

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Stresory působící na klienty hospitalizované na jednotkách intenzivní  
péče a standardních odděleních**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šulěřová

Autor práce: Lenka Černá, DiS.

2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Stresory působící na klienty hospitalizované na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne .....

.....

podpis studenta

### Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat všem, kteří mi pomáhali při vypracování mé bakalářské práce. Děkuji své vedoucí práce Mgr. Kateřině Šulěřové za její cenné rady, drahocenný čas a za to, že mě pomohla úspěšně dokončit tuto práci. Děkuji všem pacientům za jejich ochotu absolvovat se mnou rozhovor a za jejich čas, který mi věnovali, a tím umožnili realizaci mého výzkumu.

Dále bych ráda poděkovala všem hlavním a staničním sestřám, doktorům a zdravotním sestřám, kteří mně umožnili provedení mých rozhovorů na svých odděleních a vždy mi pomohli najít ty správné klienty.

V neposlední řadě bych ráda poděkovala i mé rodině za poskytnutou podporu.

## ABSTRACT

Hospitalization is usually relatively new experience for a client. In this respect much is changing not only in the client's body, but also in his mind. That is why we are right to ask: „What is going on in the mind of a client on coming into the hospital, what influences him here, what is the influence of hospitalization as such?“ Experience of a sick man is determined by a specific role of a man as a patient who is in the process of treatment. The key psychological symptom of a sick man is the limitation and dependence resulting from his illness and relevant therapy, expectations and the necessity to create new relations to the medical staff, his co-patients, from the manner and character of the chosen treatment process, course of the treatment itself and the type of illness. Behaviour of a sick man is also shaped by his fears. He is afraid of pain, negative bodily changes, social changes, isolation and also of the death. Fear can manifest itself in a variety of ways. As each man is an individual, the manifestations of fear which the man feels are unique and varied and the fear can turn into stress.

For the purpose of this bachelor work having the purpose of ascertaining which individual stressors influence the clients during the hospitalization on standard wards and intensive care wards (JIP) we used quantitative research investigation, enquiry method – semi-structured interview. Research set was formed by 8 clients in orthopaedic, neurology, traumatology and cardiology departments, out of whom 4 were in standard wards and 4 in intensive care wards in České Budějovice.

From the detailed results of the research it followed that during hospitalization the clients are influenced by a vast number of stressors which negatively influence their experience and adaptation to the hospital environment. In certain aspects clients of both wards agree on the types of stressors, in others their opinions differ completely. We can quote as an example of stressors: pain, lack of sleep, early morning rising, excessive noise, lack of information, dependence on other people, impossibility to hold important roles, fear of death and many others. However, it is very interesting that the clients admit that some of the stressors are caused by their own behaviour and they feel the necessity to change the same. The fact that one of most important recourses for the clients while coping with this situation is the medical staff and both their verbal and non-verbal expressions is a very positive finding.

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1. Holistický přístup</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2. Stres</b> .....	<b>9</b>
1.2.1. Teorie stresu .....	10
1.2.2. Charakteristika stresu.....	10
1.2.3. Stresory .....	12
1.2.4. Události pokládané za stresory.....	12
1.2.4.1. <i>Nejčastější každodenní stresory</i> .....	13
1.2.4.2. <i>Stresory a zdraví</i> .....	14
1.2.5. Reakce na stresovou situaci .....	15
1.2.5.1. <i>Fáze reakcí na stres</i> .....	16
1.2.5.2. <i>Psychická (nejsem si jistá) reakce na stres</i> .....	17
1.2.5.3. <i>Nespecifická reakce na stres</i> .....	18
1.2.6. Příznaky stresu .....	19
1.2.7. Vliv stresu na zdravotní stav .....	20
1.2.8. Zvládání stresu .....	20
1.2.8.1. <i>Přístupy ke zvládání stresu</i> .....	21
1.2.8.2. <i>Řešení problémů</i> .....	21
1.2.8.3. <i>Řešení pocitů</i> .....	21
1.2.8.4. <i>Využití dostupné sociální opory</i> .....	22
1.2.8.5. <i>Redukce fyziologických reakcí vyvolaných stresem</i> .....	22
1.2.8.6. <i>Účinná opatření proti stresu</i> .....	22
<b>1.3. Nemoc</b> .....	<b>22</b>
1.3.1. Nemoc jako náročná životní situace .....	23
1.3.2. Reakce na náročnou situaci.....	24
<b>1.4. Osobnost pacienta</b> .....	<b>25</b>
<b>1.5. Prostředí nemocnice</b> .....	<b>26</b>
<b>1.6. Hospitalizace</b> .....	<b>27</b>
1.6.1. Role pacienta v nemocnici .....	28
1.6.2. Hospitalizmus.....	30
1.6.3. Vztah mezi zdravotníkem a nemocným.....	31
<b>2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	<b>33</b>
<b>2.1. Cíle práce</b> .....	<b>33</b>
<b>2.2. Výzkumné otázky</b> .....	<b>34</b>
<b>3. METODIKA</b> .....	<b>37</b>
<b>3.1. Metoda sběru dat</b> .....	<b>37</b>
3.1.1. Průběh rozhovorů .....	38
<b>3.2. Výzkumný soubor</b> .....	<b>40</b>
3.2.1. Strategie výběru zkoumaných osob.....	40
3.2.2. Zajištění vstupu do terénu .....	42
3.2.3. Vstup do terénu.....	42

3.2.4.	Charakteristika výzkumného souboru .....	44
3.2.5.	Způsob zpracování dat metoda analýzy dat .....	47
<b>4.</b>	<b>PREZENTACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>49</b>
<b>4.1.</b>	<b>Stres z pohledu klienta/pacienta.....</b>	<b>51</b>
4.1.1.	Definice stresu.....	51
4.1.1.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP .....</i>	<i>51</i>
4.1.1.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních .....</i>	<i>52</i>
4.1.1.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin .....</i>	<i>53</i>
4.1.2.	Přístup ke stresu, zvládání stresu.....	53
4.1.2.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP .....</i>	<i>53</i>
4.1.2.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních .....</i>	<i>55</i>
4.1.2.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin .....</i>	<i>56</i>
<b>4.2.</b>	<b>Současná situace, stresory z pohledu klienta/pacienta .....</b>	<b>56</b>
4.2.1.	Časové vymezení doby hospitalizace .....	56
4.2.1.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP .....</i>	<i>57</i>
4.2.1.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních .....</i>	<i>57</i>
4.2.1.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin .....</i>	<i>57</i>
4.2.2.	Předchozí zkušenost s hospitalizací.....	57
4.2.2.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP .....</i>	<i>58</i>
4.2.2.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních .....</i>	<i>59</i>
4.2.2.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin .....</i>	<i>59</i>
4.2.3.	Očekávání versus hospitalizace .....	59
4.2.3.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP .....</i>	<i>59</i>
4.2.3.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních .....</i>	<i>60</i>
4.2.3.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin .....</i>	<i>60</i>
4.2.4.	Současné stresory .....	61
4.2.4.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP .....</i>	<i>61</i>
4.2.4.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních .....</i>	<i>62</i>
4.2.4.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin .....</i>	<i>63</i>
4.2.5.	Přístup a zvládání současné situace .....	63
4.2.5.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP .....</i>	<i>63</i>
4.2.5.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních .....</i>	<i>64</i>
4.2.5.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin .....</i>	<i>65</i>
<b>4.3.</b>	<b>Prostředí a chod oddělení .....</b>	<b>65</b>
4.3.1.	Stresory prostředí oddělení .....	65
4.3.1.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP .....</i>	<i>66</i>
4.3.1.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních .....</i>	<i>66</i>
4.3.1.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin .....</i>	<i>67</i>
4.3.2.	Zařízení, barevné ladění oddělení.....	67
4.3.2.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP .....</i>	<i>67</i>
4.3.2.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních .....</i>	<i>68</i>
4.3.2.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin .....</i>	<i>68</i>
4.3.3.	Barva zdravotnických uniforem a ložního prádla .....	69
4.3.3.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP .....</i>	<i>69</i>
4.3.3.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních .....</i>	<i>69</i>
4.3.3.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin .....</i>	<i>69</i>
4.3.4.	Adaptace v prostředí .....	70

4.3.4.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	70
4.3.4.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	70
4.3.4.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	70
4.3.5.	Stresory chodu oddělení	70
4.3.5.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	71
4.3.5.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	71
4.3.5.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	71
4.3.6.	Nápady ke změnám	71
4.3.6.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	72
4.3.6.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	72
4.3.6.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	73
<b>4.4.</b>	<b>Změny sociálního statusu, životního tempa a dočasné omezení sociální interakce</b>	<b>73</b>
4.4.1.	Nová sociální interakce	73
4.4.1.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	73
4.4.1.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	74
4.4.1.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	75
4.4.2.	Dočasné omezení či ztráta předchozích sociálních interakcí, koníčků, práce	75
4.4.2.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	75
4.4.2.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	76
4.4.2.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	77
4.4.3.	Omezení dosud stávajících rolí	77
4.4.3.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	77
4.4.3.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	78
4.4.3.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	78
4.4.4.	Postavení v rodině	78
4.4.4.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	79
4.4.4.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	79
4.4.4.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	79
4.4.5.	Adaptace na roli pacienta	80
4.4.5.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	80
4.4.5.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	81
4.4.5.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	81
4.4.6.	Možnost návštěv během hospitalizace	81
4.4.6.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	82
4.4.6.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	82
4.4.6.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	83
4.4.7.	Nápady ke změnám	83
4.4.7.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	83
4.4.7.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	83
4.4.7.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	84
<b>4.5.</b>	<b>Přístup sester, lékařů a ostatního zdravotnického personálu</b>	<b>84</b>
4.5.1.	Vnímání přístupu zdravotnických pracovníků klientem	84
4.5.1.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	84
4.5.1.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	85
4.5.1.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	85
4.5.2.	Psychická opora ze strany zdravotnického personálu	85
4.5.2.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	86

