

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2013**

**ILONA VÝCHOVÁ**



## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ilona VÝCHOVÁ**  
Osobní číslo: **Z11B0071K**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Zdravotník jako pacient**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci, Praha: Grada Publishing, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0**
- **BAŠTECKÁ, B. a kol. Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál, 2003. 416s. ISBN 80-7178-735-0**
- **VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing. 144s. ISBN 80-247-1262-8**
- **SCHMIDBAUER, W. Psychická úskalí pomáhajících profesí. Praha: Portál, 2000. 171s. ISBN 80-7178-312-9**
- **BÁRTLOVÁ, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4**

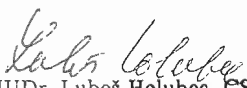
Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Zuzana Šafránková**

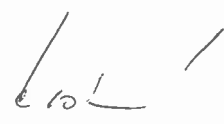
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2013**

  
Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Lucie Kašová  
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2013

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Ilona Výchová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ZDRAVOTNÍK JAKO PACIENT**

**Bakalářská práce**

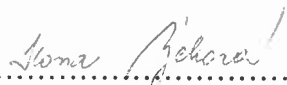
Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni 20.3.2013

  
.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr.Zuzaně Šafránkové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, připomínek a materiálních podkladů. Děkuji všem respondentům, kteří věnovali svůj čas k vyplnění dotazníku a zároveň děkuji spolupracovníkům a celé své rodině za pomoc a podporu, kterou mi během mého studia poskytovali.

## Anotace

Příjmení a jméno: Výchová Ilona

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Zdravotník jako pacient

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran: číslované 53, nečíslované 16

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 20

Klíčová slova: zdravotník - pacient - zdraví - nemoc - ošetrovatelská péče - role sestry -  
role lékaře - výzkum - respondent

### Souhrn:

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala obecnou definicí a obsahem pojmů zdraví a nemoc, reakcemi člověka na změny jeho zdravotního stavu, otázkou přístupu a komunikace s nemocným člověkem a obecným vztahem zdravotníka a pacienta. Praktická část práce je formou dotazníkového výzkumu zaměřena na specifickou situaci, kdy se ze zdravotníka sám stává pacient a tato část práce vyhodnocuje názory, výhody, nevýhody a pocity zdravotníků v roli pacienta.



## Annotation

Surname and name: Výchová Ilona

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Medic as a patient

Consultant: Mgr. Zuzana Šafránková

Number of pages: 53, unnumbered pages 16

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 20

Key words: medic - patient - health - disease - nursing care - the role of nurses - the role of a doctor - research - respondent

### Summary:

In the theoretical part of my bachelor work i was engaged in a common definition and a content of concepts health and illness, reactions of the man upon the changes of his health state, the question of an approach and a communication with sick man and a relationship between the medical staff and the patient. A practical part of my work is focused on a specific situation, when a nurse or a physician is turning into a patient herself or himself and evaluates the options, the advantages, the disadvantages and the feelings of the medical staff in the patient's role. This practical part is done as a research by a filling in a questionnaire.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ZDRAVÍ.....	10
1.1 Obsah pojmu zdraví.....	10
1.1.1 Historie filozofického chápání zdraví.....	12
2 NEMOC.....	13
2.1 Obsah pojmu nemoc.....	13
2.1.1 Pojem choroba.....	13
2.2 Přístup ke změnám zdravotního stavu.....	14
2.2.1 Reakce na nemoc.....	15
2.2.2 Etapy boje s nemocí.....	16
2.2.3 Potřeby nemocného.....	16
3 KOMUNIKACE.....	18
3.1 Komunikace s nemocným člověkem.....	18
3.1.1 Druhy profesionální komunikace.....	18
3.1.2 Empatie.....	19
4 VZTAH ZDRAVOTNÍKA A PACIENTA.....	20
4.1 Vztah lékaře a pacienta.....	20
4.2 Postavení všeobecné sestry.....	21
4.2.1 Základní role, všeobecná sestra - ošetřovatelka.....	21
4.2.2 Všeobecná sestra obhájce.....	22
4.2.3 Všeobecná sestra komunikátorka.....	22
4.2.4 Všeobecná sestra poradkyně.....	22
4.2.5 Všeobecná sestra učitelka.....	22
4.2.6 Všeobecná sestra nositelka změn.....	22
4.2.7 Všeobecná sestra manažerka.....	22
4.2.8 Všeobecná sestra výzkumnice.....	22
4.2.9 Evalvace – Devalvace.....	22
4.3 Vztahy mezi zdravotníky.....	23
4.4 Zdravotník v roli pacienta.....	23
4.4.1 Obecné výhody zdravotníka - pacienta.....	23
4.4.2 Nevýhody zdravotníka - pacienta.....	24
4.4.3 Nevýhody lékaře - pacienta.....	24
4.4.4 Následky související s chybami.....	24

4.4.5 Předpoklad .....	24
4.5 Prostředí nemocnice.....	25
4.5.1 Role pacienta.....	25
5 IATROPATOGENIE .....	27
5.1 Sororigenie.....	28
PRAKTICKÁ ČÁST .....	29
6 FORMULACE PROBLÉMU.....	29
7 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU .....	30
7.1 Hlavní cíl .....	30
7.2 Dílčí cíle a úkoly.....	30
8 HYPOTÉZY .....	31
9 METODIKA VÝZKUMU .....	32
10 VZOREK RESPONDENTŮ.....	33
10.1 Volba skupiny respondentů .....	33
10.2 Zpracování získaných údajů .....	33
11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	34
DISKUSE .....	58
ZÁVĚR.....	61
LITERATURA A PRAMENY	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	
PŘÍLOHA 1 - DOTAZNÍK	

## ÚVOD

Pro vypracování bakalářské práce jsem si zvolila téma „Zdravotník jako pacient“. Toto stále aktuálnější téma bývá mezi zdravotnickými pracovníky velmi často bagatelizováno a mnohdy i záměrně jakoby přehlíženo. Zdravotník byl, je a vždy bude především jen člověkem a proto se může kdykoli, bez jakýchkoli náznaků a zcela neočekávaně sám ocitnout v roli pacienta. Nemocným se stane člověk vždy výhradně neplánovaně a nečekaně. Zdravotník je v roli „známé“, ale přesto „neznámé“, je to role, která v každém člověku vyvolává nové, neznámé pocity.

Cílem mé práce je přiblížit a zmapovat pohled lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků na vlastní hospitalizaci. Zjistit, zda je tato vlastní zkušenost ovlivnila nejen po stránce osobní, ale především však po stránce profesní.

Jak a zda-li jsme přehodnotili chování a postoj k nemocným obecně?

Jak ovlivňovala profese zdravotníka postoj k nemoci, k probíhající terapii a k chování ošetřujícího personálu v období hospitalizace?

Je znalost prostředí, problémů a případných komplikací výhodou či nevýhodou?

V moderním ošetrovatelství je kladen hlavní důraz na biologickou, psychologickou a sociální složku nemoci. Ve školách se učí, že tyto tři složky patří neodmyslitelně k sobě. K potřebám pacientů by měli zdravotníci volit individuální přístup s velkou dávkou empatie. Uplatňujeme tato pravidla přístupu vůči pacientům a rozpoznáváme tyto složky v roli pacienta ?

Chtěla bych, aby výsledky mé práce alespoň malou měrou přispěly k zamyšlení nad situací, jakou je zejména pro zdravotníka „role pacienta“. Jak jí důstojně projít a zachovat lidskou důstojnost nejen na straně pacienta, ale především projevit lidskost ze strany profesionálních ošetrovatelů.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ZDRAVÍ

Pojem zdraví a kvalita života zaměstnávají vědce po celá staletí, zvláště v posledních letech, kdy je na zdravý životní styl a zdraví jedince kladen velmi veliký důraz. Je nutno porozumět výrazu pojmu zdraví. V řečtině slovo zdraví znamenalo celek. V dnešní době se tento pojem objevuje znovu a chápe zdraví a péči o něj ze širšího holistického hlediska. Termín holismus je odvozen z angličtiny a znamená celek. Jde o fungování jedince, skupiny, rodiny, zdravé obce, zdravého životního prostředí i světa.

Obecně se předpokládá, že člověk který chce být v životě úspěšný, chce si splnit své plány, uskutečnit svoje ideály, chce dosáhnout stanovených cílů , potřebuje být zdrav. Opačný stav je nemoc a ta je nežádoucí. Zdraví je proto chápáno nejen jako prostředek k dosažení cílů, ale v mnoha případech se zdraví stává cílem samo o sobě. Pro nemocného člověka je to ta nejdůležitější hodnota v jeho životě. Zdraví může být chápáno subjektivně i objektivně (Křivohlavý, 2009) .

V lidské společnosti má zdraví jednu z nejdůležitějších hodnot, které jsou uznávány po celá staletí v různých kulturách. Jinak je chápáno lékařem, kde zdraví znamená nebýt nemocen, jinak sociologem nebo humanistou. S vývojem společnosti se vyvíjel i názor na pojem zdraví (Zacharová, 2007).

S pojmem zdraví je zde používán i pojem „*zdravotní potenciál*“. Je to nejvyšší úroveň zdraví, kterou může jedinec v dané konkrétní společnosti dosáhnout. Je to však podmíněno schopností jednotlivých členů společnosti starat se nejen o sebe, o druhé, ale i schopností přijmout zodpovědnost nejen za svůj život, ale především za ovlivňování společnosti ve které žije (Linhartová 2007).

### 1.1 Obsah pojmu zdraví

Definovat zdraví podle některých vědců nelze, jde o složitý a multidimenzionální problém. Stanovené definice jsou založeny na subjektivních pocitech nemocného. Nejčastěji užívanou je definice Světové zdravotnické organizace (Křivohlavý, 2002).

## Definice zdraví dle WHO z roku 1946

„Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody, zdraví je fyzické (tělesné), psychické (duševní), a sociální prospívání (blaho)”.

## Upravená definice zdraví WHO z roku 1984

„Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat své potřeby a cíle, na straně druhé však také umět reagovat na změny, které jim přichystá prostředí “ (Zdraví 21, on line).

Dle definice, nelze zdraví jako něco definitivního, ale jako proces, kde dochází i k maximálnímu rozvoji organismu.

Zdraví je reakcí na změny přírodního i sociálního prostředí.

Definice není zcela přesná, proto byly pro vědecké účely často vytvářeny tzv. *operační definice zdraví*. Ty mají obecnější platnost a jsou orientovány na charakteristiky zdraví, resp. nemocí.

Ve všech dobách, kulturách a vrstvách společnosti představuje zdraví tradičně jednu z nejvýznamnějších hodnot. Je chápáno, jako nezbytný prostředek k dosažení svých cílů. Ze zdravotnického hlediska představuje pojem zdraví, nepřítomnost nemoci. Z humanitního hlediska, označuje pojem zdravý člověk, člověka, který zvládá a umí se vyrovnat s nenadálými životními překážkami.

Ve 20. století byly některé nemoci klasifikovány jako psychosomatické. Charakterizovaly tak úzký vztah psychiky a fyziologie člověka. V tomto století se projevuje snaha společnosti přesvědčit člověka, že zdravotní stav je jen jeho odpovědností. Byla přehlížena skutečnost vlivu prostředí a predispozice člověka k určitým nemocem (Asbjorn, 2010). Pro idealistu je zdravý člověk ten, který nemá tělesné, duševní a sociální nesnáze (Zacharová, 2007).

Zdraví nemůžeme chápat jako něco definitivního, konečného, ale jako měnící se životní proces, který je závislý na změnách systému organismu - prostředí. V poslední době se pozornost Světové zdravotnické organizace upíná na aktivní úlohu individua ve vztahu prostředí a člověka (Bártlová, 2005).

### **1.1.1 Historie filozofického chápání zdraví**

Již středověcí učenci věděli, že nemoc má složku biologickou, psychologickou a sociální a všechny tři se stejným dílem podílejí na nemoci a průběhu choroby. Chápali funkci lidského těla jako složitý proces obsahující spiritualitu, vlivy přírodní i tělesné. Zkoumali, zda na onemocnění má vliv dieta, pohyb(složka biologická), bolest, strach, emoce (složka psychologická) a péče blízkých, kontakt s okolím (složka sociální). Zjistili, že tato pravidla neplatí pouze pro somatické a psychosomatické onemocnění, ale vztahují se i na nemoci lidské psychiky. Celá staletí se učenci a lékaři snažili zjistit, co je příčinou lidského utrpení, zda má medikalizace účinek a jaké jsou možnosti zdravotníků v léčení nemocí (Křivohlavý, 2002).

Vztah těla a duše byl postupně přenechán filozofům a teologům. Samotné tělo bylo ponecháno výhradně medicíně. Od 16.století se otevřela možnost pitvání těla a tímto pokrokem se medicína rozšířila o podrobné anatomické poznatky (Asbjorn, 2010).

## 2 NEMOC

Nemoc je stav organismu, který vzniká působením vnějšího a vnitřního prostředí, dochází k narušení rovnováhy funkce organismu. V dávných dobách znamenala nemoc nemohoucnost, nástup tělesného utrpení nebo neschopnosti. Hranice mezi zdravím a nemocí není přesně definovaná, nelze ji jednoznačně stanovit. Některé teorie předpokládají, že nemoc představuje porušení pravidel či odklon od normy, které stanoví společnost a lidé v ní žijící (Baštecká, 2003).

Jde o poruchu systému celistvosti organismu. Nemoc má stejně jako zdraví aspekt biologický, psychický a společenský. Každý člověk zastává ve společnosti určitou sociální roli. V době nemoci tyto role nemůže plnit, dochází k narušení profesionálních činností, rodinných, pracovních i společenských aktivit. V průběhu vývoje společnosti a medicíny vědci zjistili, že nemoc nemá pouze jednu podobu, ale je více druhů nemocí a rozlišujeme různé stupně onemocnění. Nemoc je potenciální schopností organismu člověka vyrovnat se s určitými nároky prostředí v němž žije (Bártlová, 2005).

### 2.1 Obsah pojmu nemoc

Pro vymezení tohoto pojmu je nutné brát ohled na jednotu a celistvost organismu a prostředí. Nemoc se jeví jako porucha tohoto celistvého systému. Během posledních desetiletí se do popředí dostává názor, že i nemoc, stejně jako zdraví, má bio-psycho-sociální základ. V průběhu vývoje společnosti se objevilo několik definic nemoci. Je definována jako porucha zdraví. Tato odchylka od normálu se stává pro většinu lidí náročnou životní situací, která narušuje obvyklý způsob života.

Obecně je nemoc stav, který je situací, přinášející potíže. Individuálně ji zvládneme nebo se stává nezvládnutelnou. Nemoc způsobuje řadu nepříjemností, které musí nemocný řešit. Jde o vyrovnání se s nově vzniklou, pro většinu lidí zcela neznámou situací, zvyšující nároky na každého jedince. Komplikace postihují oblast osobního komfortu, narušují mezilidské vztahy, dochází i ke zhoršení sociálně-ekonomické situace a mnohdy se nemocní vyrovnávají i s následnými omezeními v běžném životě (Zacharová, 2007).

#### 2.1.1 Pojem choroba

Je to abnormalita charakterizovaná řadou znaků a příznaků. Rozdíl mezi nemocí a chorobou je uváděn tím, že nemoc jsou subjektivní příznaky u konkrétního člověka a choroba představuje objektivní a definovatelný děj, vyznačující se patologií a



patofyziologií. Podle časového průběhu dělíme choroby na akutní a chronické (Zacharová, 2007).

Současná medicína chápe osobnost pacienta jako celistvou osobu, nemoc a zdraví jako komplexní jev zahrnující bio-psycho-sociální složku. Je si nutné uvědomit, že existují alespoň dva různé pohledy na nemoc. Jeden představují profesionální zdravotníci a druhý je pohled pacienta - laika. V praxi se setkáme ještě s třetím pohledem na nemoc a tím je názor zdravotníka jako pacienta (Zacharová, 2007).

## **2.2 Přístup ke změnám zdravotního stavu**

Pacientem se obvykle nerodíme, stáváme se jím. Změnu relativně zdravého člověka v pacienta, můžeme nazvat procesem. Tento proces má svou složku fyziologickou, patofyziologickou i psychologickou.

Už při prvních negativních změnách zdravotního stavu se jedinec rozhoduje zda půjde nebo nepůjde k lékaři. Vnímání změny zdravotního stavu a vlastní interpretace symptomů je individuální, vždy rozhodují rozdíly v typu osobnosti. Narušení zdraví znamená negativní změny zdravotního stavu jedince, kdy dochází ke změnám biologickým, ale i změnám v sociálních rolích. Dochází ke změně chování člověka v závislosti na projevujících se příznacích choroby, na jejich povaze a kvalitě. Často dochází k narušení rovnováhy vztahů v rodině, s druhými lidmi, v zaměstnání. Velkým problémem je pro nemocné oddalování realizace stanovených cílů a obava, jaké sociálně-ekonomické sankce s sebou tato situace přinese (ztráta zaměstnání, omezení v pracovní schopnosti) (Zacharová, 2007).

Reakce na nemoc závisí na individualitě člověka. Tento stav sebou přináší řadu nejen negativních, ale i pozitivních změn. Jedinec může být dočasně zbaven svých povinností, je uznán práce neschopným. Prožívá náhlou změnu stavu jako příjemnou výhodu, kterou si vědomě nebo nevědomě snaží prodloužit (Bouček, 2006).

U velmi pracovně vytížených, aktivních a společensky žijících osob, se však mohou projevit i negativní odezvy, jako jsou deprese, pocity úzkosti a méněcennosti. Vztah k nemoci a reakce nemocného na nemoc, přijímání nových skutečností, dočasná nebo i trvalá změna životního stylu, společenského uplatnění, sociálně-ekonomické situace a vztahů v rodině, to vše vyvolává velmi individuální a odlišnou reakci na nově vzniklý stav. Jde o určitý, osobitý způsob vyrovnávání se s náročnou životní situací (Bouček, 2006).

### 2.2.1 Reakce na nemoc

Přítomnost nemoci představuje pro nemocného náročnou životní situaci. Zvládnání této situace závisí na řadě informací o nemoci, léčbě, průběhu nemoci a osobnosti pacienta. Nemoc mění psychiku nemocného, zužuje horizont vědomí, snižuje se sebevědomí, sebeúcta. U některých nemocných se po určité době začne projevovat pasivita, netrpělivost, zvyšuje se potřeba bezpečí, jistoty (Vymětal, 2003).

Reakce nemocného na samotnou nemoc mohou být velmi rozdílné, individuální bývá především postoj k přijímání této skutečnosti. Je dokázáno, že týž pacient může reagovat při různých onemocněních různě v závislosti na situace, v nichž se právě nachází. Každý člověk má svůj vlastní mechanismus, který ho domněle nebo skutečně chrání a zároveň mu pomáhá vyrovnat se s nově nastalou situací.

