

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**ZDRAVOTNÍK JAKO PACIENT**

**Bakalářská práce**

Autor práce: **Lucie Uhlířová**  
Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

**2010**

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE  
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING**

**HEALTH CARE PROFESSIONAL  
AS A PATIENT**

**Bachelor's thesis**

Author: **Lucie Uhlířová**  
Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

**2010**

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové, dne 25. 4. 2010

.....  
Lucie Uhlířová

### **Poděkování**

Úvodem bych ráda poděkovala paní Jaroslavě Pečenkové za laskavé vedení a pomoc při zpracování mé bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a odborné konzultace, které mi poskytla. Rovněž děkuji panu profesoru PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za pomoc při zpracování tématu.

**Motto:** „Člověk je člověku nejlepším lékem.“

Africké přísloví

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
<b>Cíle teoretické části práce .....</b>	<b>10</b>
<b>1 ZDRAVÍ A NEMOC .....</b>	<b>11</b>
1.1 Vymezení pojmu zdraví .....	11
1.2 Vymezení pojmu nemoc .....	12
<b>2 ČLOVĚK JAKO OSOBNOST .....</b>	<b>15</b>
2.1 Vymezení pojmu osobnost.....	15
2.2 Psychické vlastnosti osobnosti.....	15
2.3 Temperament a jeho typologie.....	16
2.3.1 Hippokratova typologie tělních tekutin.....	16
2.3.2 Jungova teorie .....	17
2.3.3 Kretschmerova morfologicky založená teorie .....	18
2.3.4 Eysenckova temperamentová typologie.....	18
2.3.5 Faktorová analýza R. Cattela .....	19
<b>3 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO.....</b>	<b>21</b>
3.1 Nemoc jako náročná životní situace .....	21
3.2 Potřeby člověka v holistickém pojetí.....	23
3.2.1 Klasifikace potřeb ve zdraví a nemoci .....	23
3.2.2 Omezení životních potřeb v nemoci.....	26
3.3 Osobnostní vlastnosti nemocného.....	29
3.3.1 Faktory působící na osobnost nemocného.....	29
3.4 Změny v prožívání a chování během nemoci .....	32
3.4.1 Členění nemocných podle druhu onemocnění .....	33
3.4.2 Postoj nemocného k nemoci.....	34
3.4.3 Autoplastický obraz nemoci.....	35
3.4.4 Ambivalentní prožívání nemoci .....	36
3.5 Role pacienta.....	37
3.6 Pacient v nemocnici .....	38
3.6.1 Změny v psychice hospitalizovaného pacienta .....	38

<b>4 PSYCHOLOGIE ZDRAVOTNÍKA .....</b>	<b>40</b>
4.1 Osobnost zdravotníka.....	40
4.2 Profesionální chování a role sestry .....	41
4.2.1 Faktory ovlivňující profesionální chování sestry .....	42
4.3 Vztah mezi zdravotníkem a pacientem .....	43
4.3.1 Lékař a nemocný .....	43
4.3.2 Sestra a nemocný .....	44
4.4 Zdravotník pacientem .....	46
<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>48</b>
<b>Cíle výzkumu.....</b>	<b>49</b>
<b>5 METODIKA VÝZKUMU.....</b>	<b>50</b>
<b>6 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....</b>	<b>51</b>
<b>7 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>54</b>
<b>DISKUZE .....</b>	<b>76</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>82</b>
<b>ANOTACE .....</b>	<b>83</b>
<b>LITERATURA A PRAMENY .....</b>	<b>84</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>87</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>87</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>88</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>89</b>

## ÚVOD

Během své dosavadní praxe zdravotní sestry jsem měla několikrát možnost si vyzkoušet, jaké to je, když se zdravotník ocitne v roli pacienta. A to pacienta v té nejryzejší podobě, pacienta hospitalizovaného. Nebyla to zkušenost, kterou bych dobrovolně vyhledávala, ale zároveň musím říci, že zážitky s nemocí a vlastní hospitalizací spojené ovlivnily můj následující osobní i profesionální život zásadním způsobem a byly pro mne hlavní motivací při výběru tématu bakalářské práce.

Domnívám se, že po zkušenostech se strachem z výkonu, očekáváním výsledku vyšetření, pooperační bolestí nebo nutností se vypořádat s všudypřítomným pocitem studu se nyní dokážu lépe vcítit do situace, ve které se pacient nachází. Dokážu si lépe představit jeho pocity a toto značnou měrou ovlivňuje mé chování k němu. Netvrdím, že zdravotník, který něčím takovým neprošel, nemůže být dobrým a citlivým zdravotníkem, určitě ale není na škodu si tyto většinou nepříliš příjemné zážitky občas vybavit a v každodenní pracovní rutině někoho potěšit úsměvem či chápavým pohledem, který pacientovi nepříjemnou chvíli usnadní. Darovat projev lidskosti, za který byl člověk sám v roli pacienta vděčný.

K sepsání práce mne vedla touha zjistit, zda pocity, se kterými jsem se během hospitalizace potýkala já, prožívají podobně i ostatní zdravotníci. Proto hlavními cíli mé bakalářské práce bylo vyzkoumat, zda zdravotnická profese, zejména profese sestry - její vědomosti a zkušenosti z praxe, mohou ovlivnit vnímání vlastního zdraví. Dále jaké pocity prožívá ve své nemoci člověk, jehož společenskou rolí je pečovat o nemocné, jaké zvláštnosti a úskalí přináší jeho hospitalizace. V neposlední řadě jsem se snažila zjistit, zda zkušenost v roli pacienta nějakým způsobem ovlivňuje zdravotníka při další práci s nemocnými a zda je tato zkušenost vnímána jako rozhodující či dokonce nezbytná pro osvojení si empatického přístupu k pacientům.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

## **Cíle teoretické části práce**

Hlavními cíli teoretické části je:

- definovat termíny zdraví a nemoc,
- osvětlit pojmy osobnost a její vlastnosti, temperament, přiblížit čtenáři problematiku psychologie nemocného a psychologie zdravotníka,
- vymezit skupiny potřeb člověka ve zdraví a nemoci,
- popsat roli nemocného a roli zdravotníka,
- poukázat na zvláštnosti situace, kdy je pacientem zdravotník.

# 1 ZDRAVÍ A NEMOC

*„Zdraví představuje v lidské společnosti tradičně jednu z nejvýznamnějších hodnot, uznávanou prakticky ve všech dobách a kulturách. Zdraví a nemoc jsou obvykle chápány jako dvě ostře odlišné kvality, které jsou v přísné opozici.“* (Zacharová et al, 2007, s. 15)

## 1.1 Vymezení pojmu zdraví

V průběhu staletí se představa o zdraví měnila, a i dnes, ve 21. století, se setkáváme s jeho pestrým pojetím. Některé koncepce jsou zužovány na zdraví těla (fyzický stav člověka), jiné chápou zdraví jen jako zboží (např. komerční farmakoterapie). Další vnímají zdraví jako tajemnou sílu, kterou je člověk obdarován při narození a s níž musí v životě hospodařit (Křivohlavý, 2001).

Široce přijímané pojetí zdraví člověka vychází ze známé **definice**, která je od roku 1946 obsažena v ústavě **Světové zdravotnické organizace (WHO)** a která předkládá lidské zdraví jako ideál: *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being), a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (infirmité).“* Tato definice pokládá zdraví za relativně složitý systém, v němž subsystemy tělesný, duševní a sociální tvoří společný, se svým okolím neoddělitelně spjatý dynamický celek.

S pomocí těchto tří rovin pojem zdraví s konečnou platností překonal dřívější, v medicíně hluboce zakořeněné, biologizující pojetí. Zároveň tato vícerozměrnost vymezení zdraví člověka umožňuje dospět k závěru, že jde o jev, který se vztahuje nikoliv na samostatně existující individuum, nýbrž na individuum neodmyslitelně spjaté se sociálním prostředím (Bártlová, 2005).

**Nemoc** je z tohoto pohledu **poruchou systému člověk – prostředí**. Je to potenciální schopnost organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije. A nejen jednotlivé faktory životního prostředí, ale především jejich vzájemná interakce s lidským organismem a způsobem života člověka vyvolávají nemoci nebo přispívají k jejich rozvoji.

V roce 1984 uveřejnila Světová zdravotnická organizace upravenou definici zdraví: *„Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti.“* (Zacharová et al., 2007, s. 16)

Křivohlavý (2001 in Zacharová et al., 2007, s. 15) vymezuje vztah zdraví a kvality zdraví s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života. *„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“*

Zdraví tedy nelze vnímat jako něco definitivního, něco, v čem lze nalézt „změřitelný konec“, ale jako proces, v němž je možný maximální rozvoj daný možnostmi organismu. Jako životní proces se zdraví mění okamžik od okamžiku spolu s proměnami systému organismus – prostředí. A právě tato adaptace nárokům okolního přírodního a sociálního prostředí je důvodem toho, že zdraví člověka není možno chápat jinak než jako dynamickou skutečnost (Zacharová et al., 2007).

## 1.2 Vymezení pojmu nemoc

Podobně jako zdraví, termín nemoc a její koncepce prošel dlouhým vývojem odrážejícím poznatky biologických oborů. A stejně jako zdraví, má i nemoc několik definic.

Často bývá nemoc definována jako **porucha zdraví**. Nemocný člověk je pak člověk stížený nemocí. Anglický výraz pro nemocného člověka „ill“ je chápán jako stav, kdy je něco v nepořádku, kdy to, co má něco dělat, funguje jen s obtížemi, kdy se určitá funkce vychyluje z běžných mezí.

Lidové pojetí vidí nemoc v přímém protikladu ke zdraví – tak, jak je například zjednodušeně možno nahlížet na tmou jako na protiklad či opak světla nebo na černou barvu jako opak bílé a opomíjet bohatou škálu šedi. Takový přístup, redukce všeho na dva extrémní stavy (zdraví a nemoc), příliš zjednodušuje nesmírně bohatý a rozmanitý soubor jevů, kterými se vyznačuje náš zdravotní stav, a soubor termínů, který používáme k vyjádření toho, že někdo není zcela zdrav (Křivohlavý, 2002).

Jednu z definic bychom mohli nalézt také v Praktickém slovníku medicíny (1994, s. 229 in Zacharová, 2005), který praví: „*Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu.*“

Bártlová (1996, s. 19 in Zacharová, 2005) definuje nemoc jako poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role. V tomto nazírání tedy nemoc znamená odchylku od normální sociální role, která je pro společnost nežádoucí. Zdraví má totiž nejen individuální hodnotu pro každého jedince, je také velmi cenným společenským faktorem, neboť úroveň zdraví populace ovlivňuje její celkový rozvoj, ekonomický růst apod. To jsou důvody, proč každá společnost systematicky o zdraví svých občanů pečuje, snaží se je rozvinout, upevnit, a je-li narušeno, pak je co nejrychleji obnovit (Kolektiv autorů, 2005).

Od nemoci se odlišuje choroba (Mohapl, 1991, s. 28 in Zacharová et al., 2007), která zahrnuje dvě složky, a to proces poškození škodlivinou a soubor obranných adaptačních reakcí. Rozdíl mezi nemocí a chorobou bývá někdy také shledáván v tom, že nemoc je považována za soubor příznaků u konkrétního člověka, zatímco choroba je abstraktní výčet příznaků, jež by měly být přítomny pro stanovení diagnózy.

David Field (in Křivohlavý, 2002, s. 18) termínem choroba (disease) rozumí lékařské pojetí patologické abnormality, která se dá indikovat z řady znaků a příznaků. Výrazem zdravotní nepohoda (illness) popisuje zejména to, že člověku není dobře, „je mu nevolno“. Vzhledem k tomu, že choroba se dá diagnostikovat podle příznaků, které ukazují, že něco nefunguje normálně, a zdravotní nepohoda se dá poznat podle emocionálních projevů bolesti a emocionálního rozladu, je možné použít následující vyjádření: Choroba je chápána jako abnormalita, kdežto zdravotní nepohoda je charakterizována negativní emocionální kvalitou (Křivohlavý, 2002, s. 18). Z hlediska přístupu různých vědních oborů k otázce zdraví je choroba jevem organickým, kdežto zdravotní nepohoda jevem psychologickým a sociologickým.

**Biomedicínský model nemoci** se plně vyvíjel během 20. století na základě rychlého rozvoje přírodovědného poznání, a to zejména v době, kdy byly objeveny různé mikroorganismy jako vlastní příčiny infekčních onemocnění. Tento etiologický konstrukt se stal jakýmsi ideálem, jak by měl asi vypadat „vědecký“ výklad vzniku a rozvoje každého onemocnění. Model vidí nemoc jako výsledek špatné funkce buněk a orgánů, současně ignoruje psychosociální složky onemocnění.

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

**Sociologický model nemoci** chápal nemoc jako sociální jev. Nemoc znamená obvykle změnu v chování jedince a s ní související odezvu jeho okolí (Mastiliaková, 1999; Mohapl, 1991, s. 30 in Zacharová, 2005).

Donedávna dominoval v tradičním pojetí nemoci biomedicínský model a lékařská praxe postupně vyústila do stádia podřízenosti složitým diagnostickým a léčebným intervencím, které dostaly přednost před pohledem na člověka jako lidskou bytost. Moderní medicína však poukazuje na omezenost výlučně biologické koncepce zdraví i nemoci a přiklání se k **holistickému přístupu**, který vychází z principu jednoty a soudržnosti organismu a prostředí. Celostní přístup umožňuje chápat nemoc, stejně jako zdraví, v rovině životních procesů člověka, které se odehrávají v systému jedinec a prostředí. Nemoc pak není ničím jiným než poruchou tohoto systému a má stejně jako zdraví svůj aspekt biologický, psychický a společenský.

Pohled na člověka a ostatní živé organismy jako na jednotné celky, jejichž části jsou ve vzájemné interakci, je základem **holistické péče**. Pro ošetrovatelskou praxi z tohoto přístupu vyplývá, že jednotlivec nemůže být posuzován izolovaně, nýbrž jako osoba začleněná do určitého sociálního prostředí, jako osobnost se svými tělesnými, sociálními, emocionálními, intelektuálními a duchovními potřebami (Mastiliaková, 1999; Zacharová, 2005).

## 2 ČLOVĚK JAKO OSOBNOST

### 2.1 Vymezení pojmu osobnost

V psychologii se můžeme setkat s rozličnými definicemi termínu osobnost. Je těžké vybrat jedinou, neexistuje totiž definice správná či špatná. Různí autoři se však shodují v jednom: „*Nejvlastnějším znakem osobnosti je její jedinečnost, výlučnost, odlišnost od všech jiných osobností. Stejně jako neexistují dva jedinci s totožnými papilárními liniemi na prstech, je tomu tak i s osobností.*“ (Psychologický slovník, 2000, s. 379)

### 2.2 Psychické vlastnosti osobnosti

Člověk žije v neustálém kontaktu s okolním prostředím, na které nějakým způsobem reaguje. Adaptace na rozmanitost prostředí a neustálé změny vede ke značné variační šíři reakcí člověka. Tedy, jelikož prostředí, v němž se člověk nachází, je značně pestré a proměnlivé, vyznačuje se určitou proměnlivostí i chování člověka k okolnímu světu. Avšak i přes tuto variabilitu je možné v chování jedinců nalézt něco relativně stálého, pro ně **příznačného**. Tyto trvalejší charakteristiky nám umožňují do určité míry předvídat chování konkrétní osoby, odhadnout, jak se zachová třeba v situaci konfliktu, v náročných životních situacích, v nemoci.

Vyskytuje-li se určitý druh chování u jedince často a v různých situacích, přisuzujeme mu určitou **vlastnost** nebo **soubor vlastností**. Hodnotíme-li znaky osobnosti, často vycházíme ze vzájemného srovnávání projevů lidského chování (někdo je hovornější než ostatní, snáze se rozčílí, reaguje agresivněji než druzí). Při posuzování vlastností si všímáme i míry přisuzované vlastnosti. Není-li tato u jednotlivce příliš vyhraněná, uplatňují se v jeho chování ve větší míře **situační činitele**, např. člověk se může chovat družně, uvolněně a přátelsky pouze „mezi svými“, v jiných sociálních situacích je málomluvný, chová se odtažitě, nenápadně. Některé kvality osobnosti souvisejí do jisté míry s **věkem** (radikalismus – konzervatismus), jiné dáváme do souvislosti s **pohlavím** jedince (mužské a ženské rysy), řadu vlastností odvozujeme od **typu temperamentu** (Jobánková, 2002).

## 2.3 Temperament a jeho typologie

Temperament vyjadřuje souhrn charakteristických znaků osobnosti, které se trvale projevují způsobem reagování, jednání a prožívání. Je spjat se **vzrušivostí** – tj. mírou odpovědi jedince na různé podněty – a zahrnuje i tendenci měnit **nálady**. Temperamentové vlastnosti jsou dány **biologickým základem**, který nemůžeme změnit, je však možné jej do určité míry ovlivnit výchovou.

Jednotliví lidé se navzájem liší nejen obsahem svého duševního života (tj. myšlením, vnímáním, pamatováním, zájmy), ale i formou – reakcemi na podněty. Temperament tedy určuje dynamiku celého prožívání a chování osobnosti.

**Dynamika prožívání** je tempo a střídání psychických procesů, stavů, činností a jednání a jejich intenzitou. Prožívání se liší:

- rychlostí a intenzitou reakcí člověka na různé podněty,
- délkou trvání reakcí,
- projevem prožívání navenek (Temperament, 2006).

Badatelé si odedávna všímali, že někteří lidé jsou si po duševní stránce podobní a zároveň se liší od jiných. Díky snaze zařadit jedince do určitého typu podle jejich charakteristického chování vzniklo několik **typologií a teorií**.

### 2.3.1 Hippokratova typologie tělních tekutin

**Hippokrates**, lékař starověkého Řecka (460-370 př. n. l.), vycházel z představy o čtyřech **tělesných šťávách (humorech)**, jejichž poměr určuje reakce na okolí. Rozdělil temperament na čtyři typy, které byly rozvíjeny pozdějšími badateli (např. Galénos, Jung, Eysenck):

- **Sangvinik (krev)** – vyznačuje se především přiměřenou reaktivitou; na slabé podněty reaguje slabě, na silné silně; typické je pro něj rychlé doznívání zážitku a rychlé změny zaměření; je přizpůsobivý, emočně vyrovnaný, ale poněkud nestálý a lehkovážný, vesele laděný, optimistický, jeho prožitky jsou spíše mělké a stejně tak i jeho city.

- **Flegmatik (sliz, hlen)** – je emočně celkem vyrovnaný, navenek se jeví jako lhostejný, vzrušují ho jen velmi silné podněty, vykazuje stálost a spokojenost, klid až apatii; hlubší vztahy má jen k vybraným osobám, je spíše pasivní a bez velkých životních ambicí a požadavků, nemá rád změny a pohybově je spíše úsporný.
- **Melancholik (černá žluč)** - se vyznačuje hlubokými prožitky a spíše smutným laděním, pesimismem a strachem z budoucnosti; život je pro něj často obtížný, usiluje o klid a nesnáší vypjaté situace, vzruchy, hlučnost; jeho city jsou trvalé, ale jejich intenzita se neprojevuje navenek, žije spíše vnitřně; obtížně navazuje kontakty, ale vztahy, které naváže, jsou trvalé a hluboké.
- **Cholerik (žluč)** - je silně vzrušivý, má sklon k výbuchům hněvu a k agresi, těžko se ovládá a často reaguje impulzivně, nerozvázně; je netrpělivý, panovačný, egocentrický, vyžaduje často od jiných ústupky, soužití s ním je obtížné; emočně je labilní, city jsou u něho vyvolány snadno, navenek reaguje rychle, silně, často bez zábran.

I přesto, že je tato antická teorie stará již více než 2000 let, je dodnes citována v učebnicích a můžeme se s ní setkat i v běžné řeči.

### 2.3.2 Jungova teorie

Švýcarský psycholog a psychoterapeut **Carl Gustav Jung** (1875-1961), spolupracovník Sigmunda Freuda, byl zakladatelem analytické psychologie a položil základy **rozdělení temperamentu v závislosti na přístupu k okolnímu světu**. Zavedl pojmy:

- **Introvert** - je člověk prožívající bohatý vnitřní život; přemýšlivý, rozvážený ve svém jednání a opatrný ve svých citech. Je velmi vnímavý ke svému okolí. Preferuje nepřímou komunikaci (dopisy) před hovorem, je málo průbojný. V případě nutnosti je po určitou dobu schopen se chovat extrovertně.
- **Extrovert** – je jedinec zaměřený na vnější svět – povrchní a spontánní. Je aktivní, snadno komunikuje. Jedná rozhodně až zbrkle, po citové stránce je velmi otevřený, ale jeho city jsou velmi povrchní a je méně vnímavý ke svému okolí. Ke spokojenosti potřebuje být ve středu dění.

### 2.3.3 Kretschmerova morfologicky založená teorie

**Ernst Kretschmer** (1888-1964), německý psychiatr, zaujal myšlenkou, že temperamentové vlastnosti a nejdůležitější psychické poruchy souvisí se **stavbou těla**. Podle určitých tělesných rysů vypracoval typologii osobností a nemocí, které tyto osobnosti ohrožují:

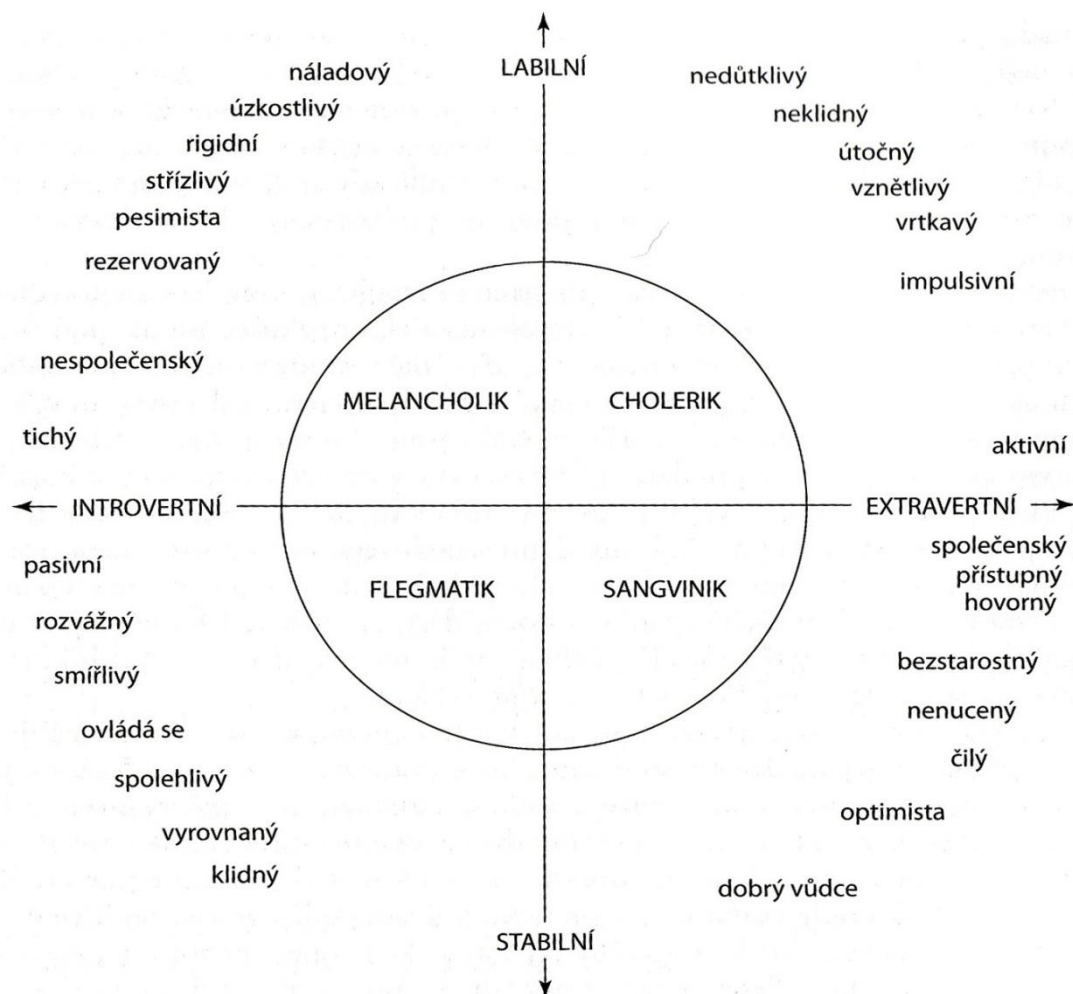
- **Pyknik – cyklotymní typ** – stavba těla: menší zakulacená postava, slabé svalstvo, kulatá hlava, vyklenuté břicho; psychické vlastnosti: střídá nálady bez vnější příčiny, je otevřený, společenský, realistický; ohrožen maniodepresivními duševními chorobami.
- **Astenik (leptosom) – schizotymní typ** – stavba těla: vysoký, štíhlý, úzká ramena, slabé svalstvo, ostrý profil; psychické vlastnosti: uzavřený, jednostranně zaměřený, idealista, málo přizpůsobivý; ohrožen schizofrenií.
- **Atletik (ixotym) – viskózní typ** – stavba těla: silně vyvinutá kostra, výrazné svalstvo, široký hrudník, menší lebka s protáhlým obličejem; psychické vlastnosti: klidný, přizpůsobivý, těžkopádný; není průkazný sklon k duševním onemocněním.