4.5.2.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	86
4.5.2.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	86
4.5.3.	Sociální opora	87
4.5.3.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	87
4.5.3.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	87
4.5.3.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	87
4.5.4.	Vztah klient a zdravotnický pracovník	88
4.5.4.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	88
4.5.4.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	88
4.5.4.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	89
4.5.5.	Představení se	89
4.5.5.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	89
4.5.5.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	90
4.5.5.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	90
4.5.6.	Nápady ke změnám	90
4.5.6.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	90
4.5.6.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	91
4.5.6.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	91
<b>4.6.</b>	<b>Prožitek nemoci</b>	<b>91</b>
4.6.1.	Vnímání nemoci	91
4.6.1.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	92
4.6.1.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	92
4.6.1.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	93
4.6.2.	Práva pacientů, jejich dodržování	93
4.6.2.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	93
4.6.2.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	94
4.6.2.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	94
4.6.3.	Informovanost o stavu	94
4.6.3.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	95
4.6.3.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	95
4.6.3.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	95
4.6.4.	Možnost volby	96
4.6.4.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	96
4.6.4.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	96
4.6.4.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	97
4.6.5.	Soukromí, intimita	97
4.6.5.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	97
4.6.5.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	98
4.6.5.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	98
4.6.6.	Informovanost před zákroky	98
4.6.6.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	99
4.6.6.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	99
4.6.6.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	99
4.6.7.	Stresory související se zákroky	99
4.6.7.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i>	100
4.6.7.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i>	100
4.6.7.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i>	101



4.6.8.	Nápady ke změnám.....	101
4.6.8.1.	<i>Klienti hospitalizovaní na JIP</i> .....	101
4.6.8.2.	<i>Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních</i> .....	101
4.6.8.3.	<i>Porovnání výsledků obou skupin</i> .....	102
<b>5.</b>	<b>DISKUSE</b> .....	<b>103</b>
<b>6.</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>113</b>
<b>7.</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>114</b>
<b>8.</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	<b>116</b>
<b>9.</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>117</b>

## ÚVOD

„Život neznamena jen být živ, ale žít v pohodě“.

Martialis

Téma mé bakalářské práce „Stresory působící na klienty hospitalizované na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních“ je v současné době stále více aktuální. Toto téma jsem si vybrala proto, že již při svých studiích na střední zdravotnické škole, vyšší zdravotnické škole a rovněž i v průběhu svého studia na vysoké škole jsem se vždy aktivně zajímala o problematika stresu ve vztahu k hospitalizovaným klientům.

Již na vyšší zdravotnické škole jsem se ve své absolventské práci z roku 2003 zabývala podobným tématem, a to analýzou stresorů, které působí na klienty hospitalizované na jednotkách intenzivní péče. Tento kvalitativní výzkum byl proveden pomocí metody dotazování, technikou sběru dat dotazníkem, jehož výsledky byly velmi překvapující. Byla to ale spíše taková základní sonda této problematiky, a proto bych chtěla touto bakalářskou prací více do hloubky prozkoumat problematiku této oblasti, a tím i obohatit stávající literaturu. Během přípravy své absolventské práce jsem nenašla jediný článek či knihu, která by se tímto tématem zabývala. Právě nedostatek odpovídající literatury byl jedním z důvodů, proč se opět vrátím k podobnému tématu.

Při své odborné praxi na různých odděleních jsem pozorovala, jak i vlídné slovo, pohlázení, či vysvětlení nesrozumitelných informací stačí k tomu, aby se klient uklidnil a cítil se komfortněji. Už tehdy jsem si uvědomovala, jak moc důležité je pro uzdravení klienta i to, aby se cítil po psychické stránce vyrovnaně.

Mnohdy si ani neuvědomujeme, že tito lidé jsou vytrženi ze svého života, ať už různými nehodami, plánovanými i neplánovanými operačními výkony či těžkými stavy a umístění do zcela neznámého prostředí. Hospitalizace představuje pro klienta náročnou situaci, ve které je vystaven působení mnoha stresorů a následná snaha o jejich eliminaci je základem adekvátní adaptace klienta na hospitalizaci.

Domnívám se, že jsme se v naší společnosti naučili téměř dokonale pečovat o biologickou stránku nemocných lidí a skoro zapomněli pečovat o stránku psychickou, sociální a v neposlední řadě i spirituální, které jsou však neméně důležité, v některých případech dokonce i pro klienta důležitější.

Právě zdravotničtí pracovníci by se měli snažit všem klientům pomoci vyrovnat se s touto zátěžovou situací a snažit se jejich strach, nepříjemné pocity a jiné projevy stresu odstranit či alespoň minimalizovat.

Tato práce by měla přispět k lepšímu zorientování se v pocitech klientů a v jejich prožívání různých stresových situací spojených s hospitalizací. Lepší orientace v pocitech klientů umožní správně odhadnout, co klienty trápí, a následně jim i pomoci negativní pocity, strach, obavy a nepříjemné prožitky související s hospitalizací zvládnout a eliminovat. Zdravotničtí pracovníci správným přístupem ke klientům můžou i pomoci zlepšit celkovou péči o klienty. Dále bych byla ráda, kdyby tato práce pomohla i dalším zdravotnickým pracovníkům lépe pochopit klientovo prožívání stresu spojené s hospitalizací a tím se i oni mohli snažit eliminovat různé stresory.

## **1. SOUČASNÝ STAV**

### **1.1. Holistický přístup**

„Nová koncepce „profesionálního ošetřovatelství“ a také jeho postavení v systému péče o zdraví obyvatelstva, představuje, ve srovnání s biomedicínským pojetím, autonomní a jedinečnou funkci ošetřovatelské profese a ošetřovatelského procesu jako metody ošetřovatelské praxe (8).

Aby sestry mohly kvalitně pečovat o celou lidskou bytost, je třeba pochopit, co to znamená holistický (celostní) přístup ke zdraví a k péči o člověka. Protože psychika (ve své složitosti-oblast kognitivní, emocionální a duchovní) a soma (biologický a fyziologický stav) jsou citlivé na různé druhy stresů, zdůrazňujeme mezi nimi vzájemný psychosomatický vztah. Somatické problémy vyvolávají problémy psychické a naopak (8)

Stres /distres zvyšuje celkovou náchylnost osob k nemocem a nutno říci, že každý člověk prožívá jak somatickou, tak psychickou nerovnováhu. Somatická nerovnováha vytváří psychickou nerovnováhu a psychická nerovnováha vytváří jak nerovnováhu somatickou, tak psychickou (8).

Mnoho lidí, bohužel i některé sestry, si chybně myslí, že ošetřování nemocných se týká pouze „těla“ (systému orgánů) nemocných lidí. Tak tomu ve skutečnosti není a nemůže být. Psychika a tělo jsou neustále v interakci, jsou stále vzájemně spojeny (8).

Pokud má ošetřovatelská intervence člověku pomoci při udržování zdraví, adekvátním prožívání nemoci a zotavování se z nemoci, je nutné, aby byly současně uspokojovány jak jeho fyziologické potřeby, tak i jeho psychologické potřeby (8).

V metodě ošetřovatelské praxe – ošetřovatelském procesu – je jednou z jeho nejdůležitějších součástí určit správnou ošetřovatelskou diagnózu. Obvykle se ošetřovatelské diagnózy liší u jednotlivců i v příčinách jejich vzniku. Nicméně některé

ošetřovatelské diagnózy je možné diagnostikovat u jednotlivců, kteří prožívají stres působením mnoha stresorů<sup>1</sup>. Jde zejména o následující ošetřovatelské diagnózy:

- úzkost
- psychogenní obstipace
- bolest
- porucha verbální komunikace
- porucha individuální adaptace
- nedostatek adekvátního odpočinku
- strach
- předtucha zármutku z možné ztráty
- nedostatek informací
- bezmocnost
- stavy duševní tísně
- porucha spánku
- sociální izolace
- porucha /snížená sebepéče
- porucha v plnění rodičovské role (8).

## 1.2. Stres

Všichni občas prožíváme stres. Studenti mohou být stresováni, když se blíží závěrečné zkoušky, zaměstnanci, když vedoucí na ně kladou vysoké nároky, či sportovci při rozhodujících okamžicích svého sportovního klání. Dnešní doba vyvíjí nejrůznější tlaky na každého z nás, neustále někam spěcháme. Stres je mimo jiné také nazýván fenoménem naší doby. V našem každodenním životě se vyskytuje stále více stresorů, které mají zdroj v prostředí a práci – znečištěný vzduch, dopravní zácpy, pracovní přetížení, hospitalizace v nemocnici, atd. A konečně nás občas potkávají závažné stresové události, se kterými se musíme vyrovnat (2).

