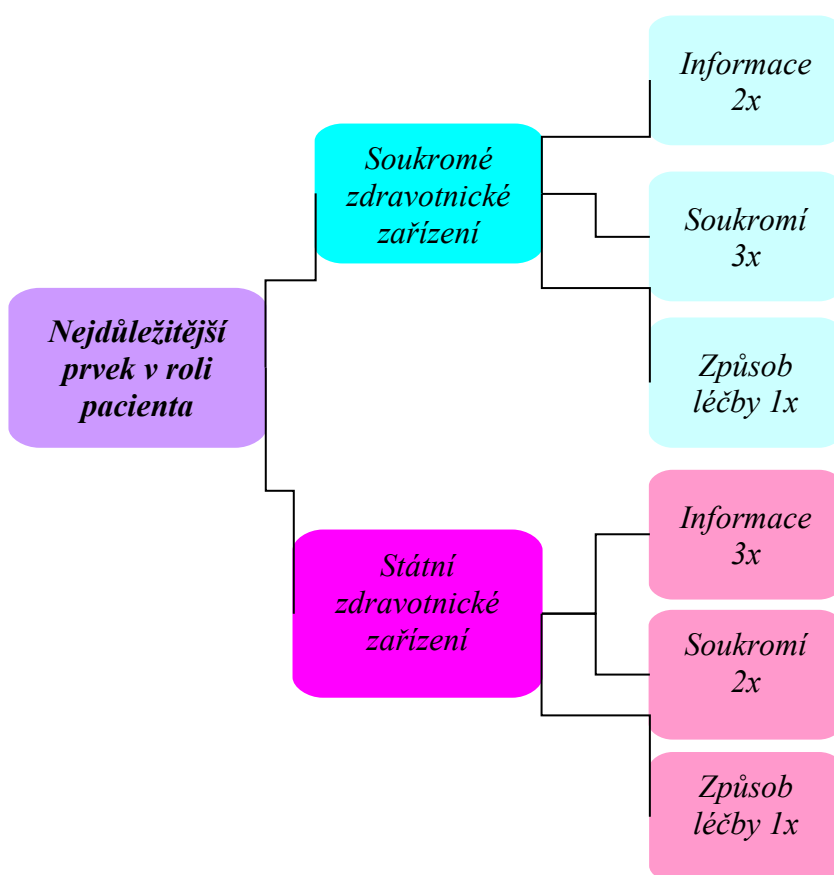
4.2.1 Výsledky rozhovoru se zdravotnickými pracovníky soukromého zdravotnického zařízení a zdravotnickými pracovníky státního zdravotnického zařízení

Schéma 8 Délka praxe zdravotnických pracovníků



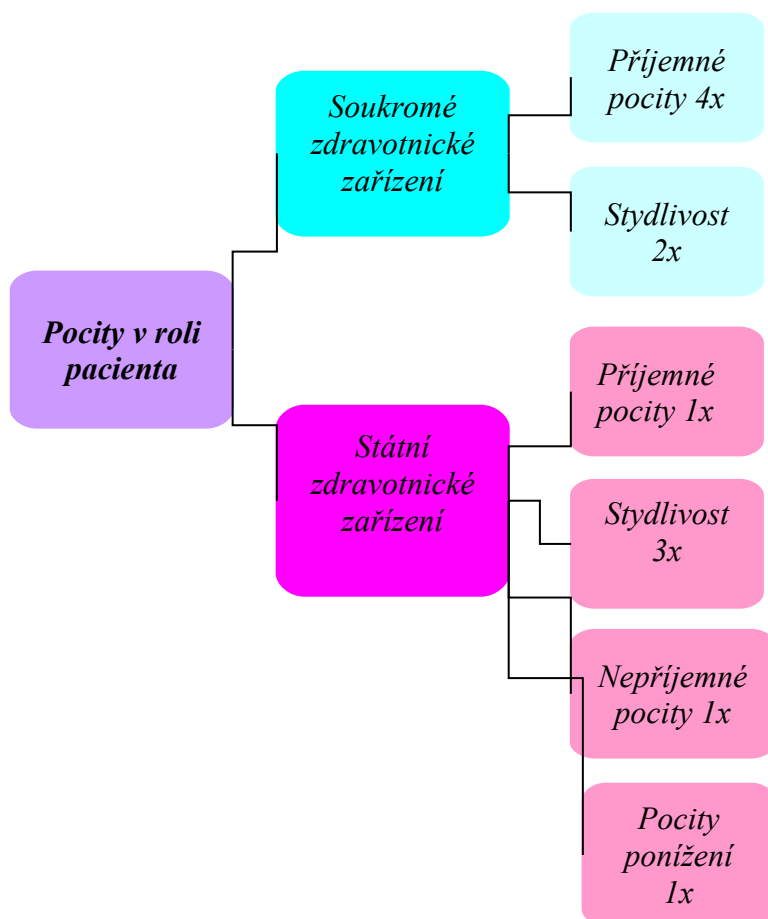
Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení 2 krát respondenti uvedli délku své praxe v rozmezí 3- 8 let a délku praxe v rozmezí 10- 15 let uvedli respondenti 4 krát. Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení 1 krát respondent uvedl délku své praxe do 2 let, délku praxe 3- 8 let uvedl respondent 1 krát a 4 krát respondenti odpověděli, že délka jejich praxe je 20 a více let.

Schéma 9 Nejdůležitější prvek v roli pacienta



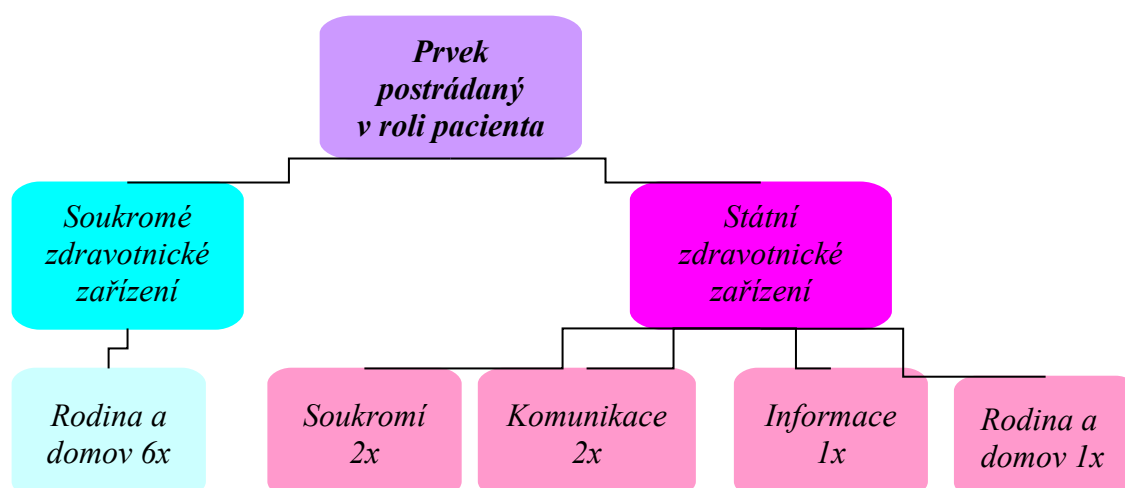
Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení 2 krát respondenti uvedli jako nejdůležitější prvek v roli pacienta informace, soukromí odpověděli respondenti 3 krát a 1 krát respondent uvedl, že nejdůležitější je způsob léčby. Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení 3 krát respondenti odpověděli informace, 2 krát respondenti uvedli soukromí a 1 krát považuje respondent za nejdůležitější prvek v roli pacienta způsob léčby.