Tato typologie byla později díky nejisté opoře v empirických výzkumech zpochybněna. Korelace, kterou Kretschmer našel, mohla být z větší části artefaktem.

### 2.3.4 Eysenckova temperamentová typologie

**Hans Jürgen Eysenck** (1916-1997), britský psycholog německého původu, dospěl ve svém bádání k závěru, že temperament je výsledkem míry dvou faktorů: **neuroticismu** (s póly emoční labilita a emoční stabilita) a faktoru **extroverse – introverse**. Navázal tak na Jungovu teorii (Nakonečný, 2009; Temperament, 2006).

Eysenckovy základní faktory lze demonstrovat ve vztahu ke klasické Hippokratově typologii (viz obrázek 1):



**Obrázek 1: Eysenckovo dvojrozměrné schéma základních dimenzí osobnosti**

(Říčan, 2007, s. 68)

### 2.3.5 Faktorová analýza R. Cattela

Americký psycholog **Raymond Bernard Cattel** (1905-1998) z původně vymezených 171 vlastností dospěl k určitému **uspořádání osobnostních charakteristik**, které se často vyskytují **společně**, a popsal celkem 16 základních faktorů osobnosti, kdy každý **faktor** má svůj **protipól** a každý jedinec zaujímá nějakou pozici na ose mezi dvěma póly. Tato pozice je do určité míry proměnlivá, ale stěží se výrazně přesouvá od jednoho pólu k druhému. Například typický introvert, uzavřený a nesmělý, těžko ve svém chování dozná takových změn, že by se začal chovat jako otevřený, společensky uvolněný a hovorný extrovert.

## Přehled faktorů odvozených z Cattelovy klasifikace

### primárních vlastností osobnosti:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Otevřený (cyklotymní, extrovertní)                        | - Rezervovaný, izolovaný               |
| 2. Intelektuální (dobré abstraktní myšlení)                  | - Převažuje spíše konkrétní myšlení    |
| 3. Emocionálně stabilní                                      | - Ovlivnitelný cit, snadno vzrušivý    |
| 4. Nezávislý, plný života, nenucený                          | - Poddajný, mírný, poslušný            |
| 5. Nadšený, průbojný, houževnatý                             | - Střízlivý, obezřetný                 |
| 6. Svědomitý, vytrvalý, seriózní, zásadový<br>oportunistický | - Vyhýbající se závazkům               |
| 7. Smělý, bez zábran, spontánní                              | - Plachý, zdrženlivý                   |
| 8. Závislý, nadměrně ochraňovaný                             | - Psychicky odolný, realistický        |
| 9. Podezřívavý, nedůvěřivý, těžko se<br>dá oklamat           | - Důvěřivý, přizpůsobivý               |
| 10. Obdařený fantazií, odtržený od praktického<br>života     | - Praktický, opatrný, konvenční        |
| 11. Mazaný, chladně uvažující, znalý světa                   | - Naivní, bezelstný                    |
| 12. Nejistý, trpící obavami, ustaraný                        | - Sebejistý, jistý sám sebou, klidný   |
| 13. Experimentující, kritický, volnomyšlenkář                | - Konzervativní, respektující tradice  |
| 14. Soběstačný, houževnatý, vynalézavý                       | - Závislý na druhých                   |
| 15. Ovládající se, disciplinovaný                            | - Neformální, řídí se vlastními sklony |
| 16. Nervózní, podrážděný, přetížený                          | - Uvolněný, klidný, nezklamaný         |

Uvedené příklady pohledů na základní osobnostní dimenze nemají pouze hodnotu teoretickou, ale jsou významným přínosem i při praktickém poznávání a popisu vlastností osobnosti. Poznatky z psychologie osobnosti mohou být dobrým vodítkem zvláště pro zdravotnické pracovníky při seznamování se s nemocnými, objasňování jejich chování, stejně jako jim mohou umožnit lépe vycházet se spolupracovníky. Sestra či lékař, který se naučil rozumět sám sobě a lidem kolem sebe, snáze porozumí nemocnému člověku a může na jeho projevy správně reagovat (Čechová, Rozsypalová, 2005; Jobánková 2002).

## 3 PSYCHOLOGIE NEMOCNÉHO

### 3.1 Nemoc jako náročná životní situace

**Onemocnění** znamená pro většinu lidí **zátěž**, která přináší problémy, stává se **náročnou životní situací** a někdy může přerůst až v **životní krizi**. Existuje řada důvodů, proč jedinec určitou situaci nebo událost vnímá jako obtížně zvládnutelnou nebo dokonce neřešitelnou. Za náročné životní situace považujeme:

- **situace, které obsahují nepřiměřené požadavky a úkoly** - a to oběma směry: buď schopnosti a možnosti člověka přeceňují, nebo podceňují,
- **problémové situace** – kdy problém je pro člověka **nový** (jedinec nemá pro situaci, před kterou stojí, vypracovaný algoritmus řešení) nebo tak **složitý**, že jej není schopen sám bez pomoci druhých řešit,
- **situace obsahující překážky** - frustrace a deprivace (člověk z nejrůznějších důvodů nemůže dosáhnout cíle, ke kterému směřuje, nedochází k uspokojení jeho potřeb),
- **konfliktové situace** – dochází zde ke střetu sil na cestě k cíli; může se jednat o konflikty skutečné nebo potenciální.

Byly vypracovány škály náročných životních situací a bodově ohodnocena jejich závažnost. Je však třeba si uvědomit, že v jednotlivých případech se může míra zátěže, kterou člověk prožívá, velmi měnit a odlišovat od průměru. **Subjektivní prožívání** náročnosti nezáleží ani tak na objektivní situaci, ve které se ocitl, ale právě na **osobnosti člověka**. Mezi jednotlivými lidmi existují podstatné rozdíly, které situace budou jako náročné prožívat a které emoce je budou doprovázet.

I když negativní emoce jako strach, úzkost, obavy a smutek nemusí být vždy nežádoucí, jak by se na první pohled mohlo zdát, u nemocných se pokoušíme tyto pocity redukovat. Proč tak činíme? Je známo, že jakmile začne jedinec prožívat jakoukoli situaci jako ohrožující, organismus reaguje poplachovou reakcí. Stresová reakce je z hlediska následně probíhajících hormonálních a metabolických změn velmi složitá a pro organismus současného člověka většinou i **nepříznivá**. Každý zkušený zdravotník ví, jak výrazně mnohdy psychický stav nemocného ovlivní jeho stav tělesný - v pozitivním i negativním slova smyslu.

Velká část nemocných (ale zdaleka ne všichni) prožívá **onemocnění jako ohrožující situaci**, neboť s sebou přináší:

- změnu sociální role a postavení jedince; role nemocného je převážně chápána jako role spojená se submisivitou a řada dospělých lidí už nemá tento typ ve svém „repertoáru“,
- pokles sociální prestiže,
- omezení až zřetření dosavadních mezilidských kontaktů a vztahů, se kterou situace nemoci, zvláště hospitalizace, souvisí a nutí nemocného člověka, aby si vytvářel nové a náhradní a to ke zdravotníkům i spolupacientům, tedy k lidem, kteří do okamžiku onemocnění byli pro něho naprosto cizí,
- změnu denního a týdenního stereotypu: čas probuzení, doba klidu, spánku, jídla; je naprosto odlišný i denní program, většina změn má ale omezující charakter.
- řešení nových situací, spojených s realizací diagnosticko-terapeutických postupů a metod, se kterými se nemocný nikdy nesešel nebo o nich nebyl odpovídajícím způsobem informován,
- frustraci a deprivaci potřeb biologických i sociálních: z biologických nebývá uspokojena potřeba spánku, nasycení, vyměšování, pohybu a aktivity, u lidí mladšího a středního věku dlouhodobě hospitalizovaných i potřeba sexuální; chirurgické obory narušují potřebu integrity organismu bez přítomnosti bolesti; ze sociálních potřeb není saturována potřeba intimity, seberealizace, porozumění a vzájemně kladných vztahů a potřeby spojené s pocitem vlastní hodnoty a bezpečí (více viz následující kapitola),
- konflikty se zdravotníky, pacienty a pomocným personálem.

Člověk se mnohým tíživým situacím dokáže postupně přizpůsobit; někdy však může dojít ke spuštění obranných mechanismů, které přizpůsobení zabrání. Pak hovoříme o **neadaptivním chování – maladaptaci**. V konkrétních podmínkách zdravotnického zařízení se specifikací k různým věkovým skupinám pacientů jsou tyto projevy různé a zdravotník by je neměl nikdy podceňovat (Kolektiv autorů, 2005; Zacharová, 2005; Zacharová et al., 2007).

## 3.2 Potřeby člověka v holistickém pojetí

Život zdravého člověka můžeme popsat jako neustálé uspokojování různých potřeb. Potreba je vlastnost organismu, která motivuje k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu (Zacharová et al., 2007).

Všem potřebám není přikládána stejná váha, některé jsou chápány jako nutnost (např. potřeba spát, jíst, vyprazdňovat se atd.) a dokud jsou dostatečně uspokojovány – jaksi bezděčně, lidé se jimi příliš nezabývají. Jiné potřeby se stávají přáními a tužbami. Mají trvalé a vědomé zaměření, věnuje se jim mnoho pozornosti a síly. Tyto potřeby, či spíše skupiny potřeb, mají pro člověka velkou hodnotu (např. zdraví, láska, spokojenost, úspěch apod.), nazýváme je pak **životními hodnotami**, přáními či přímo životními cíli.

Život je soukolím různých potřeb, které jsou v různé úrovni saturace – uspokojení, či frustrace – neuspokojení. Jedny potřeby v určitou chvíli vznikají, další jsou částečně nebo zcela uspokojeny, jiné jsou odsouvány či vůbec neuspokojeny. Potřeby však nevznikají ani neprobíhají izolovaně, naopak jsou ve vzájemné interakci a mohou se ovlivňovat. Proces jejich uspokojování probíhá obvykle cyklicky a dočasně - potřebujeme se např. zhruba každé tři hodiny napít a najíst, stejně tak se vyprazdňovat. Potřebujeme pravidelně spát a být aktivní (cirkadiánní rytmus spánku a bdění) apod. (Kolektiv autorů, 2005).

### 3.2.1 Klasifikace potřeb ve zdraví a nemoci

Pozornost ošetřujícího personálu bývá mnohdy zaměřena převážně na fyziologické (biologické) či tělesné potřeby pacienta. S nemocí je však porušena také psychosociální rovnováha, tzn., že nemocný člověk má i své psychosociální potřeby. Zdravotník by tedy měl mít vždy na paměti holistický přístup, který respektuje psychosomatickou **jednotu a jedinečnost každého člověka**, a měl by přistupovat ke každému nemocnému komplexně.

Jeden z předních zástupců humanistické psychologie, americký psycholog **Abraham Maslow** (1908-1970) ve 40. letech dvacátého století vytvořil model, ve kterém seřadil lidské potřeby postupně podle důležitosti a naléhavosti jejich plnění. Model zahrnuje **dvě základní úrovně potřeb: biologické (fyziologické) a psychosociální**. Maslow byl přesvědčen, že vyšší, psycho-sociální motivy, se mohou stát důležitými

determinantami jednání až tehdy, když jsou alespoň částečně uspokojeny základní (biologické) potřeby na nižší úrovni. Znamená to, že nižší potřeby musí být dostatečnou měrou uspokojeny dříve, než se uplatní potřeby vyšší, ale to neznamená, že musí být zcela na každé úrovni saturovány (viz příloha 1 - Maslowova hierarchie potřeb).

□ **Biologické (fyziologické) potřeby**

Základ pyramidy tvoří potřeby **fyziologické: dýchání s kardiovaskulárními funkcemi, hydratace, výživa, vyprazdňování moči a stolice, tělesná a duševní aktivita, spánek a odpočinek, teplo, pohodlí – vyhýbání se bolesti, očista a hygiena, sexuální a mateřské potřeby**. To jsou potřeby dané tělesnými funkcemi organismu, bez nichž člověk funguje s velkými obtížemi, neboť jeho biologická existence je přímo ohrožena. Zdravý člověk si fyziologické potřeby příliš neuvědomuje, jsou saturovány bez větší pozornosti, není jim přikládána velká hodnota. Ovšem v nemoci nebo ve vyšším věku nejsou nebo nemohou být všechny tyto potřeby dostatečně saturovány. Frustrace je nejprve spojena s nelibými pocity jako je bolest, únava, dušnost, žízeň, či hlad, nucení na močení a stolicí, pocity tepla či zimy a celkovým nepohodlím, svěděním, pálením a u reprodukčních, sexuálních a mateřských potřeb, sexuální touhou a pocity z neuspokojení mateřských potřeb. Pokud zůstanou tyto subjektivní dojmy jako první signály neuspokojených biologických potřeb zdravotníky bez povšimnutí, mohou se objevit objektivní známky, tzn. příznaky často již nemoci.

□ **Psychosociální potřeby**

**Potřeby bezpečí a jistoty** (neboli potřeby existenciální) – představují: **zdraví, bezpečí, soběstačnost, jistoty sociální i ekonomické**, dále je to potřeba **podnětů a informací, klidu a míru, potřeba struktury a řádu** a jiné. Nemocný a zejména hospitalizovaný člověk je častokrát v těchto existenciálních potřebách frustrován. Pro člověka ve stavu nemoci jsou tyto potřeby zcela základní, protože souvisí s jeho orientací a adaptací na změnu prostředí, na náročnou životní situaci, na porušenou bio-psycho-sociální rovnováhu. Neuspokojení těchto potřeb je doprovázeno pocity strachu, úzkosti, ohrožení, nejistoty, neklidu, bezmoci, beznaděje apod. Lékař a sestra by měli svým nemocným pozorně naslouchat nebo aktivně po těchto pocitech pátrat, protože pokud nejsou tyto potřeby u nemocných saturovány, mohou se objevit nežádoucí změny chování (maladaptivní reakce agresivní nebo únikové) nebo až projevy stresu, což zhorší celý proces uzdravování, případně vzniknou další psychosomatické komplikace.

K pocitu spokojenosti však nestačí pouze fungující organismus a určité existenční zabezpečení. Člověk je tvor společenský a bez komunikace s lidmi a citového vztahu v podstatě nemůže žít. Mezi vyšší sociální potřeby patří **potřeba sounáležitosti a lásky**. Dále potřeba komunikace a pozitivního vztahu k lidem, potřeba důvěry, rodiny, přátelství, identity. Frustrace těchto potřeb je znatelná především u hospitalizovaných nemocných, dětí či starých lidí, u osob náhle osamělých či jinak vytržených ze svého sociálního prostředí. Při stavu neuspokojení sociálních potřeb pacienti zpočátku popisují pocity smutku, stesku a osamělosti, zklamání, zbytečnosti, vyloučení, zmiňují i pocity bolesti. Opět se může stát, že pokud tyto pocity uniknou pozornosti zdravotníků, vyvine se u nemocného maladaptivní reakce.

K dalším psychosociálním potřebám patří **potřeby sebepojetí a sebeúcty**. Jsou to potřeby vlastního já, souvisí se sebeúctou, sebevědomím, s pověstí, prestiží, úspěchem a uznáním druhých. Mezi tyto psychosociální potřeby také zařazujeme potřebu neudělat ostudu, potřebu moci, poznávání a pochopení, autonomie, intimity a další. Bohužel zdravotníci nezřídka opomíjí i tyto potřeby, zvláště pak ti lékaři a sestry, jejichž chování je dominantní, autoritativní a manipulující. Prvními signály frustrace z neuspokojení těchto potřeb bývají pocity méněcennosti, bezmoci, stud a selhání. Některé z těchto pocitů jsou celkem běžné a patří přirozeně k určitým vývojovým obdobím, jako např. k pubertě nebo adolescenci. V nemoci a zvláště s náhle vzniklým hendikepem nebo nesoběstačností si daleko více uvědomíme význam českého slova nemoc vyjadřující vlastně, že ztrácíme svou moc. Frustrování v těchto potřebách jsou především ti nemocní, kteří jsou ve svém životě více dominantní nebo zastávají řídicí funkci (např. učitelé, manažeři, lékaři, politici apod.).

Problematika potřeb je jednou ze základních otázek vztahu člověka k životu, k sobě a ke svému prostředí. A opačně potřeby jsou výrazem nároků prostředí na člověka. Potřeby jsou základní motivační silou udržet homeostázu nejen uvnitř organismu, ale i mezi organismem a prostředím (Kolektiv autorů, 2005).

### 3.2.2 Omezení životních potřeb v nemoci

U nemocného člověka nastává co do naléhavosti uspokojení životních potřeb zvláštní situace. Specifická podoba jeho potřeb je závislá na osobnosti daného klienta, charakteru onemocnění i sociálním prostředí, ve kterém se nemocný nachází. Bártlová (2003, in Zacharová, 2005) rozděluje potřeby člověka na:

- potřeby, které se nemocí nemění,
- potřeby, které se nemocí modifikovaly,
- potřeby, které s nemocí vznikly.

**Potřeby, které se nemocí nemění**, jsou tedy stejné jako u zdravého člověka. Řadí se k nim zejména potřeba vzduchu, spánku, odpočinku, výživy, vyprazdňování se, pohodlí a bezpečí. V nemoci však může být jejich potřeba pociťována s větší intenzitou anebo může dojít posunu v jejich důležitosti. Za hospitalizace jsou tyto potřeby uspokojovány s pomocí sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka.

**Potřeby, které se nemocí modifikovaly**, vytváří nejsložitější skupinu. Jsou velmi individuální a proměnlivé. Jsou ovlivněny druhem, závažností a fází onemocnění. Zvláštní pozornost si zaslouží modifikované potřeby sociální. Ty se v nemoci zpočátku redukují a posléze se postupně navracejí. Vedle omezení se může projevit i deformace dřívějších potřeb, neboť ne všichni pacienti se vrací do stavu, jaký byl před nemocí. Potřeba aktivity se v období nemoci soustředí na boj s nemocí - klient nechce být jen pasivním objektem, chce na svém uzdravení aktivně spolupracovat. Pozitivní výsledky povzbuzují nemocného, pomáhají mu překonávat bolest a strach. Fyzická aktivizace umožňuje nemocnému navazovat a zkvalitňovat kontakty s okolím, odvádí jeho pozornost od obtíží a podporuje jeho snahu o soběstačnost. Dostatek informací nejen o samotném onemocnění, ale i režimu v nemocnici přispívá ke klidu a získání si pacienta ke spolupráci. Naopak neznalost vyvolává obavy a může zásadním způsobem narušit průběh léčebného a ošetrovatelského procesu. V poslední době narůstá význam potřeby vzájemné komunikace, je žádoucí změna v přístupu zdravotníků k nemocnému člověku. Uspokojování kulturních potřeb patří mezi další významné aktivity. Svoji roli sehrává také nemocniční prostředí, kde po letech bílé nadvlády dostávají prostor barvy a obrazy, kde je to možné, i rostliny.

**Potřeby, které nemocí vznikly**, opět závisí na celé řadě okolností. Zejména na osobnosti klienta, charakteru, stupni, průběhu a závažnosti nemoci, informovanosti o nemoci, předchozí zkušenosti, vztahu a chování okolí (lékaři, sestry, jiný klient, rodina). Akutní je potřeba navrácení zdraví, tlumení nebo zbavení se bolesti, potřeba udržení, obnovení sociálních funkcí nebo příprava na funkce nové.

Nemocný člověk bývá často omezen ve svých obvyklých činnostech – nesmí cestovat, stýkat se s přáteli, jíst svá oblíbená jídla, kouřit apod., v případě infekčních chorob je zcela izolován. I jednolůžkový pokoj, který považujeme obvykle za nadstandard, může způsobit silnou sociální izolaci a zkomplikovat tak zdravotní stav. Proto by zdravotnický personál neměl zapomínat na to, že jejich pacient je lidská bytost, která ke spokojenému životu potřebuje:

- **Sociální kontakt, porozumění, pochopení a pomoc:** veškerá omezení v této oblasti spojená s pocitem nejistoty a nezájmu ovlivňují duševní stav člověka, vyvolávají u něj smutek, neklid, pocity zklamání a zmaru. Nežřídkou jsou tyto emoce prožívány velice intenzivně a doslova berou nemocnému chuť k životu.
- **Bezpečí a jistotu:** pocity bezpečí a jistoty mají jednoznačně kladný vliv na psychiku každého nemocného. Specifickou úlohu pak hrají u nemocných dětí, které z důvodu svého onemocnění musejí být hospitalizovány a následně špatně snášejí odloučení od rodiny. Ovšem i dospělý člověk většinou nelibě nese přerušování kontaktu s rodinou, negativně prožívá, nemá-li dostatek informací z domova nebo možnost pravidelného telefonního kontaktu. Proto projevy pochopení a podpory při návštěvách, ujištění o uspokojivé situaci v rodině, mohou pro nemocného mnoho znamenat a příznivě ovlivnit jeho zdravotní stav.
- **Dostatek podnětů a činností:** člověk je ve stavu nemoci a především při hospitalizaci omezen také v pohybu. Je vázán více či méně na prostory svého lůžka a v průběhu času u něj nastává pocit nedostatku činnosti, pocit nudy. Začne se chovat náladově, bývá mrzutý, odmítá spolupracovat s personálem. Nemocniční prostředí samo o sobě rovněž zpravidla nepředstavuje dostatečný zdroj nových, zajímavých podnětů a informací. Proto je vhodné, aby zdravotnické zařízení disponovalo denní místností vybavenou vhodnou technikou, příruční knihovnou či souborem her, která by dovozovala alespoň částečně rozptýlit pacientovy myšlenky.

- **Realizovat krátkodobé a dlouhodobé cíle:** nemocnému často chybí jasná představa o nejbližší budoucnosti, hrouťí se mu jeho dřívější představy, nemá před sebou jasný cíl a to může mít nepříznivý vliv na průběh choroby. Zvláště chronické onemocnění představuje v tomto ohledu obrovskou zátěž. Nemocný se často musí přizpůsobit zcela novým podmínkám, musí změnit své dosavadní zvyklosti a musí se smířit i s omezením seberealizace. Ztrácí tak svoji hodnotu sám před sebou, někdy i před rodinou. Často bývá depresivní a poddává se nemoci. V takovéto situaci je vhodné využít pomoci specializované poradny, kde vyškolení pracovníci dovedou nemocného vhodně motivovat v různých oblastech činnosti, nebo kontaktovat osoby s podobným problémem či postižením (Zacharová, 2005).