---

<sup>1</sup> Stresor je činitel, faktor, původce, podnět, příčina stresu, stresové reakce, stresového stavu. Bližší charakteristika stresorů viz kapitola 1.2.3.

### **1.2.1. Teorie stresu**

Studie o stresu byly prováděny již na počátku 20. století lékařem a filozofem Walterem Cannonem. Již 20 let před Cannonovými studiemi s kočkami, prováděl pokusy se psy I.P.Pavlov. Oba se snažili vyvolat u zvířete stresovou situaci a poté pozorovali, jak na ní bude zvíře reagovat. Zjistili, že zvíře reaguje vždy jedním ze dvou způsobů chování. V prvním případě zaútočí (boj) nebo se stáhne do kouta (útěk, únik). Tyto situace daly podnět k dalším pracím (6).

Z prováděných pokusů na zvířatech vyplývají příčiny vzniku stresu u zvířat. Jsou to např. zmatek, nadměrná stimulace a uspěchanost, monotonie (jednotvárnost), opuštění druhými a v neposlední řadě také omezení svobody pohybu (6).

Na základě prací Cannona (z počátku 20. století) pozdější endokrinolog Hans Selye pomohl založit moderní teorii stresu. Jeho studie v letech 1930 – 1940 zkoumaly vnitřní reakce na stres a důsledky adaptačních reakcí. Selye pohlíží na stres jako na měřitelný v termínech fyziologických reakcí, jejichž základní vnitřní osu představuje endokrinní adreno-kortiko-hypofyzární systém.

Kromě systematické tělesné reakce na stres (GAS), Selye také konstatoval, že tělo se adaptuje na místní (lokální) stresory. Tento proces, který se odehrává uvnitř jednotlivých orgánů nebo specifických částí těla, nazval „místní adaptační syndrom (LAS)“ (8).

### **1.2.2. Charakteristika stresu**

Přestože se o stresu hodně mluví a píše, většina lidí si není zcela jistá, co to vlastně stres znamená. Není jim zjevné, zda stres je označení pro vnější události, které nepříjemně prožíváme, nebo zda je stres reakcí na ně (14).

Anglické slovo „stress“ pochází ze starého francouzského výrazu „estrecier“ (přinutit nebo nutit), které je odvozeno z latinského „strictus“ (příčestí minulé od slovesa „stringere“, které znamená utahovat nebo stlačovat). U nás však tento termín zdomácněl a je běžně používán pro situace charakterizované nepřiměřenou fyzickou či psychickou zátěží, tísní nebo tlakem. Nepříznivé faktory, které takové situace vyvolávají, nazýváme stresory. Stresové situace vyvolávají v lidském organismu vždy obranné reakce jak

biologického, tak i psychického charakteru. Organismus se poté pomocí těchto reakcí snaží zachovat rovnováhu vnitřního prostředí a integrity psychických funkcí. Mnohé z těchto reakcí bývají neadekvátní, mohou přetrvávat i delší dobu, ačkoliv stresující podněty již dávno přestaly působit (9,4).

Při stresu se uplatňují vývojově staré mechanismy, které umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí. Jde zejména o výraznou aktivaci sympatického nervového systému a nadledvin (kůry i dřeně), která způsobuje zrychlení krevního tlaku, prohloubené dýchání, vyplavení energetických zásob (cukry, tuky), tlumení bolesti, zvýšení svalové síly i psychických schopností. Probíhá mobilizace veškerých sil organismu (a to i za cenu některých „neekonomických“ dějů), která slouží pro „boj“ nebo „útěk“, ale hlavně pro přežití daného jedince (19).

Protrahovaná nebo často se opakující stresová situace může organismus i trvale poškodit. Všeobecně se uznává, že celá řada tzv. psychosomatických chorob je podmíněna stresem. Psychosomatické choroby tvoří 50 – 80 % některých druhů chorob, např. 30 milionů Američanů trpí hypertenzí (vysokým krevním tlakem), 15 % z nich navštěvuje psychoterapii (11).

Určitá úroveň velikosti stresu je potřebná v situacích, kdy máme reagovat na nezvyklou nebo překvapivou situaci a kdy potřebujeme mobilizovat síly. Bez určité míry stresu bychom měli nedostatek podnětů k překonávání překážek. Přiměřená hladina stresu vede totiž k zostření pozornosti, soustředění a ke zvýšení schopnosti dobře se rozhodnout, jakou strategii zvolit. Takový stres nazýváme eustresem, tj. přijatelným stresem. Příliš nízká úroveň stresu může vést k nedostatečné pozornosti, a následně i k odkládání rozhodování. Naopak příliš vysoká úroveň stresu blokuje myšlení a účinné chování. Tento stres nazýváme distres, nebo-li negativní stres. (14, 25).

Uvažujeme-li o vztahu stresu a frustrace<sup>2</sup>, můžeme říci, že stres je v podstatě frustrací silné motivace. Žije-li jedinec v nadměrně hlučném prostředí nebo v nešťastném manželství a nemůže z těchto situací vystoupit, je tím vlastně frustrována

---

<sup>2</sup> Frustrací rozumíme mechanismy, které brání jedinci dosažení důležitých cílů, ohrožují vysoce ceněné hodnoty a znemožňují saturaci biologických nebo psychických potřeb

jeho potřeba vyhnout se takovým nesnesitelným situacím, které ho iritují. Nachází se v situaci trvale silné frustrace, ve stresové situaci, v níž není možná adaptace (11).

### **1.2.3. Stresory**

V běžném jazyce nazýváme stresem všechno, co nás nějakým způsobem tlačí, přetěžuje nás a co je nám nepříjemné. V odborném jazyce však tyto faktory, které působí zvenčí, nazýváme stresory. Stresory jsou činitelé nebo faktory, které stimulují adaptační kapacity jednotlivce a kladou na něj požadavky, které ve svém důsledku mohou vyústit ve stresovou reakci a nemoc. Stresorem může být nepříjemná událost, ale i očekávání nepříjemné nebo dokonce i příjemné události. Stresorem může být také naše myšlenka nebo představa, kterou se zabýváme.

Stresor může být navozen např. pocitem ohrožení, strachem, že se něco nepříjemného stane, či pocitem, že ztrácíme kontrolu nad sebou samým. Stres však může vyvolat i jedna zjevná událost (povodeň, propuštění z práce, přepadení). Obvyklé je však společné působení několika stresorů, nebo jejich objevení se v časové návaznosti. Žádný stresor nemusí být sám o sobě závažný, a proto mu nevěnujeme dostatečnou pozornost. Ale při působení několika stresorů společně může nakonec i zdánlivá banalita (např. připálení míchaných vajíček) spustit depresivní reakci. (25, 14)

### **1.2.4. Události pokládané za stresory**

Za stresory jsou pokládány různé události, pro každého jedince jsou rozdílné, každý jedinec vnímá různé události různým způsobem a přisuzuje jim vlastní důležitost. Všeobecně lze ale za stresory pokládat následující okruhy událostí:

- když očekáváme negativní důsledky.
- když událost nemáme pod kontrolou.
- když negativní události přisuzujeme své selhání.
- když selhání v jedné situaci přenášíme i na další situace.
- když prožitek ohrožuje naše sebevědomí.
- když situace vyvolává nepohodlí. (14)



#### 1.2.4.1. Nejčastější každodenní stresory

Nejčastějšími stresory, se kterými se lidé setkávají, lze schematicky rozdělit do 4 kategorií:

- Vztahové stresory
- Pracovní a výkonové stresory
- Stresory související se životním stylem
- Nemoci a handicapy

#### VZTAHOVÉ STRESORY

Období významného stresu často souvisí s problémy v soukromém životě. Vzájemné vztahy mezi lidmi a způsoby komunikace mají na svědomí celou řadu projevů stresu. Spouštěči psychického stresu v osobním životě nejčastěji jsou:

- neshody s rodiči, závislost (materiální či citová) na rodičích, společné bydlení s rodiči, ztížený kontakt s rodiči (např. pro vzdálenost),
- rozvod, rozchod nebo jeho hrozba ve vztazích s partnerem, závislost (citová či materiální) na partnerovi, neshody v partnerském vztahu, žárlivost (jak pro žárlivce, tak i pro druhého), nesoulad v sexuálním životě,
- narození dítěte a vliv na celou rodinu, problémy dětí ve škole, výchovné problémy s dětmi, potíže s dětmi v pubertě, odchod dítěte z rodiny.

#### PRACOVNÍ A VÝKONOVÉ STRESORY

- nízký příjem, který nestačí na uživení rodiny,
- ztráta práce nebo její hrozba,
- velké dluhy a splátky.

#### STRESY SOUVISEJÍCÍ SE ŽIVOTNÍM STYLEM

- nedostatek příjemných aktivit,
- monotónní a stereotypní životní styl,
- chybějící koníčky a zájmy,
- nedostatek přátel a společenská izolace.

