



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Devalvace člověka zdravotnickým pracovníkem

Vypracoval: Bc. Martina Drábiková

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou devalvace člověka zdravotnickým pracovníkem. Zdravotnictví je oblastí, ve které by se měla respektovat lidská důstojnost. K devalvaci člověka dochází v sociálním styku a právě v oblasti zdravotnictví nevědomou komunikací mohou nastat situace, které by k devalvaci vedly. Vzájemný kontakt zdravotníka a pacienta vyžaduje nejen dobrou znalost psychologie, ale především umění adekvátně aplikovat komunikační dovednosti v praxi, tak aby pacient nebyl pro zdravotnický personál pouze diagnózou, ale především člověkem. Chování zdravotnických pracovníků by mělo vést podporujícím a posilujícím směrem, tím by přispěli nejen brzkému uzdravení, ale i k psychické vyrovnanosti a pohodě člověka. Pro účely této práce byly stanoveny tři cíle. První z nich kladl úkol zjistit, zda dochází v průběhu hospitalizace k devalvaci člověka zdravotnickým pracovníkem. Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že k situacím kdy zdravotnický pracovník devaluje pacienta, opravdu dochází. Účelem druhého cíle bylo zjistit, jaké mohou být způsoby devalvace člověka v průběhu hospitalizace. Z výzkumného šetření vyplynulo, že k devalvaci může docházet různými způsoby. S tímto cílem se prakticky kryje i výzkumná otázka. Nejčastějším způsobem devalvace je nevhodně vedená komunikace zdravotnických pracovníků. Třetí cíl měl za úkol zjistit, zda má personální obsazení vliv na devalvaci člověka. Arogantní chování sice pacienti nezažili, ale považují je za devalvující. Z výzkumného šetření vyplynulo, že personální obsazení má vliv na devalvaci člověka, protože jednotliví členové ošetrovatelského týmu, určitým způsobem podílí na devalvaci pacienta, což potvrdily jejich odpovědi a v kvantitativním šetření. Respondentky se domnívají, že jejich početní personální obsazení spíše neumožňuje podporovat evaluaci pacientů. Z toho lze usoudit, že personální obsazení určitým způsobem ovlivňuje devalvaci.

Diplomová práce byla rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část je rozčleněná do čtyř kapitol. První kapitola se věnuje člověku ve zdraví a nemoci. Druhá kapitola se zabývá problematikou devalvace a evaluace ve zdravotnictví. Třetí kapitola se zaměřuje na komunikaci ve zdravotnictví. Poslední tedy čtvrtá kapitola teoretické části seznamuje s jednotlivými profesemi zdravotnického týmu. Ke zpracování empirické části byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního šetření. Pro kvantitativní

výzkum byla zvolena metoda dotazování prostřednictvím techniky dotazníku. Pro kvantitativní výzkum byl připraven dotazník, kterým jsme oslovili staniční sestry lůžkových oddělení nemocnic Jihočeského kraje. Staniční sestry byly osloveny z Nemocnice České Budějovice, a. s.; Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.; Nemocnice Tábor, a.s. Pro správné ověření platnosti hypotéz, jsme použili statistický chí kvadrát test. V kvantitativní části byly předem stanoveny tři hypotézy: 1. K devalvaci člověka v průběhu hospitalizace dochází častěji komunikací zdravotnického pracovníka, než poskytovanou přímou péčí. Uskutečněným šetřením bylo zjištěno, že byla devalvace častěji způsobená nevhodně vedenou komunikací zdravotnického personálu. Na základě těchto výsledků byla H1: potvrzena. 2. Pocit devalvace člověka je závislý na způsobu poskytování informací než na jejich množství. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pokud pacient neporozumí dostatečně informacím, přispívá tato skutečnost k jeho devalvaci. Jako osvědčený způsob předcházení pocitu devalvace v tomto případě se jeví sdělit nejdříve pouze základní informace, ověřit, zda jim pacient správně porozuměl, případně zopakovat a doplnit dalšími. 3. Pocit devalvace hospitalizovaného člověka je spíše vyvolán působením pomocného personálu, než kvalifikovanou sestrou. Výsledky ukazují, na poměrně vyrovnané zastoupení původců devalvace. Z těchto závěrů je zřejmé, že H3: nebyla potvrzena.

Pro kvalitativní část výzkumného šetření bylo v rámci nemocnic jihočeského kraje osloveno 5 pacientů. Rozhovory byly nahrány pomocí diktafonu následně přepsány a analyzovány podle zakotvené teorie Strausse. Získaná data jsme kategorizovali a zobrazila ve schématech. Pro kvalitativní část výzkumného šetření byly předem stanoveny dvě výzkumné otázky. 1. Jaké jsou příčiny devalvace člověka při hospitalizaci? Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že pacienti vidí jako jednu z příčin nedůstojného chování přetíženost personálu a náročnost profese. Jednu z dalších příčin přičítají aktuálnímu psychickému rozpoložení zdravotnického personálu, jež vyvolává podrážděnost, špatná nálada. Jako další příčinu devalvujícího jednání přiřazují k nedostatečnému finančnímu ohodnocení, rovněž zmiňují slušné vychování a dále může spočívat v osobnostních vlastnostech jednotlivých zdravotnických pracovníků. 2. Jaké jsou způsoby devalvace člověka v průběhu hospitalizace? Z výzkumného šetření vyplynulo, že pokud zdravotničtí pracovníci nezajistí dostatečné soukromí, může dojít k

narušení intimity pacienta. Pokud se zdravotnický pracovník nedostatečně věnuje pacientovi a dává najevo svůj nezáměr je to také určitý způsob devalvace. Dále jsme zjistili, že jedním ze způsobů devalvace je situace, kdy zdravotnický pracovník zlehčuje trápení nemocného. Jestliže zdravotnický pracovník předestírá pacientovi průběh onemocnění pouze v negativním smyslu, pak tato skutečnost vede k pesimistickému postoji pacienta, který nepříznivě ovlivňuje průběh léčby.

Výsledky této práce doporučujeme k celoživotnímu vzdělávání a kvalifikační přípravě zdravotnických pracovníků. Dalším přínosem této práce spatřujeme ve využití výsledků pro modelové situace v efektivní metodě - video trénink interakcí.

Abstract

The thesis deals with the issue of devaluation of persons by medical and paramedical employees. Health service is the field in which the human dignity should be respected. The devaluation of men/women occurs during social contacts and even in health service, situations leading to devaluation may occur due to unconscious and unaware communication. For mutual contacts of the (para)medical employee and the patient, not only a good knowledge of psychology, but first of all the ability to apply adequately communication skills in practice is necessary. The patient should not represent for medical staff only diagnosis, but first of all he/she should be seen as a human being. Behavior of (para)medical employees should be supporting and strengthening, it should not only contribute to a quick recovery, but also to the psychological balance and well-being of patients. Three goals were postulated for the purposes of this thesis. The first goal was to find out if the devaluation of men/women by a (para)medical employee occurs during the hospitalization. It follows from the results of the research that situations of patient devaluation by the medical employee occur really. The purpose of the second goal was to find out the ways of person devaluation during the hospitalization. It follows from the investigation that the devaluation may take place in different ways. The research questions cover practically with this goal. The most frequent way of devaluation is unsuitably conducted communication of medical employees. The third goal was to find out if the medical staff has an impact on the devaluation of man. Patients do not have experience with an arrogant behavior but consider it as devaluing. It was found out by the investigation that the personal staff has an affects the devaluation of man because individual members of the nursing team contributes to the devaluation of the patient. These, was confirmed by the answers of patients in quantitative research. The respondents believe that the number of the medical staff rather does not support evaluation of the patients. It can be concluded that the personal staff in some way affects the devaluation.

The thesis is split into the theoretical and empirical parts. The theoretical part is divided into four chapters. The first chapter treats man/woman in health and illness. The second chapter deals with the issue of devaluation and evaluation in health service. The third chapter focuses on the communication in health service. The last four chapter of the theoretical part presents individual professions of medical team. The combination of

quantitative and qualitative investigation was used for elaboration of empirical part. The method of questioning through a questionnaire was selected for quantitative research. For quantitative research a questionnaire was prepared by which we addressed the station nurses of bed parts of wards of hospitals in South Bohemian Region. Station nurses were addressed by hospitals in České Budějovice, Jindřichův Hradec and Tábor. We applied Chi-Quadrat-Test for the correct verification of validity of hypotheses. In the quantitative part, three hypotheses were postulated in advance: 1. The devaluation of persons during the hospitalization is caused more often by the communication of (para)medical employees than by the provided direct care. It was found out by the implemented investigation that this devaluation was caused more often by unsuitable conducted communication of medical staff. Based on these results, H1 was confirmed. 2. The feeling of devaluation of man/woman depends on the way of providing information more than on quantity of information. It followed from the investigation that if the patient does not understand information sufficiently, it contributes to his/her devaluation. A well-proved way of preventing the feeling of devaluation is in this case, to announce only the basic information and to verify if the patient understood them well, or to repeat them and to add additional ones. 3. The feeling of devaluation of the hospitalized person is caused more by the activity of auxiliary staff than by a qualified nurses. The results show that the shares of various reasons of devaluation are quite balanced. It follows from these conclusions that H3 was not confirmed.

For qualitative part of the investigation, 5 patients from hospitals of the South Bohemian Region were addressed. The interviews were recorded by means of dicta-phone, subsequently rewritten and analyzed based on well-established Strauss theory. I categorized the acquired data and I have shown them in schemes. For qualitative part of the investigation, two research questions were formulated in advance. 1. What are the causes of devaluation of man/human during the hospitalization? It was found out by the investigation that the patients see as one cause of demeaning behavior of the staff being overloaded and high demands on this profession. One of the other causes is the psychologically bad temper of (para)medical staff caused by irritation and bad mood. The next cause of devaluating behavior is seen in the insufficient financial evaluation and in insufficient education to politeness and personal characteristics of individual

(para)medical employees. 2. What are the ways of devaluation of man/woman during the hospitalization? It follows from investigation that if the (para)medical employees do not assure sufficient privacy, the intimacy of patient may be disturbed. If the medical employees do not devote their attention to the patients and show lack of interest, it is also a certain way of devaluation. Moreover we found out that one of the ways of devaluation is the situation when the medical employee discredits the suffering of the patient. If the (para)medical employee presents to the patient the course of patient's disease only negatively, it may result in pessimistic standpoint of the patient influencing the course of his/her healing negatively.

I recommend the results of this thesis for life-long learning and preparation of qualification of (para)medical employees. I see the additional contribution of this thesis in using the results for model situations in the effective method- video training of interactions.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 19. 5. 2014

.....

jméno a příjmení

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za odborné vedení, lidský přístup a trpělivost při zpracování diplomové práce. Poděkování patří i mé rodině, za finanční a morální podporu při studiu.

OBSAH

Úvod.....	12
1 Současný stav.....	13
1.1 Člověk ve zdraví a nemoci.....	13
1.2 Člověk pacientem.....	15
1.2.1 Pacient v ambulantní péči.....	16
1.2.2 Pacient v nemocnici.....	17
2 Devalvace a evalvace.....	19
2.1 Důstojnost člověka.....	19
2.2 Devalvace.....	21
2.2.1 Devalvace ve zdravotnictví.....	21
2.3 Evalvace.....	23
2.3.1 Evalvace ve zdravotnictví.....	24
3 Komunikace ve zdravotnictví.....	26
3.1 Způsoby komunikace ve zdravotnictví.....	27
3.2 Komunikační bariéry ve zdravotnictví.....	27
3.2.1 Komunikační bariéry ze strany sestry.....	28
3.2.2 Komunikační bariéry ze strany pacienta.....	29
4 Zdravotnický tým.....	31
4.1 Charakteristika zdravotního týmu.....	31
5 Cíle práce, hypotézy, výzkumné otázky.....	39
5.1 Cíle práce.....	39
5.2 Hypotézy.....	39
5.3 Výzkumné otázky.....	39
6 Metodika.....	40
6.1 Metodika práce.....	40
6.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	40
7 Výsledky kvantitativního šetření.....	41
8 Výsledky kvalitativního šetření.....	56
9 Diskuse.....	60
10 Závěr.....	74
11 Seznam použitých zdrojů.....	77
12 Klíčová slova.....	84

13 Seznam příloh	85
------------------------	----

Úvod

Téma Devalvace člověka zdravotnickým pracovníkem jsem si vybrala z toho důvodu, že považuji etické otázky lidské důstojnosti v ošetrovatelství za velmi citlivé. Právě ve zdravotnictví by měl být kladen důraz na co nejvyšší míru respektování lidské důstojnosti. Je třeba si uvědomovat, že nemocný člověk, ocitající se v nemocničním prostředí, je mnohem vnímavější a zranitelnější. Toto by měl mít každý zdravotnický pracovník na zřeteli a při kontaktu s nemocným jednat takovým způsobem, aby nedocházelo k devalvaci. Vliv devalvace působí nepříznivě na psychiku člověka a dotýká se nejcitlivějšího místa- našeho svědomí. Zdravotničtí pracovníci by se měli chovat tak, aby co nejvíce přispívali k brzkému uzdravení a aby pacient odcházel ze zdravotnického zařízení bez bolesti na duši. Bohužel se ve zdravotnictví běžně setkáváme s chováním zdravotnických pracovníků, které vede k devalvaci pacienta. Devalvující chování zdravotnických pracovníků se vyskytuje různými způsoby. Jedním z nejčastějších způsobů devalvace je nevhodně vedená komunikace ošetrovatelského personálu. Vliv devalvace podstatně ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče a pacienta mnohdy zbytečně stresuje. Negativní zkušenost ovlivňuje postoj člověka ke zdravotnickému zařízení a snižuje důvěru ke zdravotníkům. Evalvace, jež je opakem devalvace má posilující a podporující charakter. Jestliže je evalvace v průběhu ošetrovatelského procesu uplatňována, zvyšuje se tím kvalita ošetrovatelské péče a přispívá k pozitivnímu postoji ke zdravotnictví v očích veřejnosti. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je rozčleněná do čtyř kapitol. V první kapitole se zabývám člověkem ve zdraví a nemoci. Druhá kapitola se věnuje problematice devalvace a evalvace. V třetí kapitole se zaměřuji na komunikaci ve zdravotnictví. Poslední kapitola teoretické části seznamuje s jednotlivými členy zdravotnického týmu. V empirické části jsem zvolila kvantitativní a kvalitativní výzkum. V kvantitativním šetření jsem formou dotazníků oslovila staniční sestry lůžkových oddělení několika nemocnic. V kvalitativním šetření jsem zvolila rozhovor s pacienty. V rámci tohoto výzkumu jsme chtěli zjistit, zda dochází v průběhu hospitalizace k devalvaci člověka zdravotnickým pracovníkem, jaké mohou být způsoby devalvace a zda má personální obsazení vliv na devalvaci člověka a co zapříčiňuje devalvaci člověka při hospitalizaci.

1 Současný stav

1.1 Člověk ve zdraví a nemoci

Zdraví patří k nejdůležitějším hodnotám v životě člověka. Již v historii bylo zdraví stavěno na přední příčku v hierarchii hodnot. Slovo zdraví pochází z latinského slova "salus", což znamená blaho, štěstí (Čeledová, Čevela, 2010).

Aby se člověk mohl plně realizovat, je zapotřebí, aby byl zdravý. Zdraví je považováno za podstatný předpoklad pro uspokojování potřeb a k naplnění životních tužeb člověka. Pojetí zdraví se v průběhu staletí měnilo. I v současné době je pojetí zdraví pestré a je na něj pohlíženo v mnoha směrech. Velmi rozšířeně je na zdraví pohlíženo podle světové zdravotnické organizace, která zdraví definuje jako stav úplné, tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci či vady (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007).

Zdraví má tři odlišné dimenze, které jsou v těsném spojení a jsou navzájem ovlivnitelné. Nejedná se jen o dimenzi tělesného zdraví, ale i o dimenzi duševního a sociálního zdraví. Definice podle světové zdravotnické organizace nevysvětluje, co se míní pohodou. Pocit pohody ve vztahu ke zdraví má u každého člověka odlišné prožívání a proto je zdraví chápáno velmi subjektivně a podoba zdraví je u každého chápána jedinečně a relativně. Zdraví člověka je v průběhu života ovlivněno pozitivními a negativními faktory. Mluvíme o tzv. determinantech zdraví. Determinanty zdraví lze rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní determinantou je myšlena dědičná výbava. Za zevní faktory je považován zejména životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí a zdravotnické služby, jejich kvalita a úroveň (Machová, Kubátová a kolektiv, 2009).

Zdraví je to nejcennější, co v životě máme. V mládí, v plné síle života si to málokdo uvědomuje a proto nejedná tak, jak by měl. Vlastního zdraví si převážná část lidí začíná skutečně vážit až tehdy, když je postihne nemoc, úraz, až když se vyskytnou zdravotní obtíže, které mohou způsobit i sociální problémy. Zdraví významnou měrou ovlivňuje podmínky existence člověka ve společnosti, tedy podmínky sociální. Materiální nedostatek, úzkost, nejistota a nedostatečná sociální integrita je způsobena mnoha nemocemi (Vurm a kolektiv, 2007).

Stejně jako zdraví je i nemoc definována z několika pohledů. Nemoc je patologický stav těla, nebo mysli, který je projeven změnou a funkcí buněk tkání, orgánů či systémů. V běžném lidovém pojetí je nemoc chápána jako porucha zdraví. Nemocný člověk je pak považován za člověka stíženého nemocí. Podobným výrazem je také termín nemohoucí - nemající žádnou sílu a moc. Nemocný člověk pak nemá dost moci, aby udělal to či ono a je tak odkázán na pomoc druhého člověka (Čeledová, Čevela, 2010; Křivohlavý, 2002).

Nemoc člověku brání v plnění rolí, které vyplývají z jeho zařazení do konkrétních sociálních vztahů ve společnosti, ať už se týkají jeho profesionálních činností, rodinných, společenských aktivit, nebo každodenních činností (Bártlová, 2006).

Jeden ze způsobů, jak porozumět zdraví a nemoci, vede přes odlišení dvou výrazů, které se běžně používají, pokud se mluví o člověku, jenž není zcela zdrav. V anglosaské literatuře se hovoří o rozdílu mezi termínem choroba a zdravotní nepohoda. Termínem choroba je myšleno lékařské pojetí patologické abnormality, kterou lze hodnotit z celé řady znaků a příznaků. Termínem zdravotní nepohoda se myslí v první řadě to, že dotyčné osobě není dobře. Je tomu tak tehdy, když daná osoba pociťuje bolest a diskomfort. Dalším rozdílem mezi odlišnými termíny je ten, že choroba lze diagnostikovat pomocí příznaků, které ukazují, že něco nefunguje normálně. Kdežto zdravotní nepohodu rozpoznáme na základě emocionálních projevů bolesti a emocionálního rozkladu (diskomfortu). O zdravotní nepohodě mluvíme tehdy, když člověk není zcela zdrav, necítí se dobře, když je "celý nesvůj", nebo když je mu nevolno. Z hlediska přístupů vědních oborů je choroba chápána jako jev organický a zdravotní nepohoda je chápána z pohledu sociologického a psychologického. Z výše uvedeného vyplývá to, že zdravotní nepohodu je třeba chápat z širšího úhlu pohledu. Zdravotní nepohodou je tedy zasažen celý člověk. Týká se nejen tělesné stránky, ale i psychické (duševní) stránky, jeho sociálního života a duchovní stránky (Křivohlavý 2002; Raudenská, Javůrková 2011).

K akutní nemoci vede v převážných případech jedna příčina jejího vzniku. Vyznačuje se specifickým začátkem a identifikovatelnými symptomy. Přichází většinou z plného zdraví a její příznaky jsou často natolik zřetelné, že stav nemocného zneklidní i laické okolí. Sám nemocný je také psychicky alternován a náhlá změna jeho zdravotního stavu mu nahání strach a úzkost. Akutní nemoc většinou končí uzdravením, nebo přejde do

chronického stadia (Raudenská, Javůrková, 2011; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Chronická choroba mívá více příčin vzniku nemoci. Pro chronickou chorobu není specifický začátek ani stabilní výčet příznaků (Raudenská, Javůrková, 2011).

Chronická forma onemocnění vykazuje ekonomickou zátěž z hlediska jedince, jeho rodiny a celé společnosti. Jedná se o onemocnění dlouhodobá, která mohou vykazovat různý průběh v čase, kdy dochází ke střídání fází zlepšení, nebo zhoršení nemoci. Chronická onemocnění mohou také rychle progredovat, nebo se znovu vracet. Lze říci, že chronická onemocnění jsou léčitelná, ale ne vždy vyléčitelná. Chronická nemoc se člověku stále nějakým způsobem připomíná, například nezbytností pravidelného užívání léků a nutností dodržování léčebného režimu a proto jedinec nemůže na nemoc zcela zapomenout (Gillernová, Kebza, Rymeš a kolektiv, 2011).

Chronická nemoc probíhá méně prudce než nemoc akutní, která svými náhle vzniklými příznaky nutí člověka navštívit lékaře. Často má plíživý začátek a proto si mnohdy člověk neuvědomuje, že mu něco je a že je nemocný. Vzhledem ke stárnoucí populaci a vysoké úrovni dnešní medicíny přibývá chronicky nemocných. Tito pacienti se stávají dlouhodobě či nevléčitelně nemocnými a příznaky chronické nemoci je více či méně provází trvale (Mandincová, 2011).

1.2 Člověk pacientem

Slovo pacient pochází z latinského slova *patiens*, to znamená otužilý, snášející, nebo vytrvalý. Pacientem rozumíme nemocného, nebo zraněného člověka, který se léčí. Onemocnět a léčit se může kdokoli, takže vlastně každého zdravého člověka bychom mohli považovat za potenciálního pacienta (Janáčková 2008; Horák a kolektiv).

Nemocný člověk je léčen ve zdravotnickém zařízení, případně v zařízení poskytujících sociální služby, pokud má péče v tomto zařízení i zdravotní prvky. Rozhodnutí o tom, zda je člověk nemocný, jak vážné je jeho onemocnění a dobu léčby stanovuje lékař (Matoušek 2003; Kapr, Koukola, 1998).

To, že se někdo stane pacientem, přináší s sebou řadu fyzických a psychických změn. Ovšem být pacientem má i své sociální důsledky. Pokud je někdo úředně prohlášen nemocným, pak to není jen jeho vlastní záležitost. Tato nová skutečnost se týká i rodiny pacienta, dále jeho přátel a lidí, s nimiž daný člověk byl a je v určitém sociálním vztahu. Pokud je pacient ekonomicky aktivní, pak jeho nepřítomnost v zaměstnání může způsobit komplikace zaměstnavateli (Plevová a kolektiv, 2001; Křivohlavý, 2002).

Každé onemocnění má nepříznivý vliv na člověka a ovlivňuje jeho chování, reakce, emoční projevy a v některých případech jsou pozměněny i rysy osobnosti. Každý člověk prožívá nemoc zcela individuálně. Situace pacienta ve zdravotnickém zařízení je zcela výjimečná a zvláštní. Pacient je většinou ohrožen a může pociťovat úzkost. Může docházet k situacím, kdy pacient leží, nebo pasivně přijímá různé léčebné či vyšetřovací zákroky, kterými jsou například: podávání léků, příprava na anestezii, nebo zavedení permanentního močového katétru. Jestliže se pacient podrobuje různým zákrokům a tělesnému vyšetření, může docházet k narušení jeho intimní zóny. Pacient pak prožívá pocity studu, zahanbení. Stud se nemusí týkat pouze těch nejintimnějších zón, ale i tělesného vzhledu při vysvléknutí pacienta. Toto citlivě zasahuje pacientky, velmi často starší dámy, které se mají vysvléknout před mladým lékařem (Baštecká a kolektiv, 2003; Vymětal, 2003).

1.2.1 Pacient v ambulantní péči

Rozvoj medicíny a nové trendy v diagnostické a terapeutické oblasti umožňují některé problémy nemocného řešit v ambulantní péči, aniž by člověk musel být hospitalizován. Pokud pacient dochází do ambulantní péče, zpravidla první místností, do které přichází, je čekárna. V zájmu pacienta i zdravotnických pracovníků by měl nemocný člověk v čekárně setrávat co nejkratší dobu, protože dlouhé čekání zvyšuje napětí, nervozitu a podporuje strach z neznáma. Čekání v klidném a příjemném prostředí a profesionální přístup zdravotnického personálu je základem pro dobrou adaptaci na zdravotnické zařízení. Vystupování a citlivé chování sestry je v pro pacienta v ambulantní péči stěžejní (Kolektiv autorů, 2005; Vytejšková, Sedlářová, Wirtová, 2001).

Během dne projde ambulancí vysoký počet pacientů. Lze tedy počítat s dlouhou čekací dobou. Tato situace může být pro pacienty velmi nepříjemná a to zejména pro ty, kteří jsou ve špatném zdravotním stavu, trpí bolestmi nebo jinými obtížemi. Mnohdy mají pacienti s sebou doprovod. Nejčastěji se jedná o rodinného příslušníka či blízkou osobu. Dlouhá čekací doba může být tak stresující i pro doprovázející osobu. Již předchozí negativní zkušenost může ovlivnit pacientův pohled na zdravotnické zařízení, na ošetřující personál a významně se podílí i na celkovém výsledku léčby. V ambulantní péči se setkáváme s celou řadou pacientů různého věku a také mobility. Běžně se lze setkat i s pacienty, kteří jsou do čekárny ambulance přivezeni na vozíku, či v lůžku. Sestra v ambulantní péči by měla mít o struktuře pacientů v čekárně perfektní přehled, který by v komunikaci s čekajícími pacienty dávala zřetelně najevo. Pokud pacient získá pocit, že o něm sestra ví, pak je mnohem klidnější a pobyt v čekárně jej tolik nestresuje (Vymětal, 2003; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

1.2.2 Pacient v nemocnici

Přestože je dnes trendem udržet nemocného co nejvíce v domácím prostředí, nastávají situace, které léčbu doma zcela znemožňují. Jestliže je zdravotní stav pacienta závažný, nebo je nutností zajistit mnohem náročnější diagnosticko - terapeutickou péči, je pacient přijat k hospitalizaci. Příjem pacienta se rozlišuje podle naléhavosti. Pokud se jedná o plánovaný příjem, je pacient dopředu objednan k hospitalizaci, na vyšetření nebo k operačnímu zákroku. V případě zranění nebo náhlé změny zdravotního stavu, který pacienta ohrožuje na životě, přichází, nebo je dovezen nemocný bez doporučení lékaře (Vytejšková, Sedlářová, Wirthová, 2011).

Pokud je pacient hospitalizován, může v něm tato situace vzbuzovat dojem, že jeho stav je zřejmě vážnější než si myslel. Ovšem i jeho nejbližší tuto situaci vnímají mnohem vážněji a je pro ně stresující (Plevová a kolektiv, 2011).

Kromě toho, že je vytržen ze svého přirozeného prostředí, tak ztrácí soukromí a velmi často bývá narušena jeho intimita. Při hospitalizaci dochází u většiny pacientů k narušení obvyklého denního režimu a ne vždy mohou být dodrženy jejich zvyklosti a rituály. Hospitalizovaný pacient sdílí pokoj s dalšími pacienty, což pro některého člověka může

být nepříjemné. Ovšem jsou i tací, kteří společnost vítají a nepřejí si být na pokoji sami. Při hospitalizaci pacienta dochází k intenzivním kontaktům s členy celého zdravotnického týmu. Zejména při prvních kontaktech s dosud neznámými zdravotníky mohou vznikat situace pro pacienta nepříjemné a devalvující. Pacient je například na začátku hospitalizace opakovaně dotazován na tutéž věc několikrát po sobě jiným zdravotnickým pracovníkem. Člověk, který je uzavřené povahy se může cítit nepříjemně při vizitě, kdy před pacienty a před neznámými členy zdravotnického personálu je veřejně sdělována jeho diagnóza, dosavadní průběh léčby a výsledky vyšetření. Tuto situaci může vnímat jako narušení soukromí a pokud se při vizitě rozpoutá diskuse nad jeho zdravotním stavem, při níž lékaři používají odbornou terminologii, je pochopitelné, že pacient obsahu nerozumí a připadá si méněcenný (Vytejková a kolektiv, 2011; Plevová a kolektiv, 2011).

2 Devalvace a evalvace

2.1 Důstojnost člověka

Na člověka lze nahlížet z mnoha pohledů. Člověk je předmětem zájmu zejména společenských věd a je především vnímán jako bytost bio – psycho - sociální. Od ostatních živých tvorů se odlišuje vědomím a schopností reflexe. Každého člověka charakterizuje jeho osobnost. Ta je neopakovatelná ve své jedinečnosti a pro vlastnosti, které jsou zděděné a získané. Proces formování osobnosti - personalizace probíhá působením vnějších vlivů (prostředí), ale zároveň i sebevýchovou. Výsledkem personalizace je osobnost integrovaná, respektovaná okolím, osobnost s pocitem své vlastní ceny a sebeúcty (Kohoutek, 2000).

S pojmem lidská důstojnost se jistě každý z nás setkal v různých souvislostech, kdybychom však tento pojem měli definovat, zjistili bychom, že přesné definování je velmi problematické. Lidskou důstojnost lze považovat za něco neurčitého a nepochopitelného, přesto je pro život velmi důležitá. Lidskou důstojnost lze považovat za vrozenou, vnitřní a přirozenou hodnotu. Týká se všech lidí, bez rozdílu pohlaví, národnosti, etnické příslušnosti či kultury. Důstojnost člověka je předmětem zájmu filosofie a v současnosti především etické oblasti. Pojem důstojnost pochází z řeckého slova „dignitas“, což znamená vznešenost či hodnota. O důstojnosti člověka slýcháváme dnes a denně např.: „s pacienty se musí zacházet důstojně“. Právě ve zdravotnictví dochází nejčastěji k okamžikům, které přímo zasahují do lidské důstojnosti. Důstojnost člověka je velmi často spojována s právy člověka. Díky důstojnosti nelze zacházet s člověkem jako s neživým předmětem. Ve zdravotnictví je kladen zcela mimořádný důraz na respektování lidské důstojnosti a dodržování etických norem mnohem více než v kterékoliv jiné profesi. Člověk nemůže svou důstojnost ztratit díky nemoci a je nutno ho vždy respektovat v holistickém pojetí. Mezi etické povinnosti sestry a dalších zdravotnických pracovníků patří respektování a ochrana lidských práv a zvláště pak ochrana lidské důstojnosti (Ptáček, Bartůněk a kol. 2011; Munzarová, 2005; Kutnohorská, 2007).

Zachování lidské důstojnosti ve zdravotnické oblasti závisí na dodržování etických principů zdravotníkem. K základním etickým principům v ošetrovatelství patří podpora

autonomie nemocného člověka. Tento princip poukazuje na to, že nemocný by měl své chování určovat podle svých etických zásad a zdravotník by měl jeho rozhodování a chování ctít a respektovat. Beneficence jinak prospěšnost pro zdravotníka znamená povinnost činit takové kroky, které nemocnému člověku prospívají. Pro důvěryhodný vztah mezi zdravotníkem a pacientem je podstatné říkat pravdu, neklamat a být spravedlivý. Proto by zdravotník měl usilovat o sebezdokonalování a vysoký morální kredit. Univerzální mravní hodnoty, kterými jsou poctivost, čestnost a spravedlnost není možné oddělit od mravních hodnot zdravotnických profesí při výkonu povolání. V současné době zejména v souvislosti s rozvojem biomedicínských věd vznikají různé etické kodexy a doporučení. Etické kodexy jsou významnou oporou pro zdravotníky a zároveň je zavazují vykonávat povolání v souladu s nimi. Přispívají proto k ochraňování lidských práv a k respektování lidské důstojnosti (Kutnohorská, 2007).

V poskytování ošetrovatelské péče kromě odborných znalostí a dovedností je nutné věnovat náležitou pozornost i další etické oblasti, kterou jsou interpersonální vztahy. A to nejen mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty, ale i mezi pracovníky celého ošetrovatelského týmu. Pro ně má zásadní význam komunikace. Komunikace je založena na vztahu vzájemné důvěry (Carnegie, 2000).

Úcta k člověku jako k lidské bytosti by měla tvořit podstatu jakéhokoliv rozhovoru ve zdravotnictví. Každá mezilidská komunikace má nejen stránku obsahovou, ale i vztahovou. To znamená, že při samotném předání konkrétní informace hraje neméně důležitou roli i způsob, jakým je tato informace předávána. Nevhodně vedený způsob komunikace může vést nejen k nepochopení obsahu sdělení, ale rovněž může vést k psychické nepohodě a stresu pacienta. Každá interakce či vztah v sobě obsahuje nějaký náboj hodnocení, tím je myšlen určitý náznak něčeho pozitivního a negativního. Dá se říci, že neutrální postoj neexistuje. Komunikace zdravotnických pracovníků se pohybuje v rozmezí devalvace a evalvace (Vybíral, 2000; Plevová a kolektiv, 2011; Mikuláščík, 2010).

2.2 Devalvace

Pojem devalvace je mnoha lidmi vnímána především jako ekonomický termín, týkající se financí. Málokdo si dovede spojit devalvaci s lidskou důstojností. Devalvace znamená snižování hodnoty druhého člověka, s nímž jsme v sociálním kontaktu a to nejen před ostatními svědky, ale zejména jeho samotného. Devalvovat můžeme svým počínáním, verbální a neverbální komunikací (Křivohlavý a Pečenková, 2004).

Devalvace má velmi negativní dopad na lidskou psychiku. Tomu, komu je určena, může způsobit psychické trápení. Devalvující osoba brzy na tento zážitek zapomene, zejména pokud devalvovala nevědomky, ale člověk, kterému je devalvace určena, nepříjemnou situaci nezapomíná lehce a často si ji vybavuje i za několik let. *„Jde-li o nečekaný projev devalvace od člověka, kterého si vážíme, a je-li tento devalvační čin projeven před lidmi, se kterými se známe a jejichž si vážíme, může být devalvace mimořádně bolestivá“* (Křivohlavý a Pečenková, 2004. s. 36).

Nepříjemné psychické pocity souvisí s mírou sebevědomí člověka. Stejně devalvační jednání může někoho velmi zranit, zatímco druhého se příliš nedotkne. Lze se domnívat, že osobnost se zdravým sebevědomím a sebehodnocením se dokáže s devalvujícím jednáním vyrovnat mnohem lépe, než například osobnost trpící komplexem méněcennosti. Nepříjemný zážitek bývá emocionálně prožíván mnohem intenzivněji. Je důležité znát devalvační formy jednání a umět je rozpoznat.

2.2.1 Devalvace ve zdravotnictví

Devalvačních prvků, se kterými se lze setkat ve zdravotnictví je celá řada. Často se vyskytuje necitlivé chování. Příkladem může být situace, kdy ambulantní sestra v čekárně za přítomnosti několika dalších pacientů a jejich doprovodu zjišťovala anamnézu, která obsahovala intimní údaje o pacientce. Tuto situaci lze považovat ze strany sestry za neprofesionální a pacientce by mohla vyvolat pocit studu. Mnohdy se můžeme setkat s projevy neuctivého chování zdravotníků. Někteří oslovují seniory různými zdrobnělinami a infantilními výrazy. Pro toto eticky nevhodné hovoření o lidech a se starými lidmi se používá anglický termín „elderspeak“. Elderspeak lze považovat za nejčastější projev devalvace seniorů a geriatrických pacientů. Devalvační projev

elderspeak je snadno rozpoznatelný nejen ve vlastní komunikaci, ale i v komunikaci jiných. Charakteristickými rysy této patologické komunikace je používání množných zájmen, zdvořilých, intimní a dětská pojmenování, jako příklad lze uvést „zlatíčko, sluníčko“. Tato patologická komunikace se vyznačuje svou infantilností. To znamená, že se k dospělému člověku chováme jako k malému dítěti. Toto chování ovšem způsobuje snižování autonomie a narušuje statut dospělého člověka (Křivohlavý, Pečenková, 2004; Kalvach a kolektiv, 2011; Pokorná, 2010).

Za nevhodné a však velmi běžné chování lze považovat situaci, kdy po příchodu sestry na pokoj pacient pozdraví, ale sestra pacientovi pozdrav neopětuje. Pokud se sestra tváří nezúčastněně, nebo je při rozhovoru otočená k pacientovi zády i toto chování může pacienta devalvovat (Špatenková, Králová, 2009).

Jako devalvaci může pacient vnímat situaci, kdy je ošetřován dvěma sestrami, které se při poskytování ošetrovatelské péče baví o jiném pacientovi, nebo probírají své soukromé záležitosti. Tento projev devalvace bychom mohli nazvat jako ignorování a přehlížení pacienta. Pacient to může vnímat tak, že mu není věnována patřičná pozornost a že jeho potřebám není projevován dostatečný zájem.

Někteří zdravotničtí pracovníci nereagují na časté dotazy pacientů. Je pochopitelné, že člověk, který se ocitne ve zdravotnickém zařízení a doposud neměl žádné zkušenosti s hospitalizací a léčbou svého onemocnění má obavy a proto pokládá zdravotnickému personálu otázky. Dotazy pacientů se velmi často týkají právě chodu oddělení, například: „kdy bude velká vizita, v kolik bude oběd, dostanu prášek na spaní“. Těmto častým otázkám by se dalo předejít, pokud by pacient byl srozumitelně informován ihned na začátku hospitalizace. Některé z častých otázek mohou být pro zdravotníky přímo vysilující, a proto záměrně nereagují na dotazy pacientů.

Zdravotničtí pracovníci by se měli při rozhovoru s pacientem vyvarovat používání příliš odborných výrazů a terminologií, nebo naopak podceňování intelektu pacienta. Za velmi nevhodné a devalvující může být přerušování otázky pacienta, časté skákání do řeči a nenechat pacientovi prostor pro vyjádření jeho názoru. Povýšené a nadřazené chování je dalším devalvačním prvkem, kterého se mohou zdravotníci dopouštět. Tímto chováním

je dáváno pacientovi najevo, že není rovnocenným partnerem a zdravotník s ním jedná z pozice moci a síly.

Vzhledem k tomu, že nemocný člověk vnímá mnohem citlivěji, je nutné se vyhnout neosobnímu, studenému přístupu a pokud je nutné vykonat s pacientem ryze administrativní, či technickou činnost, neměl by zdravotník zapomínat na lidský přístup, který může vyjádřit verbálním i neverbálním způsobem, například povzbudivým dotekem a mimikou. Jak výše bylo zmíněno, i neverbální projevy jsou v komunikaci velmi důležité. Navázání očního kontaktu při rozhovoru zdravotníka a pacienta hraje důležitou roli. Například přijde zdravotník za pacientem a nenaváže oční kontakt a chladně sděluje: „jdu Vás umýt, připravte si všechny věci“. Tuto komunikaci můžeme považovat za patologickou a zároveň devalvující. Používání neurčitých výroků zdravotníky také může mít pro pacienta devalvující dopad, například když si pacient stěžuje na bolest a sestra mu na to odpoví „ale to nemůže být tak zlé“. Tímto výrokem sestra zjednodušuje pacientovo trápení. Pacient pak má oprávněný pocit, že mu sestra nerozumí a nesnaží se mu porozumět, že jí je lhostejný (De Vito, 2008; Mlýnková, 2011; Crawford a kolektiv, 2006).

Vyhrocenějším stupněm devalvace je mezilidské diskvalifikování. Tento stupeň devalvace představuje shazování druhého člověka před více lidmi. Devalvující osoba používá dvojsmyslné narážky a ironii. Lidé, kteří ponižují, snižují hodnotu člověka, nerespektují a nejednají taktně, bývají druhými označováni různými přívlastky. O těchto lidech se můžeme dozvědět, že jsou namyšlení, pyšní, necitliví, nadřazení, nepřátelští. Je třeba mít na paměti, že při vykonávání zdravotnické profese je nutností vyvarovat se projevům devalvačního jednání, protože jakákoliv forma devalvace může vést ke ztrátě sebedůvěry (Vybíral, 2000; Křivohlavý, Pečenková, 2004).

2.3 Evalvace

Naopak evalvací se rozumí vyjádření pozitivního vztahu k druhé osobě. K tomu, aby došlo k vytvoření pozitivního vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, je za potřebí projevení respektu, taktu a uznání. Evalvace představuje kladný náboj hodnocení. Člověku, jemuž je evalvace určena, výrazně posiluje sebezpojetí a sebevědomí.

Zdravotničtí pracovníci by si měli uvědomovat důležitost evalvace ve svém povolání. Tím, že budou jednat s pacienty s respektem, uznáním a projevy úcty, dojde k posílení jejich důvěry a pozitivního vztahu s pacientem a zvýšení image profese. Lidé, kteří ve svém chování a komunikaci projevují evalvací, bývají druhými lidmi vnímáni jako milí, přátelští, laskaví, slušní a profesionální. Evalvačně se chovat a jednat je možno mnoha způsoby. Je třeba mít na paměti jejich důležitost při komunikaci s nemocným člověkem. Projev důvěry má povzbuzující charakter a proto zdravotníci by měli s pacienty jednat důvěryhodně (Pokorná, 2008; Kristová, 2004; Šulistová, Trešlová, 2012).

2.3.1 Evalvace ve zdravotnictví

V chování a v komunikaci zdravotnického pracovníka lze evalvací projevít mnoha způsoby. Zdravotníci by neměli zapomínat na společenské chování a být k pacientům slušní, tím je například myšleno, že na začátku každého setkání by měli vřele pozdravit a představit se. Již tímto projevem pacient získá větší jistotu a je povzbuzen do dalšího rozhovoru s e zdravotníkem. Evalvačním projevem je také pochvala. Pochválit pacienta například za to, že zvládl nepříjemný diagnostický či léčebný zákrok, nebo za to, že dělá velké pokroky v rehabilitaci, například: „pane Nováku den ode dne děláte veliké pokroky.“ Chválení má velmi povzbudivé účinky, které zvyšují sebevědomí člověka. Zdravotnický pracovník by nikdy neměl chválou šetřit. O pacienta by měl být projevován opravdový zájem. Tím je myšleno aktivně se ptát a zajímat o pacientovy potřeby, problémy a zkušenosti s nemocí. Také aktivní naslouchání hraje společně s pozorováním důležitou roli v posílení interpersonálního vztahu. Tím, že je pacient vyslyšen ve svých obavách a je mu dán prostor pro vyjádření svých pocitů, myšlenek a starostí, které má na srdci, dochází k významnému posílení vzájemné důvěry mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Projevít empatii druhému člověku, tedy citově porozumět jeho stavu, je dalším nesmírně důležitým projevem, majícím evalvující charakter.

Ve zdravotnickém zařízení se velmi často setkáváme s pacienty, kteří trpí bolestmi, mají strach, proto pokud je to v danou chvíli vhodné, tak obyčejné pohazení či uchopení za ruku pacientovi dodá pocit, že na všechny své problémy není sám a že jsme s ním. Někteří pacienti mají sklony k pesimismu, mohou klesat na mysli a zdravotnický pracovník může

nemocného evalvovat tím, že se ho bude snažit povzbudit, dodat mu sílu, elán a odhodlání. Ovšem tím není myšleno zjednodušovat jeho situaci. Být laskavý a mít upřímný úsměv na tváři má také povzbuzující charakter. Používání humoru patří k jednomu z nejkrásnějších aspektů lidské komunikace. Pokud zdravotnický pracovník používá humor ve vhodné situaci, tak humor má uvolňující účinky, dokáže pozvednout náladu a osvobozuje od každodenní rutiny. Evalvujícím projevem je také správně zvolený přístup k pacientovi jako k sobě rovnému. Pacient by měl mít při vzájemné interakci se zdravotnickým pracovníkem pocit, že jsou si rovnocenní partneři a společným úsilím dokážou pokroky. Projevy důvěry mají povzbuzující charakter, proto by zdravotníci měli s pacienty jednat tak, aby ovzduší důvěry dokázali navodit (Špatenková, Králová; Pokorná, 2008; Venglářová, Mahrová, 2006).

Dá se říci, že základním předpokladem pro úspěšnou evalvací pacienta je stěžejní správně vedená komunikace.

3 Komunikace ve zdravotnictví

Komunikace v běžném životě zpravidla podléhá určitým normám, pravidlům a etice. V ošetrovatelském procesu, kdy zdravotník vstupuje s pacientem do vzájemné interakce, se tyto hranice posouvají. Nastávají okamžiky, kdy zdravotnický pracovník nabádá pacienty k tomu, aby odhalili intimní oblast těla. Dotýká se jednotlivých částí těla, a to pro některé pacienty není příjemné. Ovšem ošetrovatelský proces tyto výkony přímo vyžaduje. Proto je důležité, aby členové zdravotnického týmu již od prvního setkání s pacientem dokázali vytvořit dobrou atmosféru a navodili u něj pocit bezpečí a jistoty. Komunikace je základem všech činností, které sestry provádějí. Sestry, které efektivně komunikují, udržují lépe důvěryhodný vztah s pacientem a jeho blízkými. Pojem komunikace tvoří základ veškeré zdravotnické a ošetrovatelské péče. I přesto, že sestry zvládají dobře společenskou komunikaci, stále se musí učit zdokonalovat své komunikační dovednosti k tomu, aby zlepšily kvalitu ošetrovatelské péče. Odborné komunikační dovednosti patří mezi nejdůležitější dovednosti zdravotnických pracovníků, ať už pracují kdekoliv. Je nezbytné, aby si každý zdravotnický pracovník osvojil schopnosti účelné a sociální komunikace, jež je neoddelitelnou součástí procesu zaměřeného na podporu a prevenci zdraví člověka. Při vzájemné komunikaci mezi sestrou a pacientem je zapotřebí navodit ovzduší důvěry, které by pacienta uspokojovalo a zbavovalo ho obav. Základním požadavkem úspěšné komunikace je individuální přístup. To, co se jednomu pacientovi zdá samozřejmé, druhý pacient může považovat za nepřijatelné. Cílem komunikace ve zdravotnictví je pro zdravotnického pracovníka spokojený pacient. Když je zdravotnický pracovník přátelský, podává pacientovi úplné informace, naslouchá, jedná s pacientem jako s rovnocenným partnerem, povzbuzuje jej k dotazům a projevuje o něj nepředstíraný zájem, pak spokojenost pacienta roste. Zvládnutí problematiky komunikace napomáhá sestře rozvíjet kvalitní vztah, jak s pacientem, tak i vztahy uvnitř ošetrovatelského týmu. Zlepšení komunikačních schopností velmi přispívá k zefektivnění vzájemných vztahů a povede ke zvýšení kvality života nemocného člověka a k lepšímu uspokojování jeho potřeb (Lemon, 1997; Zacharová, 2010; Janáčková, 2008).

3.1 Způsoby komunikace ve zdravotnictví

V práci zdravotnických pracovníků zaujímá komunikace s nemocným člověkem bez pochyby velmi důležité místo. Ve zdravotnictví rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, všechny tři druhy mají svůj nezastupitelný význam a zákonitosti.

Sociální komunikace. Představuje běžný rozhovor při kontaktu s pacientem. Pacient v nemocniční péči nebo v domácím ošetřování má omezené sociální styky a proto pozitivně přijímá možnost rozhovoru s dalšími lidmi. Zdravotničtí pracovníci pak mohou mnohem snáze navázat vztah s pacientem a mají usnadněnou další komunikaci v rámci ošetřování. Jako příklad sociální komunikace lze uvést běžný rozhovor o zaměstnání pacienta, o jeho rodině a zájmech.

Specifická strukturovaná komunikace. Tato oblast komunikace slouží ke sdělování důležitých skutečností, působí edukačně a má za úkol motivovat nemocného k další léčbě. Komunikace je problematická u nemocných se sníženou komunikační schopností. Mezi typickými příklady specifické komunikace náleží sdělování postupů při vyšetření, podávání informací o rizicích, nebo objasnění způsobu stravování u jednotlivých onemocnění.

Terapeutická komunikace. Odehrává se velmi často formou rozhovorů s nemocným člověkem. Při kontaktu s pacientem poskytujeme oporu, pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných skutečností. Podpůrný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvyšovat účinnost léčebných přístupů u somaticky a psychosomaticky nemocných, motivovat je a stanovit společné představy a cíle, které napomohou k uzdravení. Terapeutická komunikace patří ke klíčovým dovednostem, které by měli ovládat všichni zdravotničtí pracovníci (Venglářová, Mahrová, 2006; Šulistová, Trešlová, 2012).

3.2 Komunikační bariéry ve zdravotnictví

Aby byla komunikace mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem efektivní, nesmí být její průběh rušen. Komunikační překážky mohou být způsobeny vnitřními a vnějšími vlivy. Nepříjemně a rušivě může působit například hluk, nebo přítomnost dalších lidí v místnosti, který pak způsobuje překážku v komunikaci mezi sestrou a pacientem. Tyto

vnější faktory si oba aktéři komunikace obvykle uvědomí. Podstatnější a mnohem vážnější bývají vnitřní vlivy. Ty mohou být jak na straně nemocného, tak na straně zdravotnického pracovníka. Těchto vnitřních překážek, které komunikaci nepříznivě ovlivňují, nebo dokonce blokují, si často vědomi nejsme. Interní komunikační překážky vyplývají z dovedností a schopností každého člověka, jeho prožívání a aktuálního zdravotního stavu. K interním bariérám řadíme, zlost, strach, obavy z neúspěchu, fyzickou nepohodu a nemoc. Externí komunikační bariéry ovlivňuje vnější prostředí a jeho uspořádání. Mezi externí komunikační bariéry patří hluk, šum, vyrušení druhou osobou, vizuální rozptylování a rovněž neschopnost, či neochota naslouchat. V ošetrovatelské péči může vzniknout mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty řada nejrůznějších bariér, které zabraňují kvalitní komunikaci. Tyto bariéry mohou být všeobecného rázu a týkat se obou zúčastněných subjektů komunikačního procesu. Jednou z nejčastějších všeobecných překážek v komunikaci je praktická překážka. Způsobují ji vnitřní a vnější vlivy, i příliš tichý nebo monotónní hlas účastníka komunikace. Příčinou jazykové překážky je rychlý nesrozumitelný projev, ale také velké množství informací předávaných najednou. Další bariérou je rozdílné pochopení obsahu sdělení. Vypjatý emoční stav, který podstatným způsobem ovlivňuje soustředěnost, může tvořit další komunikační bariéru. Časté používání odborných výrazů, jimž pacient nerozumí, tvoří intelektovou překážku. Komunikační překážkou jsou i fyziologické aspekty, kterými jsou například bolest, spánkový deficit, únava, nebo smyslové poruchy (Čechová a kolektiv, 2001; Pokorná, 2008; Zacharová, 2010).