Schéma 10 Pocity v roli pacienta



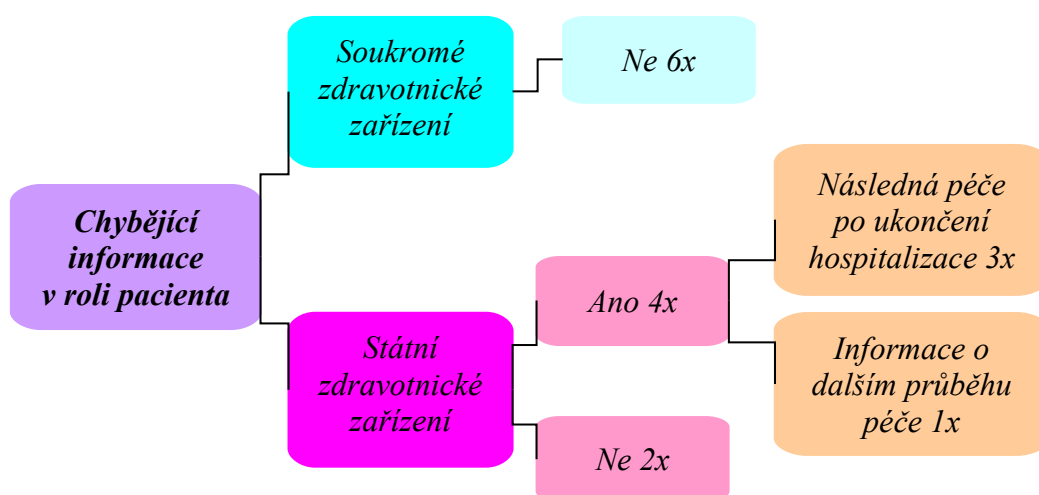
Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení respondenti 4 krát uvedli příjemné pocity a 2 krát respondenti zvolili stydlivost. Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení 1 krát uvedl respondent příjemné pocity, 3 krát respondenti uvedli stydlivost. S nepříjemnými pocity se svěřil respondent 1 krát a 1 krát respondent uvedl, že se cítil ponížen.

Schéma 11 Prvek postrádaný v roli pacienta



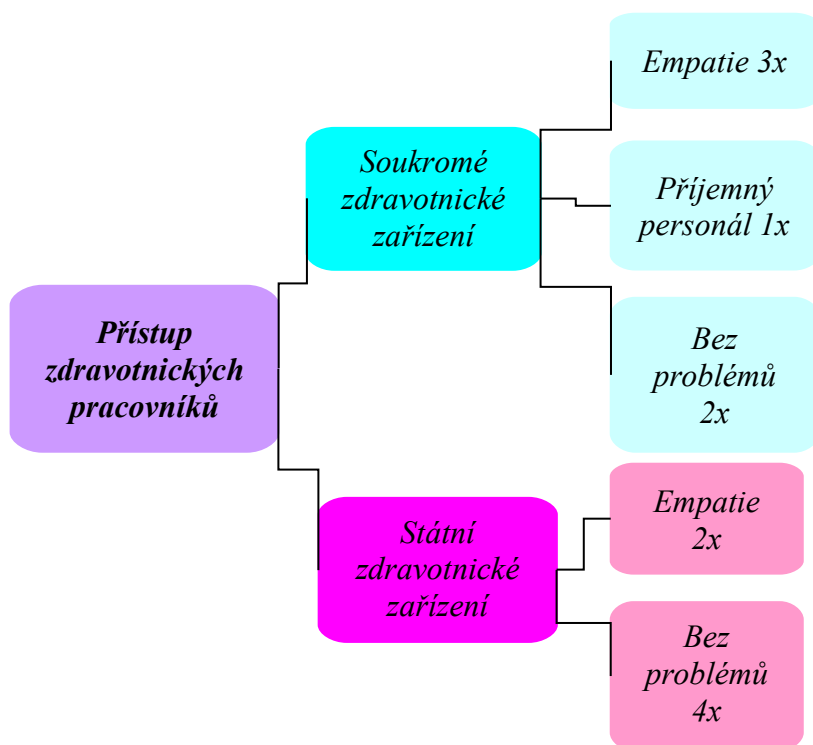
Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení uvedli respondenti 6 krát, že jim nejvíce chybí rodina a domov. Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení odpověděli 2 krát respondenti soukromí, komunikaci uvedli respondenti 2 krát. 1 krát respondent odpověděl, že mu chyběly informace a rodinu a domov uvedl respondent 1 krát.

Schéma 12 Informace, které pacientům chyběly během hospitalizace a o které se jednalo



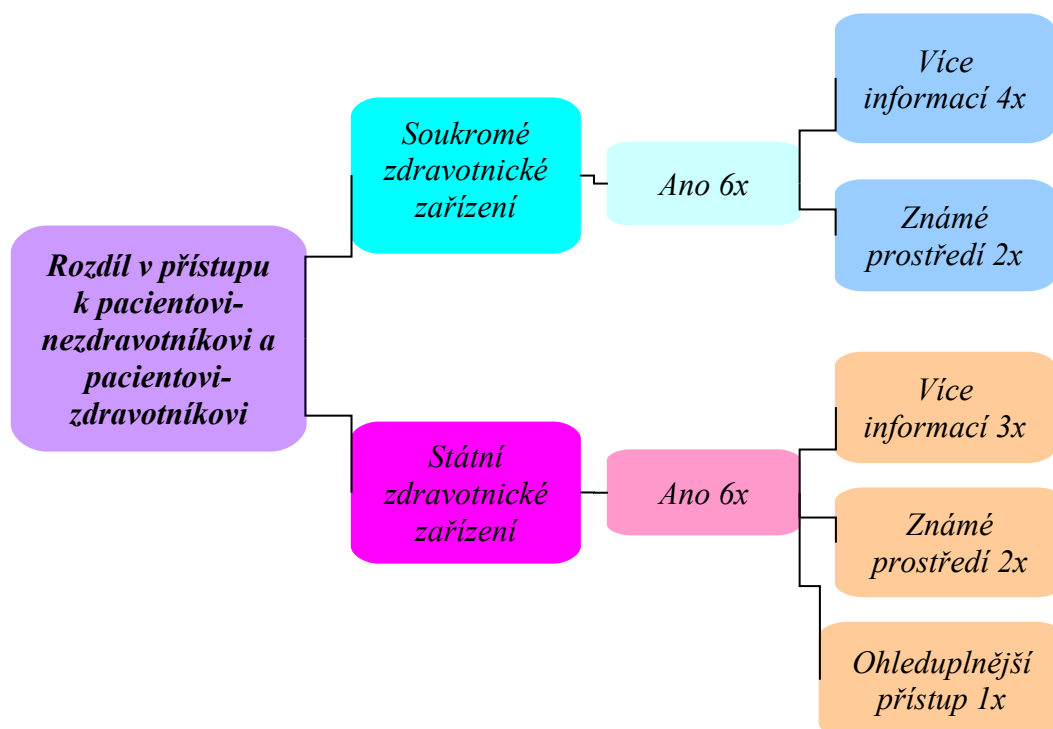
Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení žádnému respondentovi nechyběly informace. Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení 2 krát respondenti uvedli, že jim nechyběly žádné informace. Respondenti 4 krát uvedli chybění informací a to 3 krát nedostatečné informace týkající se následné péče a 1 krát informace o dalším průběhu péče.

Schéma 13 Přístup zdravotnických pracovníků



Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení 3 krát respondenti uvedli, že zdravotničtí pracovníci byli empatictí, 1 krát respondent označil chování zdravotnických pracovníků za příjemné a 2 krát respondenti odpověděli, že přístup zdravotnických pracovníků byl bez problémů. Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení 2 krát respondenti označili přístup jako empatický a 4 krát respondenti uvedli, že kontakt se zdravotnickými pracovníky byl bez problémů.

**Schéma 14 Rozdíl v přístupu zdravotnických pracovníků k pacientovi-
zdravotníkovi a pacientovi- nezdravotníkovi a jaký vnímali respondenti rozdíl**



Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze soukromého zdravotnického zařízení všichni oslovení respondenti uvedli, že je v přístupu zdravotnických pracovníků značný rozdíl. 4 krát respondenti uvedli jako rozdíl více informací a 2 krát respondenti odpověděli známé prostředí. Z celkového počtu 6 oslovených respondentů ze státního zdravotnického zařízení odpověděli všichni respondenti, že je velký rozdíl v tomto přístupu. Respondenti 3 krát uvedli více informací, známé prostředí odpověděli respondenti 2 krát a 1 krát respondent uvedl ohleduplnější přístup.