*Normální postoj k nemoci* odpovídá přiměřené adaptaci nemocného na skutečnosti, které mu byly o nemoci sděleny.

Důvodem častého přeceňování zdraví, podceňování závažnosti onemocnění, neléčení se, strach z budoucnosti bývá *bagatelizující postoj*.

Potlačováním myšlenky na nemoc, nebrání jí na vědomí, její cílené zapuzování je *postoj repudiační*.

Motivy záměrného zkreslování potíží, jejich popírání, úmyslné zatajování informací o svém zdravotním stavu mohou být různé a projevuje se tak *postoj disimulační*.

Charakteristická známka nepřiměřené obavy z nemoci, časté střídání lékařů, přeceňování drobných, mnohdy nevýznamných potíží ukazuje na *nozofóbní postoj* k nemoci.

*Hypochondrický postoj* k nemoci má člověk, který se domnívá, že trpí vážnou chorobou a potížím podléhá.

Nemoc přináší i některé příjemné stránky stonání. Pacient nemusí plnit svoje povinnosti, stává se centrem pozornosti, okolí o něj více pečuje. Tento postoj se nazývá *nozofilní*.

*Účelový postoj* je vystupňovaný nozofilní stav. Účelové reakce mohou být vědomé, vedené soucitem, únikem z nepříjemné situace (Zacharová, 2007).

Součástí projevu nemoci u člověka je strach. Strach je přirozená emocionální reakce či způsob chování. Je to nepříjemný pocit v jehož průběhu dochází k mobilizaci organismu. Rozhodující je typ strachu. Pokud je přiměřený, považujeme ho za užitečný. Nepřiměřený až panický strach může jedince vést k ukvapeným, nepřesným a rizikovým reakcím. Nadměrný pocit ohrožení negativně zatěžuje organismus. V případě nemoci bývá nejčastějším předmětem strachu bolest, ztráta životních možností, obava z umírání a smrti.

Pro zdravotníka jsou tyto projevy strachu důležitým signálem a stanovují způsob, jak se chovat k nemocnému, který tyto nepříjemné pocity prožívá. Záleží na jednání, přístupu a profesionalitě zdravotníků (Bouček, 2006).

### **2.2.2 Etapy boje s nemocí**

Ve fázi přijímání skutečnosti porušeného zdraví, byly popsány etapy zvládnutí nemoci. Jde o fáze skutečného řešení zdravotního problému pacienta.

#### **Šok**

Je to stav, který se projevuje u mnoha pacientů po sdělení závažné diagnózy nebo úrazu. Projevuje se mentálním odpoutáním od reality, duchanepřítomností.

#### **Usebrání**

V této fázi se pacient navrácí do skutečnosti, ale jeho myšlení je neuspořádané, dezorganizované, výrazně emočně negativní. Převládají pocity bezmoci, vzteku, strachu i smutku.

#### **Stažení se ze hry**

Je to fáze odpoutání se od reality, popření všeho, dochází ke změně pohledu na nově vzniklou situaci. Vypracovává si plán na další postup boje s nemocí.

#### **Tvorba programu k řešení krize**

Dochází k obnovení celkové rovnováhy organismu, vyrovnání se se vzniklou nepříznivou situací (Zacharová, 2007).

Obecně je to období změn se kterými se musí pacient vyrovnat. Jde o očekávání neznámé budoucnosti, spojené s mnoha doposud nepoznanými skutečnostmi. Hlavní otázkou je přijetí nebo-li akceptace vlastní nemoci, zvládnutí dovedností, jak nové situace řešit (Křivohlavý, 2009).

### **2.2.3 Potřeby nemocného**

Potřeba se chápe jako nutnost organismu něco získat nebo ztratit, aby byla dosažena rovnováha. Dlouhodobé nenaplňování potřeb se nepříznivě odráží na zdraví a duševní pohodě. Potřeby pacienta jsou složitější a mají svou specifickou podobu. Ve zdravotnické praxi je poznávání a respektování potřeb nemocného součástí léčebného a diagnostického procesu (Křivohlavý, 2002).

Základem moderního ošetřovatelství je soustavné a plánovité uspokojování potřeb zdravého, ale především nemocného člověka. Uspokojování lidských potřeb je realizováno formou ošetřovatelského procesu. Lidský organizmus je z holistického pohledu ucelená

jednotka. Poruchou jedné části dochází k poruše celkového systému. Potřeba je projevem nedostatku, vyjadřuje vztah vnitřního a vnějšího prostředí s okolním světem. Prostor ve kterém člověk žije, přímo nebo nepřímo ovlivňuje zdravotní stav člověka.

Každý jedinec má zcela odlišné individuální potřeby a jejich plnění probíhá nejrůznějšími způsoby. Projev nedostatku aktivizuje proces motivace, kterým se člověk snaží potřebu uspokojit. Motivace jsou vědomé nebo nevědomé. Podle psychologa Maslowa má jedinec svůj vlastní, zcela individuální systém motivů. Jeho hierarchické uspořádání potřeb vyjadřuje prvotní uspokojení nižších potřeb (čistota, potřeba pohybu, spánku, výživy) nad neuspokojenými vyššími potřebami (potřeby seberealizace, estetické, uznání, sebeúcty).

Nemoc je faktor znemožňující, narušující nebo měnící způsob uspokojování potřeb. Sestry se snaží v průběhu ošetrovatelského procesu potřeby fyziologické i psychologické naplnit. Veškerá pozornost nemocných bývá zaměřena pouze na fyziologické potřeby, vyšší úroveň je dočasně odsunuta do pozadí. Jsou-li nižší potřeby naplněny, dochází k postupnému uspokojování potřeb vyšších (Trachtová, 2010).

Sestra svými teoretickými znalostmi lidských potřeb umožňuje přiměřeně a profesionálně podporovat nemocného v jeho seberealizaci, udržovat jeho identitu, sebeúctu a směřuje nemocného ke způsobu, jakým situaci čelit. Veliký důraz je kladen na jedinečnost člověka (Trachtová, 2010).

Nové potřeby vznikají v okamžiku pobytu v nemocnici, kdy dochází ke změně materiálních, společenských podmínek života, ale i změnou osobnosti pod vlivem nemoci. Nejdůležitější potřebou pro nemocného je potřeba navrácení zdraví, obnovení a udržení schopnosti plnit sociální funkce, potřeba odstranit nebo ztlumit bolest (Bártlová, 2005).

### 3 KOMUNIKACE

Komunikační dovednosti jsou základem a nejdůležitější součástí práce s lidmi. Základními požadavky správné komunikace, která probíhá mezi lidmi jsou stručnost, zřetelnost, úplnost a zdvořilost (Bělohlávek, 2008).

Komunikaci používají lidé především z důvodu výměny informací, ovlivňování vztahů nebo chování v kolektivu, mezi jedinci i k vlastní osobě.

Nejvýznamnější funkcí v komunikaci je funkce informativní, poznávací, vzdělávací, výchovná a úniková, kdy dochází k odreagování se od stresu. Komunikace má i negativní stránky, které se mohou nepříjemně ovlivňovat vztahy mezi lidmi. K takovým projevům patří pomluvy, fámy, lhaní a manipulace. Důležité je vždy nejen to, co se říká, ale i umění vžít se do ostatních lidí a získat jejich důvěru (Vymětal, 2008).

Ve zdravotnictví se každý den setkáváme se všemi druhy komunikace, ale zdravotníci musí brát zřetel na různé schopnosti vnímavosti jedinců, kterým jsou dané informace určeny. Rovina vnímavosti je u každého člověka zcela individuální a proto je nutné v této rovině s jednotlivcem komunikovat (Peters-Kuhlinger, 2007).

#### 3.1 Komunikace s nemocným člověkem

Schopnost komunikace v ošetrovatelské praxi slouží a rozvíjení kontaktu s pacientem. Pro sestru patří tato forma sociální dovednosti k profesionálnímu vybavení. Komunikačním schopnostem se v poslední době věnuje veliká pozornost. Umění komunikace se na školách věnuje značná část výuky. Ošetrovatelská praxe klade vysoké nároky na interakce nejen mezi nemocným a ošetřujícím, ale především mezi samotnými zdravotníky. Spolupráce s nemocnými tvoří důležitý základ k úspěšné komunikaci. Úspěšnost v oblasti interakce s nemocnými závisí především na umění přizpůsobit se dané situaci, stavu a osobnosti nemocného. Jiné komunikační schopnosti používá sestra při navazování vztahu s dospělým pacientem, odlišné při komunikaci s dětskými pacienty a specifické u nemocných se zvláštními potřebami. Neodlučitelnou součástí je i navazování kontaktu s rodinami a přáteli nemocných (Venglářová, 2006).

##### 3.1.1 Druhy profesionální komunikace

Rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace. Patří sem *sociální komunikace* (jde o zcela běžný vztah formující se při denním styku s osobami, které o nemocné pečují).

Dalším typem, nesmírně důležitým v oblasti komunikace, je *strukturovaná komunikace*. Přijatelnou, srozumitelnou a přizpůsobenou formou se sdělují důležitá fakta, probíhá motivace i edukace nemocného. Při každodenním kontaktu, formou rozhovoru, kdy poskytuje sestra oporu i pomoc je považována za upřímnější projev komunikace. Její pomocí vyjadřujeme své pocity, emoce v těžkých chvílích, probíhá *terapeutická komunikace*.

Charakteristickou vlastností a dovedností v komunikaci sestry by mělo být umění sdělovat důležité informace srozumitelně, zachovat jejich důstojnost, vytvořit prostor pro dotazy, názory a sledovat projevy verbální i neverbální. Verbální komunikace znamená vyjadřování se pomocí slov v ústní či psané podobě, přímá nebo zprostředkovaná. (Vymětal, 2008)

Neverbální komunikace je stejně významná jako verbální. Řeč těla je považována za upřímnější, vyjadřující pocity a postoje v mezilidských vztazích. Pomocí neverbální komunikace se snadněji dorozumíváme. Neoddělitelnou součástí je mimika, haptika, proxemika, gestikulace, kinetika, pohledy, úprava zevnějšku. Svými postoji a chováním tak zdravotníci mohou přímo ovlivňovat dění kolem sebe (Venglářová, 2006).

### **3.1.2 Empatie**

Schopnost vcítit se, je ochota porozumět druhému člověku. Pochopit jeho jednání, chování, potřeby, pocity i reakce. Empatie je pro sestru základem komunikačního chování. Bez této vlastnosti sestra špatně získává důvěru svých pacientů. Empatie znamená vcítění se do pocitů druhých, do toho co chtějí, očekávají a zároveň dává vysvětlení na různé reakce každého jedince. Nejvýznamnější součástí empatie je aktivní naslouchání. Empatické naslouchání se věnuje pocitům odesílatele sdělení, naslouchání by mělo být pozorné, klidné a soustředěné. Cílem je vždy získání maxima informací, které vytvářejí zároveň i důležitou zpětnou vazbu (Vymětal, 2008).

## 4 VZTAH ZDRAVOTNÍKA A PACIENTA

Psychologickým přístupem rozumíme cílený vztah zdravotníka a pacienta, komunikační dovednosti, které se podílejí na aktivní účasti pacienta na léčbě. Cílem je porozumět a pochopit individualitu pacienta, kterého na základě psychologického poznání zdravotníci vedou jeho léčebným programem. Poznáním pocitů a myšlení nemocného umožňuje zdravotníkům snadnější přístup k jeho reakcím a chování v krizových situacích.

Vztah mezi pacientem a lékařem, pacientem a sestrou často závisí na předcházející zkušenosti obou. Do nově vzniklého vztahu se přenáší pocity z minula a zároveň je plný nového očekávání a získávání dosud nepoznaných skutečností. Pozitivní přenos zdravotníka na nemocného znamená i ochotnější podrobení se terapii. Je důležité udržet si určitý odstup od nemocného, aby nedošlo k vytvoření závislosti a nesamostatnosti. V případě neutrálního vystupování lékaře nebo sestry může dojít ke skrytému nepřátelství a rezervovanosti ze strany nemocného. Negativním projevem ze strany pacienta můžou být projekce sexuálních fantazií, které mohou vztah pacient zdravotník narušit (Raudenská, 2011).

### 4.1 Vztah lékaře a pacienta

Po staletí patří povolání a role lékaře v lidské společnosti k uctívaným a velmi váženým postavením. Vztah pacienta a lékaře není vyrovnaný, ze své podstaty je asymetrický. Je to ovlivněno osobností lékaře, jeho zkušenostmi, vzděláním, postavením mezi kolegy a charakterem pacienta. Současná medicína však klade důraz na změnu této asymetrie. Pacientovi je dána větší odpovědnost za své zdraví, prosazuje se možnost podílet se a spolurozhodovat o způsobu terapie.

Hlavním úkolem lékaře je prevence ochrany a upevňování zdraví, léčení a zmírňování následků nemoci a za nejdůležitější je považována záchrana lidského života. S rozvojem a modernizací medicíny, s novými léčebnými postupy a dokonalejšími léky dochází k prudkému snížení úmrtnosti (Bouček, 2006).

Pokud lékař pacientovi porozumí a dá mu to najevo, vzbudí v něm obvykle důvěru. Proto se pacient k lékaři obrací o pomoc při adaptaci na nemoc a při řešení potíží, souvisejících se vznikem onemocnění. Vzájemná důvěra vede k vyjádření emocí i obav spojených s neznámem, které nemoc přináší (Venglářová, 2006).

Negativní či pozitivní vnímání vztahu lékaře a pacienta je založeno na předešlé zkušenosti pacienta. Vědomě nebo nevědomě se mohou tyto zkušenosti promítat do nově vznikajícího vztahu lékař - pacient (Bouček, 2006).

## **4.2 Postavení všeobecné sestry**

Povolání všeobecné sestry prodělalo v krátkém období významnou a velmi specifickou proměnu. Role všeobecné sestry se měnila s rozvojem společnosti a ošetřovatelství od charitativní pomoci středověkých hospitalů pro chudinu, přes roli pomocnice lékaře, až k samostatně pracující člence ošetřovatelského týmu. Hlavní funkcí sestry je poskytovat ošetřovatelskou péči, edukaci pacientů i jejich rodiných příslušníků, uplatňování teoretických znalostí získaných ve škole do praxe. Dodržování standardů péče je vysoce náročné na schopnosti, zručnost a zodpovědnost sester (Bártlová, 2005).

Tyto dovednosti a znalosti získávají všeobecné sestry ve škole. První ošetřovatelskou školu založila v Londýně v roce 1860 Florence Nightingalová, anglická ošetřovatelka.

Současný trend ve zdravotnictví posiluje postavení všeobecných sester, mění se jejich pojetí, projevující se v kladení důrazu na samostatnost. Objevuje se zde požadavek profesionalizace sestry, který v sobě skrývá znaky zvládnutí systematické teorie, profesní autority, etiky a systém profesních asociací. Kompetence jsou rozšiřovány a sestra se stává důležitou součástí ošetřovatelského týmu. Stále vyšší vzdělávání by mělo vést k úzké spolupráci s lékaři. Role sester je stejně významná jako role lékařů, sestra se stává partnerem lékaře.

Role všeobecné sestry spočívá v umění chránit, navracet, podporovat a udržovat zdraví nejen jedinců, ale i skupin. Musí ovládat práci v týmu, komunikovat s nemocnými, naslouchat, obhajovat práva nemocných, samostatně pracovat a zároveň si zachovat lidskost a empatii (Bártlová, 2005).

### **4.2.1 Základní role, všeobecná sestra - ošetřovatelka**

Každá sestra vědomě nebo nevědomě zastává ve své profesi řadu rolí. Profesní role se vzájemně prolínají a ovlivňují, kladou však na sestru vysoké požadavky. Ve své profesi sestra vystupuje jako ošetřovatelka, jejíž základní úlohou je pečovat, starat se o druhé, naplňovat základní lidské potřeby nemocného. Péče je směřována na pomoc nemocným, především bezmocným (Staňková, 2002).



#### **4.2.2 Všeobecná sestra obhájce**

Zájem o celkovou situaci pacienta staví sestru do pozice obhájkyne jeho rozhodnutí, obhajuje pacientova práva a respektování jeho potřeb a názorů. Toto obsahuje i respektování pro zdravotníka zcela negativního a nesprávného názoru (Staňková, 2002).

#### **4.2.3 Všeobecná sestra komunikátorka**

Mezilidská komunikace je v ošetrovatelství jednou z nejdůležitějších dovedností. Zprostředkovává potřeby mezi lékařem a pacientem, je to důležitá fáze ošetrovatelského procesu, v diagnostice, léčebném procesu. Správné používání komunikace napomáhá zdravotníkům ve všech jejich činnostech (Staňková, 2002).

#### **4.2.4 Všeobecná sestra poradkyně**

Úzkým kontaktem s pacientem si získává jeho důvěru a ten se obrací na sestru s žádostí o radu i pomoc. Pomáhá pacientovi vyrovnat se s nově vzniklou, pro pacienta neznámou sociální a psychickou situací (Staňková, 2002).

#### **4.2.5 Všeobecná sestra učitelka**

Edukuje nebo-li poučuje pacienta o průběhu vyšetření, diagnostice, léčbě pomocí rozhovoru, brožurek, videí. Podporuje léčebný proces pacienta (Staňková, 2002).

#### **4.2.6 Všeobecná sestra nositelka změn**

Každá sestra se stává nositelkou změn při realizaci ošetrovatelského procesu. Se změnou postavení sester, rozšířením jejich kompetencí se stal ze vztahu podřízeného vztah rovnocenný, partnerský směrem k lékaři (Staňková, 2002).

#### **4.2.7 Všeobecná sestra manažerka**

Sestra v rámci své funkce uplatňuje získané teoretické i praktické znalosti v ošetrovatelské praxi, stává se vedoucím ošetrovatelského týmu i pacienta. Důležitou a nezastupitelnou roli zde hraje samotná autorita sestry (Staňková, 2002)

#### **4.2.8 Všeobecná sestra výzkumnice**

Změnou postavení a role se sestra podílí i na lékařských studiích (Staňková, 2002).

#### **4.2.9 Evalvace – Devalvace**

Realizace profesionální role všeobecné sestry je závislá na jejím výkonu a zároveň je zatěžována systémem vnitřních konfliktů. Projevují se na jednání a chování sestry.

**Evalvace** - jde o pozitivní hodnocení druhého člověka, uznávání kladné hodnoty toho, co udělal, zastání se ho, vyslechnutí ho.

**Devalvace** - jde o snižování hodnoty druhé osoby se kterým je sestra v kontaktu. Projevuje se neuctivým až urážejícím chováním (Skácelová, 2009).

