



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

Bakalářská práce

Když se ze zdravotníka stane pacient

Vypracovala: Pavla Paličková
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Název bakalářské práce: Když se ze zdravotníka stane pacient

Současný stav: Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na pět částí. V první části se soustředíme na pojem zdraví – vymezujeme definici zdraví, která se neustále měnila, a charakterizujeme i čtyři různé náhledy na pojem zdraví. V druhé části vysvětlíme pojem nemoc, rozebíráme nemoc jako zátěž a postoje zdravotníka a nemocného k nemoci. Ve třetí části je charakterizován pacient, jeho role, osobnostní vlastnosti a jeho změny v prožívání a chování v nemoci. Čtvrtá část se zabývá zdravotníkem samotným. Popisuje roli lékaře, sestry a následně zdravotníka v roli pacienta. Pátá – poslední – část je věnována hospitalizaci. Je zde charakterizován vztah mezi pacientem a zdravotníkem během hospitalizace, s tím souvisí i vysvětlení důležitosti rozhovoru a jeho významu při hospitalizaci. Poslední podkapitolou této části je adaptace na nemocniční prostředí, která uzavírá teoretickou část bakalářské práce.

Cíle práce a výzkumné otázky: Cílem práce bylo: 1. zjistit pohled na vlastní prožitou hospitalizaci, 2. zjistit, jak zdravotníka hospitalizace ovlivnila po osobní stránce, 3. zjistit, zda zdravotníka hospitalizace ovlivnila pro jeho další výkon v jeho povolání. Pro tyto cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky: 1. Jaké pocity vnímají zdravotníci v roli pacienta? 2. Jakým způsobem se mění postoj zdravotníka v profesionálním přístupu k pacientovi po osobní zkušenosti v roli pacienta? 3. Jakým způsobem využije zdravotník nabyté zkušenosti z hospitalizace ve své profesi? 4. Jak se ošetrovatelský personál choval ke zdravotníkovi v roli pacienta?

Metodika: Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního šetření. Pro sběr dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Respondentkám byly položeny předem připravené otázky, které se v průběhu rozhovoru rozšiřovaly o doplňující otázky dle jejich odpovědí. Každá respondentka byla na začátku rozhovoru seznámena s tím, že bude zachována její anonymita a veškeré získané informace budou použity jen pro potřeby této bakalářské práce. Rozhovory byly

se souhlasem respondentek natáčený na diktafon a poté doslova přepisovány. Pouze tři respondentky s natáčením na diktafon nesouhlasily, proto byl pro registraci rozhovoru proveden písemný záznam. Výzkumné šetření probíhalo v soukromém prostředí respondentek v období listopad–prosinec 2014.

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry. Jednalo se o účelový výběr respondentek, které se již ocitly v roli pacienta a byly hospitalizovány v nemocnici. Celkem bylo dotazováno 11 respondentek.

Výsledky výzkumu: Z výzkumného šetření vyplynulo, že v prožití hospitalizace je určitý rozdíl mezi zdravotníkem v roli pacienta a „obyčejným“ pacientem. Tento rozdíl vyplynul z očekávání respondentek při nástupu do nemocnice. Zdravotník v roli pacienta má větší či vyšší očekávání například při ošetrovatelské péči nebo podávání informací o svém zdravotním stavu. Je to dáno jejich zdravotním vzděláním. Na druhou stranu se ale ukázalo, že toto vzdělání jim svým způsobem brání přijmout roli obyčejného pacienta a více se ptát. Zdravotník-pacient měl očekávání, že nebude mít potřebu se ptát na podrobnější informace o svém zdravotním stavu, protože předpokládal, že mu informace budou podány vyčerpávajícím způsobem, jen na základě toho, že personál disponoval faktem, že je také zdravotník. Zdravotník-kolega však také mohl předpokládat jisté pochopení k určitým nedostatkům jak v léčbě, tak v ošetrovatelských postupech. Dá se říci, že prakticky očekával tolerantnost s vědomím, že je to také zdravotník a bude mít jisté pochopení. Můžeme tedy říci, že zdravotník-pacient je svým způsobem pro zdravotnický personál opravdu náročný klient. Z našeho šetření tedy vyplynulo, že nelze jednoznačně říci, že by profesní vzdělání mělo zásadní vliv na poskytování informací o zdravotním stavu. Dále na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že s atraktivitou a vybaveností oddělení neměly respondentky problém. Na druhou stranu ale naše šetření ukázalo, že respondentky viděly problém v chodu oddělení. Jako negativum bylo zjištěno brzké ranní buzení v rámci měření teplot. I přes toto negativum, které uvedla skoro polovina respondentek, byly respondentky s celkovým přístupem personálu spokojeny. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že

v oblasti zajišťování a poskytování dopomoci v úkonech sepeče byl personál velice vstřícný, pozorný, milý, „nikdy neměl problém“. Tedy komplexní péče, která byla zdravotníkům-pacientům poskytnuta, byla jimi zhodnocena převážně kladně.

Dalším úkolem výzkumu bylo zjistit, jak zdravotníka-pacienta ovlivnila hospitalizace po osobní stránce – jakým způsobem se mění postoj zdravotníka v profesionálním přístupu k pacientovi po osobní zkušenosti v roli pacienta a jakým způsobem využije zdravotník nabyté zkušenosti z hospitalizace ve své profesi. Naše výsledky ukazují, že respondentky se snaží zamýšlet nad prožitými zkušenostmi z hospitalizace. Z šetření vyplynulo, že respondentky mění svůj přístup nejčastěji na základě setkání s neprofesionálním chováním od zdravotnického personálu. Výsledky ukázaly, že nejčastěji se respondentky setkávaly s nedostatky či neprofesionalitou, které si ošetřující personál většinou neuvědomuje. Zjišťovali jsme, zda i ony samy si dokážou přiznat své profesionální chyby a zda si myslí, že zkušenost z prožité hospitalizace může být motivující pro lepší výkon práce. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že šest respondentek si uvědomilo svou neprofesionalitu, ale také z něj vyplývá, což je velmi zajímavé, že pět respondentek si neuvědomuje, že by se někdy zachovaly neprofesionálně. Přesto naše šetření ukázalo, že se devět respondentek dokázalo nejen zamyslet nad svými profesionálními pochybeními, ale dokázaly i negativní zkušenosti ze své hospitalizace využít k rozvoji a ke zlepšení výkonu ve svém povolání. Shodly se na tom, že se snaží být více chápavé k potřebám pacientů, snaží se být více tolerantní, empatické a trpělivé a samozřejmě se snaží zlepšit i svou vlastní dovednost komunikace. Také se snaží být více usměvavé, i když ne vždy to jde.

Závěr: Tato bakalářská práce poskytla pohled zdravotníka v roli pacienta na chování zdravotníků a jejich ošetřovatelský přístup k pacientovi během hospitalizace. Protože výsledky výzkumného šetření nejvíce ukázaly, že respondentky měly největší problém se získáváním a podáváním informací, navrhujeme seminář zaměřený na téma, jak se naučit správně komunikovat. Tento seminář by mohl pomoci zlepšit komunikaci zdravotníků s pacienty a následně i zlepšit zpětnou vazbu mezi nimi. Výsledky šetření mohou přinést zlepšení nejen v oblasti komunikace, ale i v ošetřovatelské péči.

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

Abstract

Name of the Bachelor Thesis: When the health care of the patient becomes

Present state: The theoretical part is divided into five further parts. The first part is focused on the concept of health, definition of health which was constantly changing and also characterization of four various views on the concept of health. The second part will explain the concept of disease, the burden of disease and nurse's and patient's attitudes toward the disease will be discussed. The third part contains characteristics of the patient, their role, personal qualities and their shift in how they experience of the disease and how they act. The fourth part is focused on the nurse as such. It describes the role of doctor, nurse and care worker in patient's position. The fifth and last part is dedicated to hospitalization. Here we can find relationship between a patient and a nurse in hospitalization. This goes with explaining the importance of conversation and its role during hospitalization. The last sub-chapter of this part covers adaptation to the hospital environment and concludes the theoretical part of this thesis.

The aims of the work and research questions: The aim of this work was to 1. Find out about the view of one's own experienced hospitalization. 2. Find out how nurse's personal qualities have been affected by hospitalization. 3. Find out whether the hospitalization has affected their further job performance. To this end, four research questions have been brought up. 1. What is the nurse's impression in the role of a patient? 2. How does the personal experience as a patient change the professional attitude and approach to the patient? 3. How will the nurse utilize the experience as a hospitalized patient? 4. How did the nursing staff treat the nurse in a role of a patient?

Methodology: The research part of this thesis was carried out using the method of qualitative survey. Data were collected with the help of semi structured interview. Respondents were asked questions which had been prepared in advance and during the interview, based on the answers, were followed by supplementary questions. In the beginning of the interview, each respondent was assured that her identity will remain

anonymous and that all the information acquired will be used only for this bachelor thesis. The interviews were recorded with the respondents' consent on a dictating machine and then transcribed verbatim. Only three respondents disagreed with the interview being recorded, so the interview was recorded in written form. The survey was carried out in the respondents' privacy between November – December 2014.

Research group: The research group comprised general nurses. It was a purposeful choice of respondents who have already found themselves in the role of patient and were hospitalized in a hospital. 11 respondents were interviewed altogether.

Results of the research: The research showed that hospitalization experience is different between nurses in the role of patient and "ordinary" patients. This difference resulted from their expectations at the admission to hospital. Nurses as patients have higher expectations for example towards nursing service or providing information on their health condition. That is given by their medical background. On the other hand, it turns out that their education prevents them from embracing the role of patient and ask more questions. The nurses/patients didn't expect they would need to ask for detailed information on their health condition because they expected that the information provided will be comprehensive, for the personnel knew they were nurses as well. On the other hand – the colleagues could have anticipated certain understanding of certain shortages both in treatment and in caring procedures. It could be said that the "patients" expected tolerance with regard to the fact that they are fellow nurses and have some level of understanding. We can therefore say that the nurse/patient is in a way a really demanding client for the medical staff. The research has revealed that it cannot be definitely stated that medical education has significant influence on providing information on health condition. The research has further shown that respondents had no issues with attractiveness and equipment of the department. Furthermore, the research has shown that the respondents perceived the running of a department as problematic. Early waking up for taking the patients temperature was perceived as negative. Despite this negative view stated by almost half of the respondents, they found

the personnel's approach satisfying. The research shown that, in terms of providing assistance in self-care, the personnel was very helpful, attentive, kind and saw "no issues". Comprehensive care, which was provided by health professionals-patients, was evaluated as the most positive.

Further part of the research investigation was to determine how the health nurse/patient's hospitalization affected them on a personal level. What changes affect the nurse's professional attitude towards the patient after having personal experience as a patient and how they will use the experience in their professional performance. The results show that the respondents are trying to contemplate on their hospitalization experience. The results have also shown that the respondents tend to change their attitude mostly on the basis of unprofessional attitude on the part of medical personnel. The respondents saw negatives and lack of professionalism which the personnel were unaware of. We were trying to find out whether they were aware of their professional drawbacks and whether they think that the hospitalization experience can be motivating for better work performance. As the results show, six respondents were aware of their lack of professional approach and at the same time five of the respondents claimed they were not aware of their unprofessional approach. In spite of this fact, nine respondents managed not only to think about their professional weaknesses but were also able to make use of the negative hospitalization experience for further development and improvement as for their professional performance. They agreed on the fact that they are trying to be more sympathetic to the needs of patients, trying to be more tolerant, empathetic and patient, and, of course, also trying to improve their own communication skills. They are now more smiling even though it is not always that easy.

Conclusion: This thesis provides an insight of a nurse in the role of patient in hospitalization focused on the behaviour of nurses and their carer's approach towards patients. As the results have shown that the most problematic part was obtaining and providing information, I propose a seminar focused on the topic of how to learn relevant communication skills. This seminar could help improve the communication between medical staff and patients and further improvement in the feedback provided. The

results of this survey can help improve not only communication skills but also the quality of nursing care.

Key words: nurse, patient, hospitalization, health, disease

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou 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 bakalářské 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 svého 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 11. 8. 2015

.....

.....

Pavla Paličková

Poděkování

Děkuji touto cestou vedoucí mé práce Mgr. Aleně Polanové za cenné rady, ochotu, za velkou trpělivost a nekonečnou vstřícnost při zpracování bakalářské práce. Děkuji rovněž celé své rodině za morální podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

ÚVOD	15
1 SOUČASNÝ STAV	16
1.1 Zdraví	16
1.1.1 <i>Psychologie zdraví</i>	17
1.1.2 <i>Čtyři různé náhledy na pojem zdraví</i>	18
1.2 Nemoc	18
1.2.1 <i>Nemoc jako zátěž</i>	19
1.2.2 <i>Postoj zdravotníka a nemocného k nemoci</i>	21
1.3 Pacient	21
1.3.1 <i>Role pacienta</i>	21
1.3.2 <i>Osobnostní vlastnosti pacienta</i>	22
1.3.3 <i>Změny v prožívání a chování v nemoci</i>	23
1.4 Zdravotník	24
1.4.1 <i>Role lékaře</i>	24
1.4.2 <i>Role sestry</i>	25
1.4.3 <i>Zdravotník v roli pacienta</i>	27
1.5 Hospitalizace a její psychologie	29
1.5.1 <i>Vztah mezi pacientem a zdravotníkem během hospitalizace</i>	29
1.5.2 <i>Rozhovor a jeho význam při hospitalizaci</i>	30
1.5.3 <i>Adaptace na nemocniční prostředí</i>	32
2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
2.1 <i>Cíle práce</i>	35
2.2 <i>Výzkumné otázky</i>	35
3 METODIKA	36
3.1 <i>Metodika výzkumu</i>	36
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	36
4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	38

4.1	<i>Kategorizace výsledků získaných rozhovorů</i>	38
5	DISKUZE	45
6	ZÁVĚR	53
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	55
8	SEZNAM PŘÍLOH	60

Seznam použitých zkratk

CD = kompaktní disk

ÚVOD

Každý z nás, ať už jsme „obyčejní lidé“ bez zdravotnického vzdělání, či zdravotníci se vzděláním v daném oboru, se může ocitnout v roli pacienta. Každý z nás vnímá tuto situaci jinak. Laik je vděčný lékařům, ošetrovatelskému personálu, pokud je například v nemocnici, za vlídnost, porozumění, ochotu, léčeni, které se mu dostávají. I zdravotník v roli pacienta má tyto potřeby, jen s tím rozdílem, že tomu trochu vidí pod pokličku.