V praxi je důležité si uvědomit, že pokud ošetřujeme nemocného v závažném stavu, jeho hlavním zájmem bude zejména uspokojení základních, biologických potřeb, jako je dýchání, výživa a vyprázdnění, spolu s potřebou být bez bolesti, zatímco potřeby vyšší, např. estetické, budou odsunuty do pozadí. Spolu se změnou zdravotního stavu potom můžeme pozorovat i změny v prioritě potřeb klienta. Při zlepšení stavu a postupné opětovné „automatizaci“ v uspokojování potřeb biologických se objevuje prostor právě pro potřeby psychosociální. Mohou se objevit v různé podobě, např. jako známky zájmu o vlastní vzhled, dění kolem sebe či novinky v literatuře. Je velmi žádoucí, aby si sestra i lékař takovýchto signálů všímali, neboť právě tyto se objevují jako znamení, že se léčba a péče ubírají správným směrem.

### 3.3 Osobnostní vlastnosti nemocného

Nemocný člověk se ocitá ve zvláštní situaci nejen v důsledku vlastního chorobného procesu, nýbrž i vlivem dalších psychologických a sociálních faktorů, které z onemocnění vyplývají. Tato situace pak může zpětně působit na vlastnosti nemocného, jeho jednání a samotný průběh nemoci. Zdravotník je zpravidla zaměřen na vyhledávání a správné hodnocení **objektivních známek nemoci** a pro značný počet pacientů se většinou nezabývá do hloubky jejich individuálními problémy. V některých okamžicích mu pak uniká, že nemoc nemá nejen onu objektivní stránku, ale centrem pozornosti a zájmu nemocného je naopak **stránka subjektivní – osobnostní**.

Máme-li porozumět nemocnému a dobře jej ošetřovat, potřebujeme jej vidět jako celého člověka, jako organismus a současně jako osobnost s psychickými vlastnostmi i jako člena společnosti. Hovoříme o holistickém pojetí nemocného, kdy je člověk vnímán jako bio-psycho-sociální a spirituální jednota. Je zde respektována individualita každého jedince a z ní vyplývající zvláštnosti v prožívání nemoci (Mastiliaková, 1999; Čechová, Mellanová, 2005; Zacharová et al., 2007).

#### 3.3.1 Faktory působící na osobnost nemocného

Pokud se zaměříme na osobnostní vlastnosti nemocného, musíme si především ujasnit, kteří činitelé mohou formovat jeho osobnost a kteří jsou schopni vyvolat specifické projevy jednání. Jsou to:

- **Situačně psychologický faktor** – tj. míra, v jaké pacient prožívá závažnost své situace jako celku i jednotlivých stránek nemoci.
- **Samotný chorobný proces** – některá onemocnění, jejich průběh a následky mohou způsobit osobnostní změny (například změny po úrazech hlavy, psychických chorobách). Objevují se zde změny v centrálním nervovém systému a s tím je spojená disharmonie osobnosti.
- **Sekundární vlastnosti onemocnění** – jedná se o délku nemoci, chemický průběh, přítomnost bolesti, následky operačních zásahů, amputace, ohrožení života atd.

Všechny tyto faktory ovlivňují:

- emocionální prožitky jedince,
- hodnotovou hierarchii osobnosti,
- životní perspektivy nemocného.

- **Premorbidní osobnost** – tj. osobnost před propuknutím nemoci a její vlastnosti.

Zjišťování těchto skutečností od příbuzných je značně důležité, zejména při posouzení přístupu člověka k nemoci. Vnější vlivy totiž aktualizují vnitřní rysy vlastností a její prožitkové obsahy. **Reakce na nemoc je pak různorodá a u dvou jedinců často naprosto odlišná. Každý člověk totiž přistupuje k nemoci s jinými vnitřními osobnostními předpoklady.** V rámci odběru **anamnézy** je vhodné se pokusit zjistit informace týkající se zejména:

- citové reakce pacienta před onemocněním - tj. reakce na nepříjemné podněty – hluk, bolest atp.,
- temperamentu nemocného - tj. způsobu, jakým se vyrovnává s náhlými a novými životními událostmi,
- orientace na společenské okolí - zda se jedná o člověka spíše společenského, nebo samotáře, do sebe uzavřeného atd.,
- úroveň inteligence nemocného, zdravotního uvědomění a také jeho vzdělání a kulturního rozhledu, které nám mohou pomoci přizpůsobit léčebné instrukce směrem k nemocnému,
- interpersonálních vlastností osobnosti, tj. tendencí chovat se určitým způsobem vůči druhým lidem v různých sociálních situacích (např. snaha vést a řídit ostatní - dominance, submise, egocentrismus, závislost, agresivita, přátelskost, podezřívavost atd.),
- hierarchii hodnot – zneužívání nemoci při egoistických postojích, například potlačování potíží při vysoké pracovní odpovědnosti.

Reakce na nemoc, léčbu i léčebné prostředí však není dána pouze individualitou nemocného. Vliv mají také:

- **Skupinové vlastnosti a věk** – typické například pro určité pohlaví, věk nebo sociální či kulturní prostředí. Rozdílné odpovědi na tyto faktory můžeme vidět v reakcích mezi pohlavími, ty jsou určeny sociokulturními normami. Například od mužů se očekává, že budou snášet bolest statečněji než ženy. Nemalé jsou

i rozdíly z hlediska věku. U dětí a mládeže ovlivňuje reakce na nemoc osobnostní nevyzrálость, životní nezkušenost a citová labilita. U nemocných ve středním věku dominují starosti o rodinu, obava o děti a okolnosti spojené se zaměstnáním. Starší nemocní si pak špatně zvykají na nové prostředí, každá změna či nová událost je značně stresuje. Dochází ke změnám v oblasti myšlení, psychomotorickému zpomalení, změnám zájmové a hodnotové sféry, úbytku motivace. Starší jedinec více vnímá bolest, snadněji se poddává úzkosti a strachu a je celkově citově labilnější.

- **Další rysy v psychice nemocných** – ve spojitosti s osobnostními změnami a obtížnější adaptací na nemoc je třeba si uvědomit, že ne všichni nemocní se musí v těchto pro ně náročných situacích **projevovat navenek**. Mohou zdánlivě působit klidným a nenápadným dojmem, a přitom svoji nemoc **uvnitř** těžce **prožívat**. Jejich odpověď na vzniklou situaci zdravotnický personál překvapí, zejména pokud se jedná o situaci závažnou, jako je například útěk ze zařízení nebo sebevražda. Tyto náhlé, nepředvídatelné příhody poukazují mj. na slabiny ve vztahu a komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem. Je tedy nanejvýš žádoucí, aby byla náležitá pozornost zdravotníka věnována všem nemocným, nejen těm, jejichž chování je na první pohled nápadné.

V průběhu onemocnění se v psychice nemocného člověka mohou projevit zvláštní rysy osobnosti, které ovlivní další průběh nemoci. Jedná se například o **suggestibilitu** neboli nadměrnou vnímavost přijímat nekritické informace z okolí. Týká se především povahy a typu onemocnění. Ovlivňuje optimistické nebo pesimistické ladění nemocného. Dále **vztahovačnost**, která souvisí s podezřívavostí jako znakem osobnosti. Nemocný člověk prožívá svou nemoc jako prvořadý problém a očekává, že i zdravotníci se jím intenzivně zabývají. Považuje za důležité pro sebe i ty výroky, události a skutečnosti, které se ho vůbec netýkají. **Egocentrismus**, který znamená koncentraci na sebe a své problémy, **přecitlivělost**, která vzniká oslabením a senzibilizací nervové soustavy. Může být zapříčiněna dlouhodobou bolestí, strachem z diagnostických a léčebných zákroků, nespavostí apod. U nemocného může rovněž dojít k **problémům s adaptací**. Bývají postiženi zejména starší nemocní v neznámém prostředí. Ti se pak špatně orientují, jsou zmatení a nejistí. U některých pacientů se vyskytuje **regrese**, která představuje návrat úrovně vývoje osobnosti k nižšímu stupni. Pozornost se upíná výhradně na tělesné funkce a obtíže související s chorobou; objevuje se jak u dětí, tak u dospělých (Zacharová, 2005).

### 3.4 Změny v prožívání a chování během nemoci

Každé onemocnění má na člověka do určité míry nepříznivý vliv a působí na jeho chování a reakce, emoční projevy, případně i některé rysy osobnosti. Základní ukazatele popisují Čechová a Mellanová (1995, s. 72): Člověk bývá **náladový, mrzutý, plačtivý**, vyskytují se **poruchy spánku, neklid**. Jiným způsobem prožívá situaci dospělá osoba, jinak dítě či jeho rodina. Často akutní onemocnění provázené silnou bolestivostí, např. bolest zubů, zánět středního ucha apod., vyvolá intenzivní emoční reakci. Naopak chronická onemocnění s trvalými následky, které v daném okamžiku nepůsobí problémy, nemusí brát nemocný vážně. Důležitou roli zde hrají předchozí zkušenosti s nepříjemnými zdravotními problémy. **Bolest** jako signál upozorňující organismus na poruchu nebo poškození tedy bývá jednotlivými nemocnými vnímána rozdílně, podobně jako další pocity, které nemoc často doprovázejí - **strach a úzkost**. Způsob jejich prožívání pacientem vypovídá jednak o **stavu organismu**, jednak o **osobnosti nemocného**. Jak je uvedeno výše, svoji úlohu zde sehrává také **věk** nemocného, vliv má i **únava, strach a nejistota** a v neposlední řadě okolní **prostředí**.

Nemoc akutní, chronická, defekt či úraz znamenají silný zásah do života člověka a jeho nejbližších. To, jak se s touto náročnou životní situací lidé vyrovnávají, záleží na množství informací, které mají – co vědí o nemoci, její léčbě i prognóze. Prožívání nemoci pacientem je závislé také na jeho **sociální zakotvenosti**. Zvláště pomoc jednoho člověka druhému - **sociální opora**, je často mimořádně důležitým momentem při zvládnutí stresových situací, jakou nemoc bezesporu je. Oporu může představovat jeden jediný „druhý“ člověk – např. **rodič, sourozenec, partner, kamarádka, přítel i spolupracovník**, nebo může jít o tzv. **sociální síť** tvořenou skupinou lidí kolem stresem postiženého člověka. Pomoc, kterou člověku v tísně druhý člověk nebo skupina lidí poskytuje, mívá různou podobu. Může to být opora emocionální, informační či pomoc instrumentální včetně finanční.

Mezi další okolnosti ovlivňující prožívání nemoci patří **vlastní léčebná a ošetrovatelská péče** – především důvěra v lékaře a zdravotnické zařízení – a v neposlední řadě **průběh onemocnění**. Všechny předchozí okolnosti jsou závislé na **osobnosti pacienta**, protože člověk sám - jeho povaha, postoje a zkušenosti tvoří konečnou podobu toho, jak situaci vyvolanou nemocí hodnotí, prožívá a jak se nakonec chová (Křivohlavý, 2010; Zacharová et al., 2007).

### 3.4.1 Členění nemocných podle druhu onemocnění

Je důležité si uvědomit, že prožívání nemoci člověkem se může lišit podle typu onemocnění. Může se jednat o:

- **Nemoc** přicházející z plného zdraví, jako **akutní** forma. Její symptomatologie je natolik vyhraněná, že stav nemocného obvykle zneklidní i laické okolí. Také sám nemocný je psychicky alternován, náhlá změna zdraví mu nahání strach a úzkost. Zvláště vystupňované jsou znaky u akutních stavů, které mohou bezprostředně ohrozit život nemocného.
- **Chronické** onemocnění. V současnosti tato onemocnění mnohonásobně převažují nad akutními stavy a stávají se problémem biologickým, psychickým, ale i společenským. Prognóza takových onemocnění je většinou nejistá, nemoc mívá různý vývoj, od stavu zhoršení přes dlouhotrvající remise.
- **Osoby s trvalými defekty** - v oblasti smyslové, tělesné nebo mentální. Postižení mohou být různého druhu, podstatná je zde skutečnost, kdy k postižení došlo (zda při narození, v raném dětství, mládí nebo v období dospělosti). Je známo, že u dětí se uplatňují rychlejší adaptační mechanismy, které souvisejí i s výchovou a se vzděláním ve speciálních zařízeních. U dospělých se postupně mobilizují kompenzační tendence, které jim umožňují další uplatnění v životě.
- **Velmi vážné onemocnění** - člověk může nemoc prožívat, aniž by tušil její závažnost, někdy je informován jen zčásti, ale tuší nebezpečí a problémy, které se prohlubují. Do této skupiny patří i nemocný, který se o závažnosti choroby právě dozvěděl a sdělení popírá, nebo prochází reakcí na závažnou diagnózu. Díky pokroku v medicíně a současnému stárnutí české populace přibývá terminálně nemocných pacientů a problematika péče o takto nemocné občany se stává čím dál aktuálnější. Dostupnost kvalitní paliativní péče by měla patřit k prioritám dalšího rozvoje zdravotnictví.

Pro všechny tyto oblasti nemoci je nutné, aby veškerý zdravotnický personál postupoval jednotně a profesionálně. Je důležitá dobrá spolupráce celého týmu, jehož nezastupitelným členem je klinický psycholog. Jen tak lze nalézt správný přístup k člověku, který je nemocen, nebo dokonce umírá (Kisvetrová, 2008; Zacharová et al., 2007).

### 3.4.2 Postoj nemocného k nemoci

Reakce nemocného na nemoc a jeho vztah k nemoci mohou být velmi rozdílné, individuálně odlišné. Jedná se o **způsob zvládnání náročné životní situace** tak, jak si jej v dosavadním průběhu života osvojil. Přitom jeden a ten samý pacient může reagovat různě při různých onemocněních v závislosti na situaci, na podmínkách, v nichž se právě nachází. Existuje několik mechanismů, kdy každý má svoji logiku a pacienta domněle či skutečně chrání. Většina z nich je nevědomá.

Velká část nemocných při běžných onemocněních reaguje adekvátně situaci, přijímá diagnózu a doporučení k léčbě, dodržuje pokyny zdravotníků, spolupracuje ve snaze se uzdravit. Dle významu, který nemocný své chorobě přikládá, můžeme postoj k nemoci rozdělit do několika skupin:

- **Normální postoj k nemoci** – se shoduje se skutečným stavem nebo tím, co bylo nemocnému o nemoci sděleno. Pacient je na nemoc přiměřeně adaptován.
- **Bagatelizující postoj** – nemocný podceňuje závažnost choroby, neléčí se a nešetří se, doporučená opatření nedodržuje. Důvodem bývá přeceňování svých možností, podceňování zdraví jako životní hodnoty. Příčinou může být také strach - z bolesti, z následků, ze ztráty osobní prestiže apod.
- **Repudiační (zapuzující) postoj** – nemocný nebere nemoc na vědomí, nejde k lékaři, úvahy o nemoci potlačuje. Hovoříme o nevědomé disimulaci.
- **Disimulační postoj** – nemocný úmyslně zkresluje své obtíže, eventuálně je popírá, neinformuje lékaře správně. Motivy mohou být různé – například snaha o ukončení pracovní neschopnosti a rychlý návrat do zaměstnání z ekonomických důvodů, z pocitu nepostradatelnosti či z obavy ze ztráty zaměstnání.
- **Nozofóbní postoj** – popisujeme jej jako nepřiměřený strach z nemoci, kdy se nemocný nechává opakovaně vyšetřovat, navštěvuje různé lékaře. Přeceňuje své nevýznamné potíže, obává se především nevléčitelných chorob. Nemocný si je v podstatě uvědomuje, že jeho obavy jsou přehnané, ustavičně se mu však vnucují a on se jim nedokáže ubránit. Setkáváme se zde s karcinofobií, kardiofobií, nověji i s AIDS-fobií.
- **Hypochondrický postoj** – nemocný se domnívá, že trpí závažnou tělesnou chorobou, nebo prožívá obtíže lehčího onemocnění velmi zaujatě. S potížemi nebojuje, naopak jim podléhá.

- **Nozofilní postoj** – bývá spojen s určitým uspokojením a s příjemnými stránkami nemoci. Dospělý nemocný nemusí plnit své povinnosti, dítě si může číst, hrát, sledovat televizi, okolí se mu více věnuje a celkově jsou na nemocného brány větší ohledy.
- **Účelový postoj** – jedná se o vystupňovaný nozofilní stav. Může být motivován získáním ohledů a soucitu, únikem z nepříjemné situace (např. trest, náročné povolání) nebo získáním určitých hodnot (dovolená, lázně, odchod do důchodu atd.). Účelové reakce na nemoc mohou být vázané na lehčí i těžší onemocnění a mohou probíhat i u zdravého člověka. Rozeznáváme pojmy:
  - **Agravace** – tj. přehánění příznaků, zveličování, může být nevědomá – např. starý opuštěný člověk přehání obtíže, vyzískal kontakt s lidmi; i vědomá, záměrná – úmyslné přehánění obtíží ze strany nemocného, aby si například prodloužil pracovní neschopnost či pobyt v nemocnici.
  - **Simulace** – vědomé předstírání nemoci a jejích příznaků, obvykle proto, aby člověk získal nějaké výhody. Vyskytuje se u lidí primitivních, kdy bývá zpravidla rychle odhalena, ale dopouštějí se jí i lidé vychytralí. Existují situace, kdy nemoc, zvláště krátkodobá, nezávažná, je přijímána s uspokojením a příjemnými pocity. Dětem se tak dostává více péče ze strany blízkých, dospělými je fingovaná nemoc zneužívána k realizaci zálib a koníčků.
  - **Repudiace** – je též některými autory chápána jako nevědomá disimulace (Hermanová et al., 2007; Jobánková, 2002).

### 3.4.3 Autoplastický obraz nemoci

Tento pojem se ve zdravotnické psychologii používá při objasňování **subjektivního prožívání nemoci**. Tvoří jej tyto složky:

- **senzitivní** (místní bolesti a obtíže),
- **emocionální, citovou** (strach, úzkost, naděje),
- **volní** (úsilí odolávat nemoci, usilovat aktivně o uzdravení),
- **racionální a informativní** (znalosti o nemoci, léčbě, prevenci).

Skutečností zůstává, že ani jedna z uvedených složek **nepůsobí odděleně**, samostatně, ale všechny se vzájemně prolínají. I rozumové zdůvodnění a pochopení určitého zdravotnického problému nebo situace (psychická racionalizace) je silně citově

podbarveno. Příkladem může být člověk, který si je vědom důležitosti operačního zákroku, ale zdůvodňuje si sám pro sebe, proč to není vhodné, aniž by si přiznal, že hlavním důvodem vyhýbání je strach ze samotného výkonu.

Vztah mezi subjektivním prožíváním a objektivním zjištěním není přímočarý. Některé zvýšeně vnímavé osoby prožívají i menší problém velmi intenzivně. Potíže a příznaky přehánějí a mnohdy z nich mají i výhody. Málo zkušený lékař a sestra se pak mohou dostat do problému při posuzování zdravotního stavu člověka. Situace může být o to složitější, že subjektivní stesky opravdu nelze přehlížet, nelze je nebrat v potaz.

### **Autoplastický obraz nemoci je podmíněn:**

#### **A. Rázem onemocnění**

- jedná-li se o akutní/chronický stav,
- probíhá-li ambulantně/ve zdravotnickém zařízení/v domácí péči,
- je-li nemocný léčen konzervativně/chirurgicky,
- je-li choroba spojena s omezením pohybu/kosmetickými problémy/nebo jinými nepříjemnými příznaky.

#### **B. Okolnostmi, za nichž nemoc probíhá, např. se jedná o:**

- nejistoty a problémy (rodinný život, finanční problémy, pracovní situace nemocného),
- prostředí, ve kterém nemoc probíhá (domácí prostředí/zahraníčí). V cizině působí na člověka řada negativních faktorů a také neznalost prostředí může ovlivnit jak psychický, tak fyzický stav.
- zavinění nemoci (je způsobena vlastní vinou/cizí osobou).

#### **C. Premorbidní osobností – tj. osobností, jaká byla před začátkem onemocnění (Jobánková et al., 1990; Zacharová 2005; Zacharová et al., 2007).**

### **3.4.4 Ambivalentní prožívání nemoci**

Prožívání nemoci může mít různorodé podoby a rozličnou intenzitu a také postoj k nemoci nemusí být bezpodmínečně negativní. U některých pacientů může jít dokonce o prožívání příjemné, pozitivní - například v případě, že nemoc vyvolá u okolí větší

pozornost a ohleduplnost nebo nemocného zbaví některých pracovních povinností, na které by svými schopnostmi nestačil. Jedná se o tzv. **útěk do nemoci**. Na druhé straně se člověk, který prožil komplikované onemocnění spojené s náročnou léčbou, dostává do středu zájmu a diskuzí na téma nemoc, komplikace, léčba. Může mít až pověst hrdiny a může se vytvořit tzv. **kult nemoci**. Hovoříme zde o **ambivalentním prožívání nemoci** – pacient si může přát změnu, zároveň se mu do ní nechce, neboť mu současný stav přináší pozitiva, kterých by se nerad vzdal (Zacharová et al., 2007).

### 3.5 Role pacienta

Ve společnosti člověk plní určitou **roli**, je nositelem i několika rolí najednou, a ke každé se vztahují určitá **očekávání**. Předpokládá se, že jedinec má jisté osobnostní předpoklady k tomu, aby tyto role naplnil. Z hlediska jednotlivého člověka se však mnohdy jedná o nelehký úkol, protože v různých rolích má splnit očekávání, která se mohou od sebe značně lišit. Snadno tak může dojít ke **konfliktu** v sociální roli (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995; Novotná, 2008).

**Pacientem** se zpravidla nerodíme, ale stáváme se jím. Každý proces změny zdravého člověka v pacienta přináší s sebou řadu **fyzilogických, patofyzilogických, ale i psychologických a sociálních změn**. To, že je někdo prohlášen za „úředně“ nemocného, není jen jeho vlastní záležitostí - týká se to bezprostředně také jeho rodiny, zaměstnavatele, spolupracovníků a vůbec lidí, s nimiž daný člověk byl a je v sociálním kontaktu. Proto o této aktivitě pacienta hovoříme jako o **roli pacienta**.

V této roli jsou zdůrazňovány **tři aspekty**:

- otázka **zavinění** změněného stavu – obvykle pacient není obviňován z toho, že je nemocen.
- otázka **zodpovědnosti** – 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 se bude snažit **nepoddát se nemoci**. Předpokládá se, že tím, že se stal pacientem, stal se statečným „vojákem“ v boji s nemocí, a bude tedy **dělat vše pro to**, aby se jeho stav zlepšil, **aby se uzdravil** (Křivohlavý, 2002, Zacharová et al., 2007).

## **3.6 Pacient v nemocnici**

Existuje řada rozdílů mezi pacientem v ambulantní péči a pacientem v nemocnici. Například ten, že jen velmi malá část nemocných přichází do nemocnice ze své vlastní vůle, kdežto zbylou většinu případů tvoří pacienti odeslaní do nemocnice ošetřujícím nebo odborným lékařem. A zatímco za ošetřujícím lékařem (do ambulance) míří pacient relativně dobrovolně, s určitým postojem a pojetím kooperace s lékařem, do nemocnice přichází obvykle díky rozhodnutí autority a na toto rozhodnutí má nevelký vliv. Do nemocnice a do role nemocničního pacienta – trpělivého, poslušného a relativně pasivního pacienta – je zkrátka „z vyšší moci přikázán“.

Nemocnice je značně rozdílným zařízením od těch, které nemocný zná ze svého běžného života. Má zcela specifické úlohy. Jednou z nich je podrobně pacienta vyšetřit a stanovit jeho diagnózu. Dále je to léčení, a pokud možno i vyléčení, nebo alespoň podstatné zlepšení jeho zdravotního stavu. Jiným úkolem nemocnice je tzv. zdravotnická péče. Máme na mysli péči o to, aby pacient zůstal v dobrém psychickém stavu, aby se emocionálně nezhroutil a aby se aktivně osobně zapojil do ozdravného procesu (Křivohlavý, 2002).

### **3.6.1 Změny v psychice hospitalizovaného pacienta**

Nemocný je přijímán do nemocnice jednak z léčebných, jednak z diagnostických důvodů. Některé léčebné výkony lze provádět v podstatě pouze za hospitalizace, někdy je ošetřování technicky náročné nebo rizikové a nemocný musí být pod neustálou kontrolou. Určitá vyšetření přímo vyžadují, aby byl pacient delší dobu v klidu, aby byl pravidelně pozorován. Skutečností zůstává, že hospitalizace (neboli umístění a léčení pacienta v nemocnici) je obvykle pro člověka zkušeností poměrně nového druhu. Mnohé se mění – nejen v jeho těle, ale i v jeho psychice (případně v duchovním životě).