## NEMOCI, ZÁVISLOSTI A HANDICAPY

- vlastní tělesná nebo psychická nemoc nebo nemoc člena rodiny,
- zhoršování tělesného a psychického stavu rodičů,
- tělesný nebo psychický handicap člena rodiny. (14)

### 1.2.4.2. Stresory a zdraví

Vztah stresorů a jejich vliv na zdraví jedinců lze obecně popsat následujícími pěti tezemi:

I. STRESORY OVLIVŇUJÍ RŮZNÉ LIDI RŮZNÝMI ZPŮSOBY. Tyto rozdíly v reakcích závisí na následujících 3 faktorech:

- na samotném stresoru

Jak rychle se objeví, jak dlouho trvá, jak je silný, zda se objeví izolovaně nebo v kombinaci s jinými stresory. Osoba může být schopná se úspěšně vyrovnat s jedním vážným stresem, ale selže například v adaptaci na několik slabších stresorů, které se objeví rychle po sobě. Navíc vysoce stresová situace, která je krátkodobá, může být lépe tolerována než méně stresová, která má sklon přejít do chronické podoby. To proto, že chronický stres vyžaduje stálé adaptační úsilí a jedinec tím může být trvale a nepříznivě změněn.

- na hranicích únosnosti a potenciálu jedince pro zvládnutí stresu

Tyto dva faktory naopak závisí na genetické konstituci jedince, typu osobnosti, na stavu tělesného i duševního zdraví, zvládnání stresových situací v minulosti, sociálním systému, ve kterém žije, opoře, které se mu dostává od rodiny a okolí. Vliv stresorů je vždy relativní, a to vzhledem k jedinci, který prožívá stres, a závisí zejména na jeho adaptačních schopnostech. Stupeň stresu, který prožíváme, závisí na riziku pro jednotlivce v té které situaci.

- určité stresory mají pro jednotlivce větší význam a důležitost než pro ostatní lidi

Tyto odlišnosti jsou důsledkem charakteristiky individuálního zázemí jednotlivce, prostředí a uznávaných hodnot.

II. KDYKOLI SE LIDÉ SETKAJÍ SE STRESEM Z JAKÉHOKOLI ZDROJE, POKOUŠEJÍ SE NA NĚJ ADAPTOVAT. Jeli adaptace úspěšná, rovnováha jedince nebude narušena nebo bude brzy obnovena. Mnoho lidí získá sebedůvěru, dosáhne cílů a vyvine další úsilí jako výsledek střetu se stresem, na který se úspěšně adaptovali. Jiní lidé nejsou úspěšní v adaptaci na stres. Je-li adaptace stále chybná, lidé onemocní.

III. JAKÝKOLI DRUH STRESU JE SÁM O SOBĚ ZDROJEM NOVÝCH STRESORŮ. Např. žena s přenosnou nemocí prožívá stresovou situaci, protože náhle onemocněla. Vzhledem k tomuto onemocnění bude uložena na izolaci, což vytváří další stresor. Důsledkem toho může být nespokojena s obsluhujícím personálem a personál naopak s ní, a tak se vytváří další stresor a to pokračuje, a důsledkem toho se může zpomalit její uzdravení.

IV. POUZE JEDEN STRESOR NEBO ETIOLOGICKÝ FAKTOR NEMŮŽE SÁM O SOBĚ ZPŮSOBIT ONEMOCNĚNÍ. Když jedinec onemocní, jeden z faktorů obsažený v nemoci může být důležitější než ty ostatní. Nicméně žádný jednotlivý faktor není současně jak nutnou, tak postačující podmínkou pro vznik konkrétního onemocnění. U chronických onemocnění, jako např. rakovina je ještě mnohem obtížnější nalézt přispívající faktory. Příčinou nemocí spojených se stresem např. hypertenze, jsou velkou neznámou.

V. STRES JAKÉKOLI POVAHY, TRVÁ-LI PŘÍLIŠ DLOUHO A JE DOSTATEČNĚ SILNÝ, MŮŽE PŘEMOCI OSOBU BEZ OHLEDU NA JEJÍ ADAPTAČNÍ SCHOPNOSTI. Každý máme „bod zlomu“ a v životě existují stresy, které člověk nemůže překonat (8).

#### ***1.2.5. Reakce na stresovou situaci***

Ke stresové reakci organismu dochází při setkání se stresorem. Stresová reakce přivádí organismus do stádia pohotovosti a připravenosti k „boji“ nebo „útěku“. Pokud toto řešení není úspěšné, dostává se organismus do stavu útlumu a rezignace (deprese). Důležitou úlohou stresu je chránit organismus před nebezpečím pomocí toho že: nás stres přímo na toto nebezpečí či hrozbu upozorňuje, že stres dostává tělo i mysl do pohotovosti „poplachová reakce“ a že nás stres udržuje ve stavu pohotovosti, dokud nebezpečí nepomine.

Stresová reakce je poplachová reakce organismu, ve které mobilizujeme energii potřebnou pro rychlou a soustředěnou akci. Mechanismus stresové reakce jsme zdělili po dávných předcích. Spouští se, kdykoliv rozpoznáme (ať pravdivě nebo falešně), že jsme v ohrožení. Rychle proběhne kaskáda změn, které připraví organismus na „boj“ nebo „útek“. Pokud čelíme psychologické hrozbě, je tento mechanismus spíše neúčinný. Pokud však čelíme fyzickému nebezpečí, je mechanismus stresové reakce efektivní.

Pokud nevíme, proč jsme ve stresu (většinou proto, že skutečné příčiny popíráme), máme tendenci si tento stav interpretovat. Tato interpretace však bývá mylná a zvyšuje míru stresu. V případě budoucího ohrožení může navíc výrazně zapracovat fantazie, při nichž si dokážeme představit i ty nejnebezpečnější situace. V zásadě však samotné příznaky náhlého stresu nejsou nebezpečné. Slouží nám jako signál, že bychom měli řešit nějaký problém. Dlouhodobý stres však, jak už bylo dříve zmíněno, může vést k psychickým nebo psychosomatickým potížím (14).

#### 1.2.5.1. Fáze reakcí na stres

Americký psychiatr R.H.Rahe (1996) člení proces reakce na několik po sobě následujících fází:

- *Fáze uvědomění zátěže*, tj. prožívání určité situace jako stresové. Způsob jakým člověk nějakou, potenciálně stresovou situace vnímá, závisí na jeho zkušenosti, jeho aktuálním stavu, schopnostech, ale i na sociální podpoře, kterou má.
- *Fáze aktivace psychických obranných funkcí*. Může jít například o popírání reality, tendenci k izolaci ze situace, která je hodnocena jako neúměrně zátěžová.
- *Fáze aktivace fyziologických reakcí*. Fyziologické adaptační mechanismy jsou spuštěny psychickými podněty (mohou být stimulovány i jinak, např. somatickou cestou). Všechny tři fáze následují velice rychle po sobě.
- *Fáze zvládnutí (copingu)*, tj. hledání strategií, které by mohly vést ke zmírnění účinku stresu.
- *Fáze prvních chorobných příznaků*, resp. uvědomění, že jde o závažnější a trvalejší obtíže.

- *Fáze diagnostikování stresem podmíněné poruchy.* Nejčastěji jde o psychosomatické onemocnění (17).

Stresujícími situacemi, jež popsanou reakci vyvolávají, mohou být výjimečné zážitky vymykající se běžné lidské zkušenosti<sup>3</sup>, ale i relativně běžné zátěže, které člověk zažije<sup>4</sup>. Prožitek nadměrné zátěže nebo ohrožení je spojen s různými psychickými reakcemi, které obyčejně přetrvávají i v dalších fázích (a stimulují posléze fyziologické reakce) (17).

#### 1.2.5.2. Psychická (nejsem si jistá) reakce na stres

Psychické reakce zahrnují přizpůsobení, úzkost, ale také i depresi. Pokud působení stresu trvá příliš dlouho nebo přesáhne určitou mez (distres), může vézt k rozhodnutím, jejichž důsledkem je úzkostné (únik) nebo depresivní (ústup) chování.

Změna emočního prožívání je obvyklou reakcí na zátěž, zejména pokud trvá delší dobu. V závislosti na typu osobnosti a na vnější situaci může mít emoční reakce různou kvalitu:

- úzkost – člověk reaguje na stres pocitem napětí a obav z nějakého, blíže neurčitěho ohrožení
- vztek a agrese – člověk má tendenci se proti stresujícím vlivům bránit, a proto se mnohdy chová agresivněji než za normální situace
- deprese – tj. smutek jako reakce na pocit neřešitelnosti určité zátěžové situace
- apatie – rezignace a uzavření se do sebe jsou výrazem pocitu bezmocnosti nalézt přijatelné řešení.

V zátěžové situaci dochází k oslabení kognitivních funkcí, tj. zhoršuje se úroveň logického uvažování. Významnější změna emočního ladění může zatěžovat zpracování informací, rušivě mohou působit i různé asociace a vtíravé myšlenky, vyvolané zážitkem stresu.