5 Diskuze

Diplomová práce byla zaměřena na roli pacienta v současnosti. Tato problematika má velký význam v poskytování ošetrovatelské péče, jak z hlediska pacienta, tak z hlediska zdravotnického pracovníka. Pro zpracování tohoto tématu byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zmapování rolí pacienta, které zaujímá při své hospitalizaci ve státním a soukromém zdravotnickém zařízení. Důležitou součástí výzkumu bylo také zjistit, co pro zdravotnické pracovníky znamená role pacienta a co od této role pacienta sami očekávají. Nedílnou součástí bylo zjistit, co by zdravotničtí pracovníci chtěli v roli pacienta.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Pro zjištění stanovených cílů jsme v empirické části použili kvantitativně- kvalitativní výzkumné šetření. Kvantitativní šetření probíhalo formou dotazování, byly vytvořeny dva typy dotazníků. První výzkumný soubor tvořilo 130 pacientů ze státního zdravotnického zařízení- Nemocnice Havlíčkův Brod a 135 pacientů ze soukromého zdravotnického zařízení- Medicínské zařízení Hippokrates- Boskovice. Druhý výzkumný soubor tvořilo 136 zdravotnických pracovníků ze státního zdravotnického zařízení- Nemocnice Havlíčkův Brod a 142 zdravotnických pracovníků ze soukromého zdravotnického zařízení- Medicínské zařízení Hippokrates- Boskovice.

Kvalitativní šetření probíhalo metodou dotazování pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. První výzkumný soubor tvořilo 14 pacientů ze státního zdravotnického zařízení- Nemocnice Havlíčkův Brod a 14 pacientů ze soukromého zdravotnického zařízení- Medicínské zařízení Hippokrates - Boskovice. Druhý výzkumný soubor tvořilo 12 zdravotnických pracovníků ze státního zdravotnického zařízení- Nemocnice Havlíčkův Brod a 12 zdravotnických pracovníků ze soukromého zdravotnického zařízení- Medicínské zařízení Hippokrates- Boskovice.

Původní výzkumné šetření soukromého zdravotnického zařízení mělo probíhat v Sanatoriu Chotoviny, kde jsem po předchozí domluvě na průběhu výzkumu byla následně odmítnuta.

Výzkumného šetření se účastnilo 58 (43 %) mužů, 77 (57 %) žen ze soukromého zdravotnického zařízení a 51 mužů (39,2 %), 79 žen (60,8 %) ze státního zdravotnického zařízení (Graf 1). V dotazníkovém šetření byla také zjišťována věková kategorie pacientů. V soukromém zdravotnickém zařízení převažovala věková kategorie 18- 25 let tedy 26 % pacientů. Tato situace může být z důvodu větší informovanosti mladých lidí o možnostech poskytování zdravotní péče v jiných než státních zdravotnických zařízeních. Následující věkové kategorie se lišily pouze o několik procent. Výrazněji přibylo pacientů ve věku 41- 50 let a to 20 % pacientů, mnohdy z důvodu většího výskytu onemocnění v tomto věku. Ve státní zdravotnickém zařízení bylo nejvíce pacientů zastoupeno v kategorii 31- 40 let a to 33,1 % pacientů a to v souvislosti s plánovanými výkony u pacientů. Ve věku 18- 25 let bylo 18,5 % pacientů, výrazněji přibylo pacientů ve věku 41- 50 let a to v 23 % (Graf 2). Toto rozmanité věkové rozmezí oslovených pacientů umožňuje porovnat vnímání role pacienta a celkové hospitalizace vzhledem k věku daného pacienta.

V tabulce 1 a grafu 3 jsou zpracovány údaje týkající se seznamování pacientů s Právy pacienta, výsledky jsou překvapivě podobné. Pacienti ze soukromého zdravotnického zařízení byli s právy seznámeni v 61,5 % a to v 45,8 % je seznámila všeobecná sestra. S Právy pacienta byli pacienti ze státního zdravotnického zařízení seznámeni ve 49,2 % a všeobecná sestra pacienty s Právy seznámila v 34,6 %. Práva pacientů jsou etickým kodexem, který schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tato práva jsou platná od 25.2. 1992 a od 1.4. 2012. Práva pacientů jsou také uvedeny v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování (www.mpsv.cz/cs/840, 2005). Při porovnání výsledků týkajících se seznamování s povinnostmi pacienta jsou odpovědi v soukromém a státním zdravotnickém zařízení také velice podobné (Tabulka 2, Graf 4). Pacienti soukromého zdravotnického zařízení byli seznámeni s povinnostmi pacienta v 54,1 % a nejčastěji byli poučeni od všeobecné sestry a to v 47,9 %. U pacientů ve státním

zdravotnickém zařízení se jednalo o seznámení s povinnostmi v 45,4 % a pacienty seznamovala nejčastěji v 40,7 % všeobecná sestra. Často pacienti zapomínají na své povinnosti a zajímají se pouze o svá práva, i přestože sdílejí odpovědnost za vlastní zdraví. Základní povinností pacienta je dodržovat domácí řád daného zdravotnického zařízení. S domácím řádem je seznamován při přijetí na oddělení. V tomto řádu je uveden nástin chování pacienta, jakým způsobem a za jakých podmínek je pacient ošetřován, jaká pravidla musí dodržovat. Při pobytu má pacient dodržovat společenské konvence, které jsou ve společnosti běžné. Při nerespektování domácího řádu může být hospitalizace pacienta předčasně ukončena

(www.onhb.cz/Article.asp?nDepartmentID=288&nArticleID=1063&nLanguageID=1, 2006).

Graf 7 se zabývá možností podílet se na průběhu péče, pacienti ze soukromého zdravotnického zařízení by se chtělo v 80,7 % podílet na průběhu péče a ve státním zdravotnickém zařízení by tuto možnost zvolilo 77,7 % pacientů. Jako nejčastější důvod podílení se na péči uváděli pacienti soukromého zdravotnického zařízení informace o dalším průběhu léčby a to v 62,4 %, stejnou odpověď zvolilo i 34,7 % pacientů státního zdravotnického zařízení (Graf 8). Tyto výsledky zcela odporují Parsonsovu modelu (viz kapitola 1.3.1). Parsonsův model role pacienta zanedbává myšlenky o rozdílech, které jsou v chování a také v kulturních normách ve spojení s nemocí. Vnímá roli pacienta jako roli jednostranně- doktorsko- centricky, protože uvádí, že nemocný si za svého důvěrníka zvolí lékaře a dále nepřipouští jiné řešení. Jako jsou například konzultanti z alternativní medicíny a mnoho dalších (Bártlová, 2005; Křečková-Tůmová, 2003).

S těmito výsledky lze porovnat výsledky týkající se možnosti změnit něco v roli pacienta (Graf 15). Z těchto výsledků je zřejmé, že v 63,7 % by pacienti ze soukromého zdravotnického zařízení chtěli něco změnit v roli pacienta. U pacientů ze soukromého zdravotnického zařízení se jednalo o 50,7 % pacientů, kteří by chtěli změnu v roli pacienta. Nejčastější změny v roli pacienta se týkaly více informací a to v 60,4 % u pacientů ze soukromého zdravotnického zařízení a ve státním zdravotnickém zařízení pacienti nejčastěji uváděli přístup zdravotnických pracovníků a to v 74,2 % (Graf 16). Bártlová ve své knize Sociologie medicíny a zdravotnictví uvádí, „Použitím slova

„klient“ se často upouští od představy pasivního a závislého „pacienta“, což představovalo bezmocnost vůči lékařským institucím. Se zavedením zdravotního a nemocenského pojištění si pacient u nás začíná uvědomovat, že vůči lékaři vystupuje jako klient, který mu přináší peníze, a začne se podle toho i chovat“ (Bártlová, 2005, s. 87). Vzhledem k těmto výsledkům lze říci, že hypotéza 1: *Přístup zdravotnických pracovníků je ovlivněn měnícími se rolemi pacienta*, byla potvrzena.