Ve školách se učíme, jak správně zvládat roli všeobecné sestry či lékaře, jak nejlépe naplňovat potřeby svých pacientů a jak důsledně diagnostikovat a léčit jejich onemocnění. Proto má zdravotník například více otázek ohledně svého zdravotního stavu, ale také má vyšší nároky na ošetrovatelskou péči během své hospitalizace. Ošetrovatelský personál, lékaři však mají tendence chovat se ke zdravotníkovi, který se ocitl v roli pacienta, „pohodlně“. Například mají odpověď: „On všechno zná a ví, vždyť je z oboru.“ Je důležité, aby se ošetrovatelský personál (sestry, lékaři) choval k hospitalizovanému zdravotníkovi jako k „obyčejnému“ pacientovi, a ne jako k profesionálnímu zdravotníkovi, který zná podstatu věci. Není tedy na škodu, když se zdravotník (sestra či lékař) ocitne v roli pacienta a prožije si to z této pozice, neboť po osobních zkušenostech ze své hospitalizace může zhodnotit své dosavadní jednání a vystupování ve své profesi.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Zdraví

Pojem zdraví se zdá vcelku zřejmý a neproblematický. Zdraví se týká nás všech a je velmi proměnlivé. Je cennou hodnotou individuální i sociální, která výrazně ovlivňuje kvalitu života, ale stává se i předmětem zájmu mezioborových týmů. Ty se snaží najít odpovědi na tři základní otázky: Jaké je vlastně zdraví lidí? Proč je zdraví takové? Co můžeme udělat pro jeho zlepšení? (Holčík 2010).

K dosažení co nejkvalitnějšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie i rehabilitace. Zdravotnické služby však samy o sobě zdraví nezajistí. Lidé sami by se měli na své zdraví zaměřit, měli by neustále rozvíjet své znalosti v oblasti zdraví. A pokud se rozhodují, měli by vždy volit takové jednání, které bude pro jejich zdraví příznivé (Holčík 2010).

Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace dohodly na politických principech v péči o zdraví. Zdraví je v deklaraci stanoveno jako jedno ze základních lidských práv. Aby tato zásada mohla platit, vyžaduje to spravedlnost a solidaritu, všeobecný přístup ke zdravotním službám založeným na vědeckých poznatcích, jejich kvalitě a rozvoji. Tato deklarace byla přijata, aby podpořila program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století. Smyslem tohoto programu je ochrana a rozvoj zdraví lidí po celý jejich život a je utvořen z 21 jednotlivých cílů. K tomuto programu se připojila i Česká republika. Velký význam přikládá „Zdraví 21“ účasti všech složek společnosti na zlepšování národního zdraví a společné odpovědnosti všech resortů. Některé nepříznivé determinanty budou zřejmě ovlivňovat zdraví v dalších letech podobně jako dosud. Týká se to nedostatků v životním stylu – kouření, nezdravá výživa, nadměrná spotřeba alkoholu, nedostatek pohybu, stres, zneužívání drog, podceňování rizik úrazů a nepříznivých účinků pracovního prostředí (Zdraví pro všechny v 21. století, 2008).

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

Jak již vyjádřil ve svém citátu Seedhouse, existují různé teorie a definice pojmu zdraví. Ty se v průběhu staletí měnily. Světová zdravotnická organizace v roce 1947 vytvořila definici, která říká: „*Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nejen jako chybění nemoci nebo slabosti.*“ (Farkašová 2006, s. 49).

Tato definice byla ještě Světovou zdravotnickou organizací několikrát upravena. Úpravy probíhaly podle toho, jak se společnost vyvíjela, jaké měla potřeby nebo cíle. Je zřejmé, že společnost na pojem zdraví pohlíží různě. Je to dané například vzdělaností, hodnotami a jejich žebříčkem (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

1.1.1 Psychologie zdraví

Jak už jsme se zmínili v předchozí kapitole, díky vyšší vzdělanosti ve společnosti, například v oboru medicíny, se mění názor na pojem zdraví a vzniká nový vědní obor s názvem psychologie zdraví. V současné době je to nejvíce rozpracovávaný vědní obor. Průkopníkem oboru psychologie zdraví je u nás prof. PhDr. Jaro Křivohlavý, CSc. (Plháková 2004).

Co zkoumá psychologie zdraví? Psychologie zdraví zkoumá, jak se určité typické způsoby chování, myšlení a cítění vztahují k tělesné a psychické kondici. Zabývá se tedy diagnózou, léčením a prevencí různých onemocnění, zkoumá a podporuje zásady zdravého způsobu života (Plháková 2004, s. 30).

Abychom lépe pochopili psychologii zdraví a souvislost se zdravím jako takovým, vraťme se trochu k historii. Tento obor vznikl z několika důvodů. Jedním z těchto důvodů bylo, že se v průběhu 20. století změnila struktura nemocí, na které lidé umírali. Na počátku 20. století to byla nakažlivá onemocnění, kdežto ve 21. století lidé umírají na onemocnění způsobená životním stylem. Jsou to například onemocnění kardiovaskulárního systému, chronická onemocnění, onkologická onemocnění. Dalším důvodem bylo nahlížení na pojem zdraví. Dříve to byla nepřítomnost nemoci, dnes se na zdraví pohlíží z bio-psycho-sociálního pohledu. Řadíme sem i dobu, kdy lékaři, vědci hledali různé patogeny (viry, bacily) a předpokládali, že jejich zničením odstraní nemoci – což se jim u nakažlivých nemocí podařilo. Ale dnes nejsou u mnoha nemocí příčinou jednoduše definovatelné patogeny. Mnoho onemocnění si pacienti způsobují různými

rizikovými faktory, jako je kouření, konzumace alkoholu nebo drog, promiskuitní sexuální chování. A jedním z posledních důvodů byly vysoké náklady na zdravotní péči a s tím souvisí i kladení důrazu na prevenci, která tyto náklady snižuje (Křivohlavý 2009).

Můžeme tedy říci, že psychologie zdraví se snaží ovlivnit postoje, které regulují náš zdravý životní styl. Zkoumá také, jaký vliv má nadměrný stres (tělesný nebo duševní) na zdraví, a nesmíme zapomenout ani na vzájemný vztah mezi zdravotnickým personálem (lékař, sestra) a pacientem. Jak už jsme se zmínili výše, v psychologii zdraví jde v první řadě o prevenci, a ne o terapii (Křivohlavý 2009).

1.1.2 Čtyři různé náhledy na pojem zdraví

Díky psychologii zdraví, která se snaží ovlivnit naše postoje v určitých oblastech, můžeme na svoje zdraví pohlížet určitými způsoby. Tyto způsoby neboli náhledy jsou čtyři. Když je spojíme dohromady, tvoří nám holistický pohled na člověka. Tedy pohled bio-psycho-sociálně-spirituální. Bio-psycho-sociálně-spirituální model považuje tělo i duši za dva neoddělitelné aspekty jedné skutečnosti člověka a bere je oba v úvahu tam, kde jde o otázky zdraví a nemoci. Tyto čtyři faktory se sledují všude tam, kde se zjišťuje, co kladně, či záporně ovlivňuje zdraví člověka. Jsou to společně působící faktory na zdraví a nemoc člověka. Pojem zdraví se tedy promítá do všech oblastí života jedince, po celý jeho život. Podmínkou spokojeného života jedince je víceméně právě zdraví. Otázkou však zůstává, jaké hodnoty jedinec uznává a co je pro něj důležité, aby dosáhl spokojenosti ve svém životě (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

Za své zdraví si jedinec odpovídá sám. Je na něm, jaký vede styl života. Neustále slyšíme, ať už ve škole, od rodičů či z médií, že máme upřednostňovat „zdravý životní styl“, ale je jen na nás, zdali si takový životní styl vybereme a budeme se jím řídit (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

1.2 Nemoc

Nemoc je definována jako porucha zdraví, která je vnímána nemocným a zpravidla je objektivně zjiřitelná (Vokurka a kolektiv 2006).

Můžeme ji chápat, stejně jako zdraví, jako životní proces člověka, který se odehrává v systému člověk a prostředí. Nemoc pak není ničím jiným než poruchou tohoto systému (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

Tento nepříznivý stav narušuje obvyklý způsob života po kratší, či delší dobu a omezuje člověka v jeho běžných zvyklostech. Vzniká tak situace, při které dochází k neuspokojování jeho potřeb (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

U každé nemoci rozlišujeme tři roviny: biologickou (somatickou), psychologickou a sociální. Tyto tři roviny můžeme vyjádřit v tzv. modelech nemoci. Medicínský (biologizující) model nemoci – plně se začal utvářet v průběhu minulého století na základě rozvoje přírodovědného poznání, v době, kdy se jako vlastní příčiny infekčních onemocnění začaly objevovat různé mikroorganismy. Psychologický model nemoci vychází z psychoanalýzy. Jedno z nejpropracovanějších pojetí psychoanalytického modelu nemoci vytvořil již v sedmdesátých letech 20. století Balint. Sociologický model nemoci chápe nemoc jako sociální jev. „*Nemoc znamená obvykle změnu v chování individua a s ní související odezvu jeho okolí.*“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007, s. 18).

„*Současné pojetí medicíny chápe zdraví a nemoc jako komplexní jev, kde jsou podmíněné vztahy mezi somatickou a psychickou sférou, mezi osobností pacienta a jeho sociálním prostředím.*“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007, s. 18).

1.2.1 *Nemoc jako zátěž*

Nemoc, na rozdíl od pocitu zdraví, přináší člověku potíže a určitou zátěž. Pro většinu lidí je to velmi stresová a náročná životní situace. Znamená pro ně ztrátu dosavadních jistot, ohrožuje jejich zvyklosti a ztěžuje dosažení vytyčených cílů (Minibergerová, Jičínská 2010).

U těžce nemocných často dochází ke ztrátě původního smyslu života. Závažné somatické onemocnění představuje pro člověka jednu z největších životních zátěží, která určitým způsobem ovlivňuje psychiku i osobnost nemocného (Mandincová 2011).

V souvislosti s nemocí můžeme rozlišit typy zátěžových situací, například nemoc jako náročná situace, která nám přináší složité úkoly a požadavky. Patří sem situace,

kdy nemocný člověk přesouvá svou odpovědnost za momentální stav na zdravotníky a ti s nemocným jednají tak, jako by nemoc patřila pouze do jejich péče a nepatřila nemocnému. Dalším typem je nemoc jako problémová náročná situace. Náhlý příchod nemoci mnohdy představuje nové a složité situace. Dochází při ní např. ke změně životního stylu, může však přinést i nové mezilidské vztahy. Řadíme sem i situaci nemoc jako překážka. Je samozřejmé, že pro každého je nemoc určitou překážkou. Člověk v této situaci nemůže realizovat své cíle a potřeby. V neposlední řadě způsobuje nemoc konfliktní situace. Kvůli stresu z onemocnění se člověk může dostat do konfliktních situací. Taková situace může nastat se zdravotníkem, spolupacientem, nebo dokonce i s rodinným příslušníkem (Minibergerová, Jičínská 2010).

Jak jsme zmínili výše, nemoc vytváří určité zátěžové situace. Tyto situace může ovlivnit sám jedinec tím, jak onu nemoc prožívá, a také tím, jak se dokáže se zátěží, kterou nemoc představuje, vyrovnat (Vágnerová 2008). Zpracování zátěže, kterou představuje nemoc, probíhá v určitých fázích. Tyto fáze mají specifický průběh i délku trvání. První fáze, která nastává, je fáze iniciálního šoku. Je to akutní emoční reakce, která odráží těžký krizový stav pacienta, jenž se náhle ocitá v nové a pro něho nepříznivé situaci. Druhou fází je popírání – zde je reálné, že nemocný nebude dodržovat zásady, které jsou a budou pro něho životně důležité. Třetí fází je smlouvání, kdy nemocný mívá nerealistické požadavky. Poslední čtvrtou fází je přijetí, v této fázi dochází ke smíření se stávajícím onemocněním (Mandincová 2011).

Podle Křivohlavého se paradoxně očekává, že pacient bude v průběhu nemoci plný optimismu, bude s nemocí bojovat, a žádné negativní emoce tak nebude mít (Křivohlavý 2002).