Následující tabulka uvádí některé změny v psychice hospitalizovaného pacienta (Křivohlavý, 2002; Zacharová, 2005).

**Tabulka 1: Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka**

Ve stavu zdraví	V době nemoci
<b>Aktivita:</b> Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě	<b>Pasivita:</b> Pacient je předmětem péče mnohých lidí – lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu, pomocného personálu atp. Ti jsou nyní hlavním aktérem v jeho životě – ne on.
<b>Relativní nezávislost:</b> Zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce – není na druhých lidech příliš závislý.	<b>Závislost na druhých lidech:</b> Pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat to, co mu druzí lidé určí – a musí to dělat tak, jak mu to určí.
<b>Životní rytmus:</b> Zdravý člověk si svůj vlastní životní rytmus do značné míry určuje sám. Má ho zažitý, zvykl si na něj a cítí se v něm poměrně dobře.	<b>Životní rytmus:</b> Pacient je postaven do situace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Není zvyklý na životní rytmus, který je mu předkládán v nemocnici, nemá ho zažitý. V mnohém se mu zdá nepřirozený.
<b>Sebedůvěra:</b> Zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady (znalosti a dovednosti). To mu dává značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení.	Pacient musí dělat činnosti, jež <b>neumí a neovládá</b> . To snižuje jeho <b>sebevědomí a sebehodnocení</b> , devaluje to jeho sebedůvěru.
<b>Sociální interakce:</b> Zdravý člověk žije v tzv. sociální síti své vlastní rodiny, mezi přáteli, známými, spolupracovníky atp., které dobře zná.	Pacient je v <b>relativní sociální izolaci</b> , stýká se zde s poměrně neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu značně omezen.
<b>Životní prostředí:</b> Zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, pracoviště, společnosti atd.	Pacient je v nemocnici uzavřen do poměrně <b>neznámého prostředí</b> , kde je vše cizí, nové, ne tak běžné, jako bylo doma.
<b>Zájmy:</b> Zdravý člověk má poměrně stabilizovaný rozsah svých vlastních, životním během ovlivněných zájmů – o práci, společenské dění atp.	<b>Okruh zájmů</b> pacienta se v době nemoci a zvláště v nemocnici podstatně <b>zužuje</b> – především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny.
<b>Zvládání problémů:</b> Zdravý člověk poměrně zvládá problémy, které mu život staví do cesty. Ví, oč jde, ví, jak reagovat na otázky, které mu jsou kladeny.	Pacient svému fyzickému a psychickému stavu moc nerozumí, <b>ztrácí nad ním vládu</b> a <b>neví si s ním často rady</b> (neví, co se s ním děje).
<b>Emoce:</b> V životě dosud zdravého člověka převládaly relativně kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života, tj. dění, jehož smysluplnost do značné míry pacient chápal. Měl v životě určitou míru životní jistoty a naděje do budoucnosti.	Emocionální stav pacienta charakterizuje v první řadě celý soubor <b>negativních pocitů</b> – strach a obavy, bolest, nejistota atp.
<b>Časový prostor:</b> Dosud zdravý člověk žil v poměrně široké časové dimenzi – u vědomí minulosti, živé přítomnosti a s pohledem do budoucnosti, kterou viděl dosti určitě (jako zřetelněji strukturovanou).	Pacient žije převážně jen a <b>jen v přítomnosti</b> . Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá – problematická.

## 4 PSYCHOLOGIE ZDRAVOTNÍKA

### 4.1 Osobnost zdravotníka

Zdravotnická profese patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi nelehká povolání. Objektem práce zdravotníka je zdravý i nemocný člověk. Zdravotník mu pomáhá v provádění činností týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy toho není sám schopen a nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti. Velký význam ve zdravotnické péči je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Očekává se, že zdravotník zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s vyspělou technikou, unese fyzickou zátěž své práce, dovede ovlivňovat a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy, které život přináší. To vše je mnohdy nucen dokázat v třísměnném provozu na velice specializovaném pracovišti. Všechny tyto **požadavky** jsou **vysoce náročné na osobnost člověka, profesionální přípravu, metody práce, styl života i duševní stabilitu.**

Pro výkon funkce zdravotníka jsou nepostradatelné určité **osobnostní dispozice a charakteristiky**, zejména:

- **kolektivní orientace a humánní vztah k nemocnému** – jako známka vyrovnanosti a sociální zralosti osobnosti; znamená to, že zdravotník při své práci nevychází ze svých zájmů a potřeb, ale zásadně z potřeb nemocného,
- **emocionální neutralita**, která vyjadřuje očekávání, že zdravotník je schopen své emoce vždy podřídit rozumové kontrole, je důležité též umění jednání s „chladnou hlavou“,
- schopnost **empatie** neboli vcítění se do pocitů, myšlení a jednání druhých lidí, porozumění motivům jejich jednání, a také **schopnost naslouchat** a správně si vykládat jejich chování,
- **hodnotová orientace** – smysl pro povinnost a odpovědnost, hezký vztah k lidem pomáhá naplnit poslání zdravotníka,
- **universalismus**, kdy je zdravotník schopen zaujmout svoji roli vůči všem pacientům bez ohledu na vlastní postoj k nim, totéž se očekává ve vztahu ke spolupracovníkům,

- **schopnost komunikace** – laskavé a klidné vystupování, přiměřeně sebevědomé, ale ne povýšené, s pohotovými reakcemi,
- **tvůrčí přístup**, kterým zdravotnický pracovník řeší svěřené úkoly, je schopen vnímat a realizovat nové podněty,
- **smysl pro humor** – ale ne přehnaný optimismus, který vnímá nemocný spíše s nedůvěrou; je dobré smát se s nemocným, nikoliv nemocnému.

Výsledky profesiogramů upozornily ještě na další předpoklady, které jsou pro práci zdravotníka nezbytné: dispozice **senzomotorické** (šikovnost, zručnost, pohybová obratnost, neporušené smyslové vnímání), **estetické** (smysl pro líbivou úpravu vlastního zevnějšku a zdravotnického prostředí), **intelektové** (myšlenkové procesy a operace, umožňující osvojení široké soustavy pojmů, schopnost řešit proměnlivé situace, vybrat optimální řešení z komplexu možných) a **autoregulační** (přizpůsobivost, sebezapření, zvýšená odolnost vůči fyzickému i psychickému stresu).

Všechny tyto aspekty vyžadují sebekritickou kontrolu nad vlastním jednáním. Určitý potřebný profesionální odstup by měl jít ruku v ruce s pochopením a soucitem s trpícím člověkem. Sebevýchova by měla směřovat k harmonické, vyrovnané osobnosti, která oplývá dostatkem odborných znalostí nezbytných k výkonu tohoto krásného, ale zodpovědného povolání (Bártlová, 2005; Čechová et al., 1995; Křivohlavý, Pečenková, 2004; Zacharová, 2005)

## 4.2 Profesionální chování a role sestry

Osobnost zdravotníka byla ve svém vývoji historicky ovlivněna a tento vývoj poznamenal jak obsah činnosti sestry, tak prestiž profese. Pohled na zdravotnické povolání, zejména pak na práci sestry, ovlivňuje i sociální prostředí současnosti, které často práci sestry dostatečně neoceňuje. Společnost nejen hodnotí význam dané profese, ale ovlivňuje i její pojetí. Při hodnocení chování vykonavatelů určité profese hovoříme o profesní morálce, jež je ovlivněna filozofickým systémem, který společnost vyznává. Pod vlivem etických norem jsou společností formulovány některé základní dokumenty, které napomáhají ke zkvalitnění činnosti zdravotníků. Mezi tyto dokumenty patří „**Etický kodex České lékařské komory**“, „**Etické kodexy zdravotních sester a ošetřovatelek**“ a „**Etický kodex práv pacientů**“.

**Profesionálním chováním** rozumíme takové formy projevu, které jsou typické pro určité povolání (profesionální roli) a které se vyvíjely po celou dobu trvání té profese. Čím je profese historicky starší, tím jsou také ustálenější způsoby chování nositelů této profese a jednoznačnější představa druhých lidí, jak by se druzí měli při výkonu svého povolání projevovat. (Čechová et al., 1995; Zacharová, 2005). Role sestry a její postavení v dané vývojové etapě je závislé na mnohých faktorech, které jsou se zdravotnickou profesí spojeny.

#### 4.2.1 Faktory ovlivňující profesionální chování sestry

- **Kladné charakterové vlastnosti** jsou předpokladem k výkonu tohoto povolání a pomáhají při vlastní realizaci role.
- **Vzdělání** umožňující odbornou přípravu pro výkon profese; je důležité, aby bylo kontinuální a celoživotní a odráželo soudobé poznatky vědy.
- **Historie profese** a její vývoj, který během let utvářel obsah činnosti sestry.
- **Prestíž oboru** souvisí s historickým vývojem a je v různých zemích různá. Je určena náhledem společnosti na výkon jejich povolání. V minulosti bylo na sestru pohlíženo jako na pomocníka či služku bez vzdělání, v současnosti pracují ve zdravotnictví vysoce vzdělané specialistky, sestra s vysokoškolským vzděláním již není výjimkou.
- **Požadavky pracoviště** ovlivňují kvalitu profesního jednání a chování a jsou stanoveny zařízením, kde sestra pracuje.
- **Práva pacientů** usměrňují chování zdravotníků k nemocným. Jedná se o soubor požadavků, který pacient může uplatnit vůči zdravotníkovi i zdravotnickému zařízení.
- **Etický kodex sestry** vytvořen působením etických norem společnosti; vymezuje chování sestry a je úzce spjat s profesní morálkou.

Schéma znázorněné v příloze 2 (Soubor faktorů ovlivňujících kvalitu profesionálního chování sestry) zobrazuje skupiny činitelů, které zásadním způsobem určují, jaká bude výsledná kvalita profesionálního chování. Rozlišuje faktory vnější (dány sociálním prostředím, ve kterém sestra žije a pracuje) i vnitřní (osobnostní).

### 4.3 Vztah mezi zdravotníkem a pacientem

Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen znalost psychologie, ale i schopnost empatie, osobní účast, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v dovednost psychologicky správně jednat s nemocným.

Chování zdravotníka k pacientovi by mělo být vymezeno určitými pevnými pravidly. Kromě obecně lidového přístupu k člověku musí být uplatněny i ohledy profesionálně terapeutické, které zdravotníka nutí, aby se zamyslel nad vnitřní náplní i vnějšími znaky role, ve které vůči nemocnému vystupuje.

Zdravotník a nemocný se setkávají ve zvláštní vyhraněné situaci, a tím i ve vyhraněných sociálních rolích, které nemusejí být vždy úplně zvládnuty. Je známo, že vztahy mezi zdravotníkem a nemocným jsou silně závislé na dobré vzájemné **komunikaci**, která může zabránit mnohým konfliktním situacím, stejně jako zvyšuje účinnost terapeutických zásahů a příznivě ovlivňuje průběh nemoci. Léčebná péče jednotlivých členů zdravotnického týmu by měla tvořit jednotný komplex a měla by se v ní odrážet jak kvalita mezilidských vztahů, tak příjemné vnější prostředí.

#### 4.3.1 Lékař a nemocný

Vztah lékaře a nemocného je často složitý a plný rozporů. Hovoříme o vztahu ambivalentním neboli zároveň kladném i záporném. Pacient vzhlíží k lékaři s důvěrou, že mu chce pomoci, že se o něj stará. Na druhé straně vznikají obavy nemocného a vědomí, že není zasvěcen do všeho, co lékař myslí a koná, spojený s pocitem závislosti. Tyto rozporuplné pocity se nemocný snaží potlačit rozumovými úvahami. Čím více je však nemocný oslaben a cítí se v ohrožení, tím více emoční stránka tohoto vztahu působí na jeho slova a činy.

Pacient vnímá lékaře jako odborníka, který je schopen diagnostikovat a léčit chorobu, předpokládá taktní a ohleduplné jednání a v neposlední řadě také psychickou podporu ve složité situaci.

### 4.3.2 Sestra a nemocný

Postavení sestry je ve vztahu k nemocnému ještě komplikovanější. Pacient ji vnímá jako součást celého zdravotnického týmu, tzn. v úzké spolupráci s lékařem, ale rovněž samostatně. Sestra musí v nemocném vzbuzovat důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, bývá častěji zasvěcována do jeho osobních až intimních záležitostí. Mnohdy má možnost pacienta po psychologické stránce poznat lépe než lékař. Tráví s nemocným hodně času, z návštěv zná jeho rodinu. I proto někdy bývá pro sestru obtížné akceptovat špatné zprávy, které pacienta rozhodně neminou, zvláště jde-li o ukončení protinádorové léčby, převedení na léčbu paliativní, či péči v terminální fázi života anebo v jiných krizových situacích. Role sestry v komunikaci je tedy naprosto zásadní – musí vést k identifikaci potřeb nemocného a k poznání, jakým způsobem lze tyto potřeby uspokojit. Pacient musí být přesvědčen, že je v dobrých rukou a že se mu dostává toho nejlepšího, co má zdravotnické zařízení k dispozici (Jarošová, 2000; Linhartová, 2007; Zacharová, 2005; Zacharová et al. 2007).

Vycházejíce z pohledu typologie temperamentu, který byl popsán v kapitole 2.3, můžeme najít u jednotlivých sester rozdíly v chování, zejména z hlediska jejich postojů k práci a vztahu k nemocným. Rozlišujeme několik **typů sester**:

- **Rutinní** – přesná, konkrétní a věcná, někdy jí však uniká lidská stránka věci.
- **Herecký** – afektovaná sestra; snaží se udělat dojem, být důležitá, získat přízeň.
- **Nervózní** – sestra bývá podrážděná, cítí se unavená, v časovém napětí. Někdy trpí nejistotou s obavami, např. ze záření, nákazy. Může mít sklon k toxikomanii.
- **„Mužský“, robustní typ** – rozhodná energická, iniciativní, v kladném případě dobrá organizátorka, jež se uplatní ve vyšších pracovních funkcích, v záporném despotická.
- **Mateřský typ** – „milá sestřička“, někdy se sklonem k obezitě.
- **Sestra specialista** – může mít díky své odbornosti pocit nadřazenosti vůči sestram z standardního provozu a šířit tak napětí v kolektivu (Jobánková et al., 1990; Zacharová, 2005).

Sestry se setkávají při výkonu svého povolání s různými svízelnými situacemi, a tak mohou být i jejich projevy nálady a chování určitým způsobem **negativně ovlivněny**.

Jedná se pak o **neadaptivní povahové projevy**:

- Sestry **náladové** – jejichž chování je závislé na situaci, kterou právě prožívají. Jejich chování bývá nápadně odlišné od vyrovnaného jednání jak pozitivním, tak negativním smyslu.
- Sestry **psychastenické** – prožívají úzkost, hůře snášejí změny v zaběhnutém systému, nečekané situace, avšak při pravidelné práci s nemocným jsou trpělivé.
- Sestry **schizotypní** – vystupují jako odbornice, neprojevují snahu chápat nemocného se všemi jeho potížemi. V práci si vytváří vlastní systém.
- Sestry **citově chladné** – hledají své uplatnění v různých odbornostech a specializacích, u lůžka pacienta nenacházejí naplnění.
- Sestry **podezřivé** – problémy kolem sebe vztahují ke své osobě, jsou nedůvěřivé, zranitelné. Cítí se ukřivděny, vyvolávají konflikty a jsou málo oblíbené.
- Sestry **přecitlivělé** – velmi zranitelné, pro svou citlivost příliš empatické.
- Sestry **hysterické** – umí strhnout zájem a nadchnout, rády hrají důležitou roli směrem k nemocným.
- Sestry **popudlivé** – bývají zdrojem potíží na každém oddělení. Jsou zlostné, výbušné, mají problém se ovládat.

Zdravotníci se zmiňovanými neadaptivními povahovými rysy jsou pro nemocné i kolegy zdrojem problémů a neklidu. Ne vždy si uvědomují, že jejich chování je sledováno pacienty, kteří bývají vlivem svého onemocnění zvýšeně citliví, a mohou se těmito projevy chování cítit dotčeni či dokonce poškozeni. Takové jednání má charakter **profesionální deformace** a na laika může činit dojem záměrného cynismu, určité otupělosti a lhostejnosti při práci ve zdravotnictví. Z tohoto pohledu je velmi potřebné nepřetržitě kontrolovat průběh své práce i vlastní vystupování, a všímat si signálů pocházejících od přátel mimo zdravotnictví, kteří nás mohou upozornit na nezvyklé projevy, jež mohou s touto formou neadaptivního chování souviset (Zacharová, 2005).

## 4.4 Zdravotník pacientem

Obecně můžeme říci, že mezi pacientem-zdravotníkem a nezdravotníkem není rozdíl v prožívání a zvládání nemoci. Zdravotník je především člověk a jako takový vnímá i roli pacienta – nastupují u něj jako u jiných lidí pocity snahy vyrovnat se s novou situací. Nemoc způsobí výraznou změnu životního stereotypu a záleží na typu osobnosti, zda a jak se na ni adaptuje. Přesto je třeba na ošetřování zdravotníka nazírat jako na zvláštní, nestandardní situaci a respektovat určité odlišnosti v přístupu.

Povolání zdravotníka a profesionální znalosti s tím související mohou v určitých situacích představovat výhodu proti laikovi. Na druhou stranu však tyto informace, včetně vědomí možných komplikací a vedlejších účinků léčby, mohou zdravotníka zneklidnit a prožívání nemoci tak značně ztížit. Známé nemocniční prostředí, ve kterém se běžně zdravotník při výkonu svého povolání pohybuje, může v případě hospitalizace usnadnit adaptaci na nové okolnosti, neboť se nejedná o prostředí úplně cizí, jakým je pro mnohé laiky.

Lékaři a sestry často předpokládají, že pacient-zdravotník vše ví a není třeba mu nic vysvětlovat. Tato představa je však lichá, neboť zdravotník v situaci, kdy je porušeno či ohroženo jeho vlastní zdraví, nezřídka „zapomene“ svoji odbornost a potřebuje stejně podrobné vysvětlení jako laik.

Pokud se zaměříme na výměnu role, která v případě hospitalizace zdravotníka nastává, je důležité si uvědomit, že se jedná o změnu zcela zásadní a míra ztotožnění se s novou rolí je velmi individuální. Vcítění se do role pacienta mnohdy neznamená její plné přijetí a zároveň opuštění původní role pečovatele. Projevit se to může v náhledu pacienta-sestry na spolupacienty, ve vnímání jednání ošetřujícího personálu, které je v dané situaci často podrobena pečlivému zkoumání. Prohřešky proti profesionálnímu chování znalému oku pacienta-zdravotníka jistě neuniknou. I to je důvodem, proč se pacient-zdravotník, zvláště pak chronicky nemocný, stává „obtížným“ a nepříliš oblíbeným pacientem pro určitou skupinu personálu. „Pořád něco chce“, do všeho mluví, neustále není s něčím spokojen a zároveň chce být respektován nejen jako pacient, ale jako aktivní účastník na své léčbě a péči. Může nastat situace, že pacient-zdravotník bude chtít na základě svých poznatků určitým způsobem připomínkovat péči a setká se s nevolí personálu, neboť „...nám přeci pacient nebude radit, jak máme postupovat, sami to víme nejlíp...“ a dojde k nepříjemnému střetu. Zkušený a moudrý zdravotník-ošetřující však tyto poznámky nebude vnímat jako kritiku, ale naopak jako pomoc a radu kolegy při své práci.

Pokud se jedná o včasné upozornění na příznaky onemocnění, na počínající alergickou reakci či paravenózní aplikaci infúze, může být pobyt pacienta-zdravotníka na oddělení pro personál dokonce velkým přínosem. I zde tedy záleží na přístupu daného člověka a na konkrétní situaci.

Co se týče přístupu zdravotníků k péči o své zdraví, není v průměru lepší než u ostatní populace, jak by se mohlo zdát. Nezřídka nedosahuje péče o nemocného zdravotníka paradoxně ani té úrovně, jaká je pro jiné pacienty běžná. Zdravotník se nenechá důkladně vyšetřit, letmo se svěřuje o nemoci svým spolupracovníkům, kteří jej nezávazně diagnostikují (v chůzi na chodbě či při obědě). Mnohdy se zdravotník nejprve sám povrchně nebo symptomaticky léčí a až potom vyšetřuje. Častý je totiž **repudiační postoj** k nemoci, kdy zdravotník své potíže bagatelizuje a počáteční projevy onemocnění si vysvětluje jako neškodné, lékaře zpravidla nenavštíví. Zaujetí prací, péči o nemocné, jej obvykle odvádí od jeho vlastních obtíží, a teprve až když je sám neschopen práce, může dojít k druhému **extrému: zvýšené citlivosti a přecenění závažnosti choroby** vyvolávající přehnaně pesimistické představy o prognóze (domýšlení scénáře do „nejhorších možných konců“). Působí zde též **psychická projekce**: zdravotník ví, že se pacientům neříká vždy pravda, a předpokládá tuto možnost i ve svém případě (Haškovcová, 2003, Jobánková et al., 1990; z pozorování paní J. Pečenkové, 2009).

Je zajímavé zabývat se myšlenkou, jakým způsobem může zdravotníka pobyt v roli pacienta ovlivnit v jeho další praxi. Zdali jej tato zkušenost přivede k analýze vlastního profesionálního chování a prohloubí například schopnost empatie.

## **EMPIRICKÁ ČÁST**

## **Cíle výzkumu**

Hlavními cíli empirické části je:

- zjistit, zda a jak ovlivňuje zdravotnické povolání respondentů jejich prožívání a zvládání nemoci,
- zmapovat, jakým způsobem sestra prožívá svou hospitalizaci,
- zjistit, jakým způsobem je pacient-zdravotník vnímán ošetřujícím personálem,
- zhodnotit, jaký vliv má zkušenost v roli pacienta na další profesní i osobní život sestry.

## 5 METODIKA VÝZKUMU

K výzkumu jsem použila metodu **dotazníkového šetření**. Pro potřeby výzkumu jsem vytvořila vlastní dotazník, který tvořilo 21 položek, tj. 4 charakteristiky respondenta a 17 otázek. Úvodní část dotazníku obsahovala informace o účelu výzkumu, pokyny pro vyplnění a také poděkování respondentům. Plné znění dotazníku je k dispozici v příloze 3.

Zkoumaný soubor tvořily **všeobecné sestry** pracující na **lůžkových odděleních** královéhradecké nemocnice, účast ve výzkumu byla dobrovolná. Jednalo se o účelový výběr respondentů, dotazník byl určen pouze těm sestřám, které splňovaly podmínku **vlastní hospitalizace** v době přípravy na zdravotnické povolání (studia) nebo již v době jeho výkonu. Tato podmínka vycházela z principu zkoumaného tématu. Výběr respondentů probíhal na základě dostupnosti.

Výzkum jsem prováděla ve **Fakultní nemocnici Hradec Králové** za laskavého svolení hlavní sestry, paní Bc. Hany Ulrichové. Oslovila jsem vrchní sestry vybraných klinik, jednalo se o následující pracoviště: I. interní klinika, Dětská klinika, Chirurgická klinika, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Klinika ušní, nosní a krční, Neurochirurgická klinika, Oční klinika, Ortopedická klinika a Oddělení dětské chirurgie a traumatologie. Poté jsem kontaktovala staniční sestry jednotlivých oddělení a požádala jejich týmy o spolupráci. Dotazníky jsem osobně roznesla, poskytla jsem schránky pro jejich vhažování a v domluveném časovém úseku jsem dotazníky vybrala zpět.

Během měsíce září jsem provedla předvýzkum na svém pracovišti a samotný výzkum pak probíhal v říjnu 2009.