Potvrzení hypotézy H2: *Pro zdravotnické pracovníky je obtížné přijmout nové role pacienta z časových důvodů*. V dotazníkovém šetření bylo zjišťováno věkové rozmezí zdravotnických pracovníků a délka jejich praxe (Graf 19, Graf 20). Největší počet, tedy 21,8 % zdravotnických pracovníků v soukromém zdravotnickém zařízení bylo ve věkovém rozmezí 26- 30 let, tyto výsledky jsou shodné se zjištěním ze státního zdravotnického zařízení, v tomto zařízení se jednalo o 33,1 % zdravotnických pracovníků v tomto věkovém rozmezí. Nejmenší část zahrnovali zdravotníci ve věku 31- 35 let a to 14,8 % v soukromém zdravotnickém zařízení a 6,6 % ve státním zdravotnickém zařízení. Toto malé zastoupení je ovlivněno odchodem na mateřskou dovolenou. 7 % zdravotnických pracovníků soukromého zdravotnického zařízení a 4,4 % zdravotnických pracovníků státního zdravotnického zařízení byly ve věku 56- 60 let, toto malé zastoupení je ovlivněno tím, že sestry v tomto věkovém rozpětí nejčastěji pracují v ambulantním provozu. V souvislosti s věkem zdravotnických pracovníků byla také zjišťována délka praxe. 3- 6 let pracuje 41,4 % zdravotníků v soukromém zdravotnickém zařízení a ve státním zdravotnickém zařízení se jednalo o 33,1 %, v tomto rozmezí jsou nejvíce zastoupeny ženy, které ještě nebyly na mateřské dovolené. Nejmenší část, tedy 5,6 % oslovených zdravotníků soukromého zdravotnického zařízení a 3,7 % zdravotníků státního zdravotnického zařízení pracuje 27- 30 let. Z těchto výsledků je zřejmé, že dochází k přesunu starších sester z oddělení do ambulantního provozu.

Pacienti měli možnost vyjádřit se o tom jakou měli možnost rozhodovat o poskytované léčbě a možnosti výběru způsobu léčby (Graf 5, Tabulka 9). 58,5 % pacientů soukromého zdravotnického zařízení a 34,6 % pacientů státního zdravotnického zařízení mělo možnost výběru způsobu léčby. Respondenti vyjadřovali

své názory na hodnotící škále, která se pohybovala v rozmezí 0 (minimální možnost)-10 (maximální možnost). Výsledky hodnocení možnosti rozhodovat o poskytnuté léčbě u pacientů ze státního zdravotnického zařízení se u 73,8 % pacientů pohybovaly v první (negativní) části hodnotící škály (číslíce 0-5) a 26,2 % pacientů ohodnotilo pozornost v druhé (pozitivní) části dané škály (číslíce 6-10). Odpovědi 100 % pacientů ze soukromého zdravotnického zařízení se pohybovaly pouze ve druhé (pozitivní) části škály hodnocení (číslíce 6-10).

Pacienti také hodnotili možnost rozhodovat o poskytnuté péči a to na hodnotící škále 0 (minimální možnost)- 10 (maximální možnost). Výsledky hodnocení možnosti rozhodovat o poskytnuté léčbě u pacientů ze státního zdravotnického zařízení se u 72,4 % pacientů pohybovaly v první (negativní) části hodnotící škály (číslíce 0-5) a 27,6 % pacientů ohodnotilo pozornost v druhé (pozitivní) části dané škály (číslíce 6-10). Odpovědi 100 % pacientů ze soukromého zdravotnického zařízení se opět pohybovaly pouze ve druhé (pozitivní) části škály hodnocení (číslíce 6-10) (Graf 6). S těmito výsledky také souvisí možnost odmítnout nepříjemnou činnost. 77,8 % pacientů soukromého zdravotnického zařízení a 62,3 % pacientů státního zdravotnického zařízení měli možnost odmítnout pro ně nepříjemnou činnost (Tabulka 8). V soukromém zdravotnickém zařízení je posilována více aktivní role pacienta, pacient se zajímá co se s ním bude dělat, řídí si sám potřebnou péči. Tato situace je obsažena v Etickém kodexu práv pacientů. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral (Candigliota, 2009). Důležitá byla také reakce personálu při odmítnutí některé z činností. Výsledky se shodují jak v soukromém, tak ve státním zdravotnickém zařízení. 64,8 % pacientů soukromého zdravotnického zařízení uvedlo, že jim zdravotnický personál vyšel vstříc, podobně to bylo ve státním zdravotnickém zařízení, zde se jednalo o 56,8 %. Bohužel 2,5 % pacientů státního zdravotnického zařízení se setkalo se zápornou reakcí (Graf 10).

Z výsledků je zřejmé, že pacienti soukromého zdravotnického zařízení mají větší možnosti spolupodílet se na rozhodování o léčbě i péči. V soukromém zdravotnickém zařízení je velice zásadní rozdíl v přístupu k pacientovi. Péče je ve větší míře orientovaná na klienta, protože je člověk vnímán jako zákazník. Je zajišťován maximálně možný komfort pro klienta. Jsou bráni jako partneři lékaře. Soukromé zdravotnické zařízení se vyznačuje osobním přístupem a vstřícností ke klientovi. Plynulost lékařské péče je samozřejmost. Vždy je kladen velký důraz na pacientovo pohodlí a maximální úsporu času. Pacienti jsou zváni na kontrolu na určitou hodinu, tímto způsobem se jim nekomplikuje jejich denní program. Pacient zaujímá velice významnou roli partnera při plánování péče, rozhoduje o výkonech, které podstoupí. Je platnou součástí zdravotnického týmu

(www.cmu.cz/propojistence/eu/infosm24/75-pravapacientu/298-pendleri,2012; Steinvaldová, 2007).

Potvrzení hypotézy H3: *Aktivní zapojení pacienta do péče je závislé na aktivní pobídce zdravotnického pracovníka.* V dotazníkovém šetření jsme se zabývali, zda byla pacientům nabídnuta možnost spolupodílet se na rozhodování o péči (Tabulka 4). Výsledky byly překvapivé. Pacientům soukromého zdravotnického zařízení byla tato možnost nabídnuta v 45,9 %, zatímco pacientům státního zdravotnického zařízení tato nabídka byla učiněna pouze v 37,7 % a v 44,6 % pacienti uvedli, že o možnosti podílet se na rozhodování nebyli informováni. Během posledních let je zaznamenána změna postoje pacienta, především psychologického postoje k nemocničnímu zařízení jako k instituci. Pacienti jsou více informovanější, nechtějí být pasivní, jsou ochotni spolupracovat při zásadách péče o své zdraví. Již se upustilo od chápání zdraví jako cíle, kterého se musí dosáhnout a vše tomu musí být podřazeno. V mnohých západních zemích je zdraví chápáno jako instrumentální hodnota. Zdraví je chápáno jako prostředek, kterého se dá využít k dosažení pohody, výkonu, úspěchu (Bártlová, 2005; Haškovcová, 2007).

Pacienti byli vyzváni, aby označily překážky, které jim brání v aktivním zapojení do poskytované péče (Graf 9). Jako nejčastější překážku označilo 53,3 % pacientů soukromého zdravotnického zařízení psychické překážky a tuto odpověď také

zvolilo jako nejčastější odpověď, tedy 44,6 % pacientů státního zdravotnického zařízení. S těmito výsledky lze porovnat odpovědi zdravotnických pracovníků, které se týkaly toho, co nejvíce postrádali v roli pacienta (Graf 22). 57,7 % zdravotnických pracovníků soukromého zdravotnického zařízení zvolilo odpověď ochotný a přívětivý personál, stejnou odpověď zvolilo 43,4 % zdravotnických pracovníků státního zdravotnického zařízení.

V dotazníkovém šetření bylo zjišťováno, zda pacienti měli dostatek informací týkající se léčby a zda jim byla poskytnuta pomoc při řešení problémů v souvislosti s hospitalizací (Graf 13, Graf 14). Pacienti soukromého zdravotnického zařízení měli dostatek informací v 39,3 % a nabídku pomoci při řešení problémů zaznamenalo 54,8 % pacientů. U pacientů státního zdravotnického zařízení byly odpovědi odlišné. Zde pacienti uváděli v 45,4 % odpověď spíše ano, nabídka pomoci při řešení problémů se vyskytla v 30 % a u 30 % pacientů nabídka pomoci nebyla zaznamenána. Touto situací se zabývá Křivohlavý ve své knize Psychologie nemoci. Dovednost zvládnání a řešení problémů zahrnuje situaci, při které má pacient problém, který musí být vyřešen. Pacient k vyřešení potřebuje určité dovednosti: dovednost, jakým způsobem řešit problém, dovednost jak získat a zpracovávat nové informace, dovednost najít pozitivum v jinak špatné situaci (Křivohlavý, 2002). Z výsledků je zřejmé, že v soukromém zdravotnickém zařízení je více uplatňován partnerský vztah zdravotnických pracovníků a pacienta. Dochází ke sdílení názorů, hodnot, cílů mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem.