### **4.3 Vztahy mezi zdravotníky**

Vztahy mezi zdravotníky jsou ovlivněny hierarchickým uspořádáním, tradicemi a specifickými faktory daného zdravotnického pracoviště. Je důležitá úzká spolupráce celého zdravotnického kolektivu, obzvláště v časově a emočně vypjatých situacích (Bouček, 2006).

### **4.4 Zdravotník v roli pacienta**

Lékař, všeobecná sestra, laborant, obecně zdravotník má odborné znalosti o různých onemocněních, jejich projevech, průběhu, případných následcích, jejich diagnostice a léčbě. Velmi dobře je obeznámen s prostředím zdravotnického zařízení, jeho chodem i režimovými opatřeními. V okamžiku změny role, kdy se ze zdravotníka stává pacient však nemusí být tyto vědomosti výhodou. Mohou být naopak zdrojem obav z možných komplikací, chyb ze strany ošetřujícího personálu i nedostatku informovanosti ze strany kolegů, kteří předpokládají dostatečné znalosti o daném onemocnění (Staňková, 2002).

Hlavní funkcí všeobecné sestry je pečovat, starat se a naplňovat potřeby nemocných. Při naplňování svých povinností se striktně drží běžných standardů, ale uplatňuje umění komunikace, empatie, porozumění a uvádění teoretických znalostí do praxe. Role pacienta je pro všeobecnou sestru jen těžko přijatelná. Z člověka, jehož centrem zájmu je péče o člověka se v okamžiku stává člověk, o kterého je pečováno. Je to zcela neznámá, submisivní role, ve které přijímá rady, pomoc, doporučení, způsob léčby a informace od jiné všeobecné sestry, kolegyně (Bártlová, 2005).

#### **4.4.1 Obecné výhody zdravotníka - pacienta**

Mezi jednu z největších výhod zdravotníka - pacienta je možnost volby lékaře, kterého může znát a má v něj důvěru. Součástí stanovení diagnózy jsou různá vyšetření, jejichž průběh a okolnosti většina zdravotníků zná. V případě nutné hospitalizace si zdravotník - pacient zvolí druh zdravotnického zařízení, ve kterém dobře zná prostředí a chod nemocnice či oddělení. Všeobecně očekává i vstřícnost ze strany ošetřujícího

personálu ke své osobě. Nespornou výhodou znalosti prostředí je možnost volby standartního nebo nadstandartního pokoje, kde bývá zachováno soukromí zdravotníka (Skácelová, 2009).

#### **4.4.2 Nevýhody zdravotníka - pacienta:**

Patří sem obavy z možných chyb a komplikací, které se mohou stát nejen v komunikaci, ale i v léčbě. Strach a obavy souvisí zejména ze znalosti některých nepříjemných vyšetření. Znalost nemocničního prostředí a zcela nová situace na straně zdravotníka - pacienta, snižuje schopnost přijímat poskytovanou pomoc a péči. S tím souvisí i dočasná neschopnost vyjádření svých pocitů při přijímání pomoci (Skácelová, 2009).

#### **4.4.3 Nevýhody lékaře - pacienta:**

Někteří ošetřující lékaři si myslí, že lékař-pacient nemá právo se vyjadřovat k vyšetření. K připomínce se staví lhostejně a podstatné informace jim unikají. Pochybují o jejich schopnosti vytvořit si zdravý názor na svou nemoc. Vyjádření svého názoru berou ošetřující lékaři jako oponování. Znalostí podrobností o onemocnění, vidí rozpor mezi teorií a praxí. Někteří lékaři se spoléhají, že lékař-pacient si diagnostiku a částečně i léčbu zajistí sám. Lékař-pacient mnohdy přeceňuje pomocné léčebné metody a biopsychosociální přístup bývá z jeho strany vzácný. Závažným problémem je pocit z nedostatečné informovanosti ze strany kolegy lékaře a pozorného sledování, jak si ošetřující lékaři předávají informace mezi sebou. Zvýšená citlivost je zaznamenána na nevhodnost některých výroků směřovaných k jeho osobě, osobě pacienta (Skácelová, 2009).

#### **4.4.4 Následky související s chybami:**

Mezi komplikace provázející terapii zdravotníka-pacienta patří nedostatek a neúplnost informací způsobené šumem v komunikaci. Častým problémem je podceňování a neznalost psychických reakcí zdravotníka - pacienta (Skácelová, 2009).

#### **4.4.5 Předpoklad**

Zdravotník - pacient (lékař, všeobecná sestra), očekávají vstřícnější, ohleduplnější a chápající, ale profesionální přístup. Očekává snadnější průběh při hospitalizaci, následujících vyšetření a léčbě. Zároveň se předpokládá, že pacient - zdravotník bude snadno chápat vznik možných komplikací, nedostatků v terapii a mnohdy jednostraným, neosobním jednáním lékařů a ošetřujícího personálu. Role zdravotníka-pacienta vyvolává u jednotlivých osob stres, strach z budoucnosti. V této pozici si moží uvědomí, jak snadno se

z poskytovatele pomoci stává příjemce péče. Neosobnost, anonymita, nedostatečná informovanost, strach a možné komplikace patří k hlavním důvodům vzniku psychických problémů v době hospitalizace. Vstřícnost, pozornost, empatie a ochota pomáhat by měly být samozřejmostí nejen k pacientovi-zdravotníkovi, ale především k obyčejným nemocným (Křivohlavý, 2002).

## **4.5 Prostředí nemocnice**

Onemocnění a nemoc je pro člověka negativní zkušenost, která vede k určitým fyzickým, psychickým, sociálním a ekonomickým omezením. V okamžiku hospitalizace dochází k projevu závislosti na pomoci druhých, ke změně role v osobním i profesním životě. S výraznou změnou jsou spojovány projevy obav, úzkosti, strachu z bolesti, z neznámého, ze ztráty kontroly nad událostmi, které se nemocného dotýkají. Hospitalizace přináší nemocnému pocit anonymity, odosobnění, režimová a časová pravidla, omezení vlastních aktivit a ztrátu kontroly nad událostmi, které hospitalizace přináší.

Do nemocnice přichází pacient s vědomím zhoršeného zdravotního stavu, tím se pacient dostává do stresu, zvyšuje se jeho psychické napětí. Úkolem nemocnice je člověka vyšetřit, léčit, vyléčit nebo podstatně zlepšit jeho zdravotní stav. Zdravotnická péče se snaží zachovat dobrý psychický stav hospitalizovaného, aby se aktivně zajímal a zapojoval do úzdravného procesu (Skácelová, 2009).

S příchodem do nemocnice se projevují různé představy spojené s pobytem v tomto zařízení. Starší generace má nástup do nemocnice spojen s umíráním, dnešní pojetí nemocnice se s rozvojem medicíny mění. Nově vznikají různá zařízení, kde se praktikuje paliativní péče o nevléčitelně nemocné a umírající. Zde je jim poskytována kvalitní psychologická a duchovní péče (Křivohlavý, 2009).

### **4.5.1 Role pacienta**

Člověk přichází do ambulantní péče dobrovolně, s určitým postojem ke spolupráci s lékařem. Do nemocnice a do role pacienta se dostává rozhodnutím vyšší authority - lékaře. Na rozhodnutí o přijetí do nemocničního zařízení se podílí jen minimálně. Role nemocničního pacienta předpokládá člověka pasivního, trpělivého, zcela poslušného, bez vlastní aktivity, smířeného s touto pro něho novou a neznámou situací. Postavení nemocného se netýká pouze jeho samého, ale i jeho rodiny, zaměstnavatele, spolupracovníků. Předpokládá se, že bude aktivně bojovat se svou nemocí, zvládne jí,

zároveň najde v této situaci jistou smysluplnost a postupně dojde k uzdravení nebo k ustálení zdravotního stavu.

Hospitalizace je ve většině případů nově získanou zkušeností a zároveň se člověk objeví v jiné roli. Je charakterizována podmínkami danými prostředím nemocnice. Hlavním znakem je ztráta svobody, identity-depersonalizace, omezením denních aktivit a vlastních potřeb. Největším problémem zůstává nedostatek, neúplnost a nepřesnost informací (Zacharová, 2007).

Ošetřující personál rozeznává dobré a špatné pacienty. Dobrý je ten, kdo je trpělivý, slušný, příliš se neptá, dodržuje režim. Špatný je ten, který klade otázky, chce vědět podrobnosti o terapii a na své otázky vyžaduje přesné odpovědi. Chceme-li nemocného dobře ošetřovat, rozumět mu, potřebujeme ho vidět jako člověka, s individuálními vlastnostmi, potřebami a schopnostmi. Tvoří bio-psycho-sociální jednotku (Zacharová, 2007).

## 5 IATROPATOGENIE

Iatropatogenie je takový vyšetřovací, terapeutický nebo preventivní postup lékaře či zdravotníka, který má za následek poškození pacientova zdravotního stavu. Patří sem přímé poškození pacienta (záměna léků, nepovedený léčebný zákrok), ale i nevhodná indikace k hospitalizaci, špatná komunikace (Bouček, 2006).

Iatropatogenie je jev vyvolaný vzájemným působením několika faktorů. Prvním faktorem jsou **situační vlivy**, kam se řadí nesprávně provozovaná zdravotnická osvěta. Obsahuje etiologickou iatropatogenii (přeceňuje dědičné vlivy), diagnostickou iatropatogenii, kdy dojde k vyslovení unáhlené diagnózy. Další skupinou jsou laboratorní, prognostická, terapeutická, administrativní iatropatogenie. Jde o nevhodné vysvětlení výsledků, hodnocení léčby nebo nevhodné komentáře v dokumentaci. K poškození dochází ze strany **osoby zdravotníka**, jeho autoritativním přístupem, často způsobeným profesionální deformací.

Více disponovaní k iatropatogenii jsou jedinci přecitlivělí, přehnaně úzkostliví, se sklonem k hypochondrii. Obecně lze napsat, že k iatropatogenii dochází i ze strany **osobnosti nemocného**.

Iatropatogenie má dopad na celou osobnost nemocného v oblasti somatického poškození (poškození léky, nesprávným zákrokem), psychické iatropatogenie (nevhodná či nesprávná informace, neověřené závěry) i sociální iatropatogenie (dojde přenosu rozhodování pacienta na lékaře).

Nejčastějšími důsledky iatropatogenie jsou neurózy, nozofobie, nespokojenost a nedůvěra k ošetřujícímu personálu. Obzvláště závažnými důsledky mohou být suicidální pokusy a úmysly.

Poškození pacienta zdravotníkem je úzce spojeno s etickým nerespektováním jeho důstojnosti, jeho bio-psycho-sociálních potřeb. Pouze správným a vysoce profesinálním přístupem ze strany ošetřujícího personálu lze zabránit poškozování nemocných (Zacharová, 2007).

## **5.1 Sororigenie**

Jde o poškození nemocného všeobecnou sestrou jejím nezájmem o pacientovu bolest, nerespektováním jeho osobnosti či nesprávným ošetrovatelským procesem (Andršová, 2012).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 FORMULACE PROBLÉMU

Klasický vztah zdravotníka a pacienta je zcela určitě dobře zpracovaným a často diskutovaným tématem. Naopak zcela jiná situace nastává, pokud se sám zdravotník ocitá v roli pacienta.

Jaký je přístup zdravotníka - pacienta k nemoci, léčbě a ošetrovatelské péči? Jaký vliv má role pacienta na zdravotníka a jeho další práci a je pro zdravotníka - pacienta výhodou znalost prostředí a ošetrovatelských postupů?

Nejen na tyto otázky, ale zejména na zajímavou problematiku zdravotníka v roli pacienta je zaměřena praktická část této bakalářské práce.



## **7 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU**

### **7.1 Hlavní cíl**

Práce je zaměřena na situaci, kdy se ze zdravotníka vlivem nemoci dočasně stává pacient. Formou výzkumu zjišťuje poznatky a názory zdravotníka - pacienta na poskytnutou ošetrovatelskou péči, jeho pocity a vliv role pacienta na jeho další práci.

### **7.2 Dílčí cíle a úkoly:**

1. Zmapovat názor zdravotníka - pacienta na poskytnutou ošetrovatelskou péči.
2. Zmapovat přístup ošetrujícího personálu ke zdravotníkovi - pacientovi.
3. Zjistit, zda role pacienta ovlivnila zdravotníka v jeho další práci.

## **8 HYPOTÉZY**

### **Hypotéza č.1**

Předpokládám, že většina zdravotníků byla s poskytnutou ošetrovatelskou péčí spokojena.

### **Hypotéza č.2**

Předpokládám, že zdravotník v roli pacienta je náročnější na ošetrovatelskou péči.

### **Hypotéza č.3**

Domnívám se, že role pacienta většinu zdravotníků pozitivně ovlivnila v jejich další práci.

## 9 METODIKA VÝZKUMU

K výkumu problematiky, která se týká zdravotníka v roli pacienta jsem použila techniku sběru dat formou dotazníků.

Výhodou této metody je možnost oslovení poměrně velkého počtu respondentů, možnost jednoznačné formulace otázek i případná možnost počítačového zpracování a vyhodnocení získaných dat.

Nevýhodou může být neochota respondentů dotazníky vyplnit a s tím související nízká návratnost dotazníků, možné nepochopení otázky respondentem, případně nepřesné nebo neúplné vyplnění dotazníku. Vzhledem k těmto skutečnostem byla mezi kolegy zdravotníky provedena pilotní studie. Před zahájením vlastního výzkumu bylo mezi zdravotníky v předstihu rozdáno 10 zkušebních dotazníků pro předběžnou konzultaci jejich obsahu a pro případnou úpravu formulace otázek.

Vlastní nestandardizovaný dotazník obsahuje 24 otázek. Z tohoto počtu je 21 otázek uzavřených a 3 otázky polootevřené. Úvodní 4 otázky jsou kontrolní, zaměřené na identifikaci respondentů, otázky číslo 5 až 24 se vztahují přímo k tématu bakalářské práce.

## **10 VZOREK RESPONDENTŮ**

### **10.1 Volba skupiny respondentů**

Pro vlastní výzkum jsem vybrala vzorek 100 respondentů - zdravotníků (ošetřovatelského personálu, laborantů a lékařů), pracujících v různých zdravotnických zařízeních v Karlových Varech, zejména v Karlovarské krajské nemocnici a.s., ale i v soukromých ambulancích. Všech 100 dotazníků bylo distribuováno za pomoci vrchních sester a lékařů.

### **10.2 Zpracování získaných údajů**

Dotazníkový výzkum proběhl ve druhé polovině února 2013, získaná data jsou proto poměrně aktuální. Celkem bylo v rámci vlastního výzkumu bakalářské práce osloveno 100 respondentů a z celkového počtu 100 kusů distribuovaných dotazníků jich bylo respondenty vráceno 93, tzn. odpovědělo 93% oslovených zdravotníků.

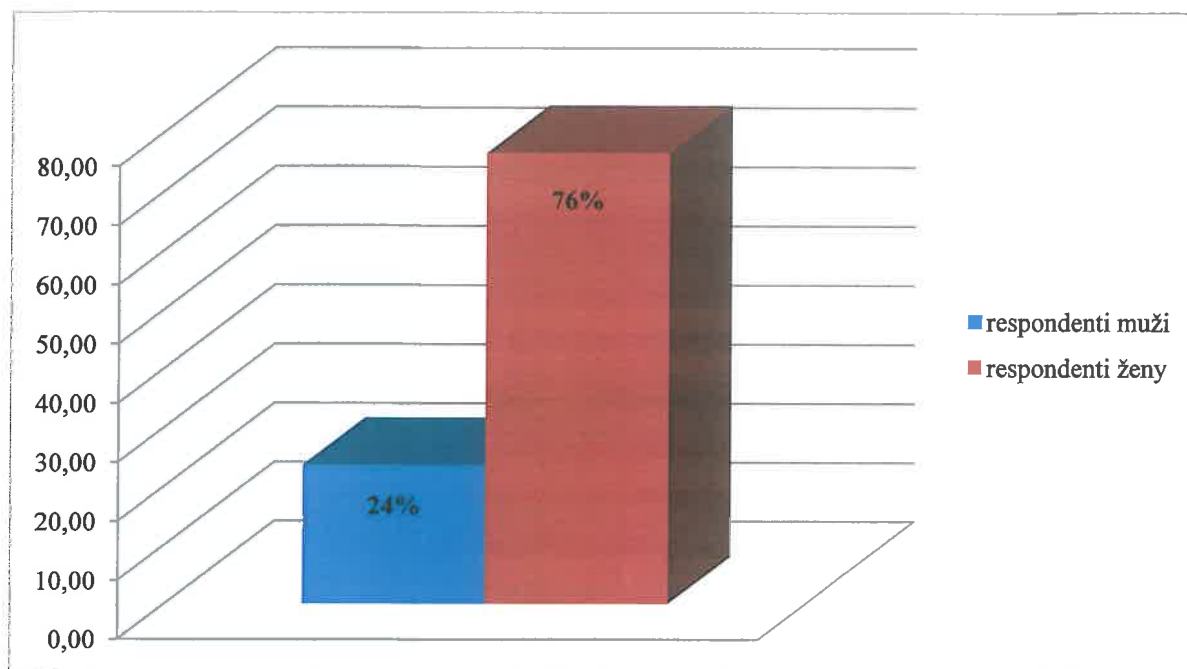
Z celkového počtu 93 vrácených dotazníků byly respondenty vyplněny 4 dotazníky nesprávně, neúplně, případně nejednoznačně. Pro vlastní vyhodnocení výzkumu v rámci této bakalářské práce bylo zpracováno 89 správně vyplněných dotazníků.

Údaje získané z dotazníkového výzkumu jsou zobrazeny u jednotlivých otázek pomocí grafů, u každého grafu je uvedena krátká interpretace získaných údajů.

# 11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

## Graf č.1: Identifikace respondentů

Otázka č.1: Jste muž/žena ?