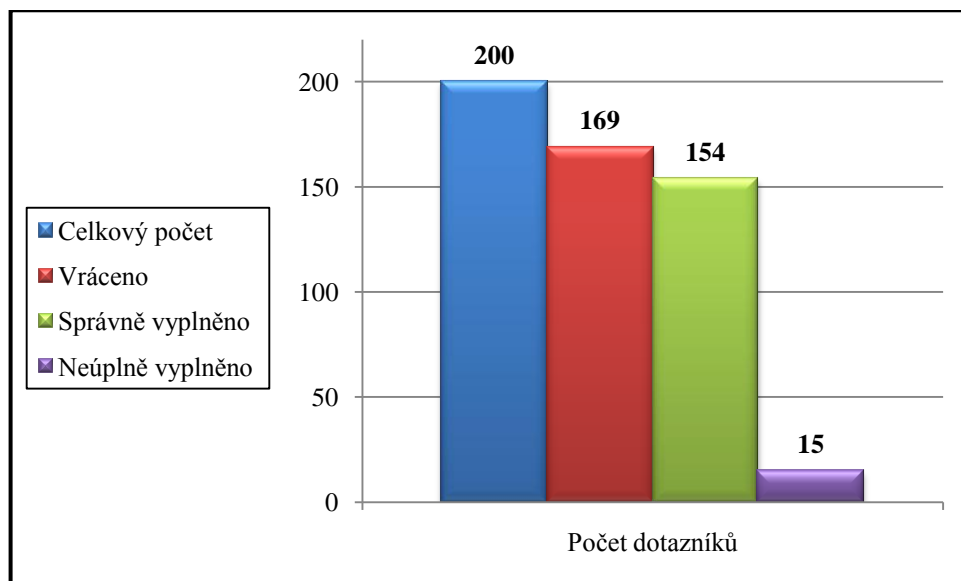
Výsledky šetření jsem zhodnotila a zaznamenala do tabulek a grafů.

## 6 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

**Tabulka 2: Návratnost dotazníků**

Návratnost dotazníků		
Celkový počet	200	100%
Vráceno	169	85%
Správně vyplněno	154	77%
Neúplně vyplněno	15	8%

**Graf 1: Návratnost dotazníků**

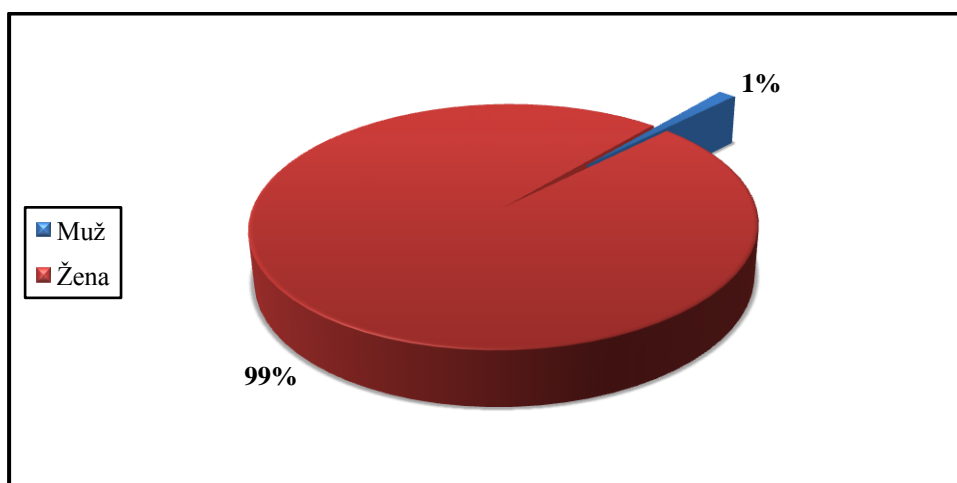


**Komentář:** Z celkového počtu 200 rozdaných dotazníků bylo **169 (85%) vráceno zpět** do připravených schránek. **154 (77%)** dotazníků se vrátilo **řádně vyplněných**, případně doplněných o vlastní vyjádření. **15 (8%)** dotazníků bylo **vyplněno nesprávně nebo neúplně** a nebylo zařazeno do výzkumu.

**Tabulka 3: Zastoupení pohlaví respondentů**

Pohlaví respondentů		
Muž	2	1%
Žena	152	99%

**Graf 2: Zastoupení pohlaví respondentů**

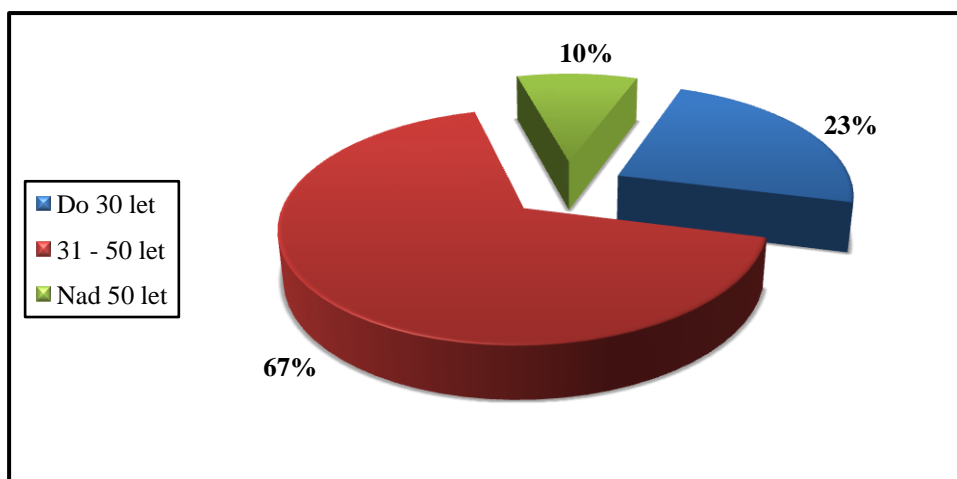


**Komentář:** Výzkumu se účastnili **2 muži (1%)** a **152 ženy (99%)**. Vzhledem k nerovnoměrnosti v početním zastoupení jsem při následném zpracování dat nerozdělila respondenty do skupin dle pohlaví k porovnání výsledků šetření.

**Tabulka 4: Věk respondentů**

Věk respondentů		
Do 30 let	36	23%
31 - 50 let	103	67%
Nad 50 let	15	10%

**Graf 3: Věk respondentů**



**Komentář:** Dotazovaní měli při vyplňování dotazníku za úkol se zařadit do jedné z následujících kategorií: do 30 let; 31-50 let; nad 50 let. **103** respondentů (**67%**) patřilo do věkové kategorie **31-50 let** a tvořili tak nejpočetnější skupinu. **36** sester (**23%**) spadalo do věkové kategorie **do 30 let**. Nejméně dotazovaných - **15 (10%)** patřilo do kategorie **nad 50 let**.

**Poznámka:** Dotazník obsahoval také údaj o **délce praxe** jednotlivých respondentů, byl vyjádřen konkrétním číslem. **Průměrně** se jednalo o **16,9 roku praxe** ve zdravotnictví, rozmezí činilo 1 rok až 38 let.

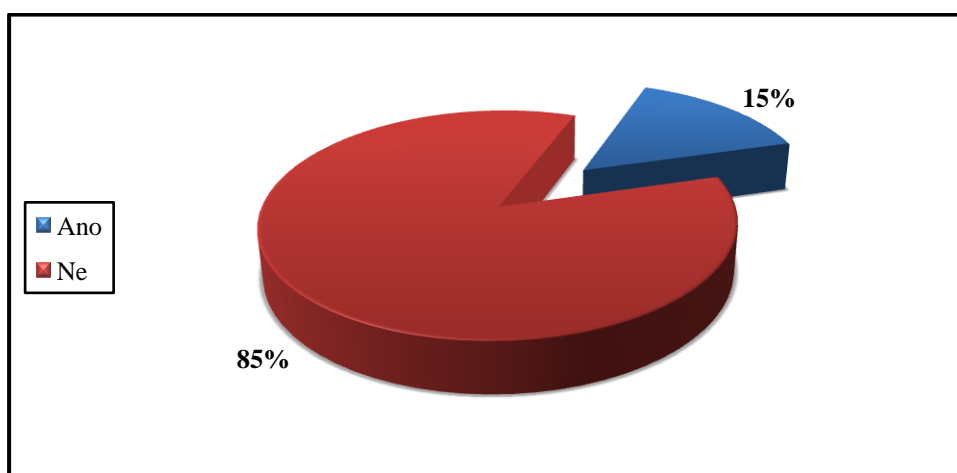
## 7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Otázka č. 1: Prodělal/a jste někdy onemocnění, které Vás ohrožovalo na životě?

Tabulka 5: Život ohrožující onemocnění

Život ohrožující onemocnění		
Ano	23	15%
Ne	131	85%

Graf 4: Život ohrožující onemocnění



**Komentář:** Převážná část respondentů - **131 (85%) neprodělala** onemocnění, které by je ohrožovalo na životě. Zbývající část dotazovaných - **23 (15%) život ohrožující onemocnění prodělala**.

**Otázka č. 2: S jakým onemocněním jste byl/a hospitalizován/a?**

**Tabulka 6: Druh onemocnění**

Druh onemocnění	
Akutní, konzervativní postup	60
Akutní s operací	46
Chronické, konzervativní postup	23
Chronické s operací	49

**Komentář:** Celkem 154 dotazovaných vyplnilo údaj o druhu onemocnění, se kterým byli ve svém životě hospitalizováni. Provedený předvýzkum nepoukázal na možnost volby více než jedné odpovědi u této otázky, v samotném šetření ovšem respondenti na základě opakovaných hospitalizací v několika případech z nabízeného seznamu více odpovědí vybrali. Nelze proto zhodnotit procentuální zastoupení jednotlivých druhů onemocnění ve zkoumaném vzorku respondentů.

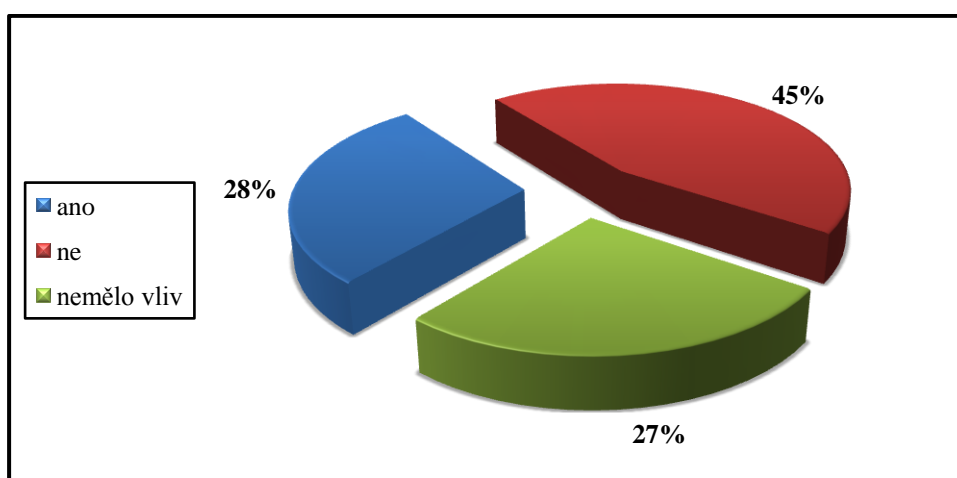
Je však zřejmé, že se jednalo o celé spektrum chorob. Sestry prodělaly jak onemocnění **akutní – řešená chirurgicky (46 případů)** i **konzervativně (60 případů)**, tak **chronická – provázená konzervativním (23 případů)**, resp. **chirurgickým (49) řešením**.

**Otázka č. 3: Pociťoval/a jste své zdravotnické vzdělání a praxi jako výhodu při zvládnutí nemoci oproti „nezdravotníkovi“?**

**Tabulka 7: Vzdělání a praxe zdravotníka výhodou?**

Vzdělání a praxe zdravotníka výhodou?		
Ano	44	28%
Ne	69	45%
Nemělo vliv	41	27%
Jiné	0	0%

**Graf 5: Vzdělání a praxe zdravotníka výhodou?**



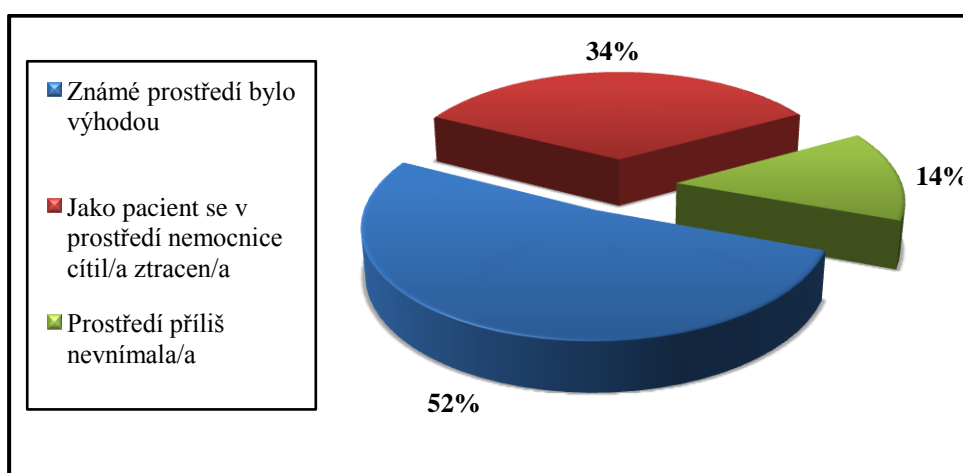
**Komentář:** Z výzkumu vyplývá, že pro **69 (45%) dotazovaných sester** představují vědomosti a zkušenosti zdravotníka spíše **nevýhodu**, vyvolávají strach a obavy z komplikací. Naopak **44 (28%) sester** vnímá své vzdělání jako **výhodu**, která pomáhá ve chvílích nemoci obavy snížit. **41 (27%)** respondentů se domnívá, že jejich profese zdravotníka nepřináší co do prožívání nemoci výhody ani nevýhody, **nepociťuje žádný vliv profese**. Možnost d) „Jiné“ nevyužil žádný z dotazovaných.

#### Otázka č. 4: Jak jste vnímal/a nemocniční prostředí v roli pacienta?

**Tabulka 8: Vnímání nemocničního prostředí**

Vnímání nemocničního prostředí		
Známé prostředí bylo výhodou	80	52%
Jako pacient se v prostředí nemocnice cítil/a ztracen/a	53	34%
Prostředí příliš nevnímala/a	21	14%
Jiné	0	0%

**Graf 6: Vnímání nemocničního prostředí**



**Komentář:** Dle předpokladu velká část zdravotníků - **80 (52%)** shledala v roli pacienta známé prostředí nemocnice jako **výhodu**. **53 (34%)** respondentů uvedlo, že jako pacienti se v jinak důvěrně známém nemocničním prostředí cítili poněkud „**ztraceni**“.

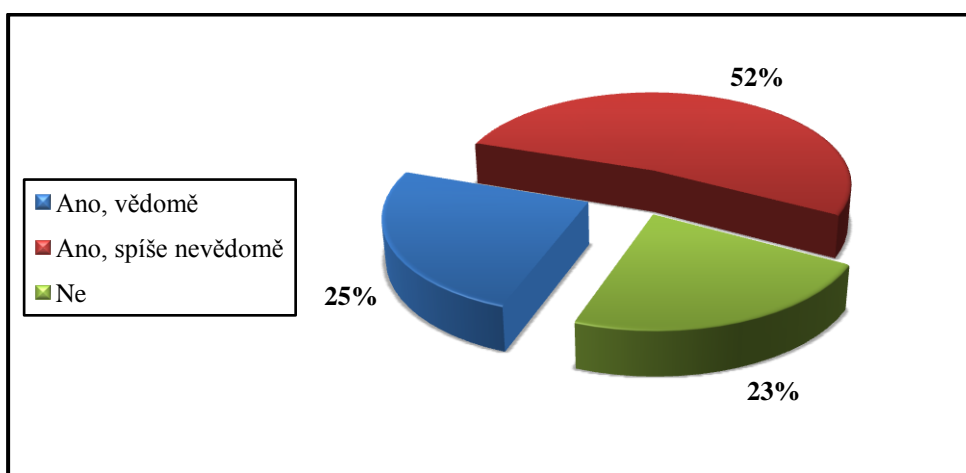
**21 (14%)** dotázaných sester v době nemoci prostředí nemocnice nijak zvlášť **nevnímalo**. Žádný z respondentů nezvolil možnost d) „Jiné“.

**Otázka č. 5: Stalo se Vám někdy, že jste sledoval/a až kontroloval/a personál, jak provádí výkony, když Vás nebo ostatní pacienty ošetřoval?**

**Tabulka 9: Kontrola ošetřujícího personálu při provádění výkonů**

Kontrola personálu		
Ano, vědomě	38	25%
Ano, spíše nevědomě	81	52%
Ne	35	23%

**Graf 7: Kontrola ošetřujícího personálu při provádění výkonů**



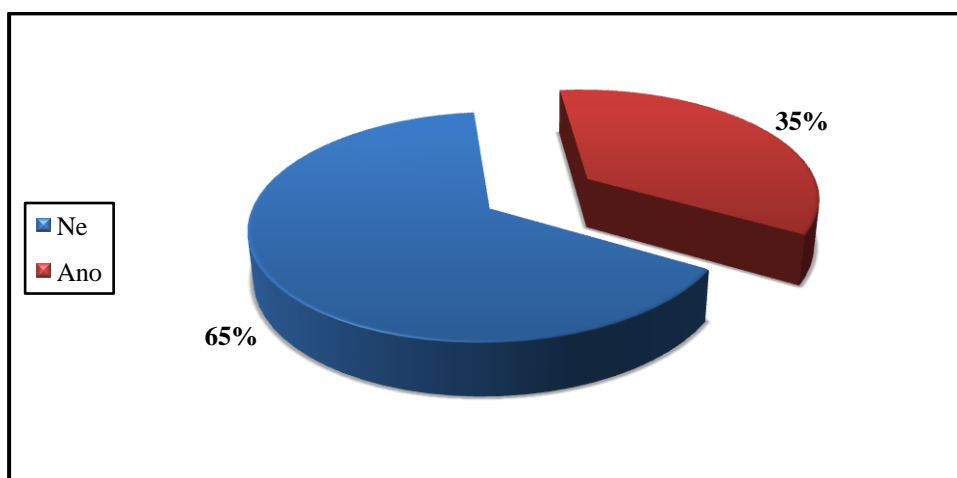
**Komentář:** Z výsledku šetření je patrné, že většina sester - **119 (77%) sledovala** při své hospitalizaci výkony ošetřujícího personálu. **38 (25%) dotázaných** tak činilo **cíleně** za účelem kontroly správnosti provedení výkonu, zatímco zbývající část - **81 (52%) sester** uvádí, že personál **sledovala, aniž by si to příliš uvědomovala**. Pouhých **35 (23%) respondentů** práci zdravotníků **nekontrolovalo**.

**Otázka č. 6: Stalo se Vám někdy, že jste byl/a svědkem neprofesionálního chování zdravotní sestry (non-lege artis postup, hrubé chování, nerespektování studu pacienta apod.)?**

**Tabulka 10: Výskyt neprofesionálního chování**

Neprofesionální chování		
Ne	100	65%
Ano	54	35%

**Graf 8: Výskyt neprofesionálního chování**



**Komentář:** Převážná část dotazovaných – **100 (65%)** během svého pobytu v nemocnici **nebyla svědkem neprofesionálního chování** ošetřujícího personálu. Zbývajících **54 (35%) respondentů** uvedlo, že se s **neprofesionálním chováním setkali**. Odpověď mohla být doplněna vlastním vyjádřením dle konkrétní zkušenosti.

Zdaleka nejčastěji (36x) byli dotazovaní svědky **hrubého a necitlivého chování** (např. **užití nepatřičné slovní zásoby** či **arogantního tónu**) při ošetřování. Jako další přívlastky popisující nevhodné chování personálu respondenti uvedli: *neochota, netrpělivost, krutost, povýšenost, odmítnutí doprovodu, obviňování z podvodu při naměření febrilie, odbytí pacienta s tím, že žádnou bolest nemůže cítit.*

Výjimkou nebyly ani komentáře týkající se **nerespektování studu a soukromí** (19x) – např. *otevřené dveře od pokoje při cévkování pacientky či gynekologickém vyšetření, edukace pacientky o intimním problému na chodbě za přítomnosti dalších pacientů, získávání anamnestických údajů na pokoji před ostatními pacienty, odmítnutí žádosti*

*o přikrývku při pobytu na sále, kdy pacientka ležela dlouhou dobu nahá, dotazování na vyprázdnění a další soukromé informace v čekárně plné pacientů.*

V několika případech (6) se jako možná odpověď vyskytovaly chyby personálu ve smyslu **nedodržení postupu lege artis**, zejména šlo o chybnou *péči o invazivní vstupy, nedodržení aseptického postupu při výkonu* či *nemytí rukou*.

**Otázka č. 7: Jaký byl přístup personálu, když se dověděl, že jste zdravotník?**

(s možností volby více odpovědí)

**Tabulka 11: Přístup personálu k pacientovi po zjištění, že je zdravotník**

Přístup personálu	
Stejný jako k ostatním	66
Sestry vstřícnější	76
Personál kontroluje své chování	53
Jiné	3

**Komentář:** Nejvíce dotazovaných - **76** odpovědělo, že poté, co **sestry** zjistily, že ošetřují zdravotníka, **chovaly se vstřícněji**. **66** respondentů uvedlo, že se **chování personálu nezměnilo**. **53** osob mělo pocit, že si je **personál** vědom, že jeho pacientem je zdravotník, a tak **své chování kontroluje**.

**3 osoby** zvolily možnost d) „Jiné“ a jejich konkrétní odpovědi byly následující:

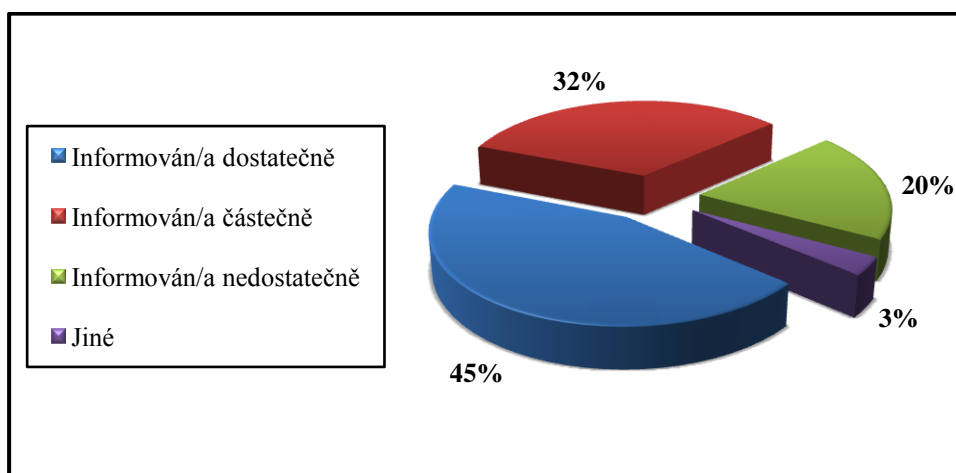
- *sestry nebyly vstřícnější, naopak si mě vůbec nevšímalý;*
- *část sester ke mně byla odměřená, ale lékaři se chovali velmi vstřícně;*
- *chování bylo stejné jako k ostatním pacientům, ale informace o mém zdravotním stavu mi byly podávány odborně.*

## Otázka č. 8: Cítil/a jste se dostatečně informován/a o svém zdravotním stavu?

**Tabulka 12: Informovanost o zdravotním stavu**

Informovanost o zdravotním stavu		
Informován/a dostatečně	69	45%
Informován/a částečně	50	32%
Informován/a nedostatečně	30	20%
Jiné	5	3%

**Graf 9: Informovanost o zdravotním stavu**



**Komentář:** 69 (45%) dotazovaných odpovědělo, že byli **dostatečně informováni** o svém zdravotním stavu. Naopak 30 (20%) respondentů uvedlo, že o svém stavu byli **informováni nedostatečně**. Přibližně třetina respondentů – 50 (32%) byla informována pouze **částečně**.