---

<sup>3</sup> Např. katastrofy přírodní (záplavy), industriální (havárie) či společenské (válka)

<sup>4</sup> Např. smrt blízkého člověka, závažná nemoc či ztráta zaměstnání

Uvědomění se zátěže následně aktivizuje psychické obranné mechanismy. Obranné reakce mohou být různé, individuálně specifické. Jejich smyslem je zachování psychické rovnováhy jedince. (27,17)

#### 1.2.5.3. Nespecifická reakce na stres

Z biologického hlediska obecně každý patogenní podnět vyvolává kromě specifické reakce i nespecifickou humorální odezvu. Tato nespecifická reakce má různou intenzitu, ale stereotypní charakter. Vybavuje se stejně bez ohledu na kvalitu zátěže. Hans Selye rozdělil tuto nespecifickou reakci do tří fází.

##### 1. fáze stresové reakce – poplachová reakce

Pokud organismus rozezná podnět jako stresový, vyvolává tento podnět neklid. Následuje výlev adrenalinu a noradrenalinu a aktivovace sympatiku. Tato aktivace vede k uvolnění energie a dochází k vyplavení cukru, tuků a škrobů ze zásob do krve. Tato energie je krevním řečištěm společně s kyslíkem zasílána do tkání, tj. k mozku, kosterním svalům, srdci a plicím, které jsou pro „útok“ nebo „útěk“ nejdůležitější. Ostatní systém (např. trávicí ústrojí) nejsou pro daný okamžik tak důležité a přívod energie a kyslíku je zde omezen.

Při vyplavení adrenalinu a noradrenalinu dochází tedy k aktivaci sympatiku, to se projeví:

- zúžením cév
- zrychlením tepu srdce
- zrychlením dechu
- zvýšením napětí kosterního svalstva a jeho zvýšeným zásobením krví
- snížením napětí hladkého svalstva trávicího ústrojí
- rozšířením zornic
- odkrvením prstů
- husí kůže

##### 2. fáze stresové reakce – všeobecný adaptační syndrom

Po první alarmové reakci, která je popsána výše, následuje dlouhodobá reakce. Cílem je zklidnění organismu. Adaptační reakce přichází ve chvíli, kdy se poplachová reakce

vyčerpala. K tomu může dojít přesto, že překážku či problém nebylo možné vyřešit. Organismus pak jde zejména a to, aby si vytvořil ochranu pro překonání či přečkání nepříznivé situace. Výrazně je zesílena útlumová složka a jsou zajišťovány přednostně funkce, které organismus zajišťuje v útlumové fázi – jako je trávení. V této fázi je aktivován hypotalamo – hypofyzo-adrenální osa a vyplavují se hormony hypofýzy, zejména ACTH (adrenokortikotropní hormon) a nadledvin (glukokortikoidy a mineralokortikoidy). Organismus aktivuje energetické zdroje a získává energii z cukru a z bílkovin.

### 3. fáze stresové reakce

V této fázi se aktivují depotní tuky jako energetický zdroj. Vznikají změny vnitřního prostředí navozené katabolismem. (14)

#### **1.2.6. Příznaky stresu**

Přestože existuje velké množství nejrůznějších příznaků stresu, tyto příznaky mohou být zařazeny do 3 následujících základních skupin:

- organické (fyziologické) příznaky, např. bolest a svírání na hrudní kosti, nechutenství a plynatost, palpitace (bušení srdce, vnímání zrychlení, zintenzivněné a často i nepravidelné činnosti srdce), časté nucení na močení, změny v menstruačním cyklu, snížení až nedostatek sexuální touhy, případně sexuální impotence či frigidita (sexuální chlad), bodové, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou, nadměrné svalové napětí, úporné bolesti hlavy, bolesti v oblasti krční páteře a bederní páteře, exantém – vyrážka v obličeji, nepříjemné pocity v krku (tzv. „knedlík“), dvojí vidění, obtíže se soustředěním zraku na jeden bod,
- emocionální příznaky, např. prudké a výrazné změny nálad, nadměrné trápení se s drobnostmi, neschopnost sympatie, nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický zjev, nadměrné denní snění a stažení se do sebe, nadměrné pocity únavy, obtížné soustředění pozornosti, zvýšená podrážděnost, nervozita, úzkostnost
- behaviorální příznaky, např. nerozhodnost, nařikání, pracovní absence, pomalé uzdravování, sklon k nepozornému řízení auta, zhoršená kvalita práce, odmítání úkolů, snaha podvádět v souvislosti s úkoly, větší konzumace cigaret, alkoholu, drog, ztráta chuti k jídlu, nebo naopak přejídání se. (7)

### **1.2.7. Vliv stresu na zdravotní stav**

Jedním z důvodů, proč se zajímáme o stres je i ten, že stres má negativní dopad na náš zdravotní stav. Hovoří se například o stresových nemocích, nemocích civilizačních nebo o psychomotorických onemocněních (6).

Klasický biomedicínský (ryze biologicky chápaný) model myšlení odpovídá na otázku: „Co je příčinou nemoci?“ „Jednoznačně: příčinou nemoci je mikrob (bakterie, virus)“. Holistický model (přihlížející k celkové situaci jak již bylo vysvětleno výše) postupuje jinak. Bere v úvahu nejen mikroby, ale i stresory působící na člověka z jeho okolí a uvažuje o tom, jak daný člověk chápe situaci, ve které se nachází, zda se domnívá, že není vážná, nebo zda se cítí ohrožen (6).

Monografie o stresu podávají soustavný a obdobně zasvěcený přehled o vlivu stresu na zdraví a nemoc člověka. Používají termín „stresová nemoc“, což je taková nemoc, v jejichž patogenezi se nezanedbatelně uplatňuje i stres. Jedná se především o: ICHS (IM), hypertenzi, vředové choroby, nádorová onemocnění a řadu dalších onemocnění, do nichž patří i např. TBC či různé alergie (6).

### **1.2.8. Zvládání stresu**

Lidé prožívající stres se často ptají sami sebe, jak danou situaci mohou vůbec zvládnout. Někteří lidé se již postupem času naučili stres zvládat, a tak vědí, jak reagovat, když se stres opět objeví v jejich životě. Spousta lidí však ještě nenašla ten správný způsob, jak se stresem bojovat, a tak se musí stále učit mnoha různými technikám, které stres odstraňují, až najdou tu správnou, která pomáhá právě jim. Jelikož jsme každý individuální osobností s vlastním prožíváním, je zřejmé, že na každého z nás „zaberou“ různé metody zvládání stresu (8).

Zvládání (coping) nebo také jiný způsob vyrovnávání se s stresem, je integrální částí prožívání stresu. Pearling konstatoval, že chování člověka, kterým zvládá stres, ho chrání, pokud používá jeden nebo více z následujících způsobů:

- eliminuje nebo modifikuje problematický stav,
- změni svůj postoj k situaci, změni význam, který pro něj situace má,
- udržuje emocionální důsledky situace ve snesitelných mezích (8).



Účinné zvládání stresové situace se může projevit tehdy, kdy jedinec jedná a realizuje konkrétní čin, aby změnil situaci, např. změnil zaměstnání, když je jeho práce nesnesitelně stresující. Když situace nemůže být změněna, mohou se s ní lidé úspěšně vyrovnat tím, že změní emocionální význam připisovaný situaci, a tím se stane pro ně snesitelnější a přijatelnější (8).

#### 1.2.8.1. Přístupy ke zvládání stresu

Existují tři hlavní způsoby ke zvládání stresu:

- Praktikovat základní zvládání stresu (vědět co dělat, když se náhle objeví stres), tj. řešení problémů, řešení pocitů. využití dostupné sociální opory, redukce fyziologických reakcí (8, s. 128).
- Řídit vliv stresorů.
- Vytvořit si vyvážený životní styl, protože optimální pohoda je obranou proti nemoci a proti negativnímu vlivu stresu.

#### 1.2.8.2. Řešení problémů

Stresovou reakci vyvolávají ty problémy, které podrobí zkoušce individuální kapacitu organismu pro zvládání stresu. Pokud však problém přetrvává nebo pokud je vnímán, také stresová reakce přetrvává. Proto se osoba problémem musí zabývat. Osoba musí problém pochopit a vyvinout úsilí, aby změnila situaci, ve které problém vznikl. Strategie řešení problémů zahrnují vymezení problému a hledání alternativních řešení (8).

#### 1.2.8.3. Řešení pocitů

Lidé používají zvládání zaměřené na emoce, aby zabránili zaplavení negativními emocemi a provedení určitých kroků k vyřešení svých problémů. Tyto emoce jsou součástí holistické reakce člověka. Existuje mnoho způsobů, jak zvládnout vlastní negativní emoce. Řešení pocitů se může stát naučenou dovedností. Jedinci pomůže schopnost identifikace a popsání těchto pocitů a jejich následné vyjádření. Musíme se

naučit vyjadřovat pocity tak, abychom tím ale neškodili ostatním; k tomu nám dopomáhá např. tělesná aktivita a asertivita<sup>5</sup> (8).