Avšak celý průběh nemoci bývá ovlivněn psychickým stavem nemocného a tuto psychickou pohodu či nepohodu může vyvolat dostatek nebo naopak nedostatek informací o jeho zdravotním stavu. Neméně důležitou roli sehrává i samotná rodina nemocného, zdravotnický personál a v neposlední řadě i spolupacienti. Díky všem těmto aspektům prožívá každý člověk nemoc zcela odlišně. Z toho tedy vyplývá, že nemoc není jen záležitostí jedince, ale postupně může ovlivňovat celou jeho rodinu

a okolí. Tím myslíme například: změnu životního stylu, změnu rolí či zvýšenou závislost na druhých (Vágnerová 2008).

1.2.2 Postoj zdravotníka a nemocného k nemoci

Nemoc představuje podnět, na který reaguje každý člověk zcela odlišně. Postoj zdravotníka je jiný než postoj nemocného, který toto vzdělání nemá (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

Zdravotníkův postoj k nemoci je ovlivněn jeho zdravotnickým vzděláním. Zdravotník vyhledává především objektivní příznaky nemoci. Mívá tedy sklony vidět soubor chorobných příznaků. Tento přístup může být na jedné straně považován za obraz profesionální deformace, na straně druhé za obraz profesionální zdatnosti (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

Postoj nemocného je odlišný, protože nemá takové znalosti v oboru medicíny. Ve středu jeho zájmu je jeho subjektivní a osobní prožívání. Tyto prožitky vyvyšuje nad objektivně zjistitelné příznaky choroby. Právě nepochopení těchto subjektivních pocitů ovlivňuje obraz a průběh nemoci, a tedy i postoj nemocného. Postoj nemocného se pak může měnit např. nedůvěrou v poskytnuté informace nebo ve zdravotnický personál apod. (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

Je tedy zřejmé, že „*rozdíly mezi postojem zdravotníka a postojem nemocného jsou dány jejich odlišným postavením v situaci, tedy rozdílnými rolemi.*“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007, s. 37).

1.3 Pacient

1.3.1 Role pacienta

Pacient je definován v Praktickém slovníku medicíny jako „nemocný, osoba v lékařské péči.“ (Vokurka 2011, s. 339).

Člověk se pacientem málokdy narodí, ve většině případu se jím stane. Pokud se v této roli ocitne, často se cítí zaskočen. Neví, zda léčba bude úspěšná, neumí komunikovat se zdravotníky, nezná svá patientská práva a mnohdy je vnímán jako věc. Takto vnímaný pacient je často stavěn do podřízené role, kdy o něm samotném

rozhodují jiní. Toto celé a fakt, že se člověk stane pacientem, přináší s sebou řadu fyzických, psychických, ale i sociálních změn. V důsledku těchto změn pacient přestává plnit své dosavadní životní role, které se dotýkají všech, kteří mají nějaké sociální kontakty s nemocným. V roli pacienta je kladen důraz na tři aspekty. Otázky zavinění změněného stavu – pacient není viněn z toho, že je nemocný. Otázky odpovědnosti – pacient je obvykle v důsledku „úředního“ uznání svého změněného stavu zproštěn některých činností, které by jinak měl či musel vykonávat, avšak bere na sebe jiné odpovědnosti, které dosud v té míře neměl. Od daného pacienta se očekává, že něco bude dělat pro to, aby se jeho zdravotní stav zlepšil (Křivohlavý 2002).

1.3.2 Osobnostní vlastnosti pacienta

Každý člověk přistupuje k nemoci s jinými vnitřními osobnostními předpoklady (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007). Mezi tyto předpoklady patří temperament, který má vrozený základ, ale jde ho do jisté míry ovlivnit výchovou. Projevuje se v celkovém způsobu reagování na určitou situaci, např. jak zvládá pacient strach či úzkost. Dalším předpokladem jsou postoje pacienta. Postojem chápeme jeho názory, hodnotící soudy, citové vztahy či reakce. Například je dobré znát citové reakce pacienta před nemocí. Tato informace zdravotníkovi ukazuje, jak pacient reaguje na nepříjemné podněty, jako je hluk či bolest apod. Mezi předpoklady řadíme i charakter. Vlastnosti charakteru jsou proměnlivé a dají se ovlivnit výchovou. Charakter se podílí na chování a jednání jedince ve společenských vazbách vůči ostatním lidem např. snaha vést a řídit ostatní, vyjádření dominance nebo přátelskost či pro změnu agresivita, závislost apod. (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

Osobnost pacienta je při jeho léčbě důležitým faktorem. Tento faktor může v ošetřování a terapii buď pomáhat, nebo brzdit (Vymětal, 2004).

Proto je důležité vědět, že určité faktory působí na osobnost pacienta. Řadíme sem situačně psychologický faktor – to znamená, v jaké míře pacient prožívá závažnost své situace. Poté je to samotný chorobný proces. Některé nemoci, jejich průběh a následky mohou být příčinou osobnostní změny pacienta (úrazy hlavy, psychické onemocnění). Samozřejmě musíme počítat i s faktorem sekundárních vlastností onemocnění, kam

zařazujeme délku nemoci, bolest, ohrožení života atd. (Plevová et al. 2011). Všechny tyto faktory ovlivňují emoce, hodnoty a životní perspektivy pacienta (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

1.3.3 Změny v prožívání a chování v nemoci

Většina nemocí působí na člověka nepříznivě a ovlivňuje jeho chování. Jinak prožívá onemocnění dospělý člověk a jinak dítě či jeho rodina. Jedinec se chová odlišně i podle toho, zdali se jedná o akutní stav onemocnění, nebo chronické onemocnění (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007). Nemoc ztěžuje dosažení cílů jedince a zároveň přicházejí obavy z další budoucnosti (Minibergerová, Jičínská 2010). Svůj podíl má i strach, nejistota, únava, můžeme zařadit i hospitalizaci nemocného. Významnou roli proto hraje profesionální přístup zdravotníků. Nutností samozřejmě jsou odborné znalosti a následná připravenost zvládnout psychologii nemocného. Mezi okolnosti, které ovlivňují prožívání nemoci, řadíme sociální zázemí (rodinu), následně vlastní léčebnou a ošetrovatelskou péči, to znamená důvěru v lékaře, sestry či zařízení. Jak už bylo zmíněno výše, prožívání nemoci ovlivňuje průběh onemocnění. Zdravotníci by měli vědět, zda onemocnění přišlo z plného zdraví, či je to onemocnění chronické. Důležitá je také závažnost onemocnění a jeho prognóza.

Vraťme se zpět k tomu, kdy onemocnění přichází z plného zdraví. Jedinec bývá šokován, je zneklidněn nastalou situací a tyto pocity může přenášet i na své okolí. Náhlá změna zdraví mu nahání strach a úzkost. Pokud se pocit strachu a úzkosti vystupňuje na neúnosnou míru, může pacient pociťovat stavy dušnosti, nauzeu, křečové stavy apod. Zdravotník by měl umět zachytit a rozlišit tyto signály a dokázat pomoci. U jedinců, kteří mají chronické onemocnění, je prožívání a chování trochu jiné. Chronická nemoc je porucha zdraví, která trvá dlouho. Nemoc má různý vývoj, a proto se prožívání a chování jedinců často mění. Nemocný bývá depresivní, rezignuje, poddává se nemoci. Pokud je nemocný v bezpříznakové fázi nemoci – v takzvané remisi, navrácí se mu falešný pocit opětovného zdraví. Opět začíná prožívat vše naplno, než se nemoc znovu ohlásí. Jeho prožitky samozřejmě ovlivňují okolí, hlavně rodinu. Problémy delšího charakteru mohou vyústit v pocit méněcennosti a frustrace. Tyto pocity se většinou

dostavují, když si člověk nedokáže uspokojit své základní potřeby a cítí se bezmocný. Nemocný jedinec může dokonce sebou samým pohrdat. A to i přesto, že k tomu nemá důvod. Prožívání nemoci však nemusí být jen negativní prožitek. Pro některé jedince může být nemoc příjemnou situací, a to tehdy, kdy se jim dostává veškeré pozornosti okolí nebo si nemusí plnit pracovní povinnosti, které je obtěžují či na ně nestačí. Proto je velmi důležité, aby zdravotnický personál volil vhodná slova, byl trpělivý a vlídný při ošetřování nemocného (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007). Vždyť právě od zdravotníků se očekává více pochopení pro lidské utrpení a bolest. Otevřenost a empatie zdravotníků k nemocným či jejich blízkým je základním předpokladem dobré péče (Andrýsek 2011).

1.4 Zdravotník

1.4.1 Role lékaře

S činností lékaře se setkáváme již od starověku, avšak o roli lékaře v současném pojetí lze hovořit až od poslední třetiny 19. století (Bártlová 2005). V této době začali lékaři pracovat v nemocnicích, které se na rozdíl od hospitalů stávají zdravotnickými zařízeními. Stále ale platilo, že lékař spíše docházel k nemocnému do rodinného prostředí a nemocnice byly pro chudé a opuštěné. Šance na vyléčení nebo kvalitní léčbu byla pro tyto pacienty jen velmi malá. Nemocniční pobyt byl spojen s přípravou na blížící se konec života. Mnohem později se staly nemocnice centrem medicínského pokroku. Lékařské povolání se stalo svobodným povoláním a začaly vznikat ordinace praktických lékařů. Už nechodil jen lékař za svým pacientem domů, ale pacient mohl přijít sám k němu do ordinace. Mezitím se v nemocnicích začala používat různá technická zařízení pro úspěšnou léčbu pacientů. Tento způsob léčení znamenal změnu vedoucí k redukci úmrtí a hlavně nárůstu počtu uzdravení. Díky těmto výsledkům se zvyšovala prestiž lékaře v nemocnici. Nemocnice již nebyly jen pro chudé a opuštěné, do nemocnice začali chodit více majetní lidé. Lékaři mohli sledovat a léčit daleko více pacientů pomocí v té době dostupných medicínských technik. K léčbě pacientů však také v nemalé míře přispěla lepší výživa a větší hygiena. Od poloviny 20. století se používají nové léky a chirurgické metody. Ve 40. letech přicházejí antibiotika a po

válce povinná očkování. V současné době jsou léčebné metody, medicínské techniky a farmacie na takové úrovni, že se zvyšuje věk, kdy člověk zemře. Samozřejmě hlavní roli má lékař, který dokáže výtobytky moderní doby použít k záchraně lidského života (Bártlová 2005). Lékař je spojencem nemocného v boji za navrácení zdraví. Vidí nemoc v jiném světle, než jak ji vnímá pacient. Lékař vidí nemoc jakoby zvenčí, kdežto pacient ji prožívá. Oba tyto pohledy jsou důležité, ale přesto neúplné. Teprve spojení těchto dvou pohledů vede ke správnému řešení (Honzák 2013).

Obecně lze říci, že role lékaře je funkcionálně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a odstraňování nemocí a na záchranu ohroženého života. Jednotlivé konkrétní role lékařů se liší na základě oboru, který vystudovali (Bártlová 2005).

1.4.2 Role sestry

Role sestry znamená poskytování ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Jejím úkolem je pečovat o pacienta s úctou k jeho osobě, respektovat jeho přání včetně rodiny a hlavně být empatická (Machová, Sedláková, Tóthová 2009).

Stejně tak, jak se mění doba, mění se a utváří i samotná role sestry. Její základy začaly vznikat již v dobách středověkých hospitalů, kde se poskytovala jen nejzákladnější péče, a to těm nejchudším lidem, o které se nemohla postarat jejich rodina. Role sestry v těchto zařízeních nevyžadovala žádnou odbornou přípravu. Šlo o charitativní činnost, která však měla výhradně náboženské základy. Tuto profesi proto dělaly povětšinou řádové sestry. Od poloviny 19. století se hospitály pomalu začínaly členit v různé instituce (nemocnice, sirotčince, starobince, ...), ale i přes tyto veškeré změny si stále zachovávaly svůj charitativní charakter a nedocházelo v nich k léčení za účasti lékaře (Bártlová, Matulay 2009).

K příchodu lékařů a k samotnému medicínskému pokroku dochází až v druhé polovině 19. století – a tím byly dány i zcela nové základy pro povolání sestry. Od této doby se pro činnost lékaře stává role sestry nepostradatelná. K dalším výrazným změnám v roli sestry dochází ve druhé polovině 20. století. Důsledkem technického pokroku se prohlubovala nejen specializace lékaře, ale i sestry a i ona se musela svým

vzděláním přizpůsobit. V této době se nemocnice staly místem, kde bylo možné nalézt nejkvalifikovanější lékařskou pomoc, a nově tak vznikla profese civilních sester. V posledních desetiletích došlo k obrovskému rozvoji moderní společnosti a k růstu velikosti jednotlivých zdravotnických zařízení (Bártlová 2005).