V 5 případech (3%) respondenti zvolili odpověď d) „Jiné“, vyjádřili však v podstatě pocit nedostatečné informovanosti o zdravotním stavu; konkrétně uvedli:

- lékaři nebyli většinou k dosažení, byli na operačním sále;
- lékaři celkově špatně informovali;
- lékaři se se mnou téměř nebavili;
- já ani ostatní pacienti jsme nebyli dostatečně poučeni a informováni o operaci a následném postupu;
- lékaři mne informovali nesrozumitelně.

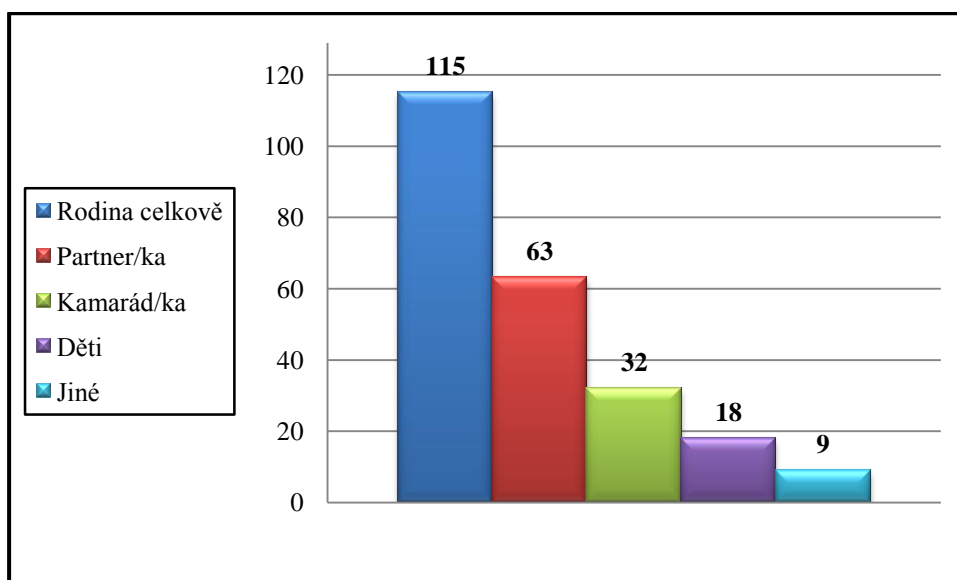
### Otázka č. 9: Kdo Vám byl v těžké situaci nejvíce oporou?

(s možností volby více odpovědí)

**Tabulka 13: Největší opora v těžké situaci**

Největší opora v těžké situaci	
Partner/ka	63
Děti	18
Rodina celkově	115
Kamarád/ka	32
Jiné	9

**Graf 10: Největší opora v těžké situaci**



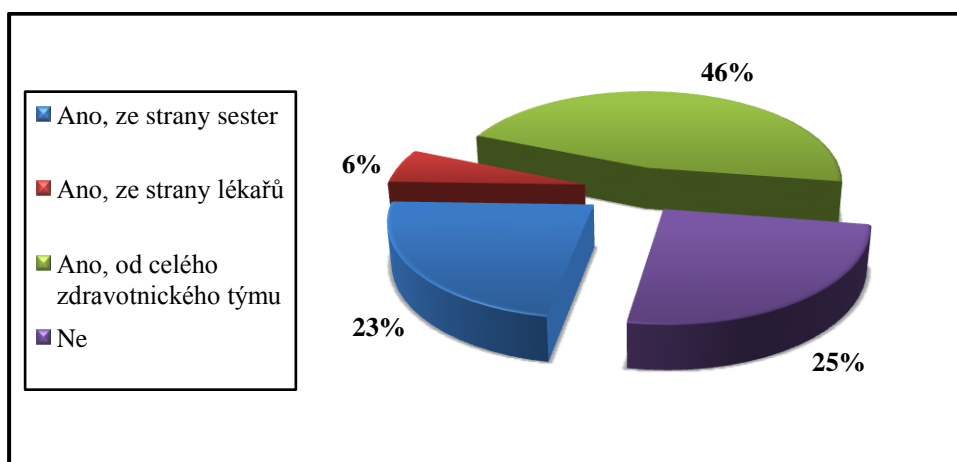
**Komentář:** I v této otázce měli respondenti možnost volby více odpovědí. Většina – **115** dotazovaných uvedla **rodinu** jako **největší oporu** v těžké situaci. Pro **63** osob byl největší oporou **partner** nebo **partnerka**. **32** dotazovaných zvolilo možnost **kamarád/ka**. **18** sester si zvolilo možnost **děti**. Pro možnost e) „Jiné“ se rozhodlo **9** dotazovaných. V 6 případech odpověď zněla *kolegové z práce*, dále po jedné odpovědi *matka, sestra, spolupacientky na pokoji*.

**Otázka č. 10: Cítil/a jste oporu i ze strany zdravotnického personálu?**

**Tabulka 14: Opora ze strany zdravotnického personálu**

Opora od zdravotnického personálu		
Ano, ze strany sester	35	23%
Ano, ze strany lékařů	9	6%
Ano, od celého zdravotnického týmu	71	46%
Ne	39	25%

**Graf 11: Opora ze strany zdravotnického personálu**



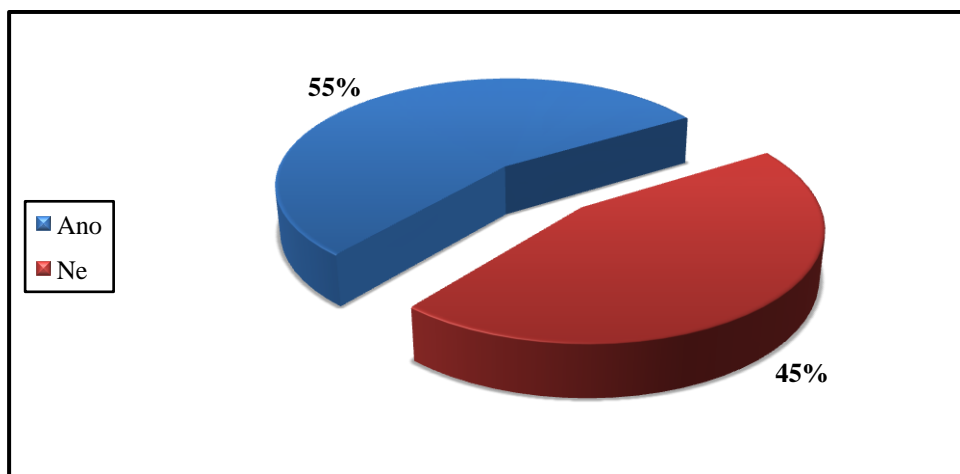
**Komentář:** Oporu ze strany zdravotnického personálu **pocíťovalo** celkově **115 (75%)** osob ze 154 dotazovaných. **35 (23%)** respondentů uvedlo, že se jednalo o oporu ze strany **sester**, **9 (6%)** dotazovaných cítilo oporu ze strany **lékařů**. Oporu od **celého zdravotnického týmu** pocíťovalo **71 (46%)** respondentů. **39 (25%)** dotazovaných uvedlo, že **oporu** od zdravotnického personálu **necítilo**.

**Otázka č. 11: Trpěl/a jste během nemoci bolestí?**

**Tabulka 15: Přítomnost bolesti**

Přítomnost bolesti		
Ano	85	55%
Ne	69	45%

**Graf 12: Přítomnost bolesti**



**Komentář:** Nadpoloviční většina dotazovaných – 85 (**55%**) uvedla, že během nemoci **trpěla bolestí**. Zbývajících **69 (45%)** osob **bolestí netrpělo**.

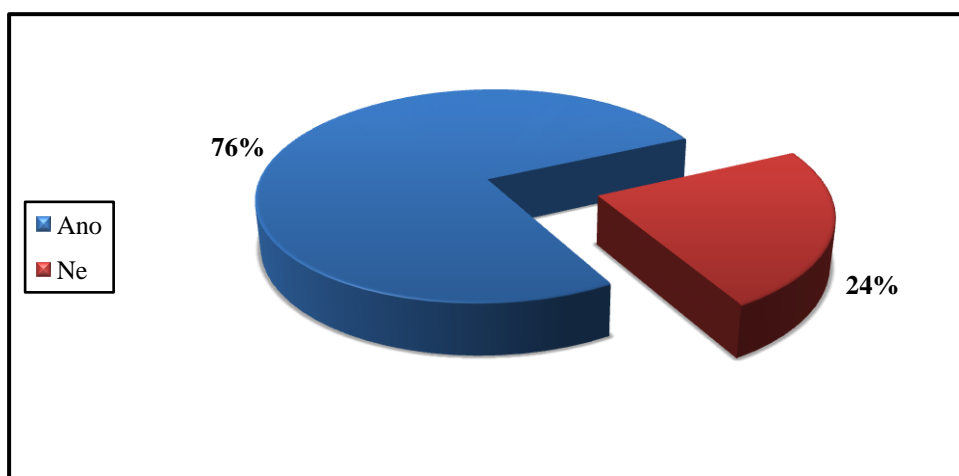
**Poznámka:** Pokusila jsem se zjistit, zda přítomná bolest u dotazovaných souvisela s prodělaným operačním výkonem.

**Otázka č. 12: Pokud jste bolestí trpěl/a, máte pocit, že na ni bylo adekvátně reagováno a byla z Vašeho pohledu efektivně řešena?**

**Tabulka 16: Efektivní řešení bolesti**

Efektivní řešení bolesti		
Ano	65	76%
Ne	20	24%

**Graf 13: Efektivní řešení bolesti**



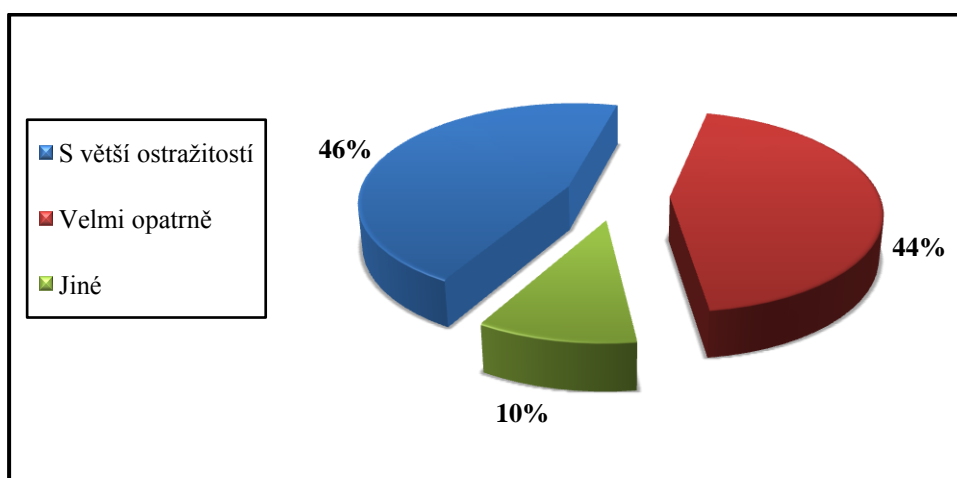
**Komentář: 65 (76%) osob uvedlo, že jejich bolest byla efektivně řešena. Dle názoru 20 (24%) dotazovaných bolest efektivně řešena nebyla.**

**Otázka č. 13: Jak vnímáte zdravotní stav sebe a svých blízkých jako zdravotník-profesionál?**

**Tabulka 17: Vnímání zdravotního stavu**

Vnímání zdravotního stavu		
S větší ostražitostí	70	46%
Velmi opatrně	68	44%
Jiné	16	10%

**Graf 14: Vnímání zdravotního stavu**



**Komentář:** Z výzkumu vyplývá, že **70 (46%)** dotazovaných nahlíží na zdravotní stav sebe a svých blízkých **s větší ostražitostí** než v době, kdy ve zdravotnictví nepracovali. **68 (44%)** respondentů uvedlo, že díky vzdělání a zkušenostem zdravotníka jsou na zdraví své i blízkých **velmi opatrní**, nepodceňují obtíže a nechávají se včas vyšetřit. **16 (10%)** zdravotníků zvolilo **vlastní vyjádření** - odpovědi se nejčastěji nesly v následujícím duchu:

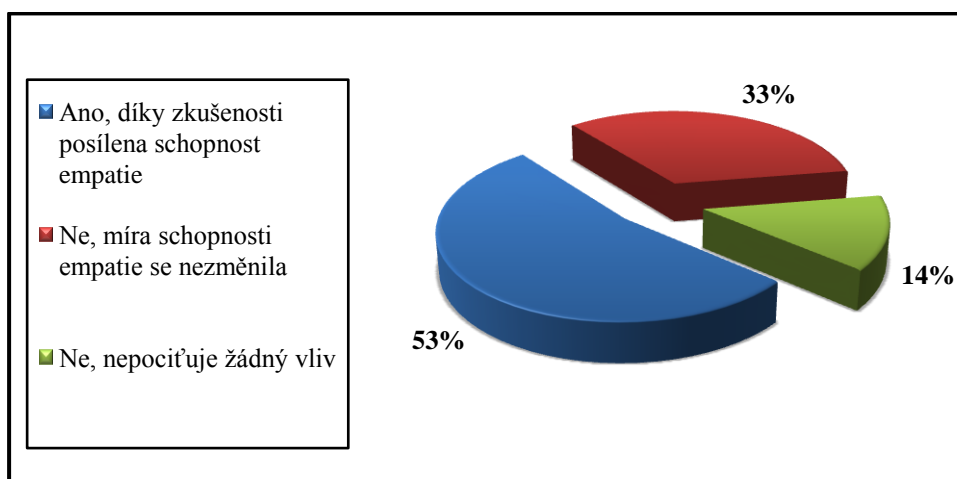
- *pozoruji u sebe tendenci zlehčovat potíže své i blízkých (5x);*
- *nevidím žádný rozdíl – zdravotní stav vnímám stejně jako laik (4x);*
- *jsem především opatrná na zdraví blízkých, své spíše bagatelizuji (2x);*
- *snažím se nebagatelizovat ani nepřehánět obtíže, co se týče zdraví sebe a rodiny (2x);*
- *mám zkušenosti, dovedu si poradit, ale péči o sebe "nepřeháním";*
- *díky vzdělání a zkušenosti se snažím poradit, pokud je někdo nemocen; v případě zdravotních potíží bojuji o adekvátní péči.*

**Otázka č. 14: Ovlivnila Vás zkušenost v roli pacienta ve Vašem dalším profesním životě?**

**Tabulka 18: Vliv zkušenosti v roli pacienta na další profesní život zdravotníka**

Vliv zkušenosti		
Ano, díky zkušenosti posílena schopnost empatie	82	53%
Ne, míra schopnosti empatie se nezměnila	51	33%
Ne, nepocítuje žádný vliv	21	14%
Jiné	0	0%

**Graf 15: Vliv zkušenosti v roli pacienta na další profesní život zdravotníka**



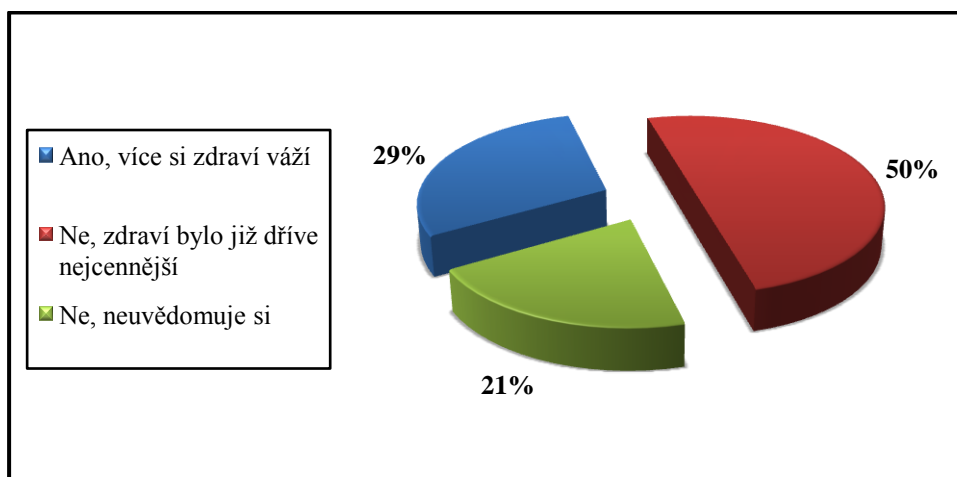
**Komentář:** 82 (53%) dotazovaných zkušenost v roli pacienta ovlivnila a domnívají se, že se nyní mohou více vžít do situace nemocného, jsou svým způsobem vděční za tuto zkušenost. 51 (33%) respondentů se necítí touto zkušeností ovlivněno – vlastní schopnost empatie považovali za dostatečnou i před svou hospitalizací. 21 (14%) sester se domnívá, že tato zkušenost je z profesního hlediska nijak neovlivnila. Žádný z respondentů nevyužil možnost d) pro vlastní vyjádření.

**Otázka č. 15: Změnila se nějak pozice zdraví ve Vašem žebříčku hodnot poté, co jste prodělal/a onemocnění?**

**Tabulka 19: Změna pozice zdraví v žebříčku hodnot po proděláním onemocnění**

Změna pozice zdraví v žebříčku hodnot		
Ano, více si zdraví váží	45	29%
Ne, zdraví bylo již dříve nejcennější	77	50%
Ne, neuvědomuje si	32	21%
Jiné	0	0%

**Graf 16: Změna pozice zdraví v žebříčku hodnot po proděláním onemocnění**



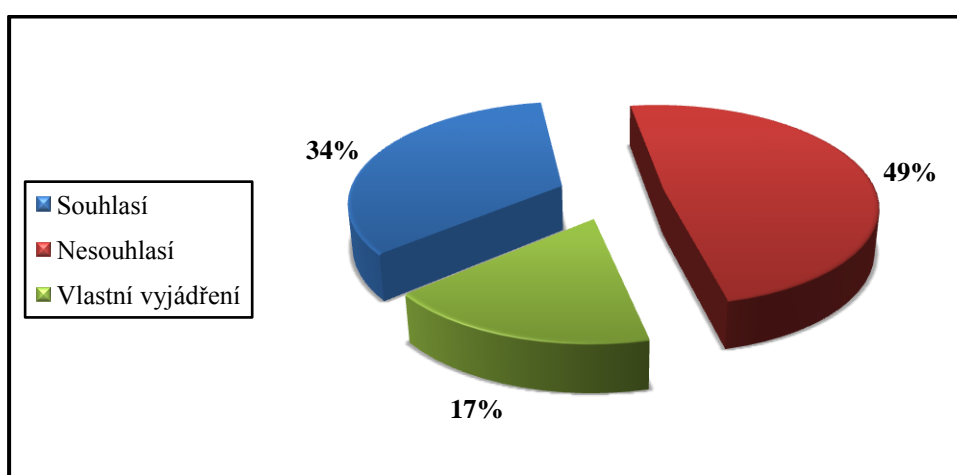
**Komentář:** Pro **77 (50%)** dotazovaných zdravotníků bylo **zdraví** v žebříčku osobních hodnot **vždy na nejvyšším místě**, jeho **pozice** se tedy proděláním nemoci **nezměnila**. **45 (29%)** respondentů uvedlo, že po proděláním onemocnění **si svého zdraví více váží**. **32 (21%)** dotazovaných **si neuvědomuje**, že by se v jeho žebříčku hodnot **pozice zdraví** proděláním nemoci **měnila**. Nikdo z respondentů nezvolil odpověď d) „Jiné“.

**Otázka č. 16: Pokuste se vyjádřit svůj názor na toto tvrzení: „Zdravotní sestra se nikdy nemůže plně vžít do role pacienta, pokud se sama v této roli neocitla.“**

**Tabulka 20: Vyjádření názoru na tvrzení**

Vyjádření názoru		
Souhlasí	52	34%
Nesouhlasí	75	49%
Vlastní vyjádření	27	17%

**Graf 17: Vyjádření názoru na tvrzení**



**Komentář - kvantitativní část:**

Ze **154 oslovených** sester přibližně **třetina**, resp. **52 (34%) souhlasila** s výše uvedeným tvrzením. Téměř **polovina** respondentů - **75 (49%) vyjádřila nesouhlas** s tvrzením. Bylo možno svou odpověď dále rozvést, část dotazovaných této možnosti využila (viz kvalitativní část komentáře). **27 (17%) sester svůj názor** na problematiku vyjádřilo **vlastními slovy**.

**Komentář – kvalitativní část:**

Některé sestry využily prostor pro zdůvodnění své **souhlasné odpovědi**. Názory byly formulovány různým způsobem, sestry však **jasně vyjádřily** následující myšlenku: **není nad vlastní zkušenost - být v roli pacienta mi pomohlo pochopit jeho situaci**. Příklady odpovědí:

- *nemůžete posoudit něco, co jste nevyzkoušeli;*
- *jedině to, co člověk prožije sám, plně pochopí u druhého;*

- *vžít se do role pacienta se dá lépe, když jsem prodělala to samé a vím, co a jak bolí;*
- *až po zkušenosti v roli pacienta může sestra poznat, jak se pacient cítí, prožívá bolest a vše ostatní;*
- *pokud člověk něco neprožije, nemůže vědět, jaké to je;*
- *vidět vše z lůžka očima pacienta člověka do určité míry změní;*
- *když sestra vidí přístup personálu k pacientovi, může se vyvarovat chyb;*
- *dokážu se vcítit do problémů pacienta, strach rodiny dokážu pochopit.*

Podobně jako v případě souhlasných odpovědí, i sestry, jež s tvrzením **nesouhlasily**, své přesvědčení zdůvodnily. Odpovědi tvoří několik skupin. Zdaleka nejčastěji byl vyjádřen názor, že **pokud sestra vnímá svou profesi jako poslání a má v sobě dostatek empatie, nepotřebuje zažít vlastní hospitalizaci, aby se dokázala vžít do situace pacienta (a naopak)**. Příklady odpovědí:

- *když si vyberete povolání, které vás baví, víte, proč to děláte, nemusíte mít zkušenosti pacienta;*
- *znám sestry, které nebyly nikdy hospitalizované a dokážou se vcítit do postavení pacienta;*
- *pokud nemá ten "cit" (empatie) v sobě, nezmění to ani hospitalizace;*
- *každá sestra má nějaký svůj vztah k ostatním lidem, pokud ji práce příliš „netěší“, nějaká zkušenost ji nemusí "napravit" (ale může);*
- *najdou se i takové sestry, které s nemocným i přes svou vlastní hospitalizaci necítí;*
- *pokud je toto povolání spíše posláním, můžete ho vykonávat dobře i bez zkušenosti v roli pacienta;*
- *některé sestry jsou hrubé a arogantní i s těmito zkušenostmi, jsou ovšem sestry milé a vnímavé, aniž by se do role pacienta dostaly;*
- *myslím, že povolání sestry by měli vykonávat jen lidé, kteří jsou velmi empatictí;*
- *sestra je schopná empatie, a pokud nemá zavřené oči, vidí pacienta tak, jak má, a dokáže odhadnout, co prožívá;*
- *jsou sestry úžasné a v nemocnici neležely, je to v naturelu - umění vcítění a intuice.*

Další skupina dotazovaných, která s tvrzením **nesouhlasila**, vyjádřila ve svých odpovědích tento názor: **Záleží na osobnosti každé sestry, na její povaze a charakteru - každý člověk je jiný.** Sestry například uvedly:

- *záleží na osobnosti člověka, když se chce vžít, tak se vžije;*
- *každý člověk může být empatický, záleží na jeho osobnosti;*
- *záleží vždy na každé sestře individuálně - na jejím charakteru, empatii a porozumění;*
- *je to o člověku samém - o tom, jak sám se dokáže vcítit do role pacienta;*
- *schopnost vžít se do role pacienta je v osobnosti a charakteru každé sestry;*
- *záleží na povaze zdravotníka, jak a jestli se snaží vcítit;*
- *záleží na osobnosti sestry, i sestra, která prošla vážným onemocněním, nemusí být empatická, ale jistě to člověka nějakým způsobem ovlivní;*
- *každý člověk je jiný, každé onemocnění je jiné - nelze prožít naprosto stejnou situaci.*

Několik sester shodně vyjádřilo myšlenku, že **sestra nemusí prožít vlastní hospitalizaci, stačí, když si představí, že jejím pacientem je někdo blízký.** Příklady odpovědí:

- *některé sestry jsou empatické, i když roli pacienta neprožily na vlastní kůži - sestra se dovede lépe vcítit do této role i tehdy, pokud je nebo byl vážně nemocen někdo z jejích blízkých;*
- *stačí, když si představím, že na místě toho pacienta nebo rodičů je někdo z rodiny a popřemyslím, jestli by se mi líbilo chování a práce sester a lékařů;*
- *v pacientovi si dokážu představit své blízké, a to velmi věrně.*

V šetření se objevilo i několik odpovědí, které jsem do žádné skupiny nezařadila, jsou dosti různorodé:

- *mne v tomto směru zkušenost v roli pacienta nezměnila;*
- *empatii člověk nezískává absolvováním dané situace;*
- *ani po této zkušenosti bych si netroufla hodnotit pacientovy pocity, nemoc člověka změni, reaguje jinak než v běžném životě.*

Sestry, které v dotazníku zvolily **variantu c)** – tedy **vlastní vyjádření**, se nepřiklonily k souhlasné ani nesouhlasné odpovědi, některé vyslovené názory se však velmi podobají těm výše uvedeným. Opětovně sestry uvedly, že k lepšímu vcítění se do této role **pacienta** stačí, když se jím stal **někdo blízký**, např. *partner či partnerka, dítě, rodič nebo kamarád/ka*, nemusí to být sestra sama.