#### 1.2.8.4. Využití dostupné sociální opory

Společenská opora modifikuje potenciálně negativní vlivy stresu a pomáhá lidem je zvládat. Je také dokázáno, že lidé, kteří mají velmi silnou společenskou oporu, trpí méně nemocemi, mají pozitivnější duševní zdraví a žijí déle. Zdá se, že společenská opora je nejvíce nápomocná těm, kteří prožívají vysoce stresovou situaci (8).

#### 1.2.8.5. Redukce fyziologických reakcí vyvolaných stresem

Stres vyvolává fyziologickou stresovou reakci. Tato reakce může vymizet tím, že dojde k „vybití“ nadbytečného vzrušení tělesným cvičením, k odreagování nadbytečného vzrušení použitím relaxačních technik, či k řízení stresových reakcí biologickou zpětnou vazbou (8, s. 130).

#### 1.2.8.6. Účinná opatření proti stresu

Protistresová opatření mají za úkol odvrátit škodlivé účinky stresu. Cílem všech protistresových technik je vyvolání relaxační reakce. Relaxační reakce má opačné fyziologické účinky než poplachová reakce a kromě toho navozuje hlubokou relaxaci a klid, který je spojen s fyzickým uvolněním.

Mezi protistresové techniky patří např. dechová cvičení, relaxace, jóga, meditace, sugesce, komunikace, masáže, akupresura, pravidelné cvičení. Proti stresu bychom se měli bránit i tím, že se budeme správně stravovat a budeme dostatečně spát (11).

### **1.3. Nemoc**

Definic nemoci je mnoho, jedna z těch nejobecnějších je, že nemocí se rozumí porucha zdraví. Anglický termín pro nemocného člověka „ill“ je chápán jako stav, kdy je něco v nepořádku, kdy to, co má něco dělat, funguje pouze s obtížemi, kdy se určitá funkce vychyluje z běžných mezí. Dá se říci, že je to stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a

---

<sup>5</sup> Nacvičováním asertivity se naučíme lépe vyjádřit své pocity takovým způsobem, který respektuje jak jedince samotného, tak i ostatní.

rovnováhu. V tomto pojetí tedy znamená nemoc odchylku od normální sociální role. Hlavním důvodem tohoto chápání nemoci je společenská nežádoucnost takového stavu a odchýlení se nemocného člověka od očekávání, které vůči němu zaujímá společnost (26).

Nemoc na rozdíl od pocitu zdraví přináší potíže a pro většinu lidí představuje náročnou životní situaci, která je někdy vnímána jako obtížně zvládnutelná, někdy dokonce jako nezvladatelná. Nemoc narušuje obvyklý způsob života a v průběhu nemoci dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Nemoc mnohdy narušuje či mění mezilidské vztahy, dochází méně často ke kontaktu se známými a blízkými lidmi, v případě hospitalizace naopak přináší nutnost vytvářet si nové vztahy ke zdravotnickému personálu či ke spolupacientům. V neposlední řadě může nemoc přinášet i zhoršení sociálně-ekonomické situace. Nemocný člověk musí s ohledem na svůj zdravotní stav přijmout některá omezení, která silně působí na jeho psychiku (26).

### ***1.3.1. Nemoc jako náročná životní situace***

Každý z nás se občas dostává do náročných životních situací, které znamenají zátěž, a pokud se s nimi dostatečně rychle nevyrovnáme, dostávají se úzkost, strach a ohrožení naší duševní rovnováhy, které jdou ruku v ruce se stresem. Nemoc společně s hospitalizací jsou pro člověka v daném okamžiku zátěží, která přináší problémy a komplikace. Někdy může tato zátěž přerůst až v životní krizi. Většinou se člověk dokáže těmto situacím přizpůsobit, někdy se ale aktivizují obranné mechanismy, které tomuto přizpůsobení zabrání. Pak mluvíme o neadaptivním chování – maladaptaci. V konkrétních podmínkách zdravotnického zařízení se specifikací k různým věkovým skupinám nemocných jsou tyto projevy různé a zdravotničtí pracovníci by je neměli nikdy podceňovat. Náročné situace tedy můžeme chápat jako stresory, které vyvolávají stav organismu nazývaný stres (26).

Zátěž vzniká z nerovnováhy mezi jedincem a prostředím, můžeme ji například vyjádřit podle míry nelibosti nebo podle požadavků, které jsou na člověka kladeny (běžná zátěž, zvýšená zátěž, hraniční zátěž a extrémní zátěž). Při překonávání jakékoliv zátěže záleží jak na stupni dané zátěže, stavu a vlastnostech organismu, tak i na tom, jak jedinec k dané zátěži přistupuje. Odolnost k náročným situacím je závislá na mnoha

faktorech, např. na vrozených vlastnostech organismu, věku, intelektu, životních zkušenostech, akutním stavu organismu, společenských okolnostech a pracovní činnosti (26).

Mezi náročné situace patří především situace obsahující nepřiměřené požadavky a úkoly, problémové situace, které nejsou vázány na kvalitu nároků, ale na strukturu podmínek<sup>6</sup>, situace obsahující překážky, konfliktové situace, nebo stresové situace (26).

### **1.3.2. Reakce na náročnou situaci**

Každý se s náročnou situací vyrovnává jinak a jinak na ni reaguje. Někteří jedinci se náročným situacím dokáží postavit a reagují adaptací, tzv. přizpůsobením se, aniž by jim to činilo větší potíže. Na druhé straně jsou jedinci, kteří neví, jak na takové situace vhodně reagovat, což se u nich projeví maladaptivním chováním, narušení přirozené interakce mezi člověkem a prostředím vycházející z neurofyzilogických a psychických (osobnostních) dispozic jedince. Tyto projevy mohou mít formu např.:

- agrese – projevuje se jak u dětí, tak u dospělých a může mít formy křiku, afektů zlosti, fyzického násilí, urážky, výhrůžky, ale i hlasitého smíchu, mluvení, či výstředního oblékání,
- negativizmu – u dospělého to bývá projev snahy o samostatnost a pozici za každou cenu, někdy se projevuje jako pocit bezradnosti,
- regrese – návrat k projevům dřívějšího vývojového období, typická reakce hlavně u dětí,
- fixace – ustrnutí na určitém způsobu chování k jiné osobě, ale může jít i o zastavení vývoje jedince,
- projekce – nemocný člověk hledá často příčinu choroby v působení vnějších faktorů, například v přetěžování rodinnými či pracovními úkoly,
- racionalizace – jde o rozumové vysvětlení problému, člověk sám sobě zdůvodní, proč tak jedná, což snižuje napětí,
- úniku – patří k formám neadaptivního chování, unik do fantazie, unik z místa (např. z nemocnice odchod „na reverz“<sup>7</sup>), verbální únik,

---

<sup>6</sup> Tyto situace mohou být vyvolány i hospitalizací nemocného.

- identifikace – žádoucí vlastnosti jiných lidí připisujeme sobě,
- kompenzace – vzájemné vyrovnávání nebo poskytnutí náhrady,
- rezignace – odevzdání se, zřeknutí se,
- represe – potlačení jakéhokoliv přání či nápadu, a to ještě před jeho vyslovením. Někteří nemocní při hospitalizaci mají problémy či zábrany komunikovat se zdravotnickým personálem a požádat je o jakoukoliv formu pomoci;
- disociace – narušení jednoty osobnosti, které je reakcí na svízelnou situaci. Člověk se chová úplně jinak, než je u něho běžné;
- egocentrismu – nemocný není přes své problémy schopen vnímat situaci kolem sebe,
- izolace – vystupňovaná forma úniku (někteří nemocní se úmyslně sami izolují),
- opačného reagování – jde o chování, které je protichůdné skrytým přáním či motivům (28,26).

#### **1.4. Osobnost pacienta**

Pacient je definován jako osoba v lékařské péči, jako léčící se nemocný člověk. Termín „pacient“ je odvozen od latinského slova „patiens“ – trpělivý, trpící od „patior“ – trpět. Ve většině případů se pacientem nerodíme, ale stáváme se jím. Nemoc znamená pro každého člověka radikální, byť často pouze dočasnou, změnu sociální situace a prostředí, v němž se odehrává každodenní život (26).

Ve vztahu k chápání osobnosti pacienta ve zdravotnickém systému je důležité vnímat dvě vzájemně se ovlivňující složky pacientovi osobnosti – interpersonální, kterou bychom mohli zjednodušeně nazvat chováním pacienta, a dále intrapsychickou, která vyjadřuje jeho prožívání. Prožívání je u nemocného člověka determinované specifickou rolí člověka jako nemocného, resp. jako pacienta, který se nachází v procesu léčby. Hlavním psychologickým znakem nemocného člověka je omezení a závislost podmíněné onemocněním a příslušnou terapií, očekáváními a postojem ke zdravotnickému personálu, způsob a charakter zvoleného léčebného procesu, samotný

---

<sup>7</sup>Pozitivní reverz - pokud klient souhlasí s navrhovanou léčbou či operačním zákrokem.  
Negativní reverz - pokud klient odmítne přes náležité vysvětlení navrhovanou léčbu, vyžádá si od něho lékař písemné prohlášení tzv. negativní reverz.

průběh léčby a typ nemoci. Chování nemocného člověka formuje i strach. Obává se bolesti, negativních tělesných změn, sociálních změn, izolace a také smrti. Strach se projevuje rozmanitě. Tak jako je jedinečný každý člověk, tak jedinečné a různorodé jsou i projevy strachu, který pociťuje a který se může změnit ve stres (18). Čeho bychom si my zdravotníci měli v této souvislosti všimnout?

