

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Eva Vomáčková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**DŮVĚRA PACIENTŮ KE ZDRAVOTNÍKŮM
DO TŘICETI LET**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Mgr. Miroslava Houšková

PLZEŇ 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 13.3.2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji MUDr. Mgr. Miroslavě Houškové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Miroslavě Moučkové za pomoc a vstřícný přístup.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	
1 VYMEZENÍ POJMU DŮVĚRA	11
1.1 Vývoj důvěry a socializace jedince	11
1.2 Teoretické modely důvěry	12
1.3 Jak vzniká důvěra.....	12
1.3.1 První dojem.....	12
1.4 Nedůvěra.....	13
2 NÁROKY U POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ	14
2.1 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným.....	14
2.2 Etický kodex sester	15
2.2.1 Znění etického kodexu sester.....	15
2.3 Práva pacientů.....	17
2.4 Povinná mlčenlivost.....	18
3 KOMUNIKACE.....	19
3.1 Verbální komunikace	19
3.1.1 Složky verbálního projevu	19
3.1.2 Kritéria úspěšné verbální komunikace.....	20
3.2 Naslouchání	21
3.2.1 Techniky pro podporu projevu při naslouchání	21
3.3 Neverbální komunikace	22
3.3.1 Složky neverbální komunikace	23
3.3.2 Osobní zóny	24
PRAKTICKÁ ČÁST	
4 FORMULACE PROBLÉMU	26
4.1 Cíl práce.....	26
4.2 Hypotézy.....	26
4.3 Vzorek respondentů	26
4.4 Metoda výzkumu	27
4.5 Presentace a interpretace	28
5 DISKUSE.....	38
ZÁVĚR	42

POUŽITÁ LITERATURA

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM TABULEK

PŘÍLOHY

Anotace

Příjmení a jméno: Eva Vomáčková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Důvěra pacientů ke zdravotníkům do třiceti let

Vedoucí práce: MUDr. Mgr. Miroslava Houšková

Počet stran – číslované: 33

Počet stran – nečíslované (tabulky a grafy): 18

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: důvěra, sestra, pacient, etika, komunikace

Souhrn:

Bakalářská práce má dvě části. První část je teoretická, kde popisuji důvěru pacienta. Jedná se o klíčovou část vztahu mezi pacientem a sestrou. Proto i popisuji, jakým způsobem může sestra získat důvěru pacientů. Dále uvádím etické zásady a zajištění ochrany soukromí pacienta a diskrétnost. Velká část textu je věnována osobní komunikaci, protože značně ovlivňuje důvěru. V praktické části používám kvantitativní metody výzkumu. Výzkum je založen na dotazníku, který byl poskytnul pacientům ve dvou nemocnicích. Odpovědi a výsledky výzkumu jsou diskutovány a detaily lze najít v grafech a tabulkách.

Annotation

Surname and name: Eva Vomáčková

Department: Nursing and midwife

Title of thesis: Trust of patients to medics of the age up to thirty years

Consultant: MUDr. Mgr. Miroslava Houšková

Number of pages – numbered: 33

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 18

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 21

Keywords: Trust, nurse, patient, ethics, communication

Summary:

My bachelor thesis has two parts. The first is a theoretical part. There I write about a patient trust, in the first part. It is a key component of the patient--nurse relationship and that is why I describe how a nurse can establish the trust relationship with patients. I refer to ethical codes and ensuring the patient privacy protection and respect patient confidentiality. A large portion of text is focused on a personal communication, because it affects the trust a lot. I use the quantitative research in my practical part. My research is build on a questionnaire in two hospitals. Patients contribute me with their answers. Finally, the research result is discussed and more details you can see in graphs and tables

ÚVOD

Zdravotnické povolání patří mezi jedna z nejnáročnějších. Sestra přichází denně do kontaktu s nemocnými a setkává se s utrpením člověka. Sestra a pacient se setkávají v nepříliš jednoduché a příjemné situaci. Proto by měla mít vždy pochopení a být tolerantní k pacientovu chování a projevům, jelikož každý pacient reaguje na sdělení špatných zpráv jinak.

Pacienti vnímají sestru jako člověka laskavého a tolerantního, který má pro ně porozumění a pomůže vyřešit jejich potíže a problémy. Napomáhá také tomu, aby se pacient lépe adaptoval ve zdravotnickém zařízení, informuje pacienta ve věcech pro něj zcela nových atd. Sestra přichází do kontaktu s nemocným častěji než lékař. Proto může lépe poznat jeho osobnost a získat si snadněji důvěru. Neměla by se proto před pacientem nikterak přetvařovat a komunikovat s ním na určité úrovni a za určitých zásad.

Dobrý vztah mezi pacientem a zdravotníkem má velký vliv na to, jak pacient vnímá nemocniční zařízení, jak bude vnímat svoje onemocnění a lépe se vyrovnávat s léčbou.

Sestra se pro nemocného často stává při hospitalizaci jedním z nejbližších a proto jí důvěřuje a svěřuje se jí se svými často i choulostivými problémy. Měla by dodržovat povinnou mlčenlivost a nikdy neventilovat pacientovi potíže mezi další personál.

Neměla by pacientovi podávat nepravdivé informace a sdělovat mu je pouze v rámci svých kompetencí.

Pokud je pacientova důvěra nějakým způsobem narušena, je velmi těžké jí získat zpět. Nemocný, který nenajde v sestře důvěru je úzkostný, má strach a o to těžší je pak ošetrovatelská péče, jelikož se pacient nesvěřuje a proto je těžké přijít na to, co ho opravdu trápí.

Ve své práci bych chtěla upozornit na fakt, že důvěra mezi pacientem a zdravotníkem je jeden z nejdůležitějších aspektů a proto bychom měli dbát na její získání a uchování. Ve své práci bych chtěla dále popsat souvislosti, na jejichž základě vzniká vztah mezi zdravotníkem a pacientem a také úroveň chování sestry k nemocnému. (1, 2)

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMU DŮVĚRA

Důvěra je subjektivní přesvědčení nebo víra ve správnost, pravost případně pravdivost činů a úsudků jiných nebo sebe sama (sebedůvěra). K důvěře patří také přesvědčení o možnosti jednat a o schopnosti jednat. Protikladem důvěry je nedůvěra. Důvěra znamená možnost spolehnout se na někoho. Pokud člověk důvěřuje jiné osobě, musí brát na vědomí určité riziko, že daná osoba nesplní jeho očekávání.(3)

Důvěra je založena na hluboké zkušenosti. Vzniká na základě zážitků, které člověk prožil, ať už pozitivních nebo negativních. Naše nedůvěra v někoho nebo něco je reakcí na konkrétní zážitek nebo situaci a je založena na pocitově neutrálním pozorování. Z toho, co na člověku nebo situaci vidíme, cítíme a objevíme, můžeme vysledovat, že se necítíme jistě a nejsme schopni se svěřit. Tento způsob jasného vnímání nám umožňuje se rozhodnout, zda se otevřeme, když se cítíme jistě a přijati nebo zůstaneme uzavření, když cítíme nedůvěru.(4)

1.1 Vývoj důvěry a socializace jedince

Vývoj důvěry souvisí s morálním vývojem jedince a jeho socializací v průběhu lidského života. „*Socializační teorie osobnosti předpokládá, že „vzájemný vztah mezi jedincem a společností je primárně určován společností.“*³ Dítě a dospívající si postupně vytváří vlastní zákony, ale velkou roli zde hraje prostředí ve kterém žije, působení rodiny, školy a přirozených autorit.

V průběhu ontogenetického vývoje si jedinec osvojuje určité sociální a morální normy, které se týkají důvěry a podle nich poté jedná v určitých životních situacích. Jedinec získává zkušenosti v oblasti důvěry také z mezilidských vztahů. Ty ovlivňují jeho ochotu důvěřovat jiným. Jedinec si od raného věku začíná uvědomovat, jaké důsledky měla důvěra v minulosti a tyto zkušenosti působí na jeho pozdější rozhodování. Výsledkem těchto zkušeností může být buď ochota důvěřovat druhým nebo nedůvěřivost. Vzniká tak důvěra nebo nedůvěra jako stabilní osobnostní rys.

Vznik základní důvěry z pohledu vývojové psychologie popisuje Eriksonova psychosociální teorie. „*Hlavní myšlenka této teorie týkající se tématu je, že dítě si v nejtěžším období života musí vytvořit pocit základní důvěry v život a ubránit se tak ohrožujícím pocitům nejistoty. Pociť, že život je celkově přes všechny nelibosti dobrý, je založen na stálosti péče a na kvalitě vztahu matky k dítěti.*“³ (3)

1.2 Teoretické modely důvěry

Existuje několik teoretických modelů důvěry. Např. dle Eriksona je důvěra výsledkem hlavně raného dětství, kdy má dítě důvěru či nedůvěru k matce. Vytváření základní důvěry či nedůvěry se děje v prvním roce života dítěte. Zkušenosti, které dítě v této době získá, se později promítají do vztahů s ostatními lidmi. Tato teorie sice obohatila výzkum důvěry, ale její význam je malý, protože není dostatečně empiricky podložena.

Dalším modelem je očekávání, kdy člověk důvěřuje jiné osobě, když cítí, že tím něco získá a budou uspokojeny jeho potřeby. Dále důvěra jako dispozice osobnosti. Tento model chápe důvěru nebo nedůvěru jako stabilní součást osobnosti, která vznikne na základě zkušeností s jinými lidmi. Pokud člověk zjistí, že se důvěra vyplácí, je zpravidla důvěřivější a otevřenější. Ukázalo se, že lidé, kteří mají důvěru jako stabilní rys osobnosti, bývají více empatičtí. (3)

1.3 Jak vzniká důvěra

K důvěře se člověk musí postupně propracovat. Aby mohl důvěřovat druhým musí se nejprve naučit důvěřovat sám době. Mezi dvěma osobami je důvěra založena na vzájemnosti, dosavadních zkušenostech a vzájemném porozumění. Je prohlubována získáváním informací, proto je tedy na místě podávat informace pravdivé a ověřené. V opačném případě by došlo k vzniku nedůvěry. (4, 5, 3)

1.3.1 První dojem

Očima si každého přečteme dříve, než stačí promluvit. Podle toho co vidíme si v sobě o něm vytvoříme určitý dojem. Vizualní kontakt je výmluvný, účinný a proto

důležitý. První dojem získáváme během prvních čtyř minut kontaktu a pokud zapůsobíme špatně je velmi těžké ho měnit. Během této krátké doby člověk sbírá a analyzuje informace všemi smysly. Pokud chceme zapůsobit sympaticky a získat jeho důvěru je důležité využít první minuty kontaktu ve svůj prospěch.

To, jak nás člověk zhodnotí záleží na úpravě zevnějšku, náladě, výrazu v obličeji, ale také tónu hlasu. Udělat dobrý dojem je možné se naučit, ale obtížné je ho udržet, pokud to není v souladu s našimi charakterovými vlastnostmi. V práci zdravotníka je dobrý dojem nepostradatelný a pro získání důvěry poměrně důležitý (6)

1.4 Nedůvěra

Nedůvěra je pocit či domněnka, že k nám někdo jiný není upřímný. Je založena na předchozích zkušenostech. Může vzniknout také na základě pomluvy nebo podvodu. Nedůvěra vůči neznámým lidem, je znakem opatrnosti a prozíravosti. Jistá míra nedůvěry, tzv. zdravá nedůvěra je normální, ale přehnaná nedůvěra může být symptomem paranoidní poruchy osobnosti.

Pokud člověk jiné osobě nedůvěřuje již od počátku, není ani schopen s ní spolupracovat. Proto je ve vztahu sestry a pacienta důvěra důležitá, jelikož je zde spolupráce nutná. Proto by se sestra měla vždy chovat tak, aby pacientovu důvěru neztratila.(3)

2 NÁROKY U POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

Existuje řada profesí, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem. Například lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci atd. Na rozdíl od jiných povolání však hraje v těchto profesích velkou roli lidský vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem. Pacient potřebuje důvěřovat svému lékaři nebo všeobecné sestře a cítit lidský zájem.

Pomáhající pracovník se velmi často setkává s lidmi v nouzi, kteří jsou v závislém postavení. Očekávají přijetí, porozumění, pocit, že nejsou na obtíž. Tyto pocity lidé získávají při kontaktu s pracovníkem a nacházejí je v neverbálních projevech pracovníka. Klient potřebuje důvěřovat a cítit se v bezpečí. *„Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí.“*⁷ (7)

2.1 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným

Při kontaktu mezi nemocným a zdravotníkem jsou ze strany zdravotníka důležité znalosti z psychologie, dobré komunikační znalosti, ale také schopnost empatie a umění naslouchat. Chování zdravotníka k nemocnému by mělo být ohraničeno jasnými pravidly.

Sestra by měla budit v nemocném důvěru ve své odborné znalosti a neměla by nikdy před pacientem projevovat nejistotu. Takové chování by v pacientovi mohlo vzbudit nedůvěru a strach. Je také zasvěcována do problému nemocného, proto je nutné, aby na ně dokázala adekvátně reagovat na jeho případné dotazy ohledně zdravotního stavu a měla porozumění a pochopení.

Pacient a zdravotník by se měli navzájem respektovat. Je nutné, aby sestra uznávala nemocného jako celistvou osobnost ve všech oblastech a to biologické, psychické, sociální a spirituální. Pokud se zaměříme na všechny tyto oblasti dá nám to možnost člověka lépe poznat a porozumět mu. Když zdravotníci neuplatňují holistický přístup, tedy vnímání člověka jako celku, může pacient získat pocit nezájmu o jeho osobu, jelikož se sestra nebo lékař zaměřují pouze na jeho onemocnění a tělesné potřeby. Tato skutečnost může velmi narušit vztahy mezi nemocným a zdravotnickým personálem a tím zhoršit spolupráci a prodlužovat vlastní léčbu.

Veškeré informace, které sestra o pacientovi získá, nesmí sdělovat nikomu jinému, je ze zákona vázána povinnou mlčenlivostí, ale také by měla ctít etické zásady a etický kodex sester. Neméně důležité je i uznání práv pacienta.

Zdravotník a pacient by si měli být rovnocennými partnery. Sestra by měla mít k pacientovi úctu a chránit jeho důstojnost. (8, 1, 9)

2.2 Etický kodex sester

Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl přijat ICN(mezinárodní radou sester) v roce 1973. Tento kodex byl přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS(Česká asociace sester)a je platný v České Republice od 29. března 2003.

Objektem práce všeobecné sestry je člověk. Očekává se od ní, že ovlivní prožívání a jednání nemocných, unese fyzické i psychické nároky své profese a vypořádá se s problémy s tímto povoláním spojenými. Mezi nejdůležitější morální hodnoty sestry patří úcta k člověku. Kodex poskytuje základní pravidla, podle kterých by sestra měla činit vlastní etická rozhodnutí. (10, 9)

2.2.1 Znění etického kodexu sester

1. Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je povinna převzít odpovědnost za péči o zdraví, prevenci a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou spjaty: lidská práva, respekt k lidskému životu, důstojnost. Zdravotnickou péči poskytujeme bez ohledu na národnost, rasu, víru, věk, pohlaví, barvu kůže, politické přesvědčení nebo sociální postavení. Všeobecná sestra poskytuje péči jednotlivcům, rodině, společnosti a spolupracuje i s reprezentanty jiných oborů.

2. Všeobecná sestra a spoluobčan

Všeobecná sestra má zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje sestra víru, životní hodnoty a obyčejy nemocného a má

snahu vytvořit podmínky, které respektují individualitu. Sestra chrání informace o pacientovi a považuje je za důvěrné a hodnotí, v jakém rozsahu a komu je může předat.

3. Všeobecná sestra a péče v praxi

Sestra je zodpovědná za kvalitu péče, kterou poskytuje a za pravidelné obnovování znalostí vzděláváním. Sestra má snahu udržovat pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni. Sestra hodnotí svou kvalifikaci, ale i kvalifikaci jiných osob při přejímání odpovědnosti za jistý úkol nebo když jej předává jiným. Sestra ve své funkci jedná tak, aby to přispělo k dobré pověsti jejího povolání.

4. Všeobecná sestra a společnost

Všeobecná sestra podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

5. Sestra a spoluzaměstnanci

Sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce se zdravotníky všech profesních kategorií. Sestra dle nutnosti zasahuje tak, aby chránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena chováním jiného zdravotníka.

6. Zdravotní sestra a povolání

Sestra je zodpovědná za realizaci vysokého standardu ošetrovatelské péče a za své odborné vzdělání. Soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu ošetrovatelské péče. Sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Vytváří také důstojné pracovní podmínky umožňující realizaci ošetrovatelské péče.(9)

2.3 PRÁVA PACIENTŮ

Etický kodex Práv pacientů byl u nás přijat s rozpaky, četnými výhradami a někdy dokonce s nepochopením. V roce 1992 proběhla ve zdravotnických novinách diskuse na téma práva pacientů. Někteří lékaři zcela zpochybnili základní prvky tohoto dokumentu a kladli otázky, zda má mít pacient vůbec nějaká práva, jestli je potřebuje, pokud ano, tak k čemu a zda jich nebude zneužívat vůči lékařům. Tyto argumenty svědčí o silně zakořeněné tradici paternalismu.

Za jakým účelem tedy práva pacientů vznikla? Dříve neměli žádná práva. Pacient byl plně závislý na lékaři a plně respektovali jeho rozhodnutí. Žádná práva tedy v podstatě nepotřebovali. O právech pacientů se začalo mluvit teprve na začátku sedmdesátých let 20. století. V demokratické společnosti jsou lidská práva velice ceněna. Lidé přijímají plnou odpovědnost za svůj život a chtějí, aby byli dostatečně informováni v situaci nemoci a aby ve zdravotní nepřízni mohli sami o sobě rozhodovat nebo se alespoň podílet na spolupráci.

Pacienti jsou stále vzdělanější a informovanější v oblasti zdravotnictví, proto je nelze přesouvat do submisivní role. Neustále přibývá diagnostických a léčebných metod, proto lékaři postupně dochází k závěru, že by pacienti měli při výběru spolurozhodovat. Z těchto důvodů je zřejmé, že role pacienta se mění a nemocný se stává rovnocenným partnerem lékaře.

Práva pacientů jsou stavěny tak, že doplňují etický kodex lékařů. Česká verze etického kodexu Práva pacienta byla postavena dle vzorových práv pacienta, která zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. Definitivní verzi Práv pacientů zformovala a vyhlásila CEK (Centrální etická komise) MZ ČR „dne 25.2.1992.“⁹

V dnešní době lze říci, že již snad každý zdravotník zná Práva pacientů a respektuje je. V našich zdravotnických zařízeních jsou Práva pacientů viditelně umístěna buď na nástěnkách či na pokojích. V souvislosti s kodexem Práv pacienta si můžeme klást otázku zda jsou dostatečně vymahatelná. U nás v roce 2000 vznikl institut veřejného ochránce lidských práv. (9, 11, 12)

2.4 Povinná mlčenlivost

Předpokladem pro vznik důvěry mezi pacientem a zdravotníkem je dodržování povinné mlčenlivosti. Kromě toho je důležité podávání informací o zdravotním stavu pacienta a následné péči. Z mnohých výzkumů vyplynulo, že je pro pacienta důležitější komunikativní a ochotný zdravotník, než technické a odborné vybavení nemocnice.

Pokud dojde k situaci, že zdravotník sdělí informace o pacientově zdravotním stavu neoprávněné osobě, porušuje tím etické a právní předpisy pro výkon zdravotnického povolání a za tento prohřešek jsou stanoveny přísné sankce.

Je to jeden ze způsobů ochrany osobních údajů. Zdravotník je jí vázán i po skončení pracovního poměru.(14)

Povinná mlčenlivost je zakotvena v zákoně 20/1966 Sb. A to v tomto znění: *„Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dověděl v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo kdy byl této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu; povinnost oznamovat určité skutečnosti, uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštními předpisy, není tím dotčena.“*¹³

*„Primárním účelem povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků je především nastolení vzájemné důvěry mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem. Další účel je v podobě ochrany před neoprávněným zasahováním do pacientova soukromí, ochrany nedotknutelnosti osoby pacienta a ochrany jeho lidské důstojnosti, osobní cti, dobré pověsti a jména.“*¹⁴ (13, 14)

3 KOMUNIKACE

Lidská komunikace je složitý proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a individuálních i sociálních zkušenostech. Patří k základní bio-sociální výbavě člověka, ale u každého se liší svou vyvinutostí, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností a výchovou v rodině. (6)

Komunikace je obecně definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků. Komunikační signály získáváme buď pasivně nebo aktivně. Pasivně můžeme informace získávat z médií nebo z tisku atd. Pro mezilidské vztahy není pasivní komunikace příliš vhodná, protože často dochází k nedorozumění. Aktivní komunikace představuje obousměrný rozhovor mezi dvěma nebo více lidmi. (15)

Komunikační dovednosti potřebujeme i v osobním životě a ne jen v zaměstnání. Pokud dojde ke ztrátě schopnosti komunikovat může to často ohrožovat mezilidské vztahy. Sestra využívá schopnost komunikace jako součást profesionálního vybavení a s její pomocí navazuje a rozvíjí vztahy s pacientem. (16)

3.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je dorozumívání pomocí slov či jiných znakových symbolů. Využití mluveného slova se u lidí liší dle kultury, společensko- ekonomického postavení a věku nebo vzdělání. (8, 16)

3.1.1 Složky verbálního projevu

Pokud chceme, aby komunikace byla efektivní musíme sledovat řadu prvků. Jedním z nich je rychlost řeči. Tu bychom měli přizpůsobit znalostem tématu ze strany posluchače. Přílišná rychlost řeči může značit nejistotu a snahu mít hovor co nejrychleji za sebou.

Dále se zaměřujeme na hlasitost projevu, kdy příliš hlasitý projev může budít u nemocného pocit o potřebě nadvlády. Měli bychom si také dát pozor na opakování různých slovních spojení nebo slov, protože to může na pacienta působit rušivým dojmem. (16)

3.1.2 Kritéria úspěšné verbální komunikace

1. Jednoduchost

Sdělení by mělo být pro posluchače stručné a jasné. Neefektivní je zdlouhavé vysvětlování situace nebo používání terminologie ve které se posluchač neorientuje. V úvodu rozhovoru bychom měli ověřit pacientovu aktuální schopnost porozumět. Až příliš jednoduché sdělení může působit devalvačně na schopnosti nemocného, proto není vždy vhodné.

2. Stručnost

V situaci, kdy je člověk nemocný má tělesné obtíže, obavy, nejasná očekávání a je citlivý na čas. Stručná informace působí profesionálně a zbytečné prodlužování a okliky mohou působit nedůvěryhodně a nemocný může pochybovat, zda zdravotní sestra vůbec ví o čem mluví a dostane se k podstatě věci.

Po sdělení informace je nutné nechat prostor na dotazy. Stručnost nesmíme zaměňovat se strhostí nebo neochotou komunikovat, protože i čas kdy sdělujeme informace bere nemocný jako dobu, kdy mu věnujeme pozornost.

3. Zřetelnost

Při komunikaci s pacientem musíme jasně vyjádřit podstatu věci a nesmíme zapomínat na vliv neverbálních projevů. Problémem při komunikaci mohou být dvojsmyslná sdělení (odchod – úmrtí) nebo zobecňování (všichni pacienti s diabetem mají cévní obtíže). Neměli bychom vkládat osobní názory, protože každý člověk vnímá jisté situace odlišně.

4. Vhodné načasování

Při přípravě rozhovoru bychom měli zvážit mnoho okolností, např. zda je vhodná chvíle, zda je v zájmu pacienta vědět dané informace, jestli je nutné sdělit informaci právě teď a zvážit zdali má zdravotník dostatek času na rozhovor. Načasování zohledňujeme obzvláště u závažných rozhovorů a podmínkou pro toto sdělení je klid, soukromí, nerušený prostor a hlavně dostatek času.

5. Adaptabilita

Již bylo zmíněno, že je nutné hovor přizpůsobit potřebám nemocného. Všimáme si neverbálních projevů a pokud zhodnotíme, že ho sdělení rozrušilo ponecháme čas na vstřebání informací popř. na dotazy. (16)

3.2. Naslouchání

Z dovedností komunikace u zdravotníka by mělo být naslouchání na prvním místě, protože má význam pro další dovednosti např. empatii, která je také velmi důležitá. Naslouchat znamená nejen vnímat co pacient říká, ale jak to říká a sledovat jeho mimiku a gestikulaci. Pokud se zaměříme na všechny tyto podněty, teprve tehdy můžeme lépe poznat smysl pacientova sdělení.

Významný psychoanalytik T. Reik mluví o naslouchání jako o poslouchání „třetím uchem“, aby se povedlo rozpoznat co je skryto v pacientově sdělení. Jiní mají zase představu „tykadel“, která by měli zdravotníci používat na rozluštění pacientova sdělení.

S nasloucháním úzce souvisí respekt, což je postoj nebo přístup k lidem či ocenění druhého jako lidské bytosti. V době naslouchání se věnujeme pouze pacientovi a dáváme mu tím najevo, že jsme tu v tuto chvíli pro něj. Nasloucháním naznačujeme ochotu pomoci a zájem o pacienta a jeho potřeby. (17, 18)

Nasloucháme pomocí tří základních způsobů a to ušima, kdy slyšíme slova, tón, rychlost řeči, ale i pauzy a pomlky. Dále očima sledujeme výraz obličeje, pohled, postoj, pohyby a v neposlední řadě srdcem kdy zapojujeme schopnost vžít se do pacientových emocí. (16)

3.2.1 Techniky pro podporu projevu při naslouchání

V komunikaci je kladen důraz na aktivitu. Když pacient sděluje svůj problém, nemluví do prázdna, ale sestra mu naslouchá a může ho v pokračování projevu podpořit. Může při tom využít těchto technik:

Rezonance - je ozvěna neboli druh zpětné vazby kdy zopakujeme pacientovo sdělení. Tím mu dáme najevo, že ho vnímáme, rozumíme mu. Zároveň vysíláme určitý signál, že komunikace může pokračovat.

Reflexe – odezva – je snaha pochopit pacientův problém a formulovat ho vlastními slovy.

Sumarizace – je shrnutí všeho podstatného co jsme se z celého rozhovoru dozvěděli.

Povzbuzování – Snaha povzbudit pacienta, aby s námi dále komunikoval, např. vyprávějte mi o své rodině, zajímá mě to, nebo řekněte mi co vás bolí, je pro mě důležité to vědět, abych vám mohla pomoci.

Empatie – je schopnost vcítění se do citového stavu člověka a pokusit se mu citově porozumět. Můžeme vyjádřit, že s nemocným cítíme, ale je nutné si uvědomit, že soucítění není soucit. Je hlavně zcela nepřipustné zlehčovat prožívání druhých v těžkých situacích.

Mlčení – v době ticha může pacient přemýšlet nad další otázkou nebo naopak rozmýšlet nad odpovědí. Je nutné mít určitý cit k tomu, kdy pacientovi dát prostor, aby si rozmyslel co chce sdělit a kdy je nutné ho povzbudit, aby dále pokračoval.(16)

3.3 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je nejjednoduším způsobem definována jako řeč těla. Spadají sem veškeré projevy, které používáme, aniž bychom mluvili, ale i ty které doprovází řeč. Pokud se na neverbální komunikaci zaměříme podrobněji, zjistíme, že má několik funkcí. Používáme ji buď k podpoře mluvené řeči nebo k tomu, abychom řeč úplně nahradili. Pomocí ní vyjadřujeme také emoce nebo interpersonální postoje vůči lidem.(16)

„Řeč těla je považována za upřímnější než verbální projev. Dá se říct, že to nejdůležitější „slyšíme“ očima, přičemž nezapomínáme, že do komunikace je zapojen i čich a hmat. Z antropologických studií vyplynulo, že jen 7 % informací z rozhovoru pochází z toho, co slyšíme. To co přijímáme „verbálním kanálem“, jsou holá fakta. Neverbální forma „zakresluje obraz do duše“- postoje, nálady, pocity atd.“¹⁶

Existuje mnoho návodů a příruček, jak neverbální komunikaci ovládat, ale z velké části je to záležitost instinktu. Neverbální projevy mohou být brány jako společný světový jazyk, ale mají také svá nářečí, která jsou někdy dost odlišná.

Při dorozumívání s pacientem jsou neverbální projevy velmi významné, protože potřeba dorozumění a navázání vzájemné důvěry je zde velká. Při ošetřování pacienta mu vstupujeme do zóny, kam jindy pouští jen ty nejbližší. Je proto důležité, aby se

sestry vyznala v řeči těla, uměla pracovat i se svými neverbálními projevy a „naslouchala“ neverbálním projevům pacientů.(16, 19)

3.3.1 Složky neverbální komunikace

Do složek neverbální komunikace řadíme mimiku (výraz obličeje), proxemiku (přiblížení a oddálení), haptiku (dotek), posturologie (fyzický postoj), kinezika (pohyb), gesta a dále pohledy nebo úpravu zevnějšku.

Mimika je tedy výraz obličeje. Z něj lze vyčíst mnoho, ale nejčastěji ho spojujeme s vyjadřováním emocí. Ve výrazu obličeje můžeme celkem dobře vyčíst primární lidské emoce jako jsou např. štěstí, překvapení, strach, radost, klid, spokojenost nebo zájem. V obličeji rozlišujeme tři mimické zóny a to oblast čela a obočí, oblast očí – ta je považována za nejdůležitější, dále dolní část obličeje což jsou tváře, ústa a nos.

Za nejvýraznější neverbální projevy považujeme smích a pláč. Pacienti často předstírají, že je zánok nebo lí, maskují stud nebo přemáhají pláč. Sestra může výrazem obličeje ovlivnit celkovou atmosféru. Je pro ni také důležité, aby dokázala citlivě vnímat projevy bolesti a odborníci upozorňují, že třetina pacientů si myslí, že zdravotník je schopen odhadnout stupeň jejich bolesti aniž by o ní mluvili. Pokud pacientovi provádíme bolestivý zánok, vždy ho předem upozorníme, že to bude bolet a nezlehčujeme situaci úšklebky nebo protáčením očí.

Proxemika je definována jako vzdálenost, kterou mezi sebou lidé udržují, když spolu jednají. I u lidí existuje něco podobného, jako u zvířat teritorium. Máme vyhraněno odkud kam je náš prostor a kde je prostor druhého člověka. Citlivost pro prostorové chování významně ovlivňuje úspěch komunikace.

Haptika je taktilní sdělení mezi lidmi. Zabývá se tím, jak se sebe lidé navzájem dotýkají. Nejvíce poznatků již bylo napsáno o stisku ruky, kterým se zdravíme a seznamujeme. Sestra by měla být schopna se pacientovi představit a podat mu ruku, pokud je to možné. Další možné dotyky, které můžeme v rámci komunikace ve zdravotnictví použít je pohlazení nebo držení za ruku. U dětí tímto většinou nemůžeme nic pokazit, ale u dospělých je třeba si tento krok rozmyslet nebo se jich zeptat na svolení. Nemusí to být každému příjemné.

Posturologie je řeč fyzických postojů a držení těla. Rozlišujeme tři základní polohy a to vestoje, vsedě a vleže. Pokud chceme získat informace nebo je naopak sdělovat je nutné, aby oba účastníci měli rovnocennou polohu. Specifická je situace v práci sestry,

kdy sestra stojí a pacient leží. V tomto případě je sestra v podstatě ve vyšším postavení a pacient to může vnímat negativně a cítit se znevýhodněný. Proto pokud můžeme, tak si alespoň sedneme, ale nesmíme při tom zapomínat na možnost narušení zóny pacienta a sedáme si na židli a nikoliv na postel. Direktivní přístup ve zdravotnictví již nefunguje, ale stále se s ním někde můžeme setkat.

Kinetika se zabývá veškerými pohyby těla a jeho částí. Jednou její specializovanou částí je chironomie, která se zabývá pohybem rukou a její speciální částí je znaková řeč. Gesta jsou pohyby, které buď sami něco sdělují nebo doplňují verbální projev. Existují gesta vědomá a nevědomá. Mezi nevědomá můžou patřit třeba gesta při lhaní, kdy dítě si např. nevědomky zakryje ústa a dospělí si často při lži sáhnou na nos nebo ucho.

Důležitým neverbálním projevem je také pohled. Některé pohledy jsou vnímány pozitivně některé však ne. Nepříjemné je například dlouhé „civění“. Svě pacienty tedy pozorujeme, ale necivíme na ně. Ale naopak by neměl být žádný pacient přehlížen. Proto je dobré si uvědomit jaké to je, kdyby s vámi někdo mluvil a přitom k vám stál zády a věnoval by se při tom jiné činnosti.

Ve zdravotnické praxi je také nutné, aby sestra dbala o úpravu zevnějšku. Samozřejmostí je čistá uniforma a celková upravenost. Všechny výstřednosti mohou být ze strany pacienta negativně vnímány a narušovat pacientovu důvěru k sestře. Například dnes hodně moderní piersingi nebo dredy či tetování velkých rozměrů na viditelném místě. Sestra s tímto vzhledem jistě nebude působit důvěryhodně hlavně pro starší pacienty. (16, 19)

3.3.2 Osobní zóny

Tuto zónu si můžeme představit jako pomyslnou bublinu, kdy člověk je v jejím středu. Každý člověk má těchto bublin několik. Jsou to hranice kontaktu s ostatními lidmi

Intimní zóna - je zhruba 15-30 cm, má ji mezi sebou např. matka a dítě nebo manželé. Do této zóny tedy pouštíme jen ty nejbližší. Pokud je narušena někým kdo do ní nepatří, pocítíme nepříjemné pocity a máme tendenci uniknout.

Osobní zóna - má dolní hranici 45-75 cm a maximální 120 cm. Tato zóna je například při úředním jednání

Společenská zóna - je oblast např. služebního styku nebo obchodního jednání. Hranice jsou 120-360 cm

Veřejná zóna - má vzdálenost 360-760 cm. V této zóně se pohybují herecká vystoupení, nebo političtí činitelé.

Sestry často narušují intimní zónu pacienta a zároveň mu dovolují vstoupit do té jejich. Toto narušení by mělo být jen v nutných situacích (výkony, vyšetření) a pacient by s tím měl vždy souhlasit. Je tedy nutné pacienta informovat co se bude dít, aby byl srozuměn s tím, že budeme vstupovat do jeho intimní zóny. Časem může dojít k navázání bližšího vztahu např. u dlouhodobě nemocných nebo u dětí. Jasně hranice vztahu mezi nemocným a sestrou jsou dány etickým kodexem. (16, 6)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Ve své bakalářské práci se zabývám důvěrou pacientů ke zdravotníkům. Myslím si, že důvěra mezi pacientem a zdravotníkem je velmi důležitá. Pokud dojde k narušení pacientovi důvěry, přestane fungovat spolupráce se zdravotnickým personálem a klesá efektivita ošetrovatelského procesu.

4.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda pacienti mají důvěru ve zdravotníky, zda je pro ně v oblasti důvěry důležitý věk zdravotnického pracovníka a jestli pacientovu důvěru ovlivňuje první dojem, kterým na něj zdravotník zapůsobí. Dále jsem chtěla zjistit jaké faktory ze strany sestry negativně ovlivňují důvěru pacientů.

4.2 Hypotézy

Ve své práci jsem si určila tři hypotézy a to:

Hypotéza 1

Předpokládám, že pacienti mají důvěru ve všeobecné sestry.

Hypotéza 2

Domnívám se, že pacienti nepřikládají v oblasti důvěry důležitost věku sestry.

Hypotéza 3

Předpokládám, že důvěra pacienta k sestře je ovlivněna prvním dojmem.

4.3 Vzorek respondentů

Pro výzkum jsem zvolila pacienty hospitalizované na interním a neurologickém oddělení. Dolní hranice věku byla 18 let, horní hranice nebyla omezena. Dotazníky byly rozdány ve Fakultní nemocnici v Plzni se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a v nemocnici v Pardubicích, kde byl výzkum proveden po souhlasu manažerky pro výuku NELZP (nelékařských zdravotnických pracovníků). Ve fakultní nemocnici v

Plzni jsem se často setkávala s nechutí pacientů dotazník vyplnit, jelikož zde probíhá mnoho výzkumů ze strany studentů. Často jsem se dočkala odpovědi, že už nějaký dotazník vyplňovali. Proto jsem na oddělení docházela opakovaně, abych získala potřebný počet respondentů.

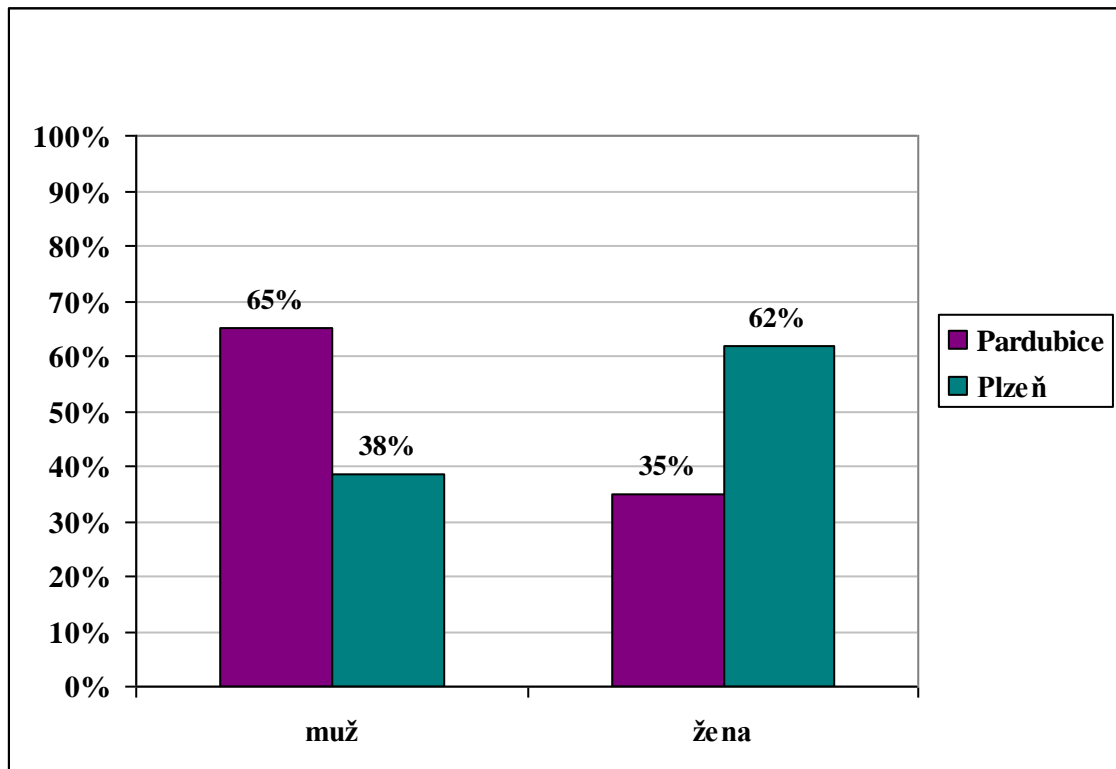
4.4 Metoda výzkumu

K výzkumnému šetření jsem použila kvantitativní výzkum provedený pomocí dotazníku. Sestavila jsem dotazník o deseti otázkách. Dvě otázky se týkaly věku a pohlaví respondenta. Výzkum byl proveden v průběhu ledna 2012, kdy bylo rozdáno 110 dotazníků, z toho 7 dotazníků nebylo vráceno a 5 bylo vyřazeno pro chybné vyplnění. Celkově bylo vráceno 98 dotazníků (89 %). Šetření jsem prováděla ve dvou zařízeních z důvodu jejich porovnání.

4.5 Prezentace a interpretace

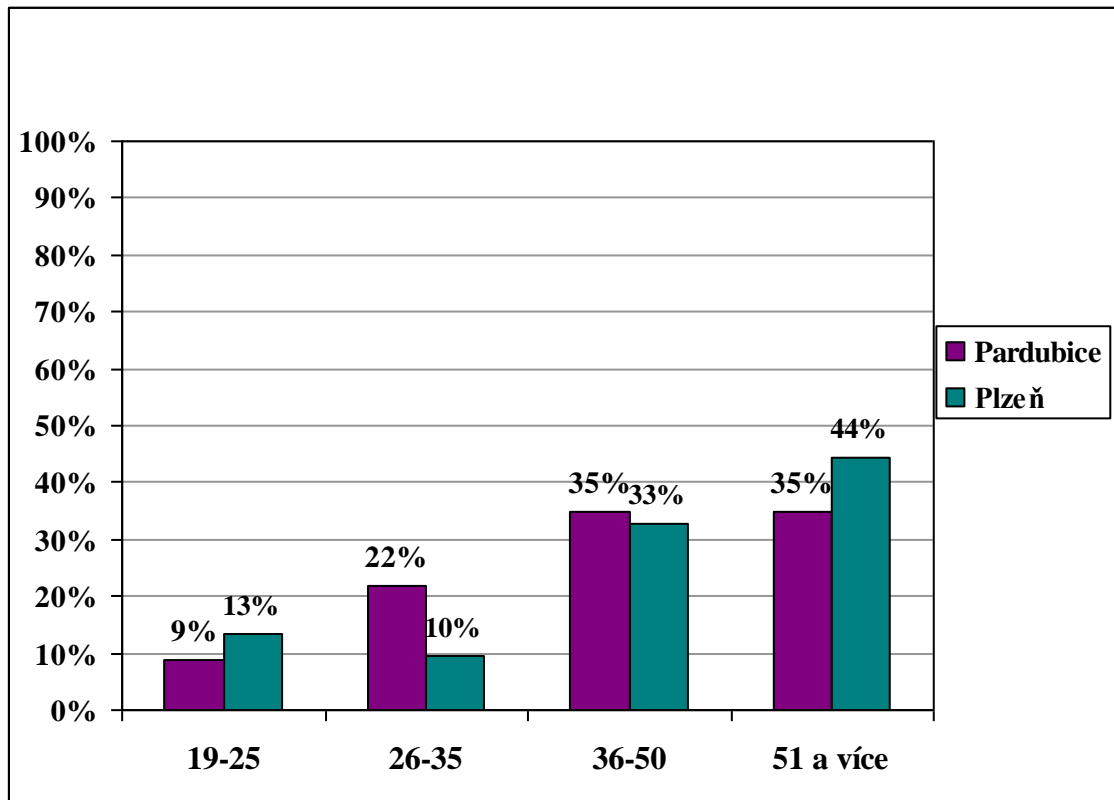
Údaje získané z dotazníkového šetření jsem převedla do podoby grafů uvedených níže

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



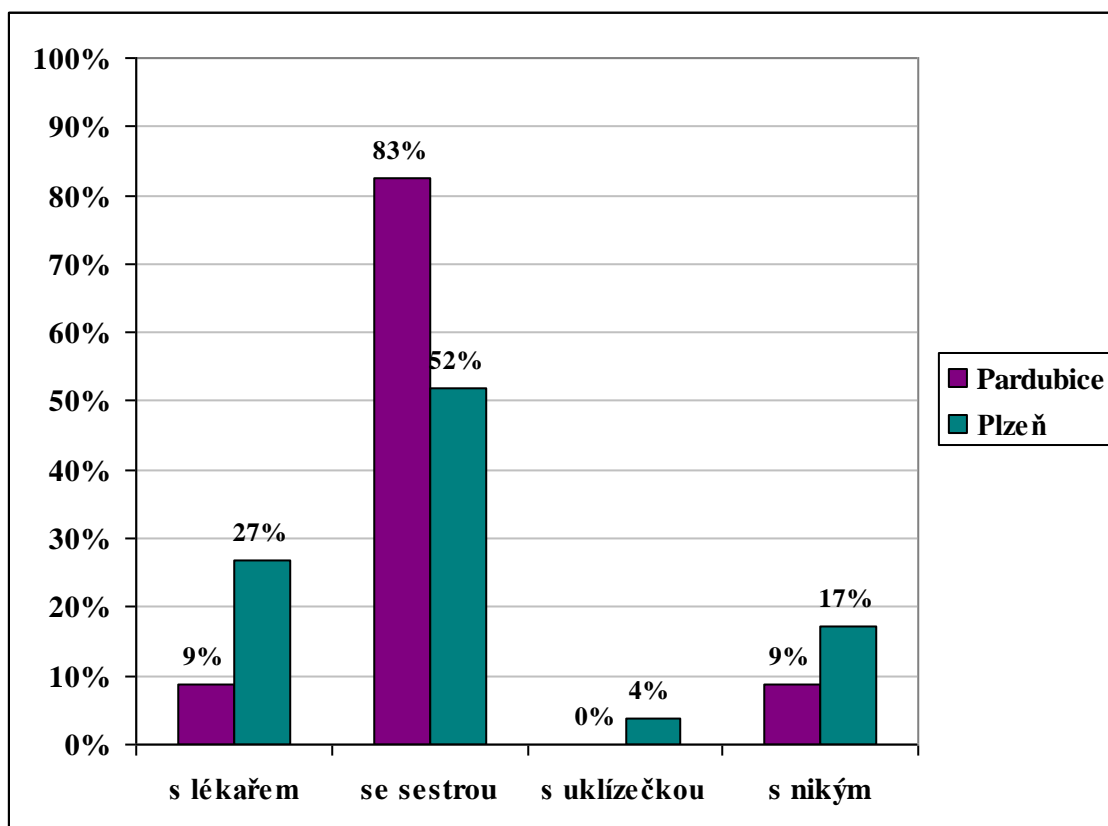
V grafu je znázorněn poměr mezi muži a ženami. V Plzni vyplnilo dotazník 20 (38 %) mužů a 32 (62 %) žen. V Pardubicích 30 (65 %) mužů a 16 (35 %) žen. V celkovém počtu převažovali muži nad ženami.

Graf č. 2 Věk respondentů



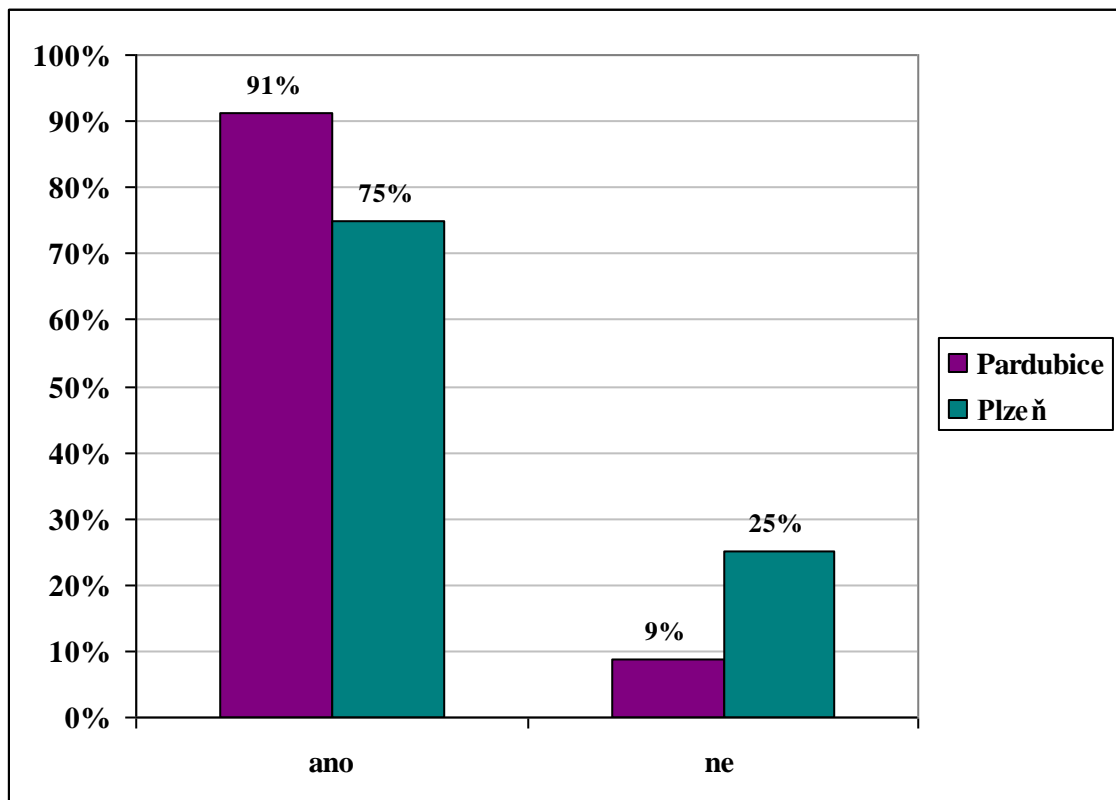
V grafu č. 2 je znázorněn věk respondentů. Ve věku 19-25 let bylo v Plzni 7 (13 %) a v Pardubicích 4 (9 %) respondenti, celkem 11 (11 %). 26-35 let zastupovalo v Plzni 5 (10 %) a v Pardubicích 10 (22 %) respondentů, celkem 15 (15 %). Ve věku 36-50 bylo v Plzni 17 (33 %) a v Pardubicích 16 (35 %), celkem 33 (34 %). Nejvíce převažovala odpověď 51 let a více, kdy v Plzni bylo těchto pacientů 23 (44 %) a v Pardubicích 16 (35 %), celkem 39 (40 %).

Graf č. 3 Vztah respondenta s ošetřujícím personálem při hospitalizaci



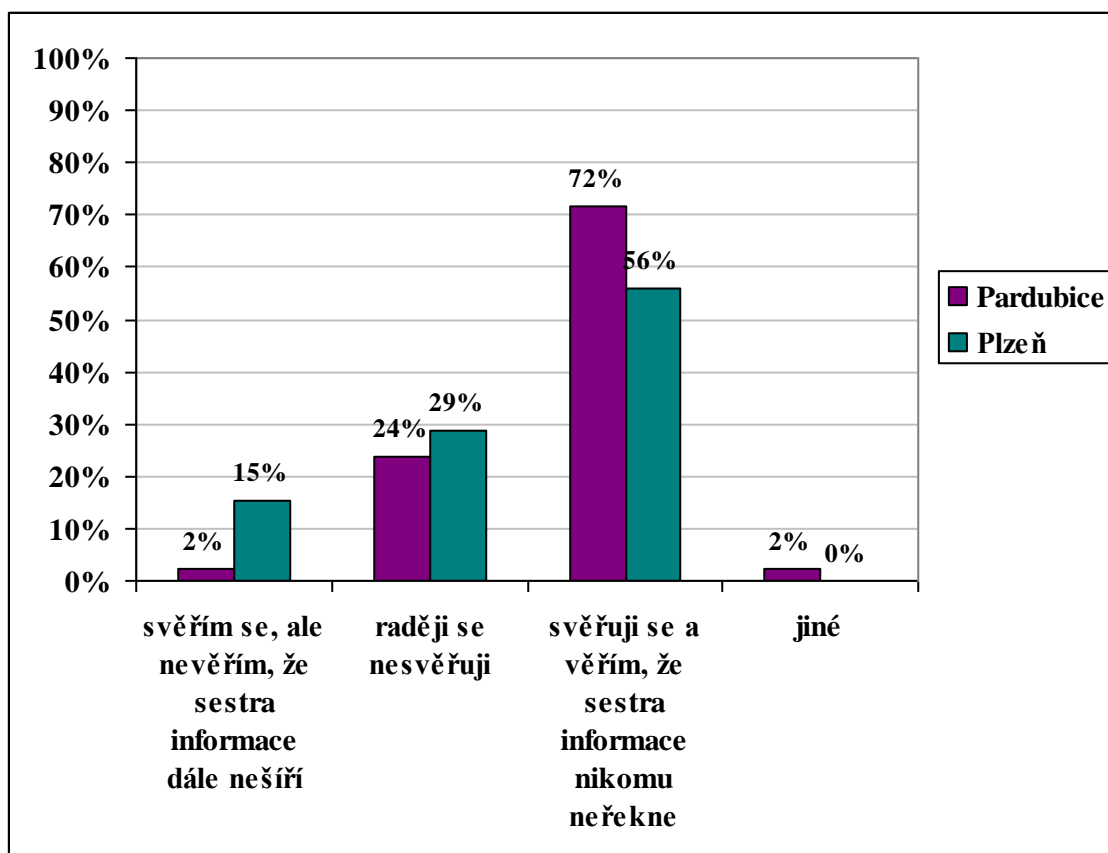
V grafu č. 3 je znázorněno s jakou osobou má pacient při hospitalizaci nejbližší vztah. Odpověď s lékařem volilo v Pardubicích 4 (9 %) a v Plzni 14 (27 %) respondentů, celkem tedy 18 (19 %). Se sestrou má nejbližší vztah v Pardubicích 38 (83 %) a v Plzni 27 (52 %) dotazovaných, celkově 65 (66 %). Odpověď s uklízečkou si v Pardubicích nevybral žádný z respondentů a v Plzni 2 (4 %), celkem 2 (2 %). Poslední z odpovědí s nikým volili 4 (9 %) respondenti z Pardubic a 9 (17 %) odpovídajících v Plzni, celkem 13 (13 %).

Graf č. 4 Důvěra respondentů v mlčenlivost sester



Při vyhodnocení grafu č. 4 vyšly následující hodnoty. Odpověď ano zvolilo v Pardubicích 42 (91 %) respondentů a v Plzni 39 (75 %) respondentů, celkem 81 (83 %) dotazovaných. Variantu odpovědi ne využili 4 (9 %) pacienti v Pardubicích a 13 (25 %) odpovídajících v Plzni, celkem 17 (17 %).

Graf č. 5 Svěřování respondentů sestře



Graf č. 5 ukazuje zda se pacienti při hospitalizaci svěřují sestřím. První z odpovědí, svěřím se, ale nevěřím, že sestra informace dále nešíří, vybral 1 (2 %) pacient z Pardubic a 8 (15 %) pacientů z Plzně, celkově 9 (9 %). Raději se nesvěřuje 11 (24 %) odpovídajících z Pardubic a z Plzně 15 (29 %), z celkového počtu respondentů 26 (27 %). Svěřuje se a sestřím věří 33 (72 %) respondentů z Pardubic a 29 (56 %) dotazovaných z Plzně, celkem 62 (63 %) tázaných. Odpověď jiné volil 1 (2 %) pacient z Pardubic, celkově tedy 1 (1 %).

**Tabulka č. 1 Důležitost určitých vlastností u sestry ovlivňujících důvěru pacientů
PLZEŇ**

Odpovědi	1	2	3	4	5	6
Jak se mnou komunikuje	23	19	5	3	0	2
Úsměv	5	5	17	5	13	7
Věk sestry	2	0	2	3	8	37
Úroveň znalostí v jejím oboru	8	8	9	19	7	1
Vzdělání sestry	2	6	7	14	19	4
Příjemné vystupování	12	14	12	8	5	1

Tabulka č. 1 se vztahuje k otázce č. 6, kde jsem po respondentech požadovala přiřazení čísel o 1 do 6 (1= nejvíce důležité, 6= nejméně důležité) k daným vlastnostem podle toho jak jsou pro ně důležité. Na první místo přiřadilo nejvíce respondentů komunikační schopnosti sestry, celkem 23 (44 %) z celkového počtu 52. Na druhé místo je řazeno příjemné vystupování, to vybralo 14 (27 %) tázaných. Na třetím místě je pro 17 (33 %) pacientů důležitý úsměv. Na čtvrtém místě je pro 19 (37 %) odpovídajících úroveň znalostí sestry. Páté místo obsadilo vzdělání sestry, což volilo 19 (37 %) respondentů. A na šestém místě je věk sestry, kdy tuto možnost volilo 37 (71 %) dotázaných.