Ponejvíce však bylo vyjádřeno přesvědčení, že se jedná o záležitost velice **individuální** a není možné ji plošně aplikovat na všechny sestry, pacienty a situace. Příklady odpovědí:

- *nikdo se nemůže vžít do role každého pacienta, každý vnímá bolest, nemoc, pobyt v nemocnici jinak - každý má jiný práh bolesti, vnímání pobytu v cizím - nemocničním prostředí apod., také diagnózy jsou různé, pokud se dá nemoc léčit, je to jiné, než když je to marné;*
- *sestra schopná empatie se může přiblížit tomu, co pacient prožívá, ale ani když má sama zkušenost s rolí pacienta, nemůže se plně vžít do jeho role;*
- *nikdy se nemůže vžít člověk do člověka a nejde jen o zdravotní sestru, každá situace je individuální, můžeme soucítit, ale nikdy to není 100%;*
- *po prodělaném úrazu a následné hospitalizaci se dokážu vžít do pocitů pacienta, ale určitě ne úplně, subjektivní pocit je u každého jiný;*
- *sestra je samostatná lidská bytost, která může být ovlivněna okolím a která se také chová a cítí jinak; může i nemusí ji nemoc ovlivnit při její budoucí práci;*
- *ne každou to může ovlivnit jen pozitivně; existují i sestry velmi empatické i bez této zkušenosti;*
- *záleží na tom, zda sestra dané onemocnění sama prodělala, ale plně se vžít do pocitů nemocného nelze, jelikož myšlenkové pochody jsou až příliš individuální.*

A konečně jsou tu v rámci odpovědi c) i **názory zcela specifické**:

- *některé sestry by možná potřebovaly zažít na vlastní kůži některá onemocnění, aby se vžily do situace nemocného;*
- *částečně je to pravda, ale je to spíš o člověku, jak se chová k lidem obecně a je jedno, jestli je zrovna zdravotní sestra;*
- *...teprve když ležíte v nemocniční posteli, je vám zle, nemůžete vstát a nic si sám udělat nebo podat, zjistíte, jak moc jste závislí na sestře a na její ochotě, mnohdy to není pacient, který stále s něčím "otravuje", je to pacient, který má taky svoje*

*pocity a potřeby a je mnohdy plně odkázaný na pomoc druhých. Myslím, že zdravotníci, kteří si již druhou stranu vyzkoušeli, mi dají zapravdu;*

- *sestra se dokáže vžít do role pacienta i bez zkušenosti, ale mnoho lékařů by si tuto roli potřebovalo zkusit;*
- *záleží to na povaze každého člověka, někdy v návalu práce a třeba únavy sestra pocity pacienta opomíjí nebo bagatelizuje jejich problémy.*

**Otázka č. 17: Pokud máte pocit, že jsem se Vás na něco důležitého nezeptala a máte chuť mi to sdělit nebo nějakou informací upřesnit, prosím, učiňte tak.**

Příležitosti k vyjádření osobních připomínek k tématu využilo několik respondentů. Postřehy cituji, domnívám se, že komentář nepotřebují:

- *je pravda, že po své zkušenosti poskytují větší oporu;*
- *vcelku mám pozitivní zkušenosti, to negativní souvisí jen s určitými osobami;*
- *sestra jako pacient se snaží dost problémů řešit sama (např. má možnost si vzít antibiotika a chodí do práce), taky si myslím, že to není zrovna vzorný pacient - ale ne vlastní vinou;*
- *mám jednu zkušenost, která se mi osvědčila - když se chová slušně pacient, chová se slušně personál;*
- *mrzí mě, když je jedna sestra nepříjemná, hodí nás pacient všechny do jednoho pytle a všechny nás tak posuzuje;*
- *bohužel v současné době je prvořadá administrativa, razítka a podpisy, pacient je až vzadu.*

## DISKUZE

Bakalářská práce se věnuje tématu zdravotníka jako pacienta a jak napovídá poměrně vysoká návratnost dotazníků (77%), tato problematika se u respondentů setkala se značným zájmem. Výzkumu se účastnily všeobecné sestry pracující v třísměnném provozu na lůžkových odděleních Fakultní nemocnice Hradec Králové, jež spojovala osobní zkušenost s hospitalizací během jejich profesionálního života. Jednalo se o sestry z různých klinik, jejichž zastoupení nebylo rovnoměrné, jelikož výběr respondentů byl dán dostupností vhodných kandidátů na daných pracovištích. Ocenila jsem ochotný a svědomitý přístup sester k problematice, kdy si i za mnohdy nepříznivých personálních podmínek našly čas a dotazník vyplnily.

Celkem jsem získala názor od 154 respondentů, jednalo se o 152 žen (99%) a 2 muže (1%), což pravděpodobně odpovídá skutečnému zastoupení pohlaví u vykonavatelů profese sestry. I přesto jsem původně předpokládala, že muži budou tvořit početnější skupinu a bude tak možné v šetření porovnat ženský i mužský úhel pohledu. Bohužel se mi tuto myšlenku nepodařilo realizovat.

Délka praxe respondentů činila průměrně 16,9 roku, nejkratší praxe ve zdravotnictví byla 1 rok, nejdelší 38 let. Věkové kategorie účastníků výzkumu jsem rozdělila do 3 skupin - do 30 let, 31-50 let, nad 50 let. Nejpočetnější skupinu tvořila střední kategorie, kam patřily dvě třetiny (67%) sester.

Úvodní otázky, na které sestry v dotazníku reagovaly, se týkaly typu onemocnění, pro které byly hospitalizovány. Výsledky výzkumu ukazují, že sestry zkoumaného souboru prodělaly různá onemocnění – akutní i chronická, provázená jak chirurgickým výkonem, tak léčená konzervativně. Část sester (15%) se dokonce potýkala s onemocněním, které je přímo ohrožovalo na životě.

Druhá část otázek zjišťovala, jakým způsobem profesionální vědomosti a zkušenosti sestry ovlivňují její vnímání zdraví a také prožívání nemoci. Touto problematikou se zabývaly otázky č. 3, 4 a 13. Sestry téměř jednohlasně uvedly, že jako zdravotníci nahlízejí na zdraví své i blízkých s větší ostražitostí než v době před výkonem povolání. Díky svému vzdělání a zkušenostem ve zdravotnictví nepodceňují žádné obtíže, raději dávají sebe i blízké ihned vyšetřit, aby nedošlo k zanedbání. Pouze velmi malá část respondentů (10%) nahlíží na tuto problematiku jinak. Některé z těchto sester mají dle vlastního vyjádření spíše tendence veškeré obtíže zlehčovat a bagatelizovat, jiné podceňují pouze vlastní obtíže, zatímco na zdraví svých blízkých jsou opatrné. Objevily

se i odpovědi sester, které vnímají stav zdraví stejně jako laik. Co se týče možných úskalí při vlastní hospitalizaci, dle mého předpokladu téměř polovina (45%) respondentů nepocítovala při zvládnání nemoci své znalosti a zkušenosti jako výhodu oproti laikovi, spíše naopak. Vědomí možných komplikací nemoci či výkonu u sester vyvolalo obavy a strach. 28% respondentů se naopak přiklonilo k názoru, že díky vědomostem bylo možné lépe předvídat průběh onemocnění, představit si výkony, které budou následovat apod., a tyto informace pomohly jejich obavy zmírnit. Zbývající část sester uvedla, že jejich povolání nemělo na prožívání nemoci žádný vliv. Výhodu plynoucí z profese zdravotníka však mohla při hospitalizaci představovat znalost nemocničního prostředí. S touto myšlenkou jednoznačně souhlasila mírně nadpoloviční většina (52%) sester. Třetina dotazovaných (34%) uvedla, že být se za normálních okolností jedná o důvěrné známé prostředí, v roli pacienta se v něm přesto cítili ztraceni a profese sestry byla najednou úplně potlačena. Jen malá část hospitalizovaných sester odpověděla, že nemocniční prostředí příliš nevnímala, částečně proto, že to neumožňovala jejich nemoc. Výzkumné šetření tak potvrdilo známý fakt, že zdravotnická profese a jisté znalosti a zkušenosti s ní související značnou měrou ovlivňují prožívání nemoci zdravotníkem, a to jak v pozitivním, tak negativním smyslu. Ne vždy tedy větší informovanost znamená výhodu a přináší uklidnění...

Nemoc většinou představuje pro člověka svízelnou životní situaci a s tou je možné se lépe vyrovnat za pomoci někoho blízkého. Největší sociální oporu pro sestry v jejich těžké situaci představovala rodina. Dále následovaly odpovědi partner/ka, kamarád/ka a děti. Část sester zvolila vlastní vyjádření, ve kterém uvedla, že největší oporou jim byli *kolegové z práce, matka, sestra* či *spolupacientky na pokoji*. Většina hospitalizovaných sester (75%) pocítovala oporu i ze strany ošetřujícího personálu.

Jakým způsobem sestry zvládly přijetí nové role pacienta? Dokázaly při tom opustit svou profesi, nebo ne? To zkoumá otázka č. 5. Zajímalo mne, zda sestry při své hospitalizaci „znalým okem“ sledovaly personál při provádění ošetrovatelské péče. Šetření ukázalo, že jen čtvrtina sester práci personálu nekontrolovala, zatímco zbývající tři čtvrtiny dotazovaných více či méně personál pozorovaly. Převážná část sester odpověděla, že tak činily spíše občas a nevědomky, menšina pak přímo uvedla, že sledování personálu bylo účelné s cílem se přesvědčit, že je vše prováděno správně. Tyto výsledky pro mne nejsou překvapující. Osobně se domnívám, že je velmi těžké svoji profesi zdravotníka zapomenout, a zdá se, že ani pro ostatní sestry jejich role nekončí odložením pracovní uniformy a ulehnutím na nemocniční lůžko. Tento aspekt, který hospitalizaci většiny sester

doprovází, však může představovat další zdroj stresu v této již dost svízelné situaci. Proto by dle mého názoru měl ošetřující personál na povolání svého pacienta brát ohled a zvolit takový profesionální přístup, který tuto situaci respektuje.

Jak jsem již výše uvedla, sestra díky své profesi disponuje znalostí správných postupů při ošetřování nemocných, a je tak schopná snadněji než laik identifikovat jednání, které požadovanému standardu neodpovídá. Jak ukazují výpovědi respondentů u otázky č. 6, i s takovým chováním se bohužel část hospitalizovaných zdravotníků setkala. Svědkem neprofesionálního chování v nějaké formě byla více než třetina dotazovaných. Ponejvíce se jednalo o hrubé a necitlivé jednání, zejména užití arogantního tónu a nepatřičné slovní zásoby při hovoru s pacientem. Sestry popsaly i bagatelizaci pacientovy bolesti a výjimkou nebylo ani nerespektování studu a soukromí v různých situacích, např. při cévkování nebo gynekologickém vyšetření. Alarmující je zjištění, že dle hospitalizovaných sester došlo také k chybám ve smyslu porušení postupu *lege artis*, což zajisté mohlo mít závažné důsledky. Je na svědomí každého zdravotníka, jaký pocit má z vykonávané práce. Lidé, jejichž chování bylo popsáno výše, se v roli pacienta pravděpodobně nikdy neocitli, jsem však přesvědčená, že právě jim by tato zkušenost značně prospěla. Možná by pak nad svým chováním více přemýšleli a dokázali je lépe kontrolovat.

Do výzkumu jsem zařadila i otázky týkající se bolesti jako jednoho z nepříjemných vjemů, kterými často bývá nemoc doprovázena (č. 11 a 12). Být bez bolesti patří mezi základní lidské potřeby, a v případě, že se bolest vyskytne, je žádoucí, aby byla správně léčena. Nadpoloviční většina (55%) sester zkoumaného souboru bolestí během své nemoci trpěla. Tyto sestry dále odpovídaly, zda byla jejich bolest účinně řešena. Zarážející byl pro mne výsledek, kdy téměř čtvrtina (24%!) sester uvedla, že na jejich bolest nebylo adekvátně reagováno a bolest nebyla efektivně řešena. Výzkum nezjišťoval, k jakým situacím přesně došlo a proč bolest řešena nebyla. Domnívám se však, že tato nepříjemná zkušenost zůstane navždy v paměti postižených sester a ony se vždy budou snažit svým pacientům od bolesti pomoci.

Přístup ošetřujícího personálu k pacientovi po zjištění, že se jedná o zdravotníka, zkoumala otázka č. 7. Nejvíce mne zajímalo, zda se chování personálu nějak změnilo. 77 respondentů odpovědělo, že sestry byly po tomto zjištění vstřícnější. 53 dotazovaných pak zaznamenalo, že personál více kontroluje své chování, neboť si je vědom toho, že pacient-zdravotník jej při práci pravděpodobně pozoruje a je schopen citlivěji vnímat i jednání nesprávné. Jak dokazují výsledky šetření (viz otázka č. 5), většina hospita-

lizovaných zdravotníků chování personálu skutečně určitou měrou sledovala. 66 respondentů uvedlo, že se personál choval stejně jako k ostatním pacientům, a 3 osoby svou odpověď formulovaly vlastními slovy. Poněkud smutné je zjištění, že *sestry nebyly vstřícnější, naopak si mě vůbec nevšímaly*, i to, že *část sester byla odměřená...* Mou pozornost zaujala odpověď, že *chování bylo stejné jako k ostatním pacientům, ale informace o zdravotním stavu byly podávány odborně*. Jak na tom byli s informacemi o svém zdravotním stavu ostatní respondenti? Pouze necelá polovina (45%) účastníků šetření byla informována dostatečně - vše jim bylo srozumitelně vysvětleno. Neúplnou informaci obdržela přibližně třetina (32%) dotazovaných; uvádějí však, že měli možnost se dále ptát. Nespokojenost se způsobem informování pak vyjádřila zbývajících část sester: 20% dotazovaných se bohužel setkala s lékaři, kteří předpokládali, že jejich pacienti-zdravotníci „vše“ vědí a všemu rozumí. Respondenti, kteří v odpovědi zvolili vlastní vyjádření (3%), vesměs také hodnotí kontakt s lékařem jako nedostačující. Zdá se, že v této oblasti je tedy ještě co zlepšovat, pacient-laik je možná podrobněji a srozumitelněji informován než zdravotník.

Závěrečnou část mého výzkumného šetření tvoří otázky č. 14 a 15. S jejich pomocí jsem se pokusila zhodnotit, jaký vliv měla prožitá nemoc a hospitalizace na další život zdravotníka. Co se týče žebříčku životních hodnot, zajímalo mne, zda se nějak změnila pozice zdraví po prodělání nemoci. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že polovina sester si svého zdraví vždy velmi cenila a již před proděláním nemoci bylo v žebříčku hodnot na prvním místě. Necelá třetina (29%) sester si po prodělání nemoci svého zdraví začala více vážit. Zbývajících část respondentů si neuvědomovala, že by se pozice zdraví díky vlastní zkušenosti s nemocí nějak změnila. Domnívám se, že již samotné povolání zdravotníka, které přináší téměř denní kontakt s nemocnými, často trpícími lidmi, ovlivňuje jeho náhled na zdraví a posiluje vnímání jako jedné z nejdůležitějších hodnot v lidském životě. Mou domněnku potvrdily i výsledky dotazníkového šetření - viz otázka č. 13. Vliv hospitalizace na profesní život cítila jen mírně nadpoloviční většina (53%) sester. Ty uvedly, že jim zkušenost v roli pacienta pomohla se lépe vcítit do situace nemocného, a že jsou za ni svým způsobem vděčné. Zbývajících 47% sester vliv zkušenosti s hospitalizací na svůj profesní život nezaznamenalo, přičemž třetina tuto svou odpověď zdůvodnila tím, že jejich schopnost empatie byla dostatečná již před tímto zážitkem. Tyto výsledky pro mne byly poněkud překvapující, neboť jsem předpokládala, že prožitá hospitalizace bude mít na posílení empatického přístupu k nemocnému významnější vliv.

Určité vysvětlení jsem ale našla při hodnocení otázky č. 16 - tu považuji ve svém setření za stěžejní. Tato otázka, resp. žádost o vyjádření názoru, vyvolala u sester vlnu zájmu; mnohé z nich využily prostoru a kromě vyjádření souhlasné či nesouhlasné odpovědi své stanovisko zdůvodnily pomocí vlastních slov. Jednalo se o následující tvrzení: „*Zdravotní sestra se nikdy nemůže plně vžít do role pacienta, pokud se sama v této roli neocitla.*“ Třetina sester se přiklonila k souhlasné odpovědi - jednoznačně zastávaly názor, že nad vlastní zkušenost zkrátka není. Uvedly, že teprve až když se ocitly v roli pacienta, dokázaly si představit, jak se cítí a co prožívá. Téměř polovina dotazovaných však toto tvrzení odmítla. Nesouhlasné odpovědi vyjadřovaly hned několik myšlenek. Ponejvíce byli respondenti přesvědčeni, že pokud sestra vnímá svou profesi jako poslání a má v sobě dostatek empatie, nepotřebuje zažít vlastní hospitalizaci, aby se dokázala vcítit do situace pacienta. Byla jsem překvapena počtem sester, které s tvrzením nesouhlasily, ale zároveň mne tato jejich odpověď svým způsobem potěšila, neboť svědčí o tom, že okolo nás je mnoho sester, které vědí, proč si své povolání zvolily, a tuto profesi skutečně vykonávají s láskou k člověku. Prožitá vlastní hospitalizace pak jejich schopnost empatie pravděpodobně pouze posilnila. Další skupina respondentů, která vyjádřila nesouhlas s tvrzením, byla přesvědčena, že velmi záleží na osobnosti každé sestry. Schopnost empatie je dle tohoto názoru tedy dána spíše charakterem člověka než životní zkušeností.

Za zmínění jistě stojí také názor skupiny sester, které říkají, že k dostatečnému vcítění se do role pacienta stačí, když si sestra představí, že pacientem je někdo z jejich blízkých, např. partner, rodič nebo kamarádka. Tuto myšlenku jsem shodně zaznamenala jak u sester, které nesouhlasily s tvrzením, tak u těch, které preferovaly jako svou odpověď vlastní vyjádření.

Sestry, které se nepřiklonily k souhlasné ani nesouhlasné odpovědi, však nejvíce zastávaly názor, že se jedná o záležitost velice individuální a není možné ji plošně aplikovat na všechny sestry. Domnívají se, že ani vlastní zkušenost v situaci pacienta (byť velmi prospěšná) jim neumožňuje si myslet, že dokážou pochopit všechny pacienty a budou umět odhadnout, jak se který člověk cítí za každé situace.

Původně jsem předpokládala, že s uvedeným tvrzením bude souhlasit více sester, já osobně jsem si jinou odpověď na tuto otázku po své zkušenosti ani nedokázala představit. Musím však přiznat, že názory ostatních sester mne přiměly k náhledu na tuto problematiku z poněkud širší perspektivy. Stále jsem však přesvědčena, že se jedná o zkušenost v životě zdravotníka naprosto zásadní a pro praxi nedocenitelnou.

Při hodnocení výsledků výzkumu jsem se pokusila zjistit, k jakým závěrům došli badatelé, kteří se danou problematikou dosud zabývali. Rusňáková se v bakalářské práci na téma *Sestra pacientem* (2008) zaměřila především na znalost a dodržování práv pacienta při jeho ošetřování. Dotazník byl určen zdravotníkům jak hospitalizovaným, tak léčeným v ambulantní sféře a otázky v něm byly značně odlišné od mého dotazníku, proto jsem výsledky výzkumů navzájem neporovnávala. Také Skácelová se ve svém výzkumu (2009) zabývá problematikou zdravotníka v roli pacienta. Velikost zkoumaného souboru je srovnatelná, část souboru však tvoří kromě sester i lékaři. Otázky dotazníku se opět poněkud liší co do formulace i smyslu od mého dotazníku, proto se i zde domnívám, že nebylo možné výsledky porovnávat. Obě zmiňované bakalářské práce zaujímají poněkud odlišný pohled na danou problematiku, rozhodně je však považuji za velmi zajímavé a přínosné.

## ZÁVĚR

Téma zdravotník v roli pacienta vnímám jako atraktivní, potřebné a zároveň poněkud opomíjené. Tento fakt byl jedním z důvodů, proč jsem si jej vybrala ke zpracování ve své bakalářské práci.

Některé výsledky výzkumu potvrdily známá fakta, jiné byly naopak velmi překvapující a přinesly jisté náměty k zamyšlení. Šetření například prokázalo, že profese sestry u většiny dotazovaných ovlivnila jak vnímání vlastního zdraví, tak prožívání nemoci. Někteří zdravotníci pociťují při zvládání nemoci a hospitalizace své povolání jako určitou výhodu, není to však pravidlem. Jsou i tací, kteří by v dané situaci vědomosti vyplývající z profese raději zapomněli.

Z výzkumu je patrné, že důležitost, kterou jednotlivé hospitalizované sestry své zkušenosti přisuzují, je značně různorodá. Život některých byl nemocí a hospitalizací z profesního hlediska ovlivněn zásadním způsobem, jiné sestry naopak uvedly, že pro ně tato zkušenost nebyla z pohledu posílení empatického přístupu k pacientům tolik významná.

Výzkum však přinesl také zjištění, že hospitalizace sestry s sebou přináší jisté specifické situace, na které ošetřující personál není dosud zcela připravený. Rezervy lze nalézt například ve vztahu mezi pacientem-zdravotníkem a lékařem, kde stále ještě panují představy bránící efektivní komunikaci.

Moderní ošetřovatelství nás nabádá k holistickému přístupu k nemocnému, proto se učíme komunikaci s pacientem v cizím jazyce, snažíme se nalézt cestu i ke klientům pocházejícím z různých kulturních prostředí. Jak ale přistupovat k pacientovi, kterým je kolega zdravotník, s takovou přednáškou jsem se doposud během studia nesetkala. Jsem však přesvědčena, že by bylo žádoucí se tímto tématem více zabývat a určitě by bylo přínosné poznatky související s problematikou do výuky studentů zdravotnických oborů zařadit.

Začít s osvětou je však možné hned. Ráda bych, aby tato práce posloužila jako určité vodítko a inspirace pro ty zdravotníky, kteří se v roli pacienta doposud neocitli a mají zájem se poučit ze zkušenosti druhých o tom, co tato role obnáší. Postřehy sester citované v této práci jsou dosti výmluvné a mnohdy velmi podnětné. Pokud povedou čtenáře k zamyšlení nad vlastním přístupem k pacientovi, budu spokojena.