- Jak to vypadá s emocionálním životem pacienta?
- Jaké utrpení prožívá pacient a jak toto utrpení zvládá?
- Co vše pacient očekává od lékaře?
- Jak to vypadá s obavami a strachy pacienta – čeho se obává a bojí?
- Jakým způsobem dosud pacient zvládal své životní těžkosti?
- Jaké strategie a taktiky zvládání stresu (i distresu nemoci) pacient zná a má k dispozici?
- Kdo má o pacienta největší obavy?
- Jak na změněný zdravotní stav pacienty reaguje rodina?
- Jakou sociální oporou jsou mu nejbližší lidé – z rodiny, z kruhu přátel, atp.?
- O které lidi (např. členy rodiny, děti, atp.) má pacient obavy (co s nimi je a co s nimi bude)?
- Má pacient finanční starosti, které mohou mít negativní vliv na jeho psychiku?

Existuje jistě mnoho dalších otázek, které si my zdravotničtí pracovníci můžeme položit. Toto vše ovlivňuje prožívání pacienta a může se podílet na jeho celkovém prožívání hospitalizace v nemocničním prostředí (20).

### **1.5. Prostředí nemocnice**

Naše kroky směřují do nemocnice nejčastěji v době, kdy potřebujeme odbornou pomoc, léčbu, radu odborného lékaře, a nebo psychickou podporu. Dokonce i člověk, který v nemocnici nikdy nebyl, se dokáže celkem dobře orientovat v základních pojmech, týkajících se personálu nemocnice (primář, vrchní sestra, staniční sestra apod.). Horší situace nastává, pokud jsme praktickým lékařem (známým z dřívější doby jako obvodní lékař) doporučení na specializovaná pracoviště, například k vyšetření na výpočetním tomografu (CT) či magnetické rezonanci (MRI), která jsou zpravidla laicky nazývána neurčitými pojmy jako „vyšetření v tunelu“, apod. (5).

Přičte-li se k tomu další, stresující vliv, vyplývající z provozního ruchu zejména v modernějších nemocnicích, které připomínají s trochou nadsázky terminály mezinárodních letišť, těžko budeme věřit tomu, že v takové nemocnici najdeme psychickou podporu a vhodné podmínky pro zvládnutí svých zdravotních problémů (5).

Při vyslovení slova „nemocnice“ nejednomu z nás přeběhne mráz po zádech, a jakmile je naše zdraví podlomeno, podvědomě se nám tato instituce vybaví. Většina lidí se proto snaží pokud možno této instituci vyhnout.

Nemocnice je zvláštní místo. Lidské osudy zde začínají novorozeneckým křikem, končí posledním vydechnutím. Lidé, kteří se právě nacházejí kdesi uprostřed své životní pouti, procházejí během svého nemocničního pobytu křižovatkou, označenou rozcestníky s různými nápisy: život – zdraví – vleklá nemoc – smrt. Nemocnice tedy sehrává v životě každého člověka nikoliv bezvýznamnou úlohu (5).

Nemocnice je opravdu značně odlišným zařízením od těch, které pacient zná ze svého běžného života. Má zcela specifické úkoly. Jedním z nich je tzv. zdravotnická péče, která je poskytována na zásadách humanismu ve zdravotnictví společně s uplatňováním moderního ošetřovatelství. Máme tedy na mysli péči o to, aby náš pacient zůstal v dobrém psychickém stavu, aby se emocionálně nezhroutil a aktivně se osobně zapojil do uzdravovacího procesu (20, 26).

## **1.6. Hospitalizace**

Když šel pacient k ošetřujícímu lékaři, měl naději, že jeho zdravotní stav není tak vážně ohrožen. Když však přichází do nemocnice, je si již vědom toho, že jeho stav bude zřejmě vážnější, než si dosud připouštěl. Již jen toto povědomí dostává pacienta do stresu (distresu), jaký vliv na člověka potom má sama hospitalizace pacienta na oddělení. Tento distres se přidává ke stávajícímu již značnému psychickému napětí pramenícímu například z jeho celkově změněné zdravotní situace (20).

Zatímco k ošetřujícímu lékaři (do ambulance) přichází pacient relativně dobrovolně, s určitým postojem a pojetím kooperace se svým lékařem, do nemocnice přichází obvykle na základě rozhodnutí autority a na toto rozhodnutí má jen malý vliv. Do role

nemocničního pacienta je situován okolnostmi, které nejsou ve většině případů příjemné (20).

Hospitalizace je obvykle pro každého pacienta zážitkem poměrně nového druhu. Mnohé se v tomto ohledu mění nejen v pacientovi (v jeho těle), ale také v jeho psychice při příchodu do nemocnice. Právem se proto ptáme: „Co se děje v psychice pacienta při příchodu do nemocnice, co ho zde ovlivňuje?“ (20)

### ***1.6.1. Role pacienta v nemocnici***

Pacient přichází do nemocnice ve stavu vnitřní úzkosti z toho, jak mu je. Není mu dobře, je zmaten a pln obav, co ho při hospitalizaci (pobytu v nemocnici) čeká. Neví, jaké budou jeho povinnosti v nemocnici a co se od něho bude očekávat. A nutno říci, nemocnice toho většinou opravdu nedělá mnoho proto, aby ho uklidnila a zmírnila jeho obavy a strachy (20).

„Pacient je umístěn do zvláštního pokoje, dostane jemu zvláštní druh oblečení (stejnokroj), je uložen vedle člověka, kterého nezná, a je podroben řadě jemu zvláštních a neznámých zkoušek. Je zde v interakci s úplně cizími lidmi, kterým musí svěřit svoje zdraví, a to ještě v prostředí, které je mu většinou také zcela cizí. Očekává se přitom od něho, že bude se zdravotníky spolupracovat, pomáhat jim v tom, co dělají a hlavně, že nebude vyžadovat zvláštní pozornost. Pacient se tak velmi rychle dovědí, že provoz nemocnice je organizován spíše s ohledem na zdravotní personál, než-li s ohledem na pacienta.“ (20, s. 51)

„U pacientů hospitalizovaných v nemocnici se objevuje celá řada problematických psychologických příznaků. Jsou to obzvláště deprese, stres, děsivé obavy, strach a úzkost. Není výjimkou, že se objevuje i nervozita, jak z vyšetření, tak i z různých zákroků. Někdy se u pacientů vystřídá během krátké doby na třicet různých lidí. Ti kolikrát jen rychle projdou pokojem, provedou určitý test, vezmou si vzorek krve, uklidí, atp. Často mají zdravotničtí pracovníci tak málo času, že stačí pacienta či pacientku jen pozdravit, natož se představit.“ (20, s. 51)

V nemocnici se často radikálně mění pacientův všední život. Tato změna s sebou může přinášet mnoho negativních stránek. Jsou to například:



- Pasivita – pacient, a zvláště nemocniční pacient je předmětem péče mnohých lidí (lékařů, zdravotních sester a dalších). Ti jsou hlavními aktéry v jeho životě, nikoliv on. Obecně platí, že situace, kterou člověk nemá možnost řídit, je pro něho daleko obtížnější než pokud tuto možnost má. Je tomu tak zvláště tam, kde je vystaven distresovým podnětům., kde je pod vlivem nekontrolovaných negativních vlivů a kde na něho přicházejí nepříjemnosti všeho druhu.
- Závislost na druhých lidech – pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat to, co mu druzí lidé určí.
- Změna životního rytmu – pacient je najednou postaven do situace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Není zvyklý na rytmus, který je mu předkládán v nemocnici, nemá ho zažitý, v mnohém se mu může zdát nepřírozený.
- Změna sebedůvěry – pacient musí nyní dělat činnosti, jež neumí a neovládá. To snižuje jeho sebevědomí a jeho sebehodnocení (devaluje to jeho sebedůvěru).
- Změna sociální interakce – pacient je v relativní sociální izolaci v nemocničním prostředí. Stýká se zde s neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu značně omezen. Veškerá omezení v této oblasti spojená i s pocitem nezájmu a nejistoty ovlivňují duševní stav člověka, vyvolávají smutek, neklid, pocity zklamání, úzkost, podrážděnost, mohou být prožívána velmi intenzivně a brát nemocnému chuť do života.
- Deperzonalizace – pacient, který byl zvyklý, že je v životě společensky „někdo“ ztrácí v roli nemocničního pacienta svoji sociální identitu (specifické určení „kým je“).
- Změna životního prostředí – pacient je v nemocnici uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí, nové a ne tak běžné jako doma. Někdy mu není ani umožněno vyjít mimo budovu, a to na něho působí velmi špatně a může se cítit velmi omezen.
- Absence zájmů – okruh zájmů pacienta se v době nemoci a zvláště v nemocnici podstatně zužuje, především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny.
- Změny zvládání problémů – pacient svému fyzickému i psychickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním nadvládu a neví si s ním často rady.
- Změna emocionálního prožívání – emocionální stav pacienta charakterizuje v první řadě celý soubor negativních citů – strach a obavy, bolest, nejistota, atp.