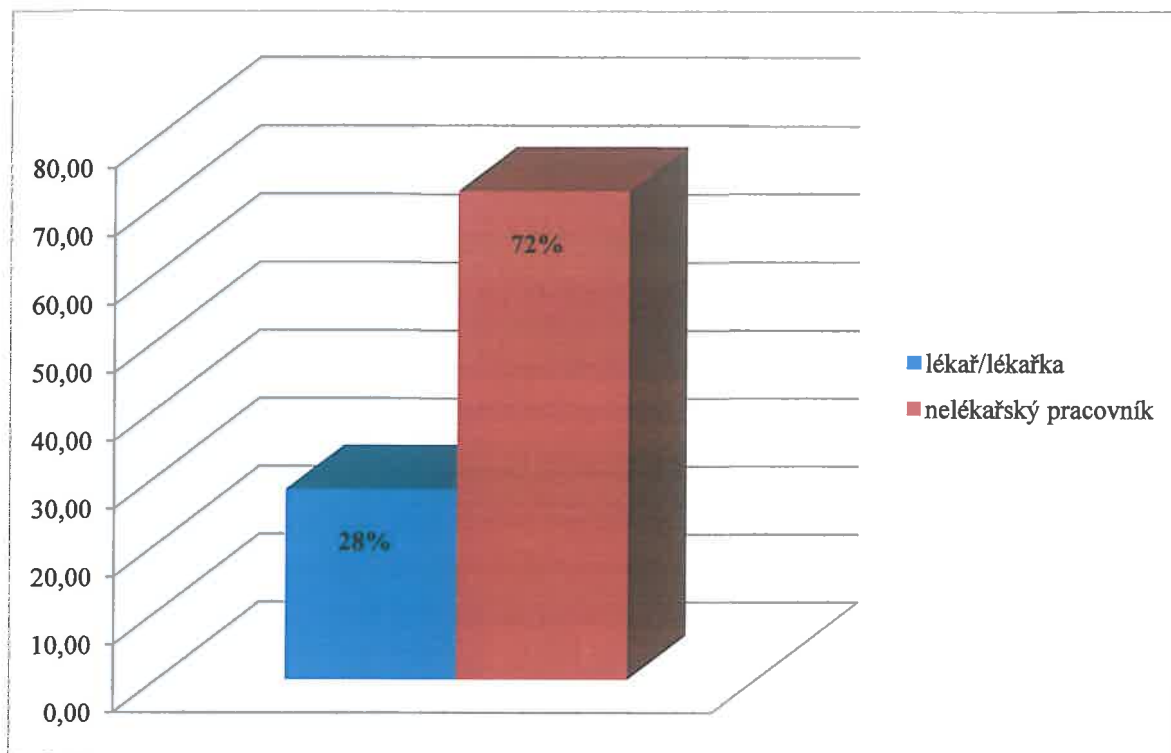


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 89 respondentů - zdravotníků dotazník vyplnilo a odevzdalo 76% (68 dotázaných) žen a 24% (21 dotázaných) mužů.

## Graf č.2: Pracovní zařazení respondentů

Otázka č.2: V jaké pozici ve zdravotnictví pracujete ?

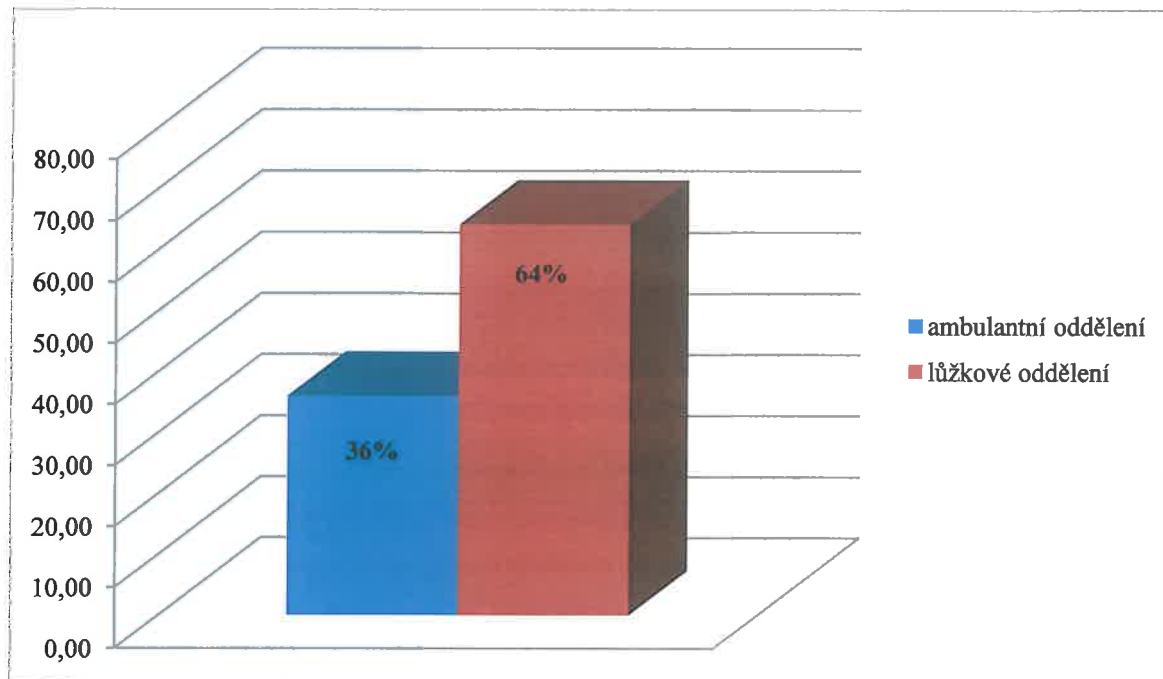


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů - zdravotníků dotazník vyplnilo a odevzdalo 28% (25 dotázaných) lékařů nebo lékařek a 72% (64 dotázaných) nelékařských pracovníků - laborantů a ošetřovatelského personálu.

### Graf č.3: Pracoviště respondentů

Otázka č.3: Na jakém oddělení jako zdravotník pracujete ?

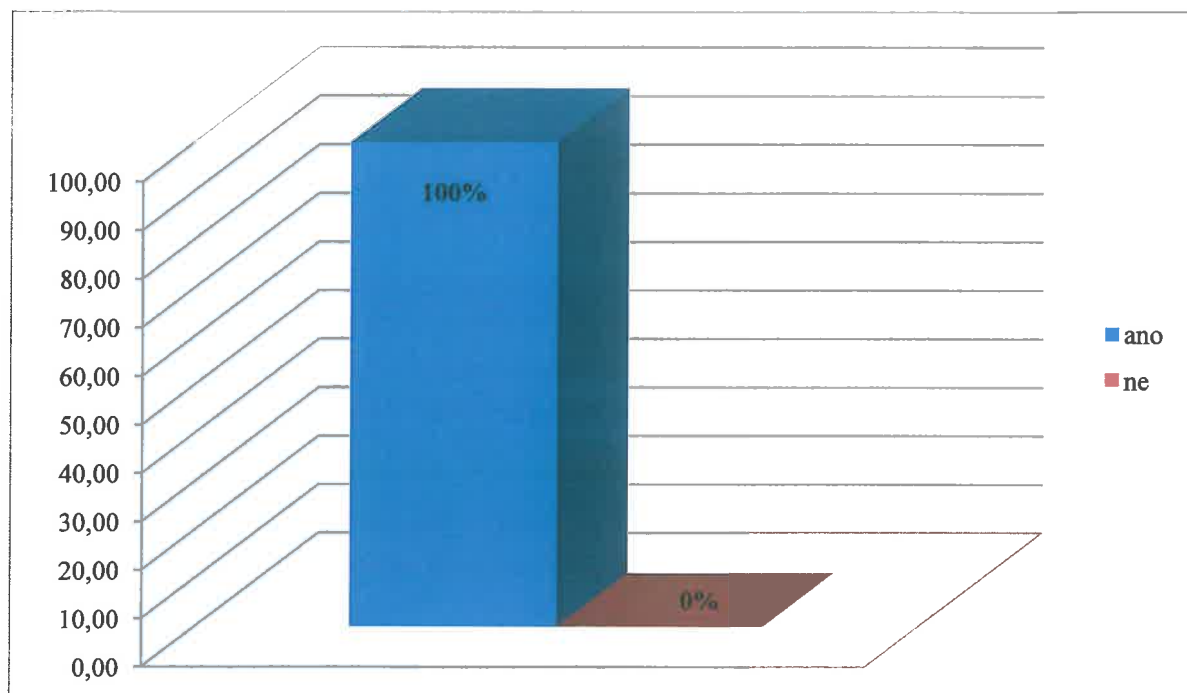


Zdroj: vlastní

Z tohoto grafu vyplývá, že z celkového počtu respondentů - zdravotníků jich pracuje 36 % (32 dotázaných) na ambulantních odděleních a 64% (57 dotázaných) na lůžkových odděleních.

#### Graf č.4 Zdravotník v roli pacienta

Otázka č.4: Ocitl jste se někdy v roli zdravotníka - pacienta?



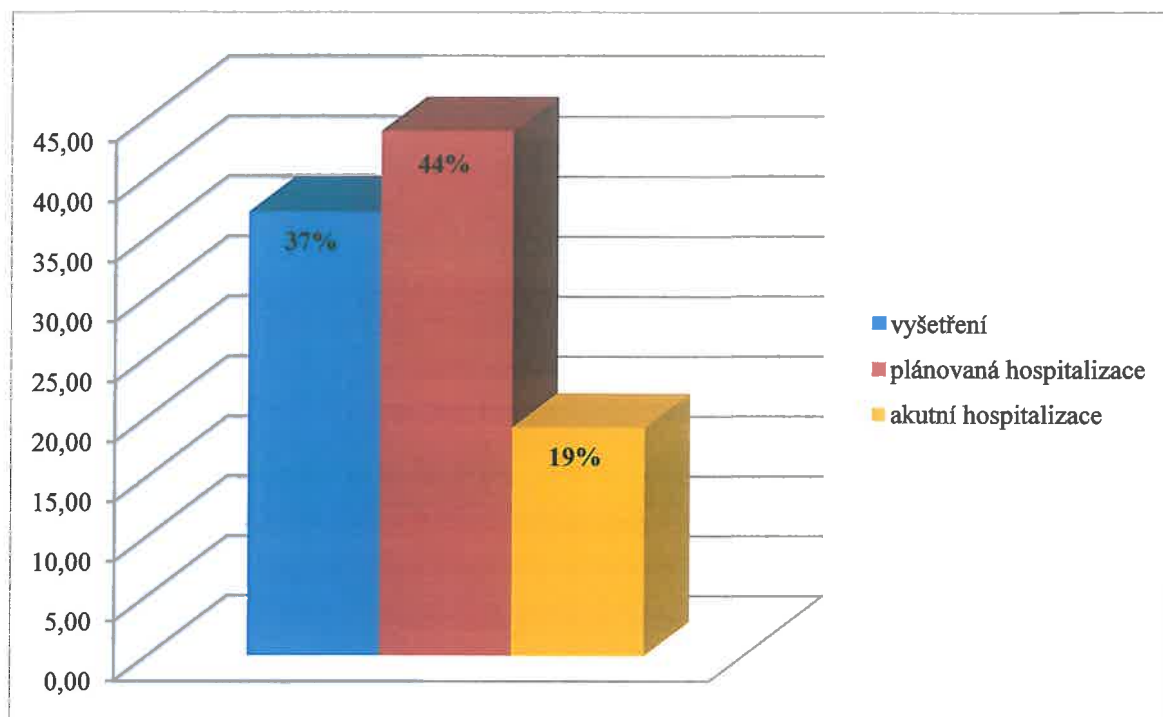
Zdroj: vlastní

Tento graf ukazuje, že v roli zdravotníka - pacienta se již ocitlo 100 % respondentů (všech 89 dotázaných). Všichni udávají, že absolvovali akutní nebo plánovanou hospitalizaci, případně vyšetření.



### Graf č.5: Absolvovaný typ léčby zdravotníka - pacienta

Otázka č.5: Jaký typ léčby jste jako zdravotník - pacient absolvoval?

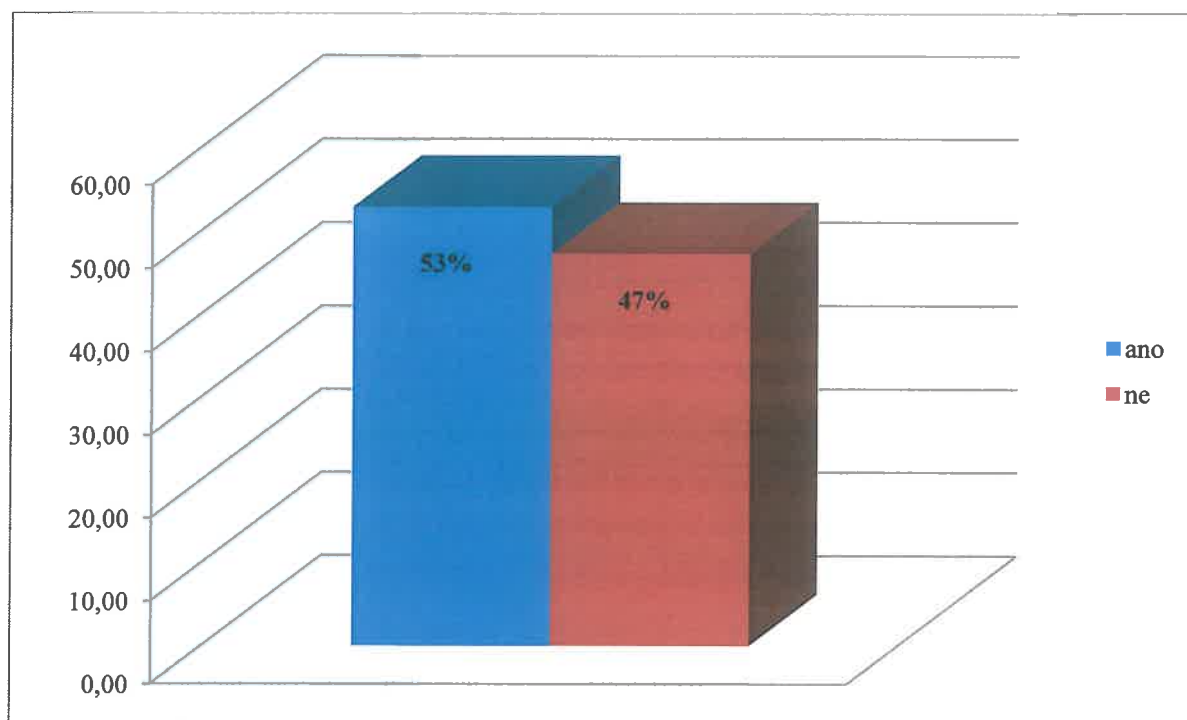


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů – zdravotníků absolvovalo vyšetření 37% (33 dotázaných), 44% (39 dotázaných) plánovanou hospitalizaci a 19% (17 dotázaných) akutní hospitalizaci.

### Graf č.6: Volba zdravotnického zařízení

**Otázka 6: Zvolil/a jste zdravotnické zařízení na základě svých zkušeností zdravotníka?**

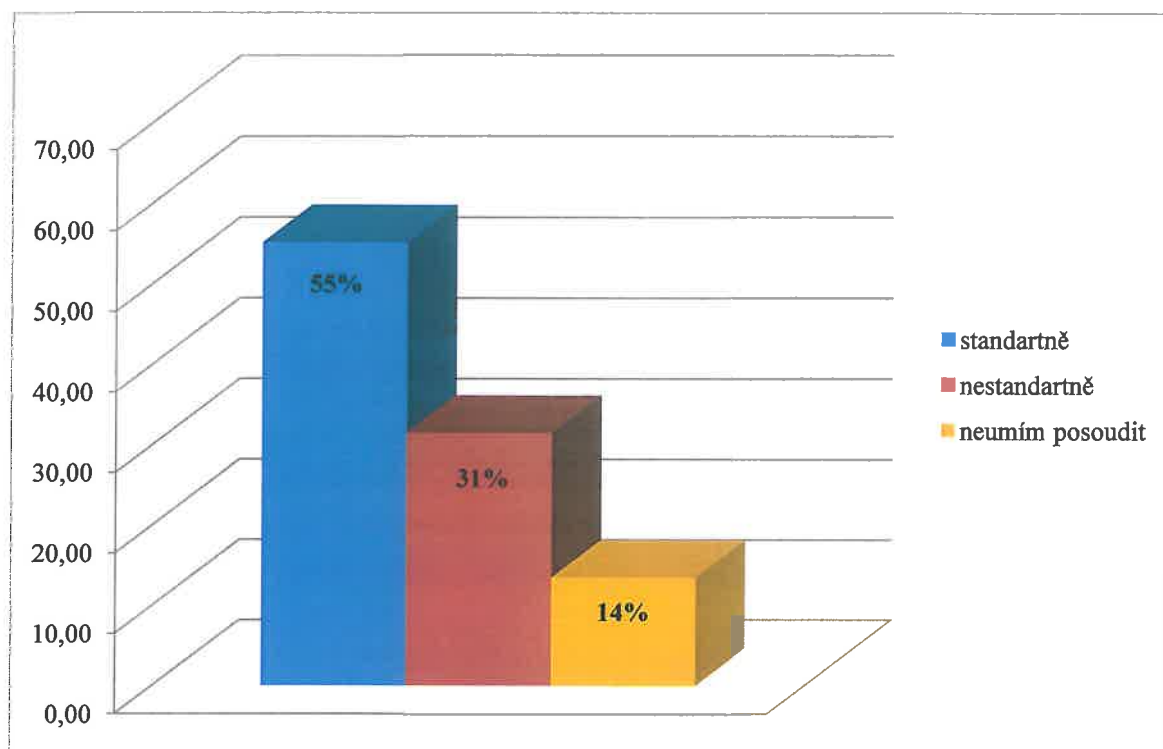


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů udává, že na základě svých profesních zkušeností zdravotníka pro svoji léčbu zvolilo konkrétní zdravotnické zařízení 53% (47 dotázaných) a 47% (42 dotázaných) si takto zdravotnické zařízení pro svoji léčbu nezvolilo.

### Graf č.7: jednání při příjmu ve zdravotnickém zařízení

Otázka 7: Jak s Vámi, jako se zdravotníkem - pacientem jednali při příjmu ve zdravotnickém zařízení ?

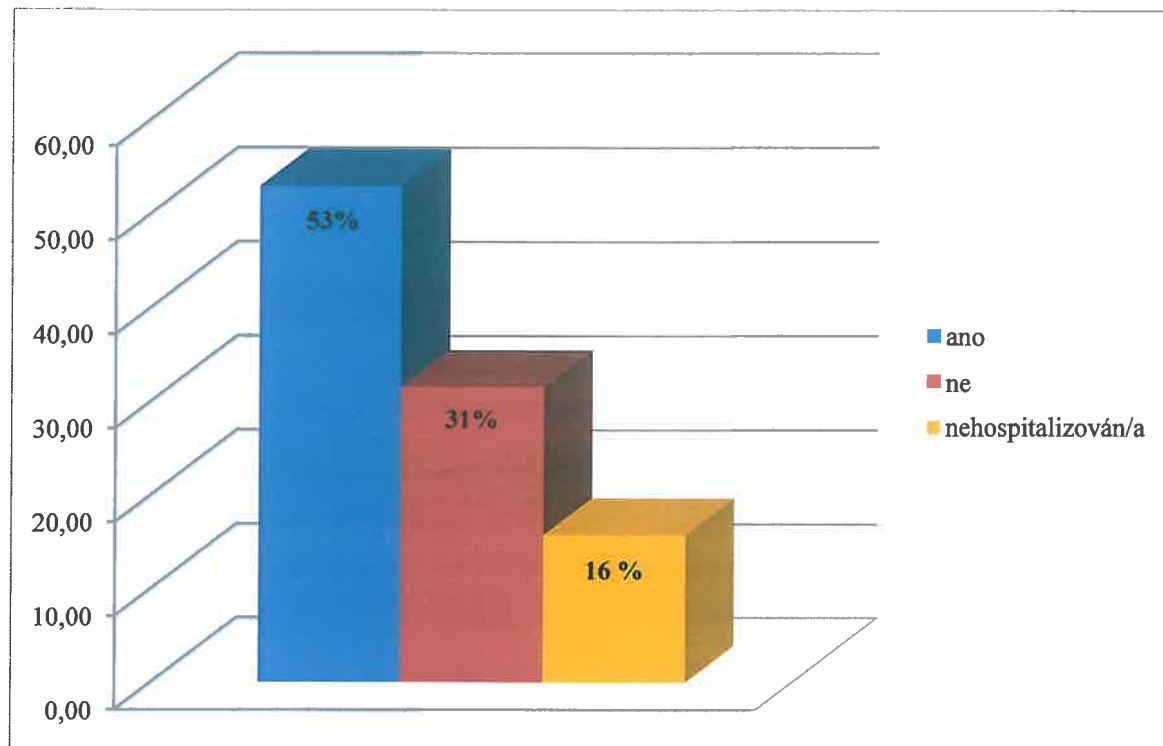


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů udává 55% (49 dotázaných), že při příjmu ve zdravotnickém zařízení s nimi bylo jednání jako se zdravotníkem - pacientem zcela standartní, 31% (28 dotázaných) považovalo jednání při příjmu za nadstandartní a 14% (12) toto jednání neumí posoudit.

### Graf č.8: Možnost volby pokoje ve zdravotnickém zařízení

Otázka č.8: Měl/a jste v případě hospitalizace jste možnost volby pokoje ?

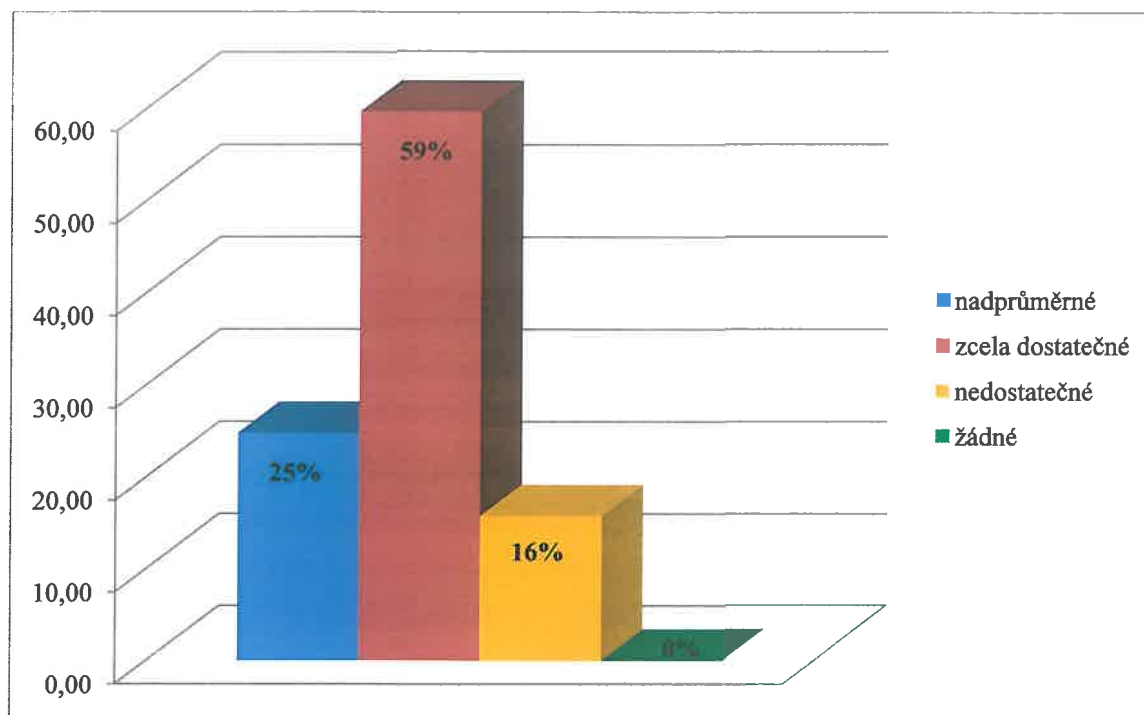


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů mělo 53% (47 dotázaných) při příjmu ve zdravotnickém zařízení možnost volby pokoje), tuto volbu nemělo 31% (28 dotázaných) a 16% (14 dotázaných) nebylo hospitalizováno, absolvovali pouze vyšetření bez hospitalizace.

## Graf č.9: Informace od ošetřujícího personálu

### Otázka č.9: Jaké byly informace od ošetřujícího personálu?

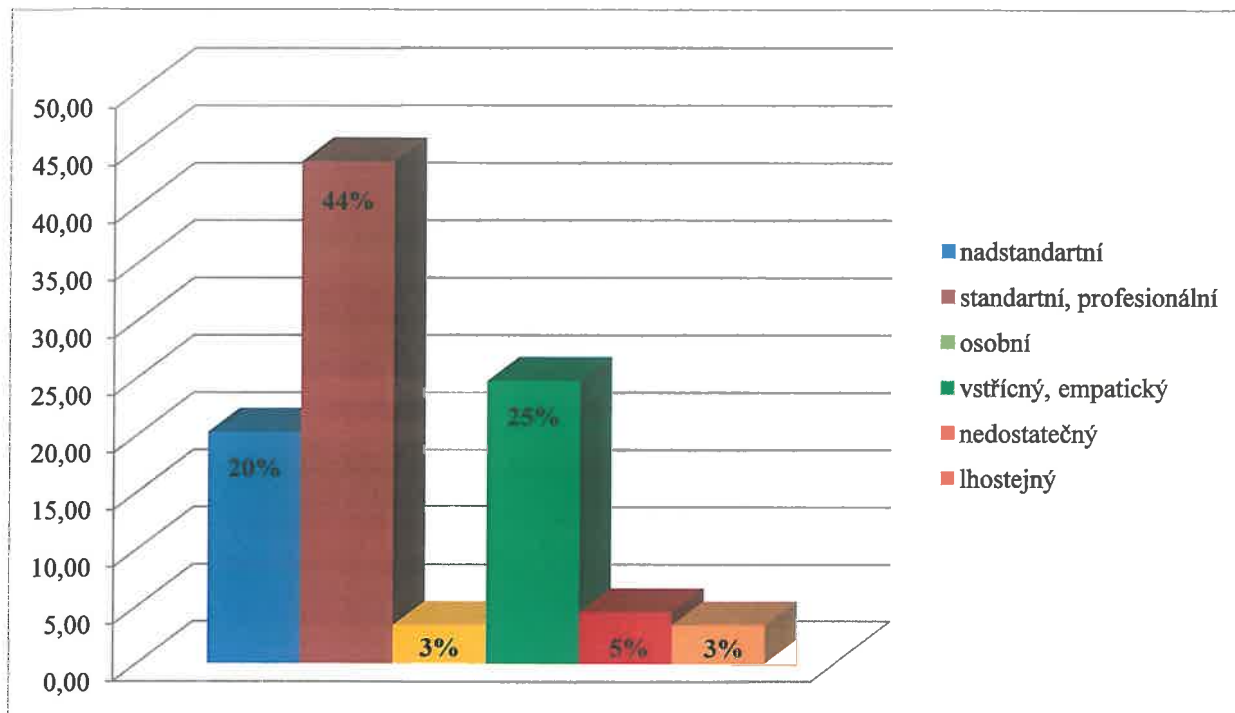


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu repondentů udává 25% (22 dotázaných), že při jejich léčbě byly informace od ošetřujícího personálu nadprůměrné, podle 59% (53 dotázaných) zcela dostatečné, 16% (14) respondentů tyto informace považovalo za nedostatečné a nikdo z respondentů nesdělil, že jim nebyly poskytnuty žádné informace.

## Graf č.10: Přístup ošetřujícího personálu

Otázka č. 10: Jaký byl přístup ošetřujícího personálu ?

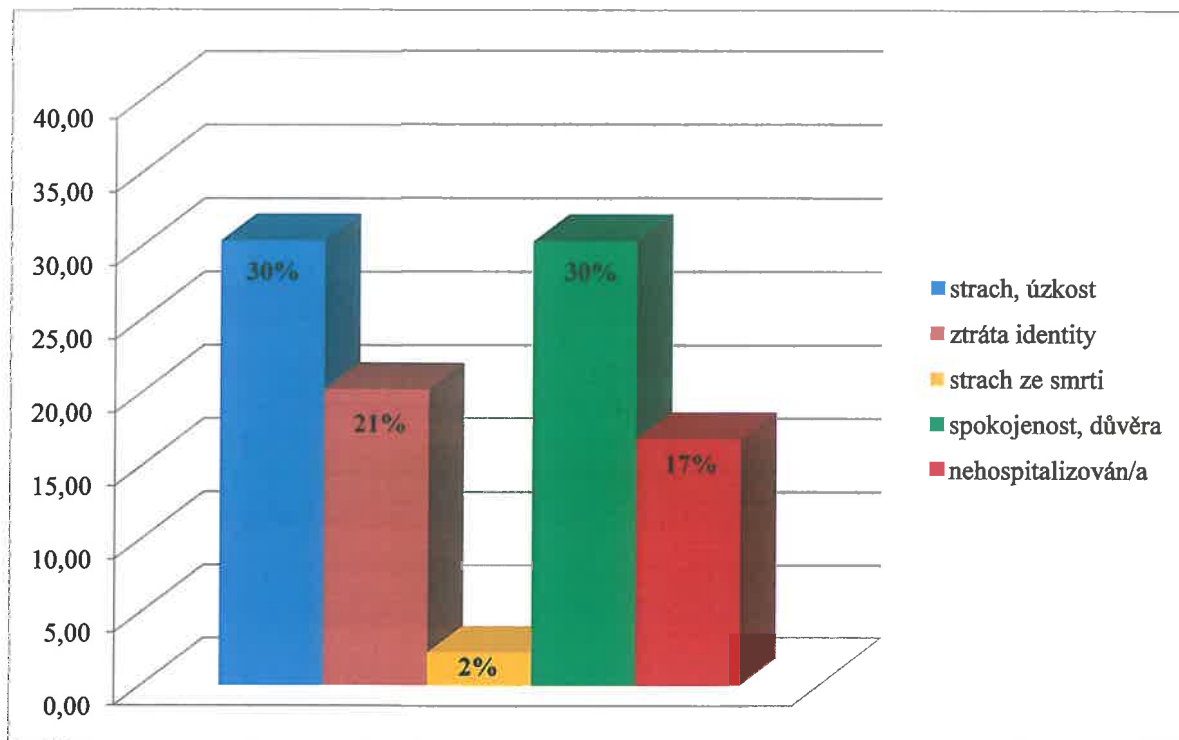


Zdroj: vlastní

Tento graf ukazuje, že přístup od ošetřujícího personálu považovalo za nadstandardní 20% (18 dotázaných), za standardní a profesionální 44% (39 dotázaných), za osobní 3% (3 dotázaní), za vstřícný nebo empatický 25% (22 dotázaných), pouze 5% (4 dotázaní) považovalo přístup za nedostatečný a 3% (3 dotázaní) za lhostejný. Z grafu vyplývá, že většina zdravotníků - pacientů hodnotila přístup ošetřujícího personálu velmi pozitivně.

### Graf č. 11: Převažující pocity zdravotníka – pacienta v době hospitalizace

Otázka č.11: Jaké převažující pocity jste měl/a v době hospitalizace?

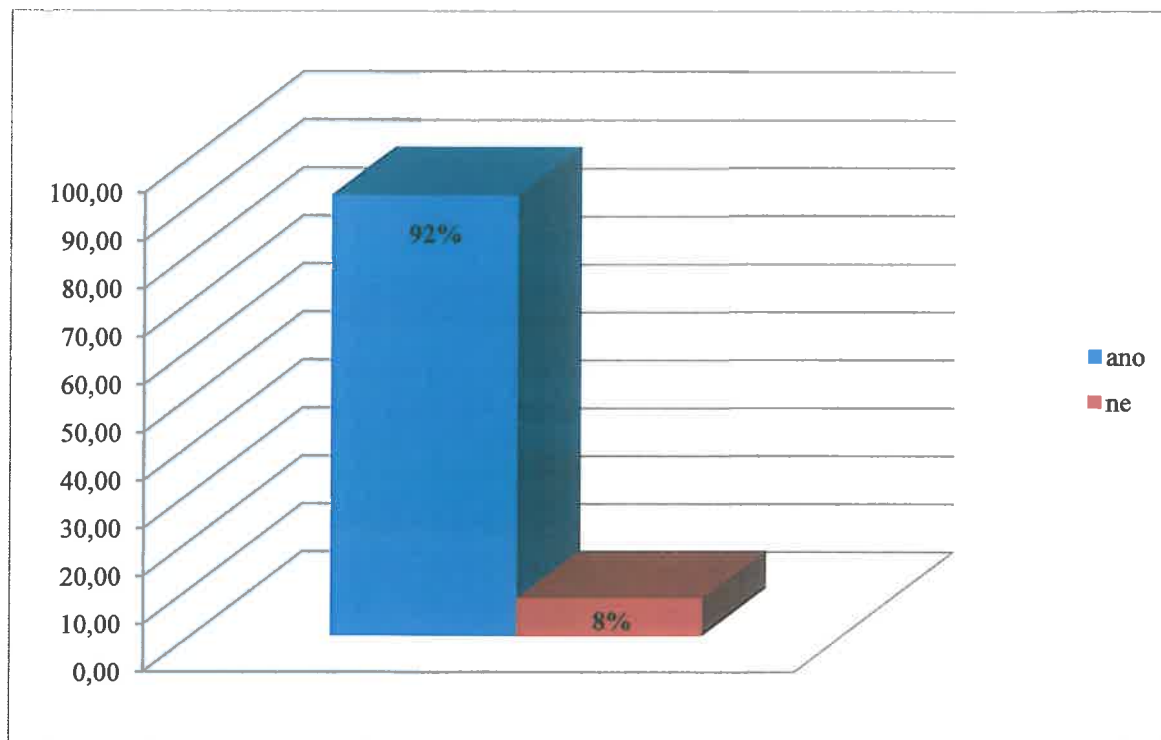


Zdroj: vlastní

Tento graf ukazuje, že jako převažující pocity při vlastní hospitalizaci zažívalo 30% (27 dotázaných) strach a úzkost, 21% (18 dotázaných) ztrátu identity, 2% (2 dotázaní) strach ze smrti, 30% (27 dotázaných) spokojenost a důvěru a 17% (15 dotázaných) odpovědělo, že nebylo hospitalizováno.

### Graf č.12: Důvěra zdravotníka - pacienta ošetřujícím personálu

Otázka č.12: Důvěřoval/a jste ošetřujícím personálu?



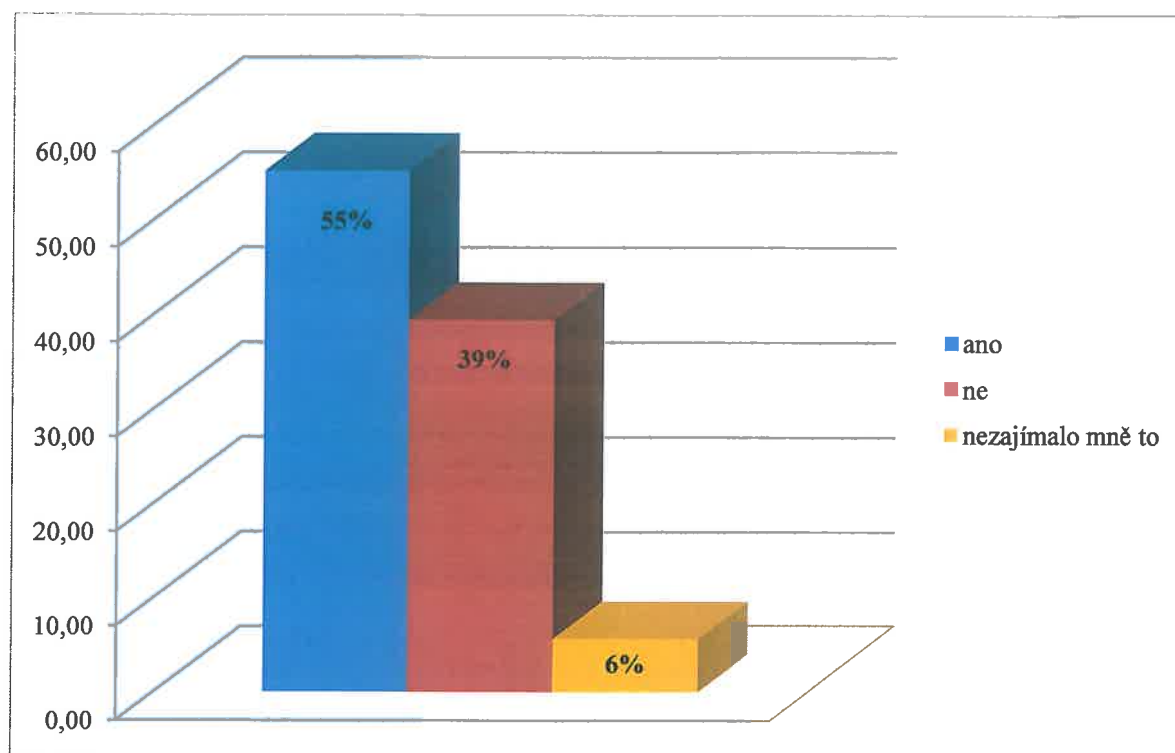
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů udává 92% (82 dotázaných), že v průběhu léčby důvěřovali ošetřujícím personálu, pouze 8% (7 dotázaných) ošetřujícím personálu nedůvěřovalo. Z grafu jednoznačně vyplývá, že většina zdravotníků - pacientů ošetřujícím personálu důvěřovala.



### Graf č.13: Kontrola práce ošetřujícího personálu zdravotníkem - pacientem

Otázka č.13: Kontroloval/a jste jako zdravotník - pacient práci ošetřujícího personálu ?

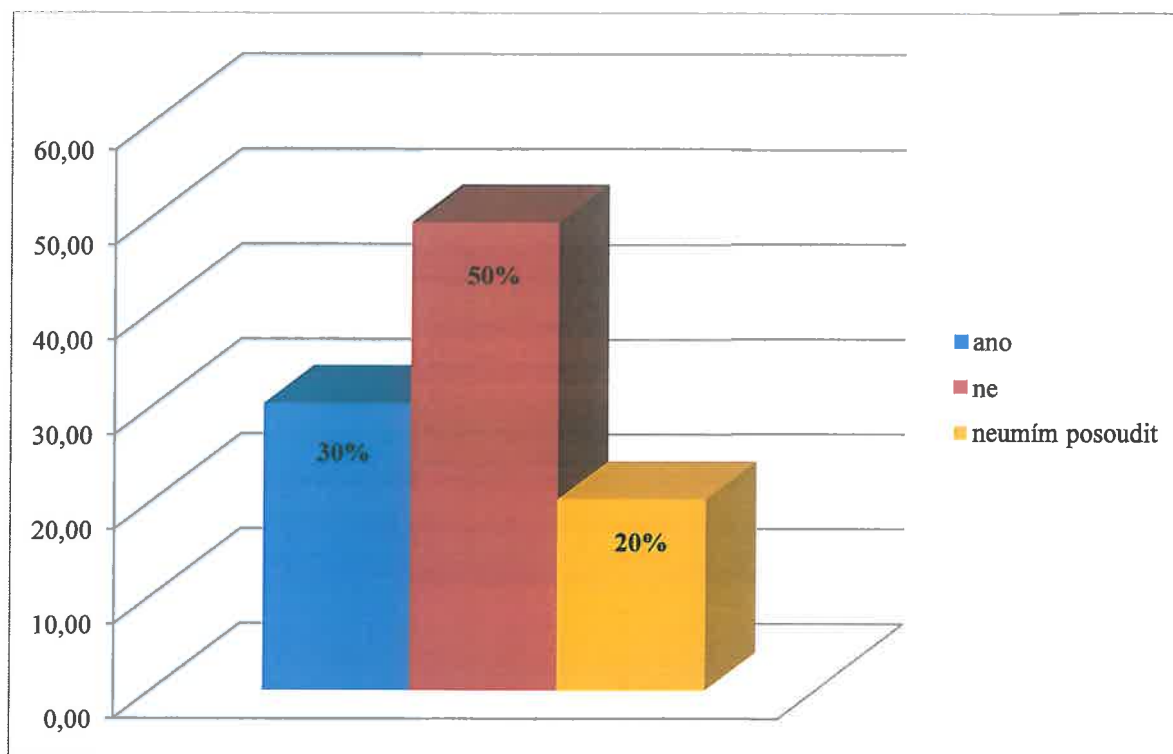


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů udává 55% (49 dotázaných), že v průběhu léčby kontrolovalo práci ošetřujícího personálu, 39% (35 dotázaných) práci ošetřujícího personálu nekontrolovalo a 6% (5 dotázaných) udává, že o tuto kontrolu neměli zájem.

#### Graf č.14: Výhody zdravotníka - pacienta ve zdravotnickém zařízení

Otázka č.14: Pociťoval/a jste z pozice zdravotníka - pacienta ve zdravotnickém zařízení nějaké výhody?

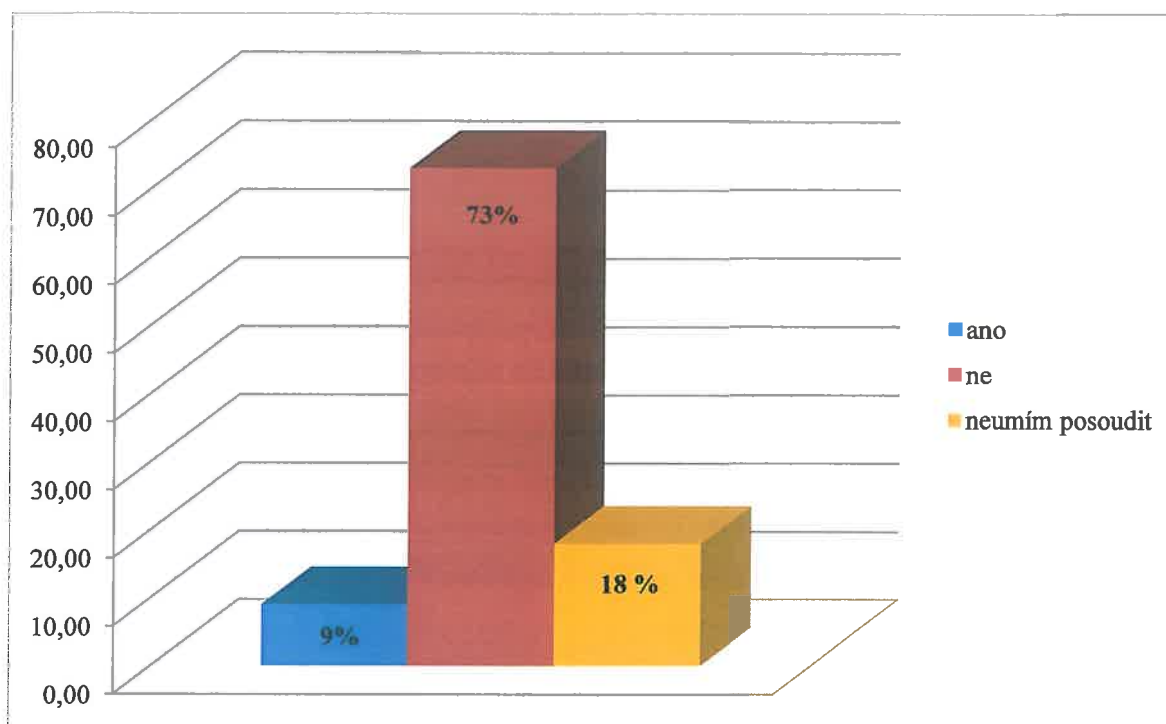


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů udává 30% (27 dotázaných), že pociťovali v pozici zdravotníka - pacienta ve zdravotnickém zařízení výhody (nejčastěji respondenti uvádějí jako výhodu znalost prostředí, přístup kolegů, možnost výběru operátora nebo ohleduplnější přístup personálu) 50% (44 dotázaných) žádné výhody nepociťovalo a 20% (18 dotázaných) udává, že případné výhody neumělo posoudit.

### Graf č.15: Nevýhody zdravotníka - pacienta ve zdravotnickém zařízení

Otázka č.15: Pociťoval/a jste z pozice zdravotníka - pacienta ve zdravotnickém zařízení nějaké nevýhody?

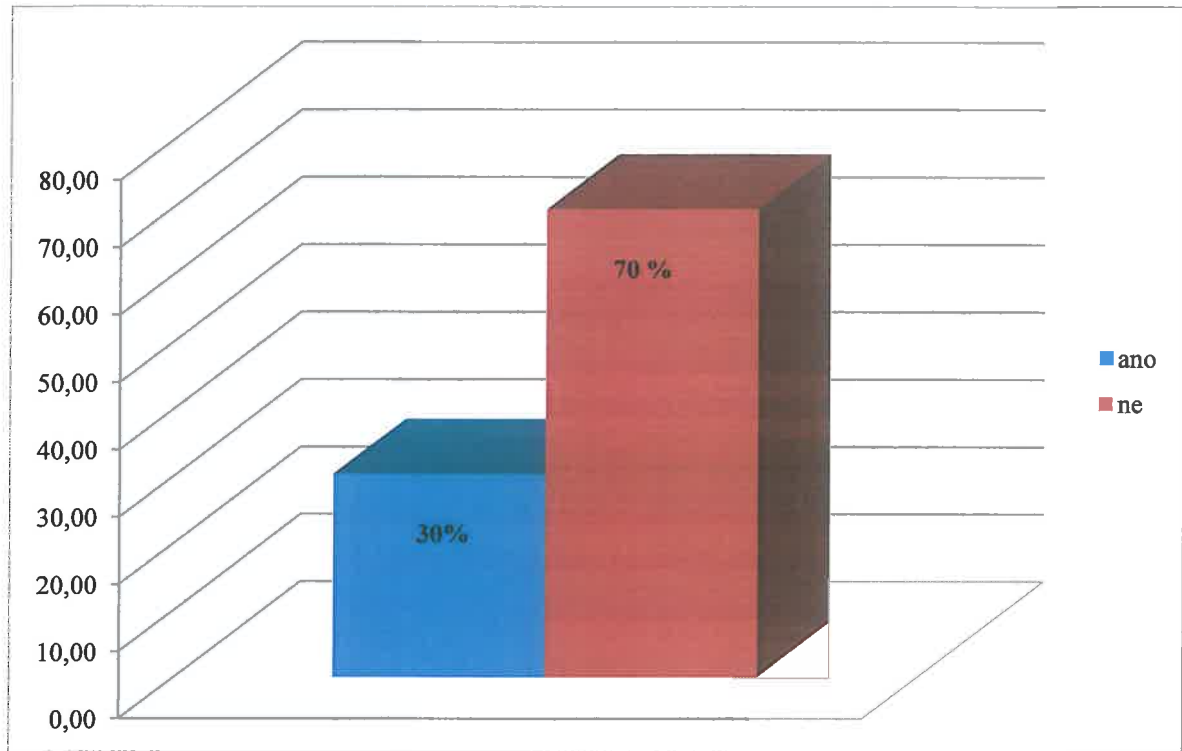


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů udává pouze 9% (5 dotázaných), že pociťovali v pozici zdravotníka - pacienta ve zdravotnickém zařízení nevýhody (nejčastěji respondenti uvádějí jako nevýhodu znalost případných léčebných rizik a nedostatek aktuálních informací o svém zdravotním stavu) 73% (65 dotázaných) žádné výhody nepociťovalo a 18% (16 dotázaných) udává, že případné výhody neumělo posoudit.

### Graf č.16: Sebereflexe zdravotníka v roli pacienta

Otázka č.16: Uvědomil/a jste si jako pacient chyby ve své práci zdravotníka?

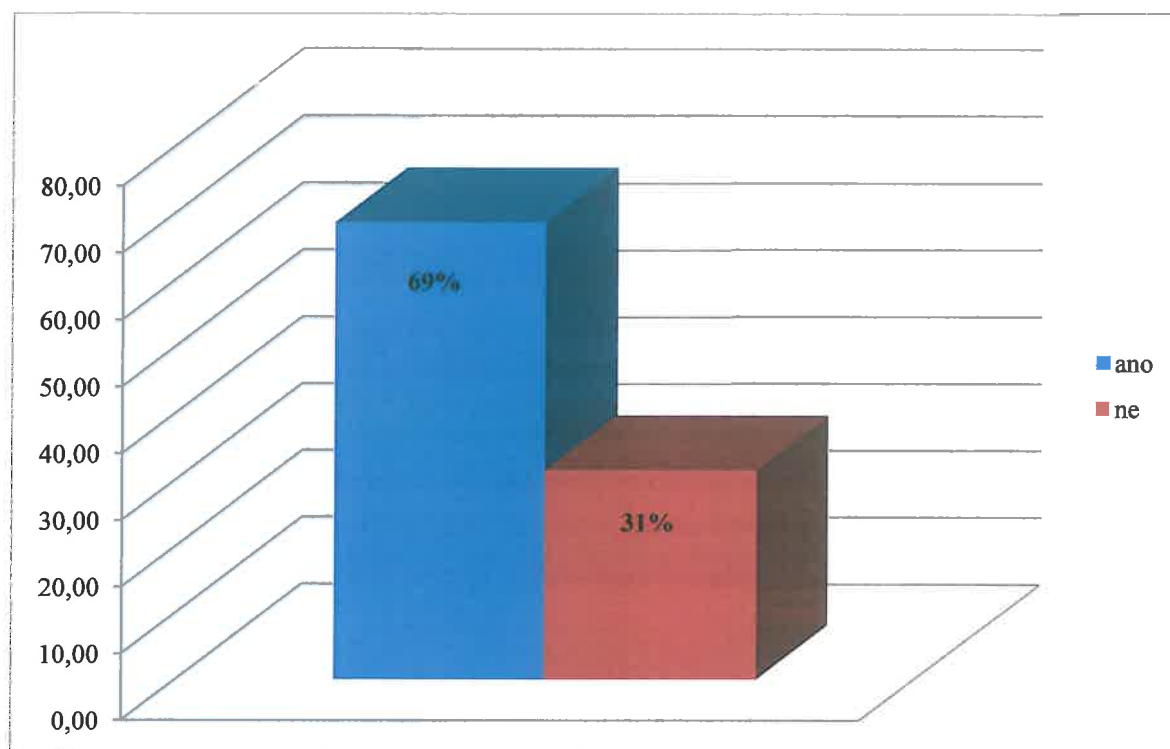


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů udává pouze 30% (27 dotázaných), že si uvědomilo na základě role zdravotníka - pacienta chyby ve své práci zdravotníka a naopak 70% (62 dotázaných) si své případné chyby neuvědomilo.

### Graf 17: Vliv role zdravotníka - pacienta na profesionální přístup k pacientům

Otázka 17: Ovlivnila zkušenost s rolí pacienta Váš profesionální přístup k pacientům?

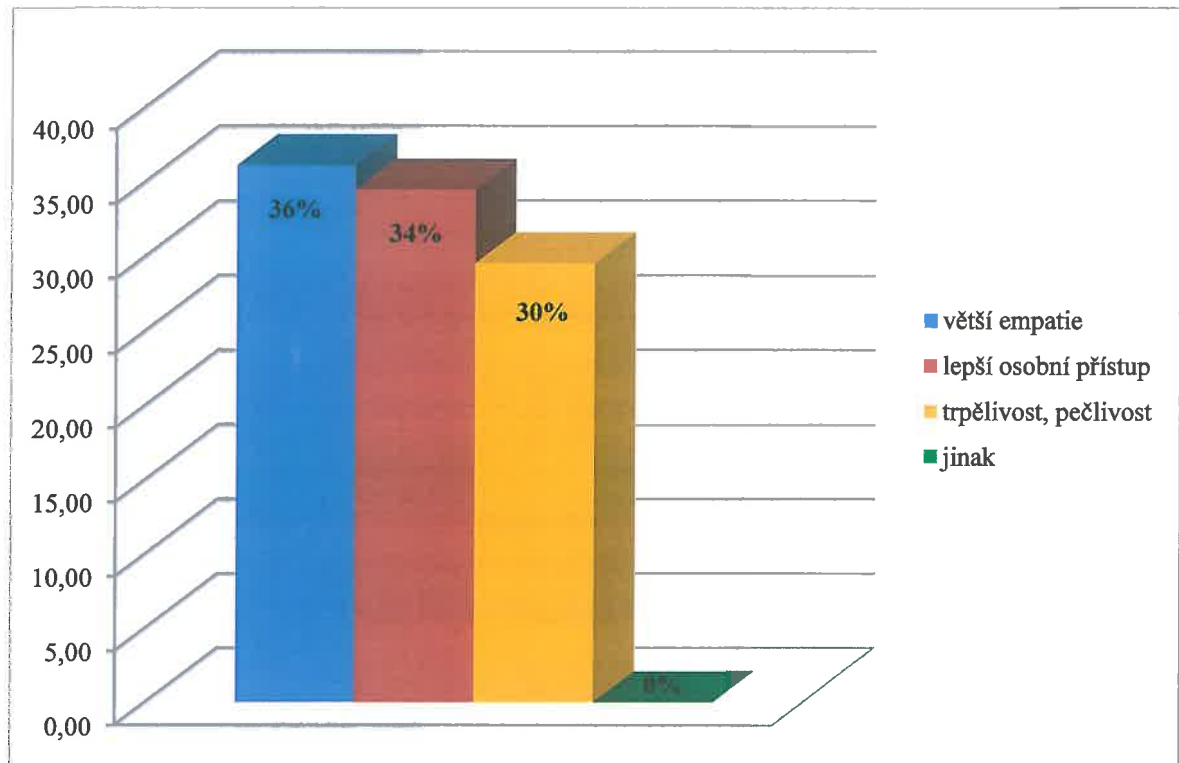


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů udává 69% (61 dotázaných), že zkušenost s rolí zdravotníka - pacienta ovlivnila profesionální přístup k pacientům v jejich další práci a naopak pouze 31% (28 dotázaných) uvádí, že je tato zkušenost v další práci neovlivnila.

### Graf 18: Konkrétní vlivy role zdravotníka - pacienta na další práci zdravotníka

Otázka 18: V případě, Vás role pacienta ovlivnila, jak konkrétně ?

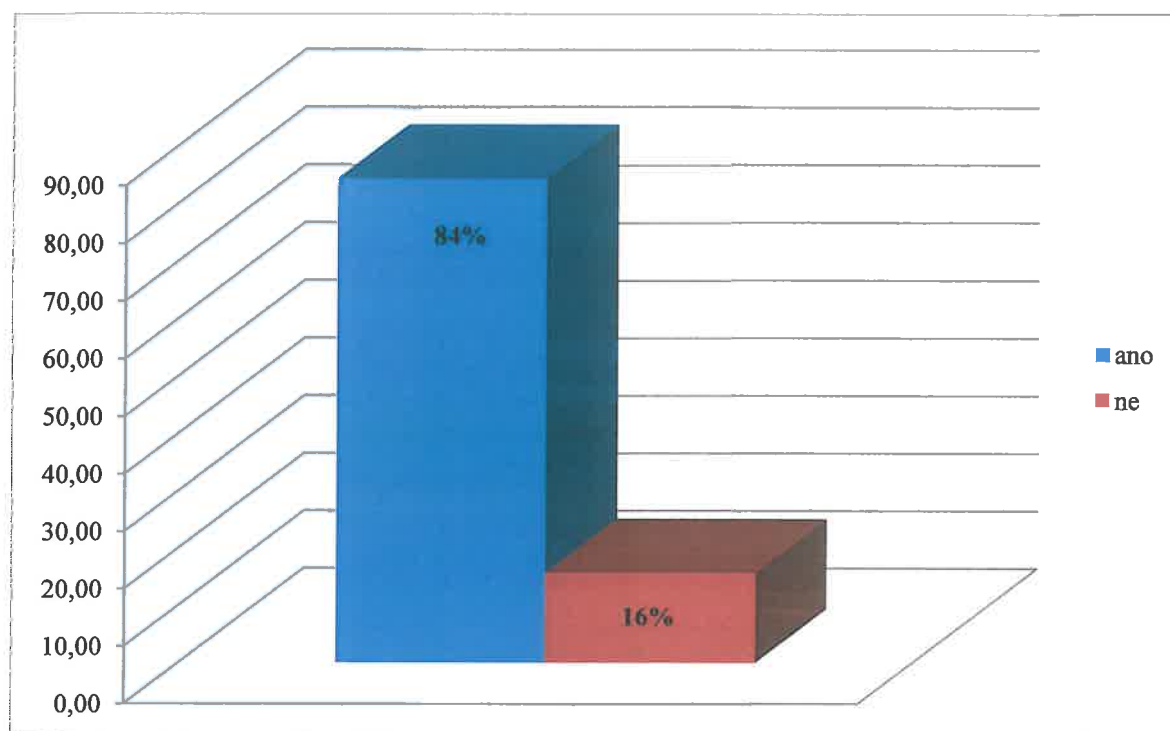


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů, kteří v otázce č.17 uvedli kladnou odpověď (celkem 61 dotázaných) uvedlo 36% (22 dotázaných), že zkušenost s rolí zdravotníka - pacienta ovlivnila jejich profesionální přístup k pacientům větší empatií, 34% (21 dotázaných) uvádí, že je tato zkušenost ovlivnila k lepšímu přístupu k pacientům a 30% (18 dotázaných) uvádí ovlivnění ve smyslu větší trpělivosti a pečlivosti při práci s pacienty. jiný typ ovlivnění neuvedl nikdo z dotazovaných.