## ANOTACE

<b>Autor:</b>	Lucie Uhlířová
<b>Instituce:</b>	Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové
<b>Název práce:</b>	Zdravotník jako pacient
<b>Vedoucí práce:</b>	Jaroslava Pečenková
<b>Počet stran:</b>	96
<b>Počet příloh:</b>	4
<b>Rok obhajoby:</b>	2010
<b>Klíčová slova:</b>	zdraví, nemoc, pacient, zdravotník, sestra, prožívání, profesionální chování, role, zkušenost, empatie

Bakalářská práce pojednává o tématu zdravotník v roli pacienta. V teoretické části představuje čtenářům poznatky z oblasti psychologie zdraví a nemoci, pojmy ze sociální psychologie i psychologie osobnosti. Popisuje specifika osobnosti a profesní role sestry, role nemocného, zvláštní důraz je kladen na problematiku sestry v roli pacienta.

Praktická část práce se zajímá o vnímání zdraví a nemoci pacientem-zdravotníkem. Zkoumá vliv profese na prožívání vlastní nemoci, na vnímání prostředí nemocnice i práce zdravotnického personálu. Hlavním cílem práce je zjistit, jaký vliv má zkušenost v roli pacienta na další profesní a osobní život zdravotníka.

Těžiště práce tvoří dotazníkové šetření, jehož zkoumaným vzorkem jsou všeobecné sestry, které spojuje vlastní zkušenost s hospitalizací.

The bachelor's thesis deals with the topic of a health care professional dealing with personal experience in a patient's role. The theoretical part presents facts associated with health and illness psychology, as well as pieces of knowledge about human personality and a man's role in human society. It describes the special demands of general nurse's profession on a person. Special attention is paid to a situation when a nurse becomes a patient.

The research part analyses the influence of nurse's profession over her personal health and illness perception. It describes difficulties that are experienced when a nurse is coping with her own hospital admission. The main goal of the thesis is to find out whether personal experience in a patient's role influences nurse's future life in any way.

## LITERATURA A PRAMENY

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. ČECHOVÁ, Věra; MELLANOVÁ, Alena; ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 173 s. ISBN 80-7013-197-7.
3. ČECHOVÁ, Věra; ROZSYPALOVÁ, Marie. *Obecná psychologie*. 5. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 105 s. ISBN 80-7013-343-0.
4. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetrovatelství 5 : Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
6. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
7. JOBÁNKOVÁ, Marta, et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 1. vyd. Brno: IDV SZP, 1990. 260 s. ISBN 80-7013-079-2.
8. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
9. KISVETROVÁ, H. Paliativní ošetrovatelství jako součást profesní přípravy sester. In KUTNOHORSKÁ, J. (ed.). *Důstojné umírání*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. s. 80-85 ISBN 978-80-244-2016-5.
10. Kolektiv autorů Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. Lékařské fakulty UK. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví. 2* : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

14. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
15. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
16. MICHALČIKOVÁ, Petra. *Komunikace lékaře s pacientem-zdravotníkem*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2008. 146 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.
17. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Academia, 2009. 620 s. ISBN 978-80-200-1680-5.
18. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1999. 288 s. ISBN 80-200-0690-7.
19. NOVOTNÁ, Eliška. *Základy sociologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 192 s. ISBN 978-80-247-2396-9.
20. O'FLAHERTY HORN, Mary. The Other Side of the Bed Rail. *Annals of Internal Medicine*. 1999, 11, s. 940-941.
21. OREOPOULOS, Dimitrios G. Experience from Both Sides: A PD Nurse as a PD Patient. *Dialysis & Transplantation*. 2007, April, s. 1.
22. RUSŇÁKOVÁ, Lucie. *Sestra pacientem – ovlivní tato zkušenost vztah a empatii k pacientům?*. Bakalářská práce obhájená na Zdravotně sociální fakultě Ostravské univerzity v Ostravě v r. 2008, 47 s. Depon in: Archiv Ústavu ošetřovatelství a porodní asistence.
23. ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998. 272 s. ISBN 80-85931-48-6.
24. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. 5. rozš. vyd. Praha: Grada, 2007. 200 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
25. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie: Příručka pro studenty*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 288 s. ISBN 80-7178-923-2.
26. SKÁCELOVÁ, Zdeňka. *Zdravotník v roli pacienta*. Bakalářská práce obhájená na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně v r. 2009. 96 s. Depon in Archiv Ústavu ošetřovatelství Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

27. Temperament In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 2006, 21. 1. 2010 [cit. 2010-02-05]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Temperament>>.
28. TUTTLE, Jeffrey P. The physician's disease: The impact of medical knowledge on personal illness. *Palliative and Supportive Care*. 2007, 5, s. 71–76.
29. VÍTOVÁ, Hana. Zdravotník pacientem: Ztracený hlas. *Florence*. 2006, 4, s. 19.
30. VÝROST, Josef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 260 s. ISBN 80-247-0042-5.
31. ZACHAROVÁ, Eva, et al. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80247-2068-5.
32. ZACHAROVÁ, Eva. *Úvod do studia zdravotnické psychologie*. 2. rozš. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 182 s. ISBN 80-7368-091-2.
33. ZEITZ, Kathryn. Nurses as patients: The voyage of discovery. *International Journal of Nursing Practice*. 1999, 5, s. 64-71.

## SEZNAM OBRÁZKŮ

<b>Obrázek 1:</b> Eysenckovo dvojrozměrné schéma základních dimenzí osobnosti .....	19
---	----

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka 1:</b> Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka .....	39
<b>Tabulka 2:</b> návratnost dotazníků .....	51
<b>Tabulka 3:</b> Zastoupení pohlaví respondentů .....	52
<b>Tabulka 4:</b> Věk respondentů .....	53
<b>Tabulka 5:</b> Život ohrožující onemocnění .....	54
<b>Tabulka 6:</b> Druh onemocnění .....	55
<b>Tabulka 7:</b> Vzdělání a praxe zdravotníka výhodou? .....	56
<b>Tabulka 8:</b> Vnímání nemocničního prostředí .....	57
<b>Tabulka 9:</b> Kontrola ošetrujícího personálu při provádění výkonů .....	58
<b>Tabulka 10:</b> Výskyt neprofesionálního chování .....	59
<b>Tabulka 11:</b> Přístup personálu k pacientovi po zjištění, že je zdravotník .....	61
<b>Tabulka 12:</b> Informovanost o zdravotním stavu .....	62
<b>Tabulka 13:</b> Největší opora v těžké situaci .....	63
<b>Tabulka 14:</b> Opora ze strany zdravotnického personálu .....	64
<b>Tabulka 15:</b> Přítomnost bolesti .....	65
<b>Tabulka 16:</b> Efektivní řešení bolesti .....	66
<b>Tabulka 17:</b> Vnímání zdravotního stavu .....	67
<b>Tabulka 18:</b> Vliv zkušenosti v roli pacienta na další profesní život zdravotníka .....	68
<b>Tabulka 19:</b> Změna pozice zdraví v žebříčku hodnot po prodělání onemocnění .....	69
<b>Tabulka 20:</b> Vyjádření názoru na tvrzení .....	70

## SEZNAM GRAFŮ

<b>Graf 1:</b> návratnost dotazníků .....	51
<b>Graf 2:</b> zastoupení pohlaví respondentů .....	52
<b>Graf 3:</b> věk respondentů .....	53
<b>Graf 4:</b> život ohrožující onemocnění .....	54
<b>Graf 5:</b> vzdělání a praxe zdravotníka výhodou? .....	56
<b>Graf 6:</b> vnímání nemocničního prostředí .....	57
<b>Graf 7:</b> kontrola ošetrujícího personálu při provádění výkonů .....	58
<b>Graf 8:</b> výskyt neprofesionálního chování .....	59
<b>Graf 9:</b> informovanost o zdravotním stavu .....	62
<b>Graf 10:</b> největší opora v těžké situaci .....	63
<b>Graf 11:</b> opora ze strany zdravotnického personálu .....	64
<b>Graf 12:</b> přítomnost bolesti .....	65
<b>Graf 13:</b> efektivní řešení bolesti .....	66
<b>Graf 14:</b> vnímání zdravotního stavu .....	67
<b>Graf 15:</b> vliv zkušenosti v roli pacienta na další profesní život zdravotníka .....	68
<b>Graf 16:</b> změna pozice zdraví v žebříčku hodnot po prodělání onemocnění .....	69
<b>Graf 17:</b> vyjádření názoru na tvrzení .....	70

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha 1** - Maslowova hierarchie potřeb

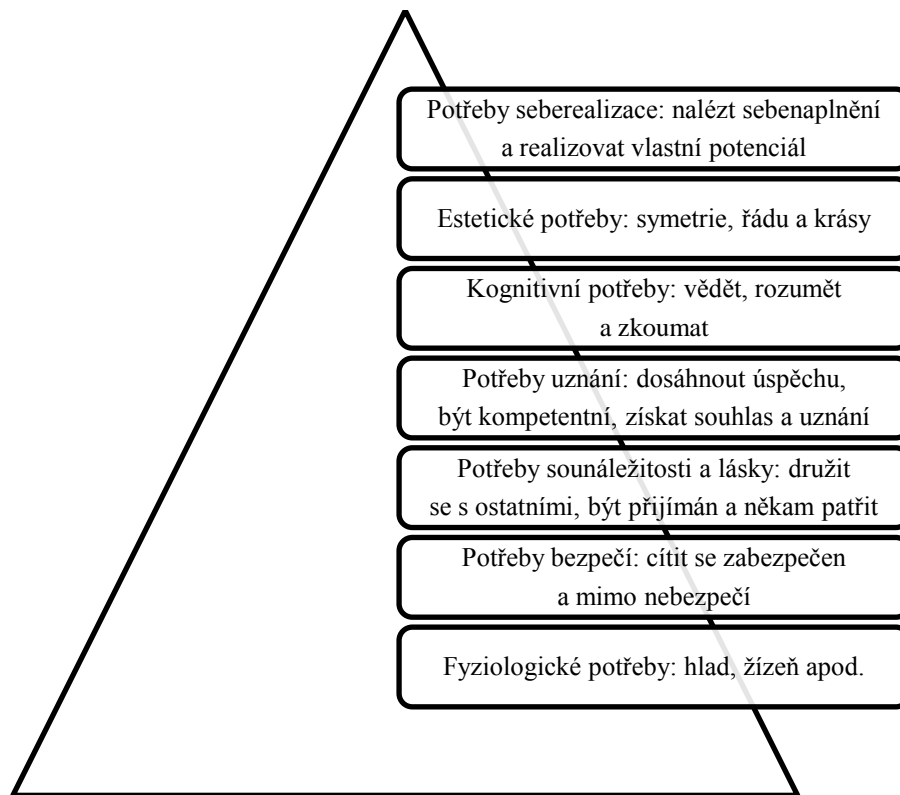
**Příloha 2** – Soubor faktorů ovlivňujících kvalitu profesionálního chování sestry

**Příloha 3** – Dotazník pro sestry

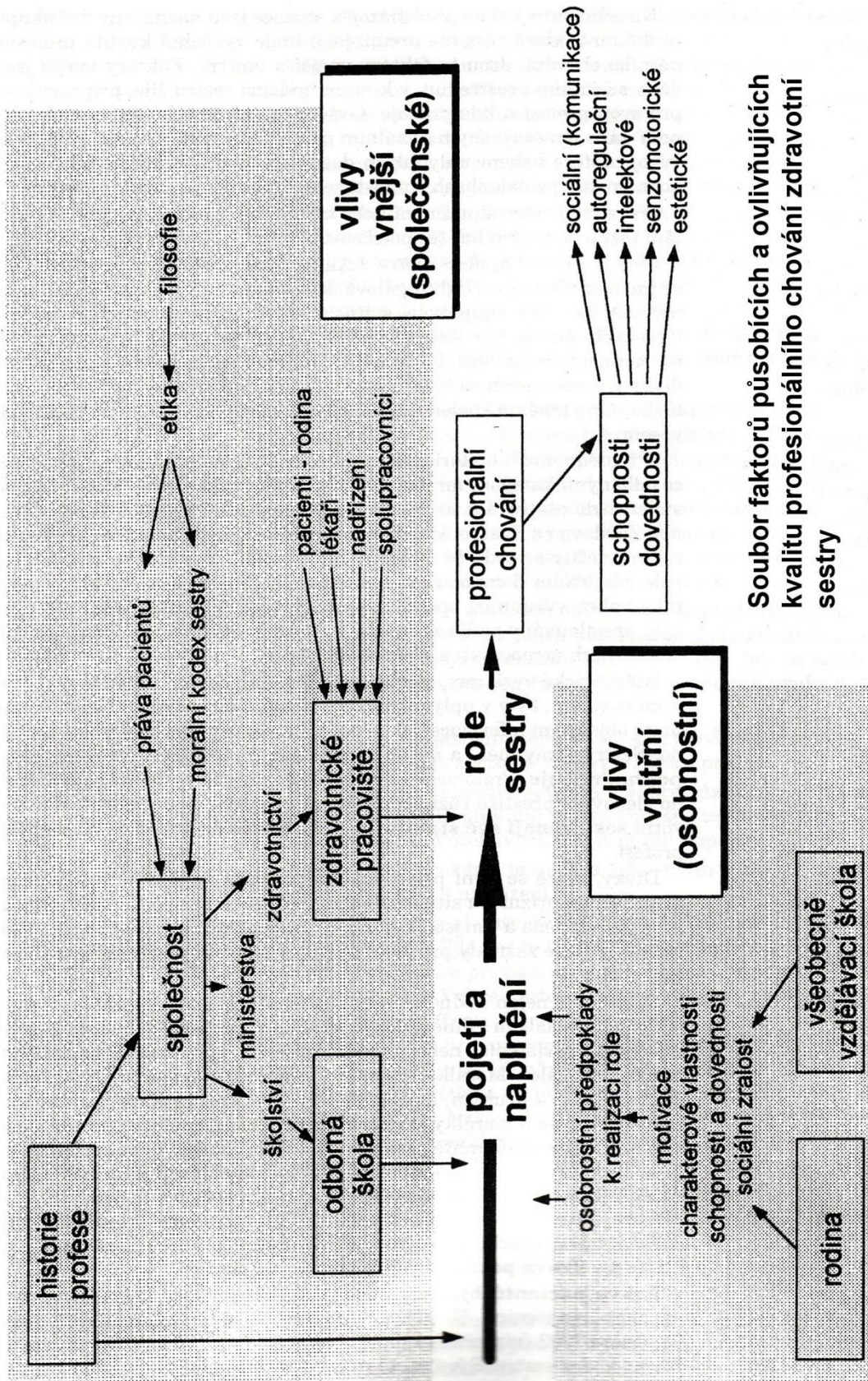
**Příloha 4** – Žádost o povolení výzkumného šetření

## Příloha 1 - Maslowova hierarchie potřeb

(volně podle Základy ošetřování nemocných, Kolektiv autorů, 2005)



**Příloha 2 – Soubor faktorů ovlivňujících kvalitu profesionálního chování sestry**  
 (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995, s. 81)



### **Příloha 3 – Dotazník pro sestry**

**Vážená kolegyně, vážený kolego,**

anonymní dotazník, který dostáváte do rukou, bude sloužit jako výzkumná část mé bakalářské práce, která nese název „**Zdravotník jako pacient**“.

Cílem dotazníkového šetření je zjistit pocity a prožívání zdravotní sestry, pokud se ocitne v roli pacienta. Zejména způsob prožívání nemoci, vliv profese na prožívání nemoci a hospitalizace a vliv zkušenosti v roli pacienta na další profesní život.

**TENTO DOTAZNÍK JE URČEN SESTRÁM, KTERÉ PRACUJÍ V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ A SAMY BYLY NĚKDY VE SVÉM ŽIVOTĚ HOSPITALIZOVÁNY (BĚHEM PRAXE ČI JIŽ BĚHEM STUDIA).**

Dotazník je anonymní, nebude tedy odhalena Vaše totožnost, nebude nikomu poskytnut.

Odpovídejte, prosím, sám/sama za sebe, zajímá mne právě Váš názor.

Za pravdivé odpovědi předem děkuji.

#### **Pokyny pro vyplňování:**

Označte jednu odpověď, která nejvíce vyhovuje Vašemu stanovisku.

Je-li uvedena možnost jiné nebo je ponecháno volné místo, uveďte, prosím, Váš názor.

U některých otázek je možno vybrat odpovědí více.

Pokud se spletete nebo se rozhodnete změnit svou odpověď, nevádí. Škrtněte to, co už neplatí a zakroužkujte to, co platí.

Vyplněné dotazníky vhod'te, prosím, do mnou označené nádoby umístěné na přístupném místě na Vašem oddělení.

**Děkuji Vám za spolupráci.**

Lucie Uhlířová

Studentka 3. ročníku Ošetrovatelství

Univerzita Karlova v Praze

Lékařská fakulta v Hradci Králové

**Pohlaví:**

- Žena
- Muž

**Věk:**

- do 30 let
- 31-50 let
- nad 50 let

**Obor, v němž pracujete:** .....

**Délka praxe (včetně případné mateřské dovolené):** ..... let

**1. Prodělal/a jste někdy onemocnění, které Vás ohrožovalo na životě?**

- a) Ano.
- b) Ne, byl/a jsem hospitalizován/a, ale neocítl/a jsem se v přímém ohrožení života.

**2. S jakým onemocněním jste byl/a hospitalizován/a?**

- a) Akutní
- b) Akutní následované operací
- c) Chronické
- d) Chronické následované operací

**3. Pociťoval/a jste své zdravotnické vzdělání a praxi jako výhodu při zvládnutí nemoci oproti „nezdravotníkovi“?**

- a) Ano, myslím si, že moje znalosti a zkušenosti mi pomohly snížit mé obavy – díky vědomostem o lidském těle a jeho nemocech jsem mohl/a lépe předvídat průběh onemocnění, dokázal/a jsem si vybavit výkony, které mne čekaly apod.
- b) Ne, spíše jsem si uvědomoval/a možné komplikace nemoci/výkonu a vzbuzovalo to ve mně obavy a strach.
- c) Nepociťoval/a jsem svou profesi ani jako výhodu, ani nevýhodu – nepřipadalo mi, že by má profese na mé prožívání nemoci měla vliv.
- d) Jiné – popište své pocity:.....

**4. Jak jste vnímal/a nemocniční prostředí v roli pacienta?**

- a) To, že je mi prostředí nemocnice známé, bylo pro mě během hospitalizace určitě výhodou.
- b) I když toto prostředí za normálních okolností důvěrně znám, jako pacient jsem se cítil/a poněkud „ztraceně“. Skutečnost, že jsem sestra, byla najednou úplně setřena.
- c) Neuvědomuji si, že bych nemocniční prostředí nějak zvlášť vnímal/a, má nemoc mi „nedovolovala“ příliš se zaobírat prostředím.
- d) Jiné:.....

- 5. Stalo se Vám někdy, že jste sledoval/a až „kontroloval/a“ personál, jak provádí výkony, když Vás nebo ostatní pacienty ošetřoval?**
- Ano – se zvýšenou pozorností. („Musel/a jsem se přesvědčit, že je vše prováděno správně.“)
  - Ano, aniž bych to příliš uvědomoval/a. Jen někdy jsem se přistihl/a.
  - Ne, neřekl/a bych.
- 6. Stalo se Vám někdy, že jste byl/a svědkem neprofesionálního chování zdravotní sestry (non-lege artis postup, hrubé chování, nerespektování studu pacienta apod.)?**
- Ne.
  - Ano, konkrétně (prosím, vypište).....
- 7. Jaký byl přístup personálu k Vaší osobě, když se dověděl, že jste zdravotník? ZDE JE MOŽNO ZAŠKRTNOUT VÍCE ODPOVĚDÍ.**
- Personál se ke mně choval stejně jako k ostatním pacientům.
  - Sestry byly vstřícnější.
  - Bylo znát, že personál někdy kontroluje, že si je vědom „znalého oka“.
  - Jiné.....
- 8. Cítil/a jste se dostatečně informována o svém zdravotním stavu?**
- Ano, vše mi bylo srozumitelně vysvětleno, měla jsem pocit, že se mohu aktivně účastnit léčby.
  - Ne úplně, měla jsem však možnost se dále ptát.
  - Lékaři se mnou jednali jinak než s ostatními pacienty, předpokládali, že „vše“ vím a musím všemu rozumět.
  - Jiné: .....
- 9. Kdo Vám byl v těžké situaci nejvíce oporou? ZDE JE MOŽNO ZAŠKRTNOUT VÍCE ODPOVĚDÍ.**
- Partner/ka
  - Děti
  - Rodina celkově
  - Kamarád/ka
  - Jiné: .....
- 10. Cítila jste oporu i ze strany zdravotnického personálu?**
- Ano, ze strany sester.
  - Ano, ze strany lékařů.
  - Ano, od celého zdravotnického týmu.
  - Ne.

**11. Trpěl/a jste během nemoci bolestí?**

- a) Ano.
- b) Ne.

**12. Pokud jste bolestí trpěl/a, máte pocit, že na ni bylo adekvátně reagováno a byla z Vašeho pohledu efektivně řešena?**

- a) Ano.
- b) Ne.

**13. Jak vnímáte zdravotní stav sebe a svých blízkých jako zdravotník - profesionál?**

- a) Od doby, co se pohybuji ve zdravotnictví, řekl/a bych, že na zdraví své a svých blízkých nahlížím s větší ostražitostí, než když jsem ve zdravotnictví nepracoval/a.
- b) Díky vzdělání a zkušenostem ve zdravotnictví jsem velmi opatrná/ý na své zdraví a zdraví blízkých – nepodceňuji obtíže, mám raději, když je - pokud možno - vše hned vyšetřeno a já mám pocit, že jsem nic nezanedbal/a.
- c) Jiné: .....

**14. Ovlivnila Vás zkušenost v roli pacienta ve Vašem dalším profesním životě?**

- a) Ano, myslím, že se díky tomu dokážu více vcítit do situace nemocného, jsem svým způsobem vděčná/ý za tuto zkušenost.
- b) Ne, myslím, že jsem byl/a schopná/ý si dostatečně představit pocity nemocného i před svou hospitalizací.
- c) Ne, nepřipadá mi, že mne tato zkušenost v mé profesi nějak ovlivnila.
- d) Jiné: .....

**15. Změnila se nějak pozice zdraví ve Vašem žebříčku hodnot poté, co jste prodělala onemocnění?**

- a) Ano, nyní si svého zdraví více vážím.
- b) Ne, zdraví pro mne vždy bylo na nejvyšším místě.
- c) Ne, nejsem si vědom/a.
- d) Jiné/vlastní vyjádření: .....

**16. Pokuste se, prosím, vyjádřit svůj názor na toto tvrzení: „Sestra se nikdy nemůže plně vžít do role pacienta, pokud se sama v této roli neocitla.“**

- a) Souhlasím, protože.....  
.....
- b) Nesouhlasím, protože.....  
.....
- c) Vlastní vyjádření: .....  
.....

**17. Pokud máte pocit, že jsem se Vás na něco důležitého nezeptala a máte chuť mi to sdělit nebo nějakou informaci upřesnit, prosím, učiňte tak.**

.....  
.....

## Příloha 4 – Žádost o povolení výzkumného šetření

**Vážená paní  
Bc. Hana Ulrychová  
Hlavní sestra  
Fakultní nemocnice Hradec králové  
Sokolská 581  
Hradec Králové  
500 05**

V Hradci Králové, 15. 9. 2009

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové**

Vážená hlavní sestro,

dovoluji si vás požádat o povolení výzkumného šetření na klinikách FN Hradec Králové, jež by mělo být součástí mé bakalářské práce.

Práce nese název „**Zdravotník jako pacient**“ a jejím cílem je zmapovat pocity a prožívání sester, které byly někdy hospitalizovány a ocitly se tak v roli pacienta.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, práce bude zpracována pod odborným vedením paní Jaroslavy Pečenkové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení vašeho rozhodnutí.

S pozdravem,



Lucie Uhlířová  
Nar. 6. 5. 1981  
Studentka 3. ročníku Ošetrovatelství – Všeobecná sestra

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím  
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 16. 9. 2009

Podpis:

