

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

ZDRAVOTNÍK JAKO PACIENT

Bakalářská práce

Autor práce: **Monika Marušková**

Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2012

CHARLES UNIVERZITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

A MEDIC AS A PATIENT

Bachelor's thesis

Author: **Monika Marušková**

Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2012

Čestné prohlášení

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

Monika Marušková

V Hradci Králové

.....

Poděkování

Děkuji paní Jaroslavě Pečenkové za metodické vedení, cenné rady a profesionální přístup při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji Ing. Jiřímu Brožovi za technické zpracování této práce.

Obsah:

	Úvod.....	7
1	Zdraví a nemoc	11
1.1	Pojetí zdraví.....	11
1.2	Nemoc	11
1.2.1	Teorie vzniku nemoci.....	12
1.2.2	Pojetí nemoci.....	12
1.3	Holistické pojetí člověka	13
2	Osobnost člověka	14
2.1	Temperament.....	14
2.1.1	Antická typologie temperamentu	14
2.1.2	Kretschmerova morfologicky založená teorie temperamentu.....	15
2.1.3	Eysenckova teorie.....	15
2.2	Motivace.....	16
2.3	Vůle	17
2.4	Emocionalita.....	17
3	Osobnost nemocného.....	19
3.1	Stávání se pacientem	19
3.2	Psychologie pacienta	19
3.2.1	Autoplastický obraz nemoci.....	20
3.2.2	Podmíněnost autoplastického obrazu nemoci	20
3.3	Emoční prožívání nemoci.....	21
3.4	Přístup pacienta k nemoci.....	22
3.4.1	Prožívání nemoci v čase	23
3.5	Role a postavení nemocného	23
3.5.1	Význam rodiny	25
4	Osobnost zdravotníka	26
4.1	Osobnostní předpoklady.....	26
4.2	Role sestry	27
4.3	Základní role sestry v moderním ošetřovatelství	28
4.4	Typy sester	29
4.5	Chování sester ve svízelných situacích pracovního života	29
4.5.1	Neadaptivní projevy sester	31
4.5.2	Produktivní chování sester	32
4.5.3	Syndrom vyhoření	32
5	Potřeby člověka.....	35
5.1	Přehled potřeb podle Maslowa	35
5.2	Faktory modifikující uspokojování potřeb člověka.....	37
5.3	Potřeby v závislosti na nemoci.....	38
6	Sororigenie a iatrogenie	41
7	Zdravotník jako pacient	43
8	Výzkum.....	47
8.1	Metoda výzkumu	47
8.2	Způsob předání a rozdělení dotazníků.....	48
9	Charakteristika respondentů	49
10	Výsledky výzkumu	55
11	Kazuistika.....	81
12	Diskuze	84
12.1	Zhodnocení charakteristiky respondentů.....	84

12.2	Vnímání a prožívání nemoci	84
12.3	Reakce na příznaky nemoci.....	86
12.4	Zkušenosti a vnímání role pacienta	86
12.5	Přístup zdravotnického personálu ke zdravotníkovi v roli pacienta.....	87
12.5.1	Pohled zdravotníka profesionála	87
12.5.2	Pohled zdravotníka v roli pacienta	88
12.6	Analýza odpovědí respondentů vzhledem k jejich charakteristikám	89
12.7	Srovnání s výzkumem na podobné téma	89
12.8	Opatření	90
	Závěr.....	91
	Anotace	93
	Abstract	94
	Literatura a prameny.....	95
	Seznam obrázků	97
	Seznam tabulek.....	98
	Seznam grafů	99
	Seznam příloh	100

Úvod

V práci na téma zdravotník jako pacient se chci zabývat skupinou pacientů, kterou tvoří zdravotníci. Ti se vyskytují napříč všemi lékařskými i nelékařskými obory, někteří z nich vyžadují pouze ambulantní péči, někteří mají a získávají zkušenosti s hospitalizací. Jejich onemocnění, tak jako u ostatních pacientů, jsou různého charakteru a mají různé důsledky pro samotné pacienty, jejich rodiny, blízké a mohou mít vliv i na výkon i chování v jejich profesi.

Domnívám se, podle svých vlastních zkušeností, že zdravotníci postavení do role pacienta reagují jinak, než pacienti nepracující ve zdravotnictví. Hlavním cílem této práce je sledovat, jak zdravotník reaguje na změnu role, okamžik, kdy se z něho stává pacient. Zjistit, jaké jsou specifické změny role a způsob jejich vnímání změny. Myslím si, že svůj vliv zde má mnohaletá profesní příprava a samotné zkušenosti z vykonávání zdravotnického povolání. Tak jako ostatní pacienti se setkávají s příznivými a nepříznivými zprávami o svém zdravotním stavu, které je staví do zcela nových situací, které právě na základě svých osobních profesních zkušeností mohou řešit jiným způsobem a tomu může odpovídat i reakce na jejich aktuální zdravotní stav. Vnímání nemoci a role pacienta se může lišit od pacientů, kteří nevykonávají zdravotnické povolání, a z toho vyplývá, že z hlediska ošetrovatelské péče zde mohou vznikat specifické potřeby, právě typické pro zdravotníky jako pacienty. Mým cílem je tyto potřeby odhalit, pojmenovat a navrhnout řešení k jejich saturaci. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je také komunikace s pacienty. Domnívám se, že zdravotníci jako pacienti jsou ještě více vnímaví a citliví na to, co jim zdravotnický personál říká a jak jim to říká. Zde si práce klade za cíl zjistit, jak vést komunikaci s pacientem v roli pacienta, jak zmírnit jeho strach a obavy a psychicky jej nepoškodit nevhodným verbálním i neverbálním projevem.

Toto téma jsem si vybrala na základě svých vlastních zkušeností, které sice nebyly tak významné, ale prožitky a můj vlastní způsob vnímání role pacienta byly natolik výrazné a mě samotnou překvapily, že jsem chtěla najít odpověď na otázku, jak reagují ostatní zdravotníci na situaci, když se ocitnou na druhé straně, na straně pacientů. To byla první pohnutka, která mě vedla k výběru tématu pro bakalářskou práci, ale během příprav této práce jsem sama zažila vznik a vývoj situace zdravotník jako pacient. Onkologicky jsem onemocněla a můj stav si vyžádal velký operační výkon, dlouhou rekonvalescenci a vedl k přerušení studia a tedy i přerušení psaní této práce. V empirické části je kapitola Zdravotník pacientem - vlastní zkušenost. Obsahuje a popisuje mé vlastní zážitky, subjektivní prožitky a popis emocí.

Koncepce empirické části byla sestavena před onemocněním a dále jsem ji již neměnila.
I po této zkušenosti jsem se sestavením otázek dotazníku spokojena.

TEORETICKÁ ČÁST

Cíle teoretické části práce

- Vymežit pojem zdraví a nemoc,
- popsat vnímání a prožívání nemoci,
- přiblížit osobnost zdravotníka a pacienta,
- popsat potřeby člověka,
- popsat roli pacienta a zdravotníka,
- nastítnit reakci na hospitalizaci,
- popsat sorrorigenii a iatrogenii.

1 Zdraví a nemoc

1.1 Pojetí zdraví

Podstatným předpokladem pro spokojenost lidí a jejich realizaci je potřeba zdraví. To je někdy chápáno jako nástroj k dosažení cíle. Na vymezení pojmu zdraví jsou různorodé názory. Názor na to, co je zdraví, může být ovlivněn tím, z jakého úhlu je na něj nahlíženo. Jeden pohled může být z hlediska fyzické stránky, psychické nebo z pohledu, kde je zdraví bráno z komerčního hlediska (Zacharová et al., 2007).

Definice zdraví, která je obsažena v ústavě Světové zdravotnické organizace, pocházející z roku 1947, zní: „**Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady**“. Podle definice je zdraví složitý systém, který je tvořen složkou fyzickou, psychickou a sociální, a dohromady tvoří dynamický celek. Slabou stránku pojetí zdraví vidí Bártlová v tom, že se opírá především o subjektivní pocity člověka (Bártlová, 2005). Jiný pohled na zdraví nabízí Křivohlavý (2001 in Zacharová et al., 2007, s. 15), který nahlíží na zdraví z hlediska spokojenosti člověka s dosahováním cílů, které určují směřování jeho života. Definiuje zdraví jako celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. Bártlová poukazuje na kladný vliv skutečnosti, že všechny složky dle definice WHO, tělesná, psychická a sociální, jsou rovnocenné. Tím se pojem zdraví vymanil z tradičního biologizujícího pojetí, které mělo dříve v medicíně pevné zakotvení. Člověk je zde chápán jako individuum pevně spjatý se svým sociálním prostředím (Bártlová, 2005).

1.2 Nemoc

Tak jako pojem zdraví je složen z několika faktorů, tak i na nemoc je v poslední době nahlíženo multifaktoriálně. Nemoc má také svou tělesnou, duševní a sociální stránku. Jejich vzájemné interakce s lidským organismem a způsobem života zapříčiňují nemoci nebo přispívají k rozvoji nemoci. V moderní společnosti převažují ve významném počtu nemocí, u kterých pravděpodobně podstatnou roli tvoří faktory psychické a sociální (Bártlová, 2005).

Praktický slovník medicíny popisuje nemoc jako: „**Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních a vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu.**“ (Vokurka, Hugo, 1994, s. 229)

Z jiného úhlu pohledu hodnotí nemoc Bártlová (1996, s. 17 in Zacharová et al., 2007) jako „poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role“. Zde je nemoc hodnocena ze sociologického hlediska, z pohledu společnosti na člověka.

1.2.1 Teorie vzniku nemoci

Z definice nemoci, která v sobě zahrnuje složku biologickou, psychickou a sociální, vychází modely, které si kladou za cíl popsat vzájemné působení těchto složek:

- **Biomedicínský model**, který zkoumá nemoc jako důsledek špatné funkce orgánu nebo buněk. Je zde sledován vztah příčiny a důsledku, tento model má tendenci ignorovat psychosociální složku nemoci. Má jasná kritéria pro stav, který je pak klasifikován jako nemoc:
 - Poznaná příčina.
 - Konzistentní identifikovatelný komplex příznaků (Mastiliaková, 1999).
- **Psychologický model nemoci**, který vychází z psychoanalýzy. Nejpropracovanější pojetí nemoci vytvořil v sedmdesátých letech 20. století Balint (Zacharová et al., 2007).
- **Sociologický model** nemoci chápe nemoc jako sociální jev, kde nemoc obvykle znamená změnu chování individua a s ní souvisí odezva okolí (Mohapl, 1991, s. 18 in Zacharová et al., 2007).

1.2.2 Pojetí nemoci

Pojem nemoc je v anglickém jazyce vyjádřen několika různými slovy, které popisují nemoc z několika úhlů pohledu:

- **Disease (choroba)** – pohlíží na nemoc z hlediska patofyziologie, kdy dochází k poškození, snížení, oslabení určité fyziologické činnosti.
- **Illness (nemoc)** – popisuje nemoc z hlediska funkčního stavu, vyjadřuje poznání pacienta, jeho povědomí o tom, že něco není v pořádku, vyznačuje se například neschopností pracovat.

- **Sickness (nezdravý)** – vyjadřuje sociální stav, jde o pohled druhých lidí na člověka, který je hodnocen například jako hendikepovaný člověk, invalida atd. (Křivohlavý, 2002).

Výše uvedené pojmy blíže rozvádí další autoři, jako například David Field (in Křivohlavý, 2002, s. 18), který termínem disease rozumí lékařské pojetí patologické abnormality, které je možno indikovat z řady symptomů. Termínem illness se rozumí, dle něho, že dané osobě není dobře, cítí bolest a zažívá pocity nepohody (diskomfortu). Zdravotní nepohoda je charakterizována negativní emocionální kvalitou.

Křivohlavý ve své knize odkazuje na Davida Seedhouse a upozorňuje, že pocit zdravotní nepohody je jevem zkušenosti, jeho negativních emocionálních zážitků. Znamená to tedy, že určitá osoba může trpět určitou chorobou, aniž by si toho byla vědomá (necítí se nemocná). Naproti tomu někdo se může cítit nemocen, ale chybí mu příznaky určité choroby (Křivohlavý, 2002, s. 18).

1.3 Holistické pojetí člověka

Holismus je filozofický směr, podle něhož celek není jen pouhým souhrnem jednotlivých částí, nýbrž nehmotným a nepoznatelným až mystickým činitelem celistvosti. Celek lze rozložit na části, ale tímto rozložením celkovost zanikne. Holistická teorie vidí živé organismy jako jednotné celky, jejichž jednotlivé části jsou ve vzájemné interakci. Porucha jedné části je poruchou celého systému.

Pojem „**holistické zdraví**“ zahrnuje celou osobnost člověka: chápe ho jako celistvou bytost se všemi stránkami jejího životního stylu, to zahrnuje tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládání stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a duchovno.

Holistický přístup sester pomáhá lidem převzít odpovědnost za své zdraví, hledat alternativy, zdravý způsob života, sebeuspokojení a mobilizaci svých vnitřních hojivých sil. Tento přístup zdůrazňuje orientaci na člověka, aby se jeho osobnost a jeho potřeby neztratily v množství přístrojové techniky, kterou sebou přináší pokrok v medicíně. Role sestry se tím rozšířily i na individuální ochránkyně práv pacientů s důrazem na etické principy kvality života (Mastiliaková, 1999).

2 Osobnost člověka

Pro úvod této kapitoly jsem zvolila definici Hanse Jürgena Eysencka (s. 171 in Nakonečný, 1995). „**Osobnost je více či méně stabilní a setrvávající organizace charakteru, temperamentu, intelektu a těla osoby, která determinuje její jedinečnou adjustaci prostředí.**“ Psychologie osobnosti je velmi rozsáhlá kapitola, proto jsem do své práce vybrala jen některé okruhy, o kterých se domnívám, že souvisí s pojetím teoretické části práce.

2.1 Temperament

V psychologii termín temperament zahrnuje celou skupinu vlastností (ve smyslu individuálních rozdílů) temperamentových kvalit, které mohou být chápány jako faktory, kde přítomnost jedné z nich nemusí nutně znamenat nepřítomnost druhé nebo třetí a navzájem jsou statisticky nezávislé. Člověka, který má být posouzen z hlediska charakteru, je třeba posoudit v několika samostatných různých vlastnostech. Především jde o celkové ladění osobnosti a o převládající náladu. Temperament také zahrnuje způsob citové a volní vzrušivosti, reaktivity a aktivity. Temperament se projevuje už v dětství a zůstává stálý (Říčan, 2007). Relativně stálé rysy temperamentu, které byly dříve připisované vlivu dědičnosti, jsou dnes vysvětlovány různě, i když silný vliv dědičnosti není popírán (Nakonečný, 1993).

2.1.1 Antická typologie temperamentu

Antická teorie temperamentu, kterou zde předkládám pro doplnění, je již dávno překonána. Zařazuje člověka do čtyř skupin. Autorství se připisuje Hippokratovi a rozlišoval hlavní typy lidských povah dle převládajících tekutin v těle:

- **Sangvinik** – převaha krve: čilý člověk, dobromyslný, společenský, vřelý, snadno se nadchne, optimista.
- **Flegmatik** – převaha hlenu: klidný člověk, který se nedá snadno vyvést z rovnováhy, v extrému lhostejný, netečný, nepodléhá náladám, pomalejší, ale spolehlivý.
- **Cholerik** – převaha žluči: dráždivý, vzteklý člověk, který snadno vyletí a rozhněvá se, hněv však nemá dlouhé trvání.
- **Melancholik** – převaha černé žluči: smutný člověk, trdomyslný, pesimista, pomalý, precitlivělý, špatně přizpůsobivý (Říčan, 2007).

2.1.2 Kretschmerova morfologicky založená teorie temperamentu

Tato teorie zastupuje další hledisko, jak popsat temperamentové typy lidí. Ernst Kretschmer (1921) vychází z myšlenky, že temperamentové vlastnosti a nejdůležitější psychické poruchy souvisí se stavbou těla. **Rozlišuje tělesné typy na tři skupiny:**

- **Pyknický s cyklotymním temperamentem** má dvě varianty, může být popsán, jako člověk společenský se smyslem pro humor na druhé straně se mohou snadno rozplakat, pohybují se mezi dvěma póly, splývají s dobou, milují požitky a pohodlí, jsou to lidé sdílní, otevření, někteří jsou praktické přetížení prací, dobrosrdeční, mohou působit flegmaticky.
- **Leptosomní se schizotymním temperamentem**, charakterizovaný jako člověk záhadné a složité povahy, pod jejich vnější fasádu lze těžko proniknout, obecně jsou lidé uzavření, vážní, plaší, citliví, plní rozporů, žijící intenzivním vnitřním životem, spíše nepraktičtí, citliví a chladní zároveň, mohou se zde nacházet chladní zločinci, jemní aristokraté, podivíni, chladní intelektuálové, také panovační lidé, egoisté, lidé bez humoru.
- **Atletický s vizkózním temperamentem** je člověk psychomotoricky klidný až pomalý, někdy až neobratný, rozvážný, méně citlivý a vzrušivý, převážně flegmatický (Nakonečný, 1993).

2.1.3 Eysenckova teorie

Je to vědecky podložená teorie pracující s pojmy jako introverze a extroverze, neuroticismus a psychotismus. Autorem této teorie je Hans Jürgen Eysenck (1916- 1997).

- **Extravert** je družný člověk, rád chodí do společnosti, má mnoho přátel, potřebuje mít kolem sebe hodně lidí, se kterými může mluvit, nerad čte a tráví čas sám. Vyhledává vzrušení, často riskuje, jedná z okamžitého podnětu, je impulsivní, má rád legraci, změnu, je optimistický, bezstarostný, může mít sklon k agresi, je stále v pohybu, snadno ztrácí náladu a trpělivost. Příliš své city nekontroluje a může být nespolehlivý.
- **Introvert** je člověk tichý, stahující se do sebe, introspektivní, dává přednost četbě než lidem. Je rezervovaný, udržuje odstup od lidí, kromě nejbližších přátel. Má sklon vše plánovat, nejedná v okamžitém impulsu, nemá rád vzrušení, vše pojímá vážně, má rád určitý řád. Svě city kontroluje, nebývá agresivní, neztrácí snadno náladu a trpělivost. Je spolehlivý, pesimisticky laděný.

- **Neuroticismus** je vlastnost vycházející z příznaků člověka trpícího neurózou. Říčan píše ve své knize, že téměř každý člověk má zkušenosti s příznaky této poruchy a je těžké určit hranici, kde již začíná nemoc. Někteří autoři, jak udává Říčan, to vidí jako následek dnešní doby, vysokého životního tempa a velkým množstvím podnětů, které na nás neustále působí. Člověk s vysokým neuroticismem bývá neklidný, úzkostný, dělá si zbytečné starosti, je podrážděný, chybí mu sebedůvěra, má pocity méněcennosti, snadno se uráží, trpí závratěmi, mívá poruchy spánku. Jiným termínem pro neuroticismus je labilita, a proto druhá dimenze osobnosti je dvojpólově nazývána **stabilita – labilita** (Říčan, 2007).

Vztah introverze, extroverze a stability, nestability s pomocí čtyř základních temperamentových rysů graficky popisuje Eysenckovo dvojdimenzionální schéma základních vlastností (viz příloha č. 4).

2.2 Motivace

Motivace označuje souhrnné označení pro motivy a jejich působení. Říčan označuje motivaci jako faktor, který uvádí do pohybu myšlenku, představu, přání, rozhodnutí. Motiv vede k aktivitě, aby byly zajištěny potřeby, a to jak ty základní, tak i ty vyšší. Dle Říčana se často o motivech mluví jako o potřebě, především, je-li nutné zdůraznit nedostatek nějakého cílového předmětu. Z hlediska psychologie mají velký význam motivační vlastnosti, například ctižádost, návyk na alkohol, a tyto vlastnosti určují jakým způsobem, jak často a jak silně bude motiv uplatňován, prožíván (Říčan, 2007).

Z ošetrovatelského hlediska je motivace důležitá, protože přítomnost motivu vede k hledání způsobu, jak si zajistit své potřeby, a přímo souvisí s jednou z nejdůležitějších činností sester a to je vyhledávání a saturace potřeb od těch fyziologických po ty vyšší prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

S motivací souvisí také **postoje a hodnotové orientace**. Říčan uvádí, že pokud je znám například postoj člověka k rodině, k pracovnímu kolektivu, je možné odhadnout, jakým způsobem bude jednat. Ty nejjobecnější postoje, které určují celý životní styl a orientaci člověka ve světě, jsou hodnoty nebo hodnotové orientace. Hodnota by se mohla popsat jako norma. Člověk, který je orientován určitým směrem, považuje za správné právě to, co se nejvíce přibližuje jeho hodnotové orientaci (Říčan, 2007). V souvislosti s hodnotovou

orientací je třeba zmínit Maslowovu hierarchii potřeb, která je blíže popsána v kapitole Potřeby člověka.

2.3 Vůle

V celém léčebném procesu, ale také při realizaci ošetrovatelského procesu jsme odkázáni na vůli pacienta s námi spolupracovat, dodržovat naše doporučení a úplně to nejzákladnější, co se od pacienta očekává, je vůle se uzdravit. Domnívám se, že význam vůle je značný a ve velké míře ovlivňuje výsledky léčby. Nakonečný ve své knize předkládá mnoho myšlenek různých psychologů, jejichž snahou bylo vymezit pojem vůle, což, jak on se domnívá, je těžké. Shrnuje jejich závěry a uzavírá tuto problematiku, že vůle je dispozice k autoregulaci a projevuje se vědomým sebeovládáním a sebezprosazováním. Do volního aktu se, dle něho, integrují jednotlivé složky osobnosti (intelektuální, emocionální, motivační) a jednotně fungují jako celek. V průběhu volního jednání dochází k zpětné vazbě, tedy jestli bylo nebo nebylo dosaženo cíle. Jednání člověka ovlivňují volní vlastnosti jako vytrvalost, ráznost, smysl pro odpovědnost, spolehlivost, sebeovládání a další. Pokud u volního aktu nedochází k dosažení cíle, u člověka dochází k frustraci (Nakonečný, 1993).

Z ošetrovatelského hlediska se domnívám, že sestra, pokud si s pacientem vytyčuje v rámci ošetrovatelského procesu nějaký cíl, měla by zvážit, jestli je reálné ho dosáhnout, právě aby nedocházelo k frustraci pacienta a jeho zpětná vazba byla pozitivní, což má určitě příznivý vliv na další spolupráci s pacientem.

2.4 Emocionalita

Nakonečný emocionalitu popisuje jako základní temperamentovou dimenzi, vnímá ji jako trvalejší vlastnost osobnosti, která určuje především dynamiku prožívání emocí, například citlivost, hloubku prožívání, délku prožitku, stálost emocí a jejich přiměřenost v dané situaci (Nakonečný, 1993).

Při kontaktu s pacientem sestra neustále vnímá jeho emoce. Každý pacient zpracovává své pocity individuálně, někdo je laděn optimisticky, jiný zažívá strach, úzkost, sklon k agresi. Následkem pak mohou být poruchy spánku, únava. Především bych zdůraznila úlohu

strachu u nemocného člověka, který určitě v různé míře provází mnoho pacientů. Je důležité na něho myslet v ošetrovatelském procesu. Dnešní doba přináší stále nové vyšetřovací a léčebné metody, někteří pacienti se v nich obtížně orientují a mnohdy mohou zažívat zbytečné pocity strachu. Některé názvy vyšetření se mění a je-li to pacientovi dobře vysvětleno, třeba si uvědomí, že to již zná a ví, o co jde. A také důkladné vysvětlení a popis toho, co pacienta čeká, může zmírnit jeho pocit strachu. Oproti tomu jsou také lidé, kteří nechtějí být dopředu informováni o tom, co je čeká a jaký bude průběh výkonu. Je třeba vždy volit individuální přístup. V ošetrovatelském procesu si musíme všimnout emocionální reakce pacienta a jeho odezvy na zátěžové situace a také zjistit, co mu pomáhá překonávat problémy. Může to být přítomnost partnera, rodiny, další informace od lékaře. Prožívání emocí je obsáhlé téma a právě u pacientů je to velmi výrazná oblast, kterou mohou sestry pozitivně nebo negativně ovlivnit.

3 Osobnost nemocného

Přítomnost nemoci je zásadní zásah do života člověka. Proces, kdy se člověk stane pacientem, vnímá každý různě a individuálně. Působení tohoto procesu se dotýká všech stránek člověka na úrovni biologické, psychologické, sociální a spirituální. Je možné také říci, že člověk se stává pacientem v okamžiku, kdy je možno jeho příznaky dostatečně klasifikovat podle mezinárodního seznamu nemocí (Zacharová et al., 2007).

3.1 Stávání se pacientem

Křivohlavý uvádí **Zolův model pěti momentů**, které mají za následek chování při porušeném zdraví:

1. Míra znepokojení či dokonce zděšení příznakem, který se u pacienta objevil.
2. Povaha a kvalita tohoto příznaku.
3. Míra ohrožení vzájemných vztahů daného člověka s druhými lidmi, především v rodině, zaměstnání.
4. Míra omezení zamýšlených činností (dovolená, škola) následkem objevení zdravotních problémů.
5. Sociální sankce stojící v pozadí (například manželka naléhající na manžela, aby se léčil). (Křivohlavý, 2002, s. 20 in Zacharová et al., 2007)

3.2 Psychologie pacienta

Somatické onemocnění ovlivňuje i psychiku, nemoc se dostává do popředí pacientova myšlení. Pacient se může cítit ohrožen na životě svou nemocí, ale stejně tak jsou ohroženy jeho plány do budoucna, vzájemné vztahy s blízkými lidmi, může být ohroženo jeho dosavadní vykonávání profese. Přítomnost nemoci redukuje pozitivní zážitky a přináší více negativních podnětů. Následkem toho všeho dochází ke změně sebepojetí nemocného, projevující se snížením sebehodnocení a sebeúcty. Velký podíl na psychologickém zpracování přítomnosti nemoci má míra identifikace sebe samého s rolí pacienta, tedy jestli je tato role přijímána či nikoliv. Následkem toho dotyčný člověk různým způsobem jedná (Vágnerová, 2004).

3.2.1 Autoplastický obraz nemoci

Subjektivní prožívání nemoci popisuje Jobánková a kol., jako **autoplastický obraz nemoci**, který má stránky:

- Senzitivní (lokální bolesti a obtíže),
- emoční (strach, úzkost, naděje),
- volní (úsilí odolávat nemoci, aktivně usilovat o uzdravení),
- racionální a informativní (znalosti o nemoci, léčbě).

Složky autoplastického obrazu se, jak píše Jobánková, prolínají. Udává příklad, kdy pacient rozumově zdůvodňuje, proč nemůže být operován, ale ve skutečnosti je jeho pravým důvodem strach z výkonu. Toto nazývá psychickou racionalizací. Je třeba si uvědomit významnou úlohu ošetřovatelského personálu, který svým psychologickým působením, nasloucháním a trpělivostí, může odhalit pravé motivy jednání pacienta (Jobánková et al., 1992).

3.2.2 Podmíněnost autoplastického obrazu nemoci

1. Ráz onemocnění (akutní, chronické, typ léčby, omezení pohybu).

2. Okolnosti nemoci:

- Problémy a nejistoty: situace v rodině, na pracovišti, důvěra k lékařům.
- Prostředí pacienta: hospitalizace v zahraničí.
- Zavinění nemoci: okolnosti úrazu, zavinění vlastní nebo jinou osobou.

3. Premorbidní osobnost, tedy jaká to byla osobnost před onemocněním.

- Věk: děti mají strach spíše z aktuálních dějů, ve středním věku vystupují do popředí důsledky pro rodinu a zaměstnání, ve stáří je strach ze samoty a smrti.
- Stupeň celkové citlivosti na nepříjemné podněty, jako je bolest, hluk.
- Citová reaktivita (temperament).
- Hierarchie hodnot. Může dojít k potlačování potíží při vysokém pracovním nasazení.
- Zdravotní uvědomění. Informovanost o nemoci. Problémem pro zdravotníky mohou být na jedné straně pacienti „primitivní“ a na druhé straně lékaři a sestry v rolích pacientů.

- Sociální postavení pacienta. Při možnosti ekonomických ztrát se snaží člověk uzdravit, nebo v nemoci mohou vidět způsob, jak si odpočinout nebo udělat práce, na které dosud neměl čas (Jobánková et al., 1992).

3.3 Emoční prožívání nemoci

Všechny výše uvedené body ovlivňují pacientovo vnímání a prožívání nemoci, které se zpočátku může projevit jako změna emočního ladění. Pokud je onemocnění závažnější a dlouhodobější, jsou i změny emoční reaktivity a celkového ladění zásadnější. Podle Vágnerové může nemoc vyvolávat tyto **emoční reakce**:

- Těžká a dlouhodobá onemocnění vyvolávají **strach a úzkost**. Nejen ta těžká, ale každá přítomnost nemoci je pro pacienta náročná, nese sebou přítomnost vyšetřovacích metod, neznámého prostředí a lidí na jedné straně a strach o zajištění svých blízkých, případné problémy v zaměstnání na straně druhé. Sestra tráví s pacientem mnoho času, zjišťuje jeho potřeby v rámci ošetrovatelského procesu, může mu být nablízku, aby vyslechla jeho stesky, naslouchala jeho pocitům, nechala pacienta je verbalizovat a nabídla informace, vysvětlení a podporu.
- Nemoc, a především ta chronická a závažná, představuje pro pacienta pocit ztráty zdraví, na který pacient reaguje **smutkem a truchlením**. Truchlení představuje určitý způsob psychického zpracování ztráty, se kterou se člověk musí vyrovnat, aby ji mohl přijmout. Vhodný přístup sestry bude zahrnovat ochotu naslouchat, její přítomnost, aby pacient nebyl sám, zajištění kontaktů s rodinou, blízkými.
- Smutek doprovázející pacienta v jeho chorobě může přejít až v **depresi**, která je závažná a při těžkém průběhu, kdy už pacient má pocit, že jeho život nemá cenu, se mohou objevit i suicidální tendence.
- Pacient se na závažné onemocnění adaptuje různě a individuálně, ale pocity **bezmoci a beznaděje** jsou velmi časté. Pacient má dojem, že jeho situace je neřešitelná. Může přejít až v apatii a rezignaci, jejímž závažným důsledkem je, že přestávají bojovat se svou chorobou. Pocit beznaděje může být i následkem celkové vyčerpanosti organismu. Tato situace je náročná pro pacienta, ale také jeho rodinu a vyžaduje od ošetrovatelského personálu velký takt, naslouchání a přiměřenou dávku naděje.

- Na počátku onemocnění se může u pacientů vyskytnout **hněv a vztek**, kterým člověk dává najevo zlost na svůj osud a nespravedlivost, která ho potkala. Jeho emoce se mohou obracet proti členům ošetrovatelskému týmu, rodině, ale také sobě. Z pozice zdravotníka je třeba si uvědomit, že sestra nesmí na tyto emoce reagovat zrcadlově, tedy na agresi agresí, ty negativní emoce vůbec nemusí být určeny jí, ale je to jen způsob, jak se pacient zbavuje své tenze (Vágnerová, 2004).

3.4 Přístup pacienta k nemoci

Poměr pacienta k nemoci popisuje, jaký význam pacient přikládá své chorobě, které se může obávat, jak by se spíše očekávalo, ale také mu její přítomnost může přinášet prospěch, například úlevu nebo dokonce uspokojení (Vondráček, 1969, s. 124 in Jobánková et al., 1992). Podle toho, jaký přístup zvolil pacient ke své nemoci, musí i zdravotníci k němu zaujmout vhodný přístup. **Poměr pacienta k nemoci** může být:

- **Normální** poměr k nemoci, který odpovídá skutečnému stavu pacienta a pacient je na nemoc přiměřeně adaptován.
- **Bagatelizující**, kdy pacient podceňuje závažnost nemoci, je nepřiměřeně optimistický a nemusí vyhledat lékaře a dodržovat léčbu.
- **Repudiační** (zapuzující). Pacient nebere svou nemoc na vědomí, zapuzuje myšlenky na ni, nejde k lékaři. Jedná se o nevědomou disimulaci.
- **Nozofóbní** poměr, u kterého se pacient nepřiměřeně obává nemoci, nechává se opakovaně vyšetřovat a střídá lékaře. Je si i vědom, že jeho obavy jsou nepřiměřené, ale opakovaně se mu vnucují a nedovede se jim ubránit.
- **Hypochondrický**. Pacient se domnívá, že trpí vážným onemocněním anebo na lehčí onemocnění reaguje přehnaně. Na rozdíl od nozofobie více svým potížím podléhá a nebojuje s nimi.
- **Nozofilní** je spojen s uspokojením a příjemnými stránkami nemoci. Například dospělý nemusí plnit své povinnosti, dítě nemusí do školy.
- **Účelový** poměr je vystupňování nosofilního za účelem získání soucitu, vyhýbání výkonu trestu, získání invalidního důchodu. Účelová reakce může být více nebo méně vědomá a rozlišujeme:
 - **Agravaci**, jako přehánění, zveličování svých příznaků.

- **Simulace**, která je vědomým předstíráním příznaků. Může být prováděna primitivně, a tedy velmi rychle odhalena, ale také způsob simulace může být rafinovaný a těžko odhalitelný.
- **Disimulace** je zastírání nemoci. Příčinou může být strach z vyšetření, operace, stud, rodinné a osobní komplikace (Jobánková et al., 1992).

3.4.1 Prožívání nemoci v čase

Z hlediska psychického prožívání nemoci v čase Jobánková ve své knize shrnuje tento vývoj psychiky pacienta do několika etap:

- 1. Premedicínská fáze** je charakterizovaná výskytem prvních, často neurčitých příznaků a pocitů nejistoty a rozmýšlením, zda se léčit. Pacient dostává rady od příbuzných a známých, někdy zvolí repudiaci nemoci.
- 2. Změna životního stereotypu** při uznání pracovní neschopnosti nebo při hospitalizaci. Může být provázena nejistotou a obavami.
- 3. Aktivní adaptace na nemoc** a její důsledky, spojené s nadějí na uzdravení a spolupráci při diagnostice a léčbě.
- 4. Psychická dekompenzace** u pacientů, kteří se na nemoc neadaptovali, nebo se po fázi aktivní adaptace nezlepšil jejich zdravotní stav. Nemocný může být popudlivý, lítostivý, netrpělivý, nespravedlivý vůči personálu a spolupacientům, někdy požaduje změnu lékaře a léčby, studuje svou nemoc, může se snažit lékaře poučovat. V tomto období může docházet ke konfliktům pacienta a zdravotníků, zdravotník jako profesionál by se neměl nechat vyprovokovat k nežádoucím reakcím.
- 5. Pasivní adaptace (rezignace)**, v této fázi se pacient smiřuje se svým nepříznivým stavem, uzavírá se do sebe, přestává s nemocí zápolit. Může být ohrožena rehabilitace. Může dojít ke zhoršení funkcí jiných orgánů například dlouhodobým pobytem na lůžku (Jobánková et al, 1992).

3.5 Role a postavení nemocného

Přítomnost nemoci mění sociální pozice člověka a také jeho role (Vágnerová, 2004). Zatímco ve svém dosavadním životě plnil roli například otce, manžela, syna a měl nějaké

pracovní místo, kde na jeho příjmech mohla záviset jeho rodina, mohl zastávat třeba i manažerskou pozici a byl zvyklý vést kolektiv, tak s příchodem nemoci získává roli pacienta a jeho adaptace na ni nebude jistě jednoduchá a může mít i důsledky pro rodinu, zaměstnání. Především je tato situace náročná pro samotného pacienta, který všechny například výše jmenované role ztrácí a zbývá mu role pacienta.

Být pacientem je svým charakterem role pasivní, neboť pacient vlastně stále na něco čeká, na vyšetření, pak na výsledky a není zde mnoho prostoru pro jeho aktivitu, pouze se od něho očekává, že bude dodržovat léčebný režim a bude mít vůli se chtít uzdravit. Také je to role podřízená, protože například hospitalizovaný pacient se musí podřídit pravidlům zdravotnického zařízení, která vůbec nepřipomínají jeho dosavadní styl života, je omezováno jeho soukromí, je to naprosto nové prostředí, jsou mu předkládány autority, jejichž závěry jsou pro něho určující (Křivohlavý, 2002). (viz příloha č. 5)

Medicína je obor, kterému většina populace nerozumí do té míry, aby mohla posoudit lékařem navržený postup léčby, a tak nezbývá nic jiného, než lékaři a zdravotnickému personálu důvěřovat. Záleží pak právě na přístupu zdravotníků, aby si uvědomili, jak náročná je to situace pro člověka být pacientem, a přistupovali k němu s co nejvyšší mírou partnerského přístupu a dále neprohlubovali propast mezi zdravotníky a pacienty. Domnívám se, že je nutné dát prostor také pacientům, aby se ke své nemoci mohli vyjádřit, utřídit si informace a při jejich deficitu se nemuseli obávat se zeptat. Vizita, která rychle proběhne oddělení, kde na jednoho pacienta vyjdou asi 2 minuty, jistě nedává prostor k dotazům a zrakový kontakt pacienta a lékaře nebo jiného zdravotníka není rovnocenný, což právě přispívá k prohloubení oné podřízenosti.

Roli pacienta Venglářová vymezuje následovně:

- Nemocný nebývá považován za viníka svého stavu a nepředpokládá se, že by byl schopen sám tuto situace vyřešit.
- Nemocný má jistá privilegia, jako například je práce neschopný, ale nemá stejná práva jako zdraví lidé.
- Od nemocného se očekává, že se bude chtít uzdravit a bude spolupracovat při léčbě. Pokud tak neučiní, budou mu odebrána jeho privilegia, společnost jej přestane tolerovat, protože on nerespektuje pravidla, která společnost určila.

3.5.1 Význam rodiny

Důsledky role pacienta, jak již bylo řečeno, nejsou jen pro samotného pacienta, ale také pro jeho rodinu a blízké. Rodina poskytuje pacientovi jisté spojení s vnějším světem, informuje ho, co se nového přihodilo, a jsou-li tyto zprávy pozitivní, přispívají k úspěšné léčbě. Pacient je někdy svou nemocí tak zaujat, že může být precitlivělý, třeba i nepříjemný, rodina by tento posun pozornosti na osobu pacienta měla pochopit a stále s ním udržovat kontakty. Rodina, jak píše Venglářová, je jedinou sociální skupinou, která pacientovi umožňuje zvládnutelnou sociální interakci a v rámci rodiny mohou být pacientovy předešlé role ještě ponechány a respektovány. Při hospitalizaci může mít pacient pocit jisté anonymity, který právě rodina může pomoci odstranit. V neposlední řadě je rodina a blízcí lidé zdrojem emocionální opory. Tam, kde rodina ztrácí svojí funkci anebo není, musí pomoci zdravotníci svým empatickým přístupem, vyslechnout pacienta, snažit se o zvýšení jeho osobního komfortu, nepodporovat anonymitu nemocných, zajímat se o ně, dbát na jejich správné oslovení a poskytnout jim prostor pro jejich stesky, dotazy. Zdravotník nenahradí přítomnost rodiny, ale může pomoci pacientovi adaptovat se na roli pacienta, aby se v ní cítil trochu lépe (Venglářová, 2004).

4 Osobnost zdravotníka

Chování a jednání všeobecné sestry, které její činnost doprovází, reprezentuje kvalitu práce sestry tak, jak je vnímána pacienty a veřejností. Pro realizaci ošetrovatelského procesu, který je založený na aktivním kontaktu pacienta se sestrou, je nutné, aby měl pacient a jeho rodina k sestře maximální důvěru. Vzájemný vztah, který spolu vytváří, je předpokladem pro lepší spolupráci, vedoucí k urychlení edukačního a terapeutického efektu ošetrovatelského procesu. Nevhodným jednáním naopak může sestra svou profesi devalvovat a komplikovat ošetrovatelskou a léčebnou péči (Staňková, 2002).

4.1 Osobnostní předpoklady

Z hlediska profesní přípravy a konkrétního profesionálního výkonu je zdravotnické povolání hodnoceno jako náročné. Je kladen důraz na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k pacientům a ke spolupracovníkům. Od zdravotníka se očekává, že zvládne vysoce odbornou činnost, kterou přináší moderní pokrok ve zdravotnictví, zvládne fyzickou zátěž, dovede psychologicky působit na pacienty, vykonává administrativní práci a při tom všem je schopen zvládat osobní a pracovní život a všechny problémy, které to sebou přináší. Tyto požadavky jsou velmi náročné na osobnost člověka, jeho profesní přípravu, způsob života a psychiku zdravotníka.

Pro všechny tyto požadavky je nutné mít jisté **osobnostní předpoklady**:

- Hodnotová orientace, která je v popředí každodenní činnosti, v motivaci, v zájmu o člověka a práci, smysl pro povinnost a odpovědnost,
- empatie, schopnost vcítit se do vnitřního světa druhých lidí,
- dostatečná kritičnost a sebekritičnost,
- tvůrčí přístup, který zdravotníkovi umožňuje řešit svěřené úkoly a schopnost vnímat a realizovat nové podněty,
- porozumění problémům pacientů,
- klidné vystupování s pohotovými reakcemi, přiměřené sebevědomí, rozvážnost,
- smysl pro humor, ale nesmát se pacientům, přiměřený optimismus,
- humánní vztah k pacientovi, který je projevem vyrovnanosti a zralosti osobnosti,

- vyrovnaná osobnost s klidným, přiměřeně sebevědomým vystupováním, trpělivost, umění se ovládat.

Tyto předpoklady vyžadují jistou sebereflexi vlastního jednání. Sebevýchova by měla směřovat k osobnosti harmonické, vyrovnané, s dostatkem odborných znalostí k výkonu tohoto povolání (Zacharová et al., 2007).

4.2 Role sestry

Spolu s rozvojem ošetrovatelství dochází ke změnám rolí sestry, některé zůstávají, některé nově vznikají tak, jak se vyvíjí obor ošetrovatelství a pronikají do něho poznatky z psychologie, pedagogiky, sociologie etiky a také, jak ji ovlivňuje rozvoj zdravotnické techniky (Staňková, 2002).

Podle Bártlové, ze sociologického hlediska, role sestry participuje na základní orientaci lékaře, kterou je funkční specifita, universalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita. Základní orientace lékaře a sestry zůstává stejná, ale specificky odborný obsah činností se liší, sestra i lékař mají jiné kompetence. Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí.

Role sestry by mohly být shrnuty do následujících oblastí:

- Ošetrovatelsko- pečovatelská,
- expresivní,
- výchovná,
- instrumentální (technická),
- poradenství (pacient, rodina, veřejnost),
- podpora a výchova ke zdraví (prevence),
- organizace a administrativa atd.

Realizaci role sestry je svou povahou vnitřně konfliktní, Bártlová vidí zdroj konfliktů v tom, že pro výkon většiny činností jsou stanoveny přesné normy, které zdravotničtí pracovníci musí uplatňovat v jedinečných situacích. Vzniklý rozpor, dle Bártlové, tvoří stěžejní otázku správného osvojení si role sestry a její realizace v praxi, které je ztíženo i tím, že vzhledem k povaze práce, není možné v dostatečném rozsahu kontrolovat práci sester. Role

sestry je o to obtížnější, že její povolání od ní vyžaduje, aby byla připravená pečovat o každého, kdo její pomoc potřebuje a je schopna zanedbávat svoje vlastní zájmy, schopna sebezapření a ochotná se obětovat ve prospěch pacienta. Těmto dovednostem je třeba se naučit. Stejně tak není jednoduché si osvojit emocionální neutralitu, ovládat své pocity, neprožívat pacientovy stesky s ním, ale představit si, jak se cítí. To vše klade velké nároky na rolovou adaptaci, která vyžaduje velkou energii duševní sil, silnou motivaci a stálý trénink a nutnost vzdělávání se (Bártlová, 2005).

4.3 Základní role sestry v moderním ošetřovatelství

Role sestry popisuje ve své knize Staňková takto:

1. **Sestra – pečovatel:** sestra poskytuje základní ošetřovatelskou péči, pracuje metodou ošetřovatelského procesu, pracuje samostatně.
2. **Sestra – edukátor:** sestra provádí edukační činnost pacienta a jeho rodiny a podílí se na těchto úkolech:
 - Upevňování zdraví a prevence jeho poruch,
 - rozvoji soběstačnosti osob a předcházení komplikacím u pacientů s pohybovým omezením, rozvíjení samoobslužných činností,
 - pomoci pacientům a jejich rodinám naučit se žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním a na nácviku potřebných praktických dovedností, které může pacient nebo rodina provádět doma.
3. **Sestra – obhájce pacientů:** stává se jeho mluvčím v případech, kdy není schopen projevit své potřeby, problémy, neboť právě sestra tráví mnoho času s pacientem a ošetřovatelský proces jí umožňuje pacienta dobře poznat.
4. **Sestra – koordinátor:** její práce spočívá ve spolupráci se všemi členy multidisciplinárního týmu a ve spolupráci s rodinou pacienta.
5. **Sestra – asistent:** sestra se podílí na diagnosticko – terapeutické lékařské péči (Staňková, 2002).

4.4 Typy sester

Z hlediska psychologie je pochopitelné, že tak jako každý člověk je jiný, tak každá zdravotní sestra je jiná, některá může své emoce dokonale ovládat a působit až „chladně“, naproti tomu může sestra, která ztrácí odstup od pacienta, propadat bezmocnému soucitu, svěřovat se pacientům se svými osobními problémy. Sestra by se neměla bezhlavě pouštět do řešení pacientových problémů, měla by postupovat v souladu s činností lékaře (Jobánková et al., 1992).

Podle postavení a postojů v práci Jobánková popisuje tyto **typy sester**:

- **Rutinní**: přesná, věcná, někdy jí může unikat lidská stránka věci.
- **Herecký**: afektovaná, snaží se udělat dojem a být důležitá.
- **Nervózní**: cítí se unavená, bývá podrážděná, někdy trpí nejistotou a obavami. Může u ní být větší riziko užívání návykových látek.
- **„Mužský“, robusní typ**: rozhodná, energická, iniciativní. V kladném případě dobrá organizátorka, může najít uplatnění ve vyšších pracovních funkcích, v záporném případě může být despotická.
- **Mateřský typ**: „milá sestřička“, může mít sklon k obezitě.
- **Sestra specialista**: pracující například ve specializovaných ambulancích, kde může tvořit dojem, že je nadřazená ostatním sestřím a může docházet k napětí mezi nimi.

4.5 Chování sester ve svízelných situacích pracovního života

Povolání zdravotní sestry je velmi náročné a klade velké nároky na její psychiku. Tak jako v běžné populaci se vyskytují osoby reagující na svízelné situace neadaptivním chováním, tak samozřejmě i zdravotní sestry vykazují podobné procento těch osob, které na zátěžové situace budou reagovat právě neadaptivními projevy.

Jobánková popisuje tyto **neadaptivní rysy** sester:

- **Sestry náladové**: oba extrémy nálad jsou problematické, euforická nálada může vést k přehlédnutí problémů a k chybám, přehnaně sklíčená nálada může vytvářet napětí v pracovním kolektivu. Domnívám se, že nálada se přenáší i na ostatní pracovníky, ta veselá je určitě pozitivní, ale jen do určité míry. Stejně jako se může nálada přenášet

na spolupracovníky, tak ji také vnímají pacienti, ti, kteří jsou v závažném zdravotním stavu a jsou sklíčení svou nemocí, tam přehnaně euforická nálada sestry bude spíše negativním prvkem. Stejně tak depresivní nálada sestry nebude pacienta povzbuzovat k uzdravení a k psychické pohodě. Zde je třeba si uvědomit své působení na pacienty a ovládnout svou náladu, kontrolovat své jednání a přizpůsobit ho psychickému stavu pacienta.

- **Sestry psychastenické:** v pracovních podmínkách se jejich chování projevuje různě. Sestry úzkostlivé se přehnaně zabývají svojí vlastní osobou, dobře se jim pracuje v zaběhnutém systému bez jakýchkoli změn. Jsou spolehlivé, ale v nečekaných stresových situacích mohou selhávat. Jsou schopné dlouhodobé práce s pacienty. Schizotypní sestry vystupují jako odbornice, může jim však unikat lidská stránka věci, mají svůj svérázný systém práce, který považují za nejlepší. Mohou být ironické a také jsou schopné dlouhodobé práce s pacientem. Sestry citově chladné se pro svou sníženou citlivost k pacientům hodí spíše tam, kde je kontakt s pacientem omezen nebo vůbec není. Mohou využít své odbornosti a přesnosti například v práci s přístrojovou technikou.
- **Sestry podezřivé** jsou vztahovačné, nedůvěřivé a připravené odhalovat toho, kdo se staví proti nim. Nepříznivě působí na spolupracovníky i na pacienty. Na pracovišti vytváří pracovní konflikty.
- **Sestry hysterické** se snaží na lidi v okolí působit svým kouzlem osobnosti, vyhledávají zajímavé případy, rády se zviditelňují. Mohou v pacientovi vzbudit velká očekávání, která nesplní. Jsou vhodné pro práci na ambulancích.
- **Sestry přecitlivělé** jsou velmi zranitelné, nechtějí rozhodovat a mít odpovědnost. Jsou k pacientům citlivé.
- **Sestry popudlivé** se projevují výbuchy zlosti a jsou zdrojem problémů. Takové chování je naprosto nevhodné a dotyčná sestra si musí uvědomit, že tak se nelze chovat. Následkem jsou konflikty na pracovišti (Jobánková et al., 1992).

Zdravotní sestry s neadaptivními rysy jsou většinou zdrojem konfliktů na pracovišti, stejně tak je třeba si uvědomit, že také pacient vnímá jejich jednání a chování, nějakým způsobem na to reaguje a přemýšlí nad tím. Může mít dojem, že právě on stojí za výše popsanými způsoby jednání sester, neboť ty sestry většinou nezná. Sestra může například pacientovi „vynadat“, ale on neví, že ona se takovým způsobem někdy chová, pacient se může stáhnout do sebe, přestat spolupracovat, může ztratit důvěru ve zdravotníky a jeho léčba nemusí být tak

efektivní. Je třeba, aby si každá sestra, nejen management, uvědomila sama na sobě a také na kolegyních tyto neadaptivní rysy a jejich následky a snažila se je vhodnou formou zmírnit nebo utlumit.

4.5.1 Neadaptivní projevy sester

V pracovním životě se vyskytují různé situace, které mohou být nazvány konflikty, stresovými situacemi, problematickými situacemi. Profesionální život se bez nich neobejde, a přestože na první pohled vyznívají jako negativní stránka pracovního procesu, tak tyto situace mohou pracovníka poposunout dále, on se seznamuje s řešením problémů, vytváří si vzorce chování a jednání, které použije příště při zátěžové situaci. Při výkonu zdravotnického povolání není nouze o tyto situace. Pokud je reakce zdravotníka na nově vzniklou situaci přiměřená a efektivní, pak je možno stručně říci, že se dotyčný adaptoval. Tak jako u všech lidí, tak i u sester se mohou vyskytovat **neadaptivní projevy**, které mají většinou negativní dopady na sestru, spolupracovníky a především pacienty a popisuje je Jobánková takto:

- Agresivní chování, které je velmi nežádoucí.
- Negativismus, který se projevuje jako vzdorovité jednání, sestra dělá vše naopak.
- Únik ve formě vyhýbání se činností, oddalování, také únik do užívání návykových látek.
- Egocentrismus, kdy sestra považuje své problémy za ty největší, snaha upoutat na sebe pozornost.
- Projekce, zde sestra své pocity viny může obhajovat výroky o tom, že i ona například nemusí vše provádět, jak se má, když to nedělají ostatní.
- Identifikace, která může být kladná při ztotožnění s hodnotnou osobností anebo záporná při ztotožnění s nevhodným vzorem osobnosti.
- Kompenzace skutečného nebo domnělého nedostatku může probíhat jako touha pečovat o nemocné, společensky se angažovat, ale také její projevy mohou být společensky nepřijatelné.
- Racionalizace, která je velmi častá. Sestra si může racionalizovat, že dosažení svého cíle stejně nemá cenu nebo nezdá se racionalizujeme na úspěch.
- Izolace sestry je vzhledem ke kolektivnímu pojetí profese nežádoucí. Sestra se spíše izoluje v mimopracovních vztazích.
- Regrese projevující se ústupem od svých cílů, ztrátou ctížádosti.

- Fixace, kdy sestra nepružně a nesprávně smýšlí o lidech a očekává od nich jen to špatné, ve svých závěrech se poté utvrzuje a fixuje. Není schopna vidět problém v sobě.
- Rezignace, při níž může dojít k přenosu rezignujících postojů od pacienta na sestru, která má dojem, že „to již nemá cenu se dál snažit“.
- Represe, kdy sestra pod vlivem životních zkušeností již nechce dosáhnout svých přání a tužeb.
- Opačné reagování se projevuje protichůdným jednáním, sestra zakrývá svá skutečná přání.
- Disociace se může projevovat pověřivostí, nadměrným teoretizováním.
- Substituce může mít u sester projev nahrazování nepřijatelné činnosti přijatelnou (Jobánková et al., 1992).

4.5.2 Produktivní chování sester

Produktivní chování sester si klade za cíl působit na pacienta psychoterapeuticky, pojímat jeho osobnost jako celek, nahlížet na něho holisticky a přistupovat k jeho problémům individuálně. Tento přístup by měl být aplikován při každém kontaktu s pacientem. Chápe jeho nemoc komplexně a zohledňuje jeho potřeby. K pacientovi přistupuje v souladu s úsilím lékaře a svým přístupem sleduje celkový záměr léčby (Jobánková et al., 1992).

Cílem produktivního chování sestry je získat a maximalizovat spolupráci pacienta s multidisciplinárním týmem, podpořit pacienta k úsilí se uzdravit, snížit jeho obavy a strach, vytvořit atmosféru pohody a klidu, podporovat důvěru ve všechny členy multidisciplinárního týmu, respektovat osobnost pacienta, podporovat oboustranný tok informací, naslouchat pacientovi a povzbuzovat ho ke sdělení svých pocitů, zmírnit jeho samotu.

4.5.3 Syndrom vyhoření

Povolání zdravotní sestry patří do skupiny pomáhajících profesí, které je ohroženo **syndromem vyhoření**. Tento stav popisuje Bártlová jako masivní vyčerpání, pocit vyprahlosti, vyhaslosti. Je znám více než 20 let. Syndrom vyhoření je problémem všech nelékařských oborů a netýká se jen takových oddělení jako je ARO, JIP atd. Mezi faktory působící na vznik syndromu vyhoření patří stres, pracovní a mimopracovní zátěž, zvyšující nároky na sebe, dále pak faktory pracovní a organizační (nátlak vedoucích pracovníků, nefungující organizační struktura, absence sociální podpory atd.). V neposlední řadě

je zdravotník vystaven velké fyzické zátěži. „**Syndrom vyhoření není obyčejná únava. Je vždy spojen s otázkou po smyslu vlastní práce**“ (Bártlová, 2005, s. 138)

Proces, na jehož konci je syndrom vyhoření, trvá několik let a má určité fáze:

1. **Nadšení.** Sestra provádí své povolání s určitými ideály, jak bude pečovat o pacienty, pomáhat jim, pracuje s plným nasazením, někdy nad rámec svých pracovních povinností. Věří, že všichni její pracovní nasazení ocení.
2. **Stagnace.** Počáteční nadšení a motivace se časem snižuje. Nemá od svého okolí takovou odezvu, jakou očekávala. Její pracovní úsilí postupně ochabuje, slevuje ze svých ideálů, péče o pacienty ji začíná unavovat, postupně ji požadavky pacientů a sami pacienti začínají obtěžovat. Vyhýbá se kontaktům s pacienty.
3. **Frustrace.** Sestra je zklamána a ztrácí iluze ze svého povolání.
4. **Apatie.** Sestra dělá jen nejnutnější práci, komunikace s pacienty ji obtěžuje, až se jí vyhýbá, nekomunikuje se spolupracovníky, nemá zájem o další vzdělávání.
5. **Vyhoření.** Stav naprostého vyčerpání ze všeho, co se týká pacientů zdravotnické profese, spolupracovníků. Dopady tohoto syndromu se promítají i do osobního života (Bártlová, 2005).

Syndrom vyhoření má své příznaky, především psychické.

Projevy syndromu vyhoření popisuje Bártlová takto:

- Ztráta schopnosti radovat se a těšit ze života, nechut' se angažovat, ztráta schopnosti empatie, ztráta pocitu odpovědnosti,
- negativní postoje vůči své vlastní osobě, práci, společnosti, životu,
- emocionální problémy, netrpělivost, nervozita, agresivita,
- únava, vyčerpání, užívání návykových látek, ztráta zájmů, vývoj deprese a jiných psychických poruch.

Mezi tělesnými příznaky se může objevovat nespavost, ztráta chuti k jídlu, náchylnost k nemocem, sklon k psychosomatickým onemocněním.

Syndrom vyhoření je závažný problém, neboť poškozuje samotného pracovníka, ale také působí negativně na pacienty a spolupracovníky. Je nutné zabývat se jeho prevencí, odhalovat včasná stadia, doporučit dovolenou, přestup na jiné oddělení, přechod do jednosměnného provozu, v opačném případě může hrozit ztráta zaměstnance, který může mít dlouhodobé

pracovní neschopnosti nebo raději odejde ze zdravotnictví. Určitě má syndrom vyhoření i destruktivní vliv na osobní život, kde se může vyskytovat větší rozvodovost a také již zmíněný sklon k užívání návykových látek. U osob, které užívají návykové látky je také větší riziko sebevražd, tuto souvislost popisuje Schmidbauer a její výskyt je právě vysoký u pomáhajících profesí (Schmidbauer, 1992).

Investice do jeho prevence vůbec není zbytečná, například možnost dalšího sebezdvělávání, výměna zkušeností mezi pracovníky a především přítomnost někoho, kdo bude oporou člověku, který se cítí vyčerpán svým povoláním. Je třeba na syndrom vyhoření nahlížet také jako na organizační problém a zamyslet se, co je možné udělat pro zaměstnance, aby se cítili lépe, jak snížit jejich stres, někdy může stačit dostatečné personální a materiální vybavení daného oddělení. V neposlední řadě si každá sestra musí uvědomit riziko vzniku syndromu vyhoření a dodržovat jistou duševní hygienu, která obnáší dostatek pracovních a mimopracovních vztahů, zájmů a koníčků, dobré rodinné zázemí, popřípadě další sebezdvělávání (Bártlová, 2005).

5 Potřeby člověka

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá.“ (Trachtová et al., 2003, s. 10)

Potřeby, nutnost je saturovat, si nejevíce uvědomujeme, pokud cítíme jejich nedostatek. Nedostatečné uspokojení potřeb vede k frustraci (Trachtová et al., 2003).

Hierarchie potřeb podle A.H. Maslowa, je sestavena podle pořadí naléhavosti a jejich projevů (Říčan, 2007). Autor, americký psycholog Abraham H. Maslow (1908 – 1970) vytvořil teorii motivace, která je prvním impulsem k potřebám jako projevům nedostatku, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb (viz příloha č. 3). Základním principem této hierarchie je skutečnost, že výše postavené potřeby na stupních hierarchie, nemohou být uspokojeny bez předchozího uspokojení níže postavených potřeb, kde právě fyziologické potřeby, jako potřeba kyslíku, potřeba výživy, spánku atd., tvoří základnu, bez které nelze pokračovat k uspokojení vyšších potřeb (Trachtová et al., 2003).

Jsou-li uspokojeny základní biologické potřeby, mohou být uspokojeny další potřeby, nacházející se výše v hierarchii. Další v pořadí je potřeba bezpečí a jistoty, které spolu s fyziologickými potřebami tvoří nižší potřeby. Mezi vyšší potřeby jsou řazeny, od nejnižších k nejvyšším, potřeba úcty a sebeúcty, dále potřeba poznání, krásy a harmonie, které přechází v potřebu seberealizace, kde člověk již nemyslí jen na sebe, ale právě naopak, je zaujat tvořivou prací, má nějaký nadosobní cíl. Zcela na špičce hierarchie se nachází potřeba transcendence, prožívání člověka jako celku, lidstva, vesmíru (Říčan, 2007).

5.1 Přehled potřeb podle Maslowa

- 1. Fyziologické potřeby** se objevují při poruše homeostázy a slouží k přežití organismu. K jejich uspokojení člověk udělá všechno, své chování přizpůsobuje tomu, aby k jejich nedostatku nedocházelo a dodržováním denního rytmu a jejich včasným uspokojením jim předchází. Patří sem základní biologické potřeby – potřeby kyslíku, výživy a tekutin, potřeba spánku, pohybu a další. Jejich saturace patří k základním činnostem práce sester, není-li pacient schopen nebo potřebuje pomoci k jejich uspokojení.

- 2. Potřeba jistoty a bezpečí**, která tvoří potřebu jedince přežít, vyhnout se nebezpečí. Je v ní zahrnuta potřeba důvěry, spolehlivosti, snížení úzkosti, strachu, také potřeba ekonomického zajištění. Tyto potřeby si člověk výrazně uvědomuje v nemoci a úkolem ošetrovatelského personálu je navodit svým klidným jednáním a profesionálním přístupem pocit bezpečí a jistoty, kde se pacient může na personál obracet se svými obavami. Tato potřeba je ještě více zvýšena u hospitalizovaných pacientů, kteří jsou vytrženi ze svého prostředí a od osob, které tvořily jeho zázemí jistoty a bezpečí. Uspokojení této potřeby v nemocničním prostředí je velkým úkolem pro všechny personál, a pokud je splněn, neocenitelně může přispět k psychické pohodě pacienta a jeho vyléčení.
- 3. Potřeba lásky a sounáležitosti**, tedy potřeba milovat a být milován, potřeba sociální integrace. Osamocený nemocný člověk může tuto potřebu vnímat intenzivněji, než pokud je zdravý. Zde se nachází pole působnosti ošetrovatelského personálu, které má alespoň částečně zastoupit ty blízké osoby, které nemocný člověk nemá ve svém okolí, vyslechnout jeho stesky, být mu k dispozici, nabídnout radu a také třeba zmobilizovat pomoc ve formě známých, vzdálených příbuzných, kteří mohou osamoceného člověka podpořit a saturovat jeho potřebu sounáležitosti.
- 4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty**. Tvoří spojené potřeby, první je potřeba sebeúcty a sebehodnocení, které vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry a druhá popisuje touhu po respektu druhých lidí, statutu v sociální skupině. V přítomnosti nemoci je odpovědnost za svůj zdravotní stav převedena na lékaře a ošetrovatelský personál. Pacientova rozhodovací působnost je omezena navrženými postupy lékaře, jsou mu dány možnosti léčby, ze kterých má vybírat. Ošetrovatelský personál musí respektovat jeho názor, poskytnout mu kompletní informace a nemá-li se s kým poradit, ale nejen tehdy, vytvářet svým jednáním a chováním atmosféru důvěry a respektu. Saturaci těchto potřeb dobře popisují Práva pacientů.
- 5. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace** tvoří tendenci realizovat své schopnosti, záměry, být tím, čím chce dotyčný člověk být a kým si myslí, že může být. Výklad této potřeby je vhodnější u ošetrovatelského personálu, kde například spokojená zdravotní sestra s dobrým pocitem seberealizace a také s dobrým pocitem zpětné vazby ze své práce, může odvádět dobrý pracovní výkon, kvalitní ošetrovatelskou péči a mít vlastní pocit uspokojení, který jí umožňuje, aby měla energii vyhledávat potřeby pacientů, a sama tím předcházet syndromu vyhoření (Trachtová et al., 2003).

5.2 Faktory modifikující uspokojování potřeb člověka

Nemoc vnímá každý člověk individuálně, její vliv může záviset na délce trvání onemocnění, jejím charakteru. Jinak bude vnímat sníženou schopnost obstarat si své potřeby člověk při krátkodobém onemocnění bez jakýchkoli následků a jinak bude vnímat neuspokojení svých potřeb člověk dlouhodobě upoutaný na lůžko, kde péči o jeho základní potřeby přebírá sestra. Pozornost pacientů se právě nejčastěji upíná na uspokojení fyziologických potřeb a teprve pak na potřeby bezpečí a jistoty a další, které v hierarchii potřeb následují.

Individualita člověka, tedy jeho osobnost, osobnostní vlastnosti modifikují potřeby, to, jak budou vyjádřeny, uspokojeny a jaká bude jejich psychická odezva. Svůj vliv má typologie člověka, emocionální stabilita a labilita a také odolnost proti zátěži. Důležitým předpokladem pro schopnost posoudit uspokojení svých potřeb je dostatečná sebekoncepce, poznání sebe samého, která vede k účinné identifikaci a uspokojení svých potřeb. Při jejím nedostatku mohou pacienti ve zvýšené míře vyžadovat pomoc sestry.

Mezilidské vztahy příbuzných a blízkých osob mohou pozitivně, ale také negativně ovlivnit kvalitu uspokojování potřeb. Je úkolem zdravotní sestry identifikovat vliv těchto faktorů. Tam, kde funkce rodiny a blízkých selhává při uspokojování vyšších potřeb, naznačit taktně význam psychické podpory pacienta v nemoci. Naopak u pacientů, kde je již cílem rehabilitace a nácvik základních běžných činností, může být nadbytečná péče rodiny a blízkých, která snižuje soběstačnost pacienta, nežádoucí. Zde se nachází prostor pro edukační činnost sestry ve vztahu pacienta a jeho rodiny.

Vývojové stadium člověka modifikuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb. Jiný přístup k potřebám člověka bude volen u dětí a jiný u seniorů. Přestože fyziologické potřeby v průběhu života zůstávají stejné, signalizace potřeb například u kojenců je odlišná od dospělých nemocných. Problematické může být i vyjádření potřeb u starého člověka. Je třeba každého pacienta posoudit individuálně a přistupovat k němu holisticky.

Okolnosti, za kterých nemoc vzniká, ovlivňují potřeby a jejich psychickou odezvu. Jiné vnímání a uspokojení potřeb bude v domácí péči a jiné v nemocničním prostředí. Právě znalost prostředí má svůj vliv na uspokojení potřeb. Náročnou situací může být hospitalizace v zahraničí, kde bude působit neznalost prostředí spolu s jazykovou bariérou, což může být velká překážka ve vyjádření a uspokojení potřeb. Také okolnosti vzniku onemocnění,

povinnosti vůči svým blízkým, například matka pečující o dítě, rodina pečující o nesoběstačného seniora. V těchto situacích je jistě náročnější se soustředit na identifikaci svých potřeb a jejich saturaci (Trachtová et al., 2003).

5.3 Potřeby v závislosti na nemoci

Nemoc a hospitalizace je specifickou situací v životě člověka, ve které některé, především základní potřeby zůstávají, ale některé se mění a některé nově vznikají. Bártlová doporučuje potřeby v nemoci členit do tří základních skupin.

1. **Potřeby, které se nemocí nemění a** jsou stejné u zdravého, tak i u nemocného člověka. Patří sem potřeba kyslíku, výživy, tekutin, spánku, vyprázdnění, čistoty, pohodlí, bezpečí. Podle závažnosti onemocnění může být člověk schopen si tyto potřeby obstarat nebo je za něho přebírá v různé míře sestra. Některé z potřeb mohou být v průběhu onemocnění zvýrazněny, jako například potřeba nemít bolest, potřeba spánku.
2. **Potřeby, které se nemocí modifikovaly,** jsou individuální, mohou záviset na charakteru onemocnění, fázi onemocnění, společenských faktorech, třeba vlivem na výkon dosavadního zaměstnání, dále na věku, pohlaví. Jsou značně ovlivněny osobnostními vlastnostmi. Změny sociálních potřeb dále popisují následující podskupiny.
 - **Potřeba tvořivé práce,** jako projev své aktivity, kam patří především profese, tedy ztráta pracovní schopnosti. Potřeba aktivity v době nemoci může být zaměřena na boj s nemocí. Pacient se může dobře angažovat například v rehabilitaci.
 - **Potřeba poznání světa a sebe samého** je zaměřena na pochopení svého stavu, nemoci, její příčiny, léčby a jejich důsledků. Je to potřeba získávat informace nejen o svém zdravotním stavu, ale také seznamování s novým prostředím, nemocnicí, jejím režimem. Na druhé straně jsou stejně důležité informace z domova, zda vše doma funguje. A to vše přispívá k psychickému zklidnění pacienta.
 - **Potřeba sociálních styků,** která souvisí s množstvím sociálních styků. Tvoří je vztahy s lékaři, sestrami a ostatními členy zdravotnického

personálu. Na uspokojení této potřeby se jistě bude podílet osobnost pacienta s přihlédnutím k jejímu temperamentu, extroverzi nebo introverzi, která bude určovat případnou frustraci při hospitalizaci. Stejně významný vliv mají kontakty s rodinou a blízkými. V dnešní době velkého technického pokroku, který sebou nese nové vyšetřovací a léčebné techniky se může stát, že přístrojová technika se dostává více do popředí než pacient, se kterým je méně komunikováno a větší část pozornosti je věnována správné funkci přístrojů a jejich výstupy se mohou považovat za více vypovídající než subjektivní názory pacienta ohledně jeho zdravotního stavu. Je nutné si znovu uvědomit, jaký vztah má lékař k pacientovi, který by již neměl být paternalistický, nýbrž partnerský a nechat pacientovi dostatek prostoru k vyjádření svých pocitů.

- **Potřeba vytváření kulturního prostředí.** Cílem by mělo být estetické přiblížení prostředí nemocnice tomu domácímu s dobrou dostupností sociálního zařízení (Bártlová S, Prokopová J, 1976, s. 20 in Bártlová, 2005). Pacienti se mohou aktivizovat četbou knihy, sledováním televize. V současné době není výjimkou, že pacienti mají v nemocnici svůj notebook s připojením na internet, který jim zajišťuje určité spojení s vnějším světem, rodinou, blízkými. Tyto aktivity mohou alespoň trochu odvést pozornost od nežádoucího sledování průběhu choroby a negativních myšlenek.

3. Potřeby, které nemocí vznikly. Pokrývání těchto potřeb je součástí léčebného procesu. Z ošetřovatelského hlediska je deficit těchto potřeb vyhledáván v rámci ošetřovatelského procesu a kvalita uspokojení nejen těchto potřeb je závislá na kvalitě poskytované péče, která by měla být individualizovaná a člověka hodnotit v holistickém pojetí. **Vznik těchto potřeb může záviset na řadě okolností:**

- Charakter, závažnost, průběh onemocnění,
- osobnost pacienta,
- interpretace onemocnění, založená na znalostech nemoci, úroveň informovanosti a schopnosti porozumět informacím,
- předešlé zkušenosti s nemocí,
- vztahy pacienta s rodinou, lékařem, sestrami, společností (Bártlová, 2005).

Jednotlivé potřeby pacient vnímá ve třech obecných rovinách:

- **Potřeba navrácení zdraví** především jako nutnost plnit své sociální role, obava z následků onemocnění nebo dokonce smrti. Na tuto potřebu má vliv postoj pacienta k nemoci, kde nemoc nemusí být brána zcela negativně, jak se předpokládá. Vnímání této potřeby je velmi individuální.
- **Potřeba zbavit se nebo zmenšit bolesti**, kde přítomnost bolesti může způsobit pocit strachu ze smrti a vede k omezené schopnosti jednat. Ošetrovatelská diagnostika bolesti a stanovení účinného plánu ošetrovatelské péče je stěžejní součástí práce zdravotní sestry a následné zhodnocení efektu péče je nedílnou součástí. To vše tvoří management bolesti, který si klade za cíl zbavit pacienta tohoto nepříjemného subjektivního prožitku.
- **Potřeba obnovení, udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo příprava na nové.** Nemocný člověk přebírá roli pacienta, kde především v nemocnici se stírají například rozdíly mezi sociálním postavením. Obecně se dá říci, že role pacienta je podřízená, ne každý nemocný člověk je schopen přijmout bez problémů tuto roli, neboť v zaměstnání nebo doma mohl být v dominantní pozici. Už jen možnost odloučení od svých blízkých, svého známého prostředí a neschopnost vykonávat svou profesi je náročná pro každého nemocného člověka (Bártlová, 2005).

6 Sororigenie a iatrogenie

Sororigenie je termín označující poškození pacienta při činnostech, které vykonává zdravotní sestra.

Iatrogenie označuje poškození pacienta vyvolané působením lékaře.

Poškození pacienta může mít **tři formy** podle svého charakteru:

- Somatické, zde dochází především k tělesnému poškození,
- psychické, kde je narušena především psychika pacienta,
- kombinované, zde jsou v různé míře zastoupeny obě výše zmíněné formy poškození (Mareš et al., 2002).

Ve své práci bych především chtěla zmínit poškození pacienta zdravotnickým personálem, který tvoří například všeobecné sestry, zdravotní asistenti a další. Somatické poškození je jistě velmi závažné a je cílem každého zdravotníka jeho riziko všemi činnostmi vyloučit nebo snížit. Chtěla bych se blíže zmínit o psychickém poškození pacienta, které někdy může být patrné na první pohled, jako například nevhodně vedený rozhovor, devalvační přístup, zvýšený hlas, ale také to může být velmi nenápadné. Může jít například o nevinně pronesenou poznámku, používání zdravotnického slangu, které právě v souvislosti s pacientem, který vykonává zdravotnické povolání, získává zcela nový rozměr. Takový pacient se pohybuje ve zdravotnickém prostředí, může lépe rozumět tomu, co se kolem něho děje, může rozumět zdravotnickému slangu a taková nevhodná poznámka může napáchat velkou újmu na jeho psychické pohodě. Může například, nalézá-li se ve stejném zdravotnickém zařízení, ve kterém pracuje, být zatažen do vleklých nesympatií mezi zdravotnickým personálem dvou různých oddělení, které může, neboť toto ví, negativně vnímat.

Těch možností, kdy může docházet k psychickému poškození pacienta, je velmi mnoho. Linhartová ve své knize uvádí příklad, kdy lékař udělá nad rentgenovým snímkem úšklebek, který zvláště úzkostný pacient obávající se o své zdraví a život vnímá velmi intenzivně a získá dojem, že je jeho prognóza špatná, což může vést k rozvoji deprese. Následky mohou vyústit také v neurózy a při přetrvávání tohoto stavu může dojít k sebevražedným úmyslům a pokusům (Zacharová et al., 2007).

Domnívám se, že nejen úzkostný pacient více intenzivně vnímá jakékoli informace o svém zdravotním stavu a také to, jakým způsobem jsou podány. Zdravotník vzhledem ke své profesní přípravě a zkušenostem z výkonu povolání může více domýšlet nedokončené věty

a neúplné závěry ošetřujícího personálu. Možností, jak zmírnit nebo vyloučit tyto formy poškození pacienta, je určitě kvalitní komunikace na partnerské úrovni, naprostá informovanost pacienta a důkladné vysvětlení všeho, co se týká pacientova zdravotního stavu.

U zdravotníka v roli pacienta vše ještě více a důkladněji vysvětlit. Nedílnou součástí by mělo být zmírnění obav a zklidnění pacienta. Jak píše Linhartová, pacient by neměl být propuštěn od lékaře, ale také i od sestry, nepoučen (Linhartová, 2007).

7 Zdravotník jako pacient

Role pacienta je těžká pro každého člověka bez ohledu na věk, vzdělání a mnohé další charakteristiky. Vnímání role pacienta, nemoci, může být pro zdravotníka trochu odlišné oproti laické veřejnosti, neboť zdravotník je na svou profesi intenzivně připravován a při výkonu povolání sbírá další profesní zkušenosti.

Touto problematikou se ve své knize zabývala Jobánková, která naznačila dva směry, jimiž se může vyvíjet reakce zdravotníka na nemoc. První postoj zdravotníka zahrnuje repudiační poměr pacienta k nemoci, kdy pacient nebere nemoc na vědomí, zapuzuje myšlenky na nemoc a úvahy o ní, které jsou obranou vůči nejistotě a obavám. Zdravotník si své počáteční příznaky často vysvětluje optimisticky, může mít tendenci sám si diagnostikovat onemocnění (autodiagnostika) a tudíž se také sám léčit (autoterapie). Nemocný zdravotník je zaujat svou prací, jeho pozornost je odvedena jiným směrem a teprve, když je práce neschopný, může dojít k druhé situaci, kdy nemocný zdravotník podléhá pesimistické prognóze a přeceňuje závažnost choroby. Zdravotník se také může na základě svých profesních zkušeností domnívat, že není zcela pravdivě informován o svém zdravotním stavu. V některých situacích, jak upozorňuje Jobánková, může být o nemocného zdravotníka nedostatečně pečováno, může být ústně diagnostikován (diagnóza v chůzi na chodbě), nemusí být provedena všechna potřebná vyšetření (Jobánková et al., 1992).

Zkušenosti s rolí pacienta jsou velmi zajímavé a podnětné. Zdravotníci spíše hovoří o těch negativních zkušenostech, nejinak o tomto problému píše Vítová, kde popisuje lhostejnost, netečnost k jejím zdravotním problémům, které vedly k hospitalizaci. Při hospitalizaci se pak setkala s nedodržováním hygienických předpisů, které jako profesionál, všeobecná sestra, nemohla akceptovat (Vítová, 2006).

V zahraniční literatuře se tomuto tématu věnovala Kathryn Zeitz (Zeitz, 1998) ve svém výzkumu nazvaném Zdravotníci jako pacienti: Cesta objevení shrnuje v závěru práce v kapitole důsledky pro ošetrovatelskou péči, že péče o své kolegy může být pro ně zastrahující, neboť zdravotník touží v roli pacienta po lepší péči a zároveň je přítomen strach z ošetřování jiným zdravotníkem. Autorka zdůrazňuje, že přiznání pacientových pocitů je důležité. Dovoluje jim vyjádřit jejich strach, opatřit si společnost a informace o všech taktikách pomáhajících snížit strach. Sestry také potřebují nalézt rovnováhu mezi

povzbuzením nezávislosti a nabídkou péče. Sestra v roli pacienta také nemůže pomoci, ale porovnává tyto zkušenosti s její vlastní situací a to může zvýšit pocity strachu a paranoji.

Jinou zkušenost popisuje Nelms ve svém článku, kdy měl možnost sledovat péči u svého rodinného příslušníka během celé léčby a rekonvalescence. Jeho postřehem je, že byl zcela ignorován názor pacienta a rodiny. Také zdůrazňuje, jak je důležité, aby si zdravotník udělal čas na plné vysvětlení toho, co a proč je v péči důležité. Dále zdůrazňuje důležitost přípravy pacientů a rodiny na oba očekávané výhledy jejich nemoci a léčby. A také doporučuje, aby zdravotník nepředpokládal, že když pacient nebo člen rodiny je zdravotník, že ví všechno (Nelms, 1997).

Pravidla k vyšetření a léčení nemocného zdravotníka:

1. Má se dít podle stejných odborných měřítek, jako u ostatních pacientů. Vyšetření a léčba mají mít určitý zavedený postup. O vyšetřeních a léčbě je třeba vést písemnou dokumentaci.
2. Poznámky a návrhy nemocného jsou chápány jako subjektivní projevy a ne jako odborná spolupráce a pomoc. Pacientovy názory jsou ovlivněny emocemi a jeho racionální uvažování může být pozmeněné.
3. Pro vznik důvěry nemocného k ošetřujícímu lékaři je vhodné, aby ošetřující byl profesně zkušenější, starší v poměru k nemocnému. V případě mužů a onemocnění intimního charakteru, může být vhodnější, aby je léčil lékař (Jobánková et al., 1992).

EMPIRICKÁ ČÁST

Cíle výzkumu:

- Zjistit, jak sestry jako pacienti vnímají a prožívají nemoc.
- Zmapovat jejich reakci na přítomnost nemoci.
- Zjistit, jaké jsou zkušenosti sester v roli pacienta a jak tuto změnu role vnímají.
- Podat přehled o tom, jak zdravotníci přistupují ke zdravotníkovi v roli pacienta.

8 Výzkum

Ve výzkumné části jsem se pokusila zmapovat názory všeobecných sester k tématu zdravotník jako pacient.

Otázky v dotazníku byly rozděleny do oblastí:

1. Vnímání, prožívání nemoci. (otázky: 2, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16)
2. Reakce na příznaky nemoci. (otázky: 3, 10)
3. Zkušenosti a vnímání role pacienta. (otázky: 1, 4, 6, 7, 14, 22)
4. Přístup zdravotnického personálu ke zdravotníkovi v roli pacienta. (otázky: 17, 18, 19, 20, 21, 23)

8.1 Metoda výzkumu

K empirické části své práce jsem zvolila formu dotazníku, který dovoluje zjistit názory většího množství osob. Použitý dotazník je originální, otázky jsem konzultovala s vedoucí práce paní Jaroslavou Pečenkovou.

V úvodní části dotazníku jsou uvedeny údaje o pohlaví, věku a vzdělání respondentů a typu pracoviště, tyto otázky nejsou číslovány. Další otázky dotazníku jsou již číslovány. Otázek týkajících se přímo tématu je 23.

Popis otázek v dotazníku:

- Otázky 1 - 5, 8 tvoří polozavřené otázky s výběrem odpovědí.
- Otázka 6 je uzavřená dichotomická otázka.
- Otázka 7 je polozavřená otázka navazující na otázku č. 6, kombinovaná s možností vepsání vlastní odpovědi, pokud si respondent nemůže vybrat z nabídky odpovědí.
- Otázky 9 - 21 používají slovní odstupňování.
- Otázky 22, 23 jsou otevřené.

Výsledky byly analyzovány v programu Microsoft Excel. Data, která byla vložena do tabulky a sloužila jako podklad pro tvorbu tabulek a grafů.

8.2 Způsob předání a rozdělení dotazníků

K dotazníkovému šetření bylo připraveno 80 dotazníků. Tento počet byl předán vrchním nebo staničním sestram téměř všech oddělení, která jsou zastoupena v Panochově nemocnici s r.o. v Turnově. Dotazníky byly určeny všeobecným sestram, zdravotnickým asistentům, dětským sestram a porodním asistentkám. Výzkumu se zúčastnily sestry z lůžkových oddělení a ambulancí. Na oddělení byl předán počet dotazníků nižší, než byl počet pracovníků. Domnívala jsem se, že tím je větší naděje k vyplnění všech dotazníků. Vyplněné dotazníky vkládaly sestry do připravené nadepsané obálky a po vyplnění se mi některé obálky vracely již za týden na mé domovské oddělení. Na vyplnění dotazníku jsem nechala po domluvě s vrchními a staničními sestrami 14 dní. Evidovala jsem počet předaných a vrácených dotazníků.

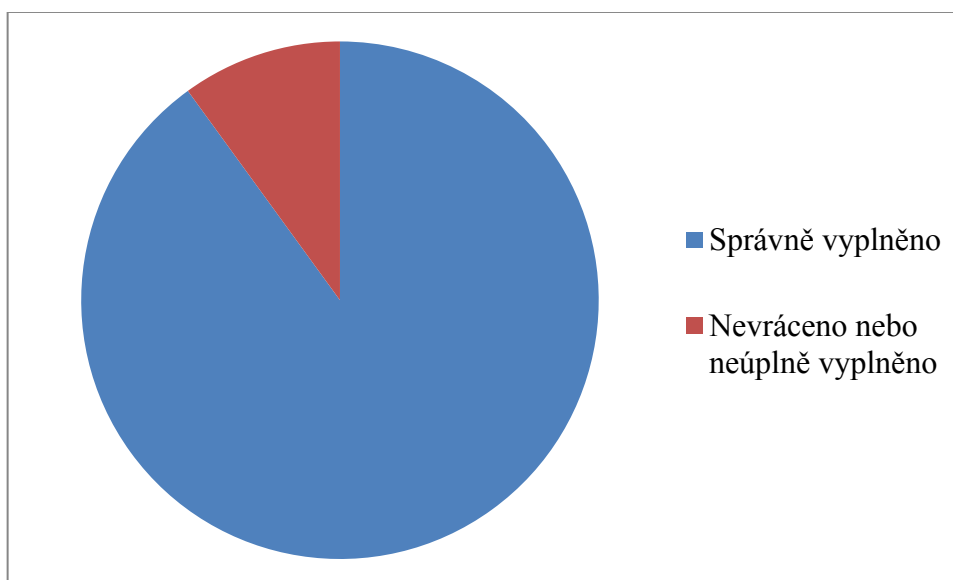
9 Charakteristika respondentů

Zhodnocení návratnosti dotazníků

Tabulka č. 1: Návratnost dotazníků

Návratnost dotazníku		
Celkový počet	80	100 %
Vráceno	74	93 %
Správně vyplněno	72	90 %
Nevráceno nebo neúplně vyplněno	8	10 %

Graf č. 1: Návratnost dotazníků



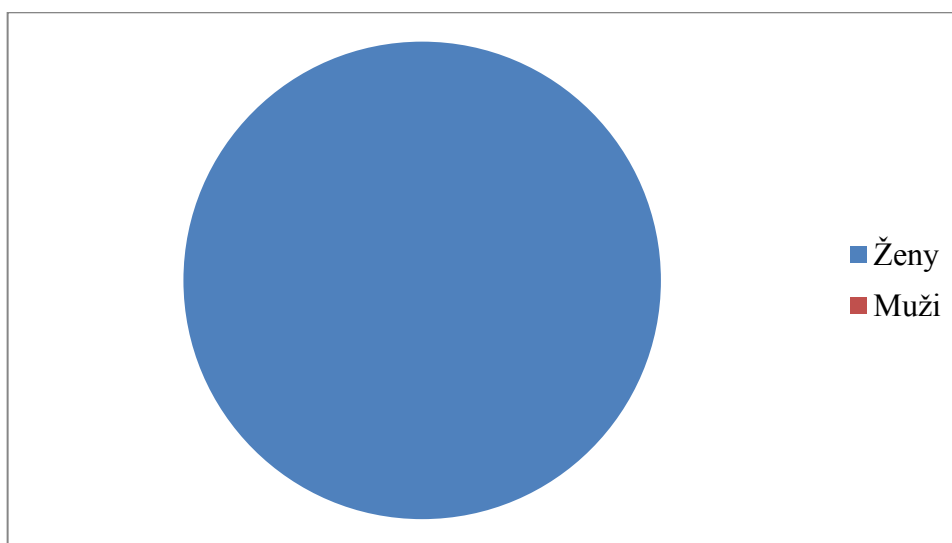
Komentář: Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, kompletně a správně bylo vyplněno 90 % (72 dotazníků). 10 % (8 dotazníků) se nevrátilo nebo nebylo kompletně vyplněno. Pro další tabulky a grafy je výchozí hodnotou 72 dotazníků, které tedy tvoří 100 %.

Zastoupení respondentů podle pohlaví

Tabulka č. 2: Zastoupení respondentů podle pohlaví

Zastoupení pohlaví respondentů		
Celkový počet	72	100 %
Ženy	72	100 %
Muži	0	0 %

Graf č. 2: Zastoupení respondentů podle pohlaví



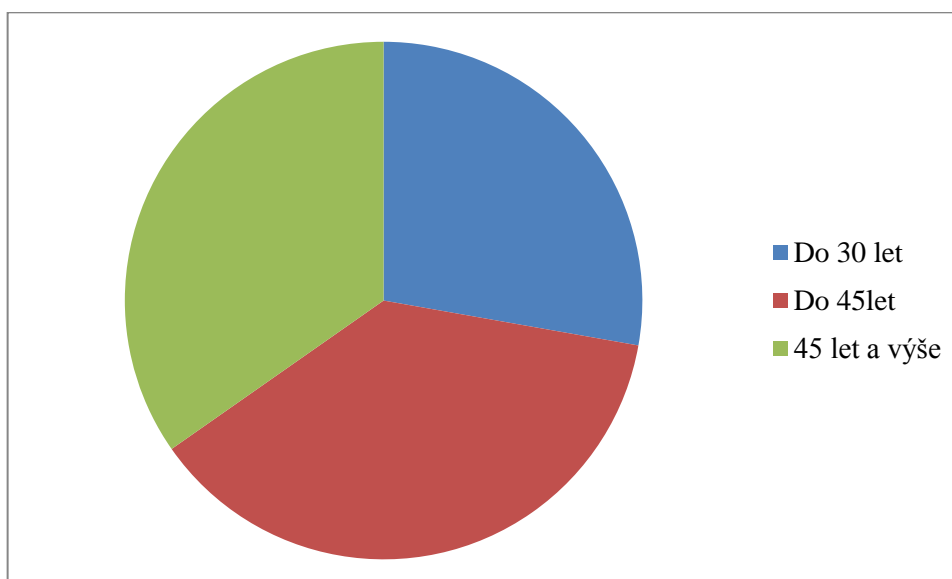
Komentář: Ve zkoumaném vzorku respondentů se nacházely pouze ženy.

Věk respondentů

Tabulka č. 3: Věkové kategorie respondentů

Věkové kategorie respondentů		
Do 30 let	20	28 %
Od 30 do 45 let	27	38 %
45 let a výše	25	35 %

Graf č. 3: Věkové kategorie respondentů



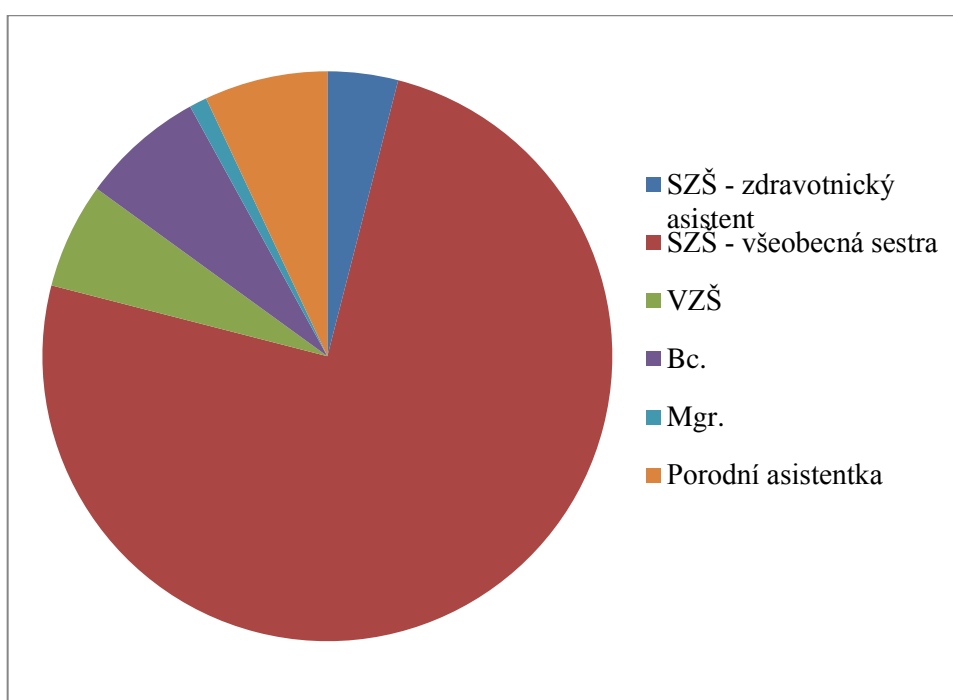
Komentář: Nejvyšší zastoupení mají respondenti ve věkové kategorii od 30 let do 45 let (38 %). Následuje věková kategorie od 45 let a výše (35 %) a poté věková kategorie do 30 let (28 %). Při pohledu na graf všechny 3 oddíly celkem působí dojmem symetrického zastoupení.

Vzdělání respondentů

Tabulka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání		
SZŠ - zdravotnický asistent	3	4 %
SZŠ - všeobecná sestra	54	75 %
VZŠ	4	6 %
Bc.	5	7 %
Mgr.	1	1 %
Porodní asistentka	5	7 %

Graf č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání



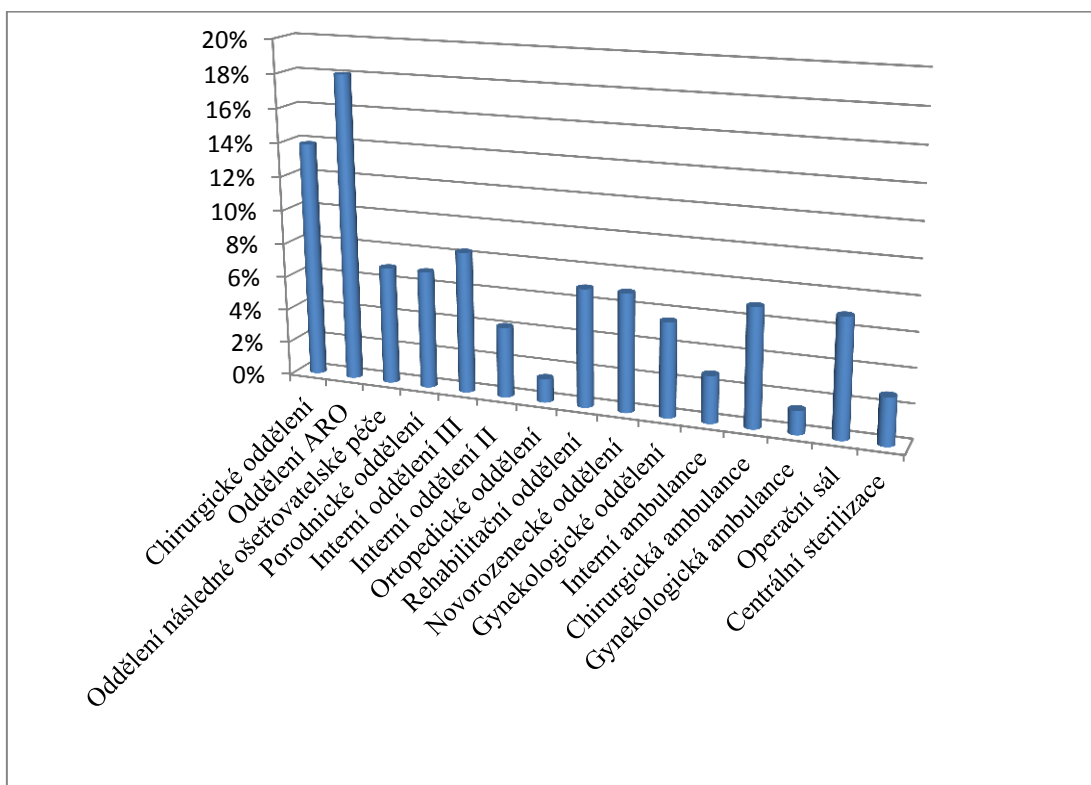
Komentář: Nejvíce respondentů bylo mezi všeobecnými sestrami, celkem jich bylo 75 % (54 respondentů), z toho 22 jich ještě uvedlo, že absolvovali postgraduální pomaturitní studium. Následovaly bakalářky a porodní asistentky, dále absolventi VZŠ a zdravotničtí asistenti. 1 respondent byl Mgr. Kategorie porodních asistentek v dotazníku nebyla vyznačena, ale vzhledem k jejich specifičnosti jsem je zahrнула samostatně do tabulky a grafu. Ze skupiny všeobecných sester studovali 3 respondenti vysokoškolské bakalářské studium.

Zastoupení respondentů podle pracoviště

Tabulka č. 5: Zastoupení respondentů podle pracoviště

Zastoupení respondentů podle pracoviště		
Chirurgické oddělení	10	14 %
Oddělení ARO	13	18 %
Oddělení následné ošetrovatelské péče	5	7 %
Porodnické oddělení	5	7 %
Interní oddělení III	6	8 %
Interní oddělení II	3	4 %
Ortopedické oddělení	1	1 %
Rehabilitační oddělení	5	7 %
Novorozenecké oddělení	5	7 %
Gynekologické oddělení	4	6 %
Interní ambulance	2	3 %
Chirurgická ambulance	5	7 %
Gynekologická ambulance	1	1 %
Operační sál	5	7 %
Centrální sterilizace	2	3 %

Graf č. 5: Zastoupení respondentů podle pracoviště



Komentář: Dotazníkového šetření se zúčastnila téměř všechna oddělení a ambulance, které jsou přítomné v Panochově nemocnici v Turnově s.r.o. V počtu respondentů je zřetelně nejvyšší účast na výzkumu na oddělení ARO a oddělení chirurgie, kde je přítomno více personálu. Na stejné úrovni je také interní oddělení s 10 respondenty, které je v grafu a tabulce rozděleno na 2 ošetrovací jednotky. Z ambulaní je početně nejvíce zastoupena chirurgická ambulance. Jsou zde také zastoupeni respondenti například z porodnického oddělení nebo z operačních sálů, kteří třeba mohou nabídnout na zvolené téma názor z jiného úhlu pohledu.

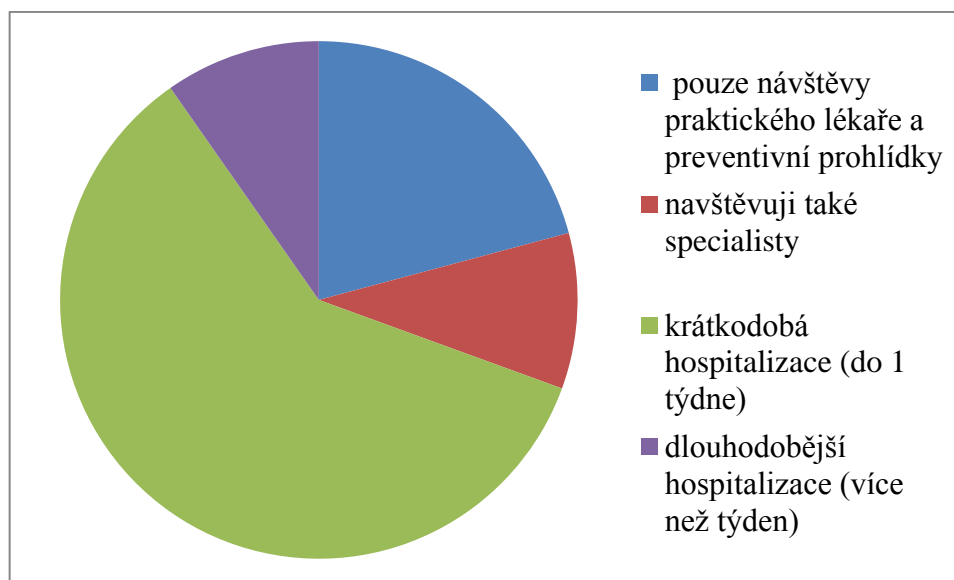
10 Výsledky výzkumu

Otázka č. 1: Vaše zkušenosti s rolí pacienta by se dali popsat jako:

Tabulka č. 6: Zkušenosti s rolí pacienta

Zkušenosti s rolí pacienta		
pouze návštěvy praktického lékaře a preventivní prohlídky	15	21 %
navštěvují také specialisty	7	10 %
krátkodobá hospitalizace (do 1 týdne)	43	60 %
dlouhodobější hospitalizace (více než týden)	7	10 %

Graf č. 6: Zkušenosti s rolí pacienta



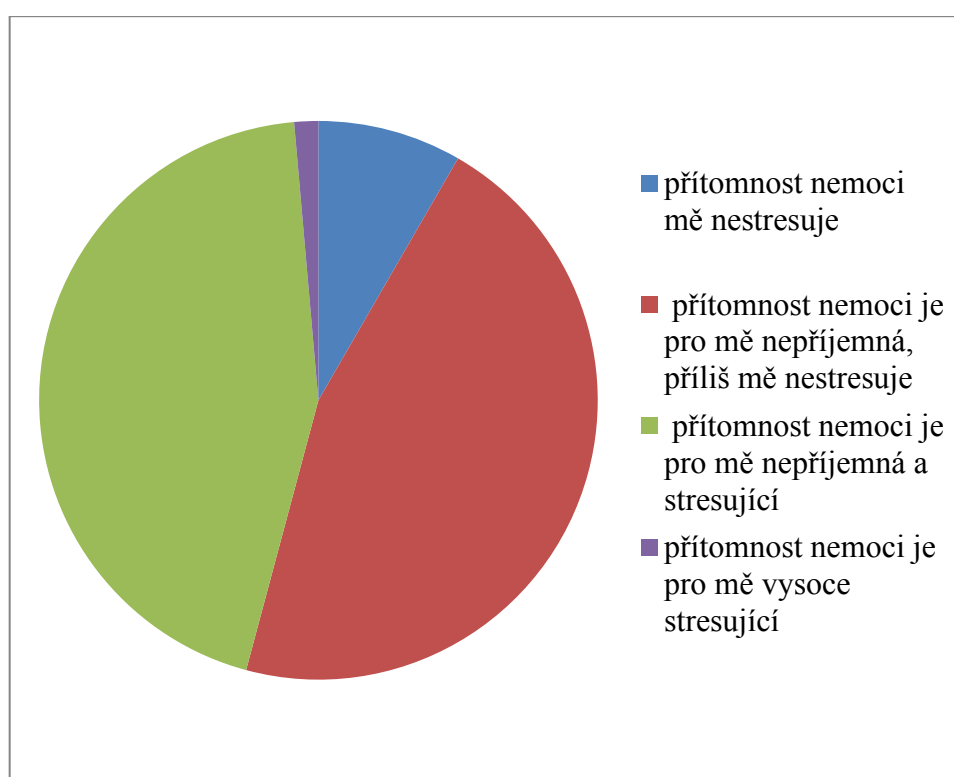
Komentář: Mezi nejčastější zkušenost s rolí pacienta, respondenti uvádějí krátkodobou hospitalizaci (do 1 týdne), tuto zkušenost má 60 % (43) respondentů. Následují respondenti, kteří navštěvují pouze praktického lékaře a preventivní prohlídky (21 % respondentů). Na stejné úrovni v počtu respondentů, a to 10 %, se nachází návštěvy specialistů a dlouhodobější hospitalizace (více než týden).

Otázka č. 2: Vaše vnímání nemoci by se dalo popsat jako:

Tabulka č. 7: Vnímání nemoci

Vnímání nemoci		
přítomnost nemoci mě nestresuje	6	8 %
přítomnost nemoci je pro mě nepříjemná, příliš mě nestresuje	33	46 %
přítomnost nemoci je pro mě nepříjemná a stresující	32	44 %
přítomnost nemoci je pro mě vysoce stresující	1	1 %

Graf č. 7: Vnímání nemoci



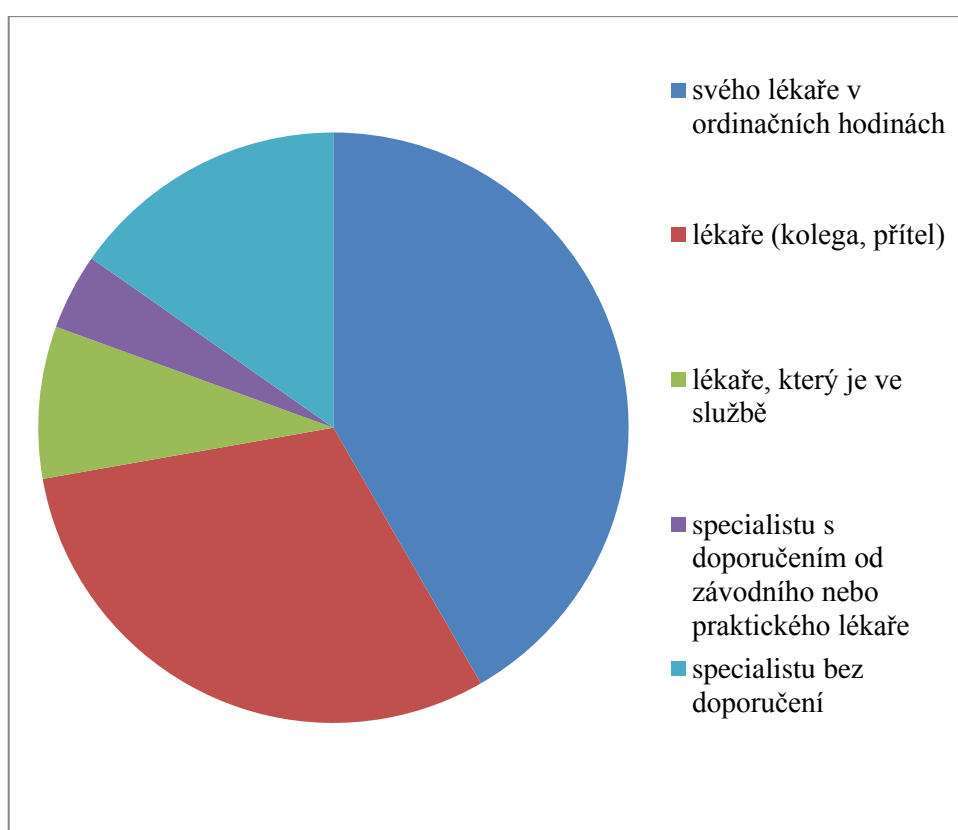
Komentář: Na otázku vnímání nemoci respondentů převládala odpověď, že nemoc je pro ně nepříjemná, ale nepříliš stresující (46 % respondentů) a pro 44 % respondentů, je přítomnost nemoci nepříjemná a stresující. Zde panuje většinová shoda pro fakt, že nemoc je nepříjemná. Ostatní respondenti zvolili odpověď, že je nemoc nestresuje (8 % respondentů) a pro jednoho respondenta je nemoc vysoce stresující.

Otázka č. 3: Při zdravotních obtížích vyhledáte a zvolíte jako první možnost?

Tabulka č. 8: Postup při objevení zdravotních obtíží

Postup při objevení zdravotních obtíží		
svého lékaře v ordinačních hodinách	30	42 %
lékaře (kolega, přítel)	22	31 %
lékaře, který je ve službě	6	8 %
specialistu s doporučením od závodního nebo praktického lékaře	3	4 %
specialistu bez doporučení	11	15 %

Graf č. 8: Postup při objevení zdravotních obtíží



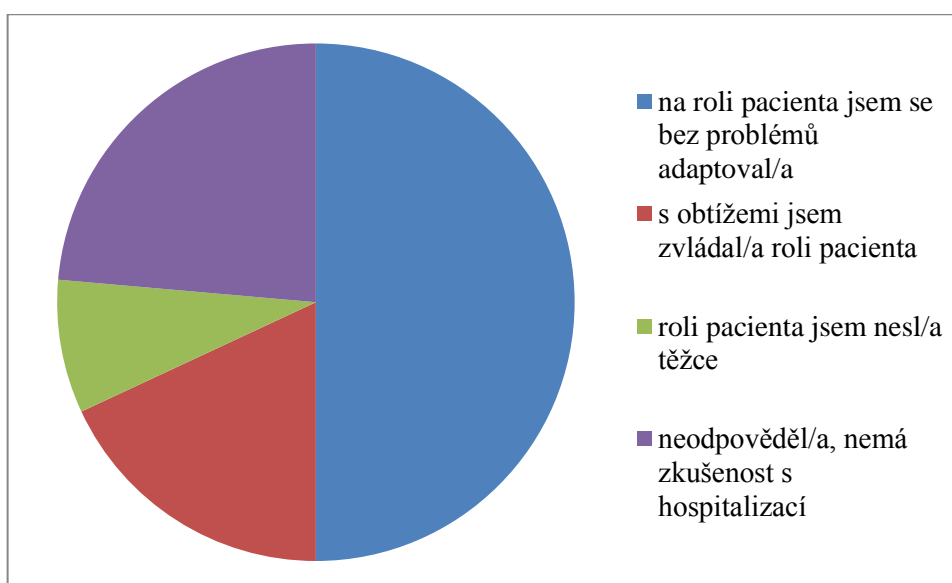
Komentář: Převládající část respondentů odpověděla, že by vyhledala svého lékaře v ordinačních hodinách (42 % respondentů). Následuje skupina, která by vyhledala lékaře, specifikovaného jako kolegu nebo přítele (31 %). 15 % respondentů by přímo zvolilo specialistu bez doporučení. 8 % respondentů by zvolilo lékaře ve službě a specialistu s doporučením by vybrali 4 % respondentů.

Otázka č. 4: Pokud jste byl/a hospitalizován/a, jak byste popsal/a své pocity a reakci na změnu role?

Tabulka č. 9: Pocity a reakce na změnu role v případě hospitalizace

Pocity a reakce na změnu role v případě hospitalizace		
na roli pacienta jsem se bez problémů adaptoval/a	36	50 %
s obtížemi jsem zvládal/a roli pacienta	13	18 %
roli pacienta jsem nesl/a těžce	6	8 %
neodpověděl/a, nemá zkušenost s hospitalizací	17	24 %

Graf č. 9: Pocity a reakce na změnu role v případě hospitalizace



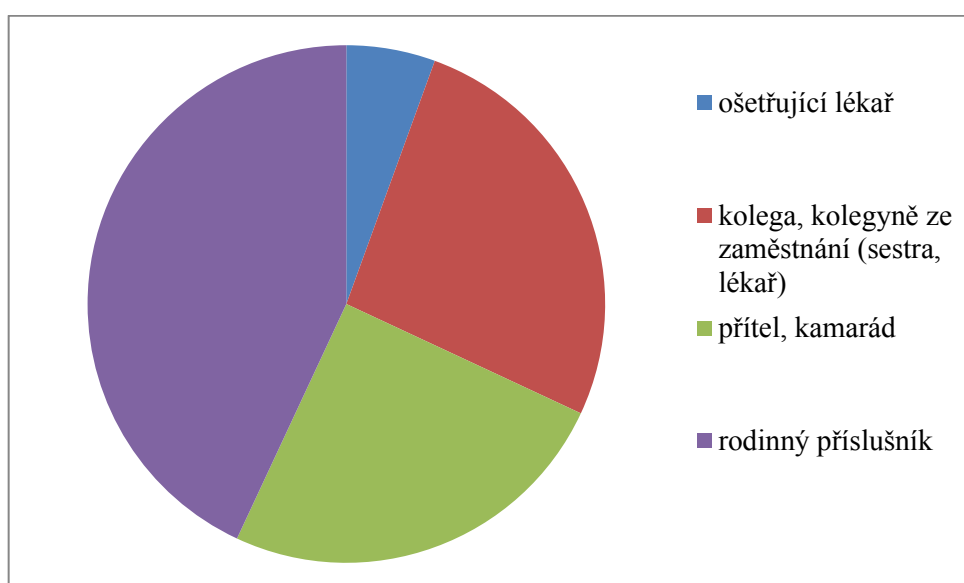
Komentář: Na tuto otázku odpověděli respondenti mající zkušenost s hospitalizací, těch bylo 76 %. Převládající počet respondentů (50 %) upřednostnilo názor, že se na roli pacienta bez problémů adaptovalo. 18 % respondentů udalo potíže s adaptováním se na roli pacienta. Menšinový názor reprezentuje 8 % respondentů, kteří uvedli, že roli pacienta nesli těžce.

Otázka č. 5: Pokud chcete mluvit o svých pocitech (např. strach, obavy), které provází vaši nemoc, s kým byste hovořil/a?

Tabulka č. 10: Osoba, která naslouchá pocitům o nemoci

Osoba, která naslouchá pocitům o nemoci		
ošetřující lékař	4	6 %
kolega, kolegyně ze zaměstnání (sestra, lékař)	19	26 %
přítel, kamarád	18	25 %
rodinný příslušník	31	43 %

Graf č. 10: Osoba, která naslouchá pocitům o nemoci



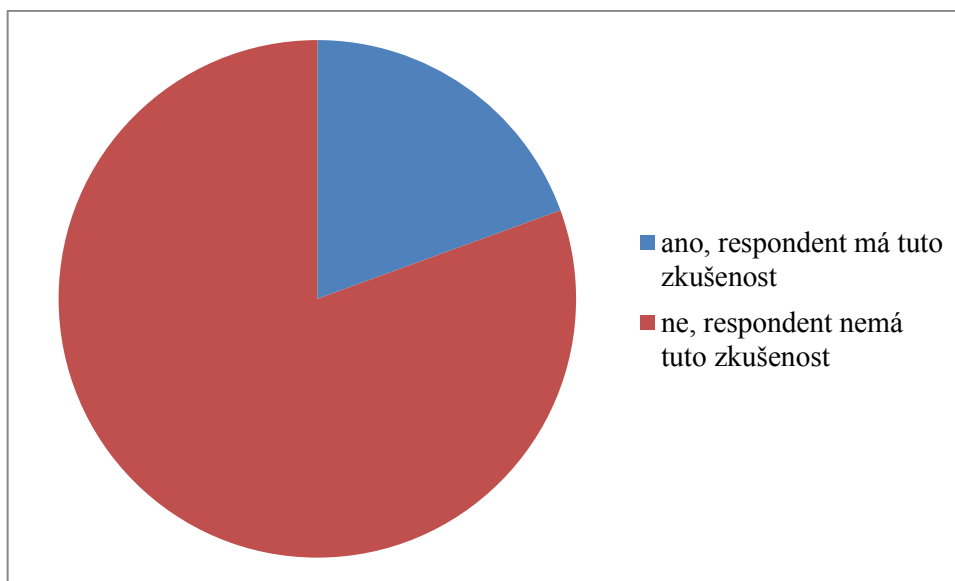
Komentář: Na otázku, s kým chtějí respondenti hovořit o svých pocitech při nemoci, odpověděla většina (43 %), že s rodinným příslušníkem. Kolegyně, kolegu (lékaře, sestru) zvolilo 26 % respondentů. Pouze o 1 méně by dalo přednost příteli, kamarádovi. S ošetřujícím lékařem by o své nemoci chtělo mluvit 6 % respondentů.

Otázka č. 6: Máte zkušenost se sdělením závažné zprávy o svém zdravotním stavu?

Tabulka č. 11: Zkušenosti se sdělením závažné zprávy o zdravotním stavu

Zkušenosti se sdělením závažné zprávy o zdravotním stavu		
ano, respondent má tuto zkušenost	14	19 %
ne, respondent nemá tuto zkušenost	58	81 %

Graf č. 11: Zkušenosti se sdělením závažné zprávy o zdravotním stavu



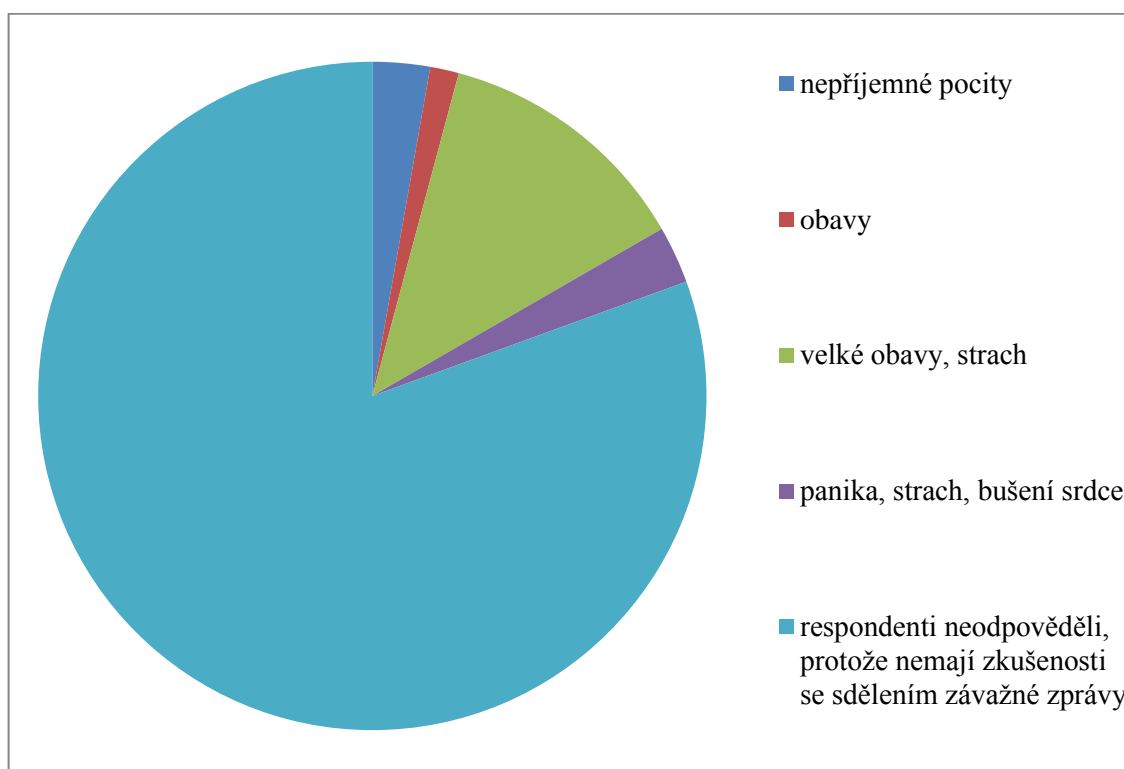
Komentář: Z počtu 72 respondentů, má zkušenost se sdělením závažné zprávy o svém zdravotním stavu 14 (19 %) respondentů.

Otázka č. 7: Pokud máte zkušenosti se sdělením závažné zprávy o vašem zdravotním stavu, jak byste popsal/a vaše pocity?

Tabulka č. 12: Pocity při sdělení závažné zprávy

Pocity při sdělení závažné zprávy		
nepříjemné pocity	2	3 %
obavy	1	1 %
velké obavy, strach	9	13 %
panika, strach, bušení srdce	2	3 %
respondenti neodpověděli, protože nemají zkušenosti se sdělením závažné zprávy	58	81 %

Graf č. 12: Pocity při sdělení závažné zprávy



Komentář: Na tuto otázku odpověděli respondenti, kteří odpověděli ANO v otázce č. 6. Respondenti se většinou (13 %) přiklonili k pocitům velkých obav a strachu. 3 % respondentů mělo nepříjemné pocity a další 3 % popisují paniku, strach, bušení srdce. 1 (1 %) respondent popisuje jen obavy. 2 respondenti využili možnost volně odpovědět. Zde je přepis jejich odpovědí:

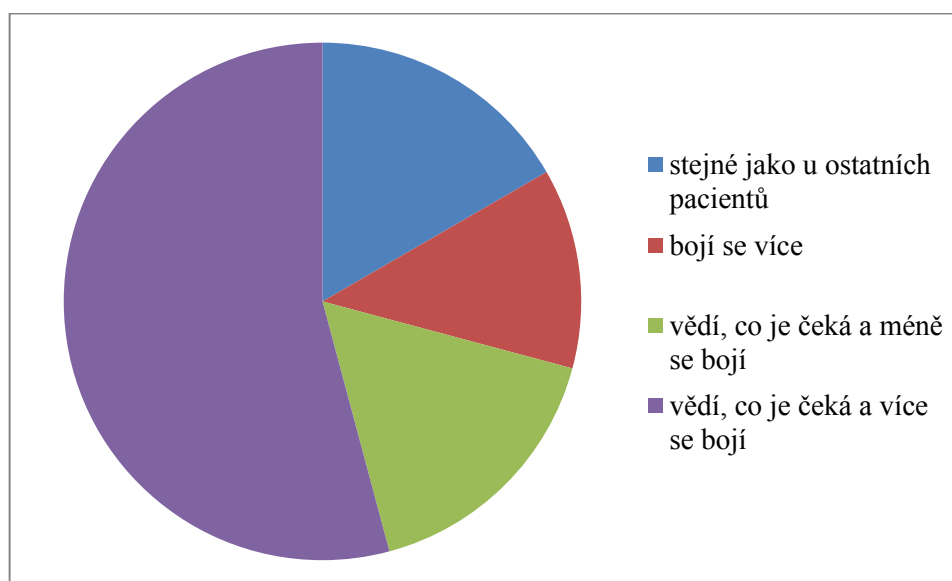
- *Hrozně.*
- *Hrůza.*

Otázka č. 8: Jak byste popsal/a vnímání bolesti u sester?

Tabulka č. 13: Subjektivní pohled na vnímání bolesti u sester

Subjektivní pohled na vnímání bolesti u sester		
stejně jako u ostatních pacientů	12	17 %
bojí se více	9	13 %
vědí, co je čeká a méně se bojí	12	17 %
vědí, co je čeká a více se bojí	39	54 %

Graf č. 13: Subjektivní pohled na vnímání bolesti u sester



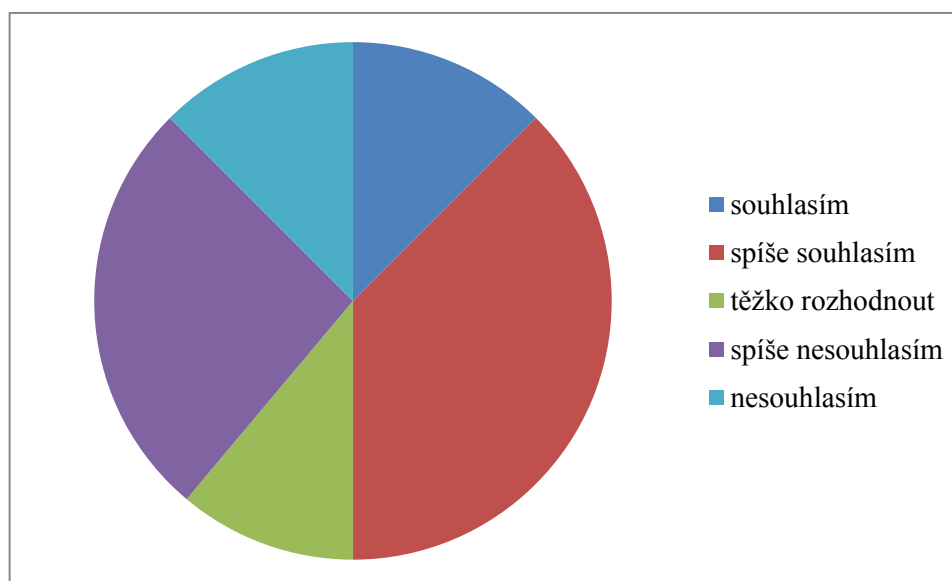
Komentář: Odpovědi na tuto otázku jsou velmi různorodé. Většina (54 %) je názoru, že sestry vědí, co je čeká a více se bojí. 17 % respondentů se domnívá, že je vnímání bolesti stejné, jako u ostatních pacientů. Stejná část (17 %) se přiklonila k názoru, že vědí, co je čeká a méně se bojí. 13 % respondentů si myslí, že se sestry bojí více.

Otázka č. 9: Necháváte si záměrně své pocity pro sebe a nemluvíte o nich?

Tabulka č. 14: Potřeba mluvit o svých pocitech

Potřeba mluvit o svých pocitech		
souhlasím	9	13 %
spíše souhlasím	27	38 %
těžko rozhodnout	8	11 %
spíše nesouhlasím	19	26 %
nesouhlasím	9	13 %

Graf č. 14: Potřeba mluvit o svých pocitech



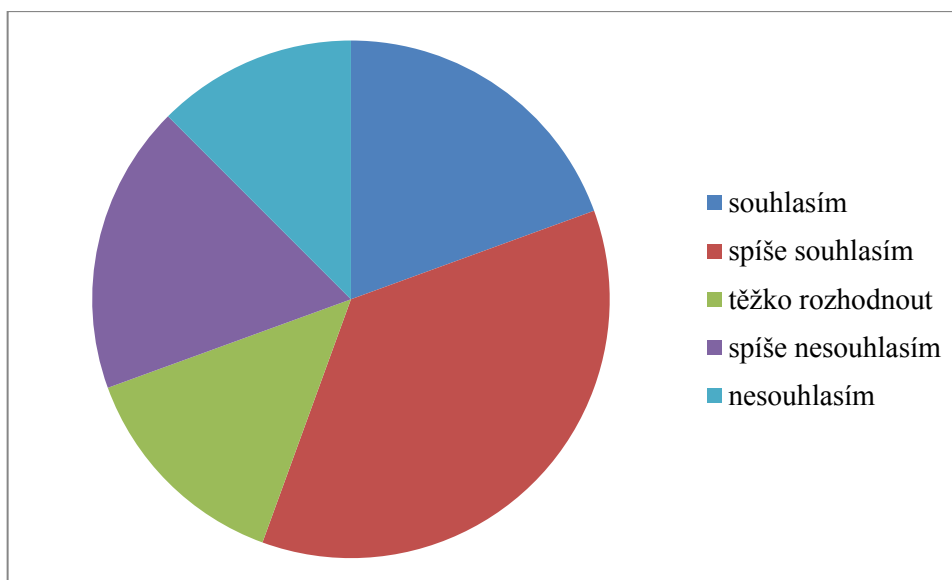
Komentář: S názorem, jestli si respondenti nechávají své pocity pro sebe a nemluví o nich, většina **spíše souhlasí** (38 %) a 13 % respondentů **souhlasí**. Oproti tomu další většina (26 %) s tímto názorem **spíše nesouhlasí** a 13 % **nesouhlasí**. 11 % respondentů se nerozhodlo.

Otázka č. 10: Při onemocnění, kde je třeba navštívit lékaře, váháte a návštěvu lékaře odkládáte?

Tabulka č. 15: Vyhledání lékaře při nemoci z hlediska času

Vyhledání lékaře při nemoci z hlediska času		
souhlasím	14	19 %
spíše souhlasím	26	36 %
těžko rozhodnout	10	14 %
spíše nesouhlasím	13	18 %
nesouhlasím	9	13 %

Graf č. 15: Vyhledání lékaře při nemoci z hlediska času



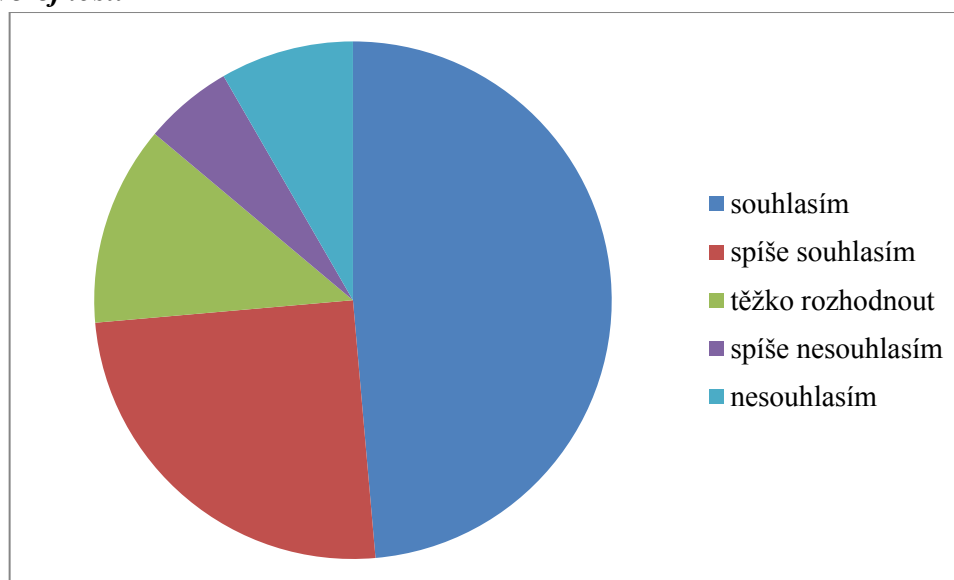
Komentář: V otázce, zda respondent váhá a odkládá návštěvu lékaře při nemoci, kde je to třeba, se **spíše souhlasně** vyjádřilo 36 % respondentů a 19 % zcela **souhlasně**. 13 % respondentů neváhá navštívit lékaře a **nesouhlasí**. **Spíše nesouhlasí** a jde k lékaři 18 % respondentů a 14 % se nerozhodlo.

Otázka č. 11: Domníváte se, že zdravotník vnímá svou vlastní nemoc jinak, než laická veřejnost?

Tabulka č. 16: Subjektivní názor na vnímání nemoci u zdravotníků a laické veřejnosti

Subjektivní názor na vnímání nemoci u zdravotníků a laické veřejnosti		
souhlasím	35	49 %
spíše souhlasím	18	25 %
těžko rozhodnout	9	13 %
spíše nesouhlasím	4	6 %
nesouhlasím	6	8 %

Graf č. 16: Subjektivní názor na vnímání nemoci u zdravotníků a laické veřejnosti



Komentář: Většina (49 %) **souhlasí** s názorem, že zdravotník vnímá svou vlastní nemoc jinak, než laická veřejnost. Další velká část (25 %) s tímto názorem **spíše souhlasí**. 8 % respondentů s tím **nesouhlasí** a 6 % **spíše nesouhlasí**. 13 % respondentů se nerozhodlo.

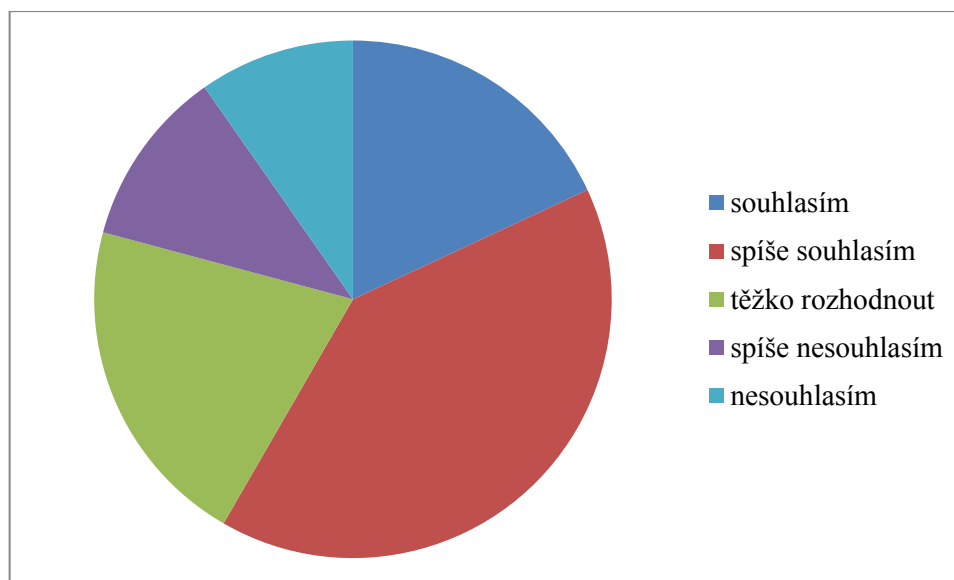
Tento názor je pro mě velmi důležitý, protože mě informuje o tom, že téma Zdravotník jako pacient má o čem vypovídat, neboť sami někteří zdravotníci cítí, že jejich vnímání nemoci je odlišné od ostatních pacientů.

Otázka č. 12: Souhlasíte s názorem, že zdravotník v roli pacienta své pocity případného strachu a obav nedává tolik najevo a snaží se jednat racionálně?

Tabulka č. 17: Skrývání pocitů a racionální jednání u zdravotníka v roli pacienta

Skrývání pocitů a racionální jednání u zdravotníka v roli pacienta		
souhlasím	13	18 %
spíše souhlasím	29	40 %
těžko rozhodnout	15	21 %
spíše nesouhlasím	8	11 %
nesouhlasím	7	10 %

Graf č. 17: Skrývání pocitů a racionální jednání u zdravotníka v roli pacienta



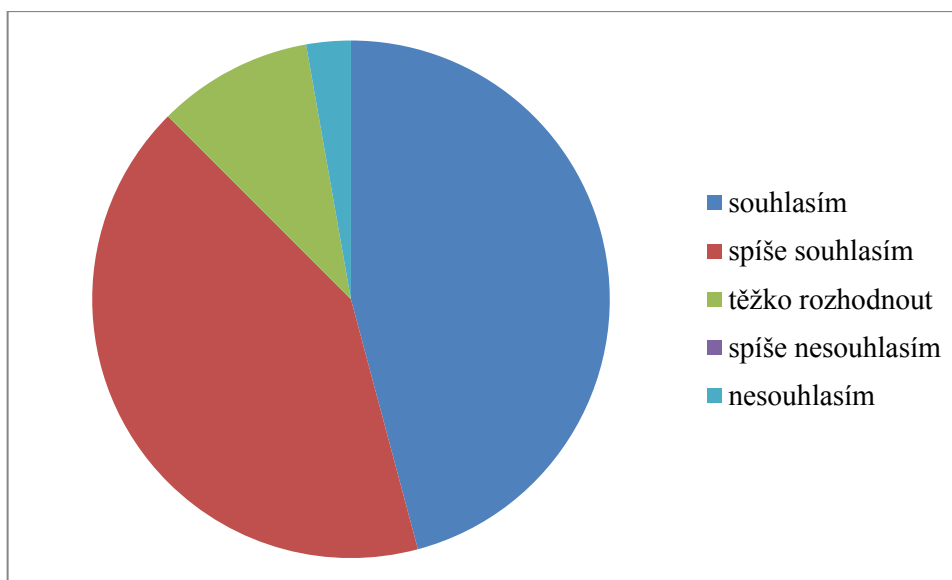
Komentář: S názorem, že si zdravotník nechává své pocity případného strachu a obav pro sebe a snaží se jednat racionálně, **souhlasí** 18 % respondentů. Většina (40 %) s tímto názorem **spíše souhlasí**. 21 % respondentů se nerozhodlo. 7 % respondentů **nesouhlasí** a 11 % **spíše nesouhlasí**. Lze shrnout, že velká většina respondentů skrývá své pocity z nemoci a snaží se jednat racionálně.

Otázka č. 13: Souhlasíte s názorem, že zdravotník jako pacient více vnímá to, co mu jiný zdravotník řekne a jak mu to řekne?

Tabulka č. 18: Vnímání verbálního projevu zdravotníkem v roli pacienta

Vnímání verbálního projevu zdravotníkem v roli pacienta		
souhlasím	33	46 %
spíše souhlasím	30	42 %
těžko rozhodnout	7	10 %
spíše nesouhlasím	0	0 %
nesouhlasím	2	3 %

Graf. 18: Vnímání verbálního projevu zdravotníkem v roli pacienta



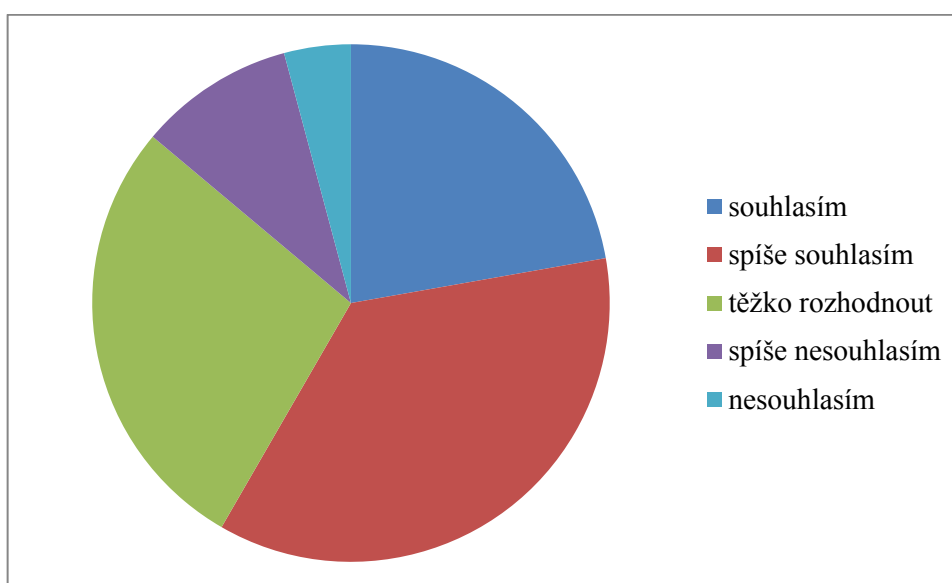
Komentář: V této otázce se velká většina respondentů přiklání k názoru, že zdravotník jako pacient, více vnímá co se mu řekne a jak se mu to řekne. 46 % respondentů **souhlasí** a 42 % **spíše souhlasí**. 10 % respondentů se nerozhodlo. Pouze 3 % respondentů přímo **nesouhlasí**.

Otázka č. 14: Máte dojem, že je vám v roli pacienta věnován dostatek času?

Tabulka č. 19: Pocit dostatečného času pro zdravotníka v roli pacienta

Pocit dostatečného času pro zdravotníka v roli pacienta		
Souhlasím	16	22 %
spíše souhlasím	26	36 %
těžko rozhodnout	20	28 %
spíše nesouhlasím	7	10 %
Nesouhlasím	3	4 %

Graf č. 19: Pocit dostatečného času pro zdravotníka v roli pacienta



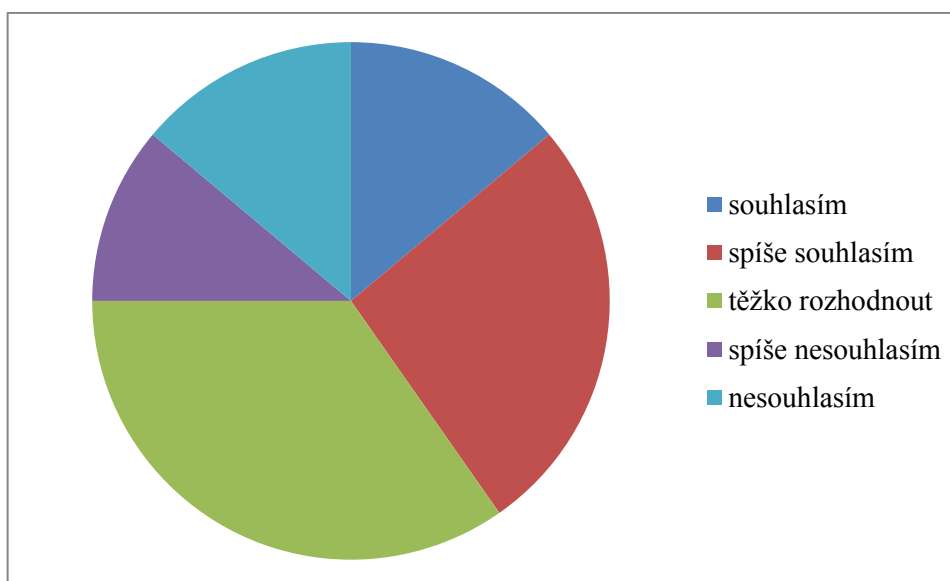
Komentář: 36 % respondentů **spíše souhlasí**, že jim je věnován dostatek času a 22 % zcela **souhlasí**. Většina respondentů tedy má dojem, že je jim v roli pacienta věnován čas dle jejich představ. 28 % respondentů se těžko rozhoduje. 10 % respondentů s tímto názorem **spíše nesouhlasí** a 4 % **nesouhlasí** úplně.

Otázka č. 15: Chcete se svým lékařem nebo se sestrami mluvit o svých pocitech?

Tabulka č. 20: Potřeba mluvit o svých pocitech s lékaři a sestrami

Potřeba mluvit o svých pocitech s lékaři a sestrami		
souhlasím	10	14 %
spíše souhlasím	19	26 %
těžko rozhodnout	25	35 %
spíše nesouhlasím	8	11 %
nesouhlasím	10	14 %

Graf č. 20: Potřeba mluvit o svých pocitech s lékaři a sestrami



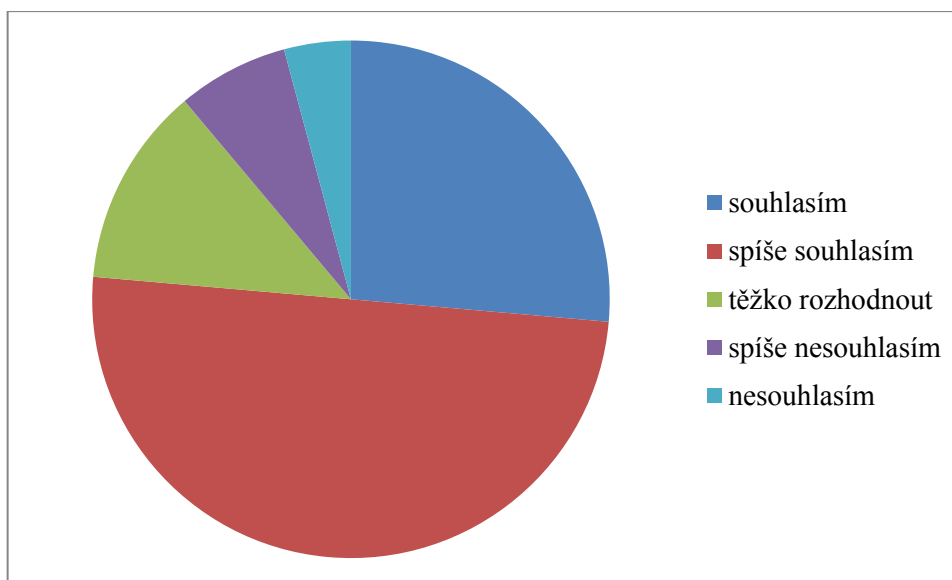
Komentář: Zde převládá nerozhodnost (35 %). Domnívám se, že odpověď na tuto otázku závisí na charakteru onemocnění a lidech tvořících personál, který by případně řešil zdravotní obtíže. I přesto se 26 % respondentů **spíše domnívá**, že by chtěli hovořit o svých pocitech s lékaři a sestrami a 14 % respondentů s tím úplně **souhlasí**. **Nesouhlasně** se vyjádřilo 14 % respondentů a **spíše nesouhlasně** 11 %.

Otázka č. 16: Pokud máte strach a obavy ze svého onemocnění a chcete o nich mluvit, jste vyslechnut/a?

Tabulka č. 21: Vyslechnutí svých pocitů při onemocnění

Vyslechnutí svých pocitů při onemocnění		
souhlasím	19	26 %
spíše souhlasím	36	50 %
těžko rozhodnout	9	13 %
spíše nesouhlasím	5	7 %
nesouhlasím	3	4 %

Graf č. 21: Vyslechnutí svých pocitů při onemocnění



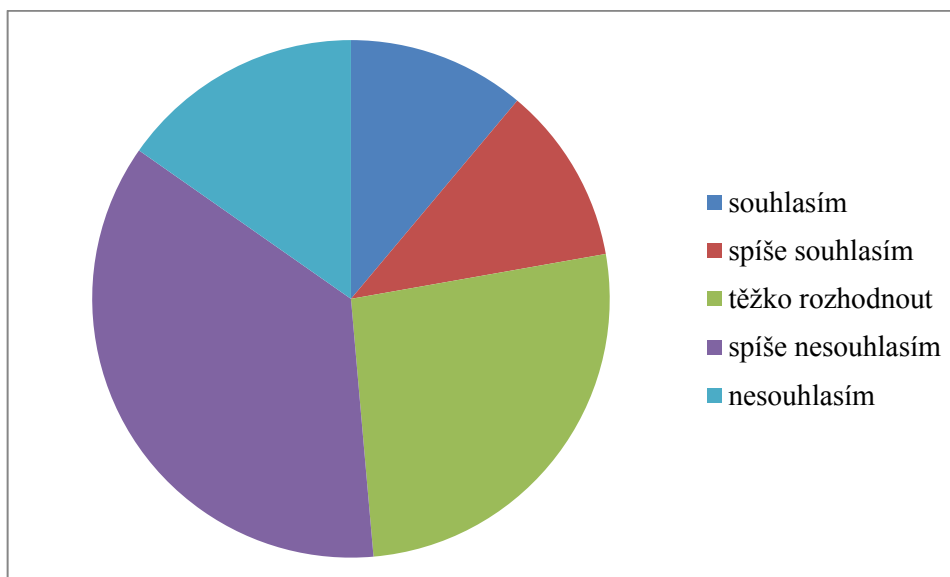
Komentář: Většina respondentů (50 %) **spíše souhlasí**, že pokud mají nějaké obavy a strach provázející případnou nemoc, tak jsou vyslechnuti. 26 % respondentů **souhlasí** zcela. 13 % respondentů se nerozhodlo. **Spíše nesouhlasí** 7 % respondentů a 4 % **nesouhlasí** vůbec.

Otázka č. 17: Jsou Vaše zdravotní problémy nebo vaše pocity personálem zlehčovány nebo převedeny ve vtip?

Tabulka č. 22: Zlehčování zdravotních problémů a pocitů nebo vtipkování

Zlehčování zdravotních problémů a pocitů nebo vtipkování		
souhlasím	8	11 %
spíše souhlasím	8	11 %
těžko rozhodnout	19	26 %
spíše nesouhlasím	26	36 %
nesouhlasím	11	15 %

Graf č. 22: Zlehčování zdravotních problémů a pocitů nebo vtipkování



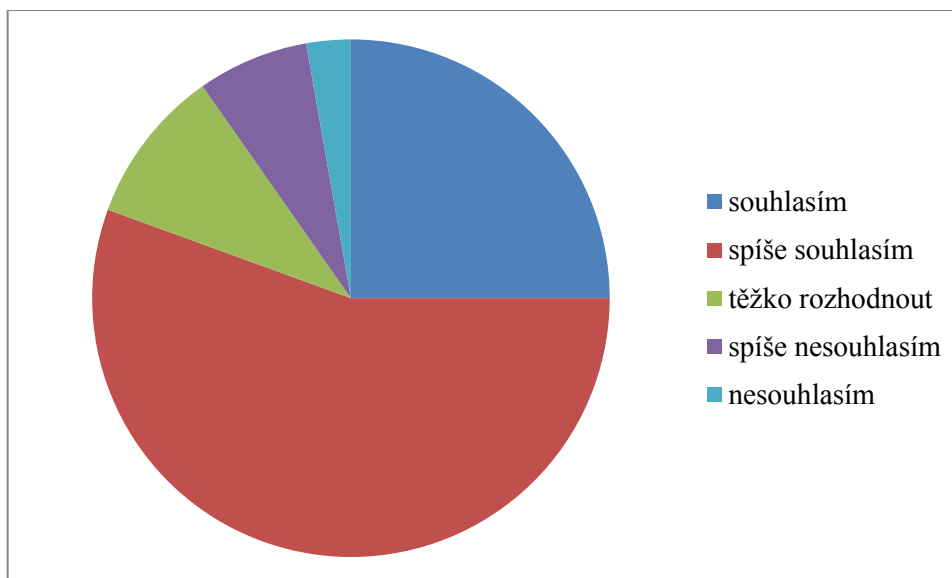
Komentář: V otázce zlehčování a vtipkování při výskytu zdravotních problémů velká část respondentů **spíše nesouhlasí** s tím, že by se s takovým přístupem setkala (36 %). V pořadí druhá početná skupina označila odpověď těžko rozhodnout (26 %). 15 % respondentů přímo **nesouhlasí** s tvrzením, že by jejich obtíže byly zlehčovány nebo byly předmětem vtipkování. 11 % respondentů **souhlasí**, že má tuto zkušenost a dalších 11 % **spíše souhlasí**.

Otázka č. 18: Byl ve vašem případě přístup zdravotníků takový, jak jste si představoval/a ?

Tabulka č. 23: Přístup zdravotníků, který odpovídal představě zdravotníka v roli pacienta

Přístup zdravotníků, který odpovídal představě zdravotníka v roli pacienta		
souhlasím	18	25 %
spíše souhlasím	40	56 %
těžko rozhodnout	7	10 %
spíše nesouhlasím	5	7 %
nesouhlasím	2	3 %

Graf č. 23: Přístup zdravotníků, který odpovídal představě zdravotníka v roli pacienta



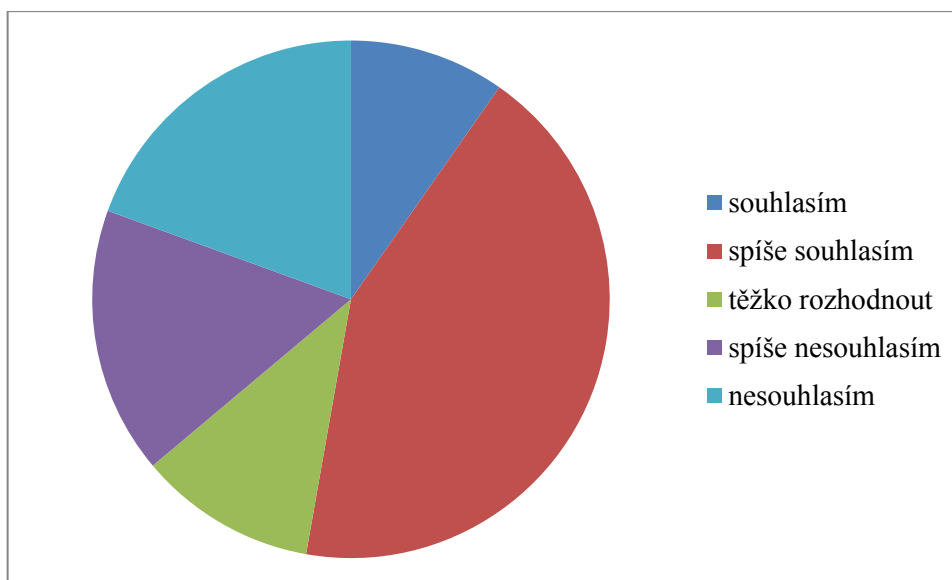
Komentář: Více než polovina respondentů je toho názoru, že v jejich případě byl přístup zdravotníků takový, jak si představovala. 56 % respondentů **spíše souhlasí** a 25 % **souhlasí**. Nerozhodlo se 10 % respondentů. 7 % respondentů **spíše nesouhlasí** a 3 % **nesouhlasí** zcela. Z uvedeného grafu je patrné, že podstatná část zdravotníků, pokud je v roli pacienta, je spokojená s přístupem svých kolegů.

Otázka č. 19: Pokud se v pracovním kontaktu setkáte se zdravotníkem v roli pacienta, chováte se k němu jinak?

Tabulka č. 24: Změna chování zdravotníka ke zdravotníkovi v roli pacienta

Změna chování zdravotníka ke zdravotníkovi v roli pacienta		
souhlasím	7	10 %
spíše souhlasím	31	43 %
těžko rozhodnout	8	11 %
spíše nesouhlasím	12	17 %
nesouhlasím	14	19 %

Graf č. 24: Změna chování zdravotníka ke zdravotníkovi v roli pacienta



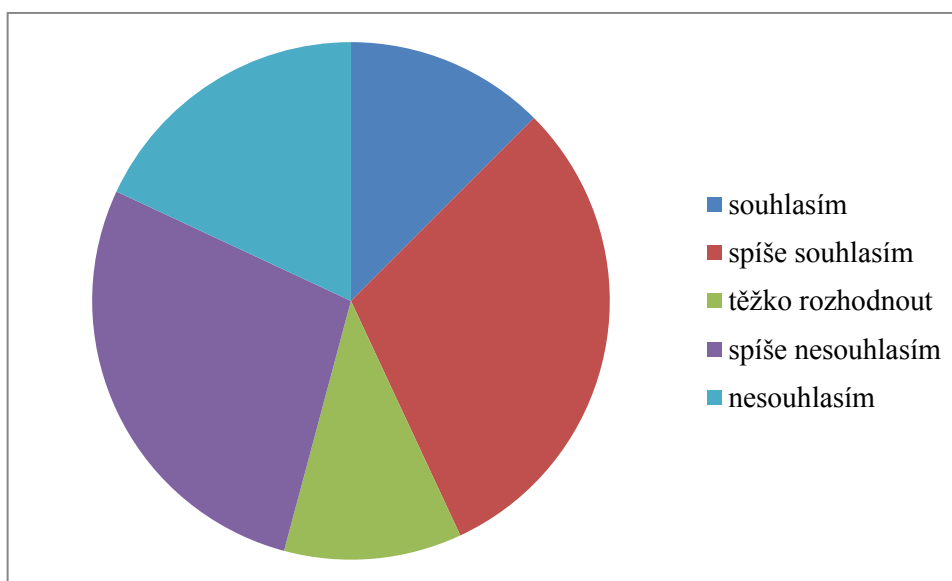
Komentář: V této otázce je názor respondentů ztelně nejednotný. Větší převahu má názor, že se respondenti chovají jinak k nemocnému zdravotníkovi než k ostatním pacientům. S tímto názorem **souhlasí** 10 % respondentů a **spíše souhlasí** 43 %. Opačného názoru je 19 % respondentů, kteří **nesouhlasí** s tímto názorem a 17 % **spíše nesouhlasí**. 11 % respondentů se těžko rozhoduje.

Otázka č. 20: Chováte se vstřícněji ke zdravotníkovi v roli pacienta?

Tabulka č. 25: Změna vstřícnosti ke zdravotníkovi v roli pacienta

Změna vstřícnosti ke zdravotníkovi v roli pacienta		
souhlasím	9	13 %
spíše souhlasím	22	31 %
těžko rozhodnout	8	11 %
spíše nesouhlasím	20	28 %
nesouhlasím	13	18 %

Graf č. 25: Změna vstřícnosti ke zdravotníkovi v roli pacienta



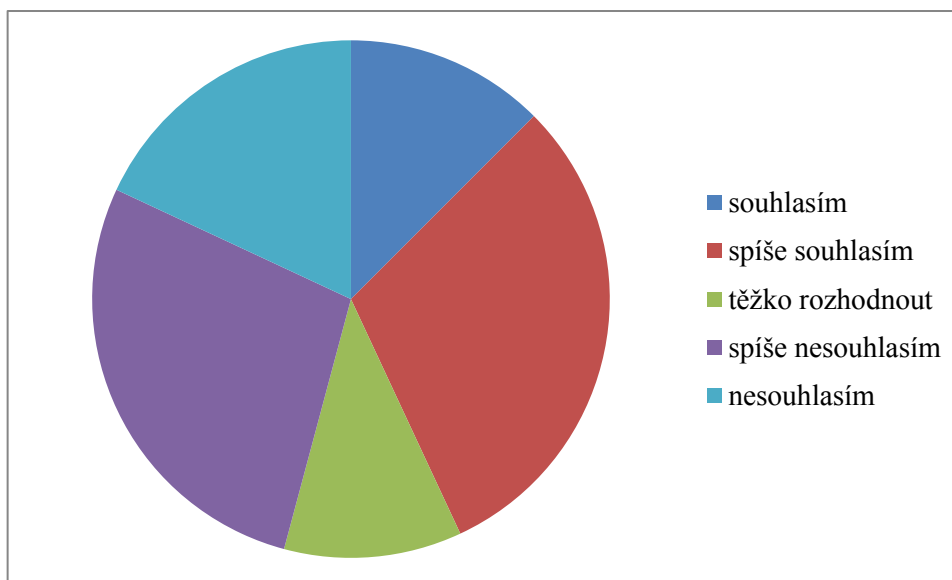
Komentář: Tak jako v předchozí otázce odpovídali respondenti velmi rozdílně, tak také zde tvoří dvě názorové skupiny. Velmi těsně převládá názor, že se respondenti nechovají vstřícněji k nemocným zdravotníkům. Přímou **nesouhlasí** 18 % respondentů a **spíše nesouhlasí** 28 %. Na druhé straně 13 % respondentů **souhlasí** s tím, že se chovají vstřícněji a 31 % **spíše souhlasí**. 11 % respondentů se nerozhodlo.

Otázka č. 21: Domníváte se, že zdravotník v roli pacienta vše ví a vysvětlení nepotřebuje?

Tabulka č. 26: Názor na potřebu vysvětlení u zdravotníka v roli pacienta

Názor na potřebu vysvětlení u zdravotníka v roli pacienta		
souhlasím	9	13 %
spíše souhlasím	22	31 %
těžko rozhodnout	8	11 %
spíše nesouhlasím	20	28 %
nesouhlasím	13	18 %

Graf č. 26: Názor na potřebu vysvětlení u zdravotníka v roli pacienta



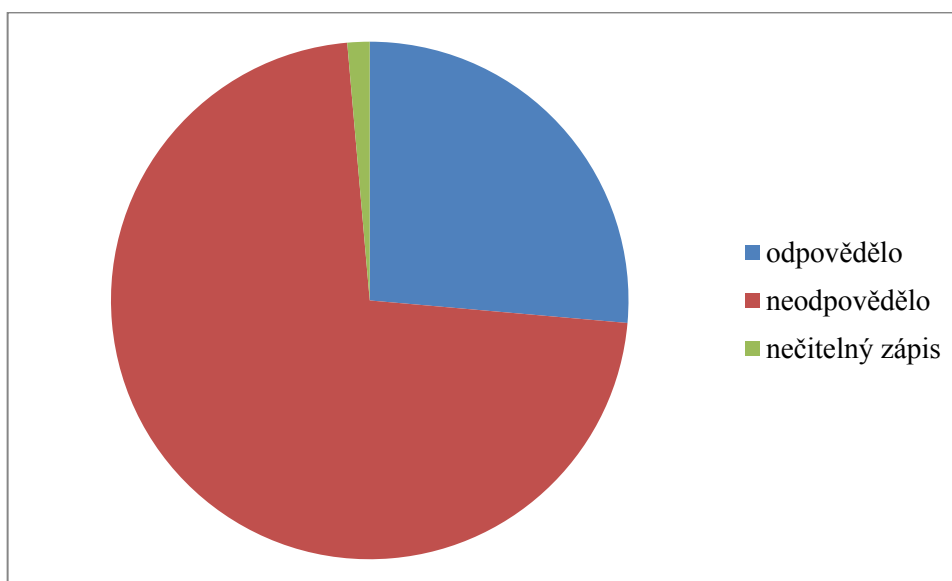
Komentář: Také na tuto otázku nepanuje názorová shoda. Velmi těsně převládá názor, že zdravotník v roli pacienta potřebuje vysvětlení, i když je svým vzděláním a zkušenostmi zvýhodněn před pacienty z řad laické veřejnosti. S tvrzením uvedeným v otázce přímo **nesouhlasí** 18 % respondentů a **spíše nesouhlasí** 28 %. Oproti tomu 13 % respondentů **souhlasí** a 31 % **spíše souhlasí** s tím, že zdravotník vše ví a vysvětlení nepotřebuje. 11 % respondentů se nerozhodlo.

Otázka č. 22: Popište vlastními slovy Vaše případné negativní zkušenosti s Vaší rolí pacienta?

Tabulka č. 27: Negativní zkušenosti s rolí pacienta

Negativní zkušenosti s rolí pacienta		
odpovědělo	19	26 %
neodpovědělo	52	72 %
nečitelný zápis	1	1 %

Graf č. 27: Negativní zkušenosti s rolí pacienta



Přepis volných odpovědí:

- *Sdělení nálezu, který byl závažný a další vyšetření, které ho mělo vyvrátit nebo potvrdit, mělo být za 4 dny, což bylo stresující.*
- *Nedostatek intimity při vizitách.*
- *Strach, nedostatečná informovanost, bez kontaktu s rodinou (hospitalizace v dětství).*
- *Nevhodně zvolený způsob podaných informací o mém zdravotním stavu. Sundávání náplasti proti směru růstu chloupků. Provádění nepříjemných výkonů, ale sestry byly příjemné.*
- *Alergická reakce – sestra zrychlila onen lék.*
- *Přepracovanost a unavenost zdravotnického personálu.*
- *V roli pacienta mi vadí strohé jednání sester a lékařů.*
- *Odmítnutí praktického lékaře provést preventivní odběr krve a výtěr z krku.*

- *Byla jsem dítě ve věku 9,13,14 let, podstoupila jsem operace očí na pražské klinice. Sestry se nám věnovaly minimálně, informovanost nulová.*
- *Podání jiného léku, podání studené stravy po dlouhé dietě.*
- *Přehlížení od středního zdravotnického personálu.*
- *Dlouhá čekací doba v ambulancích.*
- *Direktivní přístup, nedostatečné informace.*
- *Negativní přístup lékaře po zákroku v jiném zařízení, než kde pracuji. (Žádost o kontrolu v místě bydliště.)*
- *Nedostatečné poučení o výkonu, léčbě, komplikacích, prognóze.*
- *Není zachována intimita, není nic moc vysvětleno. Nedůslednost, lékař nevěří, zlehčuje problémy.*
- *Nepříjemně mě překvapilo, když mě sestra nechala dlouho čekat na ORL, kam jsem si „odběhla“ v pracovní době ze služby, protože mě hodně bolelo ucho. A pak mě ještě „zinkasovala“ o 30 korun. Nejde o ty peníze, ale o princip.*
- *Oznámení diagnózy nevhodným způsobem, vedlo ke změně lékaře.*

Komentář: Možnosti odpovědět na tuto volnou otázku využilo 19 (26 %) respondentů ze 72. Při prostudování odpovědí jsem našla některé společné znaky, které se v různých obměnách opakují. Negativní zkušenosti sester z role pacienta poukazují:

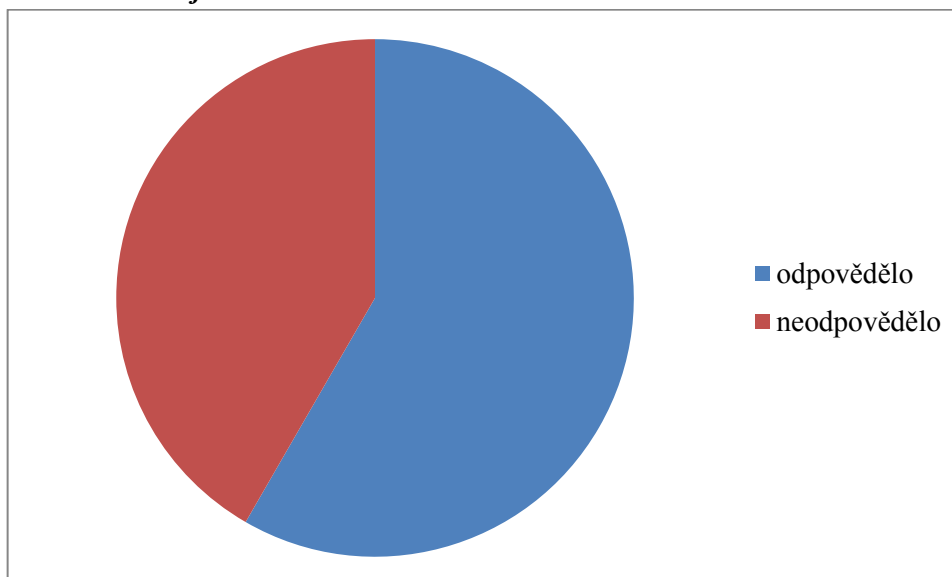
- Na nízkou nebo žádnou informovanost o zdravotním stavu,
- na nedostatečnou komunikaci sester a lékařů s pacientem,
- na přehlížení pacientů zdravotnickým personálem,
- na nedostatek respektu a empatie.

Otázka č. 23: Popište vlastními slovy, jaký přístup zdravotníků v případě řešení závažnějších zdravotních obtíží by byl konkrétně pro vás nejlepší a jakému chování byste dal/a přednost?

Tabulka č. 28: Názor respondentů na přístup zdravotníků a jejich preference při řešení závažnějších zdravotních obtíží

Názor respondentů na přístup zdravotníků a jejich preference při řešení závažnějších zdravotních obtíží		
odpovědělo	42	58 %
neodpovědělo	30	42 %

Graf č. 28: Názor respondentů na přístup zdravotníků a jejich preference při řešení závažnějších zdravotních obtíží



Přepis volných odpovědí:

- *Upřímnost, kontinuita ve vyšetřovacích postupech, lékař, který udělá maximum.*
- *Vstřícnost a informovanost. Bylo by mi nepříjemné, kdyby se o mé nemoci dozvědělo celé zdravotnické zařízení.*
- *Vše říci na „rovinu“, uvolněná atmosféra, neodpovídat vyhýbavě.*
- *Někteří lékaři si myslí, že známe veškeré možnosti léčby a postupů. Prosila bych více vysvětlování a empatický přístup.*
- *Nebagatelizovat, dodržovat mlčenlivost o mém zdravotním stavu, sdělit pravdu.*
- *Upřímnost.*
- *Aby mě bral jako laika a ne jako zdravotníka.*

- *Přímé jednání.*
- *Přímé a pravdivé informace a chování spíše povzbudivé.*
- *Taktnost ve sdělování informací, při sdělování závažných informací je lépe mít s sebou doprovod (nedá se to však vždy zařídit), jinak jsem byla spokojená.*
- *Větší vřídnost sester a trpělivost. Větší zájem lékařů (co dělat nechci, tak nedělám a neotravuju někomu práci a život).*
- *Rychlý.*
- *Uvítala bych upřímne odpovědi.*
- *Vstřícný a příjemný personál.*
- *V době nemoci mám ráda upřímne a vstřícné jednání.*
- *Klidný přístup zdravotníka, informovanost od lékaře a sester.*
- *Vstřícnost, rychlé vysvětlení možností léčby.*
- *V případě závažné nemoci bych uvítala maximální informovanost, jaké jsou možnosti léčby, jednání „na rovinu“, vstřícné, přátelské jednání.*
- *Určité rychle a správně diagnostikovat, šetrně, ale pravdivě informovat pacienta o nemoci a průběhu léčby a případném riziku. Začít co nejrychleji se správnou léčbou.*
- *Profesionální chování a zodpovědný přístup.*
- *Empatický a individuální přístup. Chybí soukromí při sdělování informací, kolikrát se to děje za přítomnosti spolupacientů, zvláště při sdělování závažné diagnózy.*
- *Přímost, otevřené jednání. Chtěla bych vědět, co a jak.*
- *Vysvětlení a sdělení pravdy.*
- *Přímé a jasné jednání.*
- *Racionální přístup bez zbytečného litování, raději pravdu než milosrdnou lež.*
- *Přímé jednání.*
- *Vstřícnost, vysvětlovat.*
- *Zájem o člověka jako o individuální bytost, vstřícnost, vcítění se do člověka a jeho pocitů.*
- *Říci vše přímo.*
- *Tolerovat soukromí, diskretnost při informování o nemoci, vysvětlení výkonů ze strany sestry, informace o výsledcích léčby.*
- *Pravdivé informace, vstřícnost.*
- *Vstřícné a upřímne chování, vyslechnutí.*
- *Vždy říkat pravdu.*

- *Pravdivé, vstřícné, milé a profesionální jednání.*
- *Chování personálu s úsměvem.*
- *Ochota.*
- *Naprostá upřímnost.*
- *Citlivý, příjemný a hlavně pravdomluvný.*
- *Konkrétní jasné sdělení s pochopení pro nemoc.*
- *Vstřícnost, vše vysvětlit, citlivý přístup.*
- *Při sdělení závažných zdravotních obtíží, bych chtěla po pravdě znát svůj zdravotní stav i jeho řešení do budoucna. I v případě zhoubného onemocnění a špatné prognózy.*
- *Vše říci na rovinu.*

Komentář: Na druhou otázku, u které bylo možno odpovídat volně, odpovědělo 58 % (42 respondentů z celkového počtu 72). Také mezi těmito sděleními sester jsou slova, především názvy vlastností, která se opakují. Podle častosti jejich výskytu v odpovědích jsem je seřadila takto:

- Vstřícnost.
- Upřímnost, přímost, nevyhýbavost.
- Pravdomluvnost.
- Informovanost (jako u laika), vysvětlování.
- Takt.
- Rychlost (rychlé jednání).
- Zachování mlčenlivosti.
- Zachování klidu.
- Zodpovědnost.
- Empatie.
- Individuální přístup, diskrétnost, profesionální chování.

11 Kazuistika

Zdravotník pacientem – vlastní zkušenost

V této části bych chtěla popsat svou vlastní zkušenost, kterou jsem získala v polovině 3. ročníku studia těsně po mých 33 narozeninách. Vyprávění obsahuje výhradně mé zážitky, pocity, je podáno tak, jak jsem ho v průběhu času vnímala. Použila jsem k němu úryvky mé elektronické korespondence s mou konzultantkou bakalářské práce a kolegyní ze studia.

Trpěla jsem asi měsíc bolestmi v pravém podžebří a jako chirurgická sestra jsem se domnívala, že se bude jednat o cholecystolithiasu. Absolvovala jsem sonografii břicha s nálezem útvaru v epigastriu, který byl po provedení CT uzavřen jako tumor pankreatu. Tento závěr byl pro mě zcela zdrcující, myslela jsem na tu nejhorší diagnózu, kterou ze svého oddělení znám a se kterou jsou u nás pacienti hospitalizováni a umírají. Cítila jsem se v existenciálním ohrožení, měla jsem strach o mé pětileté dítě, které by vyrůstalo bez matky. Po endoskopické sonografii s bioptickým odběrem vzorků na histologii jsem 14 dnů čekala na výsledky. Bylo to velmi bezradné období plné pláče, ale také i naděje, že snad bude všechno dobré a půjde o benigní tumor. Nakonec byl můj histologický nález uzavřen jako solidní pseudopapilární tumor pankreatu, který je velmi vzácný, postihuje spíše mladé ženy a má mírný maligní potenciál. Trošku jsem si oddechla. Čekala mě operace. U tohoto typu se provádí duodenopankreatektomie, která se také nazývá operací dle Whippla a provádí se jen na některých velkých pracovištích.

V této době jsem se fyzicky cítila docela dobře, měla jsem jen mírné bolesti v pravém podžebří, které se vyskytly po provedení ERCP a postupně ustupovaly, trošku jsem ztrácela na tělesné hmotnosti, ale chuť k jídlu jsem měla. Psychicky jsem se připravovala i na ty nejhorší scénáře, manžela jsem instruovala o vedení domácnosti. Studium jsem v té době ještě nepřerušila, ale v zaměstnání jsem vlastně skončila ze dne na den. Už jsem se nemohla věnovat bakalářské práci na toto téma a připravovat se na zkoušky, například z ošetrovatelské péče v pediatrii a učit se o nádorech. V rodině jsem měla velkou oporu.

Operace byla naplánována v jedné pražské fakultní nemocnici. K operaci mě objednal zastupující lékař pana docenta, který v ten den nebyl v nemocnici přítomen. Do termínu operace zbývalo 14 dní, během té doby jsem absolvovala ještě MR a obdržela telefonát z Prahy, že mě chce pan docent, který mě bude operovat, vidět. Přijela jsem tam s výsledky, pan docent tam opět nebyl a ujal se nás lékař z minulé návštěvy. Byl to asi šedesátiletý lékař,

tvářil se dost nepříjemně, po přečtení výsledku magnetické rezonance mi řekl, že nález je pokročilý, a kdyby mě bylo šedesát let, tak mě operovat nebude, a že se může stát, že mě „otevřou a zase zavřou“, poté mi dal podepsat souhlas k zařazení do studie o kvalitě života při karcinomu pankreatu. Když jsem se chtěla na něco zeptat, nechtěl se s námi bavit a celou dobu se k nám točil zády. Bylo to hrozné, volala jsem svému lékaři, kamarádce, ten jeho přístup a způsob jednání byl naprosto příšerný. Na sekretariátu kliniky jsem si sama sehnala pana docenta a ten měl přijet. Byla jsem rozhodnuta, že pokud setkání s tímto lékařem nezmění mé dojmy, půjdu do jiné nemocnice. Když přijel, setkání s ním bylo něco zcela jiného, byl to velmi příjemný člověk, působil uklidňujícím dojmem, celou dobu hleděl jen na mě a především mi řekl, že do toho jde na 100 %. Myslím, že to je to, co jsem potřebovala slyšet.

Operace byla provedena radikálně a měla jsem mnoho pooperačních komplikací. Můj pobyt v nemocnici trval bezmála měsíc. Většinu té doby jsem strávila na jednotce intenzivní péče. Lékaři a sestry byli naprosto perfektní a byla jsem s jejich péčí moc spokojená. Pooperační vyčerpání, dlouhodobá parenterální výživa a ztráty bílkovin do drénu způsobily, že jsem hodně zhubla. Domů mě propustili s drénem, který byl vyvedený do urostomické pomůcky. Bylo báječné po takové době vidět opět svého syna, pro kterého jsem často v nemocnici plakala, jak se mi po něm stýskalo. Byla jsem velmi slabá. Snědla jsem trochu něčeho a bylo mi hned špatně. Manžel se mnou zůstal měsíc doma. Stav se postupně upravoval k lepšímu, po odstranění drénu jsem přibírala na váze, cítila se silnější a byla schopna se více zapojovat do chodu domácnosti. Mé onkologické onemocnění bylo hodnoceno jako mírně maligní bez nutnosti další onkologické léčby.

Ve své korespondenci s paní Pečenkovou jsem se zamýšlela nad svými dojmy z hlediska okruhů, kterými se zabývám ve své bakalářské práci. Bylo to 2 měsíce po operaci, když jsem jí psala: „U mě bylo a je vnímání role pacienta celkem snadné, protože můj stav byl velmi vážný, že mi nic jiného nezbývá. Z hlediska vnímání nemoci je to složitější, jsem vedena pod diagnózou karcinomu pankreatu, a to je něco, s čím se těžko smírují, i když teď je to lepší. Celou dobu, co se řešilo mé onemocnění, jsem doufala a věřila, že to dopadne dobře.“

Po čtyřech měsících od operace jsem se cítila podstatně lépe, zvládala jsem doma všechny činnosti, neměla jsem bolesti. Psychicky jsem se cítila hůře, těžko jsem zvládala kontroly na onkologii, byla jsem tam nejmladší. I když byl můj stav dořešen, cítila jsem se depresivně a zvažovala užívání antidepresiv. Začala jsem také opět jezdit na koni a to mi velmi pomohlo.

Absolvovala jsem lázeňský pobyt. Mé zkušenosti s rolí pacienta způsobily, že jsem se při návštěvě na svém bývalém pracovišti necítila dobře. Pro mě to byla nemocnice a ne místo, kde jsem pracovala nebo bych měla pracovat. Také mi bylo líto, že jsem nemohla dostudovat. Měla jsem své kolegyně a celé studium ráda a skončila jsem tak naráz. Pak už jsem kromě jedné kolegyně nikoho z nich neviděla. Špatně jsem také snášela všechna lékařská vyšetření prováděná v rámci onkologické dispenzarizace. Mám vždycky velký strach, jak dopadnou a co bude dál.

Mé vyprávění by jistě mohlo pokračovat. Tento příběh je stále neukončený. Je to zvláštní zkušenost vybrat si téma práce právě takové, jako je Zdravotník jako pacient, a pak být sám v této situaci. Budu se s touto skutečností dlouho vyrovnávat, ale za sebe mohu v duchu této práce prohlásit, že být zdravotníkem v roli pacienta je opravdu jiné. Přesto se domnívám, že v případě onkologického onemocnění jsou reakce člověka dost podobné jak u laika, tak odborníka.

Ráda bych touto cestou poděkovala své rodině, blízkým, svému praktickému lékaři za jejich oporu v mé nemoci.

Komentář:

S odstupem času, když nad tím vším přemýšlím, vím, že určitě v případě vážného onemocnění má být zdravotník poslán domů. Já jsem šla do zaměstnání a moje myšlenky byly úplně někde jinde, byla jsem nesoustředěná, porovnávala jsem svůj stav s jinými pacienty. Službu jsem stejně nedokončila. Zde už má nastoupit komunikace s lékařem, určitě nejlépe jen s jedním, který pacienta pečlivě informuje a uvědomuje si, že se zdravotník umí dostatečně vystrašit sám, dokonce si může své výsledky interpretovat až příliš negativně a úplně jinak, než to je ve skutečnosti.

Moje postřehy pak dále pocházejí skutečně ze špatné komunikace, kdy nelze zapomenout na lékaře, který mě začal informovat o tom, co mi „všechno vezmou“ a že když to nepůjde, tak neudělají nic. Jestli si myslí, že takhle probíhá komunikace s pacientem se závažným nálezem před operací, je to smutné. Uvědomuji si, že jsem chtěla vlastně jen slyšet: „Uděláme maximum“. S tím člověk může odjet v klidu a s důvěrou v lékaře a dané pracoviště domů.

12 Diskuze

Výzkum byl proveden v prosinci roku 2010 v Panochově nemocnici Turnov s.r.o. Výzkumu se zúčastnily všeobecné sestry a porodní asistentky. Ve výzkumu byla zastoupena všechna oddělení a téměř všechny ambulance vyskytující se v dané nemocnici.

Tato kapitola je členěna do celků:

1. Zhodnocení charakteristiky respondentů.
2. Vnímání a prožívání nemoci.
3. Reakce na příznaky nemoci.
4. Zkušenosti a vnímání role pacienta.
5. Přístup zdravotnického personálu ke zdravotníkovi v roli pacienta (body 2-5 zahrnují okruhy otázek v dotazníku, viz strana 47).
6. Analýza odpovědí respondentů vzhledem k jejich charakteristikám.
7. Srovnání s výzkumem na podobné téma.
8. Opatření.

12.1 Zhodnocení charakteristiky respondentů

Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků. Vyplněných a kompletních dotazníků bylo 72. Návratnost dotazníků tvořila 90 %. Respondenti byli pouze z řad žen. Podle věku bylo zastoupení celkem rovnoměrné s mírnou převahou respondentů ve věkové kategorii od 30 do 45 let. V kategorii vzdělání dominovaly všeobecné sestry ze SZŠ 75 %. Dále byly zástupkyně vysokoškolského vzdělání, vyššího a také zdravotničtí asistenti. Do samostatné skupiny jsem začlenila porodní asistentky, u nichž jsem si všimla již při zpracování dotazníků jistých společných znaků v odpovědích. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 11 oddělení a 3 ambulance.

12.2 Vnímání a prožívání nemoci

Na otázku vnímání nemoci se respondenti shodli, že přítomnost nemoci je pro ně nepříjemná. Jako nepříjemnou a nepříliš stresující ji označilo 46 %, dalších 44 % ji nadto označili jako stresující. Většinová shoda panuje v názoru, že zdravotník vnímá svou nemoc

jinak, než laická veřejnost, což mě informuje o tom, že psát tuto práci má význam. Sami zdravotníci tedy mají dojem, určitě také vzhledem k jejich profesní přípravě a zkušenostem z praxe, že to ovlivňuje jejich subjektivní vnímání nemoci.

Na dotaz, jaký mají respondenti názor na vnímání bolesti u sester, se 54 % domnívá, že sestry vědí, co je čeká, a více se bojí. Také jsou zastoupeny názory, že vnímání bolesti je stejné jako u ostatních pacientů (17 %), stejná část zastává názor, že sestry vědí, co je čeká, a tak se méně bojí. 13 % respondentů se přiklonilo k názoru, že se sestry bojí více.

Další otázky se blíže zabývaly pocity zdravotníků, tím, jestli o nich chtěli mluvit a s kým. Na otázku, zda respondenti chtějí mluvit o svých pocitech s lékařem a sestrami převládala nerozhodnost (35 %). Domnívám se, že to závisí na tom, jaký je charakter onemocnění a jací jsou lidé, kterým by se případně měl respondent svěřit. Pokud by se respondenti chtěli svěřit se svými obavami a pocity strachu, tak velká většina respondentů je toho názoru, že je vyslechnuta, což je velice dobře. V případě nemoci člověk někdy uvítá vyventilovat své pocity a je vhodné ze strany zdravotníků poskytnout empatický přístup a nechat pacienta, ať se sám rozhodne, jestli chce mluvit nebo ne. Je důležité mu tu možnost nabídnout a nespěchat na něj. Další otázka zjišťovala, zda respondenti, pokud by byli pacienti, by vůbec chtěli sdělovat své pocity, jestli si je spíše nechávají pro sebe a nemluví o nich. Více než polovina se přiklání k názoru, že si své pocity záměrně nechávají pro sebe a nemluví o nich. Menší, ale nezanedbatelná část je opačného názoru.

Jiným tvrzením, které bylo dáno respondentům k posouzení, bylo, že si zdravotník nechává své pocity případného strachu a obav pro sebe, nedává je tolik najevo a snaží se jednat racionálně. Já se domnívám, že v ten okamžik chce nemocný zdravotník stále vypadat jako odborník, vlastně ještě, podle mě, úplně nepřebíral roli pacienta. S tímto tvrzením se přibližně polovina respondentů ztotožnila, je zde i část, která je v této otázce nerozhodná. Mělo by to být podnětem pro sestry a lékaře, aby si uvědomili, že zde již přebírají iniciativu a názory pacienta respektovali, ale tuto okolnost si uvědomovali. Myslím, že někdy stačí, aby nemocnému zdravotníkovi poskytli stejný komfort jako jiným pacientům a například jej nediagnostikovali někde na sesterně nebo chodbě.

V případě vlastní komunikace je třeba si uvědomit, jak dokazuje dotazníkové šetření, že nemocný zdravotník opravdu více vnímá, co mu jiný zdravotník řekne a jak mu to řekne. Shodla se na tom velká většina respondentů. Je to určitě dáno znalostí zdravotnické profese,

znalostí odborných termínů a postupů. Nemalý problém mohou tvořit některé hovorové výrazy typické pro medicínu, avšak v těchto případech nadměrně nevhodné.

Poslední otázkou, kterou jsem zařadila do této oblasti, je, s kým vlastně chce zdravotník o svých pocitech mluvit. Část respondentů (43 %) odpovědělo, že by se svěřilo rodinnému příslušníkovi, 26 % by zvolilo kolegyni, kolegu ze zaměstnání, 25 % by dalo přednost příteli, kamarádovi, svému lékaři by se svěřilo 6 % respondentů.

12.3 Reakce na příznaky nemoci

Do této oblasti jsem zařadila dvě otázky. První dotaz byl věnován otázce, zda, když je respondent nemocný a je třeba navštívit lékaře, váhá a návštěvu odkládá. Větší část respondentů návštěvu lékaře odkládá a o málo menší část by s návštěvou lékaře neotálela. Domnívám se, že je to dáno psychologií osobnosti, jejím temperamentem, ale také i zkušenostmi, možná i typem pracoviště, tedy s jakými pacienty se tam zdravotník setkává, a v neposlední řadě charakterem onemocnění.

Na otázku, koho vyhledá respondent při zdravotních obtížích a koho zvolí jako první možnost, odpověděla největší část respondentů (42 %), že svého lékaře v ordinálních hodinách, následuje skupina, která by vyhledala lékaře, specifikovaného jako kolegu, přítele. 15 % by přímo zvolilo specialistu bez doporučení, 8 % respondentů by zvolilo lékaře ve službě a 4 % by zvolili specialistu s doporučením.

12.4 Zkušenosti a vnímání role pacienta

První dotaz zjišťoval zkušenosti s rolí pacienta. Více než polovina respondentů má zkušenost s hospitalizací do 1 týdne. Celkem 55 respondentů se dále vyjádřilo k otázce, jak by popsali své pocity a reakci na změnu role. Z tohoto počtu 36 respondentů upřednostnilo názor, že se na roli pacienta bez problémů adaptovalo. 13 respondentů udalo potíže s adaptováním se na roli pacienta a 8 respondentů uvedlo, že roli pacienta nesli těžce.

Další otázka se dotazovala, zda respondenti mají dojem, že je jim v roli pacienta věnován dostatek času. Velká část respondentů se domnívá, že jim je věnován dostatek času, následující velká část se nedokáže rozhodnout. Znamená to, že je třeba se nad tím zamyslet,

a jak jsem již dříve poznamenala, poskytnout pacientům čas jak v ordinaci, tak u lůžka. Zeptat se třeba ještě jednou, jestli pacient něco nepotřebuje nebo se nechce na něco zeptat. Myslím si, že zdravotníci obecně nechtějí nikoho zbytečně zdržovat, více než ostatní pacienti vidí časové důsledky plných čekáren a oddělení, kde je mnoho práce. Tak je nejspíš potřeba, aby nemocný zdravotník přestal spěchat a v případě, kdy se na něho spěchá, se nenechal odbýt a ošetřující personál se u něho trochu pozastavil.

Předposlední část dotazníkového šetření, kterou jsem zařadila do této oblasti, je věnována zkušenostem se sdělením závažné zprávy o svém zdravotním stavu a pocitech, které případní respondenti v této situaci zažívali. Z celkového počtu 72 respondentů má zkušenost se sdělením závažné zprávy 14 respondentů. Tito respondenti dále odpovídali na otázku, jaké měli pocity. Většina (9 respondentů) to popsala jako pocit velkých obav a strachu. 2 respondenti popisují paniku, strach, bušení srdce, 1 respondent popisuje jen obavy. 2 respondenti využili možnost volně odpovědět a popsali svou zkušenost jako: „hrozné“ a „hrůza“. Jsem velmi vděčná za jejich názory.

Poslední část tvoří otázka, která se věnuje případným negativním zážitkům. Respondenti zde měli možnost volně odpovědět na téma negativní zkušenosti s rolí pacienta. Tuto možnost využilo 26 % respondentů. V odpovědích se v různých obměnách vyskytuje stížnost na nízkou nebo žádnou informovanost o zdravotním stavu, stížnost na nedostatečnou komunikaci sester a lékařů s pacientem, přehlížení pacientů zdravotnickým personálem a nedostatek respektu a empatie.

12.5 Přístup zdravotnického personálu ke zdravotníkovi v roli pacienta

Tato část shrnuje otázky na téma přístupu zdravotníků a to z pohledu respondentů jako zdravotníků profesionálů a opačně popisuje pocity respondentů, když se rozpomenou, jak se cítili, když se stali pacienty.

12.5.1 Pohled zdravotníka profesionála

První otázkou, která mapuje přístup zdravotníků k sobě samým, je ta, zda se v pracovním kontaktu respondent chová jinak k nemocnému zdravotníkovi. Odpovědi respondentů jsou velmi nejednotné. Více respondentů se přiklání k názoru, že se k nemocnému zdravotníkovi chovají jinak, než k ostatním pacientům. Druhá o trochu menší skupina je toho názoru, že

se chová spíše stejně nebo úplně stejně jako k ostatním. Také na otázku, zda se chovají vstřícněji ke zdravotníkům v roli pacienta, odpověděli respondenti rozdílně. Velmi těsně převládá názor, že se respondenti nechovají vstřícněji k nemocným zdravotníkům, tedy chovají se k nim stejně, jako k ostatním. Opačný názor je také dobře zastoupen.

Další otázka, ve které jsou zastoupeny rozdílné odpovědi, je ta, jestli se respondenti domnívají, že zdravotník v roli pacienta vše ví a vysvětlení nepotřebuje. Velmi těsně převládá názor, že zdravotník v roli pacienta potřebuje vysvětlení. Oproti tomu druhá početná skupina respondentů se domnívá, že zdravotník vše ví a vysvětlení nepotřebuje. Souhlasím s tvrzením, že zdravotník potřebuje informace a vysvětlování. Právě i vzhledem k jeho profesní přípravě a zkušenostem si může svůj stav chybně interpretovat. Stejně tak při nějakém závažnějším problému může být ovlivněn emocemi, mít sníženou pozornost a je určitě potřeba mu zopakovat například, jak se má připravit na vyšetření, jak má užívat léky atd.