### Graf 19: Pochopení pro pacienty

**Otázka 19: Máte po své vlastní zkušenosti v roli pacienta pro pacienty větší pochopení?**

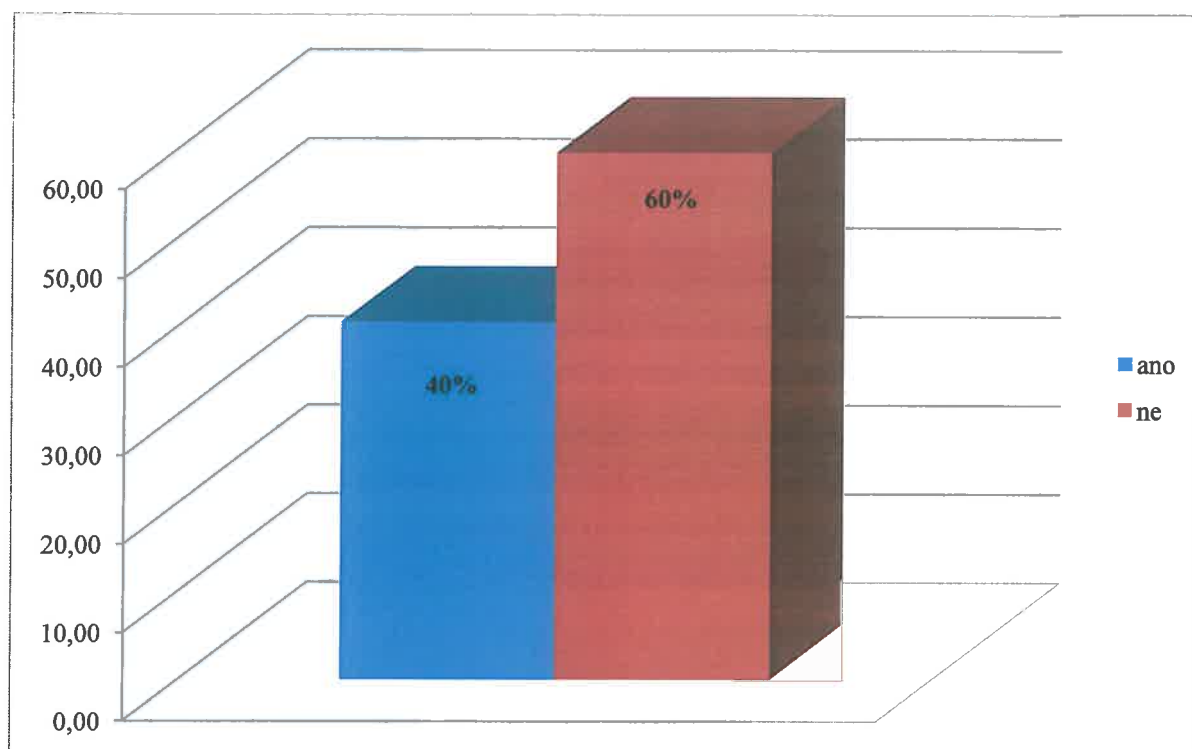


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů udává 84% (75 dotázaných), že po zkušenosti s rolí zdravotníka - pacienta mají ve své další práci větší pochopení pro pacienty a pouze 16% (14 dotázaných) odpovídá, že větší pochopení pro pacienty touto zkušeností nezískali.

## Graf 20: Zájem ošetřujícího personálu o zdravotníka - pacienta

Otázka 20: Očekával/a jste jako zdravotník - pacient větší zájem od ošetřujícího personálu?



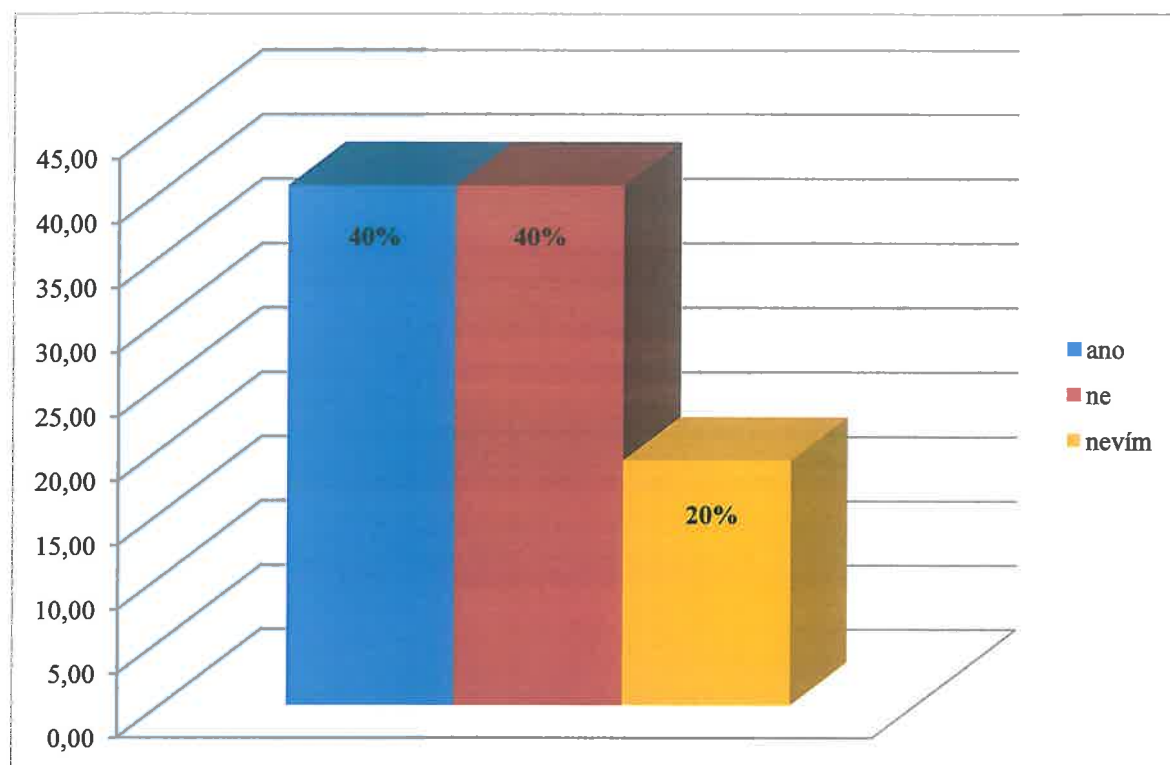
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů udává 40% (36 dotázaných), že jako zdravotník – pacient očekávalo větší zájem od ošetřujícího personálu s 60% (53 dotázaných) odpovídá, že větší zájem neočekávalo.



### Graf 21: Dostupnost informací na téma zdravotník - pacient

Otázka 21: Je pro zdravotníky dostatek informací na téma přístupu k pacientovi - zdravotníkovi?

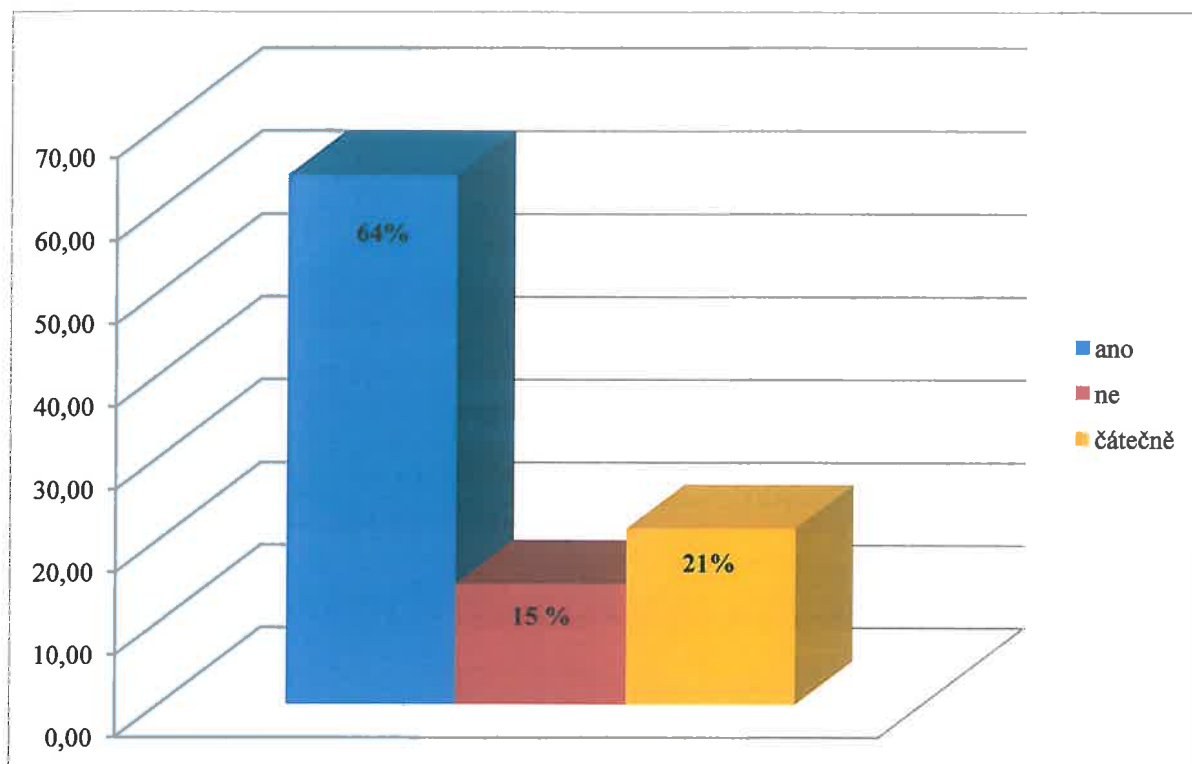


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů odpovědělo 40% (36 dotázaných), že dle jejich názoru je dostatek informací na téma přístupu ke zdravotníkovi – pacientovi, 40% (36 dotázaných se domnívá, že těchto informací dostatek není a 20% (17 dotázaných) neví.

## Graf 22: Přístup zdravotníka jako pacienta k léčbě

### Otázka 22: Dodržujete všechna léčebná doporučení?

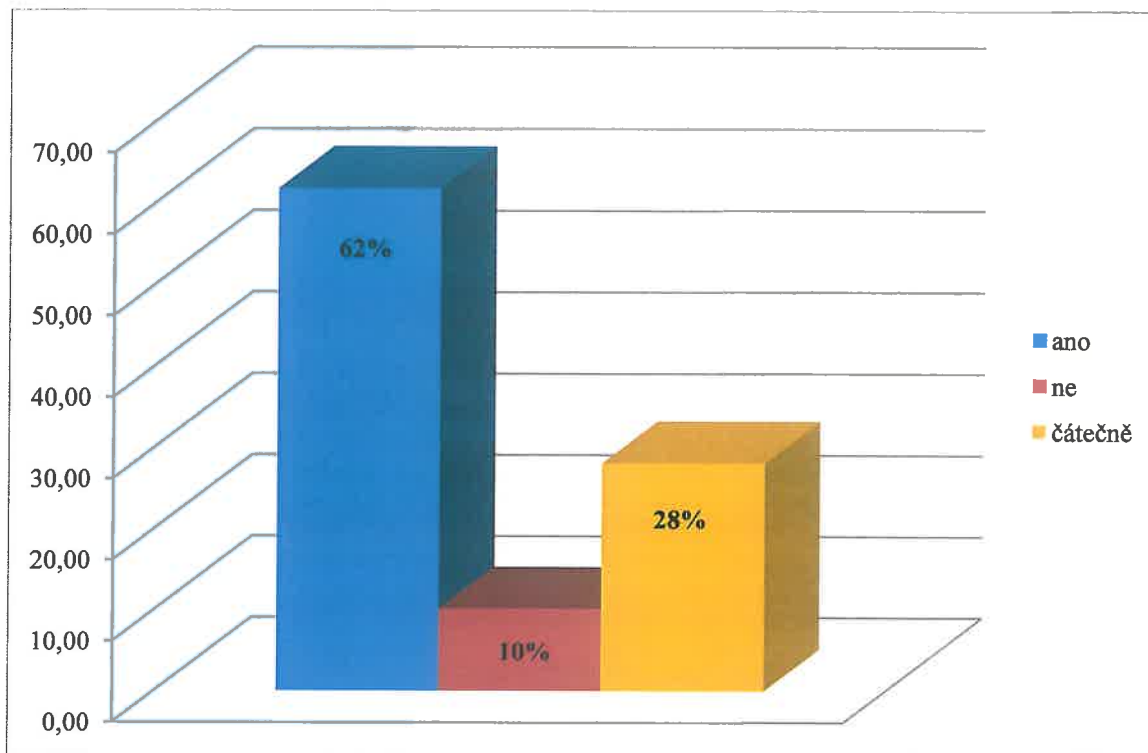


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů odpovědělo 64% (57 dotázaných), že léčebná doporučení dodržuje, pouze 15% (13 dotázaných) tato doporučení nedodržuje a 21% (19 dotázaných) je dodržuje pouze částečně.

### Graf 23: Výhoda znalosti nemocničního prostředí pro zdravotníka - pacienta

Otázka 23: Je znalost nemocničního prostředí pro zdravotníka - pacienta výhodou?

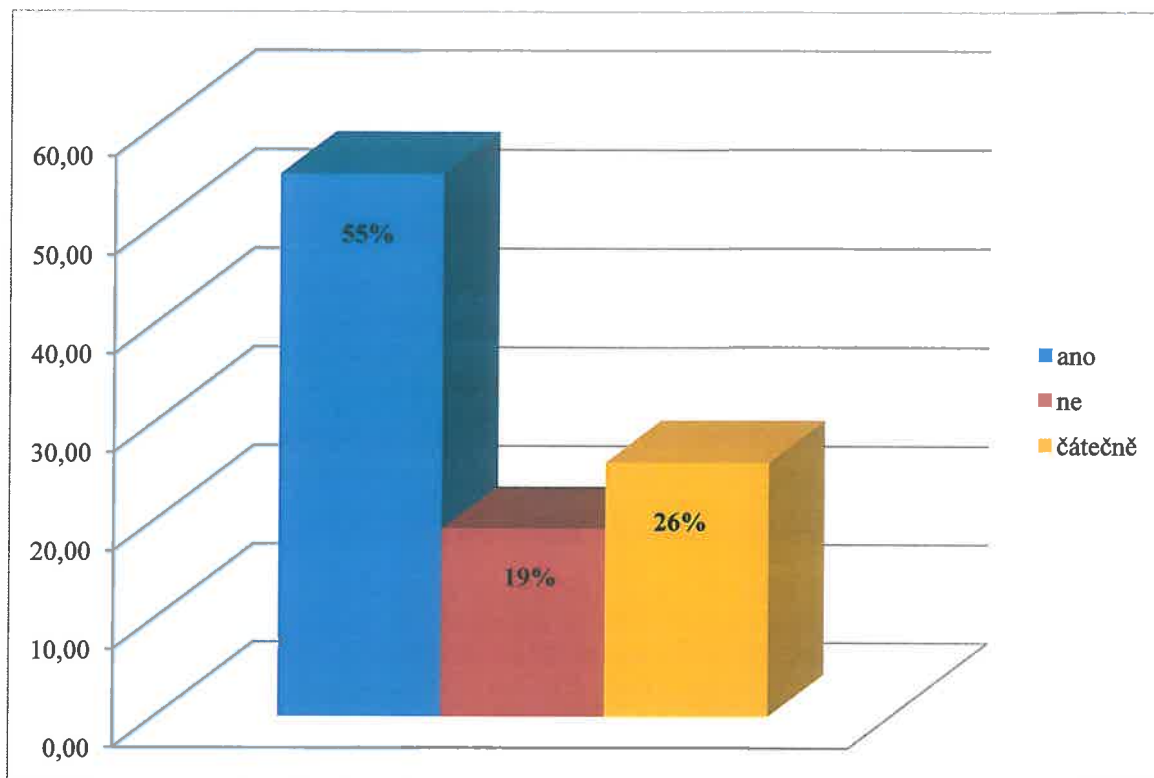


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů odpovědělo 62% (55 dotázaných), že dle jejich názru je znalost nemocničního prostředí pro zdravotníka - pacienta výhodou, pouze 10% (9 dotázaných) to za výhodu nepovažuje a podle 28% (25 dotázaných) je znalost nemocničního prostředí pro zdravotníka - pacienta pouze částečnou výhodou.

## Graf 24 Výhoda znalosti diagnostických a léčebných postupů pro zdravotníka - pacienta

Otázka 24 Je znalost diagnostických a léčebných postupů pro zdravotníka - pacienta výhodou?



Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů odpovědělo 55% (49 dotázaných), že dle jejich názoru je znalost diagnostických a léčebných postupů pro zdravotníka - pacienta výhodou, 19% (17 dotázaných) to za výhodu nepovažuje a podle 26% (23 dotázaných) je znalost diagnostických a léčebných postupů pro zdravotníka - pacienta pouze částečnou výhodou.

## DISKUSE

V teoretické části mé bakalářské práce na téma "Zdravotník jako pacient" jsem se věnovala obecnému pohledu na zdraví, nemoc a přijímání změny zdravotního stavu člověka, ale především zdravotníka. Součástí tohoto pohledu jsou názory a snaha o vytvoření definice zdraví a nemoci, pohled na reakci pacienta na nově vzniklou situaci, jakou je nemoc. Do teoretické části jsem vložila i úvahu o úloze všeobecné sestry, která je vnímána především jako nositelka péče o zdraví a lékaře, jako toho, kdo léčí a uzdravuje. Hlavním tématem práce je však situace, kdy se ze zdravotníka stává pacient a ocitne se v roli běžného pacienta, který je závislý na pomoci jiného zdravotníka - kolegy. V práci jsem zjišťovala pohled ze strany zdravotníka - pacienta zejména na jemu poskytnutou ošetrovatelskou péči, na práci a celkový přístup zdravotníků.

Praktickou část bakalářské práce jsem směřovala tak, abych svým dotazníkovým výzkumem potvrdila stanovené cíle, které jsem si pro svou práci zadala a zároveň vyvrátila nebo potvrdila mnou dané hypotézy. Vlastní výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření, kterým bylo osloveno 100 respondentů ze zdravotnického prostředí. Celkem bylo vráceno 89 správně vyplněných dotazníků z tohoto počtu bylo 21 respondentů mužů (24%) a 68 respondentů žen (76%). Respondenti zastupovali lékařské i nelékařské profese, 25 (28%) respondentů jsou lékaři a lékařky a 64 (72%) respondentů bylo z řad nelékařských pracovníků (ošetrovatelský personál a laboranti). Otázky č.1, 2, 3 a 4 byly zaměřeny na identifikaci dotazovaných, další otázky z dotazníkového šetření jsou zaměřeny na dosažení stanovených cílů a na potvrzení nebo případné vyvrácení vyřčených hypotéz.

Cílem číslo 1 bylo znát názor zdravotníka - pacienta na poskytnutou ošetrovatelskou péči. K tomuto cíli se vztahovaly otázky číslo 7, 8, 9, 10, 12.

V literatuře někteří autoři upozorňují na skutečnost, že je velmi obtížné měřit spokojenost hospitalizovaných pacientů, kteří jsou v akutní fázi nemoci, protože s akutní atakou některých nemocí bývá spojený kognitivní deficit zásadně ovlivňující pacientovu schopnost relevantně odpovídat a reagovat na nově vzniklou situaci, kterou je nemoc nebo hospitalizace (Maffei, 2003).

Ze zpracování a vyhodnocení otázek dotazníku vyplynulo, že zdravotník, který se ocitl v roli pacienta hodnotí veškerou poskytnutou ošetrovatelskou péči v době nemoci, jako velmi kvalitní a vysoce profesionální. Kladně zde odpovědělo 44% respondentů.

Nejvíce byla v otázce č.9 oceněna informovanost, kdy 59% dotazovaných odpovědělo, že obdrželi zcela dostatečné informace. Sdílím stejný názor jako respondenti, protože jsem sama již několikrát byla v roli pacienta a péče kolegů byla důsledná, vysoce profesionální a citlivá. Jen malá část, 3% dotazovaných respondentů se domnívá, že ošetrovatelská péče a přístup personálu v době jeho nemoci byl lhostejný a na nízké profesionální úrovni. Tyto názory dokazují, jak náročným klientem pro ošetřující personál je zdravotník v roli pacienta. Jde o vztah kolegů, ale zároveň je to nerovný vztah pacienta a lékaře nebo všeobecné sestry, kdy je sám zdravotník závislý na pomoci svých kolegů. Přesto na otázku č.12 odpovědělo 92% dotazovaných o plné důvěře v ošetřující personál, zároveň však podle otázky č.13 celých 55% respondentů při poskytování lékařské nebo ošetrovatelské péči kontrolovalo jejich práci a správnost postupů. Myslím si, že i když se ocitne zdravotník v roli pacienta, stále zůstává profesionálem. **Cíl č.1 byl dosažen a hypotéza č.1 byla potvrzena.**

Druhým cílem bylo zmapovat, jaký přístup má ošetřující personál ke zdravotníkovi - pacientovi. Otázky č. 11, 13, 14, 15, 20, 22, 23, 24 se vztahovaly k tomuto cíli. Jak vyplývá z odpovědí na otázku č.14, 50% zdravotníků nepocíťovalo žádné výhody v průběhu hospitalizace nebo během vyšetření ve zdravotnickém zařízení ze své pozice pacienta - zdravotníka, ale zároveň 73% žádné nevýhody ve zdravotnickém zařízení nepocíťovalo, jak odpovědělo v otázce č.15. Vyhodnocením odpovědí na otázku č.20 jsem byla překvapena. Domnívala jsem, že zdravotník - pacient bude očekávat poněkud odlišný zájem a přístup ze strany kolegů zdravotníků. Svůj předpoklad jsem založila na vlastní zkušenosti z přístupu kolegů zdravotníků. Dle vyhodnocení odpovědí, většina respondentů zvolila odpověď zápornou, neočekávala zvýšený zájem ani jiný přístup ke své osobě. Výhodou zdravotníka - pacienta oproti jiným pacientům by měla být znalost prostředí, ve kterém probíhá vyšetření nebo hospitalizace. Tuto domněnku potvrdily i odpovědi na otázku č.23, kdy 62% respondentů odpovědělo kladně. Zároveň 55% zdravotníků považuje jako svou výhodu znalost diagnostických a léčebných postupů. Tyto závěry, které vyplynuly z odpovědí na otázky v dotazníku mě přesvědčily o jisté nestandardnosti zdravotníka v roli pacienta, **dosáhly tak 2. cíl mé bakalářské práce a potvrdily tak i hypotézu č.2.**

Třetím a posledním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda role pacienta ovlivnila zdravotníka v jeho další práci a dosažením tohoto cíle zároveň potvrdit či vyvrátit třetí stanovenou hypotézu. V této závěrečné fázi praktické části jsem dotazníkové

otázky směřovala a formulovala tak, abych se dozvěděla, zda zkušenost s rolí pacienta má vliv na profesi zdravotníka. Většina dotázaných 69% odpověděla, že mají po vlastní zkušenosti s rolí pacienta nyní v praxi pro pacienty větší pochopení a zlepšila přístup k nemocným. Nejvíce dotázaných 36% uvedlo zlepšení v empatii, vcítění se do pocitů pacientů, téměř stejný počet 34% zdravotníků označil lepší osobní přístup a poslední třetí skupina, 30% označila větší trpělivost a pečlivost. V otázce č.16 jsem se ptala, zda si zdravotník v roli pacienta uvědomil vlastní chyby, které jako profesionál zaznamenal během svého vyšetření nebo hospitalizace v práci svých kolegů zdravotníků. Při pokládání této otázky jsem vycházela z vlastní zkušenosti pacienta, kdy některé situace při mém dlouhodobém pobytu v nemocnici byly velmi nepříjemné a neprofesionální. Současně jsem si uvědomila, že některé chyby jsem ve své zdravotnické praxi dělala stejně jako ostatní kolegové. Proto jsem předpokládala, že stejně jako já si i ostatní zdravotníci tyto zcela běžné, ale podstatné chyby uvědomí. Většina zdravotníků 70% však odpověděla na tuto otázku záporně. Na otázku č.21, která se týkala dostatku informací na téma přístupu k pacientovi-zdravotníkovi odpověděli respondenti shodně. Ano a ne odpovědělo 40% dotazovaných. Při hledání literatury pro svou bakalářskou práci jsem zjistila, že na toto konkrétní téma nelze najít knihu nebo skriptu. Vypadá to jako kdyby nikdo nepředpokládal, že zdravotníci se mohou ocitnout v roli pacienta a být tak ve stejné pozici jako běžný pacient. Z většiny odpovědí na položené otázky vyplynulo, že zkušenost s rolí pacienta ovlivnila zdravotníky v jejich další práci a tím byl **dosažen i 3.cíl mé bakalářské práce a potvrzena i 3. hypotéza.**

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci na téma “ Zdravotník jako pacient” jsem se pokusila vymezit pojmy zdraví a nemoc, snažila jsem se nastínit psychologický přístup k nemocnému. Okrajově jsem se v práci dotkla i problému komunikace mezi zdravotníkem a pacientem. Zdraví je to nejcennější, co člověk má. Existuje řada definic, které přesně vymezují pojem zdraví. Názory na zdraví se vyvíjely stejně jako se vyvíjela společnost. Nemoc je vybočením z normálu, za který je považováno zdraví. Ocitne-li se člověk v roli pacienta dostává se do zcela neznámé situace, ve které se musí zorientovat a naučit se s touto novou skutečností žít. Přijímání nemoci jako součást svého života probíhá u každého jedince zcela odlišně a individuálně. Velmi záleží i na předchozí zkušenosti, kterou získal během dřívější nemoci a tím i setkáním se zdravotníky.

Ocitne-li se v roli pacienta sám zdravotník, určitě ho tento nový stav zaskočí a zastihne ho většinou zcela nepřipraveného neznámou situací řešit. Zpravidla si z pozice zdravotníka odmítáme přiznat, že jsme se stali pacientem. V tomto okamžiku ztrácí zdravotník - pacient možnost rozhodování, ale vlastní znalost problematiky onemocnění, může usnadnit průběh terapie, diagnostiky a následného vyléčení. Jedinou výhodou je znalost prostředí ve kterém se zdravotník jako pacient náhle ocitne. V průběhu léčebného procesu si zdravotník - pacient všimá i věcí profesionálního charakteru. Zdravotní stav zdravotníka není lepší než stav běžné populace, spíše naopak, je tak o repudiační proces (popírání). Důležitý je přístup ze strany kolegů zdravotníků, kteří, jak vyplynulo z praktické části, podávají zcela dostatečné informace, chovají se výhradně profesionálně a zdravotník jako pacient má plnou důvěru v jejich péči.

V roli pacienta si hodně zdravotníků uvědomí, jak se člověk, který se náhle stane sám nemocným, asi cítí. Nestačí si však tento problém pouze uvědomit, je potřeba získané zkušenosti využít a umět převést do praxe.

Doufám, že nad otázkami dotazníku mé bakalářské práce se někteří respondenti zamysleli a uvědomili si, jak důležitý je přístup nejen ke zdravotníkovi v roli pacienta, ale především k běžnému nemocnému. Být profesionálem v každé situaci se od zdravotníků očekává a přidá-li více empatie, pozornosti a ohleduplnosti, bude nemocný spokojenějším klientem.



## LITERATURA A PRAMENY

- 1 ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. 1.vyd., Praha:Grada Publishing, a.s.,2012. 128s. ISBN 978-80-247-4119-2.
- 2 ASBJORN, O.Faleide., LILLEBA, B.Lian., A KOL. *Vliv psychiky na zdraví*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing ,a.s.,2010. 240s. ISBN 978-80-247-2864-3.
- 3 BOUČEK, Jaroslav. *Lékařská psychologie*. 1.vyd.,Olomouc:Univerzita Palackého, 2006.141s. ISBN 80-244-1501-1.
- 4 BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*.6.vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 188s ISBN 80-247-1197-4.
- 5 KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5.
- 6 KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o.,2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.
- 7 KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3.vyd., Praha: Portál, 2009. 280s. ISBN 978-80-7367-568-4
- 8 MAFFEI, C-SHEA, J-STEVART,M. *Measuring Patient Satisfaction. Psychiatric Seruces*. 2003. vol.54. no 10. ISSN 1075-2730.
- 9 PETER-KUHLINGER, Gabriele. *Komunikační a jiné“měkké“dovednosti:využijte svůj potenciál,rozviňte své soft skills a staňte se úspěšnějším*.1.vyd.Praha: Grada, 2007. 105s . ISBN 978-80-247-2145-3.
- 10 LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s.,2007. 152s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- 11 RAUDENSKÁ, Jaroslava a JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1.vyd.,Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 304s . ISBN 978-80-247-2223-8.
- 12 SKÁCELOVÁ, Zdeňka. *Zdravotník v roli pacienta*. [On line.]dspace.k .utb.cz/bitstream/handle/10563/7856/skácelová\_2009\_bp.pdf\_?sequence=1
- 13 STAŇKOVÁ, Marie. *České ošetrovatelství II-sestra,reprezentant profese*. 1.vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78s ISBN 80-7013-168-6.

- 14 TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd.,Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 185s. ISBN 80-7013-324-4.
- 15 VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
- 16 VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X
- 17 VYMĚTAL,Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací:efektivní komunikace v praxi*.1.vyd., Praha: Grada, 2008. 322s ISBN 978-247-2614-4.
- 18 WLD HETH ORG.:*Healt 21-health for all in the 2 st. century. The helth for all policy framework for the WHO Regionale. Office for Europe.*,Copenhagen 1999.
- 19 ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- 20 ZDRAVÍ 21.,[On line.] <http://cs.wikipedia.org/wiki/zdrav96C396ADwwwsos-ub.cz/proj.06lekce4/hyp9.htm>

## SEZNAM GRAFŮ

- Graf č.1 - Identifikace respondentů
- Graf č.2 - Pracovní zařazení respondentů
- Graf č.3 - Pracoviště respondentů
- Graf č.4 - Zdravotník v roli pacienta
- Graf č.5 - Absolvovaný typ léčby zdravotníka - pacienta
- Graf č.6 - Volba zdravotnického zařízení
- Graf č.7 - Jednání při příjmu ve zdravotnickém zařízení
- Graf č.8 - Možnost volby pokoje ve zdravotnickém zařízení
- Graf č.9 - Informace od ošetřujícího personálu
- Graf č.10 - Přístup ošetřujícího personálu
- Graf č.11 - Převažující pocity zdravotníka - pacienta v době hospitalizace
- Graf č.12 - Důvěra zdravotníka - pacienta ošetřujícímu personálu
- Graf č.13 - Kontrola práce ošetřujícího personálu zdravotníkem - pacientem
- Graf č.14 - Výhody zdravotníka - pacienta ve zdravotnickém zařízení
- Graf č.15 - Nevýhody zdravotníka - pacienta ve zdravotnickém zařízení
- Graf č.16 - Sebereflexe zdravotníka v roli pacienta
- Graf č.17 - Vliv role zdravotníka - pacienta na jeho profesionální přístup k pacientům
- Graf č.18 - Konkrétní vlivy role zdravotníka - pacienta na další práci zdravotníka
- Graf č.19 - Pochopení pro pacienty
- Graf č.20 - Zájem ošetřujícího personálu o zdravotníka - pacienta
- Graf č.21 - Dostupnost informací na téma zdravotník - pacient
- Graf č.22 - Přístup zdravotníka - pacienta k léčbě
- Graf č.23 - Výhoda znalosti nemocničního prostředí pro zdravotníka - pacienta
- Graf č.24 - Výhoda znalosti diagnostických a léčebných postupů pro zdravotníka - pacienta

## **SEZNAM ZKRATEK**

WHO - World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace

# SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha 1 - Dotazník**

# PŘÍLOHA 1

## Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,  
v současné době jsem studentkou 3.ročníku kombinované formy studia oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Pro vypracování své bakalářské práce jsem zvolila téma „Zdravotník jako pacient“ a nedílnou součástí této závěrečné práce je i praktický výzkum.

Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění předloženého dotazníku, pomocí kterého bych ráda zjistila vlastní názory a zkušenosti zdravotníků s rolí pacienta (u každé z otázek prosím označte křížkem pouze jednu Vámi zvolenou odpověď nebo stručně doplňte).

Dotazník je zcela anonymní a výsledky tohoto výzkumu budou využity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Za čas, věnovaný vyplnění dotazníku, předem děkuji.

Ilona Výchová, odd. ARIM - anestezie, KKN a.s.

1. Jste
  - muž
  - žena
2. V jaké pozici jako zdravotník pracujete?
  - lékař/lékařka
  - nelékařský pracovník
3. Na jakém oddělení jako zdravotník pracujete?
  - ambulantním oddělení
  - lůžkovém oddělení
4. Ocitl/a jste se někdy v roli zdravotníka - pacienta?
  - ano
  - ne
5. Jaký typ léčby jste jako zdravotník - pacient absolvoval/a?
  - vyšetření
  - plánovanou hospitalizaci
  - akutní hospitalizaci
6. Zvolil/a jste si zdravotnické zařízení na základě svých zkušeností zdravotníka?
  - ano
  - ne
7. Jak s Vámi, jako se zdravotníkem - pacientem, jednali při příjmu ve zdravotnickém zařízení?
  - standartně
  - nadstandartně
  - neumím posoudit

8. Měl/a jste v případě hospitalizace možnost volby pokoje?
- ano
  - ne
  - nebyl/a jsem hospitalizován/a
9. Jaké byly informace od ošetřujícího personálu?
- nadprůměrné
  - zcela dostatečné
  - nedostatečné
  - žádné
10. Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?
- nadstandardní
  - standardní, profesionální
  - osobní
  - vstřícný, empatický
  - nedostatečný
  - lhostejný
11. Jaké převažující pocity jste měl/a v době hospitalizace?
- strach, úzkost
  - ztráta identity
  - strach ze smrti
  - spokojenost, důvěra
  - nebyl/a jsem hospitalizován/a
12. Důvěřoval/a jste ošetřujícímu personálu?
- ano
  - ne
13. Kontroloval/a jste jako zdravotník - pacient práci ošetřujícího personálu?
- ano
  - ne
  - nezajímalo mě to
14. Pociťoval/a jste z pozice zdravotníka - pacienta ve zdravotnickém zařízení nějaké výhody?
- ano (doplňte jaké) .....
  - ne
  - neumím posoudit
15. Pociťoval/a jste v pozici zdravotníka - pacienta ve zdravotnickém zařízení nějaké nevýhody?
- ano (doplňte jaké).....
  - ne
  - neumím posoudit

16. Uvědomil/a jste si jako pacient chyby ve své práci zdravotníka?
- ano
  - ne
17. Ovlivnila zkušenost s rolí pacienta Váš profesionální přístup k pacientům?
- ano
  - ne
18. V případě, že ano, jak konkrétně? (v případě že neovlivnila, pokračujte další otázkou)
- větší empatií
  - lepším osobním přístupem
  - větší trpělivostí, pečlivostí
  - jinak (doplňte jak).....
19. Máte po své vlastní zkušenosti s rolí pacienta větší pochopení pro pacienty?
- ano
  - ne
20. Očekával/a jste jako zdravotník - pacient větší zájem od ošetřujícího personálu?
- ano
  - ne
21. Je pro zdravotníky dostatek informací na téma přístupu ke zdravotníkovi - pacientovi?
- ano
  - ne
  - nevím
22. Dodržujete všechna léčebná doporučení?
- ano
  - ne
  - částečně
23. Je pro zdravotníka - pacienta znalost nemocničního prostředí výhodou?
- ano
  - ne
  - částečně
24. Je pro zdravotníka - pacienta znalost diagnostických a léčebných postupů výhodou?
- ano
  - ne
  - částečně