Pro kvalitativní šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky: *Jaký je přístup zdravotnických pracovníků k rolím, které zaujímají pacienti? Zdravotničtí pracovníci v soukromém zdravotnickém zařízení se zcela věnují pacientovi, snaží se o zpříjemnění pobytu při hospitalizaci a přijímají nové role pacienta. Ve státním zdravotnickém zařízení se zdravotničtí pracovníci pomalu seznamují s novými rolmi pacienta. Snaží se vycházet pacientům vstříc v jejich potřebách a přáních. Jak se zdravotnický pracovník cítí, když neposkytuje v péči to, co by sám v roli pacienta očekával? Zdravotničtí pracovníci si po vyzkoušení role pacienta uvědomují jak se pacient cítí a co očekává od zdravotnického pracovníka. Snaží se o pochopení pacienta, zajištění*

kontaktu s rodinou a zpříjemnění pobytu. *Jak zdravotničtí pracovníci vnímají partnerský vztah zdravotník – pacient?* Z výsledků šetření vyplývá, že tento vztah je narušen nedostatkem času, který má zdravotnický pracovník na daného pacienta. Zdravotničtí pracovníci vidí pacienta spíše v podřízené roli, často neberou na vědomí přání pacienta.

V dotazníkovém šetření bylo zjišťováno, kdo pacienty informoval o průběhu léčení a péče. Výsledky byly překvapivé. V soukromém zdravotnickém zařízení nejčastěji informoval o průběhu léčení ošetřující lékař a to v 56,2 % a o průběhu péče informoval pacienty také ošetřující lékař v 56,8 %. Ve státním zdravotnickém zařízení se také jednalo nejčastěji o ošetřujícího lékaře, o průběhu léčby informoval v 52 % a o průběhu péče se jednalo o 55,9 % (Graf 11, Graf 12). Důležitou součástí péče o nemocné je, zda lékař a sestra věnuje pacientovi pozornost, kterou pacient potřebuje. Tímto problémem se zabývají tabulka 12, tabulka 13, graf 17 a graf 18. V souvislosti s pozorností od lékaře odpovědělo 68,5 % pacientů ze státního zdravotnického zařízení, že byli spokojeni s pozorností od lékaře a 31,5 % pacientů vyjádřilo nesouhlas. Oproti tomuto zjištění, že 100 % pacientů ze soukromého zdravotnického zařízení odpovědělo, že byli spokojeni s poskytnutou pozorností od lékaře (Tabulka 12). Pacienti také označovali míru spokojenosti s pozorností od lékaře. Výsledky hodnocení pozornosti od lékaře u pacientů ze státního zdravotnického zařízení se u 46,9 % pacientů pohybovaly v první (negativní) části hodnotící škály (číslice 0-5) a 53,1 % pacientů ohodnotilo pozornost v druhé (pozitivní) části dané škály (číslice 6-10). Odpovědi 100 % pacientů ze soukromého zdravotnického zařízení se pohybovaly pouze ve druhé (pozitivní) části škály hodnocení (číslice 6-10) (Graf 17). Z těchto výsledků je zřejmé, že více pozornosti je pacientovi poskytováno v soukromém zdravotnickém zařízení. Pacienti jsou více aktivní a zároveň má lékař více času se věnovat tomuto pacientovi a vyslechnout ho, než lékař ve státním zdravotnickém zařízení, který neustále odbíhá k jiným, akutním případům. Zaměřili jsme se i na pozornost, kterou věnuje sestra pacientovi. Ve státním zdravotnickém zařízení bylo s pozorností sestry spokojeno 81,5 % pacientů a 18,5 % pacientů uvedlo, že pozornost byla nedostačující. 85,2 % pacientů v soukromém zdravotnickém zařízení bylo spokojeno s poskytnutou pozorností

a pouze 14,8 % pacientů vyjádřilo nesouhlas (Tabulka 13). Také v tomto případě měli možnosti pacienti vyjádřit svou spokojenost s pozorností sestry na hodnotící škále od 0 (minimální možnost) - 10 (maximální možnost). Výsledky hodnocení pozornosti sestry u pacientů ze státního zdravotnického zařízení se u 40 % pacientů pohybovaly v první (negativní) části hodnotící škály (číslíce 0-5) a 60 % pacientů ohodnotilo pozornost v druhé (pozitivní) části dané škály (číslíce 6-10). Odpovědi 100 % pacientů ze soukromého zdravotnického zařízení se pohybovaly pouze ve druhé (pozitivní) části škály hodnocení (číslíce 6-10) (Graf 18). Většina pacientů si neuvědomila změnu svých rolí v nemocničním zařízení. Je důležité, aby zdravotničtí pracovníci vysvětlovali pacientům výhodu v posunu rolí. Za staré role lze považovat odložení odpovědnosti za léčení na ošetřujícího lékaře. Tato role by měla být nahrazena rolí, která se týká sdílení odpovědnosti za vlastní zdraví. Je třeba podporovat odpovědnost a iniciativu. Často se setkáváme u pacienta s pasivní rolí. Takovýto pacient poslechne všech příkazů lékaře a neodmítá jakákoliv vyšetření. Tento pacient je velice oblíbený, nevyžaduje žádné specifické činnosti a je spokojen s poskytovanou péčí. I tato role je nahrazena rolí aktivního pacienta, který má zájem o to co se s ním bude dělat, jak s ním bude zacházeno, jaká další vyšetření má podstoupit a zda mají nějaký účinek. Sám si řídí potřebnou péči (www.newhealthpartnerships.org/provider.aspx?id=202, 2008; <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=17>, 2009).

K doplnění výsledků šetření bylo zjišťováno jestli zdravotničtí pracovníci vnímají rozdíl mezi potřebami v roli pacienta při hospitalizaci zdravotníka a nezdravotníka. Z výsledků je zřejmé, že zdravotničtí pracovníci soukromého zdravotnického zařízení v 60,5 % nevnímají žádný rozdíl. Zdravotničtí pracovníci státního zdravotnického zařízení nejčastěji uvedli a to v 37,5 %, že nevnímají žádný rozdíl, 33 % zdravotnických pracovníků uvedlo známé prostředí 33,8 % a 28,7 % uvedlo více informací pro zdravotníky (Tabulka 17). Zdravotnický pracovník vnímá nemocniční prostředí jako prostředí přirozené. Zná chod jednotlivých oddělení, má znalosti o jednotlivých onemocněních a je schopen odhalit chyby, které způsobil zdravotnický pracovník (Irmiš, 1996).

Velice zajímavé jsou výsledky šetření, které se zabývaly pocity zdravotnického pracovníka v roli pacienta (Graf 21). V soukromém zdravotnickém zařízení odpovědělo 29,6 % zdravotníků, že se styděli. Zatímco ve státním zdravotnickém zařízení zdravotničtí pracovníci ve 25,7 % měli dobré pocity. V souvislosti s touto otázkou jsme se zajímali, zda zdravotničtí pracovníci vnímají rozdíl v roli pacienta při hospitalizaci zdravotníka a nezdravotníka (Tabulka 16). Výsledky ukazují, že zdravotničtí pracovníci si myslí, že je značný rozdíl při hospitalizaci zdravotníka a nezdravotníka. V soukromém zdravotnickém zařízení se jednalo o 83,1 % a ve státním zdravotnickém zařízení to bylo 75 %. Výhoda zdravotnického pracovníka jako pacienta spočívá v jeho možnosti vyhledat ošetřujícího lékaře, se kterým bude spokojen. Při tomto výběru uplatňuje svoje kontakty na známé zdravotnické pracovníky. Má možnost si zajistit nadstandardní pokoj a s tím souvisí také zvolení si zdravotnického zařízení. Mezi další přednosti patří znalost nemocničního prostředí, znalost průběhu jednotlivých vyšetření i očekávání vstřícnějšího přístupů od kolegů. Nevýhody pracovníků ve zdravotnictví jako pacientů spočívají také ve znalostech nemocničního prostředí a okolností jednotlivých vyšetření. Uvědomují si odborné chyby, které se mohou vyskytnout při poskytování péče. Často velmi těžce přijímají poskytovanou péči. Nevědí jakým způsobem nabízenou péči přijmout. Nejsou oblíbenou skupinou pacientů pro zdravotnické pracovníky (Bennett, 2007; Irmiš, 1996).