3.2.1 Komunikační bariéry ze strany sestry

V ošetrovatelském procesu se nejčastěji vyskytují specifické překážky v komunikaci ze strany sestry. Častým jevem v průběhu pracovní směny jsou situace, kdy je pozornost sestry rozptylována. Zdrojem těchto situací může být například vyzvánění telefonu, nebo signalizačního zařízení. Rovněž při komunikaci sestry s pacientem může nastat potřeba akutního zásahu u jiného nemocného. Sestra velmi často bývá stresována z výrazné časové tísně spočívající v množství nedokončené práce. Tento časový deficit je příčinou toho, že sestra nemusí být vždy ochotná pacienta vyslechnout. Nevhodné je také, když nadměrně ubezpečuje pacienta o jeho uzdravení a vnucování vlastních názorů. Některé

sestry zatěžují nemocné osobními problémy a potlačování emocí je taktéž nevhodné. Komunikace bez obsahu je závažnou bariérou, neboť vyvolává dojem, že sestra nemocnému nenaslouchá. Sestry by měly zvážit časté používání odborné terminologie a spíše ji přizpůsobit rozumovým schopnostem konkrétního pacienta.

Sestry, které vykonávají tuto náročnou profesi dlouho, se mohou zdát lhostejné k potřebám pacientů a příliš s nimi nekomunikují. Lhostejnost a netečnost k potřebám pacientů je typickým příznakem syndromu vyhoření. Ten je způsobován fyzicky a psychicky náročnou prací a vyčerpaností sester, které si nechtějí vytvářet vztah k nemocnému, ani k práci. Další překážkou v komunikaci sestry je přenos vztahů. Pacient sestře připomíná osobu z minulosti, na kterou má negativní vzpomínky a podvědomě k němu přistupuje s odstupem. Rovněž může nastat situace, kdy má pacient diametrálně odlišný systém hodnot. Příkladem je náboženské vyznání, závislost na alkoholu a závislost na návykových látkách. V těchto situacích lze předpokládat problémy v komunikaci (Kristová, 2002; Čechová a kolektiv, 2001).

3.2.2 Komunikační bariéry ze strany pacienta

Komunikační bariéry vznikají i ze strany pacienta. Ve zdravotnické praxi jsou běžné situace, kdy pacient nemůže komunikovat v důsledku svého aktuálního zdravotního stavu. Méně časté jsou situace, kdy pacient komunikovat neumí, nebo nechce. Problémy v komunikaci mohou být zapříčiněny smyslovým handicapem, či mentálním postižením pacienta a aktuálním psychickým rozpoložením. Nejčastějším důvodem proč pacient neumí komunikovat, je to, že se jedná o cizince a nerozumí jazyku, který sestra používá. Může se také jednat o člověka s velmi nízkou úrovní komunikačních schopností. Nejběžněji se vyskytuje jev, kdy pacient příliš nekomunikuje z důvodu nedůvěry, či ostychu ke zdravotnickému pracovníkovi. Komunikační bariéru může způsobit aktivní a pasivní negativismus. Negativismus se projevuje odmítavým postojem, lhostejností a je reakcí na změnu zdravotního stavu. Přítomnost dalších lidí u mnoha pacientů způsobuje ostýchavost, zejména při získávání informací, které pacient považuje za osobní a intimní. Nepříznivě ovlivňuje komunikaci pacienta působení hluku, horka či chladu v místnosti, ve které se nachází. Nesoustředěnost pacienta může způsobovat žízeň, hlad, bolest,

poruchy vyprazdňování. Kromě fyzických překážek v soustředěnosti pacienta nepříznivě působí i psychické pocity, jako je strach, úzkost, pocity viny a hněv. Kontakt s druhými lidmi omezují depresivní pacienti a nemocní se sníženým sebevědomím. Běžně nastávají situace, kdy pacient není schopen komunikovat. Příčinou jsou stavy po operacích úst a hrdla. Ke znemožnění komunikace dochází u pacientů s intubací dýchacích cest. Také pacienti s kvalitativní a kvantitativní poruchou vědomí, nemohou komunikovat (Kristová, 2002; Špatenková, Králová, 2009; Čechová a kolektiv, 2001).

4 Zdravotnický tým

Ošetrovatelství prošlo ve svém vývoji celou řadou změn. Odráží se v něm ostatně jako ve všech oborech lidských činností změny sociální, politické a především v posledním století intenzivní vědeckotechnický pokrok. Vymezení obsahu pojmu zdravotnický pracovník je poměrně obtížné z důvodu velké rozmanitosti či různorodosti. Ze vzpomínek našich sester, které vstupovaly do praxe v poválečném období, se můžeme seznámit se složením z tehdejšího zdravotnického personálu, vybavením pracovišť a úrovní poskytované péče. Zdravotničtí pracovníci v nemocnicích byli v podobném složení, jako je tomu dnes. Na počátku padesátých let minulého století pracovaly v některých nemocnicích ještě řádové sestry. Tyto sestry se vyznačovaly především svou obětavostí, přirozeným altruismem a trpělivým přístupem k nemocnému člověku (Rozsypalová, 2006).

4.1 Charakteristika zdravotního týmu

Podle Rozsypalové a Staňkové patří práce ve zdravotnictví k těm nejkrásnějším humánním posláním. Tímto posláním je myšleno sloužit člověku, upevňovat a udržovat tu nejvyšší hodnotu, kterou je zdraví. Zdravotnický pracovník nejen pečuje o zachování lidského zdraví, ale snaží se předcházet nemocem a významně se podílí na léčbě a uzdravení nemocného člověka (Rozsypalová, Staňková, 1996).

S velmi rychlým pokrokem specializací medicíny se péče o nemocné stává stále více záležitostí společné pracující skupiny zdravotníků. Týmová práce předpokládá od zdravotnických pracovníků schopnost vzájemné kooperace s ostatními členy a také dovednost kvalitně předávat informace (Jarošová, 2000).

Práce ve zdravotnictví je týmová a celostní. Ošetrovatelská terminologie pracuje s pojmem péče holistická, tedy ta, která chápe člověka ve všech jeho složkách osobnosti. Každý člen zdravotnického týmu má své pevné postavení a také svoji úlohu, která je nezastupitelná. Jeden bez druhého nemůže kvalitně splnit své poslání, na které se připravil svým vzděláním (Šamánková a kolektiv, 2006).

Zdravotnický tým je označován jako tým multidisciplinární. Dělbá práce, jednotlivé činnosti a právní zodpovědnost uvnitř zdravotnického týmu jsou dány rozsahem kompetencí jednotlivých profesí. Přesto je pro všechny členy zdravotnického týmu

společný jeden cíl a tým je uzdravující se a spokojený pacient. Ve zdravotnickém týmu zaujímá sestra velice významné místo. Sestra je nejbližší spolupracovnice lékaře ve všech složkách léčebné a preventivní péče. Ze všech členů zdravotnického týmu je právě sestra ta, která tráví s pacientem nejvíce času. Součástí zdravotnického týmu je tým ošetrovatelský. Ošetrovatelský tým zajišťuje ošetrovatelskou péči. Tu lze definovat jako soubor odborných činností, které jsou zaměřené na udržení, podporu navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb. Některé potřeby mohou být změněné, v souvislosti s poruchou zdravotního stavu. Ošetrovatelskou péči lze rozdělit na základní ošetrovatelskou péči, specializovanou ošetrovatelskou péči a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Základní ošetrovatelská péče je poskytovaná pacientům, kteří mají životní funkce bez patologických změn, nebo jsou stabilizovány. Patří sem zejména péče o výživu, hygienu a vyprazdňování. Specializovaná ošetrovatelská péče je poskytovaná pacientům, u kterých je riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné, nebo tito jedinci mohou mít patologické změny psychického stavu. Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče je poskytovaná pacientům, kterým selhávají základní životní funkce a vyžadují stálý dozor (Vytejková a kolektiv, 2011; Kemp, 1994).

Jak již bylo zmíněno, práce ve zdravotnictví je týmová a proto se v ní setkávají různé kategorie zdravotnických pracovníků. Ti se na zdravotní péči o člověka ať už zdravého či nemocného podílejí přímo či nepřímo. Jednu skupinu tvoří lékaři a druhou jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci (Šamánková a kolektiv, 2006).

V současné době ve zdravotnickém týmu bývají zastoupeny převážně následující profese: lékaři a farmaceuti, absolventi lékařské fakulty univerzitního vzdělávacího programu. Mezi nelékařské profese již patří sestry, absolventky univerzitního vzdělávacího programu (bakalářky a magistry), dále sestry specialistky, které jsou absolventky p maturitního specializačního studia v určitém oboru), diplomované sestry, které jsou absolventky vyšší zdravotnické školy, nebo sestry, které získaly základní kvalifikaci na střední zdravotnické škole do roku 2004. Dalšími zdravotnickými pracovníky jsou zdravotničtí asistenti, kteří získávají kvalifikaci na střední zdravotnické škole. Jako nižší zdravotničtí pracovníci jsou řazeny ošetrovatelé a ošetrovatelky, absolventi dvouměsíčních vzdělávacích programů, které probíhají na některých středních

zdravotnických školách, nebo v některých zdravotnických pracovištích. Sanitáři, absolventi dvouměsíčních vzdělávacích kurzů realizovaných ve vybraných zdravotnických pracovištích. Další členové zdravotnických týmů jsou fyzioterapeuti, sociální pracovníci, nutriční terapeuti, psychologové, ergoterapeuti, duchovní (Šamánková a kolektiv, 2006).

Zdravotnických pracovníků, které v této práci nebudu zmiňovat je celá řada a to zejména proto, že nejsou v tak v úzkém a častém kontaktu s člověkem - pacientem/ klientem. V práci se budu podrobněji věnovat těm, kteří s nemocným člověkem přichází do styku nejčastěji a kteří se významně podílí na uspokojení jeho potřeb a léčbě, popřípadě řešení konkrétního problému, s nímž člověk do zdravotnického zařízení přichází.

Lékař

Lékař je absolventem lékařské fakulty. Má titul MUDr. (medicinae universae doctor). Každý student medicíny na konci svého studia skládá Hipokratovu přísahu. Hipokratova přísaha obsahuje etické principy jejich povolání a je to nejstarší etický kodex pro lékaře. Po absolvování lékařské fakulty lékař, který vykonává lékařské povolání na území České republiky v léčebné nebo preventivní péči, se musí stát podle zákona 220/1991 Sb. členem lékařské komory. Podle odbornosti, které se chce věnovat, se specializuje a skládá odborné zkoušky - atestace z jednotlivých oborů, například chirurgie, interna, gynekologie, anesteziologie, urologie a jiné. Práce lékaře je velmi náročná a klade na něj vysoké nároky morální či etické. Lékař by měl navodit klidnou atmosféru, získat důvěru pacienta a pocit bezpečí. Lékař by měl umět shromáždit anamnestické údaje, správně stanovit diagnózu a navrhnout léčbu či řešení. Dále by měl umět ovládat komunikační strategii, vést efektivně rozhovor a mnoho dalších požadavků, jež by měly být pro každého lékaře samozřejmostí. Je ovšem nutno říci, že na lékaře působí celá řada stresů, starostí a větší či menší problémy. V jeho chování a jednání se mohou projevit jeho osobnostní charakteristiky, kterými jsou například sklon k dominantnímu, cholerickému chování, ovšem ve vykonávání jeho profese se naopak může vyskytnout i flegmatické jednání či rodičovský přístup vůči pacientům (Janáčková, 2008; ČLK, 2014; Plevová a kolektiv, 2011).

Lékařská profese zaujímá prestižní postavení ve společnosti. Již samotné vzdělávání budoucích lékařů se liší svojí délkou. Studium trvá o rok déle než na většině vysokých škol. Již tímto je lékařská profese chápána veřejností jako mimořádná. Lékař svým povoláním zasahuje do života člověka a tím ovlivňuje i společnost. Lékařům a lékařkám se dostává příležitost pochopit složité úseky života s hranicemi lidské existence a mohou svou osobností odborně i spirituálně pomoci překonávat nelehké životní fáze nemocným lidem. Lékař zároveň může pacienta nevědomky devalvovat používáním příliš odborné terminologie (Beran, 2010; Kořenek, 2004).

Všeobecná sestra

Všeobecná sestra byla do roku 2004 vyučována v rámci středoškolského vzdělávání. Díky vstupu do Evropské unie, došlo k transformaci ohledně vzdělávání sester. Na středních zdravotnických školách se zahájila příprava ke kvalifikaci zdravotnického asistenta a obor všeobecná sestra bylo od té doby možné studovat pouze na univerzitní půdě. Všeobecná sestra je osoba, která získává způsobilost k výkonu povolání absolvováním nejméně tříletého bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester. Jestliže způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, pak je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetřovatel (Zákon MZ ČR 105/2011; Zákon MZ ČR č. 96/2004)

Všeobecná sestra poskytuje ošetřovatelskou péči a ve společné spolupráci s lékařem se podílí na preventivní diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči. Podle paragrafu 3 odst. 1 vyhlášky č.55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků vykonává všeobecná sestra činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, poskytuje základní ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Vyhodnocuje potřeby, úroveň soběstačnosti nemocného, projevy onemocnění a to pomocí testu soběstačnosti, měření intenzity bolesti, rizika proleženin a nutričního stavu. Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce a zaznamenává stav pacienta. Zajišťuje vyšetření biologického materiálu. Hodnotí a ošetřuje poruchy integrity kůže, chronické rány, stomie a pečuje invazivní vstupy, kterými jsou centrální a periferní žilní katétr. Ve spolupráci s fyzioterapeutem provádí rehabilitační ošetřovatelství a to zejména

polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace. Dále edukuje pacienty a součástí edukační činnosti je příprava informačních materiálů pro pacienty. Zajišťuje činnosti, které se týkají přijetí pacienta, jeho propuštění a jeho přemísťování. Provádí psychickou podporu u umírajících a zajišťuje komplexní péči o tělo zemřelého. Další velice důležitou činností, kterou má všeobecná sestra na starosti, je kontrolování a ukládání léčivých přípravků včetně návykových látek.

Na základě indikace lékaře, ale bez odborného dohledu, připravuje pacienty/klienty k diagnostickým a léčebným postupům. Během těchto výkonů sestra asistuje a poskytuje ošetrovatelskou péči a tu následně poskytuje i po provedeném výkonu. Podává léčivé přípravky a aplikuje kyslíkovou terapii. Provádí katetrizaci močového měchýře u žen. Provádí výměnu a ošetřuje tracheostomickou kanylu, zavádí a pečuje o nasogastrické či jejunální sondy a aplikuje enterální výživu.

Pod odborným dohledem lékaře může aplikovat nitrožilně krevní deriváty, asistovat při aplikaci transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu lékaře na základě jeho indikace ošetřuje pacienta v průběhu aplikace transfuzního přípravku a ukončuje ji (Vyhláška MZ ČR č.55/ 2011).

Absolventi oboru všeobecná sestra najdou uplatnění v ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízeních, budou mít teoretické i praktické předpoklady pro vedení ošetrovatelského týmu (ZSF JCU, 2014).

V dnešní společnosti jsou kladeny stále větší nároky na osobnostní vlastnosti sestry. Sestra by se během vykonávání své profese měla neustále vzdělávat a nové vědecké poznatky aplikovat v praxi. Mezi důležité schopnosti sestry patří i senzomotorické předpoklady a zručnost. Sestra by měla umět manipulovat s nástroji a zacházet s nimi podle předpisů. Dalším žádoucím předpokladem je postřeh a pohybová obratnost. Kvalitní sestra respektuje biopsychosociální složku člověka, je ochotná přizpůsobovat se příkazům a nařízením lékaře a přáním a potřebám nemocného člověka. Důvěryhodnost sester má silný vliv na názor společnosti na zdravotnické povolání a vytváří tak společenskou prestiž. O důvěryhodnost je důležité systematicky usilovat, protože sestra svým vzhledem a vystupováním dává najevo svůj postoj a respekt k člověku. Kvalita péče ale i prestiž ošetrovatelské profese se zvýší, pokud se zdravotničtí pracovníci budou v

průběhu vykonávání své profese kontinuálně vzdělávat (Quinn, 2001; Staňková 2002; Jobánková M. a kolektiv, 2003; Bártlová, 2006).

Zdravotnický asistent

Zdravotnický asistent je právoplatný zdravotnický pracovník se středoškolským vzděláním. Zahájení tohoto vzdělávacího programu bylo od 1. 9 2004. V denní formě studia je vzdělávání čtyřleté a v dálkové formě pětileté. Praktické vyučování činí nejméně 900 hodin. Předpokladem pro přijetí je úspěšně ukončená povinná školní docházka, zdravotní způsobilost uchazeče a splnění podmínek přijímacího řízení, které stanovuje ředitel školy. Studium zdravotního asistenta je ukončeno maturitní zkouškou. Minimální požadavky na tento vzdělávací program jsou stanoveny vyhláškou MZ ČR č. 39/2005 Sb. (Vyhláška MZ ČR č. 39/2005).

Absolvent nalezne uplatnění ve zdravotnickém zařízení lůžkového i ambulantního charakteru, ale i v domácí ošetrovatelské péči. Pod odborným dohledem, nebo přímým vedením všeobecné sestry nebo porodní asistentky poskytuje zdravotnický asistent ošetrovatelskou péči a ve spolupráci s lékařem se významně podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči v rozsahu své způsobilosti stanovené vyhláškou MZ ČR č. 55/2011 (Rámcově vzdělávací program, 2008).

Kompetence zdravotnického asistenta jsou dané vyhláškou MZ č. 55/2011Sb. Zdravotnický asistent poskytuje a zajišťuje základní ošetrovatelskou péči a dále specializovanou péči v rámci ošetrovatelského procesu. Na základě rozsahu své odborné způsobilosti získává informace, které jsou nutné k určení ošetrovatelských diagnóz. Zdravotnický asistent plní ošetrovatelský plán a provádí ošetrovatelské výkony v takové míře, kterou určila všeobecná sestra, nebo porodní asistentka. Sleduje fyziologické funkce a zaznamenává je do dokumentace. U pacientů provádí komplexní hygienickou péči a pečuje o jejich vyprazdňování. Podílí se na nácviu sebeobsluhy pacienta a aplikuje rehabilitační ošetrovatelství ve spolupráci s fyzioterapeutem, nebo ergoterapeutem. V další části vyhlášky zdravotnický asistent pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky a lékaře podává léčivé přípravky. Výjimku tvoří

aplikace léků nitrožilně, do epidurálních katétrů a aplikace intramuskulárních injekcí u novorozenců a dětí do 3 let věku. Zdravotnický asistent odebírá biologický materiál a zavádí kyslíkovou terapii. V rozsahu své způsobilosti se podílí na činnostech spojených s příjmem, překladem, propuštěním, a úmrtím pacienta. Pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí ve svém oboru se podílí na vysoce specializované ošetrovatelské péči (Vyhláška MZ ČR č. 55/2011).

Ošetrovatel

Odbornou způsobilost k výkonu povolání ošetrovatele je možné získat absolvováním školního vzdělávacího programu, nebo vzdělávacího programu kurzu. Standardní doba studia školního vzdělávacího programu činí nejméně 3 roky, z toho praktické vyučování činí 700 hodin teoretické výuky. Vzdělávací program kurzu zahrnuje nejméně 400 hodin teoretické přípravy a nejméně 500 hodin praktického vyučování. Studium školního vzdělávacího programu připravuje budoucí ošetrovatele takovým způsobem, aby jejich znalosti nabyly všeobecného přehledu a jazykových a komunikačních dovedností. Program také poskytuje znalosti v oborech, které jsou nutné pro poskytování ošetrovatelské péče. Studenti jsou zasvěceni do problematiky sociálního charakteru a ošetrovatelství v klinických oborech. Vzdělávací program kurzu ovšem nemusí obsahovat výše uvedené předměty, které jsou součástí výuky školního vzdělávacího programu (Zákon MZ ČR č. 39/2005).

Ošetrovatel se podílí jak na základní ošetrovatelské péči, tak i na specializované ošetrovatelské péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Zajišťuje hygienickou péči u pacientů. Pomáhá při stravování a to zejména pacientům imobilním a ležícím. Právě při dopomoci s hygienou a při stravování mohou nastávat problematické situace, které pacienta devalvují. Devalvační jednání může být zapříčiněno netrpělivostí ošetrovatele a jeho nedostatečnou empatií. Pečuje o vyprazdňování a v jeho kompetenci je i případné provedení očistného klyzmatu. Doprovází pacienty na vyšetření a měří tělesnou hmotnost, výšku a tělesnou teplotu. Pečuje o tělo zemřelého. Manipuluje se zdravotnickými prostředky, prádlem následně se podílí na jejich dezinfekci a sterilizaci.

Ošetřovatel pod přímým vedením všeobecné sestry, porodní asistentky asistuje při určených ošetřovatelských, diagnostických a terapeutických výkonech (Vyhláška MZ ČR č. 55/2011).

Všeobecný sanitář

Všeobecný sanitář je absolventem akreditovaného kvalifikačního kurzu. Kurz vzdělávacího programu činí nejméně 100 hodin a nejméně 50 hodin praktické výuky. Všeobecný sanitář vykonává činnosti pod odborným dohledem všeobecné sestry či jiného zdravotnického pracovníka a může pečovat o hygienu prostředí. Dováží stravu na oddělení, ohřívá stravu pro pacienty a provádí úklid kuchyňky. Sbírá nádoby a provádí jeho mytí a dezinfekci. Transportuje biologický materiál a má na starosti pochůzky podle potřeby příslušného oddělení a pacientů. Manipuluje s prádlem, provádí dezinfekci a transport prádla. Manipuluje s tlakovými nádobami. Převáží dospělé pacienty na vyšetření a při překladau na jiné oddělení. Právě při manipulaci s pacientem s ním může zacházet nešetrně vzhledem k tomu, že není dostatečně seznámen s jeho anamnézou. Technicky manipuluje s lůžkem, provádí jeho úpravu a dezinfekci. Podílí se na péči o tělo zemřelého a odváží jej z oddělení. Zajišťuje hygienickou péči pacientům a provádí prevenci proleženin. Pomáhá při jídle imobilním a ležícím pacientům a krmí je. Pečuje o vyprazdňování. Polohuje a fixuje pacienta na operačním stole. Manipuluje s operačním stolem a osvětlením. Asistuje při přikládání obvazového materiálu a snímá tvrdé obvazy (Zákon MZ ČR č. 39/2005; Vyhláška MZ ČR č.55/2011).

Všichni výše jmenovaní pracovníci vykonávají své povolání v různých zdravotnických zařízeních a v zařízeních poskytujících sociální služby. Každý z nich při výkonu povolání je v intenzivním kontaktu s pacienty a svým počínáním a nevhodně vedenou komunikací může přispět ke vzniku devalvace.

5 Cíle práce, hypotézy, výzkumné otázky

5.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda dochází v průběhu hospitalizace k devalvaci člověka zdravotnickým pracovníkem.

Cíl 2: Zjistit jaké mohou být způsoby devalvace člověka v průběhu hospitalizace.

Cíl 3: Zjistit zda má personální obsazení vliv na devalvaci člověka.

5.2 Hypotézy

H1: K devalvaci člověka v průběhu hospitalizace dochází častěji komunikací zdravotnického pracovníka, než poskytovanou přímou péčí.

H2: Pocit devalvace člověka je závislý na způsobu poskytnutí informací, než na jejich množství.

H3: Pocit devalvace hospitalizovaného člověka je spíše vyvolán působením pomocného personálu, než kvalifikovanou všeobecnou sestrou.

5.3 Výzkumné otázky

Jaké jsou příčiny devalvace člověka při hospitalizaci?

Jaké jsou způsoby devalvace člověka v průběhu hospitalizace?

6 Metodika

6.1 Metodika práce

K získání dat byl použit kvalitativní a kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum probíhal prostřednictvím dotazníků (příloha 1), které byly rozdány staničním sestřám lůžkových oddělení. Získaná data byla zpracována v grafech a tabulkách. Pro statistické testování hypotéz jsme použili chí kvadrát testů. Dotazníky byly anonymní. Dotazník obsahoval 23 otázek. Dotazník obsahoval jak uzavřené tak otevřené otázky. Kvantitativní výzkum probíhal na přelomu března a dubna 2014.

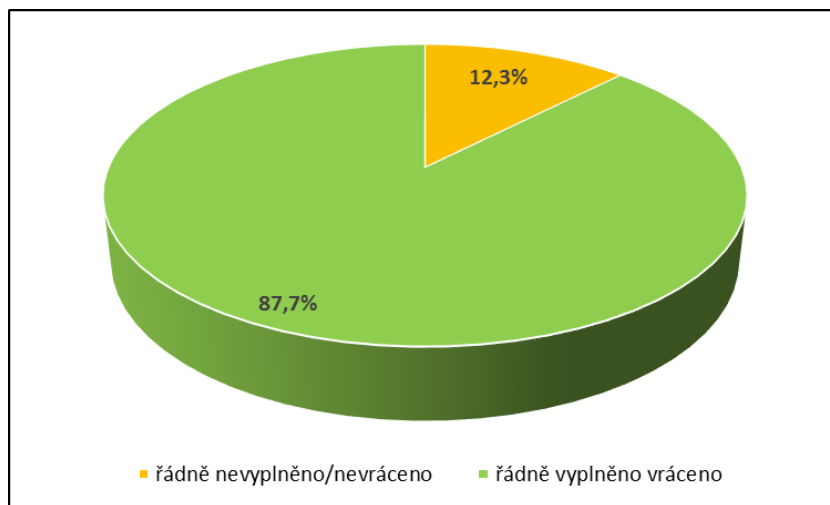
Kvalitativní šetření bylo prováděno formou dotazování prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru (příloha 2). Rozhovor byl proveden s pacienty lůžkových oddělení. Rozhovor obsahoval celkem 14 otázek. V průběhu rozhovoru byly upřesněny případné nejasnosti. Každý rozhovor probíhal v klidném a soukromém prostředí. Jednotlivé rozhovory byly nahrány na diktafon a po doslovném přepsání postupně analyzovány podle zakotvené teorie Strausse (Hendl, 2005). Získaná data byla kategorizována a zobrazena ve schématech.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvantitativní výzkum představovaly staniční sestry lůžkových oddělení několika nemocnic v Jihočeském kraji (Nemocnice České Budějovice, a. s.; Nemocnice Tábor, a. s.; Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.). Staniční sestry byly vybrány záměrně, protože tato funkce jim byla svěřena na základě bohatých zkušeností a mají kompetence ovlivňovat chování a jednání svých podřízených, takovým způsobem, který by zabraňoval devalvačnímu jednání. Celkem bylo rozdáno 65 dotazníků. S ohledem na záměrný výběr respondentek, jejich počet nemohl být vyšší. Vráceno bylo 57. Výzkumný soubor tvořil 57 (100%) respondentů. Zkoumaným výzkumným souborem kvalitativního šetření bylo 5 pacientů lůžkových oddělení chirurgických oborů v nemocnicích Jihočeského kraje (Nemocnice České Budějovice, a. s.; Nemocnice Tábor, a. s.; Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.).

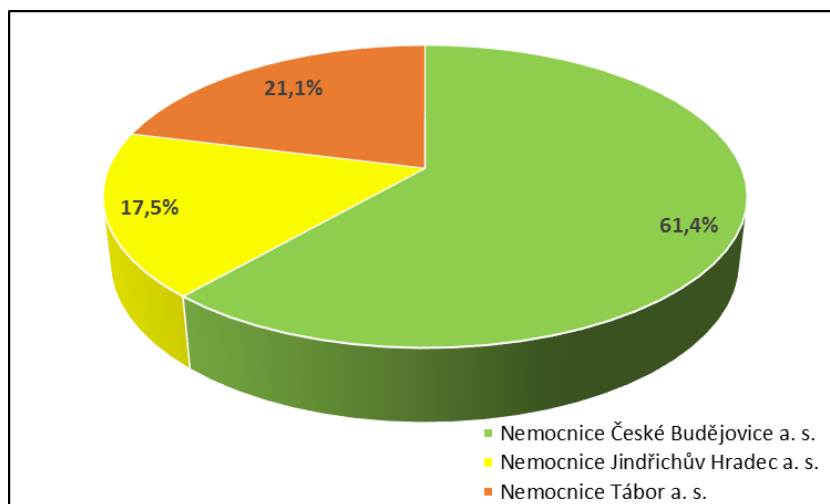
7 Výsledky kvantitativního šetření

Graf 1 Návratnost



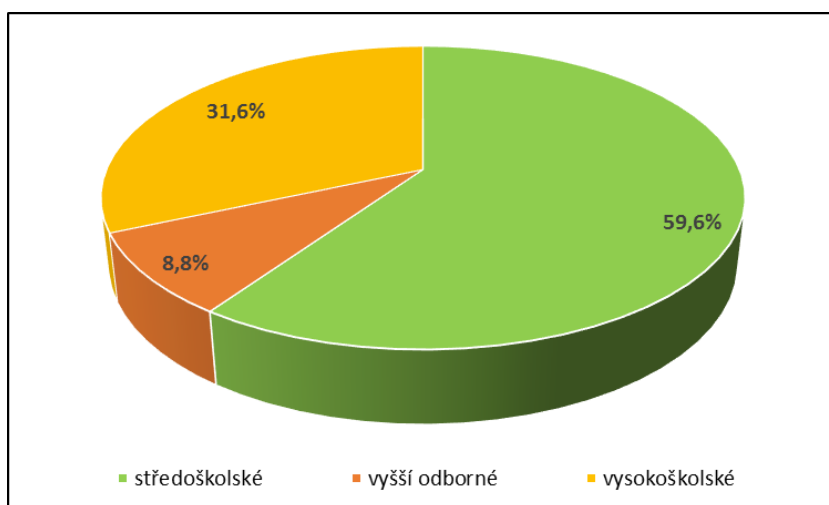
Z celkového počtu 65 (100%) bylo řádně vyplněno a vráceno 57 (87,7%), zbylých 8 (12,3%) buďto nebylo vráceno nebo nebylo řádně vyplněno.

Graf 2 Zastoupení nemocnic



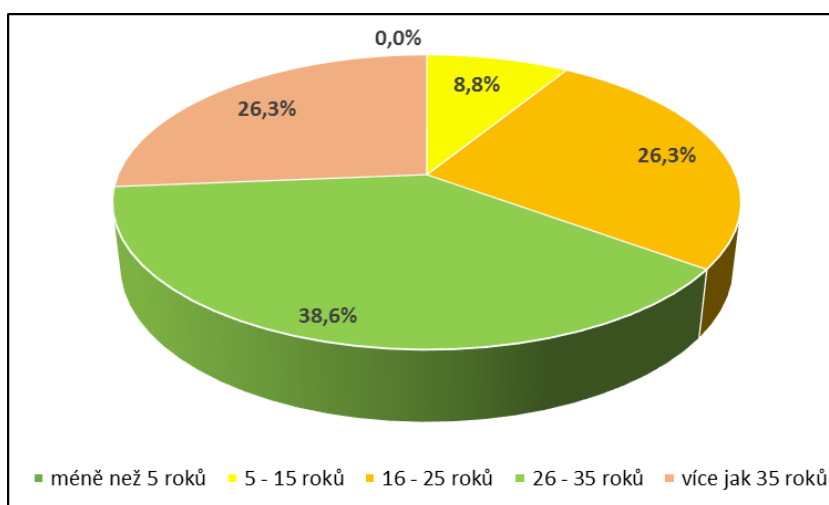
Největší část respondentů byla z Nemocnice České Budějovice a. s. 35 (61,4%). Z Nemocnice Tábor a. s. bylo 12 (21,1%) a 10 (17,5%) respondentů z Nemocnice Jindřichův Hradec a. s.

Graf 3 Vzdělání staničních sester



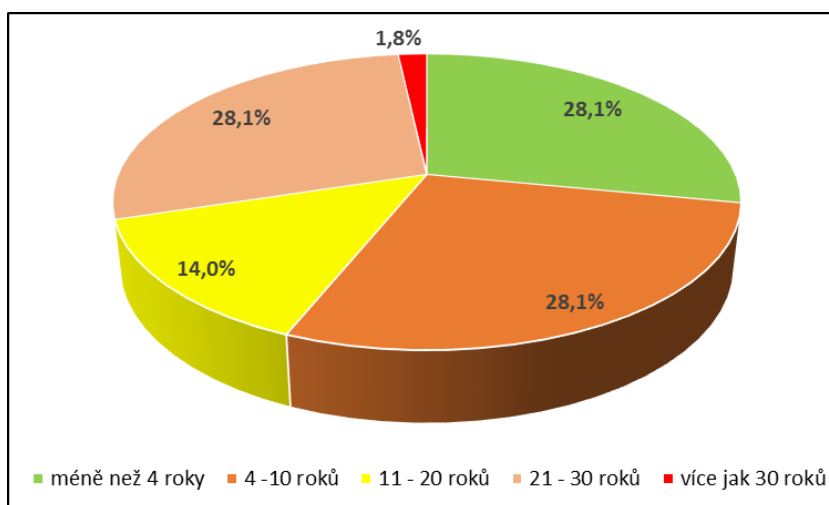
Graf 3 informuje o vzdělání staničních sester. Z celkového počtu 57 dotazovaných (100%) má 34 (59,6%) středoškolské vzdělání. Vysokoškolské vzdělání má 18 (31,6%) dotazovaných a zbylých 5 (8,8%) má vyšší odborné vzdělání.

Graf 4 Praxe staničních sester ve zdravotnictví



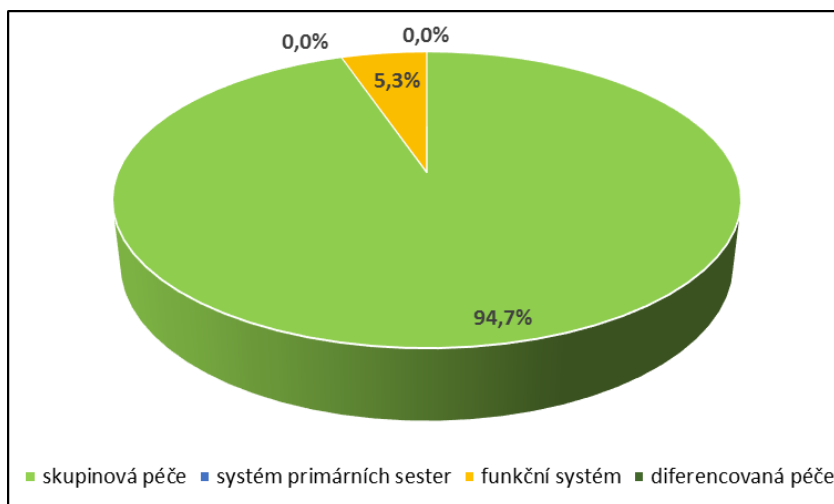
V rozmezí 26 - 35 roků pracuje ve zdravotnictví 22 respondentek (38,6%). 15 respondentek (26,3%) má praxi ve zdravotnictví 16 - 25 roků. Nejdelší praxi ve zdravotnictví tedy rozmezí 35 let a více má 15 respondentek (26,3%). Pouhých 5 respondentek (8,8%) pracuje ve zdravotnictví v rozmezí 5 - 15 roků. Praxi ve zdravotnictví méně, jak 5 let žádná z respondentek neuvádí.

Graf 5 Doba ve funkci



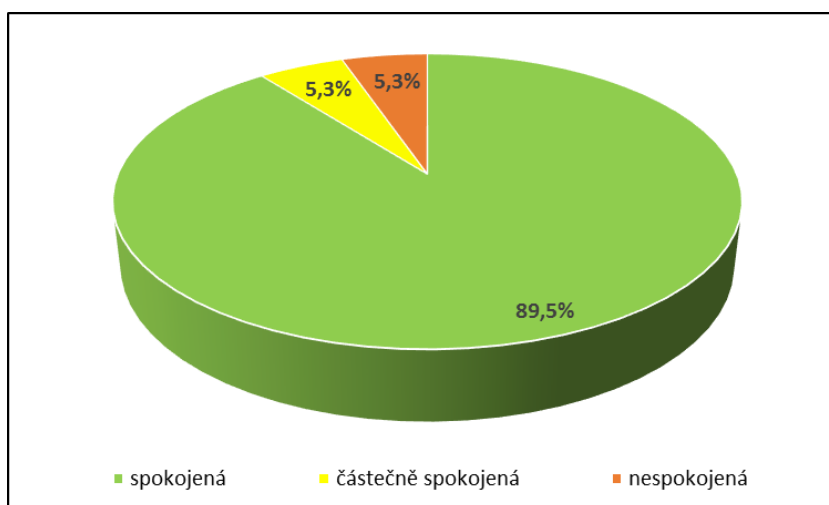
16 respondentek (28,1%) pracuje ve funkci staniční sestry v rozmezí 21 - 30 roků. V rozmezí 11 - 20 roků pracuje v pozici staniční sestry 8 respondentek (14,0%). Dalších 16 (28,1%) respondentek se v pozici staniční sestry pohybuje v rozmezí 4 - 10 roků. V rozmezí méně jak 4 roky se nachází 16 (28,1%) respondentek a 1 respondentka (1,8%) zastává v pozici staniční sestry více, jak 30 let.

Graf 6 Organizační forma péče



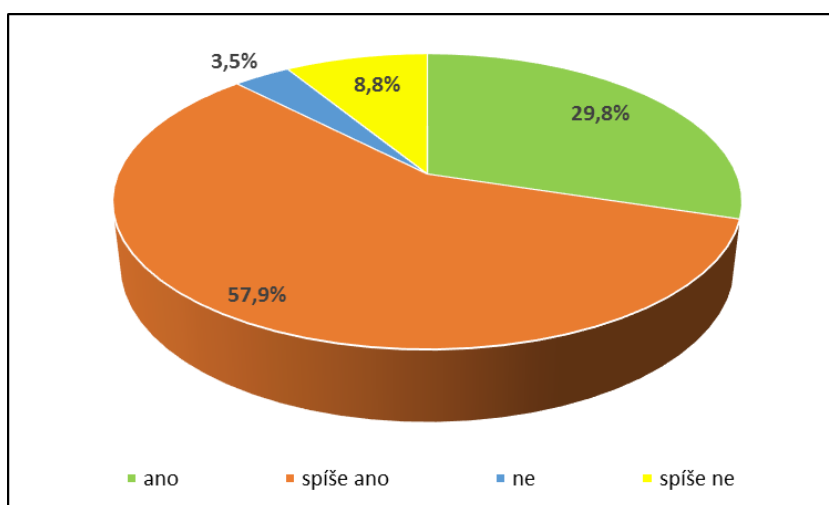
Na 54 (94,7%) odděleních aplikují skupinovou péči. Ve 3 případech (5,3%) je na oddělení zastáván funkční systém péče. Diferencovanou péči a systém primárních sester nikdo neaplikuje.

Graf 7 Spokojenost ošetrovatelského týmu s formou poskytované péče



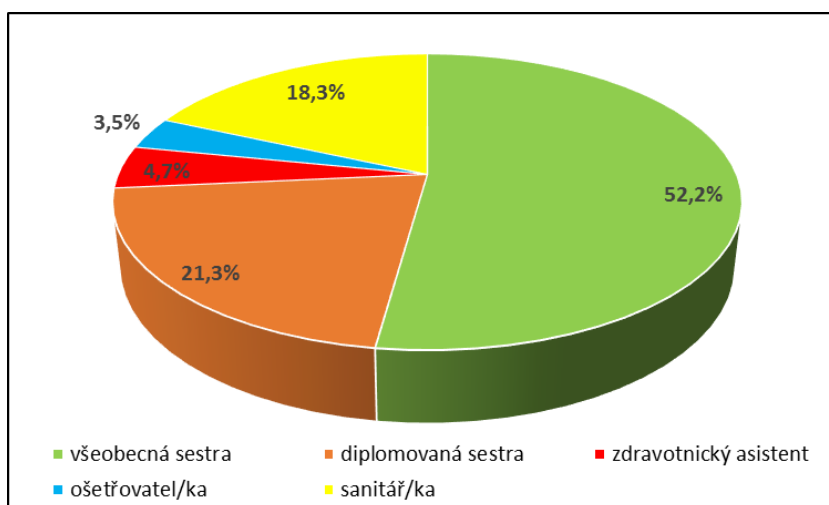
51 respondentek (89,5%) uvádí, že je ošetrovatelský tým s formou poskytované péče spokojen. Částečně spokojeni jsou 3 (5,3%). Zbylé 3 (5,3%) respondentky uvádí, že je jejich ošetrovatelský tým s formou poskytované péče nespokojen.

Graf 8 Forma péče a potřeby pacientů



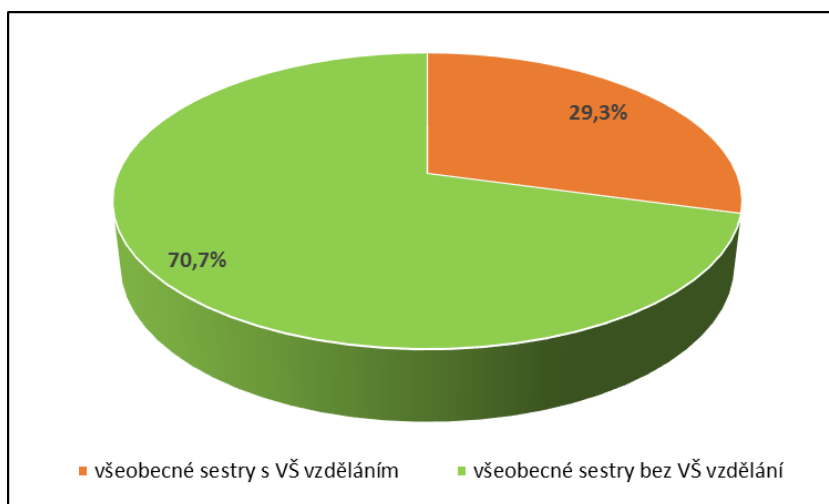
K tomu, zda je forma poskytované péče umožňuje respondentkám se věnovat všem potřebám pacientů odpovědělo spíše ano 33 (57,9%) respondentek. Odpověď ano zvolilo 17 respondentek (29,8%). Odpověď ne zvolily 2 (3,5%) respondentky. Zbylých 5 (8,8%) respondentek zvolilo odpověď spíše ne.

Graf 9 Zastoupení zdravotnických pracovníků v ošetrovatelském týmu



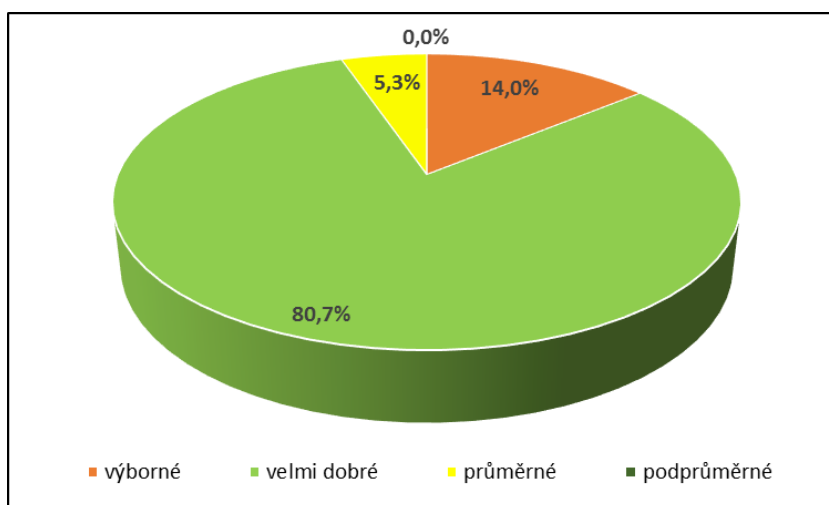
Na 57 odděleních pracuje celkem 648 osob zdravotnického personálu. Na jedno oddělení průměrně připadá 11,36 osob zdravotnického personálu. Na oddělení je zastoupeno 5,93 (52,2%) všeobecných sester, 2,42 (21,3%) diplomovaných sester, 0,53 (4,7%) zdravotnických asistentů, 0,4 (3,5%) ošetrovatelek a 2,08 (18,3%) sánitářek.

Graf 10 Podíl sester s vysokoškolským vzděláním na odděleních



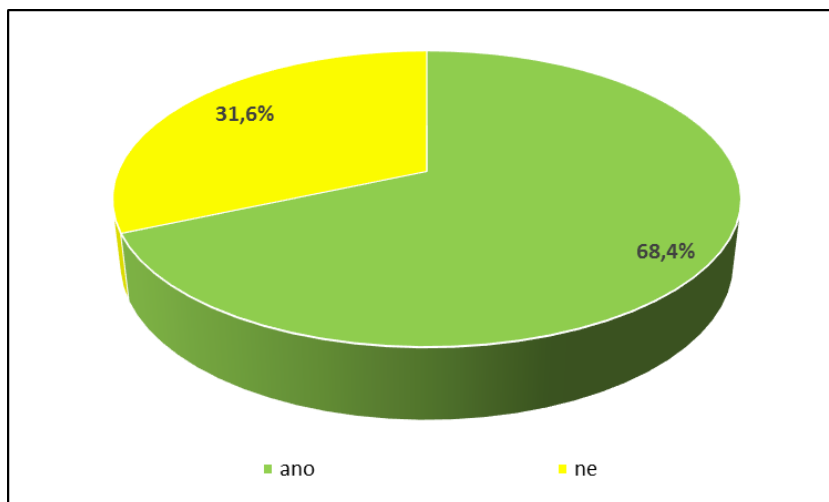
Z celkového počtu 338 (100%) pracuje na odděleních s vysokoškolským titulem 99 (29,3%) sester. Bez vysokoškolského titulu pracuje na odděleních 239 (70,7%).

Graf 11 Hodnocení evalvačních komunikačních dovedností staniční sestrou



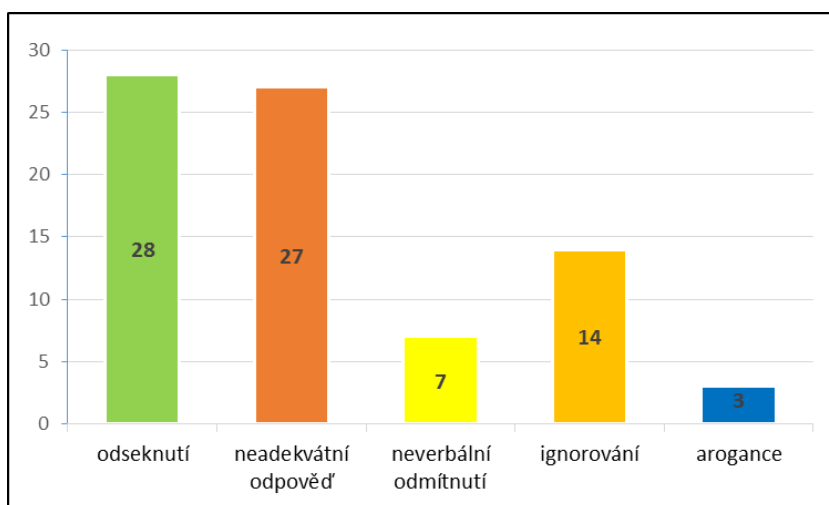
46 (80,7%) respondentek hodnotí evalvační komunikační dovednosti svých podřízených velmi dobře. 8 respondentek (14,0%) hodnotí komunikační dovednosti svých podřízených výborně. Jako průměrné hodnocení evalvačních komunikačních dovedností zvolily 3 respondentky (5,3%). Odpověď podprůměrně ne zvolila žádná respondentka.

Graf 12 Devalvující chování sester



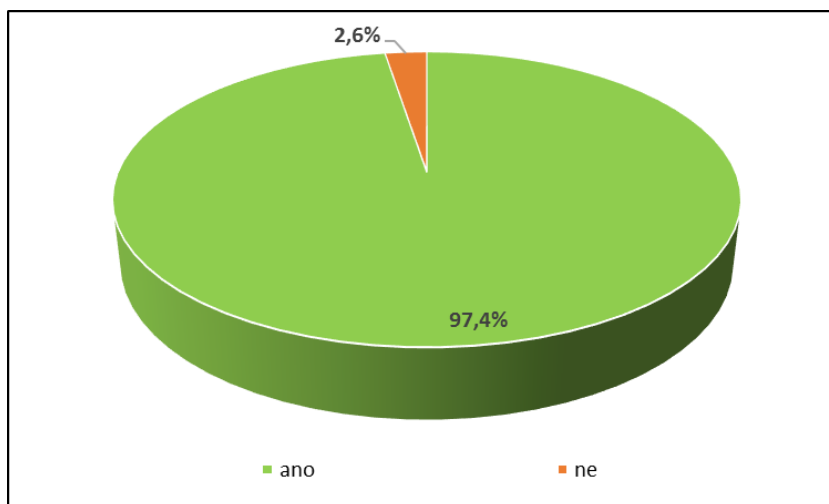
Graf 12 informuje o tom, zda se staniční sestry setkaly s nevhodným chováním svých podřízených vůči pacientům, které by způsobilo devaluaci. Z celkového počtu 57 (100%) se 39 respondentek (68,4%) setkalo s nevhodným chováním vůči pacientům. S tímto chováním se 18 respondentek (31,6%) nestekalo.

Graf 13 Způsob nevhodného chování



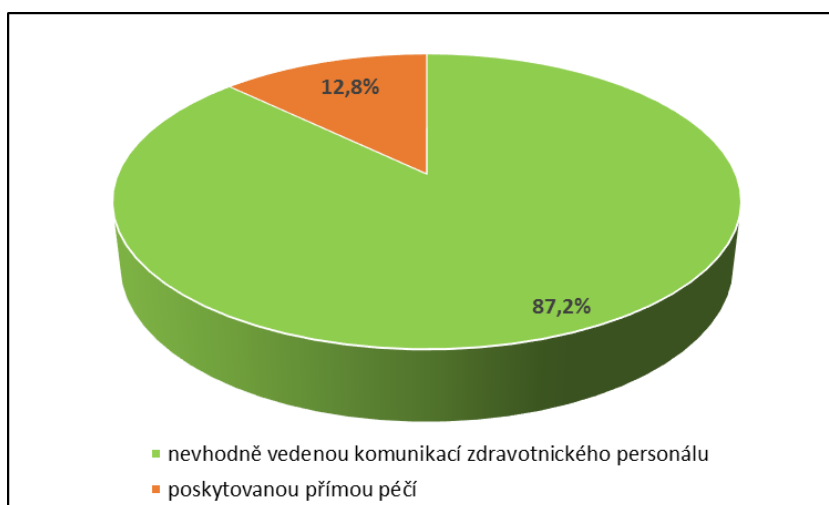
Respondentky mohly zvolit více odpovědí. Ve 28 případech bylo nevhodné chování způsobeno *odseknutím*. *Neadekvátní odpověď* byla zvolena ve 27 případech. V 7 případech bylo nevhodné chování způsobeno *odmítnutím*. *Ignorování* zvolilo 14 respondentek. Pouze 3 respondentky se vyjádřily, že nevhodné chování bylo způsobeno *arogancí*.

Graf 14 Výskyt devalvujícího chování



Z celkového počtu 39 (100%) uvedlo 38 respondentek (97,4%) uvedlo, že se devalvující chování vyskytovalo ojedinelé v 1 případě (2,6%) měla respondentka zkušenost, že se nevhodné chování opakovalo.

Graf 15 Zdroj devalvace



Ke způsobu, jakým je devalvace nejčastěji způsobená uvedlo 34 respondentek (87,2%), že devalvace byla častěji způsobená nevhodně vedenou komunikací zdravotnického personálu. Možnou odpověď, že devalvace byla způsobená poskytovanou přímou péčí uvedlo 5 (12,8%) respondentek.

H1: K devalvací člověka v průběhu hospitalizace dochází častěji komunikací zdravotnického pracovníka, než poskytovanou přímou péčí.

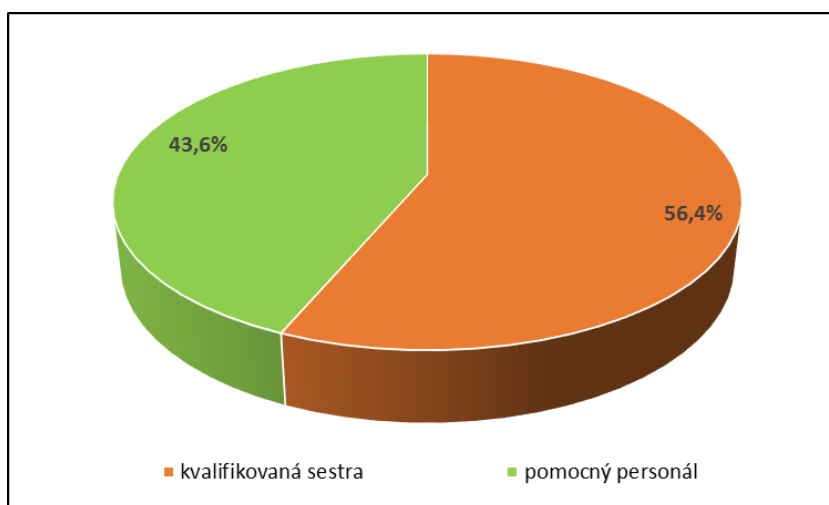
Tabulka 1 Zdroj devalvace

	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
a) nevhodně vedenou komunikací zdravotnického personálu	34	87%	23,4	60%	0,05%
b) poskytovanou přímou péčí	5	13%	15,6	40%	
Celkem	39	100%	39	100%	

Dosažená hladina významnosti 0,05%

Protože dosažená hladina významnosti je menší než 5%, očekávaná testovaná hypotéza H_0 neplatí. To znamená, že zastoupení odpovědi a) není 60%. Uskutečným šetřením bylo zjištěno, že u 87% byla devalvace častěji způsobena nevhodně vedenou komunikací zdravotnického personálu => **hypotéza 1 platí.**

Graf 16 Původce devalvujícího jednání



Za původce devalvujícího jednání považuje 22 (56,4%) respondentek, že původcem devalvujícího jednání je kvalifikovaná sestra. V 17 případech (43,6%) respondentky uvedly, že původcem devalvujícího jednání je pomocný personál.

H3: Pocit devalvace hospitalizovaného člověka je spíše vyvolán působením pomocného personálu, než kvalifikovanou všeobecnou sestrou.

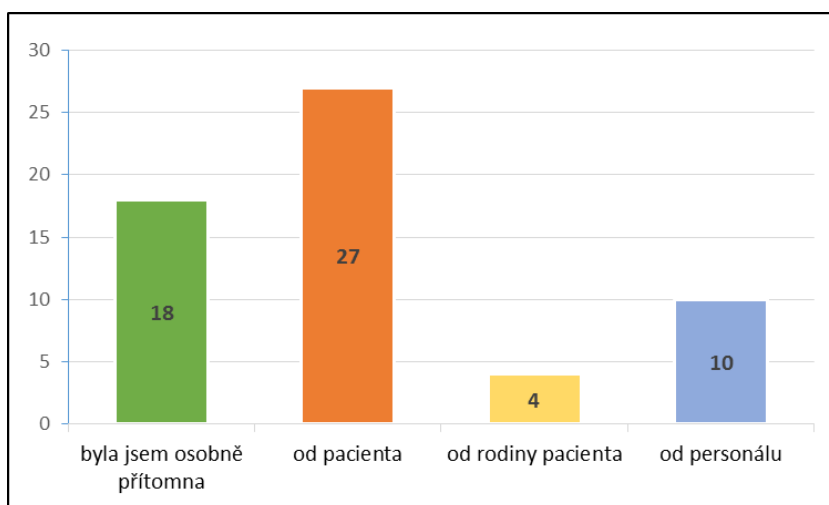
Tabulka 2 Původce devalvujícího jednání

	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
a) kvalifikovaná sestra	22	56%	15,6	40%	3,64%
b) pomocný personál	17	44%	23,4	60%	
Celkem	39	100%	39	100%	

Dosažená hladina významnosti 3,64%

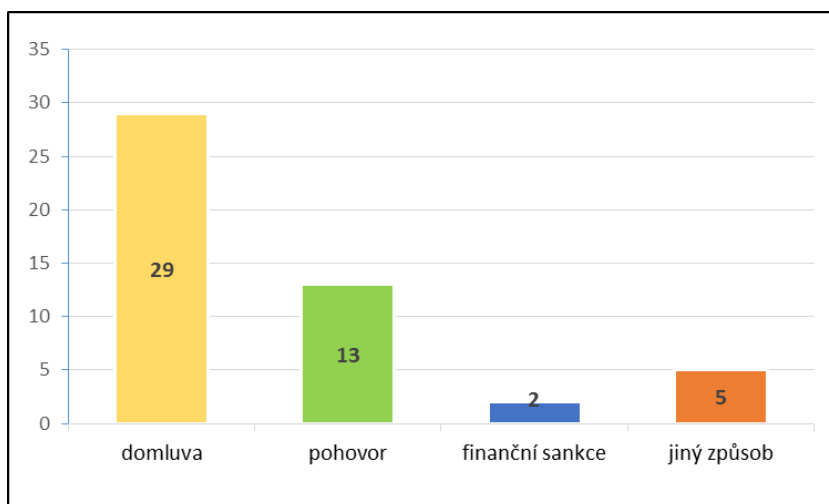
Protože dosažená hladina významnosti je menší než 5%, očekávaná testovaná hypotéza H0 neplatí. To znamená, že zastoupení odpovědi b) není 60%. Uskutečným šetřením bylo zjištěno, že u 44% byl původcem devalvace pomocný personál => **hypotéza 3 neplatí.**

Graf 17 Forma zjištění nevhodného chování



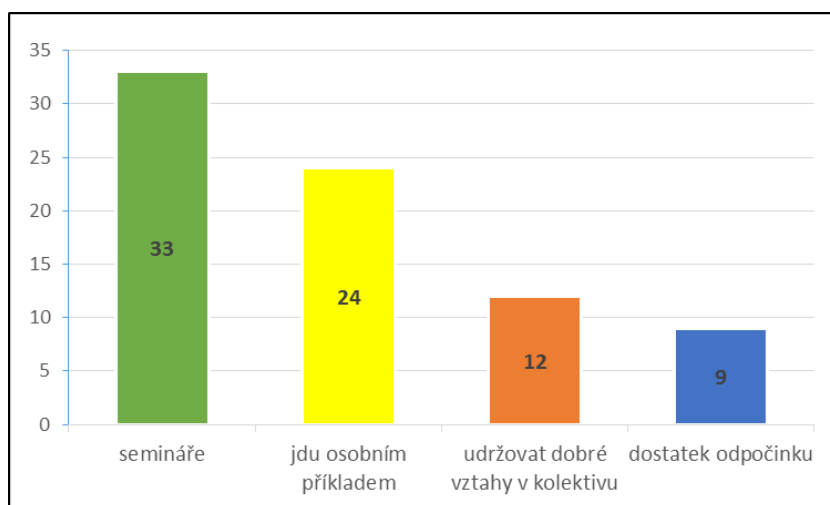
Osobně přítomny u devalvujícího chování bylo 18 respondentek. O nevhodném chování se přímo od pacienta dozvědělo 27 respondentek. Od rodiny pacienta se o nevhodném chování dozvěděly 4 respondentky a 10 respondentek se o tomto chování dozvěděla od ostatního ošetrovatelského personálu.

Graf 18 Způsob řešení při výskytu nevhodného chování



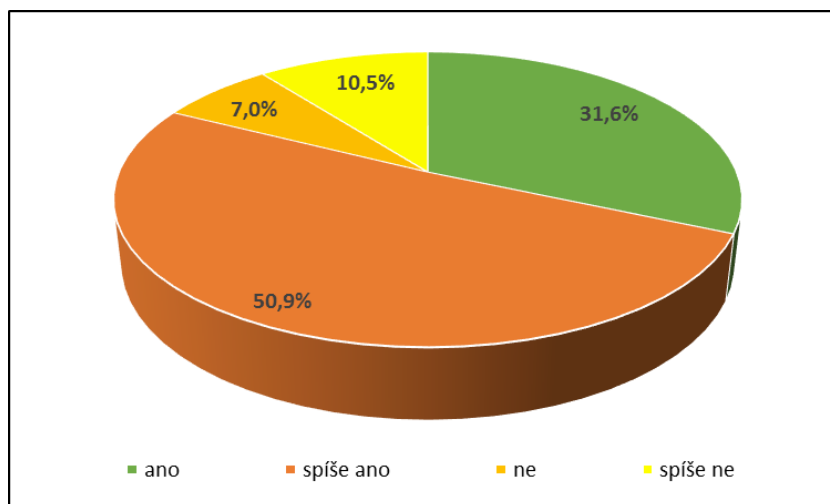
Ve 29 případech řeší situaci nevhodného chování respondentky domluvou, 13 respondentek řeší situaci pohovorem. Finanční sankce uvedly 2 respondentky a jiný způsob zvolilo 5 respondentek. Jako jiné řešení uvedly upozornění na nevhodné chování, neprodloužení pracovní smlouvy, kontrola personálu a edukace personálu.

Graf 19 Preventivní opatření



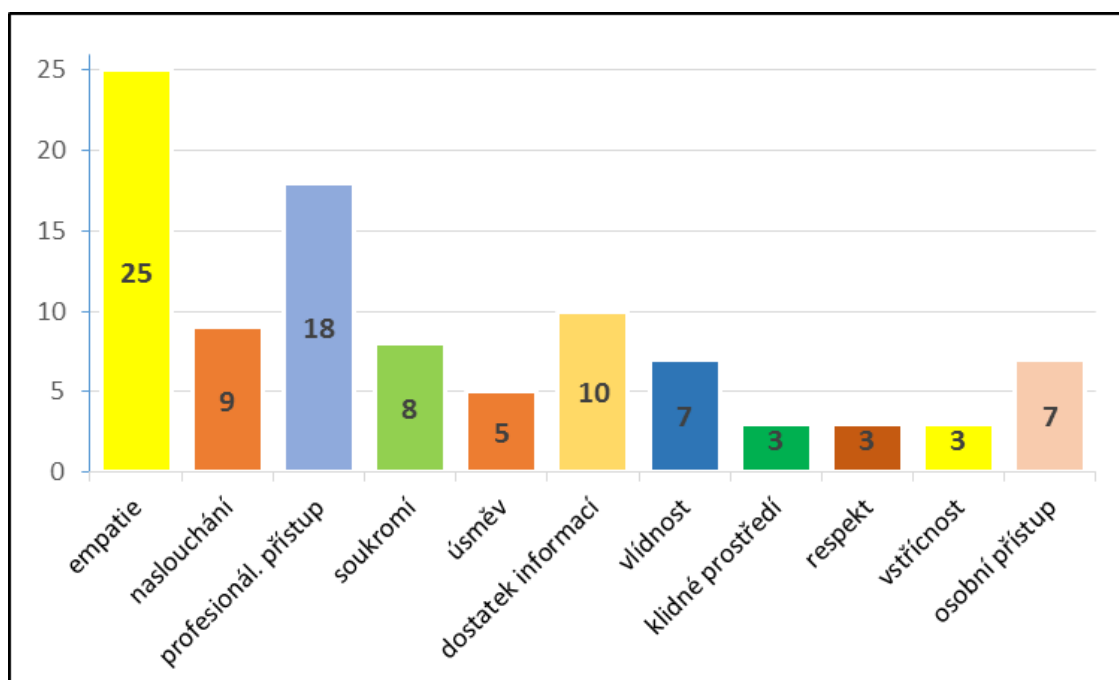
Ve 33 případech respondentky, jako prevenci výskytu nevhodného chování volí semináře. Odpověď, že jdou osobním příkladem zvolilo 24 respondentek. Pro 12 respondentek jsou důležité dobré vztahy v kolektivu a pouze 9 respondentek těmto situacím předchází zajištěním dostatečného odpočinku pro své podřízené.

Graf 20 Možnost prevence devalvace ošetrovatelské péče



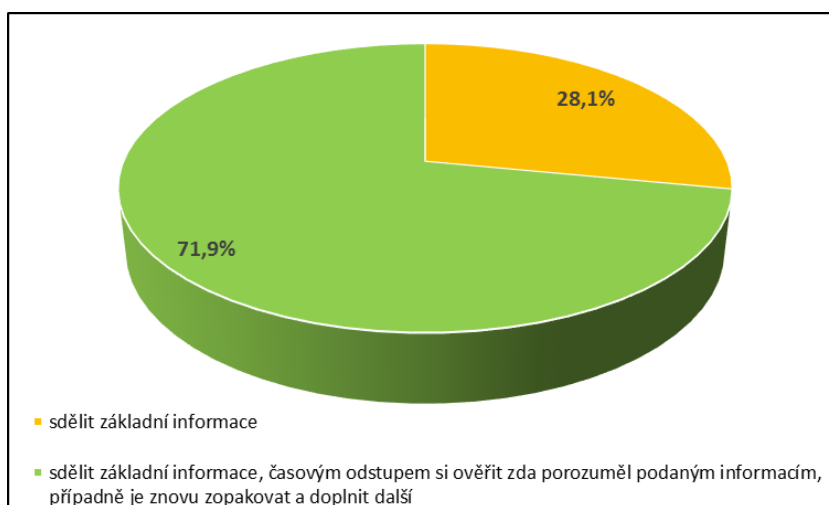
Informuje o tom, zda je reálné, aby ošetrovatelská péče byla realizována tak, aby nedocházelo k devalvaci pacientů. Z celkového počtu 57 (100%) zvolilo 29 (50,9%) odpověď spíše ano. odpověď ano zvolilo 18 (31,6%) respondentek. V 6 případech (10,5%) respondentky uvedly odpověď spíše ne a 4 respondentky (7,0%) zvolily odpověď ne.

Graf 21 Potřeba k zajištění evalvačních intervencí



Na otázku, co by potřebovala staniční sestra, kdyby byla v roli pacienta, k naplnění evalvace odpovědělo 25 respondentek, že k naplnění evalvace potřebují *empatii*, v 9 případech *naslouchání*, v 18 případech *profesionální přístup*, v 8 případech *soukromí*, v 5 případech *úsměv*. V 10 případech respondentky uvedly, že k naplnění evalvace potřebují *dostatek informací*, v 7 případech se objevovala *potřeba vlídnosti a osobního přístupu* a ve 3 případech uvedly *potřebu klidného prostředí, respektu a vstřícnosti*.

Graf 22 Způsob poskytování informací pro evaluaci



16 respondentek (28,1%) myslí, že stačí sdělit základní informace k naplnění evaluace. 41 respondentek (71,9%) preferuje jako vhodný způsob k naplnění evaluace sdělit nejprve základní informace, pak s časovým odstupem ověřit, zda pacient podaným informacím porozuměl, případně tyto informace znovu zopakovat a následně doplnit zbylé informace.

H2: Pocit devaluace člověka je závislý na způsobu poskytnutí informací, než na jejich množství.

Tabulka 3 Způsob poskytování informací pro evaluaci

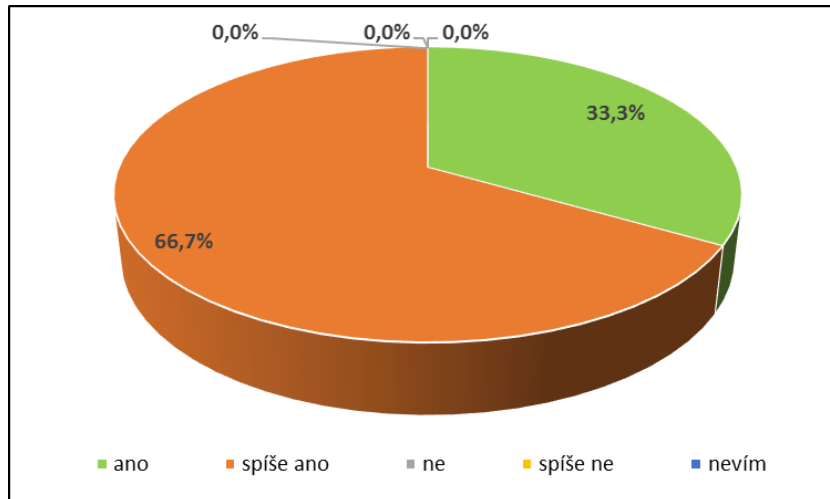
	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
a) sdělit základní informace	16	28%	22,8	40%	6,60%
b) sdělit základní informace, časovým odstupem si ověřit zda porozuměl podaným informacím, případně je znovu zopakovat a doplnit další	41	72%	34,2	60%	
Celkem	57	100%	57	100%	

Dosažená hladina významnosti 6,60%

Protože dosažená hladina významnosti je větší než 5%, očekávaná testovaná hypotéza H0 platí. To znamená, že zastoupení odpovědi b) je nejméně 60%. Uskutečným šetřením bylo zjištěno, že 72% preferuje jako vhodný způsob k naplnění evaluace sdělit nejprve základní informace, pak s časovým odstupem ověřit zda pacient podaným informacím

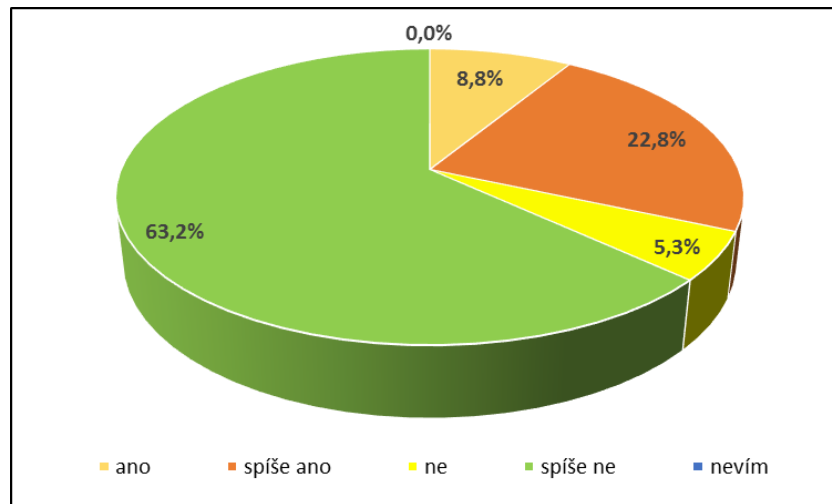
porozuměl, případně tyto informace znovu zopakovat a následně doplnit zbylé informace.
=> **hypotéza 2 platí.**

Graf 23 Nedostatečné porozumění informacím a devalvace



19 respondentek (33,3%) uvádí, že nedostatečné porozumění informacím přispívá k pocitu devalvace a 38 respondentek (66,7%) se domnívá, že nedostatečné porozumění informacím spíše může přispět k pocitu devalvace. Zbylé možnosti odpovědi nevedla žádná respondentka.

Graf 24 Podpora evalvace a personální obsazení



K tomu, zda personální obsazení umožňuje podporu evalvace pacientů odpovědělo 36 respondentek (63,2%), že personální obsazení na oddělení spíše nepodporuje evalvací pacientů, 13 respondentek (22,8%) odpovědělo, že spíše podporuje evalvací pacientů, 5 respondentek (8,8%) se domnívá, že personální obsazení podporuje evalvací pacientů a zbylé 3 respondentky (5,3%), že personální obsazení jejich oddělení nepodporuje evalvací.

8 Výsledky kvalitativního šetření

Schéma 1 Chápání devalvace člověka

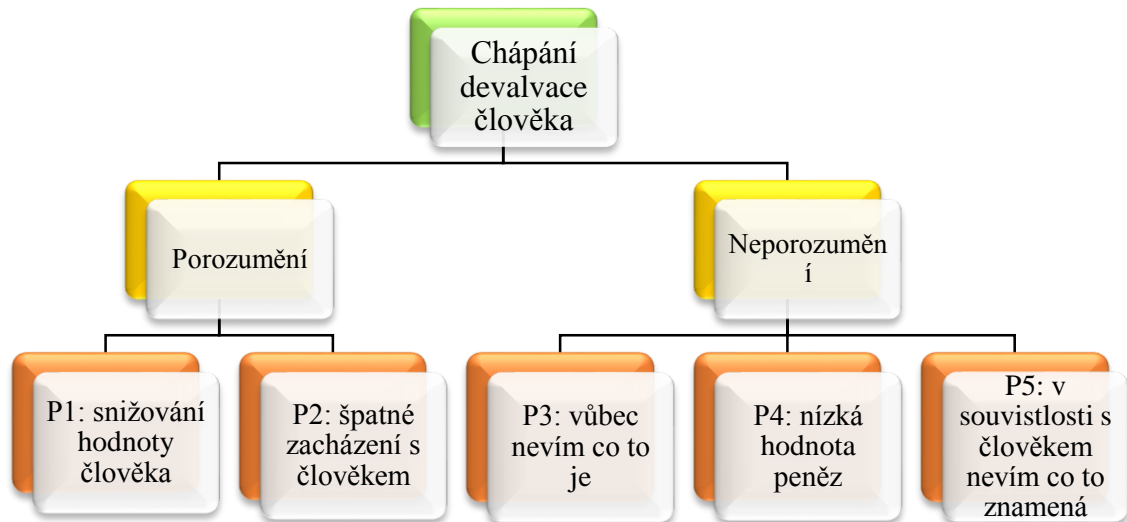


Schéma 1 znázorňuje odpovědi pacientů na první otázku v rozhovoru, kterou jsme zjišťovali, jak chápou pojem devalvace člověka. Pouze pacient 1 znal pravý význam "devalvace člověka je snižování jeho hodnoty". Pacient 2 chápal význam pojmu devalvace člověka přibližně správně "něco mi to říká, ale nevím. Špatné zacházení s pacientem. Jestli s člověkem nezacházej tak, jak by měli". Pacient 3 tento pojem nezná. "Vůbec nevím co to je". Zbylí dva pacienti na otázku odpověděli nesprávně a to tak, že pacient 4 odpověděl "nízká hodnota peněz" a pacient 5 "v souvislosti s člověkem nevím, co to znamená".

Schéma 2 Příčina nedůstojného chování zdravotnických pracovníků



Schéma 2 znázorňuje domněnky pacientů o příčinách nedůstojného chování zdravotnických pracovníků. Pacient 2 vidí jako hlavní příčinu přetíženost zdravotnických pracovníků a charakter člověka. „*Moc práce, málo personálu, a také záleží na povaze člověka*“. Rovněž pacient 3 považuje za příčinu nedůstojnému chování zdravotnických pracovníků těžkou práci, jejímž důsledkem může být podrážděnost a špatná nálada. Pacient 5 přisuzuje zdravotníkům nadřazenost. „*Myslí si, že jsou něco víc, některý*“. Ovšem pacient 1 se zamýšlí nad finančním ohodnocením, kterému připadá nedostatečné. „*Málo peněz*“. Příčinu nedůstojného chování lze spatřit v osobnostních charakteristikách jednotlivých zdravotnických pracovníků podle pacienta 2.

Schéma 3 Nedůstojná situace

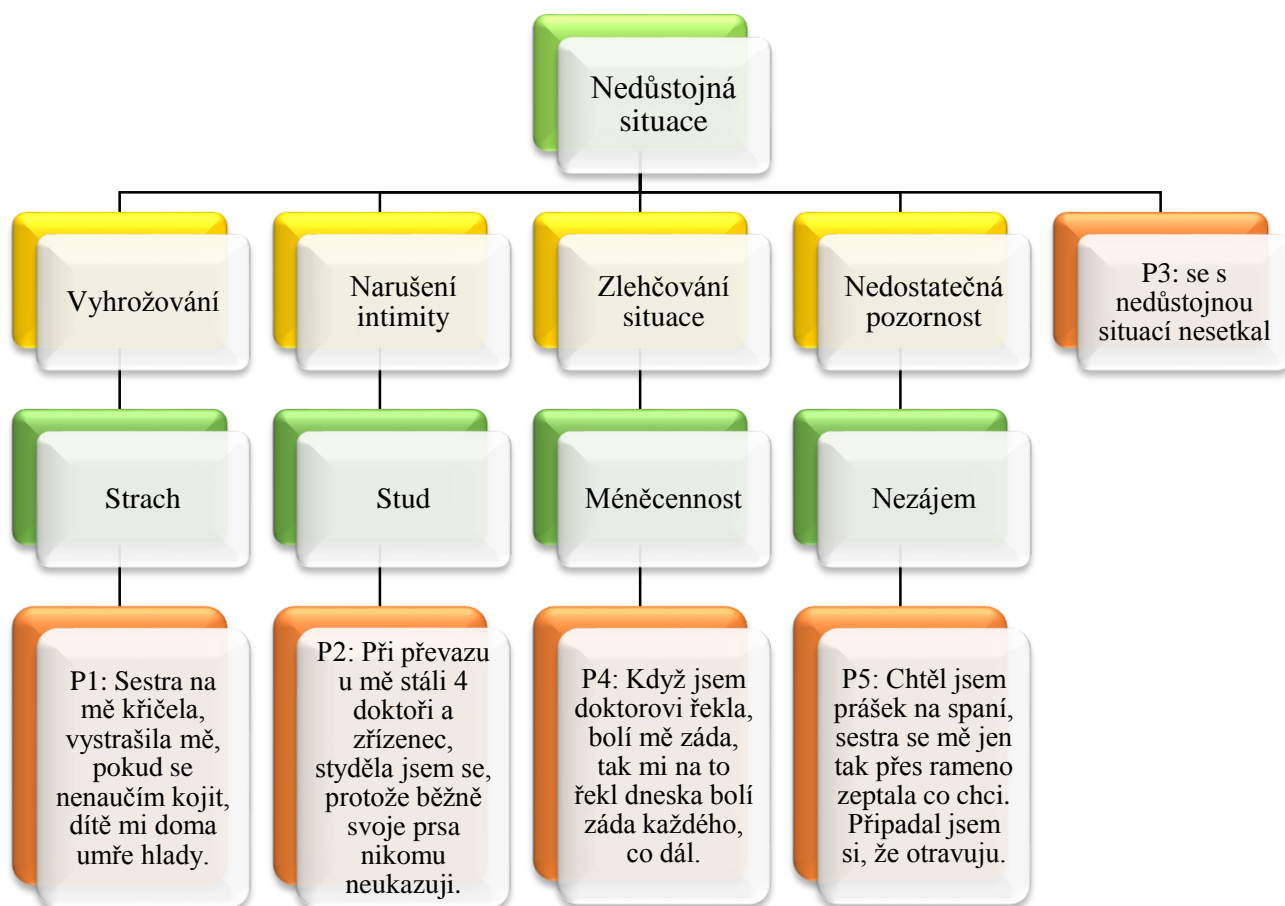


Schéma 3 znázorňuje odpovědi pacientů na otázku, zda byli někdy vystaveni nedůstojnému chování ve zdravotnictví. Kromě jednoho pacienta, se s nedůstojnou situací během svého života setkali všichni pacienti. Pacientka 1 se s nedůstojnou situací setkala během svého pobytu na porodnici. Přestože od nepříjemného zážitku uplynulo již mnoho let, stále si tuto situaci vybavuje. *"Sestra na mě křičela, vystrašila mě, pokud se nenaučím kojit, dítě mi doma umře hlady"*. Pacientka 2 popisuje svou nepříjemnou zkušenost, kdy při převazu bylo přítomno mnoho mužů, a převaz se týkal intimní části těla. *"Při převazu u mě stáli čtyři lékaři a zřízenec, styděla jsem se, protože běžně svoje prsa nikomu neukazuji"*. Pacientka 4 měla pocit, že lékař její zdravotní potíže bagatelizuje a nevěnuje jim dostatečnou pozornost *"Když jsem doktorovi řekla, bolí mě záda, tak mi na to řekl, dneska bolí záda každého, co dál"*. Pacient 5 zažil nezáměr sestry, když žádal o prášek na

spaní. "Chtěl jsem prášek na spaní, sestra se mě jen tak přes rameno zeptala, co chci. Připadal jsem si, že otravuju". Pacient 3 se s nedůstojnou situací nesetkal.

Schéma 4 Komunikace zdravotnických pracovníků

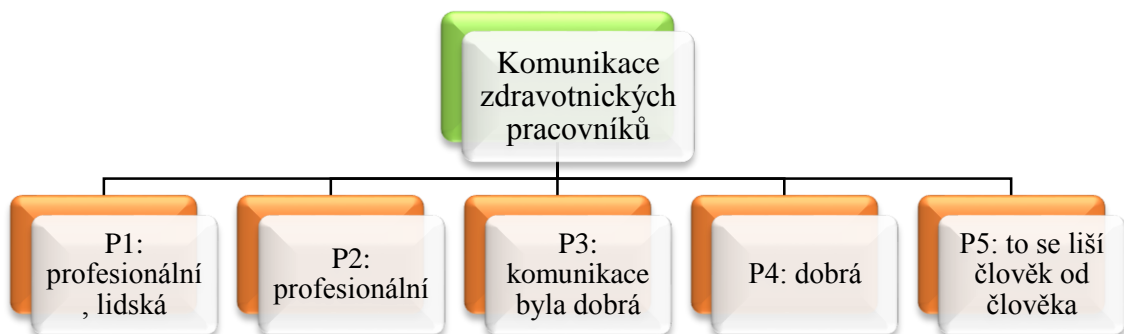


Schéma 4 znázorňuje odpovědi na otázku, jak pacienti hodnotí komunikaci zdravotnických pracovníků. Pacient 1 hodnotí komunikaci zdravotnických pracovníků pozitivně "Profesionální, lidská". Rovněž pacient 2 komunikaci hodnotil pozitivně. "Profesionální". Pacient 3 a pacient 4 byli s komunikací zdravotnických pracovníků spokojeni "Komunikace byla dobrá". Pouze pacient 5 měl zkušenost dobrou i horší komunikací. "To se liší člověk od člověka".

9 Diskuse

V naší diplomové práci jsme se zabývali problematikou devalvace člověka zdravotnickým pracovníkem. Výzkumné šetření jsme realizovali jak z pohledu pacientů, tak z pohledu sester. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Pro zjištění stanovených cílů práce jsme v empirické části zvolili kombinaci kvantitativního a kvalitativního šetření. V kvantitativním šetření byly výzkumným souborem staniční sestry lůžkových oddělení. Pro kvalitativní část výzkumného šetření byla zvolena metoda dotazování, polostrukturovaným rozhovorem s pacienty.

Výzkumné šetření bylo prováděno v rámci Jihočeského kraje. Dotazníky byly rozdány staničním sestřím lůžkových oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče, Nemocnice Tábor, a. s. se souhlasem hlavní sestry a dále Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s. se souhlasem hlavní sestry. Staniční sestry jsme vybraly záměrně, protože tato funkce jim byla svěřena na základě bohatých zkušeností. Dalším důvodem pro tento výběr byl i předpoklad, že staniční sestra zná dobře svůj ošetrovatelský tým a to nejen po stránce odborných, ale i komunikačních dovedností. Myslíme si, že staniční sestra má kompetenci ovlivňovat chování a jednání svých podřízených takovým způsobem, který by zabraňoval devalvačnímu jednání a naopak posiloval evalvační intervence.

Pro diplomovou práci jsme formulovali tři hypotézy:

H1: K devalvaci člověka v průběhu hospitalizace dochází častěji komunikací zdravotnického pracovníka, než poskytovanou přímou péčí.

H2: Pocit devalvace člověka je závislý na způsobu poskytnutí informací, než na jejich množství.

H3: Pocit devalvace hospitalizovaného člověka je spíše vyvolán působením pomocného personálu, než kvalifikovanou všeobecnou sestrou.

Na základě těchto stanovených hypotéz jsme vytvořily dotazník, který obsahoval 24 otázek, které byly otevřené a uzavřené.

Kvantitativního šetření se zúčastnilo celkově 57 respondentů (100%), všech 57 respondentů byly ženy. Lze si povšimnout nulového zastoupení mužů v pozicích

staničních sester. Profese sestry je společností chápána především jako profese ženského pohlaví. Gračko však ve své literatuře zmiňuje, že muž do profese sestry patří již od raného vývoje ošetřovatelství, bohužel je v dnešní době spíše raritou (Gračko, 2012). Jsem stejného názoru, protože mužský prvek v ženském kolektivu, pozitivně posiluje vztahy na pracovišti, domnívám se, že kdyby byl ve vedoucí pozici staniční sestry muž, byla by pak mnohem příjemnější atmosféra v kolektivu.

V naší práci jsme zjišťovali jaké je nejvyšší dosažené vzdělání staničních sester (graf 3). Středoškolské vzdělání uvedla více, jak polovina 34 (59,6%), vysokoškolské vzdělání prezentovalo 18 (31,6%) a pouhých 5 (8,8%) má vyšší odborné vzdělání. V současnosti se stává vysokoškolské vzdělání žádoucím předpokladem pro výkon manažerské pozice, k čemuž lze funkci staniční sestry přirovnat. Plevová se zmiňuje, že staniční sestra je liniovým manažerem v ošetřovatelství (Plevová, 2012). Tomu nasvědčuje obsah bakalářského a magisterského studia v oboru ošetřovatelství, v jehož rámci studenti absolvují kromě odborných ošetřovatelských předmětů i předměty manažerské a kompletní přípravu z oblasti psychologie (Studijní agenda STAG, 2014).

Zajímala nás, délka praxe staničních sester ve zdravotnictví (graf 4). V rozmezí 26-35 roků se nachází 22 respondentek (38,6%). Jako nejdelší praxi ve zdravotnictví, která se pohybuje v rozmezí 35 let a více se nachází 15 respondentek (26,3%). Pouze 5 respondentek (8,8%) pracuje ve zdravotnictví v rozmezí 5- 15 let. V délce 5 let a méně se žádná z respondentek nepohybuje. Z těchto výsledků si lze povšimnout, že ve funkcích staničních sester pracují sestry, které mají za sebou dostatečně dlouhou praxi. Stejného názoru je i Vytejšková, která uvádí, že činnost staniční sestry vykonává zpravidla sestra, která je zkušená a má několikaletou praxi ve zdravotnictví (Vytejšková a kolektiv, 2011).

Domnívám se, že v dnešní době jsou ve funkci i staniční sestry, které nemají tak dlouhou praxi ve zdravotnictví, ale mají vysokoškolské vzdělání, což je předpokladem pro vykonávání profese ve funkci. Mé tvrzení potvrzují i výsledky výzkumného šetření.

Zjišťovali jsme, jak dlouho zastávají respondentky ve funkci staniční sestry (graf 5). Pouze 1 respondentka (1,8%) je ve funkci více jak 30 let. 16 respondentek (28,1%) pracuje ve funkci staniční sestry 21- 30 let. Ve funkci staniční sestry v rozmezí 11- 20

roků pracuje 8 respondentek (14,0%). Dalších 16 respondentek (28,1%) je ve funkci 4-10 let. Pod 4 roky ve funkci staniční sestry pracuje 16 respondentek (28,1%).

Dále jsme se respondentek dotazovali, jaká organizační forma péče je zastávána na jejich oddělení (graf 6). V drtivé většině 54 (94,7%) respondentek uvedla, že na jejich oddělení je zastávána skupinová forma péče. V pouhých 3 případech (5,3%) respondentky na svém oddělení aplikují funkční systém péče. Další možné formy péče, kterými jsou diferencovaná péče a systém primárních sester, žádná z respondentek na svých pracovištích nezastává. Tento výsledek koresponduje s názorem Plevové, že tento způsob poskytované péče je nejvíce využívanou a nejběžnější metodou v našem zdravotnictví (Plevová a kolektiv, 2012).

Zajímá nás názor, zda jsou členové ošetrovatelského týmu s formou poskytované péče spokojeni (graf 7). Z celkového počtu 57 (100%) uvedlo 33 respondentek (57,9%), že jejich ošetrovatelským týmem je s formou poskytované péče spíše spokojen. Odpověď ano zvolilo 17 respondentek (29,8%). Odpověď spíše ne uvedlo 5 respondentek (8,8%) a ve 2 případech (3,5%) jsou s formou poskytované péče zcela nespokojeni. Z těchto dvou výše uvedených výsledků vyplývá, že se skupinovou péčí jsou členové ošetrovatelského týmu spokojeni.

Zjišťovali jsme názor, jestli forma poskytované péče umožňuje věnovat se dostatečně všem potřebám pacientů (graf 8). Z celkového počtu 57 (100%) odpověď spíše ano zvolilo 33 respondentek (57,9%). Odpověď ano zvolilo 17 respondentek. Odpověď spíše ne zvolilo 5 respondentek (8,8%) Pouze 2 respondentky (3,5%) si myslí, že forma poskytované péče neumožňuje věnovat se dostatečně všem potřebám pacientů. Převážná část je s tímto způsobem péče spokojená a domnívají se, že tato forma péče umožňuje věnovat se dostatečně všem potřebám pacientů. Ze svých zkušeností i já přidám svůj názor, že díky skupinové péči mám mnohem větší přehled o přidělených pacientech.

Také jsme zjišťovali zastoupení zdravotnických profesí v ošetrovatelském týmu. Na 57 odděleních pracuje 648 ošetrovatelského personálu. Na jedno oddělení připadá průměrně 11,36 osob zdravotnického personálu. Průměrná struktura je tvořena 6,93 (52,2%) všeobecných sester, diplomovaných sester je zastoupeno 2,42 (21,3%). Zdravotnických asistentů je v průměru 0,53 (4,7%), ošetrovatelek a sanitářek je 2,08 (18,3%).

Zajímalo nás zastoupení vysokoškolsky vzdělaných sester na oddělení (graf 10). Z celkového počtu 338 (100%) pracuje na oddělení s vysokoškolským titulem 99 sester (29,3%). Bez vysokoškolského titulu pracuje na odděleních 239 (70,7%). Lze si povšimnout, že zhruba jedna třetina sester má vysokoškolské vzdělání. Podle mého názoru by bylo optimální, kdyby vysokoškolsky vzdělané sestry tvořily alespoň polovinu ošetrovatelského týmu. Do budoucna jistě dojde k navýšení počtu vysokoškolsky vzdělaných sester, které budou ovlivňovat kvalitu poskytované péče pozitivním směrem.

V další otázce nás zajímalo, jak staniční sestry hodnotí komunikačních dovedností zdravotnického personálu, které směřuje k evalvací (graf 11). Z celkového počtu 57 (100%) hodnotí 46 respondentek (80,7%) své podřízené velmi dobře. Jako výborné komunikační dovednosti, které směřují k evalvací, hodnotí 8 respondentek (14,0%). Jako průměrné hodnocení zvolily 3 respondentky (5,3%). Je zde zřejmé, že převážná část respondentek hodnotí evalvační komunikační dovednosti velmi pozitivně, což je příjemné zjištění. Ovšem Vévoda poukazuje na to, že komunikace je jedním z nejslabších míst v našem zdravotnictví (Vévoda a kolektiv, 2013).

Další sérií otázek jsme se zabývali problematikou devalvace. V otázce 12 nás zajímalo, zda se staniční sestry setkaly ve své funkci s nevhodným chováním vůči pacientům, které by způsobilo devalvací (graf 12). Z celkového počtu 57 dotazovaných (100%) se s devalvujícím chováním vůči pacientům, setkalo 39 respondentek (68,4 %). S tímto chováním se 18 respondentek (31,6%) nesetkalo. Z těchto výsledků vyplývá, že více jak polovina respondentek se s devalvujícím chováním vůči pacientovi setkala. Naše výsledky potvrzuje i mínění Křivohlavého, který uvádí, že s devalvujícím chováním vůči pacientům se setkáváme ve zdravotnictví běžně a bohužel k nim dochází velmi často (Křivohlavý a Pečenková 2004).

V otázce, jakým způsobem se nevhodné chování projevilo, mohly respondentky zvolit více odpovědí (graf 13). Z celkového počtu 39 dotazovaných (100%) ve 28 případech respondentky uvedly, že nevhodné chování bylo způsobeno *odseknutím*. Neverbální *odmítnutí* bylo zvoleno v 7 případech. Ve 27 případech bylo nevhodné chování způsobeno formou *neadekvátní odpovědi*. *Ignoraci* zvolily respondentky ve 14 případech a pouze ve 3 případech bylo nevhodné chování způsobeno *arogantním chováním*. Lze si povšimnout, že nevhodné chování bylo způsobeno určitým způsobem verbální

komunikace především verbálním komunikačním projevem, ale jak respondentky uvedly, v 7 případech bylo nevhodné chování způsobeno neverbálním odmítnutím, což znamená, že i nevhodný neverbální projev může mít dopad na psychiku druhého člověka a zdravotníci by měli na význam neverbálního projevu v interakci s pacientem pamatovat. Jak uvádí Špatenková: „*Pacienti velmi citlivě vnímají neverbální komunikaci sestry. Všimají si mnohem více toho, co sestra dělá a jak se chová, než toho co říká*“ (Špatenková, Králová, 2009).

Zjišťovali jsme, jak často se devalvující jednání vůči pacientům vyskytovalo (graf 14). Z celkového počtu 39 (97,4%) téměř všechny respondentky uvedly, že se jednalo o ojedinělé případy. Pouze 1 respondentka (2,6%) měla zkušenost, že se devalvující chování opakovalo. Za potěšující lze považovat, že téměř všechny respondentky uvedly, že se devalvující chování neopakovalo. Domnívám se, že v mnoha případech se respondentky o devalvujícím chování svých podřízených nemusely dozvědět, proto považuji toto zjištění za neobjektivní.

Zajímal nás zdroj devalvace (graf 15). Z celkového počtu 39 (100%) uvádí 34 respondentek (87,2%), že devalvace byla způsobená nevhodně vedenou komunikací zdravotnického personálu. Pouze 5 respondentek (12,8%) uvedlo, že devalvace byla způsobená poskytovanou přímou péčí. Přímou péčí máme na mysli přímý kontakt sestry s pacientem při vykonávání určitého úkonu. Protože touto otázkou chceme zjistit, platnost hypotézy 1, tak jsme použili statistické zpracování pomocí chí kvadrát testů (tabulka 1). Uskutečněným šetřením bylo zjištěno, že u 87 % byla devalvace častěji způsobená nevhodně vedenou komunikací zdravotnického personálu proto se H1 potvrzuje.

Dále jsme zjišťovali původce devalvujícího jednání (graf 16). Z celkového počtu 39 (100%) uvedlo 22 respondentek (56,4%), že původcem devalvujícího jednání je kvalifikovaná sestra. V 17 případech (43,6%) respondentky uvedly, že původcem devalvujícího jednání je pomocný personál. Tato otázka byla pro nás klíčová, abychom byli schopni zjistit platnost hypotézy 3. H3: Pocit devalvace hospitalizovaného člověka je spíše vyvolán působením pomocného personálu než kvalifikovanou všeobecnou sestrou. Proto jsme taktéž použili statistický chí kvadrát test (tabulka 2). Pomocí chí kvadrát testu bylo zjištěno, že u 44 % byl původcem devalvace pomocný personál proto H:3 nebyla potvrzena. Očekávali jsme, že se tato hypotéza potvrdí. Domnívali jsme se,

že původcem devalvujícího jednání bude v převážné většině pomocný personál, ovšem skutečné šetření tuto hypotézu vyvrátilo. Mysleli, jsme si, že kvalifikované sestry díky svému vzdělání a odbornosti budou původcem devalvace ve velmi malém měřítku a v převážné většině se na devalvujícím jednání podílí pomocný personál. Lze povšimnout, že výsledky jsou celkem vyrovnané. Ovšem když se vrátíme k otázce, jaké je zastoupení ošetrovatelského personálu (graf 9), poukazují na fakt, že pomocného personálu tvoří v průměru pouze 2,08 sanitárek (18,3%) oproti průměru všeobecných sester 5,93 (52,2%) a průměrného výskytu diplomovaných sester 2,42 (21,3%) je tedy evidentní, že pomocný personál je mnohem méně početně zastoupen, proto lze ve výsledku spatřit větší podíl sester, které přispívají k devalvujícímu chování.

Zajímalo nás, jakou formou se staniční sestra dozvěděla o devalvujícím chování svého podřízeného vůči pacientovi (graf 17). Respondentky mohly zvolit více odpovědí. V 18 případech byly respondentky osobně přítomny u devalvujícího jednání vůči pacientovi. Ve 27 případech se o devalvujícím chování dozvěděly od pacienta. Od rodiny pacienta se o nevhodném chování dozvěděly ve 4 případech a v 10 případech se o tom to chování dozvěděly od ostatního zdravotnického personálu. Předpokládám, že někteří pacienti si nepříjemnou zkušenost odnáší domů a svěří se s ní až svým blízkým, případně ji vytěsní, což potvrzuje mínění Vymětala o tom, že vytěsňujeme především nepříjemné zážitky a různá psychická traumata, čímž aktivně chráníme naše vědomí (Vymětal, 2003). Pozastavím se u sdělení, že o devalvujícím chování se staniční sestry dozvěděly od ostatního personálu. Vhodnou příležitostí pro sdělení těchto informací spatřuji v pravidelném hlášení, kde kromě informací o skladbě pacientů a jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu je možné upozornit jak staniční sestru, tak ostatní členy ošetrovatelského týmu na skutečnost, která by mohla mít na pacienta devalvující účinky. K této situaci by pomohly pracovní schůzky, na kterých by se řešily problémy a nedostatky v rámci celoživotního vzdělávání.

Zjišťovali jsme, jakým způsobem staniční sestry řeší nevhodné chování vůči pacientům (graf 18). Tato otázka byla otevřená. Ve 29 případech respondentky situaci řeší domluvou s dotyčnou osobou, která byla původcem devalvujícího jednání. Ve 13 případech respondentky volí jako řešení pohovor. Pouze 2 respondentky situaci řešily finanční sankcí. Jako jiné řešení bylo v odpovědích uvedeno upozornění na nevhodné chování,

neproloužení pracovní smlouvy, kontrola personálu a edukace personálu. Z těchto výsledků vyplývá, že nejčastější způsob řešení respondentky volí domluvu. Jako velmi účinný způsob řešení spatřuji v použití konstruktivní kritiky. Ta podle Ros spočívá v tom, že poukážeme na chybu, které se podřízený dopustil, a nabídneme mu nějakou alternativu, jak se příště zachovat lépe. Poukázat jen na chybu, které se dopustil, nemá smysl (Ros; Templar, 2006). Podle mého názoru, by bylo vhodné tu to situaci řešit touto metodou, pokud by se ovšem devalvující jednání ze strany zaměstnance opakovalo, přistoupila bych k finanční sankci.

Zajímalo nás, jakým způsobem staniční sestry předchází těmto situacím na pracovišti (graf 19). Z celkového počtu 57 (100%) ve 33 případech respondentky uvedly, že jako prevenci devalvujícího jednání volí semináře. Dalších 24 respondentek uvedlo, že jdou svým podřízeným osobním příkladem. Pro 12 respondentek jsou důležité dobré vztahy v kolektivu a pouze 9 respondentek přikládá důležitosti zajištění dostatečného odpočinku pro členy ošetrovatelského týmu. Domnívám se, že respondentky podceňovaly význam dostatečného odpočinku. Nejedná se pouze o dostatek spánku, ale i o dostatek času stráveného s rodinou, prostor pro své zájmy a koníčky a v neposlední řadě duševní hygienu, která je stěžejná v prevenci syndromu vyhoření. Jak uvádí Křivohlavý: *Má-li sestra dobře pracovat - má-li pečovat o pacienty a být jim mimo jiné i povzbuzující sociální oporou, pak je zapotřebí, aby byla i ona sama v dobrém stavu*“ (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Zjišťovali jsme, zda je reálné poskytovat péči, aniž by docházelo k devalvaci (graf 20). Z celkového počtu 57 (100%) zvolilo 29 respondentek (50,9%) odpověď spíše ano. V 18 případech (31,6%) zvolily respondentky odpověď ano. Odpověď spíše ne zvolilo 6 respondentek (10,5%) a pouze 4 respondentky (7,0%) zvolily odpověď ne. Tyto výsledky mají optimistický výhled a lze z nich usuzovat na to, že staniční sestry mají pozitivní myšlení a zcela jistě působí na svůj tým pracovníků v tomto duchu.

V další otázce jsme se dotazovali, co by staniční sestra potřebovala, kdyby byla v roli pacienta k naplnění evalvace (graf 21). Ve 25 případech byla zastoupena *empatie*, v 18 případech *profesionální přístup*, v 9 případech *naslouchání*, v 8 případech dávají důležitost *soukromí*, v 5 případech je zastoupen *úsměv*. V 10 případech respondentky uvedly, že k naplnění evalvace potřebují *dostatek informací*, v 7 případech se objevovala

potřeba vřidnosti a osobního přístupu a ve 3 případech uvedly *potřebu klidného prostředí, respektu a vstřícnosti*. Je zřejmé, že zde respondentky přikládají velký význam právě komunikačním dovednostem. Největší zastoupení měla empatie, která je k nim běžně přiřazována, ovšem Mearns a Thorne ji odmítají považovat pouze za komunikační dovednost a definují ji jako proces bytí s klientem (In Vybíral. 2000). V odpovědích respondentek zmiňovaný úsměv vypovídá o důležitosti neverbálního projevu. Zacharová poukazuje na významnou skutečnost, že autentický úsměv sestry má pro pacienta posilující a povzbuzující charakter (Zacharová a kolektiv, 2011).

Zajímal nás způsob poskytování informací, který přispívá k evalvací (graf 22). Z celkového počtu 57 (100%) si 16 respondentek (28,1%) myslí, že stačí sdělit základní informace, ovšem v převážné většině 41 respondentek (71,9%) preferuje jako vhodný způsob k naplnění evalvace sdělit nejprve základní informace, pak s časovým odstupem ověřit, zda pacient podaným informacím porozuměl, případně tyto informace zopakovat a následně doplnit o zbylé. Vzhledem k tomu, že tato otázka je pro nás klíčová, použili jsme chí kvadrát test (tabulka 3), pomocí něhož jsme ověřili platnost hypotézy 2. Zjistili jsme, že 72 % respondentek preferuje jako vhodný způsob k naplnění evalvace sdělit nejprve základní informace, pak s časovým odstupem ověřit, zda pacient porozuměl podaným informacím, případně tyto informace znovu zopakovat a následně doplnit. H2 se potvrdila.

Dále jsme zjišťovali, zda nedostatečné porozumění informacím přispívá k pocitu devalvace. Z celkového počtu 57 (100%) se 19 respondentek (33,3%) uvedlo odpověď ano a 38 respondentek (66,7%) uvedlo odpověď spíše ano. Zápornou odpověď ne zvolila žádná respondentka. Je proto zřejmé, že je důležité pacienta informovat takovým způsobem, aby podaným informacím dobře porozuměl a snížilo se riziko devalvace. V případě, že se pacientovi dostane dostatečné množství srozumitelných informací, snižuje to jeho úzkost a stres, pacient se cítí spokojenější a lépe se přizpůsobuje léčebnému režimu (Ptáček a kolektiv, 2011).

Naše poslední otázka zjišťovala, zda umožňuje personální obsazení podporovat evalvací pacientů. Z celkového počtu 57 (100%) se 36 respondentek (63,2%) domnívá, že personální obsazení na oddělení spíše nepodporuje evalvací pacientů. Ve 13 případech (22,8%) respondentky uvedly, že spíše podporuje evalvací pacientů, 5 respondentek

(8,8%) se domnívá, že personální obsazení jejich oddělení podporuje evaluaci a pouze 3 respondentky (5,3%) uvedly, že personální obsazení nepodporuje evaluaci. Z toho usuzují, že pokud personální obsazení evaluaci spíše nepodporuje, pak tedy devaluaci určitým způsobem ovlivňuje.

Kvalitativní výzkumné šetření v této diplomové práci bylo provedeno technikou dotazování. Výzkumný soubor tvořilo pět hospitalizovaných pacientů v nemocnicích v rámci Jihočeského kraje Nemocnice České Budějovice, a. s., Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s. Nemocnice Tábor, a. s. Rozhovor obsahoval 15 otázek. Během rozhovoru byla navozená klidná a uvolněná atmosféra. Pacienti byli informováni o anonymitě a byli ujištěni, že jejich jména nebudou v diplomové práci uvedena, aby nedošlo k prozrazení jejich identity.

V první otázce jsme zjišťovali, jak pacienti rozumí pojmu devaluace člověka (schéma 1). Pouze dva z pacientů věděli, co pojem devaluace člověka znamená. Pacient 1 znal pravý význam *„devaluace člověka je snižování jeho hodnoty.“* Pacient 2 rozuměl pojmu přibližně správně *„něco mi to říká, ale nevím. Špatné zacházení s pacientem. Jestli s člověkem nezacházej tak jak by měli.“* Další dva pacienti tento pojem spojovali s financemi. Pouze jeden pacient vůbec nevěděl, co tento pojem znamená. Z těchto odpovědí vyplývá, že pojem devaluace je ve společnosti vnímán, spíše jako ekonomický termín. Pacient 1, který znal správný význam pojmu devaluace člověka, měl vysokoškolské vzdělání humanitního směru, což nám vysvětluje jeho orientaci v této problematice.

V další otázce nás zajímalo, zda zažili v průběhu svého života situaci, spojenou se zdravotnictvím, kterou by označili za nedůstojnou, ponižující jejich osobu. Z odpovědí pacientů vyplývá, že až na jednoho pacienta se ostatní setkali s takovou situací. Pacient 3 se s takovou situací neseťkal, což lze vysvětlit tím, že se jedná o mladého člověka, který je hospitalizován poprvé. Přestože, až na jednoho pacienta neznali pravý význam devaluace člověka, tak se s ponížením setkali.

Odpovědi na další otázku přibližují prožitek nedůstojného chování ze strany zdravotnického personálu. Výpovědi jednotlivých pacientů byly rozdílné. Pacientka 1 jako příklad uvádí situaci, kterou prožila jako nezkušená prvorodička. *„Nejhorší zážitek*

co mám, se mi stal v porodnici. Moje miminko nechtělo pít a sestra na mě křičela, že neumím kojit. Bylo to moje první dítě a kojit jsem opravdu neuměla. Sestra mě strašila, že mi dítě doma umře hladu.“ Přesto, že od události uplynulo mnoho let, pacientka ji stále považuje za traumatizující a její výpověď byla emocionálně podbarvena. Je příkladem toho, že devalvace se dotýká citlivých míst a její následky si člověk často nese do konce života (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Pacientka 2 vnímala nedůstojně narušení intimity, kdy při ošetrovatelském výkonu bylo přítomno více osob opačného pohlaví: *„Při převazu u mě stáli 4 doktoři a byl tam i zřízenec, který čekal, až budu hotová. Styděla jsem se, protože svoje prsa běžně nikomu neukazuju.*“ Domnívám se, že přítomnost lékařů byla na místě, konzultovali pacientky stav, ovšem přítomnost zřízence u takového úkonu, týkajícího se intimního místa byla zcela jistě zbytečná a v pacientce vyvolávala pocit studu. Podle Nakonečného je zážitek studu konfrontací osobního nedostatku či neúspěchu se sociálním okolím a je spojen s vědomím veřejné ztráty kompetence, důvěry, ztrapněním se atd. (Nakonečný, 2000).

Pacientka 4 měla z komunikace s lékařem pocit, že jejímu zdravotnímu problému nevěnuje náležitou pozornost a bagatelizuje jej. *„Když jsem doktorovi řekla, že mě bolí záda, tak mi na to řekl, dneska bolí záda každého, co dál.*“ Jsem toho názoru, že lékař se nezachoval profesionálně, neboť Baštecká zastává názor, že bolest je vždy subjektivní a vždy bychom měli uvažovat o pacientově prožitku nikoliv o tom, zda je s fyziologického hlediska možné, aby takovou bolest pacient prožíval (Baštecká a kolektiv, 2003).

Pacient 5 zažil nezáměr sestry, když žádal o prášek na spaní. *„Stalo se mi to tady tu noc před operací. Nemohl jsem usnout a tak jsem šel za sestřičkou, aby mi dala něco na spaní. Abych se na tu operaci dobře vyspal. No a ona tam na sesterně seděla ještě s jednou, bavily se spolu a jenom tak přes rameno se mě zeptala, co chci. A přežvykovala při tom. Prášek mi teda dala, ale měl jsem pocit, že jsem tam neměl lízt, jako že jsem jí otravoval.*“

V této odpovědi je zřejmé, že sestra v rámci moderního ošetrovatelství, nebyla dostatečně aktivní, lze se domnívat, že z její strany došlo k pochybení. Jindrová uvádí že, součástí předoperační přípravy je večerní sedativní premedikace (Jindrová a kolektiv, 2011). Předpokládám, že pacient před nadcházejícím výkonem měl obavy, které mu bránily ve spánku a při komunikaci se sestrou, získal pocit, že sestra o něj nejeví dostatečný zájem.

Lze se domnívat, že více než prášek na spaní, by uklidnilo pacienta mnohem více povzbuzení či vyjádření empatie. „*Potřebou nemocného člověka je, aby mu někdo s láskou a porozumění naslouchal. Empatie se proto řadí mezi základní předpoklady efektivní komunikace a znamená umět rozpoznat v jakém duševním stavu je druhý člověk, jakou má právě náladu a co prožívá.*“ (Kutnohorská, 2007)

V další otázce jsme zjišťovali, jaké chování zdravotnického pracovníka považují za nepřijatelné. K této otázce se dva pacienti vyjádřili, že za nepřijatelné považují, kdyby zdravotnický pracovník na ně pokřikoval. Domnívám se, že křik v člověku může vyvolat pocit strachu, který Nakonečný považuje za nejsložitější emoci spojenou s očekáváním zla (Nakonečný, 2000). Pacientka 2 považuje za nepřijatelné, *když by se mnou sestra mluvila jako s malým dítětem.* Toto chování je typickým příkladem devalvace formou elderspeaku. Podle Hart je elderspeak občas nazýván jako dětská mluva a charakteristickým znakem pro tuto mluvu je zjednodušený slovník, krátké věty a často opakující se otázky s přehnanou intonací a hlasitostí (Hart, 2010, Pokorná, 2010). Pacient 1 spatřuje, jako nepřijatelnou situaci *v ironizování, nebo podceňování.* Jsem si jistá, že příliš časté podceňování druhé osoby vede ke snížení sebevědomí a pocitu méněcennosti. Pacient 5 považuje za nepřijatelné, pokud by zdravotnický pracovník s pacientem komunikoval s nedostatečným zájmem. „*To mluvení na půl pusy. Protože to si pak připadáte, že jim ani nestojíte za slovo.*“

V následující otázce jsme zjišťovali, zda se s touto situací setkali. Kromě pacienta 3, se s touto situací setkali všichni dotazovaní pacienti.

Otázka, jaká je příčina nedůstojného chování zdravotnických pracovníků, je klíčová pro zjištění výzkumné otázky 1: jaké jsou příčiny devalvace člověka při hospitalizaci. Pacient 2 odpověděl, že hlavní příčinou je nedostačující počet zdravotnických pracovníků, což vede i k jejich přetíženosti. Rovněž pacient 3 považuje *podráždění, špatnou náladu a osobní problémy,* jako hlavní příčinu nedůstojného chování, což vede k podrážděnosti. Ovšem pacient 1 se zamýšlí nad *finančním ohodnocením,* které považuje za nedostačující. Domnívám se, že finanční ohodnocení vzhledem k náročnosti profese a zodpovědnosti je nedostačující. Specifikem zdravotnictví je směnný provoz, ošetřovatelský tým tvoří až na výjimky ženy, které mnohdy jen obtížně dokáží skloubit roli pracovní a rodičovskou. Pokud sestra nenalezne v této oblasti pomoc a podporu v rámci rodiny, jen obtížně zvládá

hradit služby, které potřebuje, jako např. školné v soukromé školce, chůvu. Toto je zřejmě i důvodem, proč některé sestry v období mateřství své povolání opouštějí. Pacient 5 přisuzuje pracovníkům nadřazenost „*Myslí si, že jsou něco víc.*“

V další otázce jsme zjišťovali, jak jsou pacienti spokojeni s jednotlivými zdravotnickými pracovníky během jejich hospitalizace. Všichni, kromě pacienta 1, se shodli na tom, že lékaři k nim nebyli moc sdílní, nebo byli časově vytížení. Také se shodli na tom, že všichni kromě pacienta 5 byli s chováním a přístupem sestřiček spokojeni. Považovali je za milé, ochotné a příjemné. Toto hodnocení považují za velmi pozitivní, ovšem musím podotknout, že až na jednoho pacienta, zkušenost s devalvací v průběhu hospitalizace mají všichni. Pacient 5 hodnotí chování sester individuálně podle osoby. „*Sestřičky to je kus od kusu*“. Co se týče pomocného personálu, tak dva pacienti vyzdvihují zřízence, kteří mají smysl pro humor. Právě smysl pro humor má uvolňující a posilující účinky, které příznivě ovlivňují psychický stav člověka. Pouze pacientka 2 negativně hodnotí pomocný personál. „*Sanitářky, to je tragédie, to radši ani nebudeme rozebírat. Ty se tvářej blbě, když na ně zazvoníte, ne, jako že něco potřebujete, ale spíš, že otravujete*“. Z této výpovědi usuzuji, že sanitářka by mohla být ohrožená určitým stupněm syndromu vyhoření. Raudenská se zmiňuje, že syndrom vyhoření se projevuje ztrátou lidskosti a projevy dehumanizace (Raudenská, Javůrková, 2011).

Dále nás zajímalo, jak pacienti vnímají komunikaci zdravotnického personálu. Čtyři z pěti dotazovaných hodnotili komunikaci kladně a byli spokojeni. Komunikaci považovali za profesionální a dobrou. Pacient 1 dokonce uvedl, že komunikace byla lidská, což považují za velmi potěšující a myslím si, že projevená lidskost v komunikaci, je v profesi sestry žádoucí. Pouze pacient 5 měl zkušenost s dobrou i horší komunikací, v rozhovoru řekl „*Tak to se liší člověk od člověka. Někdo si s člověkem povídá úplně normálně a někdo je na slovo skoupej.*“ Této odpovědi je patrné, že pro pacienta 5 je spíše důležitá potřeba kontaktu s druhým člověkem, než dostatek informací.

Zajímalo nás, do jaké míry se vyjadřovaný zájem zdravotnických pracovníků týkal jen onemocnění pacientů. Všichni pacienti se shodli na tom, že vyjadřovaný zájem se týkal nejen jejich onemocnění, ale že se zajímali i o jejich osobu. Domnívám se, že dostatečně projevený zájem podporuje pocit důvěry ve zdravotnický personál a přispívá tak ke spolupráci pacienta. Zaujala nás ovšem odpověď pacienta 5, který svou odpověď

specifikoval blíže „*Jak už jsem říkal, to je u každého jiný. Přijde jedna sestřička, je jako sluníčko, vyptá se, jestli to bolí, poradí jak si ulevit, zajímá se, jak bydlím, jestli musím po schodech, jestli mi někdo bude ze začátku pomáhat, jak budu chodit o těch berlích. Jako má zájem o to, abych to dobře zvládnul, až mě pustí domů. Přijde jiná a pozdraví na půl pusy, píchne mě, odejde. Jako tady musím říct, že většina je jich jako ta druhá. Rychle udělat co je třeba a honem od člověka, žádný řeči.*“ V této odpovědi spatřuji, že každý člověk se ve svém jednání a přístupu chová rozdílně.

V návaznosti na předchozí otázku jsme se ptali, do jaké míry přispěl zájem zdravotnického personálu k pocitu rovnocennosti. Všichni pacienti, kromě pacienta 5 si myslí, že byli pro zdravotnické pracovníky rovnocenní. Pacientka 1 uvedla, že se necítila podřízeně, ovšem pacient 5 svou odpověď opět blíže specifikoval „*Tak u té sestřičky co si se mnou povídala, tak s tou jsem se cítil dobře a potom, když odešla jsem se cítil dobře. Jako že o mě má starost někdo. Těším se, že tady zase zítra bude. Jinak paní vrchní se taky vyptávala, ale měl jsem dojem, že mě ani moc neposlouchala. A tomu zbytku je to asi všechno fuk. Udělají, co mají, to si stěžovat nemůžu, že by se tady o mě špatně starali. Ale troška toho popovídání, troška nějaký legrace, hned by to bylo veselejší a ten čas by tu rychlejc utíkal.*“ V této odpovědi si lze povšimnout, jak pozitivně vedená komunikace sestry, ze které vyzařuje upřímný zájem, velkou měrou podporuje a ovlivňuje psychický stav pacienta.

Zajímalo nás, koho pacienti vnímají jako partnera v péči o zdraví. Zde všichni pacienti v odpovědi zmínili sestru. Malíková uvádí, že pečovat o zdraví pacientů a navracet zdraví je jedna z povinností sestry (Malíková, 2011).

Domnívám se, že všichni pacienti zvolili sestru právě proto, že s nimi tráví mnoho času a podílí se ze všech členů ošetrovatelského týmu nejvíce na navrácení jejich zdraví. Proto je profese sestry velmi důležitá a ve společnosti nepostradatelná.

V posledních dvou otázkách jsme se ptali, zda se pacientům jevil způsob podávání informací vhodně zvolený a jestli a jak by hodnotili způsob podávání informací. Všichni pacienti byli se způsobem podání informací spokojeni. Pacient 3 ovšem poukazuje na to, že *lékaři by mohli být mnohem více sdílnější*. Pacient 5 uvádí, že kromě slovních

informací dostal i informační letáček a že využil informační tabule, ze kterých spoustu informací pochopil.

Výzkumné šetření poodhalilo, jaké chování zdravotnických pracovníků považují pacienti za nevhodné a s jakým nevhodným chováním mají zkušenosti. Až na jednoho pacienta, se s nevhodným chováním, které má devalvující dopad setkali všichni. Také jsme zjistili, jaké mohou být příčiny takového chování. Pacienti jako příčinu nevhodného chování spatřují *v náročnosti profese, nedostatečném finančním ohodnocení, nedostatku personálu a psychickému rozpoložení*. Dále pacienti hodnotili komunikaci zdravotnických pracovníků. S komunikací byli vesměs spokojeni všichni, což považují za velmi potěšující.

10 Závěr

V diplomové práci s názvem Devalvace člověka zdravotnickým pracovníkem jsme se zabývali problematikou nerespektování lidské důstojnosti a nevhodným chováním vůči pacientům.

Pro účely diplomové práce byly zvoleny tři cíle. První z nich kladl úkol zjistit, zda dochází v průběhu hospitalizace k devalvaci člověka zdravotnickým pracovníkem. Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že k situacím, kdy zdravotnický pracovník devaluje pacienta, opravdu dochází.

Účelem druhého cíle bylo zjistit, jaké mohou být způsoby devalvace člověka v průběhu hospitalizace. Z výzkumného šetření vyplynulo, že k devalvaci může docházet různými způsoby. Výsledky kvantitativního šetření poukazují na skutečnost, že zdravotničtí pracovníci svým chováním k devalvaci pacientů přispívají a to nevhodně vedeným způsobem verbální komunikace, který se projevoval odseknutím, neadekvátní odpovědí a arogancí. K devalvaci přispívají i neverbální projevy komunikace v podobě ignorace, neverbálního odmítnutí. Tyto poznatky se potvrdily následným kvalitativním šetřením v podobě rozhovorů s pacienty. Také jsme zjistili, že pacienti vnímají různé způsoby devalvace subjektivně, protože i narušení intimity, při níž je svědkem více osob opačného pohlaví, vyvolává pocity studu a pacientka je považuje za devalvující. Dalším ze způsobů devalvace je, nedostatek pozornosti a tento způsob devalvace vzniká v případě, kdy zdravotnický pracovník nevěnuje dostatečný zájem zdravotním problémům nemocného a bagatelizuje je. Pasivní a nepodporující přístup sestry a komunikace bez projevené empatie je dalším možným způsobem devalvace.

Třetí cíl měl za úkol zjistit, zda má personální obsazení vliv na devalvaci člověka. Respondentky se domnívají, že jejich početní personální obsazení spíše neumožňuje podporovat evalvací pacientů.

Pro výzkumnou část byly použity dvě metody. K ověření platnosti hypotéz, jsme použili statistický výpočet, chí kvadrát test. V kvantitativním šetření byla použita metoda dotazování prostřednictvím techniky dotazníku. Dotazníkem byly osloveny staniční sestry lůžkových oddělení. V kvantitativním šetření byly stanoveny předem tři hypotézy:

H1: K devalvaci člověka v průběhu hospitalizace dochází častěji komunikací zdravotnického pracovníka, než poskytovanou přímou péčí. Z výsledků je patrné, že k devalvaci člověka v průběhu hospitalizace dochází častěji komunikací zdravotnického pracovníka. První hypotéza H1 byla potvrzena.

H2: Pocit devalvace člověka je závislý na způsobu poskytnutí informací, než na jejich množství. Výsledky výzkumného šetření potvrdily, že mnohem důležitější je zvolit vhodný způsob předávání informací. Efektivní postup respondentky spatřují v postupném informování s ověřením, zda pacient správně pochopil obsahu sdělení a případné doplnění o další informace. Druhá hypotéza H2 byla potvrzena.

H3: Pocit devalvace hospitalizovaného člověka je spíše vyvolán působením pomocného personálu, než kvalifikovanou všeobecnou sestrou. Z provedeného výzkumného šetření se zjistilo, že na devalvaci se podílejí celkem vyrovnaně, jak kvalifikovaná sestra, tak i pomocný personál. Poslední z hypotéz H3 se nepotvrdila.

K realizaci kvalitativního šetření byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru s pacienty. Výzkumným souborem bylo pět pacientů. Rozhovory byly nahrány pomocí diktafonu následně přepsány a analyzovány podle zakotvené teorie Strausse. Získaná data jsem kategorizovala a zobrazila ve schématech. Pro kvalitativní část byly předem stanoveny výzkumné otázky.

1. Jaké jsou příčiny devalvace člověka při hospitalizaci? Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že pacienti vidí jako jednu z příčin nedůstojného chování přetíženost personálu a náročnost profese. Dále aktuální psychické rozpoložení zdravotnického personálu, jež vyvolává podrážděnost, špatná nálada. Jako další příčinu devalvujícího jednání přiřazují k nedostatečnému finančnímu ohodnocení, rovněž zmiňují slušné vychování a dále může spočívat v osobnostních vlastnostech jednotlivých zdravotnických pracovníků.

2. Jaké jsou způsoby devalvace člověka v průběhu hospitalizace? Z výzkumného šetření vyplynulo, že pokud zdravotničtí pracovníci nezajistí dostatečné soukromí, dochází k narušení intimity pacienta. Pokud se zdravotnický pracovník nedostatečně věnuje pacientovi a dává najevo svůj nezájem je to také určitý způsob devalvace. Dále jsme zjistili, že jedním ze způsobů devalvace je situace, kdy zdravotnický pracovník zlehčuje trápení nemocného. Jestliže zdravotnický pracovník předestírá pacientovi průběh

onemocnění pouze v negativním smyslu, pak tato skutečnost vede k pesimistickému postoji pacienta, který nepříznivě ovlivňuje průběh léčby.

Z výsledků diplomové práce vyplývá následující doporučení. Zdravotničtí pracovníci by neměli podceňovat význam komunikace ve zdravotnictví. Efektivní komunikace, vhodně zvolený způsob podávání informací, empatie, úcta k člověku, toto vše zabraňuje vzniku devalvace, pozitivně ovlivňuje psychiku pacienta a přispívá k rychlejšímu uzdravení. Výsledky této práce doporučuji k využití v celoživotním vzdělávání a kvalifikační přípravě zdravotnických pracovníků. Další přínos spatřuji ve využití výsledků pro modelové situace v efektivní metodě – video trénink interakcí.

11 Seznam použitých zdrojů

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada. 2005. 188 s. ISBN 80- 247- 1197- 4.

BAŠTECKÁ, B. A KOLEKTIV. *Klinická psychologie v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál. 2003. 420 s. ISBN 80-7178-735-3.

CARNEGIE, D. *Jak správně myslet, jednat a mluvit*. 1.vyd. Praha: Práh. 2010. 153 s. ISBN 978-80-7252-294-1.

CRAWFORD, P; BROWN, B; BONHAN, P. *Communication in Clinical Settings*. Cengage Learning EMEA: United Kingdom. 2006. 157 pages. ISBN-10: 0-7487-9716-5.

ČECHOVÁ, V; MELLANOVÁ, A; ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2001. 173 s. ISBN 80-7071-3342-2.

ČELEDOVÁ, L. ČEVELA R. *Výchova ke zdraví, vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978- 80- 247-3213-8.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Vstup do ČLK*. (online). Praha: ČLK (cit. 12. 4. 2014). Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/vstup-do-clk-347.html>

ČESKO. *Vyhláška č. 39 ze dne 11. ledna 2005, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání*. In: Sběrka zákonů České republiky. 2005, částka 8, s. 189-211. ISSN 1211-1244.

ČESKO. *Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: Sběrka zákonů České republiky. 2011, částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244.

ČESKO. *Zákon č. 105 ze dne 25. března 2011, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně*

některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011, částka 40, s. 1053-1055.

ČESKO. *Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povoláních a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).* In: Sbíрка zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1452-1479.

DE VITO, JOSEPH A. *Základy mezilidské komunikace.* 6. vyd. Praha: Grada. 2008. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

GILLNEROVÁ, I; KEBZA, V; RYMEŠ, M. A KOLEKTIV. *Psychologické aspekty změn v české společnosti, člověk na přelomu tisíciletí.* 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-27-1.

GRAČKO, M. *Muž v profesi sestry.* *Setra.* 2012, č. 1, s. 21-22. ISSN 1210-0404.

HART, V. *Patients- Providers Communications.* First Publisher. 2010. University of Southern Maine. 320 pages. ISBN-13: 9780763761961.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum,* 1. vyd. Praha: Portál. 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HORÁK, PAVEL. *Než (až) půjdete k lékaři, důležité rady a informace pro každého.* 1. vyd. Agentura Lucie. 2009. 312 s.

JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie.* 1. vyd. Praha: Triton. 2008. 99 s. ISBN 978-80-7287-179-6.

JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: ISV. 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

JINDROVÁ, B; STŘÍTESKÝ, M; KUNŠTÝŘ, J; A KOLEKTIV. *Praktické postupy v anestezii.* 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-3626-6.

JOBÁNKOVÁ, M; A KOLEKTIV. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002.

KALVACH, Z; ČELEDOVÁ, L; HOLMEROVÁ, I; JIRÁK, R; ZAVÁZALOVÁ, H.;WIJA, P. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAPR, J; KOUKOLA, B. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. 1. vyd. Slon 1998. 76s. ISBN 10-80-85850-49-4.

KEMP, N; RICHARDSON, E. *The NursingProcess and Quality Care*. First published in Great Britain. Antony Rowe Ltd, Eastbourne. 1994. 132 pages. ISBN 0340 581123.

KOHOUTEK, R. *Základy psychologie osobnosti*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM. 2000. 263 s, ISBN 80-7204-156-8.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum. 2005. ISBN 80-246-0845-6.

KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelství*. 1. vyd. Osvěta. 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.

KRISTOVÁ, J; TOMAŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Osvěta. 2002. 164 s. ISBN 80-8063-107-7.

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

KŘIVOHLAVÝ, J; PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada. 2007. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2.

LEMON 2: *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Mikada, 1997. 134s. ISBN 80-7013-238-8.

M QUINN F. *Principles and Practice of Nurse Education*. Fourth edition. Nelson Thornes Ltd: Cheltenham, United Kingdom. 2001. 581 pages. ISBN 0-7487-3895-9.

MACHOVÁ, J; KUBÁTOVÁ D. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 328 s. ISBN 978-80247-3148-3.

MANDINCOVÁ, P. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. 1. vyd. Praha: Grada. 2001. 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6.

MATOUŠEK, O. *Slovní sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.

MIKULAŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi I*. 2. vyd. Praha: Grada. 2010. 328 s. ISBN 978.80-247-2339-6.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada. 2005. 153 s. ISBN 80-247-10024-2.

NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vyd. Academia: Praha. 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.

NÁRODNÍ ÚSTAV ODBORNÉHO VZDĚLÁVÁNÍ. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání: 53-41-M/01 Zdravotnický asistent*. (online). Praha: NÚOV (cit. 6. 5. 2014). Dostupné z:
<http://zpd.nuov.cz/RVP/ML/RVP%205341M01%20Zdravotnicky%20asistent.pdf>

PLEVOVÁ, I. A KOLEKTIV. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, I; A KOLEKTIV. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Grada: Praha. 2012. 304 s. ISBN 978-80-2473871-0.

POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

PTÁČEK, R; BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 528s. ISBN 978-80-247-3976-2.

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

ROS, J; TEMPLAR, R. *Velká kniha manažerských dovedností*. 1. vyd. Grada: Praha. 2006. 516 s. ISBN 80-247-1279-2.

ROZSYPALOVÁ, M. *Sestry vzpomínají*. 1. vyd. Praha: Grada. 86 s. ISBN 0: 80-247-1506-1.

ROZSYPALOVÁ, M; STAŇKOVÁ, M. *Ošetrovatelství I/I*. 1. vyd. Praha: Informatorium. 1996. ISBN 80-85427-94-X.

STAŇKOVÁ, M. *Sestra - reprezentant profese, České Ošetrovatelství-praktická příručka pro sestry*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2002. ISBN 80-7013-368-6.

ŠAMÁNKOVÁ, M; A KOLEKTIV. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353s. ISBN 80-246-109-1-4.

ŠPATENKOVÁ, N; KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace, komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén. 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠULISTOVÁ, R; TREŠLOVÁ, M. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.

VENGLÁŘOVÁ, M; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 2006. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.

VÉVODA, J; A KOLEKTIV. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Grada: Praha. 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-72549979.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál. 2000. 264s. ISBN 80-7178-291-2.

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

VYTEJČKOVÁ, R; SEDLÁŘOVÁ, P; WIRTHOVÁ, V. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZACHAROVÁ, E. HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 232 s. ISBN 978-80247-2068-5.

ZACHAROVÁ, E. *Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi*. *Setra*. 2010, č. 7- 8, s. 28-29. ISSN 1210-0404.

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

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. *Studijní program: Ošetrovatelství*. (online). České Budějovice: ZSF JU (cit. 6. 5. 2014). Dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/dok/studijni-agenda/studijni-obory/vseobecna-sestra/vseobecna-sestra-studijni-obor>

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.
Studijní agenda STAG: Moje studium. (online). České Budějovice: ZSF JU (cit. 11. 5.
2014). Dostupné z: <https://wstag.jcu.cz/portal/moje-studium/index.jsp>

12 Klíčová slova

Člověk

Pacient

Devalvace

Evalvace

Komunikace

Zdravotnický pracovník

13 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro staniční sestry

Příloha 2 Přepis rozhovorů s pacienty

Příloha 1 Dotazník pro staniční sestry

Vážená paní/ Vážený pane,

jmenuji se Martina Drábiková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických modulech na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ke své diplomové práci provádím výzkum zabývající se problematikou devalvace člověka zdravotnickým pracovníkem. V rámci výzkumu provádím šetření formou dotazníků pro staniční sestry. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Děkuji za Váš čas a poskytnuté informace.

1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

středoškolské

vyšší odborné

vysokoškolské

2) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

.....

3) Na jakém oddělení zastáváte pozici staniční sestry?

.....

4) Jak dlouho zastáváte pozici staniční sestry?

.....

5) Jaká organizační forma péče je aplikována na Vašem oddělení?

- skupinová péče
- systém primárních sester
- funkční systém
- diferencovaná péče

6) Jak je s touto formou poskytované péče spokojen ošetřovatelský tým?

- spokojen
- částečně spokojen
- nespokojen

7) Myslíte si, že tato forma poskytované péče umožňuje věnovat se dostatečně všem potřebám pacienta?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

8) V jakém složení pracuje ošetřovatelský tým na Vašem oddělení? (doplňte počet)

- všeobecná sestra
- diplomovaná sestra
- zdravotnický asistent
- ošetřovatel/ka
- sanitář/ka

9) Kolik sester má na Vašem oddělení vysokoškolské vzdělání?

.....

10) Jak byste hodnotila komunikační dovednosti sester pro evalvací pacientů?

- výborné
- velmi dobré
- průměrné
- podprůměrné

11) Setkala jste se při výkonu své funkce s nevhodným chováním svých podřízených vůči pacientům, které by způsobilo devalvací?

- ano
- ne

12) Pokud jste odpověděla ano, projevilo se nevhodné chování personálu: (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- odseknutím
- neadekvátní odpovědí
- neverbálním odmítnutím
- ignorováním
- arogancí

13) Jednalo se o ojedinělé případy?

ano

ne

14) Byla devalvace častěji způsobená:

nevhodně vedenou komunikací zdravotnického personálu

poskytovanou přímou péčí

15) Kdo je nejčastěji původcem devalvujícího jednání, jedná se spíše o:

kvalifikovanou sestru

pomocný personál

16) Jakou formou jste se o tomto chování dozvěděla?

byla jsem osobně přítomna

od pacienta

od rodiny pacienta

od personálu

17) Jaký způsob řešení u těchto situací nejčastěji volíte?

domluva

pohovor

finanční sankce

jiný způsob

18) Jak předcházíte těmto situacím?

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

19) Je reálné v současné situaci (systému zdravotní péče), aby ošetrovatelská péče byla realizována tak, aby nedocházelo k devalvaci pacientů?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

20) Pokud byste se ocitla v roli pacienta, co byste potřebovala k naplnění evalvace?

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

21) Jaký způsob poskytování informací přispívá k evalvaci?

- nejlepší je poskytnout veškeré informace najednou
- sdělit pouze základní informace a postupně doplňovat informace
- sdělit základní informace, časovým odstupem si ověřit zda porozuměl podaným informacím, případně je znovu zopakovat a doplnit další
- jiný způsob

22) Myslíte si, že nedostatečné porozumění informacím může přispívat pocitu devalvace?

ano

spíše ano

ne

spíše ne

nevím

23) Umožňuje personální obsazení Vašeho oddělení podporovat evalvací pacientů?

ano

spíše ano

ne

spíše ne

nevím

Příloha 2 Přepis rozhovorů s pacienty

Pacient 1

Otázka 1

T: Jak chápete pojem devalvace člověka?

P: Devalvace člověka je snižování jeho hodnoty.

Otázka 2

T: Zažil/a jste někdy v průběhu Vašeho života situaci ve spojení se zdravotnictvím, nebo ošetrovatelskou péčí, kterou byste označili za nedůstojnou, ponižující vaši osobu?

P: Ano.

Otázka 3

T: Zažil/a jste někdy situaci, kdy zdravotník nerespektoval Vaši osobu?

P: Ano.

Otázka 4

T: Mohl/a byste mi o té situaci říci něco bližšího?

P: Nejhorší zážitek co mám, se mi stal v porodnici. Moje miminko nechtělo pít a sestra na mě křičela, že neumím kojit. Bylo to moje první dítě a kojit jsem opravdu neuměla. Sestra mě strašila, že mi dítě doma umře hladu.

Otázka 5

T: Jaké chování zdravotnického pracovníka považujete za nedůstojné?

P: Když by mě zdravotník podceňoval. Kdyby semnou mluvil ironicky.

Otázka 6

T: Setkal/a jste se s tímto chováním?

P: Ano.

Otázka 7

T: Co je podle Vašeho názoru příčinou nedůstojného chování zdravotníků?

P: Myslím si, že v první řadě to je slušné vychování. Dále přetíženost zdravotníků, to že nejsou dobře finančně ohodnoceni a stav zdravotnictví v České republice.

Otázka 8

T: Při vaší hospitalizaci jste se setkal s mnoha různými zdravotnickými pracovníky (od lékařů, sester, až po pomocný personál. Jak byste hodnotil/a přístup a chování těchto zdravotnických pracovníků v průběhu Vaší hospitalizace?

P: Všichni zde mají bezvadný přístup. Ošetřující personál musím jenom chválit.

Otázka 9

T: Jak na Vás působí komunikace zdravotnických pracovníků?

P: Působí na mě profesionálně a zároveň lidsky.

Otázka 10

T: Do jaké míry vyjadřovaný zájem zdravotnického personálu se týkal jen onemocnění a ne vaší osoby?

P: Řekla bych, že to bylo vyrovnané. Mile mě překvapilo, že se mě každé ráno sestřička zeptala, jak jsem se vyspala.

Otázka 11

T: Do jaké míry přispěl zájem zdravotnického personálu k pocitu, že jste rovnocenným partnerem?

P: Necítila jsme se zde podřízeně.

Otázka 12

T: Koho ze zdravotnického personálu vnímáte, jako partnera pro péči o vaše zdraví?

P: Sestru.

Otázka 13

T: Jeví se Vám způsob podávání informací vhodně zvolený?

P: Jeví, vždy jsem byla dopředu srozumitelně informována o všem, co bude probíhat.

Otázka 14

T: Jak byste hodnotil/a způsob podávání informací?

P: Vyčerpávající.

Pacient 2

Otázka 1

T: Jak chápete pojem devalvace člověka?

P: Něco mi to říká, ale nevím. Špatné zacházení s pacientem. Jestli s člověkem nezacházej tak jak by měli.

Otázka 2

T: Zažil/a jste někdy v průběhu Vašeho života situaci ve spojení se zdravotnictvím, nebo ošetrovatelskou péčí, kterou byste označili za nedůstojnou, ponižující vaši osobu?

P: Ano.

Otázka 3

T: Zažil/a jste někdy situaci, kdy zdravotník nerespektoval Vaši osobu?

P: Ano.

Otázka 4

T: Mohl/a byste mi o té situaci říci něco bližšího?

P: Při převazu u mě stáli 4 doktoři a byl tam i zřízenec, který čekal, až budu hotová. Styděla jsem se, protože svoje prsa běžně nikomu neukazuju.

Otázka 5

T: Jaké chování zdravotnického pracovníka považujete za nedůstojné?

P: Když s tebou sestra jedná jak s malým dítětem. Když by sestra říkala, umej si prdelku, nebo se napapáme a tak.

Otázka 6

T: Setkal/a jste se s tímto chováním?

P: Ano, v nemocnici, ale sestra mluvila k jiný pacientce.

Otázka 7

T: Co je podle Vašeho názoru příčinou nedůstojného chování zdravotníků?

P: Moc práce, málo personálu, a také záleží na povaze člověka.

Otázka 8

T: Při vaší hospitalizaci jste se setkal s mnoha různými zdravotnickými pracovníky (od lékařů, sester, až po pomocný personál. Jak byste hodnotil/a přístup a chování těchto zdravotnických pracovníků v průběhu Vaší hospitalizace?

P: Doktoři se s tebou moc nebaví, nic moc ti nevysvětlí, koukají na tebe jako na diagnózu, nebo spíš mluví k té diagnóze a ne k člověku. Sestry ve finále přijdou, udělají práci a hned jdou, nemají třeba čas si s pacienty popovídat. Jinak s jejich chováním jsme spokojená. Sanitářky, to je tragédie, to radši ani nebudeme rozebírat. Ty se tvářej blbě, když na ně zazvoníte, né jako že něco potřebujete ale spíš že otravujete. Zřízenci jsou v pohodě, jsou zde fajn, mají smysl pro humor. Ty chlapy jsou asi lepší.

Otázka 9

T: Jak na Vás působí komunikace zdravotnických pracovníků?

P: Profesionálně.

Otázka 10

T: Do jaké míry vyjadřovaný zájem zdravotnického personálu se týkal jen onemocnění a ne vaší osoby?

P: Zajímali se o mě, ptali se, co dělám a co budu dělat za práci, až mě pustí z nemocnice. A taky mi poradili jak se mám o sebe doma starat.

Otázka 11

T: Do jaké míry přispěl zájem zdravotnického personálu k pocitu, že jste rovnocenným partnerem?

P: Jednali semnou tak, jako že já jsme nemocná a oni jsou ti, co se o mě starají.

Otázka 12

T: Koho ze zdravotnického personálu vnímáte, jako partnera pro péči o vaše zdraví?

P: Zdravotní sestru.

Otázka 13

T: Jevil se Vám způsob podávání informací vhodně zvolený?

P: Asi ano.

Otázka 14

T: Jak byste hodnotil/a způsob podávání informací?

P: Každý jak doktor, sestra vysvětlili operační výkon a další možnosti léčby. Takže jsme spokojena, pochopila jsme všechno, co mi říkali a jak mi to říkali.

Pacient 3

Otázka 1

T: Jak chápete pojem devalvace člověka?

P: Vůbec nevím co to je.

Otázka 2

T: Zažil/a jste někdy v průběhu Vašeho života situaci ve spojení se zdravotnictvím, nebo ošetrovatelskou péčí, kterou byste označili za nedůstojnou, ponižující vaši osobu?

P: Kdepak, nic takového jsem nezažil

Otázka 3

T: Zažil/a jste někdy situaci, kdy zdravotník nerespektoval Vaši osobu?

P: Asi ne

Otázka 4

T: Mohl/a byste mi o té situaci říci něco bližšího?

Otázka 5

T: Jaké chování zdravotnického pracovníka považujete za nedůstojné?

P: Kdyby na mě křičel, nebo kdyby se o mých problémech bavil před třetí osobou.

Otázka 6

T: Setkal/a jste se s tímto chováním?

P: Zatím jsem se s takovým chováním neseťkal. Doufám, že se ani neseťkám.

Otázka 7

T: Co je podle Vašeho názoru příčinou nedůstojného chování zdravotníků?

P: Podráždění, špatná nálada, osobní problémy.

Otázka 8

T: Při vaší hospitalizaci jste se setkal s mnoha různými zdravotnickými pracovníky (od lékařů, sester, až po pomocný personál. Jak byste hodnotil/a přístup a chování těchto zdravotnických pracovníků v průběhu Vaší hospitalizace?

P: Lékaři nebyli moc sdílní, jen se mě ptali na bolest po operaci, jak probíhá rehabilitace. Sestřičky byly příjemný, milé a starostlivé. Sanitář měl na spěch, když mě vezl na sál.

Otázka 9

T: Jak na Vás působí komunikace zdravotnických pracovníků?

P: Komunikace byla dobrá.

Otázka 10

T: Do jaké míry vyjadřovaný zájem zdravotnického personálu se týkal jen onemocnění a ne vaší osoby?

P: Zajímali se o mojí osobu, nejen o onemocnění.

Otázka 11

T: Do jaké míry přispěl zájem zdravotnického personálu k pocitu, že jste rovnocenným partnerem?

P: Dost

Otázka 12

T: Koho ze zdravotnického personálu vnímáte, jako partnera pro péči o vaše zdraví?

P: Sestřičky

Otázka 13

T: Jevil se Vám způsob podávání informací vhodně zvolený?

P: Ano

Otázka 14

T: Jak byste hodnotil/a způsob podávání informací?

P: Myslím si, že by mohli být sdílnější. Především lékaři, mi nic konkrétního ohledně operace neřekli.

Pacient 4

Otázka 1

T: Jak chápete pojem devalvace člověka?

P: To je něco s penězi, když nemají žádnou cenu. (Vysvětlila jsem správný význam slova devalvace člověka)

Otázka 2

T: Zažil/a jste někdy v průběhu Vašeho života situaci ve spojení se zdravotnictvím, nebo ošetrovatelskou péčí, kterou byste označili za nedůstojnou, ponižující vaši osobu?

P: Asi ne

Otázka 3

T: Zažil/a jste někdy situaci, kdy zdravotník nerespektoval Vaši osobu?

P: Ano

Otázka 4

T: Mohl/a byste mi o té situaci říci něco bližšího?

P: Když jsme doktorovi, řekla, že mě bolí záda, tak mi na to řekl, že dneska bolí záda každého a co dál.

Otázka 5

T: Jaké chování zdravotnického pracovníka považujete za nedůstojné?

P: Kdyby na mě někdo pokřikoval.

Otázka 6

T: Setkal/a jste se s tímto chováním?

P: Setkala, ale je to už hodně dávno.

Otázka 7

T: Co je podle Vašeho názoru příčinou nedůstojného chování zdravotníků?

P: Mají hodně práce, je jich málo, ta práce je těžká a jsou z ní hodně unavení.

Otázka 8

T: Při vaší hospitalizaci jste se setkal s mnoha různými zdravotnickými pracovníky (od lékařů, sester, až po pomocný personál. Jak byste hodnotil/a přístup a chování těchto zdravotnických pracovníků v průběhu Vaší hospitalizace?

P: Doktora jsem pomalu neviděla, jen na příjmu a vizitu vždycky všichni rychle proletí ani se nestačím na něco pořádně zeptat a jde dál. Sestřičky jsou milé a ochotné, všechny i ty žlutý. (vysvětlila jsem, že žlutě jsou oblečený sanitárky). Tady dělá sestřičku chlap a je šikovnej. Kdybych bylo víc, tak by se ty holky tak nenadřely.

Otázka 9

T: Jak na Vás působí komunikace zdravotnických pracovníků?

P: Dobře, já když něčemu nerozumím tak se zeptám.

Otázka 10

T: Do jaké míry vyjadřovaný zájem zdravotnického personálu se týkal jen onemocnění a ne vaší osoby?

P: Zajímali se, jestli to mám doma dobře zařízený, kvůli pohybu. Nebo jestli se o mě má kdo postarat až mě propustí.

Otázka 11

T: Do jaké míry přispěl zájem zdravotnického personálu k pocitu, že jste rovnocenným partnerem?

P: Zájem o mě, mě potěšil.

Otázka 12

T: Koho ze zdravotnického personálu vnímáte, jako partnera pro péči o vaše zdraví?

P: Sestry

Otázka 13

T: Jevil se Vám způsob podávání informací vhodně zvolený?

P: Někdy mi museli říct ještě jednou.

Otázka 14

T: Jak byste hodnotil/a způsob podávání informací?

P: Vždycky mi řekli, na co jsem se zeptala.

Pacient 5

Otázka 1

T: Jak chápete pojem devalvace člověka?

P: V souvislosti s člověkem nevím, co to znamená. Znáám to u peněz, že ztrácejí hodnotu, že si za ně málo koupíte.

Otázka 2

T: Zažil/a jste někdy v průběhu Vašeho života situaci ve spojení se zdravotnictvím, nebo ošetrovatelskou péčí, kterou byste označili za nedůstojnou, ponižující vaši osobu?

P: Ano, to už jsem zažil.

Otázka 3

T: Zažil/a jste někdy situaci, kdy zdravotník nerespektoval Vaši osobu?

P: Přišlo mi to tak, jako že bych udělal líp, kdybych nic nechtěl.

Otázka 4

T: Mohl/a byste mi o té situaci říci něco bližšího?

P: Stalo se mi to tady tu noc před operací. Nemohl jsem usnout a tak jsem šel za sestřičkou, aby mi dala něco na spaní. Abych se na tu operaci dobře vyspal. No a ona tam na sesterně seděla ještě s jednou, bavily se spolu a jenom tak přes rameno se mě zeptala, co chci. A přežvykovala při tom. Prášek mi teda dala, ale měl jsem pocit, že jsem tam neměl lízt, jako že jsem jí otravoval.

Otázka 5

T: Jaké chování zdravotnického pracovníka považujete za nedůstojné?

P: Tak zrovna tohle, co jsem už řekl. To mluvení na půl pusy. Protože to si pak připadáte, že jim ani nestojíte za slovo.

Otázka 6

T: Setkal/a jste se s tímto chováním?

P: Jo, vždyť už jsem vám to řekl.

Otázka 7

T: Co je podle Vašeho názoru příčinou nedůstojného chování zdravotníků?

P: Asi si myslejte, že jsou něco víc. Některý.

Otázka 8

T: Při vaší hospitalizaci jste se setkal s mnoha různými zdravotnickými pracovníky (od lékařů, sester, až po pomocný personál. Jak byste hodnotil/a přístup a chování těchto zdravotnických pracovníků v průběhu Vaší hospitalizace?

P: Tak u doktorů to snad ani nikdo nečeká, že se s ním bude vybavovat, jejich čas je dražší. Jako slušný to jsou, ale moc je tady ani nevidíte. Sestřičky to je kus od kusu jinak, někdy toho mají dost, ty práce, někdy se hodně naběhají, teď je tady plno, tak ten čas moc nemají. Paní vrchní je taková komisní, poptá se, ale je vidět, že už myslí na něco jiného. Ta toho má hodně, ty starosti, aby to všechno šlapalo, tam to je jasný. Jako že má velikou zodpovědnost. Zřízenec sem chodí pořád jeden a s tím je zábava, zná hodně vtipů. Jako nikdo mi tu nenadává a neubližuje.

Otázka 9

T: Jak na Vás působí komunikace zdravotnických pracovníků?

P: Tak to se liší člověk od člověka. Někdo si s člověkem povídá úplně normálně a někdo je na slovo skoupej.

Otázka 10

T: Do jaké míry vyjadřovaný zájem zdravotnického personálu se týkal jen onemocnění a ne vaší osoby?

P: Jak už jsem říkal, to je u každého jiné. Přijde jedna sestřička, je jako sluníčko, vyptá se, jestli to bolí, poradí jak si ulevit, zajímá se, jak bydlím, jestli musím po schodech, jestli mi někdo bude ze začátku pomáhat, jak budu chodit o těch berlích. Jako má zájem o to, abych to dobře zvládnul, až mě pustí domů. Přijde jiná a pozdraví na půl pusy, píchne mě, odejde. Jako tady musím říct, že většina je jich jako ta druhá. Rychle udělat co je třeba a honem od člověka, žádný řeči.

Otázka 11

T: Do jaké míry přispěl zájem zdravotnického personálu k pocitu, že jste rovnocenným partnerem?

P: Tak u té sestřičky co si se mnou povídala, tak s tou jsem se cítil dobře a potom, když odešla, jsem se cítil dobře. Jako že o mě má starost někdo. Těším se, že tady zase zejtra bude. Jinak paní vrchní se taky vyptávala, ale měl jsem dojem, že mě ani moc neposlouchala. A tomu zbytku je to asi všechno fuk. Udělají, co mají, to si stěžovat nemůžu, že by se tady o mě špatně starali. Ale troška toho popovídání, troška nějaký legrace, hned by to bylo veselejší a ten čas by tu rychlejc utíkal.

Otázka 12

T: Koho ze zdravotnického personálu vnímáte, jako partnera pro péči o vaše zdraví?

P: Sestřičky, určitě sestřičky. Já vím, kdo mě operoval, ale pana doktora jsem viděl jen o vizitě a to se bavil o mě s tím druhým doktorem, jako o mým kyčli se bavili, mě jenom řek, že to šlo pěkně a vypadá to dobře.

Otázka 13

T: Jevil se Vám způsob podávání informací vhodně zvolený?

P: Vždycky mi řeknou předem, budeme dělat to a to, tak to vím. Ale moc to nevysvětlují, jako proč zrovna tohle, to se musím zeptat sám. Ale dostal jsem taky letáček a na chodbě jsou ty nástěnky, tak tam je toho taky dost na čtení, obrázky, že to člověk z toho pochopí.

Otázka 14

T: Jak byste hodnotil/a způsob podávání informací?

P: Tak mě to stačilo a co by mě zajímalo, tak na to se zeptám.