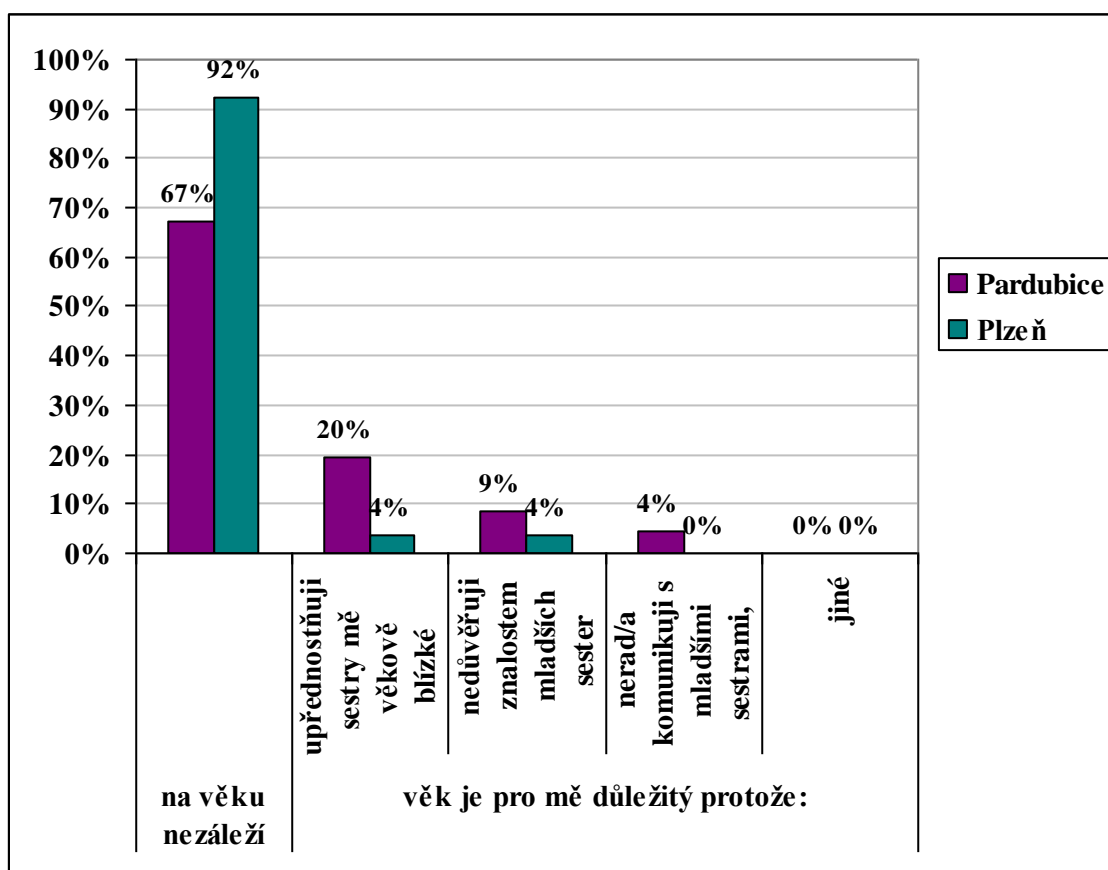
**Tabulka č. 2 Důležitost určitých vlastností u sestry ovlivňujících důvěru pacientů
PARDUBICE**

Odpovědi	1	2	3	4	5	6
Jak se mnou komunikuje	8	4	14	12	2	6
Úsměv	6	6	8	11	9	6
Věk sestry	5	0	0	10	17	14
Úroveň znalostí v jejím oboru	8	16	6	2	11	3
Vzdělání sestry	4	8	6	6	5	17
Příjemné vystupování	15	12	12	5	2	0

Tabulka č. 2 se týká opět otázky č. 6. Odpovědi v této tabulce jsou z Pardubické nemocnice. Zde respondenti volili na první místo příjemné vystupování a to 15 (33 %) z celkového počtu 46 (100 %). Na druhé místo přiřadilo 16 (35 %) tázaných úroveň znalostí v oboru. Třetí místo obsadila komunikace, kterou volilo 14 (30 %) pacientů.

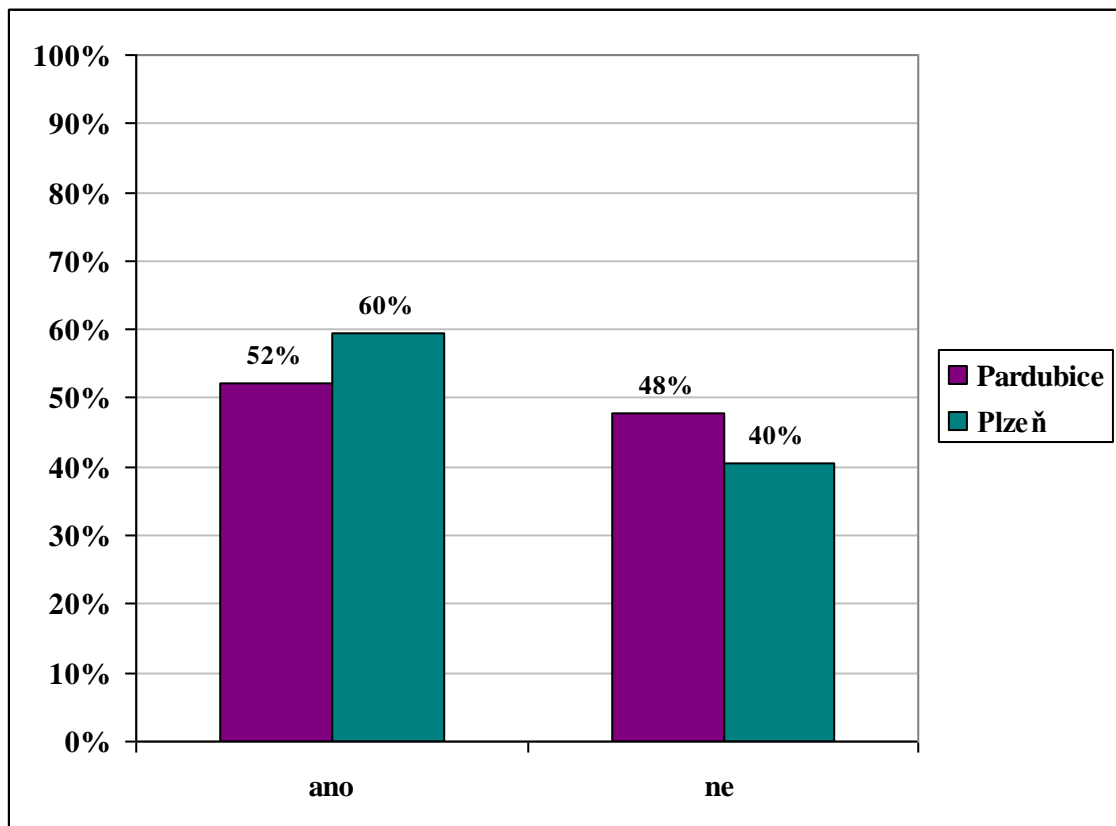
Čtvrtý nejdůležitější je pro odpovídající úsměv, takto ho přiřadilo 11 (24 %) respondentů. 17 (37 %) respondentů dalo na páté místo věk sestry. Na šesté pozici se umístilo vzdělání sestry, tato pozice byla přiřazena od 17 (37 %) odpovídajících.

Graf č. 6 Důležitost věku sestry pro respondenty



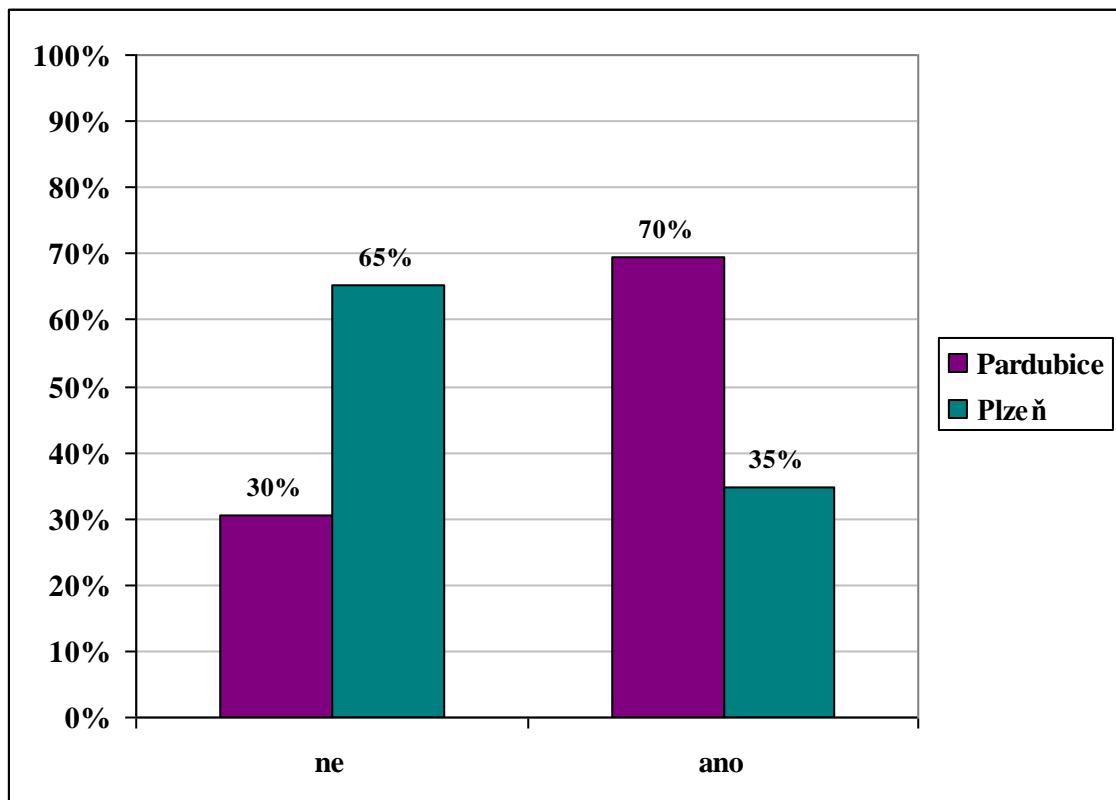
V grafu č. 6 jsou vyobrazeny výsledky odpovědí na otázku č. 7. Odpověď, že na věku nezáleží vybralo 31 (67 %) respondentů z Pardubic a 48 (92 %) odpovídajících z Plzně, celkem 79 (81 %) z celkového počtu. Pokud respondent vybral odpověď „věk je pro mě důležitý“ musel zvolit jeden z důvodů, nebo v případě nevyhovujících předvolených odpovědí, napsat svůj vlastní. Věk u sestry byl důležitý u 15 (33 %) odpovídajících z Pardubic a 4 (8 %) respondenty z Plzně. 9 (20 %)tázaných z Pardubic a 2 (4 %) z Plzně upřednostňuje sestry jim věkově blízké, celkem 11 (11 %). Znalostem mladších sester nedůvěřují 4 (9 %) z Pardubic a 2 (4 %) z Plzně, celkově 6 (6 %). Neradi komunikují s mladšími sestrami 2 (4 %) tázaní z Pardubic a 0 (0 %) z Plzně. Odpověď jiné ne zvolil nikdo.

Graf č. 7 Vnímání prvního dojmu respondenty



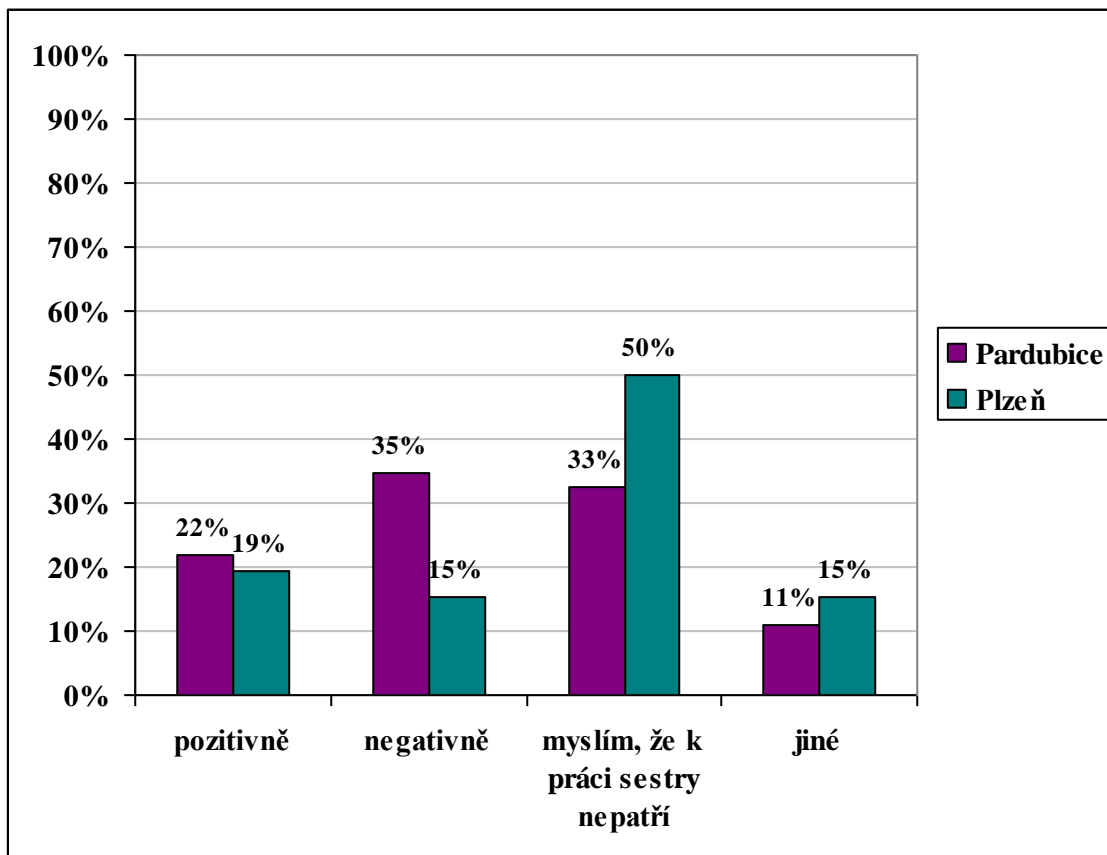
V grafu č. 7 jsou shrnuty výsledky odpovědí na otázku č. 8. V Pardubicích soudí sestru dle prvního dojmu 24 (52 %) respondentů a v Plzni 31 (60 %) odpovídajících. Z celkového počtu je to 55 (56 %) tázaných. 22 (48 %) pacientů a z Pardubic a 21 (40 %) z Plzně sestru dle prvního dojmu nesoudí. Celkem je to 43 (56 %) respondentů z celkového počtu.

Graf č. 8 Výstřednosti sester ovlivňující důvěru pacientů



Graf č. 8 se týká otázky č. 9. Na 14 (30 %) pacientů z Pardubic a 34 (65 %) pacientů z Plzně výstřednosti u sester nepůsobí nedůvěryhodně, z celkového počtu je to 48 (49%) respondentů. Naopak 32 (70 %) odpovídajících z Pardubic a 18 (35 %) z Plzně vnímá výstřednosti špatně. Z celkového počtu odpovídajících je to 50 (51 %) respondentů.

Graf č. 9 Působení výstředností na pacienty



Graf č. 9 zobrazuje výsledky odpovědí na otázku č. 10. Pozitivně vnímá výstřednosti u sester 10 (22 %) odpovídajících z Pardubic a stejný počet respondentů (19 %) z Plzně. Celkem 20 (20 %) z celkového počtu. Negativně působí na 16 (35 %) odpovídajících z Pardubic a 8 (15 %) z Plzně, celkem 24 (25 %). Třetí z odpovědí volilo 15 (33 %) respondentů z Pardubic a z Plzně 26 (50 %). Celkem 41 (42 %) ze všech odpovídajících. Odpověď jiné si vybralo 5 (11 %) tázaných z Pardubic a 8 (15 %) z Plzně. Celkem 13 (13 %) respondentů.

5 DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala důvěrou pacientů ve zdravotníky. Cílem mé práce bylo zjistit zda pacienti důvěřují sestřím, jestli je důvěra ovlivněna věkem sestry a zda na pacienty působí první dojem. Bohužel jsem nenašla jiný vyhovující výzkum, týkající se mého tématu, se kterým bych mohla údaje získané svým výzkumem porovnat. Proto budu v diskusi porovnávat nemocnici Pardubice a Fakultní nemocnici v Plzni. K danému tématu jsem si vytvořila tři hypotézy, na jejichž podkladě jsem sestavovala dotazník.

První dvě otázky v dotazníku se týkaly věku a pohlaví. Co se týká pohlaví respondentů, tak převažovali o pouhé 2 % muži a to s 51 % z čehož vyplývá, že poměr mezi muži a ženami byl poměrně vyrovnaný. Co se týká věku, nejvíce respondentů bylo ve věku 51 let a více a to 40 %.

Hypotéza č. 1 zněla: Předpokládám, že pacienti mají důvěru ve všeobecné sestry. K této hypotéze se vztahovaly tři otázky a to 3, 4 a 5. Tato hypotéza mi byla ze všech třech otázek potvrzena. V otázce č. 3 odpovědělo 66 % pacientů, že má při hospitalizaci nejbližší vztah se sestrou. Pokud porovnáám Pardubice a Plzeň, v Plzni bylo jen 52 % respondentů, kteří volili tuto odpověď a 27 % volilo jako nejbližší osobu lékaře, v Pardubicích pak 83 % volilo sestru. Dle odpovědí z Plzně soudím, že se zde možná lékaři pacientům víc věnují, nebo s nimi jsou více v kontaktu.

Otázku č. 4 bych chtěla zmínit kvůli zajímavým odpovědím. Pokud odpovídající volil odpověď „ne“ měl uvést důvod. Špatnou zkušenost s mlčenlivostí sester mělo více pacientů z Plzně a to 25 %. Nejčastěji uváděný důvod byl, že respondenti slyšeli, jak se sestry o pacientech baví na veřejnosti. Druhý nejčastější důvod bylo, že má pacient zdravotníka v rodině, a ví, že zdravotník svoje zážitky ze zaměstnání sděluje, bohužel i se jmény pacientů. Já sama mám také zdravotníka v rodině a bohužel mohu potvrdit, že se to takto děje. Dva z pacientů uvedli, že sestry jsou ženy a ty „drbou všude a všechno“. S tímto důvodem se příliš neztotožňuji, protože ženské pohlaví přece neznamená, že žádná z nás nezvládne dodržovat povinnou mlčenlivost.

Myslím si, že by si sestry na dodržování povinné mlčenlivosti měli dávat pozor. Pokud se jednou pacientovi stane, že sestru při porušení mlčenlivosti slyší, už nikdy nemusí mít důvěru ve zdravotnický personál. Samozřejmě si to také pacienti poví mezi sebou a tím se nedůvěra může šířit i mezi ostatní. Dále by sestry měly hledět na to, že

povinná mlčenlivost je zakotvena v zákoně, což každá z nich zajisté ví, a při nástupu do zaměstnání se zavazují k dodržování tohoto zákona. Při jeho porušení jim hrozí vysoké sankce.

U otázky č. 5 se počet respondentů u jednotlivých odpovědí v Plzni ani v Pardubicích příliš nelišil. Nejčastěji pacienti uváděli, že se svěřují a věří, že sestry informace dále nešíří. Tuto odpověď si vybralo 63 % dotazovaných.

Hypotéza č. 2 byla zaměřena na věk sester a zněla takto: Domnívám se, že pacienti nepřikládají v oblasti důvěry důležitost věku sestry. K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 6 a 7. Tato hypotéza byla také potvrzena. V otázce číslo 6 měli pacienti k jednotlivým vlastnostem sestry přiřazovat čísla 1 až 6.

Ve Fakultní nemocnici v Plzni byl věk od většiny respondentů a to 71 % zařazen na 6. místo. V nemocnici v Pardubicích se věk umístil na 5. pozici, kam jej zařadilo 37 % odpovídajících.

U této otázky mě zaujalo, jak se další odpovědi u jednotlivých nemocnic lišily. V Plzni je pro pacienty na prvním místě komunikace, na dalším příjemné vystupování, dále úsměv, úroveň znalostí, na pátém místě vzdělání, a na posledním již zmiňovaný věk. V Pardubicích respondenti upřednostňují příjemné vystupování, dále úroveň znalostí sestry, až na třetím místě je komunikace, poté úsměv, věk a nakonec vzdělání sestry. Myslím si, že co se týká těchto vlastností, určitě je velmi důležitá komunikace, z té sestra pacienta nejlépe pozná. Dále mi přijde dost důležité jaké má sestra v oboru znalosti, a poté její chování.

V obou nemocnicích pacienti řadili do posledních pozic vzdělání sestry. S tím plně souhlasím, protože často sestra s praxí a zájmem o svou práci má více znalostí než sestra vysokoškolsky vzdělaná bez zájmu a snahy. Pokud člověku v této profesi chybí komunikativnost, empatie a zájem o obor, je sebelepší vzdělání zbytečné.

U otázky č. 7 mi 81 % respondentů odpovědělo, že jim na věku sestry nezáleží. V Pardubicích takto odpovědělo 67 % tázaných a naopak v Plzni to bylo 92 % odpovídajících. Zde byl patrný rozdíl. 20% pardubických respondentů upřednostňuje jim věkově blízké sestry a 9 % nedůvěřuje znalostem mladších sester.

Co se týká této hypotézy, můj názor je takový, že věk sestry v jejím povolání není opravdu důležitý. Pokud je sestra šikovná a snaživá, nezáleží na tom, jestli je její věk 25 let či 40. Je pravda, že starší sestry mají delší praxi a tím i větší zkušenosti, ale mladá sestra své zkušenosti také postupně získává a staršími sestrami je vedena. Domnívám se, že pacientům daleko více záleží na tom, jak se k nim sestra chová a nezajímají se o

to kolik je sestře let. Jen jednou při vykonávání odborné praxe jsem se setkala se starším pacientem, který si ode mne odmítl nechat udělat výkon, protože usoudil, že mladší sestry tento výkon neumí a nezvládají, proto mě požádal, abych mu zavolala sestru starší. Ani starší sestře se tento výkon nepovedl, což mě jen utvrzuje v tom, že opravdu na věku nezáleží. Bohužel se o tom přesvědčil i sám pacient.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že důvěra pacienta k sestře je ovlivněna prvním dojmem. K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 8, 9, 10. Tato hypotéza byla opět potvrzena. Většina pacientů a to 56 %, v otázce č. 8 potvrdila, že soudí sestru podle prvního dojmu. Výsledky k této otázce se mezi jednotlivými zařízeními příliš neodlišovaly.

Dále jsem k této hypotéze zjišťovala zda pacientovu důvěru k sestře ovlivňuje např. když má sestra viditelné tetování či piercing, nebo je výrazně nalíčena. V Pardubicích tyto výstřednosti působí negativně na 70 % odpovídajících. V Plzni byl počet takto odpovídajících o polovinu nižší.

Pacienti měli možnost vypsát výstřednosti, kterými jsou ovlivněni nejvíce. Nejčastěji se objevovalo tetování, dredy, krátká sukně u uniformy. Dále na pacienty špatně působí, když je sestra neupravená. Několik pacientů uvedlo také věc, která se týkala chování sester, kdy negativně vnímali, když je sestra oslovuje zdobně nebo se chová vyzývavě a provokativně.

U poslední otázky v dotazníku se 42 % respondentů se vyjádřilo, že se domnívá, že tyto výstřednosti k práci sester nepatří. Když porovnáme odpovědi z jednotlivých zařízení, tak ve Fakultní nemocnici v Plzni se 50 % respondentů přiklonilo k výše uvedené odpovědi. V Pardubicích nejvíce odpovídajících a to 35 % vnímá tyto věci vyloženě negativně. Někteří tázání využili možnost vypsání vlastní odpovědi, kde se nejvíce vyskytoval názor, že je to každého věc.

Při vyhodnocování dotazníků mě poměrně zaujalo, že lidé starší 51 let byli v tomto ohledu často benevolentnější než mladší respondenti. U těchto otázek jsem spíše očekávala, že budou proti těmto výstřednostem a byla jsem překvapena pravým opakem.

První dojem je dle mého názoru velmi důležitý a sestry by měly být vždy upravené. Samozřejmě je důležité i chování. Při odborné praxi jsem se často setkala s nevhodným oslovováním pacientů, hlavně starších. Sestry by se měli tomuto chování spíše vyhnout, protože ne každý to toleruje, v horším případě to může pacienta i urazit.

Byla jsem spokojena, že se všechny mé hypotézy potvrdily, hlavně v případě hypotézy č. 1. Důvěra je v ošetrovatelském procesu důležitým aspektem, proto jsem potěšena, že většina pacientů má důvěru v sestry.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala problematikou tématu „Důvěra pacientů ke zdravotníkům do třiceti let“. V teoretické části jsem se snažila popsat pojem důvěra, dále jsem se zabývala etikou a dalšími záležitostmi, které z mého pohledu důvěru velmi ovlivňují. Poměrně rozsáhle jsem se věnovala komunikaci sestry s pacientem, protože se domnívám, že pro vytvoření dobrého vztahu mezi nimi, je správná komunikace důležitá.

V praktické části jsem pracovala s daty získanými z kvantitativního výzkumu, která jsem si převedla do grafů a tabulek. Všechny tři mé hypotézy byly potvrzeny z čehož jsem byla velmi potěšena. Z výzkumu, který jsem provedla vyplynulo, že pacienti mají důvěru ve všeobecné sestry a věk sester nemá na důvěru pacienta téměř žádný vliv. Dále jsem zjistila, že pacienty ovlivňuje první dojem, což by mohla být užitečná informace pro sestry. Zvláště sestry mladšího věku mají totiž tendence zdobit se výstřednostmi, které pacienti vnímají negativně. Dle mého názoru není na některých z nich nic špatného v případě, že jsou decentní. Proto pokud se sestra rozhoduje pro něco takového, měla by to přizpůsobit svému povolání.

Co se týká výstupu pro praxi, myslím, že má práce obsahuje užitečné informace týkající se tohoto tématu. Samozřejmě by se toto téma dalo pojmout i mnoha jinými způsoby, než jaký jsem zvolila já. Proto si myslím, že budou vznikat v příštích letech další práce týkající se této problematiky.

Práce s lidmi je v mnoha ohledech těžká a náročná na psychiku, někdy i nevděčná. Proto se na práci zdravotníka nehodí každý. Člověk, který chce vykonávat toto povolání by měl mít trpělivost, soucit, úctu a měl by umět s lidmi dobře vycházet a komunikovat. Myslím, že pokud si člověk tyto věci neodnese již ze své výchovy od rodičů, v dospělosti už se jim dost dobře naučit nedokáže, kromě komunikace kterou lze celý život zdokonalovat. Sestry, které nemají zájem o člověka se pak chovají často nepříjemně a pro pacienta je to poměrně stresující a může mít pocit, že obtěžuje. Pacienti velmi dobře vnímají každou grimasu i slovo, které sestra řekne a to bychom si měli vždy uvědomit.

POUŽITÁ LITERATURA:

1. ČECHOVÁ, V., MELLONOVÁ, A. a ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno: NCO a NZO, 2004. 173s. ISBN 80-7013-386-4.
2. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.
3. DUZBABA, M. *Důvěra ve stát a státní instituce*. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Filozofická fakulta. Psychologický ústav. Vedoucí práce Doc. PhDr. Mojmír Tyrlík, Ph.D
4. TROBE, K., TROBE, A. *Jak vzniká důvěra: naučit se věřit sobě i druhým*. Praha: Maitrea, 2011. 199s. ISBN 978-80-87249-17-8.
5. CARNEGIE, D. *Jak rozvíjet vztahy s lidmi, působit na ně a získat jejich důvěru*. Praha: Práh, 2010. 193s. ISBN 978-80-7252-280-4.
6. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2007. 152s. ISBN 978-80-247-1784-5.
7. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000. 147s. ISBN 80-7178-429-X.
8. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M. a ŠRÁMKOVÁ J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: GALÉN, 2002. 272s. ISBN 80-7262-132-7.
10. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164s. ISBN 978- 80-247-2069-2.

11. MUNZAROVÁ, M. *Etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 153s.
ISBN 80-247-1024-2.
12. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2004. 234s. ISBN 80-7254-538-8.
13. Zákon 20/1966 Sb. Ze dne 17. března 1966, O zdraví lidu
14. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada, 2008.
182s. ISBN 978-80-247-2658-8.
15. JANÁČKOVÁ, L. a WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál,
2008. 136s. ISBN 978-80-7367-477-9.
16. VENGLÁŘOVÁ, M. a MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha:
Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
17. BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. 140s ISBN
978-80-247-1125-6.
18. BERAN, J., CHALOUPKOVÁ, L. a TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské
psychologie pro bakalářské studium ve zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2002. 129s.
ISBN 80-246-0463-9.
19. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 160s. ISBN 978-80-
247-3271-8.
20. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 176s. ISBN
978- 80-247-2713-4.
21. Práva pacientů. MPSV [online]. 2005. [cit 10.3.2012]. Dostupné z:
<http://www.mpsv.cz/cs/840>

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Graf č. 2 Věk respondentů

Graf č. 3 Vztah respondenta s ošetřujícím personálem při hospitalizaci

Graf č. 4 Důvěra respondentů v mlčenlivost sester

Graf č. 5 Svěřování respondentů sestře

Graf č. 6 Důležitost věku sestry pro respondenty

Graf č. 7 Vnímání prvního dojmu respondenty

Graf č. 8 Výstřednosti sester ovlivňující důvěru pacientů

Graf č. 9 Působení výstředností na pacienty

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1 Důležitost určitých vlastností u sestry ovlivňujících důvěru pacientů
PLZEŇ

Tabulka č. 2 Důležitost určitých vlastností u sestry ovlivňujících důvěru pacientů
PARDUBICE

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník k bakalářské práci

Příloha č. 2 Práva pacientů

Příloha č. 1 Dotazník k bakalářské práci

Vážený respondente,

Jmenuji se Eva Vomáčková a jsem studentkou 3.ročníku oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií při Západočeské univerzitě v Plzni. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který využiji při zpracování mé bakalářské práce na téma **Důvěra pacientů ke zdravotníkům do třiceti let**. Veškeré odpovědi a údaje jsou anonymní a budou použity jen pro účely mé bakalářské práce. U každé otázky je možnost vybrat pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Předem Vám děkuji za ochotu.

Dotazník:

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2) Jaký je Váš věk?

- a) 19 – 25 let
- b) 26- 35 let
- c) 36-50 let
- d) 51 let a více

3) Se kterým pracovníkem máte při hospitalizaci nejbližší vztah?

- a) s lékařem
- b) se sestrou
- c) s uklízečkou
- d) s nikým

4) Věříte, že všeobecné sestry dodržují povinnou mlčenlivost?

- a) ano
- b) ne – pokud zvolíte tuto odpověď, prosím uveďte důvod

.....
.....

5) Věříte, že pokud sestře sdělíte nějaké informace, neřekne je nikomu jinému?

- a) svěřím se, ale nevěřím, že sestra dále informace nešíří
- b) raději se nesvěřuji
- c) svěřuji se a věřím, že sestra informace nikomu neřekne
- d) jiné.....

6) V oblasti důvěry je pro mě u ošetřující sestry důležité: (přiřad'te čísla 1 až 6, kdy 1= nejvíce důležité a 6= nejméně důležité). ČÍSLA SE NEMOHOU

OPAKOVAT

- ... jak se mnou komunikuje
- ... úsměv
- ... věk sestry
- ... úroveň znalostí v jejím oboru
- ... vzdělání sestry
- ... příjemné vystupování

7) Je pro Vás v oblasti důvěry důležitý věk ošetřující sestry?

- a) na věku nezáleží
- b) věk je pro mě důležitý protože:
 - upřednostňuji sestry mě věkově blízké
 - nedůvěřuji znalostem mladších sester
 - nerad/a komunikuji s mladšími sestrami, nerozumí mým problémům
 - jiné.....

8) Soudíte sestru podle prvního dojmu

- a) ano
- b) ne

9) Existují věci, které na první pohled ovlivní vaši důvěru k sestře? (např. tetování, dredy, piercing, velký výstřih, příliš krátká uniforma „minisukně“)

- a) ne
- b) ano- prosím vypište jaké.....

10) Tyto věci (např. tetování, dredy, piercing, velký výstřih, příliš krátká uniforma „minisukně“) na Vás u sestry působí:

- a) pozitivně
- b) negativně
- c) myslím, že k práci sestry nepatří
- d) jiné.....

Příloha č. 2 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 informován 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 nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých 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 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.
(21)