12.5.2 Pohled zdravotníka v roli pacienta

Z otázek, které mapují zkušenosti zdravotníků v roli pacienta, odpovídali respondenti na to, jestli jsou jejich zdravotní problémy zlehčovány nebo převáděny ve vtíp. Je dobře, že velká část respondentů tuto zkušenost nemá. Početnou skupinu zde tvořili respondenti, kteří se nemohli rozhodnout, jak odpovědět. Projevy vtípkování a zlehčování jsou nežádoucí. Domnívám se, že na ostatní pacienty nejsou praktikovány, tak proč na zdravotníky. Dále respondenti hodnotili, jestli byl v jejich případě přístup zdravotníků takový, jaký si představovali. Více než polovina respondentů je názoru, že přístup k nim, byl takový, jaký si přáli.

Poslední dotaz dal respondentům možnost vyjádřit svůj názor na to, jak by chtěli, aby se k nim zdravotníci chovali v případě závažnějších zdravotních obtíží a jakému přístupu zdravotníků by dali přednost. Možnost volně odpovědět využilo 58 % respondentů. V odpovědích se vyskytují především názvy vlastností a zcela výstižně a bez nutnosti komentáře popisují, jakou mají respondenti představu:

- Vstřícnost.
- Upřímnost, přímost, nevyhýbavost.
- Pravdomluvnost.
- Informovanost (jako u laika), vysvětlování.
- Takt.

- Rychlost (rychlé jednání).
- Zachování mlčenlivosti.
- Zachování klidu.
- Zodpovědnost.
- Empatie.
- Individuální přístup, diskrétnost, profesionální chování.

12.6 Analýza odpovědí respondentů vzhledem k jejich charakteristikám

Jak jsem již dříve napsala, v odpovědích respondentů se dají vysledovat podobné odpovědi na otázky. Například porodní asistentky na otázku, zda se chovají jinak ke zdravotníkům v roli pacienta, odpovídali mnohem více, že s tím nesouhlasí a chovají se ke všem stejně. Podobně odpovídají sestry z gynekologického oddělení a negovali otázku, jestli se chovají vstřícněji k nemocným zdravotníkům. Jiné nápady nejsou z tabulky patrné. Také odpovědi těch respondentů, kteří uvedli, že mají zkušenost se sdělením závažné zprávy, nevykazují nějaké podobnosti.

12.7 Srovnání s výzkumem na podobné téma

Tématem Zdravotník jako pacient se zabývala Uhlířová ve své bakalářské práci se stejným názvem. Jen některé oblasti jejího výzkumu lze porovnat. Mapuje zde například výskyt neprofesionálního chování, který by mohl odpovídat mému dotazu na negativní zkušenosti. Ve výzkumu Uhlířové popisuje 35 % respondentů neprofesionální chování, u mě využívá možnost volně odpovědět o své negativní zkušenosti 26 %. Dále popisuje, že se sestry po zjištění, že dotyčný je zdravotník, „chovali vstřícněji“, tímto způsobem jí odpovědělo nejvíce dotazovaných. V mém výzkumu se chová vstřícněji ke zdravotníkům v roli pacienta trochu menší část respondentů. Větší část s tímto tvrzením nesouhlasí. Uhlířová také zkoumá informovanost o zdravotním stavu, kde je dostatečně informováno 45 % respondentů, v mém výzkumu v přepisu odpovědí k otázce o přístupu zdravotníků byla vyšší informovanost žádána. Domnívám se že, 45 % spokojenost s informovaností a stížnost na to stejné ve volných odpovědích sester v mém výzkumu není vysoká a zasluhuje si pozornost, zamyšlení,

a že je třeba nemocné zdravotníky stále dokola a lépe informovat. Směr práce kolegyně Uhlířové je přínosný, ale další otázky v jejím dotazníku již nelze porovnávat.

12.8 Opatření

- Obsah i závěry této práce by měly být prezentovány na seminářích pro sestry, aby vedly k zamyšlení nad tímto tématem, které se týká každého z nás.
- Výsledky práce budou předány hlavní sestře nemocnice, kde byl proveden výzkum.
- Vést sestry k dalšímu vzdělání ve zdravotnictví, podporovat postgraduální specializační studium a vysokoškolská studia, kde se sestry ještě více seznamují s psychologií a především s psychologií pacienta. Dbát o celoživotní kontinuální vzdělávání zahrnující účast na seminářích, četbu odborných časopisů a literatury.
- Působit preventivně proti syndromu vyhoření (podíl managementu na prevenci), vytvářet příjemné pracovní ovzduší v kolektivu, eliminovat stres.
- Zamyslet se nad organizací práce, která povede k dostatku času pro pacienty.
- Kultivace svého verbálního a neverbálního projevu.

Závěr

Výsledky mého výzkumu ukazují, že zdravotníci vnímají sebe samé v roli pacienta odlišně. Mají pocit, že jinak vnímají bolest, intenzivněji vnímají způsob verbální a neverbální komunikace.

Onemocní-li zdravotník, ocitá se v nelehké situaci. Nachází se v situaci a také třeba i prostředí, které celkem zná, ví, jakým způsobem pracují zdravotnická zařízení, má odborné znalosti různého rozsahu z medicíny. Na druhou stranu může být ovlivněn přítomností nemoci, stresem, který může nemoc provázet. S narůstajícími obavami ze závažnosti onemocnění může, dle typu osobnosti, mít problém o svých pocitech komunikovat a také váhat s návštěvou lékaře. Při vyšetření lékařem může nemocný zdravotník působit klidným dojmem, ale pod povrchem, může být tento člověk zmítán strachem a obavami o své zdraví, rodinu, život. To vše může ovlivňovat schopnost přijímat a zapamatovat si sdělené informace. Může být ovlivněna jeho pozornost.

Domnívám se, že pod tíhou těchto závěrů z mého výzkumu, nemohu souhlasit se zdravotníky, kteří jsou toho názoru, že ke zdravotníkům přistupují stejně jako k ostatním pacientům. Nemocný zdravotník je jiný, má nové potřeby, vzniklé na základě jeho zkušeností. Je zvýšeně vnímavý k projevům personálu. Není třeba, aby se zdravotník přetvařoval při péči o tohoto pacienta. Je jen třeba, aby se zdravotník zamyslel nad situací onoho pacienta, nad sebou, jak on by se cítil a co by potřeboval a uvítal v takové situaci on, tedy, aby byl empatický. Je to vlastnost, která byla ve volných odpovědích v otázce přístupu k nemocným zdravotníkům několikrát zmiňována. Prvenství však měla vstřícnost a já se domnívám, že zdravotníka nic nestojí, aby ji aplikoval do praxe. Prosba po upřímnosti a přímosti v podání informací určitě souvisí se zvýšenou vnímavostí zdravotníka v roli pacienta, aby nedošlo k chybné interpretaci zdravotního stavu a to jak k nežádoucímu zlehčení nebo naopak k přiklonění psychiky člověka k nejhorším scénářům vývoje zdravotního stavu. S tím přímo souvisí rozsah sdělených informací, a i když se na první dojem zdá, že zdravotník opravdu skoro vše zná, tak právě další přání respondentů ohledně přístupu k nemocnému zdravotníkovi bylo, aby se kladl větší důraz na informovanost, a to v takovém rozsahu, jako by to bylo adresováno laikovi. Za zmínění stojí samozřejmě také dostatek taktu a zachování povinné mlčenlivosti. Zde musím uvést poznámku z mé vlastní zkušenosti, kdy v období čekání na operaci byl můj zdravotní stav celý týden předmětem debat při obědě personálu nemocnice, kde jsem pracovala. To přesně vystihuje to, co právě zdravotníci nechtějí. Co

si určitě přejí je rychlost jednání v případě zdravotních problémů. Zde si dovolím podotknout, že nepochybně chtějí rychlejší řešení, než by bylo u ostatních pacientů. Domnívám se, že za tím stojí vyšší míra strachu a obav. Určitě souhlasím s tím, že jim má být vyhověno. V neposlední řadě bych vyzdvihla individuální přístup. Pokud možno, aby průběh diagnostiky a léčby organizovalo co nejméně osob, tím by ošetřující osoby měli možnost poznat osobnost nemocného zdravotníka, kterého mají před sebou. Znovu, nejen já, zdůrazňuji, že je nutné uklidňovat pacienta, zachovávat klid, neboť, jak jsem již poznamenala, zdravotník si dovede sám domyslet katastrofické scénáře vývoje zdravotního stavu.

Úplným závěrem bych chtěla poznamenat, že toto téma pro mě bylo i v mé situaci přínosné a s výsledky výzkumu jsem spokojená. Výsledky výzkumu vidím jako uspokojující a nápravu výše zmíněných problémů jako nadějnou. S pomocí každého zdravotníka je možno tyto nedostatky dobře napravit ke spokojenosti zdravotníka v roli pacienta, tak i pro ošetřujícího zdravotníka.

Anotace

Autor:	Monika Marušková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Zdravotník jako pacient
Vedoucí práce:	Jaroslava Pečenková
Počet stran:	112
Počet příloh:	7
Rok obhajoby:	2012
Klíčová slova:	zdravotník, pacient, zdraví, nemoc, vnímání nemoci, role pacienta

Tématem mé práce je Zdravotník jako pacient. Bakalářská práce v teoretické části popisuje pojmy zdraví, nemoc, je nastíněna psychologie osobnosti, psychologie nemocného a zdravotníka. Jsou zde přiblíženy potřeby člověka a některá úskalí vnímání a reakce zdravotníka v roli pacienta.

Práce mapuje v kvantitativním šetření pohled všeobecných sester na vnímání nemoci, zkušenosti s rolí pacienta a jejich reakci na ni, mapuje přístup zdravotníků ke zdravotníkům v roli pacienta. Výzkum si kladl za cíl zjistit, jak zdravotníci reagují na přítomnost nemoci, změnu role a jaký přístup zdravotníků jim nejvíce vyhovuje a kterému by dali přednost.

Abstract

Name and surname of the author: Monika Marušková
Institution: Charles University in Prague,
Faculty of Medicine in Hradec Kralové,
Department of Social Medicine, Department of
Nursing
Title: A medic as a patient
Supervisor: Jaroslava Pečenková
Number of pages: 112
Year of defense: 2012
Keywords: medic, patient, health, illness, perception of illnesses,
role of patient

The theme of my bachelor research is A medic as a patient. The bachelor research in theoretical part describes the concepts of health, illness, it outlines a psychology of a person, a psychology of an ill person and a medic. The belongingness of human being and some obstacles in perception and reactions of a medic as a patient are here highlighted.

The bachelor research describes in quantitative investigation the common nurses view of perception of illnesses, experience in a role of patient and their reaction to this role, it describes the attitude of medics towards medics in the role of patient. The research aimed to work out how the medics react on the presence of illnesses, the change of the role and which attitude of medics suits them the most and which attitude they would prefer.

Literatura a prameny

- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188s., ISBN 80-247-1197-4.
- JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1992. 215 s., ISBN 80-7013-127-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada (Psyché), 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
- LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MAREŠ, J. et al. *Iatropatogenie a sorrorigenie aneb jak lze poškozovat člověka*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola J.A.Komenského, 2002, 59 s., ISBN 80-86726-00-3.
- MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 164 s., ISBN 80-7013-277-9.
- NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*, 1. vyd. Vodňár: Praha, 1995. 397 s., ISBN 80-85255-74-X
- NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Management Press, 1993. 232 s., ISBN 80-85603-34-9
- NELMS, B. C. Remembering the Basics...Again!. *Pediatr Health Care*. 1997, 11, s. 49-50.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 5. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 200 s., ISBN 978-80-247-1174-4.
- SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*, 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 176 s., ISBN 80-7178-312-9.
- SCHNEIDEROVÁ, M., VACHKOVÁ, E. et al. *Deník praxe studenta bakalářského studijního programu ošetrovatelství – kombinovaná forma oboru všeobecná sestra*. Brno: MSD, s.r.o., 2008. 70 s., ISBN 978-80-7392-019-7
- STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11 : Praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s., ISBN 80-7013-368-6.
- TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 186 s., ISBN 80-7013-324-4.

UHLÍŘOVÁ, L. *Zdravotník jako pacient*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2010. 96 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s., ISBN 80-7178-802-3.

VÍTOVÁ, H. Zdravotník pacientem: Ztracený hlas. *Florence*. 2006, 4, s. 19.

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1994. 360 s., ISBN 80-85800-22-5.

ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 232 s., ISBN 978-80-247-2068-5.

ZEITZ, K. Nurses as a patient: The voyage of discovery. *International Journal of Nursing Practice*. 1999, 5, s. 64-71.

Česká asociace pro psychické zdraví: *Etický kodex pro zdravotní sestry*. [Online]. [cit. 2011-12-07]. Dostupné z: http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/kodex_zdravotnisestry.html

Filosofie úspěchu: *Maslowova pyramida lidských potřeb*. [Online]. [cit. 2011-12-07]. Dostupné z: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>

Specializační studium výchovného poradenství PedFUK: *Psychologické profily – temperament*. [Online]. [cit. 2011-12-07]. Dostupné z: <http://www.ssvp.wz.cz/Texty/psychoprofily.html>

Svaz pacientů České republiky: *Etický kodex práv pacientů*. [Online]. [cit. 2011-12-07]. Dostupné z: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14>

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Maslowova pyramida lidských potřeb	105
Obrázek 2 – Eysenckovo dvojdimenzionální schéma základních vlastností	106

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Návrtnost dotazníků	49
Tabulka č. 2 – Zastoupení respondentů podle pohlaví	50
Tabulka č. 3 – Věkové kategorie respondentů	51
Tabulka č. 4 – Nejvyšší dosažené vzdělání	52
Tabulka č. 5 – Zastoupení respondentů podle pracoviště.....	53
Tabulka č. 6 – Zkušenosti s rolí pacienta	55
Tabulka č. 7 – Vnímání nemoci.....	56
Tabulka č. 8 – Postup při objevení obtíží	57
Tabulka č. 9 – Pocity a reakce na změnu role v případě hospitalizace	58
Tabulka č. 10 – Osoba, která naslouchá pocitům o nemoci	59
Tabulka č. 11 – Zkušenosti se sdělením závažné zprávy o zdravotním stavu.....	60
Tabulka č. 12 – Pocity při sdělení závažné zprávy.....	61
Tabulka č. 13 – Subjektivní pohled na vnímání bolesti u sester	62
Tabulka č. 14 – Potřeba mluvit o svých pocitech.....	63
Tabulka č. 15 – Vyhledání lékaře z hlediska času.....	64
Tabulka č. 16 – Subjektivní názor na vnímání nemoci u zdravotníků a laické veřejnosti	65
Tabulka č. 17 – Skrývání pocitů a racionální jednání u zdravotníků v roli pacienta	66
Tabulka č. 18 – Vnímání verbálního projevu zdravotníkem v roli pacienta	67
Tabulka č. 19 – Pocit dostatečného času pro zdravotníka v roli pacienta	68
Tabulka č. 20 – Potřeba mluvit o svých pocitech s lékaři a sestrami	69
Tabulka č. 21 – Vyslechnutí svých pocitů při onemocnění.....	70
Tabulka č. 22 – Zlehčování zdravotních problémů a pocitů nebo vtipkování	71
Tabulka č. 23 – Přístup zdravotníků, který odpovídá představě zdravotníka v roli pacienta..	72
Tabulka č. 24 – Změna chování zdravotníka ke zdravotníkovi v roli pacienta.....	73
Tabulka č. 25 – Změna vstřícnosti ke zdravotníkovi v roli pacienta.....	74
Tabulka č. 26 – Názor na potřebu vysvětlení u zdravotníka v roli pacienta	75
Tabulka č. 27 – Negativní zkušenosti s rolí pacienta	76
Tabulka č. 28 – Názor respondentů na přístup zdravotníků a jejich preference při řešení závažnějších zdravotních obtíží.....	78
Tabulka č. 29 – Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka	107

Seznam grafů

Graf č. 1 – návratnost dotazníků.....	49
Graf č. 2 – Zastoupení respondentů podle pohlaví.....	50
Graf č. 3 – Věkové kategorie respondentů	51
Graf č. 4 – Nejvyšší dosažené vzdělání.....	52
Graf č. 5 – Zastoupení respondentů podle pracoviště	53
Graf č. 6 – Zkušenosti s rolí pacienta	55
Graf č. 7 – Vnímání nemoci	56
Graf č. 8 – Postup při objevení obtíží.....	57
Graf č. 9 – Pocity a reakce na změnu role v případě hospitalizace	58
Graf č. 10 – Osoba, která naslouchá pocitům o nemoci	59
Graf č. 11 – Zkušenosti se sdělením závažné zprávy o zdravotním stavu	60
Graf č. 12 – Pocity při sdělení závažné zprávy	61
Graf č. 13 – Subjektivní pohled na vnímání bolesti u sester	62
Graf č. 14 – Potřeba mluvit o svých pocitech	63
Graf č. 15 – Vyhledání lékaře z hlediska času	64
Graf č. 16 – Subjektivní názor na vnímání nemoci u zdravotníků a laické veřejnosti.....	65
Graf č. 17 – Skrývání pocitů a racionální jednání u zdravotníků v roli pacienta	66
Graf č. 18 – Vnímání verbálního projevu zdravotníkem v roli pacienta.....	67
Graf č. 19 – Pocit dostatečného času pro zdravotníka v roli pacienta.....	68
Graf č. 20 – Potřeba mluvit o svých pocitech s lékaři a sestrami.....	69
Graf č. 21 – Vyslechnutí svých pocitů při onemocnění	70
Graf č. 22 – Zlehčování zdravotních problémů a pocitů nebo vtipkování	71
Graf č. 23 – Přístup zdravotníků, který odpovídal představě zdravotníka v roli pacienta	72
Graf č. 24 – Změna chování zdravotníka ke zdravotníkovi v roli pacienta.....	73
Graf č. 25 – Změna vstřícnosti ke zdravotníkovi v roli pacienta	74
Graf č. 26 – Názor na potřebu vysvětlení u zdravotníka v roli pacienta	75
Graf č. 27 – Negativní zkušenosti s rolí pacienta	76
Graf č. 28 – Názor respondentů na přístup zdravotníků a jejich preference při řešení závažnějších zdravotních obtíží.....	78

Seznam příloh

Příloha 1 – Práva pacientů	101
Příloha 2 – Etický kodex sester	103
Příloha 3 – Maslowova pyramida lidských potřeb	105
Příloha 4 – Eysenckovo dvojdimenzionální schéma základních vlastností	106
Příloha 5 – Porovnání psychické situace zdravého nemocného člověka.....	107
Příloha 6 – Dotazník.....	108
Příloha 7 – Žádost o povolení výzkumného šetření	112

Příloha 1 – Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informováno o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

- 8.** Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- 9.** Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- 10.** Nemocný v závěru svého života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- 11.** Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha 2 – Etický kodex sester

Etický kodex zdravotní sestry

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčejy a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.

Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Příloha 3 - Maslowova pyramida lidských potřeb

Obrázek 1 - Maslowova pyramida lidských potřeb



Příloha 5 - Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka

Tabulka č. 29 - Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka (Křivohlavý, 2002, s. 50-51)

Ve stavu zdraví	V době nemoci
Aktivita: Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě.	Pasivita: Pacient, zvláště v nemocnici, je předmětem péče členů multidisciplinárního týmu, jsou hlavními aktéry v jeho životě – ne on.
Relativní nezávislost: Zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce – není na druhých lidech závislý.	Závislost na druhých lidech: Pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat, co mu druhí lidé určí – a musí to dělat tak, jak to oni určují.
Životní rytmus: Zdravý člověk si svůj vlastní životní rytmus do značné míry určuje (stanoví) sám. Má ho zažitý, zvykl si na něj a cítí se v něm poměrně dobře.	Životní rytmus: 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 nepřírozený.
Sebedůvěra: 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 neumí a neovládá. To snižuje jeho sebedůvěru a jeho sebehodnocení (devaluje to jeho sebedůvěru).
Sociální interakce: Zdravý člověk žije v tzv. sociální síti své vlastní rodiny, mezi přáteli, známými atd., které dobře zná.	Pacient v nemocnici je v relativní sociální izolaci. Stýká se zde s poměrně neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu omezen.
Životní prostředí: Zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, pracoviště, společnosti atp.	Pacient je v nemocnici uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí, nové, ne tak běžné, jako bylo doma.
Zájmy: Zdravý člověk má poměrně stabilizovaný rozsah svých vlastních, životním během ovlivněných zájmů – o práci, společenské dění atp.	Okruh zájmů pacienta se v době nemoci a zvláště v nemocnici podstatně zužuje – především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny.
Zvládání problémů: Zdravý člověk poměrně zvládal problémy, které mu život stavěl do cesty. Věděl, o čem jde. Věděl, jak reagovat na otázky, které mu byly kladeny.	Pacient svému fyzickému i psychickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví si s ním často rady (neví, co se s ním děje).
Emoce: V životě dosud zdravého člověka převládaly relativně kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života. Měl v životě určitou míru životní jistoty a naděje do budoucnosti.	Emocionální stav pacienta charakterizuje v první řadě celý soubor negativních emocí – strach a obavy, bolest, nejistota atp.
Časový prostor: 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 jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá – problematická.

Příloha 6 - Dotazník

Dobrý den, dotazník, který máte před sebou, tvoří výzkumnou část bakalářské práce na téma Zdravotník jako pacient a je určen ZDRAVOTNÍM SESTRÁM. Výzkum si klade za cíl zjistit, jak se zdravotník vyrovnává s rolí pacienta. Dotazník má 4 strany a je anonymní. Odpověď, se kterou souhlasíte, prosím zakroužkujte, v případě opravy škrtněte předchozí odpověď a zakroužkujte novou.

Děkuji Vám.

Monika Marušková, studentka bakalářského studia.

Jsem: žena – muž

Můj věk je: do 30 let - -do 45 let – 45 a výše

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- SZŠ – zdravotnický asistent
- SZŠ – všeobecná sestra
- VZŠ
- Bc.
- Mgr.
- Studuji:.....

Napište své pracoviště:

.....

1. Vaše zkušenosti s rolí pacienta by se dali popsat jako:

- a/ pouze návštěvy praktické ho lékaře a preventivní prohlídky
- b/ navštěvuji také specialisty
- c/ krátkodobá hospitalizace (do 1 týdne)
- d/ dlouhodobější hospitalizace (více než týden)

2. Vaše vnímání nemoci by se dalo popsat jako:

- a/ přítomnost nemoci mě nestresuje
- b/ přítomnost nemoci je pro mě nepříjemná, příliš mě nestresuje

c/ přítomnost nemoci je pro mě nepříjemná a stresující

d/ přítomnost nemoci je pro mě vysoce stresující

3. Při zdravotních obtížích vyhledáte a zvolíte jako první možnost?

a/ svého lékaře v ordinačních hodinách

b/ lékaře (kolega, přítel)

c/ lékaře, který je ve službě

d/ specialistu s doporučením od závodního nebo praktického lékaře

e/ specialistu bez doporučení

4. Pokud jste byl/a hospitalizován/a, jak byste popsal/a své pocity a reakci na změnu role?

a/ na roli pacienta jsem se bez problémů adaptoval/a

b/ s obtížemi jsem zvládal/a roli pacienta

c/ roli pacienta jsem nesl/a těžce

5. Pokud chcete mluvit o svých pocitech (např. strach, obavy), které provází Vaši nemoc, s kým byste hovořil/a?

a/ ošetřující lékař

b/ kolega, kolegyně ze zaměstnání (sestra, lékař)

c/ přítel, kamarád

d/ rodinný příslušník

6. Máte zkušenost se sdělením závažné zprávy o svém zdravotním stavu?

ANO – NE

7. Pokud máte zkušenosti se sdělením závažné zprávy o Vašem zdravotním stavu, jak byste popsal/a vaše pocity?

a/ nepříjemné pocity

b/ obavy

c/ velké obavy, strach

d/ panika, strach, bušení srdce

Napište svými slovy:

8. Jak byste popsal/a vnímání bolesti u sester?

a/ stejné jako u ostatních pacientů

b/ bojí se více

c/ vědí, co je čeká a méně se bojí

d/ vědí, co je čeká a více se bojí

9. Necháváte si záměrně své pocity pro sebe a nemluvíte o nich?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
10. Při onemocnění, kde je třeba navštívit lékaře, váháte a návštěvu lékaře odkládáte?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
11. Domníváte se, že zdravotník vnímá svou vlastní nemoc jinak, než laická veřejnost?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
12. Souhlasíte s názorem, že zdravotník v roli pacienta své pocity případného strachu a obav nedává tolik najevo a snaží se jednat racionálně?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
13. Souhlasíte s názorem, že zdravotník jako pacient více vnímá to, co mu jiný zdravotník řekne a jak mu to řekne?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
14. Máte dojem, že je Vám v roli pacienta věnován dostatek času?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
15. Chcete se svým lékařem nebo se sestrami mluvit o svých pocitech?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
16. Pokud máte strach a obavy ze svého onemocnění a chcete o nich mluvit, jste vyslechnut/a?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
17. Jsou Vaše zdravotní problémy nebo Vaše pocity personálem zlehčovány nebo převedeny ve vtip?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
18. Byl ve Vašem případě přístup zdravotníků takový, jak jste si představoval/a ?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím

19. Pokud se v pracovním kontaktu setkáte se zdravotníkem v roli pacienta, chováte se k němu jinak?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
20. Chováte se vstřícněji ke zdravotníkovi v roli pacienta?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
21. Domníváte se, že zdravotník v roli pacienta vše ví a vysvětlení nepotřebuje?	Souhlasím	Spíše souhlasím	Těžko rozhodnout	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím

22. Popište vlastními slovy Vaše případné negativní zkušenosti s Vaší rolí pacienta?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

23. Popište vlastními slovy, jaký přístup zdravotníků v případě řešení závažnějších zdravotních obtíží by byl konkrétně pro Vás nejlepší a jakému chování byste dal/a přednost?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji za spolupráci.

Příloha 7 – Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní
Bc. Eva Krejčí
Hlavní sestra
Panochova nemocnice Turnov s.r.o.
28. října 1000, Turnov 511 01

V Jenišovicích, dne 4.11.2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Panochově nemocnici, s.r.o.

Vážená hlavní sestro,

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Panochově nemocnici s.r.o. v Turnově, které by mělo být součástí mé bakalářské práce. Téma práce je Zdravotník jako pacient a jejím cílem je zjistit, jaká je reakce zdravotních sester na nemoc a jejich vnímání role pacienta. Získané informace mohou vést ke zkvalitnění komunikace zdravotnického personálu s pacienty.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti. Práce bude zpracována pod odborným vedením paní Jaroslavy Pečenkové.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Monika Marušková
3. ročník Ošetrovatelství
Obor Všeobecná sestra
LF UK Hradec Králové

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 5. 11. 2010

Podpis, razítko:

CHOVA NEMOCNICE TURNOV s.r.o.
ul. 28.října 1000, 511 01 Turnov
Hlavní sestra
Bc. Eva Krejčí
Tel.: 418 446 150