Velmi důležité bylo zjistit co zdravotničtí pracovníci postrádají v roli pacienta při hospitalizaci (Graf 23). V soukromém zdravotnickém zařízení se v 52,1 % jednalo o rodinu a domov, oproti tomu ve státním zdravotnickém zařízení to bylo v 24,2 % soukromí. Pobyt ve zdravotnickém zařízení často ovlivňuje nejen fyzický stav pacienta, ale také zároveň psychický stav. Při hospitalizaci nemůže pacient dodržovat svůj životní styl. Když je člověk zdravý, nemá omezenou žádnou aktivitu a sám rozhoduje o svém životě, je nezávislý na rozhodnutích co chce nebo co potřebuje. Pacient si udržuje svůj rytmus a režim života, v kterém se cítí dobře. Během hospitalizace je negativně ovlivněna pacientova sebedůvěra. V období nemoci má člověk sníženou sebedůvěru, nepodává dobré výkony a záporně se hodnotí. Sociální interakce je ovlivněna onemocněním, člověk postrádá přátele, rodinu, spolupracovníky. Pohybuje se v

neznámém prostředí nemocnice. Z hlediska zájmů má omezené možnosti, při vykonávání činností musí brát ohled na své onemocnění (Šamánková, 2011).

Výsledky šetření vedli k vytvoření informačního letáku pro pacienty, který informují o změně rolí pacientů

6 Závěr

V diplomové práci na téma Role pacienta v současnosti, jsem se zabývala rozdíly v rolích pacienta ve státním a soukromém zdravotnickém zařízení, co znamená role pacienta pro zdravotnické pracovníky a co by oni sami chtěli v roli pacienta. Toto téma bylo velice zajímavé, především v tom, že pacienti často nejsou seznamováni s novými rolemi, které mají.

Pro tuto diplomovou práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat role pacienta, které zaujímá při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Výsledky šetření bylo zjištěno, že největším rozdílem v roli pacienta je přístup, který zaujímají zdravotničtí pracovníci. Účelem druhého cíle bylo zjistit, co pro zdravotnické pracovníky znamená role pacienta a co od ní sami očekávají. Z výsledků šetření je zřejmé, že zdravotničtí pracovníci často přijímají roli pacienta velice dobře. Od role pacienta očekávají větší komfort, více soukromí a informací. Třetím cílem bylo zjistit, co by zdravotničtí pracovníci chtěli v roli pacienta. Při šetření bylo zjištěno, že po zkušenosti role pacienta se snaží více pochopit své pacienty, snaží se o větší komunikaci a zpříjemnění pobytu ve zdravotnickém zařízení. Nejčastěji zdravotnických pracovníkům chyběla v roli pacienta rodina a soukromí.

Pro empirickou část diplomové práce bylo použito kvantitativně- kvalitativní šetření. Pro získání informací v kvantitativní části výzkumu byla použita metoda dotazováním pomocí techniky dotazníku. V části kvantitativního výzkumného šetření byly ověřeny tři stanovené hypotézy: H1 Přístup zdravotnických pracovníků je založen na rolích pacienta. Zdravotničtí pracovníci dodržují Etický kodex práv pacientů a snaží se vycházet pacientům vstřícně vzhledem k jejich potřebám. Hypotéza byla potvrzena. H2 Pro zdravotnické pracovníky je obtížné přijmout nové role pacienta z časových důvodů.

Z výsledků šetření je zřejmé, že zdravotničtí pracovníci jsou nuceni na úkor péče o pacienta se věnovat vedení dokumentace, která je považována za více důležitou než péče o pacienta. Druhá hypotéza byla potvrzena. H3 Aktivní zapojení pacienta do péče je závislé na aktivní pobídce zdravotnického pracovníka. Pacienti ve zdravotnických zařízeních se chtějí spolupodílet na rozhodování o péči, ale čekají až jim bude nabídnuta spolupráce ze strany zdravotnických pracovníků. Hypotéza byla potvrzena.

Získání informací v kvalitativní části výzkumu proběhlo metodou dotazování, byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Rozhovory byly zaznamenány a následně porovnávány. V části kvalitativního šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky: Jaký je přístup zdravotnického pracovníka k rolím, které zaujímá pacient? Zdravotničtí pracovníci v soukromém zdravotnickém zařízení se zcela věnují pacientovi, snaží se o zpříjemnění pobytu při hospitalizaci a přijímají nové role pacienta. Ve státním zdravotnickém zařízení se zdravotničtí pracovníci pomalu seznamují s novými rolmi pacienta. Snaží se vycházet pacientům vstříc v jejich potřebách a přáních.

Jak se zdravotnický pracovník cítí, když neposkytuje v péči to, co by sám v roli pacienta očekával? Z výsledků šetření je zřejmé, že zdravotničtí pracovníci si po vyzkoušení role pacienta uvědomují jak se pacient cítí a co očekává od zdravotnického pracovníka. Snaží se o pochopení pacienta, zajištění kontaktu s rodinou a zpříjemnění pobytu.

Jak zdravotničtí pracovníci vnímají partnerský vztah zdravotník - pacient? Z výsledků šetření vyplývá, že tento vztah narušen nedostatkem času, který má zdravotnický pracovník na daného pacienta. Zdravotničtí pracovníci vidí pacienta spíše v podřízené roli, často neberou na vědomí přání pacienta.

Výsledky šetření byly použity jako podklad k vytvoření informačního letáku pro pacienty, který informují o změně rolí pacientů (viz příloha 4). Výsledky šetření byly také poskytnuty manažerkám zdravotnických zařízení, které se snaží o zlepšení péče o své pacienty a tím také zlepšení prestiže svého zdravotnického zařízení. Dále byly výsledky tohoto šetření poskytnuty zdravotnickým pracovníkům, kteří se chtěli obeznámit s novými rolmi pacienta a respektují tyto role u svých pacientů.

7 Seznam použitých zdrojů

BÁRTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.

BENNETT, L., *When a Nurse Becomes a Patient* [online]. *From American Nurses Credentialing Center*, 2007 [cit. 2011-04-05]. Dostupné z WWW: <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&sl=en&tl=cs&u=http%3A%2F%2Fwww.medscape.com%2Fviewarticle%2F564685&anno=2>.

BERAN, J., *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing. 2010. 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

CANDIGLIOTA, Z., a KOL., *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost: medicínské právo v otázkách a odpovědích*. 2. vyd., Brno: Liga lidských práv, 2009. 191 s. ISBN 978-80-9034-73-7-3.

Domácí řád Nemocnice Havlíčkův Brod [online]. 2007 [cit. 2012-01-20]. Dostupné z WWW: <http://www.onhb.cz/Article.asp?nDepartmentID=288&nArticleID=1063&nLanguageID=1>.

Emphasize Patient Role [online]. 2008 [cit. 2011-05-19]. Dostupné z WWW: <http://www.newhealthpartnerships.org/provider.aspx?id=202>.

FALEIDE, A. O., LIAN, L. B., FALEIDE, E. K., *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychologie*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

FARKAŠOVÁ, D., *Historia ošetrovatel'stva*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2010. 170 s. ISBN 978-80-8063-332-5.

HAŠKOVCOVÁ, H., *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry. 10, Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*. 3. vyd., Praha: Galén. 2002. 199 s. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika dříve a dnes* [online]. ZDN, 2007 [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW: http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/lekarska-etika-drive-a-dnes-328376?seo_name=zdr.

Informace o postupech pro podávání stížností, informace o mechanizmech pro zjednání nápravy, informace o zákonných a administrativních možnostech urovnání sporů [online]. 2012 [cit. 2012-03-19]. Dostupné z WWW: <http://www.cmu.cz/propojistence/eu/infosm24/75-pravapacientu/298-pendleri>.

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

JANEČKOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd., Praha: Portál, 2009. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

JOBÁNKOVÁ, M., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.

KAFKOVÁ, V., *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.

KELNAROVÁ, J., a KOL., *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty- 1. ročník*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2009. 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., *Ošetrovatelstvo*. 1. vyd., Martin: Osveta. 1995. ISBN 80-217-0528-6.

KŘEČKOVÁ- TŮMOVÁ, N., Parsonsovo pojetí nemoci. In *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*: květen 2003. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, s. 43-51. ISSN 1213-8096.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. 1. vyd., Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568--4.

KUTNOHORSKÁ, J., *Historie ošetrovatelství*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2010. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

MACH, J., *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 2. vyd., Praha: LexisNexis CZ, 2005. 455 s. ISBN 80-86199-93-2.

MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D., *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vyd., Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 2005. 86 s. ISBN 80-7368-030-0.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing. 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup. I. díl*. 1. vyd., Praha: Karolinum. 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

MÁŠOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ, P., *České zdravotnictví: vize a skutečnost: složité peripetie od plánů k realizaci*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2005. 250 s. ISBN 80-246-0944-4.

MINIBERGEROVÁ, L., *Nepsychoterapeutické chování zdravotníka ve vztahu k dekonkci pacienta* [online]. *Sestra*, 2008 [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nepsychoterapeuticke-chovani-zdravotnika-ve-vztahu-k-dekonkci-p-363446>.

MLÝNKOVÁ, J., *Pečovatelsví I. díl: učebnice pro obor sociální péče- pečovatelská činnost*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2010. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.

MRÁZEK, J., *Situace pacientů v systému českého zdravotnictví* [online]. *Svaz pacientů České republiky*, 2003 [cit. 2011-12-12]. Dostupné z WWW: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=104>.

PACLTOVÁ, R., *Zdislava z Lemberka, osobnost ošetrovatelství v Čechách* [online]. *Sestra*, 2009 [cit. 2011-03-06]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zdislava-z-lembarka-osobnost-oseetrovatelstvi-v-cechach-417217>.

PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. 1. vyd., Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7368-506-5.

Práva pacientů ČR [online]. 2005 [cit. 2011-02-18]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/840>.

RAITER, T., *Aktivní pacient je pro zdravotnický systém výhodnější* [online]. *Všeobecná zdravotní pojišťovna*, 2011 [cit. 2011-02-06]. Dostupné z WWW: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-25-2011/aktivni-pacient-je-pro-zdravotnický-system-vyhodnejsi>.

RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

ROZSYPALOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., *Sestry vzpomínají: příspěvek k historii ošetřovatelství*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006. 86 s. ISBN 80-247-1503-1.

ŘÍHOVÁ, M., *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2005. 139 s. ISBN 80-246-1021-3.

STAŇKOVÁ, M., *Z historie charitativní a řádové ošetřovatelské péče*. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 13., č. 6, s. 18. ISSN 1210-0404.

STEINVALDOVÁ, A., HARAPÁTOVÁ, J., *Malé srovnání nestátního zařízení se státním ve zdravotnictví* [online]. 2007- 2012 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/male-srovnani-nestatniho-zarizeni-se-statnim-ve-zdravotnictvi-291147>.

SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L., *Dějiny lékařství v českých zemích*. 1. vyd., Praha: Triton, 2003. 280 s. ISBN 80-7254-424-1.

ŠAMÁNKOVÁ, M., a KOL., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

The role of the Patient in Safety [online]. 2007 [cit. 2011-12-13]. Dostupné z WWW: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=17>.

THOMPSON, K., *Klíčové citace v sociologii*. 1. vyd., Brno: Barrister a Principál. 2004. 272 s. ISBN 80-8547-68-4.

TRACHTOVÁ, E., a KOL., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

VÁGNEROVÁ, M., *Základy psychologie*. 1. vyd., Praha: Karolinum. 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

VÁLKOVÁ, M., *Práva pacientů* [online]. *Neurologická sekce ČAS*, 2009 [cit. 2011-01-12]. Dostupné z WWW: <http://neurologickasekce.webnode.cz/news/prava-pacientu-uverejnen-v-dubnu-vedeni-lekarske-praxe/>.

VERŠOVÁ, M., *Psychológia*. 1. vyd., Martin: Osveta. 2007. 192 s. ISBN 978-80-8063-239-7.

VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*. 3. vyd., Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

VYTEJČKOVÁ, R., a KOL., *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I / Obecná část*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

WOOD, D., *The Nurse's Role as Patient Advocate* [online]. 2010 [cit. 2012-01-13]. Dostupné z WWW: http://www.nursezone.com/nursing-news-events/more-news/The-Nurses-Role-as-Patient-Advocate_33962.aspx.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing. 2011. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

8 Klíčová slova

Role

Pacient

Hospitalizace

Práva pacientů

Státní zdravotnické zařízení

9 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Příloha 2 Dotazník pro zdravotnické pracovníky

Příloha 3 Rozhovor s pacienty a zdravotnickými pracovníky

Příloha 4 Informační leták pro pacienty

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Vážený pane, vážená paní,
nyní máte v rukou dotazník, který má za úkol získat dostatek informací k vypracování mé diplomové práce na téma: „Role pacienta v současnosti“.

Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech.

Chtěla jsem Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Při vyplňování dotazníku prosím zaškrtněte Vámi zvolenou možnost. U otázek, které nemají vypracované odpovědi prosím dopište svůj názor. Informace, které získám pomocí tohoto dotazníku, jsou zcela anonymní a budou použity pouze k vypracování mé diplomové práce.

Děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníků a za Vaši ochotu.

Bc. Lucie Příhonská

1. Vaše pohlaví?

- Muž Žena

2. Kolik je Vám let?

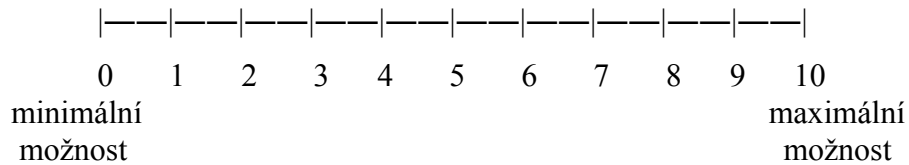
- 18 – 25 41 – 50 61- 70
 26 – 30 51 – 60 71 a více let
 31 - 40

3. Při hospitalizaci jste byl/a seznámen/a s Právy pacientů?

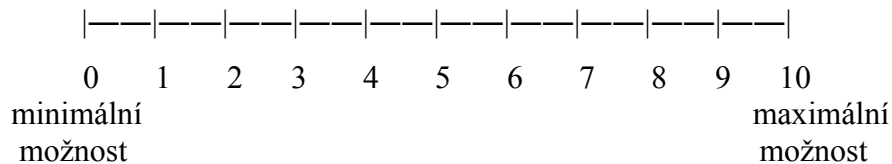
- Ano Ne Nevím

4. Při hospitalizaci jste byl/a seznámen/a s povinnostmi pacienta?
- Ano Ne Nevzpomínám si
5. Kdo Vás seznámil s Právy pacientů? (*uved'te prosím jednu možnost*)
- Přijímající lékař
- Všeobecná sestra
- Četl/a jsem práva pacientů v brožuře na pokoji
- Četl/a jsem práva pacientů na chodbě na nástěnce
- Jiné (prosím uveďte)
6. Kdo Vás seznámil s povinnostmi pacientů? (*uved'te prosím jednu možnost*)
- Přijímající lékař
- Všeobecná sestra
- Četl/a jsem povinnosti pacientů v brožuře na pokoji
- Jiné (prosím uveďte)
7. Zajímal/a jste se o jméno zdravotnického pracovníka, který k Vám přicházel, aby poskytl péči?
- Ano Ne
8. Spolupodílel/a jste se na rozhodování o péči?
- Ano, byla mi nabídnuta spolupráce
- Ano, byl/a jsem vyzván/a
- Moje snaha o spolupráci byla zamítnuta
- Ne, nebyl/a jsem informován/a o této možnosti

9. Do jaké míry jste měl/a možnost rozhodovat o poskytnuté léčbě (na škále označte svoji odpověď jakou jste měl/a možnost)?



10. Do jaké míry jste měl/a možnost rozhodovat o poskytnuté péči (na škále označte svoji odpověď jakou jste měl/a možnost)?



11. Chtěl/a by jste se podílet na průběhu Vaší péče?

- Ano Ne

12. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, prosím uveďte důvod Vaší kladné odpovědi:

.....
.....

13. Jaké překážky Vám brání pro Vaše aktivní zapojení do poskytované péče?

- Autorita ke zdravotnickému pracovníkovi
 Můj nezájem
 Nezájem zdravotnického pracovníka
 Nedostatek času zdravotnického pracovníka
 Fyzické překážky

19. Myslíte si, že jste měl/a dostatek informací týkající se Vaší léčby?

- Ano Spíše ano Spíše ne Ne

20. Byla Vám nabídnuta pomoc při řešení problémů v souvislosti s hospitalizací?

- Ano Ne Nepamatuji se

21. Jak jste byl/a spokojen/a v roli pacienta při hospitalizaci?

- Ano Spíše ano Spíše ne Ne

22. Myslíte si, že je nutné něco změnit v roli pacienta?

- Ano Ne

23. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, prosím uveďte co by se mělo změnit:

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

24. Myslíte si, že jste dodržoval/a povinnosti při léčebném režimu?

- Ano Spíše ano Spíše ne Ne

25. Podle Vašeho názoru Vám lékař, věnoval dostatek pozornosti v situaci, kdy jste to potřeboval/a?

- Ano Ne

26. Na stupnici označte míru pozornosti, kterou Vám věnoval lékař (*na škále označte svoji odpověď jakou Vám lékař věnoval pozornost*):

|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nedostatečná dostatečná
pozornost pozornost

27. Podle Vašeho názoru Vám všeobecná sestra, věnovala dostatek pozornosti v situaci, kdy jste to potřeboval/a?

- Ano Ne

28. Na stupnici označte míru pozornosti, kterou Vám věnovala všeobecná sestra (*na škále označte svoji odpověď jakou Vám sestra věnovala pozornost*):

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nedostatečná dostatečná
pozornost pozornost

29. Myslíte si, že jste se mohl/a něco naučit od zdravotnických pracovníků o sobě v souvislosti s Vaším zdravím?

- Ano Spíše ano Spíše ne Ne

Příloha 2 Dotazník pro zdravotnické pracovníky

Vážený pane, vážená paní,

yní máte v rukou dotazník, který má za úkol získat dostatek informací k vypracování mé diplomové práce na téma: „Role pacienta v současnosti“.

Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech.

Chtěla jsem Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Při vyplňování dotazníku prosím zaškrtněte Vámi zvolenou možnost. U otázek, které nemají vypracované odpovědi prosím dopište svůj názor. Informace, které získám pomocí tohoto dotazníku, jsou zcela anonymní a budou použity pouze k vypracování mé diplomové práce.

Děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníků a za Vaši ochotu.

Bc. Lucie Příhonská

1. Kolik je Vám let?

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 18 – 25 | <input type="checkbox"/> 36 – 40 | <input type="checkbox"/> 56 – 60 |
| <input type="checkbox"/> 26 – 30 | <input type="checkbox"/> 41 – 50 | <input type="checkbox"/> 61 a více let |
| <input type="checkbox"/> 31 – 35 | <input type="checkbox"/> 51 – 55 | |

2. Jak dlouho vykonáváte práci zdravotníka?

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> do 2 let | <input type="checkbox"/> 11 – 14 let | <input type="checkbox"/> 23 – 26 let |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

- 3 – 6 let 15 – 18 let 27 – 30 let
 7 – 10 let 19 – 22 let 31 a více let

3. Byl/a jste hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení?

- Ano Ne

4. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, jak jste se cítil/a v roli pacienta?

.....
.....

5. Myslíte si, že je rozdíl ve vnímání hospitalizace zdravotníkem a nezdravotníkem v roli pacienta?

- Ano Ne

6. Co je pro Vás (co by bylo pro Vás) v roli pacienta nejdůležitější?

.....

7. Co jste nejvíce postrádal/a (co by jste nejvíce postrádal) v roli pacienta při hospitalizaci?

.....

8. Jaký si myslíte, že je rozdíl mezi potřebami v roli pacienta při hospitalizaci u zdravotníka a nezdravotníka?

.....
.....

Příloha 3 Rozhovor s pacienty a zdravotnickými pracovníky

Otázky k rozhovoru s pacienty

- Jak by jste zhodnotil/a rozsah informací, které Vám byly poskytnuty při přijetí do zdravotnického zařízení?
- Jaký způsobem Vám byla nabídnuta možnost spolupodílet se na rozhodování o poskytované péči?
- Jaké možnosti péče Vám byly nabídnuty?
- Jaký důvod jste měl/a k tomu, aby jste se podílel/a na plánování péče?
- Jak by jste zhodnotil/a přístup zdravotnických pracovníků k Vám jako pacientovi během hospitalizace?
- Jak jste vnímal/a přístup zdravotnických pracovníků, pokud jste odmítl/a nabízený způsob péče?
- Jaké informace Vám během hospitalizace chyběly?

Otázky k rozhovoru se zdravotnickými pracovníky

- Kolik let pracujete ve zdravotnickém zařízení?
- Co považujete za nejdůležitější prvek v roli pacienta?
- Jak jste se cítili v roli pacienta?
- Co jste nejvíce postrádali v roli pacienta?

- Chyběly Vám v roli pacienta nějaké informace související s hospitalizací, pokud ano o jaké informace se jednalo?
- Jaký byl přístup zdravotnických pracovníků k Vám jako pacientovi-zdravotníkovi?
- Myslíte si, že je nějaký rozdíl v přístupu zdravotnických pracovníků k pacientovi- nezdravotníkovi a pacientovi- zdravotníkovi, pokud ano jaký rozdíl jste pocítili

Příloha 4 Informační leták pro pacienty

Informační leták pro pacienty

„Byl/a jste při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení informován/a o právech pacienta?“

Práva pacienta jsou Etickým kodexem, který schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky a jsou platná od 25.2. 1992. Od 1.4. 2012 jsou Práva pacienta také uvedena v zákoně č. 372/ 2011 Sb. „O zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování“.

Vzhledem k těmto právům Vám lze poskytnout potřebnou péči pouze s Vaším informovaným souhlasem. Musíte být informován/a srozumitelným způsobem o Vašem zdravotním stavu a dalších postupech léčby. Při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení musíte určit osobu nebo osoby, které mohou dostat informace o Vašem zdravotním stavu, popřípadě mohou nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace.

„Byl/a jste seznámen/a s novými rolmi pacienta?“

Většina pacientů si neosvojila změnu svých rolí ve zdravotnickém zařízení. Je důležité, aby jste byl/a informován/a o výhodách, které přinášejí tyto nové role.

Nové role pacienta:

Sdílení odpovědnosti za vlastní zdraví

- Snažíte se zlepšete svůj životní styl?*
- Chodíte na preventivní prohlídky?*
- Informujete se o preventivních programech?*

Aktivní role- pacient má zájem o to co se s ním bude dělat, jak s ním bude zacházeno, pacient sám řídí potřebnou péči

- Jste aktivní?*
- Projevujete zájem o další postupy léčby?*
- Vyžadujete slušné zacházení od zdravotnických pracovníků?*
- Vyžadujete dodržování Práv pacientů?*

Sdílení cílů, názorů, hodnot mezi lékařem a pacientem

- Komunikujete s lékařem?*
- Vyjadřujete svůj názor?*
- Stanovujete léčebný cíl společně s lékařem?*
- Debatujete s lékařem o stanovených hodnotách a cílech?*

Nemocný je součástí týmu, je kladen důraz na rozhodnutí pacienta a lékař je v roli partnera při péči

- Snažíte se zapojit do rozhodování o poskytované péči?*
- Vyjadřujete svůj názor?*
- Cítíte se být součástí týmu, který o Vás pečuje?*

Pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu, má právo volby vyšetření

- Snažíte se získávat informace o svém zdravotním stavu?*
- Informujete se o průběhu daného vyšetření?*

Pacient má právo na sledování vlastního pokroku, na sledování a vyhodnocování svého zdravotního stavu

- Snažíte se získat informace o průběhu léčení?*
- Požadujete průběžné informace o svém zdravotním stavu?*
- Cítíte, že máte dostatek času hovořit s lékařem o svém zdravotním stavu?*

Pacient má právo na léky, které jsou k dispozici v lékárnách, proto mají být lékaři informováni o aktuálních léčivech

- Seznamuje Vás lékař při předepisování léků s různou nabídkou léků od různých výrobců?*

Zdroj:

Emphasize Patient Role [online]. 2008 [cit. 2011-05-19]. Dostupné z WWW: <http://www.newhealthpartnerships.org/provider.aspx?id=202>.- vlastní úprava

Práva pacientů ČR [online]. 2005 [cit. 2011-02-18]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/840>.