S tímto rozvojem přibývá ordinací a výkonů, které přecházejí z lékařů na sestry. Sestry nejen pomáhají lékařům, ale i zajišťují organizaci vyšetření, kontrolují funkčnost a bezpečnost přístrojů. Díky těmto skutečnostem se na jedné straně i samotná role sestry posunula zásadním způsobem kupředu, ale na straně druhé to přináší mnohem větší nároky na její vykonávání (Bártlová, Chloubová, Trešlová 2010). Právě změny v profesi sestry se staly předmětem I. evropské konference o ošetrovatelství, která se v roce 1988 konala ve Vídni. V deklaraci z této konference je zdůrazněna nová role sestry. V této roli má sestra *„působit jako partnerka při rozhodování a plánování v řízení místních, regionálních a národních služeb, podporovat jednotlivce, rodiny a komunity, aby se více spoléhali na vlastní síly v péči o své zdraví, a poskytovat jasné a správné informace o příznivých a nepříznivých důsledcích rozličných typů chování a o výhodách a nákladech pro volbu určité péče.“* (European Conference on Nursing, Summary Report, Vídeň 21.–24. června 1988, s. 5 in Bártlová 2005, s. 129–130). Díky tomu se sestra stále více stává samostatným odborníkem na uspokojování potřeb nemocného (Bártlová 2005). Povolání sestry je tvořeno systémem určitých společenských rolí. Činnosti, které sestra vytváří, jsou funkčně odlišné, ale tvoří nám určitý souhrn, který představuje základ role sestry. V podstatě jde o „díličí“ role v různých oblastech – je to například oblast ošetrovatelsko-pečovatelská, instrumentální (technická), výchovná, poradenství a oblast podpory a výchovy ke zdraví (Bártlová 2005).

Existuje několik základních rolí sestry v moderním ošetrovatelství, které jsou pro pacienta nejdůležitější. Jednou z nich je role sestry-pečovatel (ošetrovatelka, pomocnice) – právě tato role sestry má dlouholetou tradici a jejím základem je umění pečovat. Pečovat znamená zajímat se a starat se o druhé, o jejich přání a jejich potřeby a tato rozličná přání a potřeby následně uspokojovat. Pečovat ale také znamená pomáhat druhým v období jejich bezmoci, v čase nejvyšší potřeby, snažit se jim poskytnout psychickou podporu a zlepšit tím jejich život. Pacient také potřebuje sestru v roli

obhájce (advokát). Sestra v roli „advokáta pacienta“ hájí jeho zájmy a potřeby, a to buď přímo (pomocí individuální ošetrovatelské péče), nebo nepřímo (vzděláváním se nebo výzkumem). Tato role je důležitá v případech, kdy je pro nemocného obtížné nebo zcela nemožné projevit své potřeby, problémy a přání. Tím, že sestra ovládá tuto roli, může eliminovat různá rizika, která by mohla vést třeba ke ztrátě pacientovy důvěry či k jejímu poškození. Dále je pro pacienta důležitá komunikace – proto sestra zastupuje roli komunikátora. V ošetrovatelství je v první řadě zapotřebí účinné mezilidské komunikace, která se uplatňuje při všech fázích ošetrovatelského procesu. Proto je tato role setry nesmírně důležitá, a to nejen pro pacienta, kdy právě zdravotní sestra zprostředkovává pacientovy potřeby lékařům, ale také pro lékaře, kterému mohou získané poznatky o pacientovi pomoci při diagnostice a léčbě. Do oblasti komunikace také patří zdravotnická dokumentace, která vyžaduje stručnost a především srozumitelnost. V neposlední řadě musíme zmínit sestru-učitelku (edukátorka). Jde o další neodmyslitelnou úlohu, kterou sestra má. Je to vlastně interaktivní proces, při kterém dochází k poučení (vzdělání) pacienta v průběhu plánovaných vyšetření, v léčebných doporučeních apod. Součástí tohoto procesu také je nabídnutí edukačních brožurek, letáčků (Plevová 2011).

Cílem plnění všech těchto rolí je vysoce odborná, efektivní a flexibilní ošetrovatelská péče. Výsledkem má být spokojený pacient (Plevová 2011).

1.4.3 Zdravotník v roli pacienta

Kterýkoli zdravotník se může ocitnout v roli pacienta. Ať je to lékař, nebo sestra, prožívá nemoc podobným způsobem jako běžný pacient. Má však na svoji nemoc trochu jiný pohled – to je dáno zdravotnickým vzděláním a zkušenostmi, které během své praxe nasbírání. Zdravotník dokáže na základě svých zkušeností například odhadnout svou prognózu, zná výhody, či nevýhody léčby a uvědomuje si, jaké komplikace mohou nastat. Pokud zdravotník onemocní, může využít určitých výhod, které „obyčejný“ pacient nemívá k dispozici. Mezi takové výhody patří například výběr ošetrojícího lékaře nebo zdravotnického zařízení. Snáze se dostane i k vyšetřením, které potřebuje, nebo naopak se vyhne vyšetřením, o kterých se domnívá, že nejsou potřeba. Bývá to dané tím, že využije své postavení zdravotníka. Zdravotník si již během svých studií či

práce vytváří „známé“, na které se poté obrací s prosbou o pomoc. Někteří lékaři neradi vyšetřují zdravotníky-pacienty, protože vědí, že mají svůj názor na diagnózu, kterou si již určili. Neustále mluví o diagnóze, ale nemluví o svých potížích. A pokud již mluví o svých potížích, zdůrazňují ty potíže, které podporují jejich diagnózu, již si vydedukovali či určili. Někdy zdravotníci (lékaři) předpokládají, že si různá vyšetření, léčbu nebo léky obstarají sami. To může vést k různým komplikacím zdravotním či psychickým. Pokud se jim například nezdá stanovení jejich diagnózy nebo léčba, začíná zdravotník-pacient zasahovat do léčení nejčastěji formou diskuze. Zasahuje proto, že mívá vše o nemoci nastudováno a vidí rozdíl mezi teorií a praxí. Zdravotníci, kteří nejsou v roli pacienta, nemají toto zasahování do léčby rádi. Postupně se u nich začínají projevovat sklony k autoritativnímu chování a mohou se vytvářet nesympatie k pacientovi, z čehož plynou například i nevhodné výroky vůči pacientovi. Zdravotník-pacient může tyto výroky vnímat intenzivněji než „obyčejný“ pacient, protože si někdy uvědomí, že i on sám tyto výroky občas použil. Patří sem například: „Když vás to bolí, alespoň víte, že žijete,“ (radujte se) (Irmiš 1996).

Zdravotník-pacient ví, že lékaři někdy podávají informace jen částečně pravdivé, a oproti „obyčejnému“ pacientovi může poznat, kdy je informace nepravdivá. Přesto však svému lékaři vše odkývá s tím, že je se vším srozuměn. Může ale nastat závažná komplikace, kdy zdravotník-pacient nevěří ani tomu, co je pravda. Některé informace mohou být pro zdravotníka-pacienta urážející, bývají to často informace, které mají pacienta uklidnit nebo mu vysvětlit jeho stav. Informace však mohou být tak nepravděpodobné, až jsou pro zdravotníka-pacienta urážející. Zdravotník-pacient si stejně jako „obyčejný“ pacient dobře pamatuje, jaké informace mu lékař sdělil, což neplatí u lékařů. Ti mají někdy problém vybavit si v paměti pacienta a hlavně informace, které jim pacient sdělil například před půl rokem. S tímto faktem souvisí, že lékař může časem měnit názory na léčbu. Je tedy důležité, aby zdravotníci svým pacientům, ať už zdravotnický vzdělaným, nebo bez vzdělání, říkali pravdivé informace. Na zdravotníkovi zůstává rozhodnutí, jak a v který čas tyto informace sdělí. Zdravotník-pacient očekává, že přístup k němu bude ohleduplnější a hlavně pozornější, zatímco zdravotník, který léčí, očekává od zdravotníka-pacienta pochopení k určitým

nedostatkům jak v léčbě, tak v ošetrovatelských postupech. Prakticky očekává tolerantnost, s vědomím „vždyť je také zdravotník, tak to musí chápat“. Proto bývá zdravotník-pacient překvapen, když k němu zdravotnický personál přistupuje dominantně a jednostranně (Irmiš 1996).

Zdravotník by si měl tedy uvědomit, že i on může být nemocný a v pozici pacienta. Měl by si říci, že se bude chovat tak, jak by chtěl on sám, aby se k němu zdravotnický personál choval (Irmiš 1996).

1.5 Hospitalizace a její psychologie

1.5.1 Vztah mezi pacientem a zdravotníkem během hospitalizace

Pojem hospitalizace nám přesně vykládá zákon č. 372/2011 Sb.: „*Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Hospitalizací se rozumí doba zpravidla delší než 24 hodin, po kterou je pacientovi přijatému na lůžko ve zdravotnickém zařízení poskytovatele lůžkové péče poskytována lůžková péče.*“ (Sbírka zákonů č. 372/2011, s. 4731).

Během této doby, kdy je pacient hospitalizovaný, se začíná utvářet určitý vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Pacient v tento okamžik od zdravotníka očekává chápavý přístup a ohleduplné léčení. Chce mít pocit, že se o něj někdo opravdu postará (Ivanová 2006). Proto je důležité, aby zdravotník uměl jednat s pacientem na profesionální úrovni. To znamená, že by měl mít schopnost empatie, postřehu a pohotovosti v jednání. Neméně podstatná je i osobní angažovanost zdravotníka a dodržování etiky (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

V posledních několika letech zájem veřejnosti o práci ve zdravotnictví narůstá. Dá se říct, že takřka každý občan od zdravotnictví očekává fyzickou i ekonomickou dostupnost na co nejvyšší úrovni (Ivanová 2006).

Laická veřejnost posuzuje kvalitu zdravotnického zařízení podle chování zdravotníků ke své osobě. Tuto zkušenost pak mezi sebou sdílejí. Je to vlastně názor laiků na zdravotníky, který může být kladný, či záporný (Haškovcová, Pavlicová 2013). Současné sestry jsou velmi šikovné v provádění různých úkonů a rády by každému pacientovi daly co možná nejvíce, některé i mnohem více, než pacient ve skutečnosti

potřebuje. V dnešní moderní době, kdy se považuje za neetické plýtvat zdroji, jsou však nuceny uvažovat spíše ekonomicky. K tomuto uvažování jsou „tlačené“ hlavně ze strany státu a pojišťoven (Ivanová 2006).

I vzhledem k častému nedostatku ošetrovatelského personálu, přepracovanosti či zvýšené agendě v práci sestry mívá zdravotník stále častěji chladnější přístup k pacientovi. Projevuje se to například tím, že se zdravotník neusmívá, ale celou směnu se mračí nebo hovor, který vede, se týká jen úkonů, které bude provádět. První, kdo na tento přístup reaguje, jsou samozřejmě pacienti. Proto je důležité odstraňovat tento „nelaskavý chlad“. Pacienti tuto změnu uvítají a zcela jistě nepřehlédnou a jistě i zdravotníci budou mít z této změny užitek. Pacienti si je budou chválit nejen za technické výkony, ale hlavně za lidskost, kterou zdravotník vůči pacientovi projeví. Lidskost je pro pacienta v době onemocnění velmi důležitá, a to z toho důvodu, že se ze společnosti stále častěji vytrácí. Pacient ji očekává. Je to dané i tím, že pacient má projev lidskosti právě spojen s profesí zdravotníků. Mnozí zdravotníci však ohleduplné a taktní jednání podceňují. Může za to názor zdravotníků, že „nejde-li o život, nejde o nic.“ (Haškovcová, Pavlicová 2013).

Vztah mezi pacientem a zdravotníkem by měl být tedy založen na vzájemné důvěře a respektu (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007). *„Sestra by měla být v očích nemocných vždy člověkem, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který pomáhá s velkou dávkou tolerance a laskavosti řešit.“* (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007, s. 67).

1.5.2 Rozhovor a jeho význam při hospitalizaci

Rozhovor je obecně nejdůležitější druh komunikace. Rozhovor je promyšlený a cíleně řízený dialog, kdy tazatel pokládá otázky a dotazování na ně odpovídají nebo líčí své problémy (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007). Abychom mohli rozhovor vést správně, měli bychom v komunikaci dodržet určité zásady. Zásady pro správnou komunikaci mezi pacientem a lékařem stanovuje šest základních požadavků, které jsou důležité pro to, aby byla správně vedena celá návštěva u lékaře. První je dosažení spolupráce. Druhá zásada představuje stanovení priority terapeutické práce. Třetí zásadou je vytvoření pocitu bezpečí a jistoty. Jednou z důležitých zásad je zásada čtvrtá

– zabezpečení informovanosti pacienta. Následuje dohoda o způsobu léčby a nakonec poslední šestá zásada ukončení návštěvy. (Janáčková, Weiss 2008)

Také sestra musí umět vést rozhovor s pacientem. Zásady pro správnou komunikaci mezi pacientem a sestrou jsou následující: úcta k pacientovi, důvěryhodnost, ochota dávat, nejen přijímat, ochota odložit masku, připravenost ke změnám a přehodnocení postojů, citlivé odkrývání překážek v rozhovoru a poté jejich odstranění, přátelská atmosféra (Venglářová, Mahrová 2006).

Jestliže se zdravotníci drží doporučených zásad v komunikaci, můžeme docílit úspěšného rozhovoru. Veškeré informace (skutečnosti), které díky rozhovoru s pacientem zdravotník získá, musí být důkladně a srozumitelně zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace, aby mohly být později využity v realizaci ošetrovatelského a léčebného procesu (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

Zdravotníci sledují rozhovorem určité záměry. Jedním ze záměrů je získání informací od pacienta. Dalším záměrem je podávání informací zdravotníkem pacientovi během rozhovoru (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007). Konečným záměrem je to, aby se pacient podílel na své léčbě (Bouček a kolektiv 2006).

Když tedy zdravotníci vedou rozhovor s pacientem, měl by mít na sebe navazující fáze. Začínáme takzvaným úvodem – prvním kontaktem zdravotníka s pacientem. V této fázi je velmi důležité, aby se zdravotník představil, vysvětlil pacientovi svou roli a tím dokázal vytvořit vztah důvěry. Snaží se tedy odstranit veškeré obavy a rozpaky, které pacient má. Rozhovor může začít jeho aktuálním zdravotním stavem. Snaží se u pacienta navodit pocit, že mu ve všem rozumí a že chápe jeho problémy (Bouček a kolektiv 2006). Poté přejdou k vlastnímu rozhovoru, kde se snaží pacienta rozmluvit. Volí se obecné a otevřené otázky, aby mohl pacient vyjádřit, co je pro něj důležité. V tento moment o sobě pacient začíná zpravidla hovořit a není vhodné, aby zdravotník do rozhovoru příliš zasahoval, či dokonce projevoval netrpělivost. Je to moment, ke kterému zdravotník od začátku směřuje, a je to vlastně podstata celého rozhovoru. Někdy je u některých pacientů nutných více setkání, než začnou mluvit o problémech, které mohou průběh nemoci ovlivňovat. Pacienta se nikdy neptáme na údaje, které nesouvisí s léčbou. Mohl by mít pocit, že jsme příliš zvědaví a zasahujeme do jeho

soukromí. Důležité je projevit opravdový lidský zájem (Bouček a kolektiv 2006). Poslední fází je závěr rozhovoru. Shrňeme všechny skutečnosti, které jsou pro nás významné, a sdělíme pacientovi názor na všechny skutečnosti, které nám poskytli během rozhovoru. Posléze poskytneme pacientovi dostatek času na jeho další otázky (Bouček a kolektiv 2006). Celý rozhovor by měl být ukončený tak, aby měl pacient pocit jistoty a aby věděl, že v rozhovoru mohou kdykoliv pokračovat (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

Zdravotníci si musí uvědomit, že pacient, se kterým hovoří, se nachází v nepříjemné a stresové situaci. Musí být při rozhovoru trpěliví, struční a otázky pokládat srozumitelně. Přestože jsou zdravotníci v průběhu studií na „umění rozhovoru“ připravováni, může se stát, že právě z jejich strany dojde v jeho vedení k pochybení, a to třeba tím, že na sobě dají znát netrpělivost, zvolí příliš autoritativní tón nebo mají nepatřičné poznámky typu „to mě nezajímá“ nebo „to sem nepatří“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007). Toto neprofesionální a zcela nevhodné chování ve spojení kupříkladu s nemocničním prostředím, nejasnou prognózou či nedostatkem pomůcek k provedení výkonů může vést až ke vzniku hospitalismu (Kelnarová 2014).

Mnoha studii bylo dokázáno, že špatně vedená komunikace ze strany zdravotníka je zásadním zdrojem nespokojenosti pacienta, a v souvislosti s tím je tedy zcela zřejmé, že díky správné a efektivní komunikaci je zdravotník schopen zvýšit kvalitu péče o pacienty (Špirudová, Králová, Němečková, Zapletalová 2010).

1.5.3 Adaptace na nemocniční prostředí

Každý pacient je individualita sama o sobě, a proto i adaptace na nemocniční prostředí je individuální záležitostí. Pacienti se musejí přizpůsobit chodu a režimu oddělení. Aby se pacient lépe adaptoval na nemocniční prostředí, má k dispozici řád nemocnice a práva pacientů (viz příloha 1), které potvrzují význam základních lidských práv ve zdravotnictví (Kutnohorská 2007).

Pobyt v nemocnici bývá pro pacienta více či méně stresující. Stresující je pro ně například fakt, že přijdou o své soukromí, protože jsou na dvojložkovém či trojlůžkovém pokoji. Spolupacient může v noci chrápat nebo ho může rušit noční nemocniční režim, nemá klid na spánek. To vše narušuje zvyklosti pacienta, které měl

předtím, než nastoupil do nemocnice. Adaptační proces narušují i další faktory a těmi jsou věk (děti a senioři všeobecně nesou hospitalizaci hůře), délka hospitalizace (čím delší je hospitalizace, tím hůře se s ní pacient vyrovnává), sociální situace (obava ze ztráty zaměstnání, malé děti doma, neúnosná finanční situace, ...) a nakonec je důležitá i povaha pacienta. Adaptaci můžeme rozdělit na určité fáze, kterými pacient může i nemusí projít (Tondorvá 2010).

Fáze adaptace (adaptační syndrom). První fáze: Náhlá změna životního stylu – fáze, kdy pacient hledá jistoty a bezpečí. První, u koho je hledá, je zdravotnický personál. Tato fáze se hlavně dotýká seniorů a dětí, ti se mohou projevovat depresivností, apatií, pláčem apod. Druhá fáze: Aktivní adaptace nemocného – zpravidla se jedná o fázi, kdy se pacient duševně zklidní, nalézá určitou rovnováhu. Pacient aktivně projevuje zájem o uzdravení a léčbu. Snaží se v rámci svých možností spolupracovat s personálem. Třetí fáze: Psychické selhání pacienta – zde dochází ke ztrátě víry v uzdravení. Pacient bývá konfliktní, náladový, přecitlivělý. Tato fáze se nejčastěji projevuje u onkologicky nemocných nebo chronicky nemocných pacientů. Čtvrtá fáze: Rezignace – pacient psychicky selhává. Mizí veškerá spolupráce pacienta, ztrácí smysl života a přestává se svou nemocí bojovat. Nejčastěji se projeví u pacientů, kteří jsou dlouhodobě a těžce nemocní (Tondorvá 2010).

Velký vliv na adaptaci má také nemocniční prostředí. Nemocniční prostředí a běžný provoz oddělení má všeobecně negativní vliv na adaptaci pacienta. Nejčastěji pacienti vnímají tyto negativní vlivy: anonymita nemocného, nedostatek informací, prostředí, izolace. Je důležité, abychom pacienta oslovovali jménem, a ne např. číslem chorobopisu nebo familiárním oslovením babi, dědo. Dalším vlivem je nedostatek informací, které nemocnému podáváme, např. nedostatečně vysvětlené vyšetření, operační zákrok, strohé informace o léčebném plánu apod. Adaptaci může ztížit i samotné nemocniční prostředí (zápach, noční ruch, ...). Adaptaci pacienta lze ovlivnit i nevhodným umístěním pacienta např. mezi těžce nemocné. Vliv má i izolace od běžného života a porucha soběstačnosti (pacient nemůže uspokojit své běžné potřeby). Proto je důležité, aby zdravotnický personál pomohl pacientovi zvládnout adaptační proces v nemocnici (Tondorvá 2010).

Shrneme si, co vše by měl tedy ošetřující personál udělat pro co nejlepší adaptační proces pacienta. Nemocného oslovujeme řádně příjmením, informace podáváme jasně a srozumitelně. Pokud jsme na pokoji, komunikace probíhá s pacientem. Ošetřovatelský personál by si nikdy neměl vyměňovat informace před pacientem. Důležité pro adaptační proces je i zajištění kontaktu s okolím, rodinou, a pokud je to možné, zajistit televizi či rádio. Může se stát, že i přes veškerou snahu ošetřovatelského personálu se adaptační proces pacienta nezdaří, pak nastává problém, který nazýváme maladaptace. Jednou z forem maladaptace je hospitalismus. Vzniká v důsledku silné negativní reakce na pobyt v nemocnici. Častěji se vyskytuje u dětí než u dospělých pacientů. Například u dětí pozorujeme hospitalismus v různých formách: regrese (děti se vrací ve svém vývoji zpět), negativismus (děti nespolupracují, provedou opak toho, co po nich chceme), uzavřenost (děti nekomunikují, odmítají sociální kontakty), agrese, požívačnost – ta je charakteristická pro dospělé (vyhýbají se povinnostem, jsou líní cokoli dělat). Je povinností ošetřovatelského personálu provádět preventivní opatření. Ta spočívají v tom, že děti mají společnou hospitalizaci s matkou, útulné nemocniční prostředí (obrázky, barvy na stěnách, květiny), dostatek času na popovídání si s pacientem, využití arteterapeutické dílny (vytváření různých výrobků, které si pacienti mohou následně vzít s sebou). Je podstatné, ať je to dítě, nebo dospělý, pacienta zaměstnat a přivést ho na jiné myšlenky (Tondorvá 2010).

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit pohled na vlastní prožitou hospitalizaci

Cíl 2: Zjistit, jak zdravotníka hospitalizace ovlivnila po osobní stránce

Cíl 3: Zjistit, zda zdravotníka hospitalizace ovlivnila pro další výkon v jeho povolání

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké pocity vnímají zdravotníci v roli pacienta?
2. Jakým způsobem se mění postoj zdravotníka v profesionálním přístupu k pacientovi po osobní zkušenosti v roli pacienta?
3. Jakým způsobem využije zdravotník nabyté zkušenosti z hospitalizace ve své profesi?
4. Jak se ošetrovatelský personál choval ke zdravotníkovi v roli pacienta?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část předkládané bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního šetření. Pro sběr dat byla použita metoda hloubkového rozhovoru. Hloubkový rozhovor se dělí na dva typy: polostrukturovaný a nestrukturovaný rozhovor. Pro tento výzkum byl použit rozhovor polostrukturovaný. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připravených otázek k danému tématu. Při výzkumném šetření jsme zastávali roli „domorodce“. Respondentkám bylo položeno 14 předem připravených otázek (příloha č. 2), které se v průběhu rozhovoru rozšiřovaly o doplňující otázky dle jejich odpovědí. Rozhovor trval přibližně půl hodiny. Otázky byly zaměřeny na prožitou hospitalizaci zdravotníka v roli pacienta. Rozhovory byly se souhlasem respondentek natáčeny na diktafon a poté doslova přepisovány. Pouze tři respondentky s natáčením na diktafon nesouhlasily, proto byl pro registraci rozhovoru proveden písemný záznam. Analýza dat probíhala za pomoci otevřeného kódování, metodou tužka a papír, kdy byly tvořeny kódy a následně jsme vytvořili jednotlivé kategorie. V rozhovorech byla vyhledávána nejčastější slova použitá respondentkami k danému tématu. Tyto pojmy – kódy – byly pro přehlednost označeny jinou barvou a na základě těchto barev sloučeny pod určitou kategorii (Švaříček, Šed'ová a kol. 2007).

Každá respondentka byla na začátku rozhovoru seznámena s tím, že bude zachována její anonymita a veškeré získané informace budou použity jen pro potřeby této bakalářské práce. Výzkumné šetření probíhalo v soukromém prostředí respondentek v období listopad–prosinec 2014.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor tvořily všeobecné sestry. Jednalo se o účelový výběr respondentek, které se již ocitly v roli pacienta a byly hospitalizovány v nemocnici.

Celkem bylo dotazováno 11 respondentek (tabulka č. 1). Účast ve výzkumu byla dobrovolná.

Tabulka č. 1: Identifikační údaje

Respondentka	Věk	Délka praxe	Počet hospitalizací	Vzdělání
1	43	25	3	střední
2	55	36	3	střední
3	35	15	2	střední
4	35	16	1	střední
5	52	32	1	střední
6	43	14	2	vysokoškolské
7	54	35	3	střední
8	56	37	5	střední
9	41	18	2	střední
10	34	14	3	střední
11	58	38	2	střední

Zdroj: vlastní výzkum

4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

4.1 Kategorizace výsledků získaných rozhovorů

Seznam kategorií:

1. Poskytování informací personálem, který disponoval informací o zdravotním vzdělání pacienta
2. Očekávání výhod jako zdravotník v roli pacienta
3. Faktory působící na zdravotníka v roli pacienta při hospitalizaci
4. Přístup zdravotnického personálu ke zdravotníkovi v roli pacienta
5. Rozdíly v chování zdravotnického personálu k pacientovi se zdravotním vzděláním a k pacientovi bez zdravotního vzdělání
6. Setkání s neprofesionalitou zdravotnického personálu během hospitalizace
7. Uvědomění si vlastních profesních chyb
8. Vliv hospitalizace na profesionální a osobní růst

Kategorie 1 – Poskytování informací personálem, který disponoval informací o zdravotním vzdělání pacienta

Při poskytování informací se respondentky shodují, že personál měl snahu využít informaci o zdravotním vzdělání a informace podával stručněji. Respondentky 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 měly pocit, že informace byly velmi stručné, a dále uvádějí, že personál využíval jejich znalosti ve svůj prospěch. Myslí si, že personál předpokládal, že vše vědí a znají. To dokládá respondentka 3, která říká: „*Působilo to na mě, že personál si myslí, že většinu věcí vím.*“ Respondentka 2 říká: „*I ze strany lékaře bylo znát, že očekává, že když jsem zdravotník, vím všechno.*“ Naopak respondentky 4, 5, 11 neměly pocit, že by je personál informačně odbyl. Například respondentka 4 říká: „*Informovali mě stejně jako kohokoliv jiného.*“ Respondentka 5 dodává: „*Pokaždé mi vše vysvětlili.*“

Respondentka 1 ještě svoji informovanost rozděluje na lékaře a sestry, říká: „*Při příjmu se mě lékařka na vše zeptala a vysvětlovala mi vše potřebné. Sestřičky byly velmi milé, ale už trochu využily mé znalosti ve svůj prospěch a nebylo to tak podrobné.*“

Kategorie 2 – Očekávání výhod jako zdravotník v roli pacienta

Na otázku: Očekávala jste v souvislosti s tím, že jste zdravotník nějaké výhody? se respondentky 3, 4, 6, 8 a 9 shodují, že mezi výhody, které očekávaly, patřily vstřícnost, větší pochopení, milejší a přátelštější přístup a vyšší úroveň komunikace. Respondentka 6 dodává, že by se jí líbil i lepší pokoj. Respondentka 8 si myslí, že by personál měl mít lepší chování k její osobě, protože byla hospitalizovaná na oddělení, kde pracovala, ale zase by nemělo jít o protekci. Respondentky 1, 2, 5, 7, 10 a 11 udávají, že žádné výhody neočekávaly. Respondentka 1 udává svou pozici zdravotníka spíše jako nevýhodu, říká: „*Trochu jsem měla strach, že nedostanu všechny potřebné informace.*“ I respondentka 5 má pocit spíše nevýhody. Nepanují u ní obavy z nedostatku informací, ale z protežování její osoby na úkor jiných pacientů, říká: „*Vadilo mi, že si budou myslet, že tam budu chtít nějaké výhody. Že budu chtít protekci.*“ Respondentka 10 dodává, že jí připadalo, jako by si personál myslel, že je kontroluje, říká: „*Že si určitě myslí, jestli na ně nebudu žalovat, když to dělají jinak, než by se mělo.*“

Kategorie 3 – Faktory působící na zdravotníka v roli pacienta při hospitalizaci

Na otázku, jak na vás působila hospitalizace, se respondentky shodují, že nejčastějším faktorem, který na ně působil, byl strach a obavy z nedostatku informací, z neochoty personálu. I přesto, že respondentka 1 pocítovala mírné obavy, udává, že oddělení bylo krásné, personál milý a vstřícný. Také si myslí, že v dnešní moderní době by mělo být samozřejmostí funkční připojení internetu, které nebylo, říká: „*Od nově postavené budovy a při výborném vybavení bych to očekávala.*“ Na respondentky 2, 3, 5, 6 velmi příjemně působilo prostředí oddělení. Respondentky 3, 4, 5, 6, 9 si stěžují na

nedostatek spánku z důvodu brzkého vstávání. Respondentka 6 dodává: „*Spíš mi vadilo, když museli více kontrolovat pacientku vedle mě během noci tak, že mě budili. Byla jsem hrozně unavená a nevyspalá.*“ Respondentky se dále shodují, že velmi pozitivní pro ně byla dostupnost personálu. Respondentky 1, 8, 7, 11 dodávají, že ani nemusely používat signalizační zařízení, protože personál byl často na pokojích. Ani respondentky 2, 3, 4, 5, 6, 9, které použily signalizační zařízení, neměly s dostupností problém. Například respondentka 5 říká: „*Přišli víceméně hned, neměla jsem s tím problém.*“ Pouze respondentka 10 měla výtku k dostupnosti personálu, říká: „*Na zvonek reagovali asi po dvaceti minutách.*“ Obavy z nedostatku informací o zdravotním stavu uvádějí všechny respondentky. Shodují se, že informace nebyly dostačující. Například respondentka 5 říká: „*Při probírání mého zdravotního stavu o velké vizitě komunikovali lékaři víceméně mezi sebou. Většinou mi jen oznámili, že půjdu domů.*“ Respondentka 6 má podobnou zkušenost, jen dodává: „*Ale vždyť ty to znáš, není třeba nic říkat.*“

Kategorie 4 – Přístup zdravotnického personálu ke zdravotníkovi v roli pacienta

V přístupu zdravotnického personálu se respondentky shodují, že jim chyběla větší komunikace a informovanost ohledně zdravotního stavu hlavně ze strany lékařů. Také se shodují, že zdravotní sestry měly většinou milý a vstřícný přístup. Respondentka 1 byla spokojená, přístup byl milý a vstřícný, říká: „*Po operaci mi personál pomohl vždy, když jsem potřebovala, a byl velmi milý.*“ Respondentky 4, 8, 11 měly pocit pohodlí a bezpečí. Sestry byly ochotné, přívětivé a usměvavé. Myslí si, že vše potřebné jim bylo vysvětleno jak sestrami, tak lékařem. Respondentka 11 dodává, že komunikace chyběla v dřívější době. Respondentky 3, 5, 7, 9, 10 udávají skvělý přístup sester, ale špatnou či žádnou komunikaci ze strany lékaře. Respondentka 3 říká: „*Sestřičky se snažily více o vstřícnost a komunikaci se mnou, ale jinak snaha probrat můj zdravotní stav se mnou ze strany lékaře nebyla žádná.*“ Respondentka 5 byla spokojená se sestrami, cenila si, že dodržovaly její intimitu a vždy jí pomohly, ale dodává: „*Při probírání mého zdravotního stavu o velké vizitě komunikovali lékaři víceméně mezi sebou.*“ Respondentka 7 ocenila ošetrovatelskou péči sester, ale přesto se

pozastavila nad jejich nekomunikativností, dodává: „*Personál pracoval, ale byl nekomunikativní, studený.*“ Respondentku 9 překvapil lékařský personál, říká: „*Komunikační hrůza. Informace nulové, to bych snad našla víc informací v letáku.*“ Respondentka 10 si cenila zachování intimity, trpělivosti a vstřícnosti sester. Ocenila i vysvětlení všech ošetřovatelských úkonů od sester. Zmínila však špatnou komunikaci ze strany lékaře. Respondentky 2, 6 nebyly spokojeny s přístupem personálu. Respondentce 2 se nelíbilo, že při premedikaci jí nebyl sdělen název léku. Vadilo jí neosobní jednání, dodává: „*Někdo se pro profesi zdravotníka narodí a někdo se to nenaučí ani za 20 let praxe.*“ Respondentka 6 udává, že pomoc personálu byla minimální, říká: „*Pomoc od personálu na WC nebo do sprchy moc nebyla a to mě znali a věděli, že jsem sestra.*“ Komunikace a přístup lékařů byl pro respondentku nedostačující. Přímou říká: „*Přístup lékařů byla hrůza.*“

Kategorie 5 – Rozdíly v chování zdravotnického personálu k pacientovi se zdravotním vzděláním a k pacientovi bez zdravotního vzdělání

Rozdíly v chování zdravotnického personálu respondentky nepocítovaly. Všechny respondentky se shodují, že personál se choval ke všem pacientům vyváženě či stejně. Respondentka 5 říká: „*Na pokoji jsme byli tři, a když měl někdo problém, tak ta sestra vždycky přišla. Chovali se k nám stejně.*“ Respondentka 6 udává, že chování bylo vyvážené, přesto si ale myslí, že měla jako zdravotník výhody, říká: „*Je pravda ale, že mi třeba zapůjčili sprchový gel, ale standardnímu pacientovi by ho nedali.*“ Také si myslí, že cokoliv navíc by chtěla, co se týká hmotných věcí, by jí dali nebo sehnali. Dodává: „*Pro mě jako pro u nich pracujícího zdravotníka by byly a nebyl by to problém sehnat.*“

Kategorie 6 – Setkání s neprofesionalitou zdravotnického personálu během hospitalizace

Na otázku: Byla jste při své hospitalizaci někdy svědkem neprofesionálního chování personálu? respondentky 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11 udávají, že byly svědky neprofesionality zdravotnického personálu. Respondentka 2 se setkala s ponižováním romské dívky, říká: *„Na vedlejším pokoji byla hospitalizovaná romská dívka, na kterou se všichni celkem utrhovali. Všechny pokoje měly prosklené stěny, takže to všichni viděli.“* Respondentky 4, 10, 11 udávají neprofesionalitu sestry. Respondentka 4 se setkala s neprofesionalitou v ošetrovatelské péči. Tuto neprofesionalitu řešila se svým ošetřujícím lékařem. Respondentka 10 má zkušenost s hrubým jednáním vůči jiné pacientce, dodává: *„Pacienti dostali vynadáno, proč tam řvou, aniž by se jich zeptali na důvod.“* Respondentka 11 udává neprofesionalitu u podání léků zaviněnou špatnou komunikací ošetřujícího personálu, říká: *„Pacientka měla bolest, přišla jedna sestřička, dala jí tabletku na bolest. Pak paní zvonila znovu, přišla další sestřička, dala jí opět léky na bolest a pak znovu. Paní se udělalo špatně a zkolabovala, tak se šla sestřička, podívat do papírů a zjistila, že léků dostala už moc.“* Respondentka zdůraznila, že je to velmi závažné profesionální pochybení. Respondentky 3 a 5 se setkaly s neprofesionalitou lékaře. Respondentka 5 udává: *„Ta lékařka byla opravdu takový hrubý člověk, až mě to překvapilo. Víceméně ji naše potíže nezajímaly.“* Respondentky 1, 7, 8, 9 se s neprofesionalitou zdravotnického personálu během hospitalizace neseťkaly.

Kategorie 7 – Uvědomění si vlastních profesních chyb

Respondentky 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11 si myslí, že při výkonu svého povolání se někdy dopustily neprofesionálního chování či profesní chyby. Respondentka 2 si myslí, že se jí to stalo v dřívější době, ale po zkušenosti s romskou dívkou se snaží, aby její profesionalita byla na úrovni. Respondentka 4 udává: *„Možná po nástupu ze školy. Jinak ne.“* Dodává: *„Na základě zkušenosti se sestřičkou a její ošetrovatelskou péčí*

vůči mně. *Snažím se přistupovat individuálně.*“ Respondentka 6 si myslí, že si své profesní pochybení uvědomila až po prožité hospitalizaci, kdy se setkala s neprofesionalitou, říká: *„Dodnes není den, kdy bych o tom nepřemýšlela.“* Respondentka 7 přikládá svou občasnou neprofesionalitu velkému stresu a přetížení. Přesto je schopna se nad svým jednáním zamyslet a snaží se mu vyvarovat. Respondentka 9 udává, že si uvědomuje svou neprofesionalitu. Snaží se to změnit, ale ne vždy se jí to povede. Respondentka 10 si myslí, že profesně chybovala. Tvrdí, že ji tížil nedostatek času na pacienty. Dodává: *„Ale taková občas byla situace na oddělení.“* Respondentka 11 si myslí, že pro uvědomění si svých chyb je důležité nad svou prací přemýšlet a neprovádět úkony jako stroj. Respondentky 1, 3, 5, 8 nemají pocit, že by se někdy dopustily neprofesionality vůči pacientovi. Respondentka 1 říká: *„Chovám se tak, jak bych chtěla, aby se chovali ke mně.“* Respondentka 3 se domnívá, že pacienti neměli pocit, že by se chovala neprofesionálně. Respondentka 5 se snaží chovat ke všem stejně a ochotně. Respondentka 8 striktně odmítá, že by se chovala neprofesionálně, a nemá důvod o tom přemýšlet.

Kategorie 8 – Vliv hospitalizace na profesionální a osobní růst

Většina respondentek se shoduje, že prožitá hospitalizace na ně měla určitý vliv v jejich profesionálním i osobním životě. Respondentky nejčastěji udávají, že jsou více trpělivé, mají pochopení pro problémy a potřeby pacientů, více jim naslouchají, jsou více vstřícné a empatické. Respondentka 1 udává, že má více trpělivosti a pochopení i pro přání, která bývají nesmyslná. Respondentka 2 říká: *„Snažím se být vstřícná k pacientům a splnit jejich očekávání.“* Respondentka 3 změnila svůj přístup v oblasti komunikace a naslouchání, dodává: *„Mé poslání je pomáhat lidem.“* Respondentka 4 se snaží po své zkušenosti v roli pacienta být více tolerantní. Respondentka 5 se snaží dát pacientům dostatek svého času. Má pocit, že to je nejdůležitější. Respondentka 6 po prožité hospitalizaci mění přístup v podávání informací. Dodává: *„Používám více lidskost, abych nebyla jako robot, který dělá podle nařízení.“* Respondentka 7 svůj růst vyjadřuje takto: *„I přes nedostatek času se snažím s lidmi více komunikovat, protože oni*

to v pozici pacienta hrozně potřebuji.“ Respondentka 10 se snaží být více empatická. K tomuto poznání jí pomohla prožitá hospitalizace, kdy měla veliké bolesti. Respondentka 11 vidí vliv prožité hospitalizace ve větším pochopení, které má pro pacienty. Důležitá je pro ni i větší důvěra v pacienta, kterou předtím neměla. Na respondentky 8 a 9 prožitá hospitalizace neměla žádný profesní a osobní vliv. Respondentka 8 si myslí, že svou práci vykonává dobře a není důvod se měnit. Říká: *„Zatím si na mě nikdy nikdo nestěžoval.“* Respondentka 9 si nemyslí, že by v některé oblasti měla měnit svůj přístup. Tvrdí, že k tomu nemá důvod.

5 DISKUZE

Tématem bakalářské práce je ocitnutí se zdravotníka v roli pacienta. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký je vlastní pohled zdravotníka v roli pacienta na prožitou hospitalizaci a zda a jak jej ovlivnila po osobní stránce. Zjišťovali jsme také vliv prožité hospitalizace v jeho dalších výkonech v povolání zdravotníka. Pro výzkumné šetření byly položeny čtyři výzkumné otázky: Jaké pocity vnímají zdravotníci v roli pacienta? Jak se ošetrovatelský personál choval ke zdravotníkovi v roli pacienta? Jakým způsobem se mění postoj zdravotníka v profesionálním přístupu k pacientovi po osobní zkušenosti v roli pacienta? Jakým způsobem využije zdravotník nabyté zkušenosti z hospitalizace ve své profesi? V rozhovoru bylo položeno 11-ti zdravotníkům (všeobecným sestřám), kteří se již ocitli v roli pacienta, 14 otázek a několik doplňujících podotázek, které se lišily dle průběhu rozhovoru.

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit pohled zdravotníka-pacienta na svou vlastní prožitou hospitalizaci. K tomuto cíli se vztahuje první výzkumná otázka, která měla zmapovat jeho názor na komplexní ošetrovatelskou péči, jež mu byla během hospitalizace poskytována. V samotných rozhovorech jsme se soustředili na zjištění názoru na celkovou komunikaci ze strany zdravotníků-kolegů. Zajímal nás způsob, jakým byly poskytovány informace o zdravotním stavu, zda skutečnost, že pacient je sám zdravotníkem, měla vliv na celkový přístup ošetřujícího personálu, a jak vlastně probíhal samotný adaptační proces.

Po vyhodnocení rozhovorů bylo ihned zřejmé, že u většiny respondentek (1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11) ošetřující personál věděl, že i ony samotné jsou zdravotníci, a pouze u dvou (7, 9) tuto informaci neměl. U respondentky 6 došlo k obojí situaci. Většina (1, 2, 3, 7, 8, 9, 10) se shodla na tvrzení, že jim byly špatně či nedostatečně (příliš stručně) poskytovány informace o zdravotním stavu. Pět z nich (2, 3, 5, 8, 10) mělo dojem, že si personál myslel, že většinu věcí vědí a znají právě proto, že jsou zdravotníci. Tři respondentky (4, 5, 11) byly spokojené. Z našeho pohledu je důležité upozornit na fakt, že mezi nespokojené patří právě i ty respondentky, o kterých ošetřujícímu personálu nebyla známa informace o jejich profesi, a naopak ony tři spokojené se paradoxně

řadily do té druhé skupiny, kdy to personál věděl. Myslíme, že nelze jednoznačně říci, že by tedy profesní vzdělání mělo zásadní vliv na poskytování informací o zdravotním stavu.

Velmi zajímavý je z našeho pohledu rozhovor s respondentkou 6. Můžeme ho vyhodnotit z několika úhlů pohledu. Z rozhovoru vyplynulo „krásné“ srovnání zkušeností ze dvou prožitých hospitalizací, přičemž u jedné byl ošetřujícím personálu znám fakt, že je respondentka sama zdravotník, a u druhé její hospitalizace tuto informaci personál neměl. Respondentka uvádí, že hospitalizace, kdy ošetřující personál věděl, že je zdravotník, byla pro ni velmi negativní zkušenost, a naopak druhou hodnotí velmi pozitivně. Své vzdělání pocítovala jako „obrovskou“ nevýhodu. Sama respondentka uvedla, že negativní zkušenost s poskytováním informací zažila v nemocnici, kde sama pracuje. Z toho může být lehce vyvozen závěr, že personál mohl usoudit, že není nutné své kolegyni poskytovat podrobné informace, a spolehl se tak na její vzdělání a zkušenosti z praxe nebo mohl vzniknout problém samotné respondentky, která, jak uvedla, očekávala výhodu „lepšího přístupu k informacím“. Otázkou zůstává, co si pod tím sama respondentka představovala. Myslíme si, že mohla vzniknout situace, kdy vůbec nedokázala opustit svou profesi zdravotníka a nedokázala se adaptovat na roli pacienta. Mohlo tedy dojít k tomu, jak píše Irmiš (1996), že se respondentka snažila při své hospitalizaci využít svého postavení zdravotníka. Informace jí pak mohly být poskytovány adekvátně, ale v důsledku svých očekávání je vyhodnotila jako nedostačující. To by mohlo být i vysvětlením pro fakta, proč svou profesi cítila jako nevýhodu a proč při druhé hospitalizaci byla spokojená. K druhé hospitalizaci došlo v jiném zdravotnickém zařízení, kde respondentka nebyla zaměstnancem a záměrně neposkytla ošetřujícím personálu informaci o tom, že i ona sama je zdravotník. Je tedy zřejmé, že při této hospitalizaci neměla stejná očekávání, co se týká výše zmiňované výhody „lepšího přístupu k informacím“. Z tohoto důvodu mohla poskytované informace vnímat a vyhodnocovat jako plně dostačující.

Na informace získané od respondentek 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 se můžeme podívat i tak, že v jejich případě mohlo dojít „pouze“ k rozdílu mezi dvěma různými očekáváními. Mezi očekáváním zdravotníka-pacienta a očekáváním zdravotníka-kolegy.

Zatímco zdravotník-pacient očekává, že přístup k němu bude ohleduplnější a hlavně pozornější, očekává naopak zdravotník-kolega pochopení k určitým nedostatkům jak v léčbě, tak v ošetrovatelských postupech. Dá se říct, že prakticky očekává tolerantnost s vědomím „vždyť to je také zdravotník, tak to musí chápat“ (Irmíš 1996). I dle výsledků našeho šetření je jasné, že téměř polovina dotazovaných (pět) očekávala právě větší vstřícnost a pozornost. Můžeme však připustit i možnost, že mohlo skutečně dojít k situaci, kdy personál v komunikaci pochybil a zdravotníkovi-pacientovi poskytl nedostačující informace. Jak píše Špirudová, Němečková, Zapletalová (2010) mnoha studii bylo dokázáno, že špatně vedená komunikace ze strany zdravotníka je zásadním zdrojem nespokojenosti pacienta. Při vyhodnocování rozhovorů nás zaujala odpověď respondentky 9, která označila úroveň komunikace slovy „komunikační hrůza“. V tomto případě se jednalo o komunikaci s lékařem. Myslíme si, že je zcela jedno, zda se jednalo o sestru, či lékaře, fakt je ten, že pacient má na informace ze zákona právo. Toto jeho právo je ukotveno v zákoně 372/2011. V tomto zákoně je mimo jiné ukotvená i povinnost informovaných souhlasů, které jsou v plné kompetenci lékařů. Je docela možné, že hospitalizace se odehrály v dobách, kdy informované souhlasy nebyly, ale tuto skutečnost jsme u respondentek nezjišťovali. Zamýšlíme se nad otázkou, jak je možné, že by mohlo docházet k takovému profesionálnímu selhání v komunikaci. Většina zdravotníků má přeci povědomí o tom, že nejdůležitější druh komunikace je právě rozhovor (Janáčková, Weiss 2008) a že nemocný má právo na informace týkající se jeho osoby a zdravotního stavu (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007). Kvalitu komunikace však může ovlivnit spousta faktorů a zde se ztotožňujeme s názorem Haškovcová, Palivcová (2013), že kvalitu komunikace může ovlivnit nedostatek personálu a s tím spojená možná přepracovanost, což je i smutná realita dnešní doby.

Špatná komunikace a nedostatek informací mohou ovlivnit průběh adaptace na nemocniční prostředí (Tondorová 2013). Zajímaly nás i další faktory, které mohly mít na adaptaci zdravotníka-pacienta vliv. Zajímal nás názor na samotné nemocniční prostředí či názor na provoz a chod oddělení. Šetření jasně ukázalo, že s atraktivitou a vybaveností oddělení nemělo problém devět respondentek (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11),

jedna se nevyjádřila (R7) a jedna byla nespokojená s nedostupností internetu (R1), který považuje za standard. Nad tím bych se ráda pozastavila a dovolila si s tímto jejím tvrzením nesouhlasit. Myslím si, že právě toto tvrzení ukazuje na to, jak stoupá náročnost dnešních pacientů. Internet považuji za výdobytek moderní doby a je jen na uvážení zřizovatelů, zda tuto službu nabídnout, či ne. V žádném případě bych ji nepovažovala za standard. S negativním hodnocením se setkala i nemocniční strava. Jen tři respondentky uvedly, že byly spokojené. Toto mě nikterak nepřekvapilo. Při své praxi jsem se nejednou setkala s tím, že pacient doma nedodrží své dietní omezení a pak při příchodu do nemocnice, jak se říká, „žasne nad talířem“.

V otázkách týkajících se samotného chodu oddělení nás velice překvapilo, že pět respondentek (3, 4, 5, 9, 11) uvedlo jako negativum brzké ranní buzení v rámci měření teploty. Nad tímto zjištěním jsme se pozastavili a musíme se přiznat, že jsme si mysleli, že to dnes již není ani možné – v době zvyšující se péče o pacienty, v době akreditací a ošetrovatelských standardů. V zařízení, kde pracuji, se nesmí vcházet na pokoj dříve než po šesté hodině ranní, přesněji řečeno v půl sedmé, a toto máme jako akreditované zařízení ukotveno v ošetrovatelském standardu. Rozhodli jsme se získat informace o tom, jak je tomu v jiných zdravotnických zařízeních (Strakonice, Písek, České Budějovice), a zjistili jsme, že je to tam velmi podobné. Celé by se to dalo shrnout tak, že pokud ošetřující personál opravdu vstupoval na pokoje a budil pacienty brzo z důvodů měření teploty, mohl úmyslně porušovat ošetrovatelské standardy a dopouštět se tak vědomě profesního pochybení. Mohlo se však jednat i hospitalizace, které probíhaly v dobách, kdy se ještě takto nepracovalo a časné buzení bylo běžným jevem. Tyto informace jsme v našem rozhovoru dále nezjišťovali.

Z otázek, kterými jsme zjišťovali názor zdravotníka-pacienta na celkový přístup personálu, vyplynulo, že šest respondentek (1, 5, 6, 9, 10, 11) bylo velmi spokojeno, a to hlavně v oblasti zachování jejich intimity. Tondorvá (2010) sama uvádí, že jeden z faktorů, který může pacienta stresovat, je právě situace, kdy přijde o své soukromí, protože je uložen na vícelůžkovém pokoji. Dvě respondentky (7, 8) projevily nespokojenost a tři (2, 3, 4) se nevyjádřily. Konkrétně respondentka 7 zažila velmi negativní zkušenost při příjmovém vyšetření na oddělení gynekologie. Měla pocit

velkého ponížení a znechucení ze situace, kdy při jejím vyšetřování bylo přítomno velké množství ošetřujícího personálu (lékařů), který se navíc v její přítomnosti bavil naprosto nepřijatelným způsobem tzv. „o ní bez ní“. Z našeho pohledu je to jasné neprofesionální chování. Další výsledky šetření nás osobně velmi potěšily. Drtivá většina respondentek (celkem 10) se shodla na tom, že ošetrovatelská péče byla poskytována nadmíru dobře (jednalo se o hodnocení sester), že v oblasti zajišťování a poskytování dopomoci v úkonech sepeče byl personál velice vstřícný, pozorný, milý, „nikdy neměl problém“. Pozitivně byla zhodnocena i přítomnost ošetřujícího personálu na pokojích – „personál byl vždy po ruce“. Za sebe může říci, že jsem pyšná na to, že ošetřující personál i při dnešní náročnosti svého povolání nezapomíná na jednu ze svých rolí, a to na roli pečovatelky. Toto je role pro všechny pacienty velice důležitá, dá se říct, že ta nejdůležitější. Protože pečovat znamená zajímat se a starat se o druhé, o jejich přání a potřeby a ty následně plnit (Plevová 2011).

Závěrem k tomuto výzkumnému cíli: komplexní péče, která byla zdravotníkům-pacientům poskytnuta, byla jimi zhodnocena převážně kladně. Můžeme tedy za sebe říci, že zdravotníci-kolegové jsou na dobré profesionální úrovni.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jak zdravotníka-pacienta ovlivnila hospitalizace po osobní stránce. K tomuto cíli se vztahuje výzkumná otázka číslo 2, která měla zmapovat zkušenosti s neprofesionalitou u ošetřujícího personálu a zda tato zkušenost donutila zdravotníka-pacienta zamyslet se nad svými profesionálními chybami. Také nás zajímalo, zda prožité zkušenosti z hospitalizace mohou být motivací.

Zdravotník-pacient je schopen mnohem snadněji rozlišit právě takové jednání, které neodpovídá požadovanému standardu, jinými slovy mnohem snadněji pozná, zda se jedná o neprofesionální chování. Má obrovskou výhodu v tom, že má znalosti o správnosti ošetrovatelských postupů. Při vyhodnocování rozhovorů jsme očekávali, že největší neprofesionalitu uvidí respondentky v chybné komunikaci a ve špatném poskytování informací. Výsledky ukázaly, že sedm respondentek bylo svědkem neprofesionálního chování, ale pouze jedna z nich (R3) uvedla pochybení právě v komunikaci a v poskytování informací. Vzhledem k tolika diskutovanému tématu v prvním cíli nás to velice překvapilo. Hlavně pak u respondentek 7, 8, 9, které uvedly,

že se s neprofesionalitou nesetkaly, ač v cíli jedna shodně uváděly nespokojenost. Je tedy možné, že nepovažují za součást profesionality ošetřujícího personálu právě ono „umění komunikace“. Musíme souhlasit s respondentkou 3, že komunikace je úplný základ. „*Komunikace je jedním z nástrojů profesionální práce zdravotníků.*“ (Zacharová, Šimíčková-Čížková 2011, s. 208). Další respondentky (4, 5, 10) uvedly pochybení ve smyslu hrubého a necitlivého chování. Respondentka 6 uvedla, že byla svědkem takového chování každý den a personál si to ani nemusel uvědomovat. V ošetrovatelské praxi se nejčastěji setkáváme s nedostatky, které si ošetřující personál většinou neuvědomuje např. příliš dlouhé věty, užívání odborných slov, vyhýbání se očnímu kontaktu atd. (Zacharová, Šimíčková-Čížková 2011).

Za pozornost určitě stojí i výsledky rozhovorů s respondentkou 2. Ta uvedla, že jako dítě zažila velmi ponižující chování ze strany ošetřujícího personálu k malé romské dívce. Z našeho pohledu šlo o velmi neprofesionální chování, kdy se klidně mohlo jednat až o rasovou diskriminaci, a tedy mohlo dojít k porušení etického kodexu nelékařských zdravotnických profesí. Zde se přímo píše: „*Zdravotnický pracovník nelékařských oborů při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.*“ (MZ VĚSTNÍK 7/2004). Nejzávažnější profesionální pochybení však spatřujeme ve sdělení respondentky 11, která uvedla, že byla svědkem pochybení hned tří sester při podávání medikace, kdy sestra nezkontrolovala dokumentaci a poté nastaly zdravotní komplikace u pacienta. Toto nemůžeme samozřejmě objektivně posoudit, ale pokud se tak opravdu stalo, jedná se o velmi vážné profesionální selhání. V nemocnicích jsou jasně stanovená pravidla a postupy na podávání léků, které se musí dodržovat, aby se předešlo právě chybám v podání léků a následným soudním sporům. Jeden z bodů správného podání léku je „*Vždy používat dokumentaci nemocného, nikdy nepodávat lék z hlavy, jenom proto, že si to pamatujeme.*“ (Workman, Bennett 2006, s. 84). Z našeho pohledu se jasně jedná o porušení předepsaných postupů.

Všechny respondentky uvedly zajímavé zkušenosti, a tak nás logicky zajímalo, zda i ony samy si dokážou přiznat své profesionální chyby a zda si myslí, že zkušenost

z prožité hospitalizace může být motivující pro lepší výkon práce. Když jsem pokládala tyto otázky, vycházela jsem z vlastní zkušenosti, kdy jsem se sama ocitla v roli pacienta, a některé situace, kterých jsem byla svědkem, byly více či méně neprofesionální a nepříjemné. Sama jsem si díky tomu uvědomila, že i já se dopouštím chyb. Možná právě proto jsme očekávali, že všechny respondentky uvedou, že i ony samy se někdy dopustily neprofesionálního chování. K našemu překvapení však pět respondentek (5, 3, 4, 1, 8) uvedlo, že si neuvědomují, že by se jim taková věc někdy stala, a šest (2, 6, 7, 9, 10, 11) z nich uvedlo, že i ony se už tak někdy zachovaly. Zamýšlíme se nad tím, kolik bodů obsahuje etický kodex Práva pacientů (příloha č. 2), který je ve svém znění platný již od roku 1992, a kolik bodů obsahuje samotný Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí, který je závazný v národní úrovni a jsou v něm obsaženy veškeré etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. Myslíme si, že žádný ošetřující personál neoplývá takovou profesionalitou, aby za dobu své praxe jakýmkoliv způsobem profesionálně nepochybil a neporušil tak minimálně jeden z bodů kodexů. Domníváme se, že jeden ze znaků profesionality je i přiznání vlastní chyby a převzetí odpovědnosti za ni. U respondentek, které nejsou schopné si své pochybení přiznat a tvrdí, že nikdy profesionálně nepochybily, mohu za sebe říci, že si nemyslím, že jsou profesionální. Schopnost uvědomění si své chyby je otázkou svědomí, které je naším pomyslným kompasem a řídí i naše jednání. Díky němu jsme schopni překročit egoistický náhled na své jednání a jsme schopni postřehnout, zda je ono jednání správné (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2012). Pak je to také otázka umění sebereflexe, což je lidská schopnost, která je potřebná pro hodnocení správnosti vlastního jednání a je předpokladem odpovědnosti (Kutnohorská, Cichá, Goldmann 2012).

Co se týká motivace a osobní změny po prožité hospitalizaci, velmi mile jsme byli překvapeni výsledkem šetření, kdy devět respondentek bylo toho názoru, že hospitalizace je motivující zkušenost, a jen dvě (R8, R9) si myslí, že ne. Oněch devět respondentek si na základě prožitých zkušeností dokázalo uvědomit své chyby. Byly schopné se nad nimi zamyslet jako obyčejní lidé. Dokázaly opustit své role zdravotníků a staly se obyčejnými pacienty, kteří mají své emoce a potřeby. Dokázaly si uvědomit nejen křehkost své duše a svou zranitelnost, ale i jak hořce může chutnat pocit závislosti

a bezmoci na jiných lidech. Můžeme tak říci, že tyto respondentky v sobě dokázaly najít kousek obyčejného člověka. Toto všechno jim následně pomohlo k tomu, aby si uvědomily důležitost svého poslání – zdravotníka – a aby se dokázaly změnit i jako profesionálky.

A právě změna v profesionálním životě byl náš třetí výzkumný cíl. Všechny devět respondentek se dokázalo nejen zamyslet nad svými profesionálními pochybeními, ale dokázaly i negativní zkušenosti ze své hospitalizace využít k rozvoji a ke zlepšení výkonu ve svém povolání. Shodly se na tom, že se snaží být více chápavé k potřebám pacientů, snaží se být více tolerantní, empatické a trpělivé a samozřejmě se snaží zlepšit i svou vlastní dovednost komunikace. Také se snaží být více usměvavé, i když ne vždy to jde. Celé bychom to shrnuli tak, že se snaží být lidské.

„Je-li člověk zde, neznamena to ještě, že je opravdu lidský. Opravdu lidským se člověk může a musí teprve stát... Lidskost není fakt... Lidskost je možnost, kterou je zapotřebí vykonat, uchopit se jí jako poslání.“ (Svobodová 2012)

6 ZÁVĚR

V předkládané bakalářské práci jsme se zabývali tématem zdravotníka v roli pacienta. V teoretické části jsme se okrajově věnovali všeobecnému pohledu do samotné historie zdravotnictví a postupnému vývoji a proměně role zdravotníka. Obecně jsme si vymezili pojmy zdraví a nemoci a také jsme nastínili pohled na nemoc jako na nově vzniklou životní situaci.

V praktické části jsme se snažili zmapovat pohled zdravotníka na svou vlastní hospitalizaci. Zjišťovali jsme, zda jej nové získané zkušenosti ovlivnily po osobní stránce a zda měly vliv na jeho další práci.

Zdravotník si ze své pozice málokdy dokáže připustit, že i on sám by se mohl stát pacientem. Když se však do této role dostane, pak si mnohem více všímá věcí spojených s profesionalitou. Náš výzkum ukázal, jak zásadní a důležitá je komunikace mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Právě hrubé nedostatky v komunikaci uvedly respondentky jako jeden z nejpálčivějších problémů. V souvislosti s tím vyplynul další vážný problém, a sice nedostatečné poskytování informací o zdravotním stavu. Otázkou nyní zůstává, nakolik se samy respondentky dokážou těmito zjištěními v budoucnu řídit. Ošetrovatelská péče, která v době hospitalizace byla zajišťována, byla hodnocena velice kladně. Z výzkumu vyplynulo, že oceňovány byly především vstřícnost, ohleduplnost (zachovávání intimity) a velká ochota při poskytování dopomoci v oblasti sebek péče.

Většina respondentek si na základě prožité hospitalizace dokázala uvědomit, jak je člověk v roli pacienta závislý na pomoci druhých, jaké potřeby má a jaké emoce prožívá. Byly schopné rozpoznat a vnímat neprofesionální chování a chyby ošetřujícího personálu. Dle výsledků rozhovorů se respondentky díky těmto zkušenostem dokázaly zamyslet i nad vlastními chybami, kterých se během své praxe dopustily. Toto uvědomění si problémů však nestačí, pokud jej zdravotník nechce či nedokáže využít ke zlepšení svého osobního i profesního „já“.

Z výsledků výzkumu jasně vyplynulo, že mnoho respondentek v sobě našlo tolika empatie, která jim umožnila se nad těmito problémy nejen zamyslet, ale i tyto nové zkušenosti využít ve svém osobním i profesním životě. Mají snahu s pacienty lépe

komunikovat a lépe jim poskytují informace. Jiné se snaží být více empatické a usměvavé.

Doufáme, že výsledky naší práce umožní ostatním kolegům-zdravotníkům zamyslet se nad touto problematikou a že pro ně budou motivací, i kdyby jen nepatrnou, ke zlepšení přístupu k pacientům.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANDRÝSEK, Oskar a kolektiv. *Mluv se mnou*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-257-5.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Osvěta, 2009. ISBN 978-80-8063-306-6.

BÁRTLOVÁ, S., I. CHLOUBOVÁ a M. TREŠLOVÁ. *Vztah sestry – lékaře*. Brno: NCONZO, 2010. ISBN 978-80-7013-526-6.

BOUČEK, Jaroslav. *Lékařská psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1501-1.

ČESKO. Věstník Ministerstva zdravotnictví ze dne červenec 2004. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2004, částka 7. [online]. [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html.

FARKAŠOVÁ, Dana a kolektiv. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osvěta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén, 2013. ISBN: 978-80-7492-063-9.

HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Univ. Masarykova a MSD, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.

HONZÁK, Radkin. *Jak přežít léčení*. Praha: Jan Vašut s.r.o., 2013. ISBN 978-80-7236-846-4.

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

IVANOVÁ Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-442-9.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie 2. díl pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, J., M. CICHÁ a R. GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

MACHOVÁ, A., G. SEDLÁKOVÁ a V. TÓTHOVÁ. Využití Teorie pokojného konce života v komunitní péči. *Kontakt* 2009, roč. XI, č. 2, s. 333-338. ISSN 1212-4117.

MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného – onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Kateřina JIČÍNSKÁ. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCONZO, 2010, ISBN 978-80-7013-513-6.

MAREČKOVÁ, Jana a Darja JAROŠOVÁ. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-030-0.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ: *Práva pacientů ČR* [online]. [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Sbírka zákonů č. 372/2011, s. 4731., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2556_15.html.

PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247- 2223-8.

SVOBODOVÁ, Zuzana. K odrazu české filosofie výchovy ve světě. *PAIDEIA: PHILOSOPHICAL E-JOURNAL OF CHARLES UNIVERSITY*, Praha: Univerzita Karlova, PedF, 2012, XI/2012, 3-4. ISSN 1214-8725.

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

ŠPIRUDOVÁ Lenka a kolektiv. Výzkumné sdělení: Jak české sestry vnímají pacienty vybraných kultur a národností. *Ošetrovatelství Teorie a praxe moderního ošetrovatelství* 2010, sv. 12, č. 3-4 ISSN 1212-723X.

ŠVARŤÍČEK, Josef a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TONDORVÁ, I. *Adaptace nemocného na hospitalizaci* [online]. [cit. 2014-05-22]. Dostupné z: http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Adaptace.pdf

VÁGNEROVÁ Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7367-414-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VOKURKA, Martin a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. 6. vyd., Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-105-0.

VOKURKA Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 10.vyd., Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-262-9.

VYMĚTAL, Jan a kolektiv. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0723-5.

WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1714-X.

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

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Práva pacientů

Příloha 2 – Struktura rozhovoru s respondentkou

Příloha 3 – Přepis rozhovorů (uloženo na CD)

Příloha 1

Práva pacientů

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými odborníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření i léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě

přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních nemocnicích, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

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

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

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

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

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

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

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

Příloha 2

Struktura rozhovoru s respondentkou

Rozhovor s respondentkou

1. Zažil/a jste někdy ve svém životě hospitalizaci?
2. Pokud jste byl/a hospitalizovaná vícekrát, působilo to na Vás stejně nebo jinak?
3. Měl personál informaci, že jste zdravotník nebo ne? Pokud ano, měl/a jste pocit, že Vám byly poskytnuty veškeré potřebné informace týkající se léčby nebo jste měl/a spíše pocit, že byly zestručněny, protože personál předpokládal vaše znalosti?
4. Očekával/a jste vy sám/a, v souvislosti s tím, že jste zdravotník nějaké výhody nebo naopak nevýhody?
5. Jak na Vás působila hospitalizace?
6. Pociťoval/a jste v tu dobu svou profesi a vzdělání, jako výhodu nebo naopak nevýhodu?
7. Byl/a jste spokojen/a s celkovým přístupem zdravotnického personálu a s prostředím kolem sebe?
8. Choval se personál stejně k ostatním pacientům jako k Vám?
9. Byl/a jste při své hospitalizaci někdy svědkem neprofesionálního chování personálu?
10. Máte pocit, že i vy jste se někdy choval/a podobně?
11. Přemýšlel/a jste, pak o tom co jste viděl/a či zažil/a?
12. Myslíte si, že takové zážitky či situace mohou člověka pozitivně motivovat?
13. Změnil/a jste v některých oblastech svůj přístup? Pokud ano mohl/a by jste mi říci v jakých a proč?
14. Která skutečnost Vás během hospitalizace natolik zasáhla či oslovila, že se Vám promítla do profesního života?