- Změna časového prostoru – pacient žije převážně v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá a problematická.
- Změna uspokojování potřeb pacienta – pacient měl a má velmi pestrý soubor potřeb. V nemocnici se však zdravotníci zajímají často jen o jeho zdravotní potřeby, zatímco jeho ostatní potřeby jsou relativně zasunuty do pozadí.
- Neosobní jednání – s pacientem je v mnoha případech jednáno do určité míry neosobně, pro řadu nemocničních pracovníků je jen dalším „případem“.
- Omezení soukromí – hospitalizace je obvykle pro pacienty zážitkem nového druhu. Zdravotničtí pracovníci si při své práci nemusí zcela plně uvědomit, že to, co nemocný prožívá, čím prochází, může pro něho být zcela nové a nepoznané. Veškeré jejich činnosti silně narušují soukromí nemocného a dotýkají se jeho vlastního „já“. Velkým zásahem do soukromí nemocného je obnažování na pokojích před ostatními spolupacienty, či vykonávání základních hygienických či vyprazdňovacích potřeb. Na někoho může velmi špatně působit již jen to, že musí používat ústavní prádlo (20, 26).

### **1.6.2. Hospitalizmus**

Nemocný je přijímán do nemocnice jednak z léčebných a jednak diagnostických důvodů, při kterých je někdy hospitalizace zcela nutná a na místě. Hospitalizace je tedy určitou zárukou úspěšnosti diagnosticko-terapeutického procesu. U některých nemocných se v důsledku dlouhodobého pobytu v nemocnici začínají projevovat známky negativní reakce na tento stav. Pak mluvíme o tzv. hospitalizmu. Hospitalizmus je důsledek souboru negativních faktorů, které působí na nemocného při pobytu v lůžkovém zařízení. Jde tedy o silnou reakci na hospitalizaci, přičemž čím je nemocný déle hospitalizován, tím je u něho větší pravděpodobnost vzniku hospitalizmu. V průběhu déletrvajících pobytů je negativně ovlivňován jak duševní, tak i tělesný stav nemocného. Velký význam při vzniku hospitalizmu má také nucená nečinnost. Izolace od světa zúží obsah jeho zájmů, zejména má-li málo návštěv a není-li zvyklý např. číst nebo se jinak vzdělávat. Hospitalizmus postihuje pacienty každého věku, nejvíce ovšem děti a staré lidi (26).

Hospitalizmus se může projevit u dospělých netečností, apatií, depresí, ale také třeba nechutenstvím, nespavostí, plačtivostí či smutkem. Není-li nemocný brzy po přijetí do nemocnice dostatečně stimulován k tomu, aby zůstal pokud možno co nejvíce soběstačný, stane se velmi rychle závislým. Řešením je (pokud to jde) úzká spolupráce s rodinou, hlavně pravidelné návštěvy jsou velmi důležité, nejlépe denně (26).

Současná medicína a s ní i moderní ošetrovatelství se zabývá prevencí hospitalizmu jako jednoho z faktorů, který může kladně ovlivňovat celkový léčebně-ošetrovatelský proces. Mezi základní opatření k jeho prevenci patří:

- omezení hospitalizace nebo zkrácení doby pobytu na nejnutnější dobu,
- umožnění pravidelných návštěv,
- humanizace nemocničního prostředí a
- úprava celého nemocničního režimu (26).

### ***1.6.3. Vztah mezi zdravotníkem a nemocným***

Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, nýbrž i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s nemocným. Zdravotník a nemocný se setkávají ve zvláštní situaci, a tím i ve vyhraněných sociálních rolích, které nejsou vždy plně zvládnuty. Vždy je vztah mezi zdravotníkem a nemocným silně závislý na vzájemném dobrém osobním kontaktu. Vhodná komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocným může zabránit mnohým konfliktním situacím (26).

Od lékaře očekává nemocný vysokou odbornost, se kterou je schopen chorobu diagnostikovat a léčit. Nemocný dále od lékaře očekává taktní a ohleduplné jednání a v neposlední řadě i psychickou podporu ve složitých situacích. Postavení zdravotní sestry je ve vztahu k nemocnému ještě o něco složitější, protože nemocný ji nevnímá jen jako součást celého zdravotnického týmu, ale také samostatně. Sestra by měla v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, přičemž je zasvěcována do problémů a starostí nemocného, do jeho nálad, depresí či osobnostních zvláštností. Její role tak vyžaduje více porozumění, pochopení, pochopení a laskavosti (26).

Harmonické jednání zdravotníků by mělo odrážet jak příjemné vnější prostředí, tak i kvalitu mezilidských vztahů. Vztah mezi zdravotníkem a nemocným by měl být vždy založen na vzájemné důvěře a respektu. Nemocný má právo na informace, které se týkají jeho osoby a onemocnění. Zde je velmi důležité vědět, jak sdělit nález, léčbu, prognózu a vše, co je s tím spojené. Ne všichni nemocní jsou schopni medicínské záležitosti pochopit, přijmout a vyrovnat se s nimi, a to musíme mít stále na paměti. Každý člověk může v tomto okamžiku reagovat zcela odlišně, a proto je sdělení nálezu zásadně věcí lékaře. Ostatní personál, rodina a také nejbližší okolí může sehrát pozitivní úlohu v psychické podpoře nemocného (26).

Vztah mezi zdravotníkem a nemocným by se měl odvíjet od obecného psychologického přístupu k nemocnému člověku. Vždy by měl zdravotník jednat s pacientem jako s rovnocenným partnerem. Takový přístup můžeme označit za psychologickou pomoc. Její podstata spočívá ve skutečnosti, že zdravotník takto vytváří pro nemocného příznivý psychosociální terén, na němž se pak speciální léčebné zákroky mohou uplatnit optimálním způsobem (26).

## 2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 2.1. Cíle práce

Obečným cílem kvalitativního výzkumu v rámci této bakalářské práce je zjistit, jaké individuální stresory působí na klienty<sup>8</sup> při hospitalizaci, a to jak na standardních odděleních, tak i na odděleních jednotek intenzivní péče Nemocnice České Budějovice, a.s.

Toto téma je pro výzkumníka velmi obsáhlé. Proto jsem obecný cíl rozdělila dále na tzv. dílčí cíle, kterých bych chtěla v mém výzkumu dosáhnout. Tyto cíle jsem vytvořila na základě studia dostupné odborné literatury a také na základě mé osobní zkušenosti jak s prostředím tak i s klienty těchto oddělení. Dosažení těchto dílčích cílů je dle mého názoru pro dané téma nejdůležitější a umožňuje celkově obsáhnout problematiku, kterou bych chtěla zmapovat.

Dílčími cíly mého výzkumu bylo:

- Zjistit, jaké individuální stresory související s prostředím a chodem daných oddělení působí na hospitalizované klienty.
- Zjistit, jaké individuální stresory související se změnou sociálního statutu, životního tempa a dočasným omezením sociální interakce během hospitalizace působí na hospitalizované klienty.
- Zjistit, jaké individuální stresory související s přístupem sester, lékařů a ostatního zdravotnického personálu přicházejícího do styku s klienty působí na hospitalizované klienty.
- Zjistit, jaké individuální stresory související se samotným prožitkem nemoci působí na hospitalizované klienty.

Každý tento dílčí cíl má definovaný svůj podcíl, který je u každého z těchto dílčích cílů stejný. Tímto podcílem je zjistit, jakým způsobem bychom mohli společně, my

---

<sup>8</sup> používání slova klienti – po celou dobu jsem pro označení celku svých respondentů užívala slovo klienti (mužský rod), přestože jsou mezi nimi zastoupeni muži i ženy.

zdravotníci i samotní klienti, zlepšit stávající situaci, tedy eliminovat co možná nejvíce stresorů či jejich přímých dopadů na klienta.

## **2.2. Výzkumné otázky**

Výzkumné otázky jsem stanovila tak, aby naplňovaly výše uvedené cíle práce. Výzkumné otázky jsem formulovala na základě vědeckých poznatků, které jsou shrnuty v teoretické části práce a také na základě mé osobní zkušenosti, jak s prostředím Nemocnice České Budějovice, a.s., tak i s klienty hospitalizovanými v této nemocnici na standardních odděleních a na odděleních jednotek intenzivní péče.

Základní výzkumná otázka (ZVO) zní: „Jaké individuální stresory, působí na klienty hospitalizované na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s.“ Tuto základní výzkumnou otázku jsem rozložila na specifické výzkumné otázky (SVO), a ty dále na tazatelské otázky (TO) neboli tzv. hlavní otázky, které byly páteří výzkumného rozhovoru.

Specifické výzkumné otázky a s nimi související tazatelské otázky (hlavní otázky), které jsem si kladla, jsou následující:

(SVO1) Jak klienti vnímají prostředí a chod daného oddělení?

- (TO1) Co klienty v prostředí toho daného oddělení stresuje?
- (TO2) Jak na klienty působí vybavení, zařízení, barevné ladění apod. daného oddělení?
- (TO3) Jak se klienti adaptují v nemocničním prostředí?
- (TO4) Co klienty na chodu daného oddělení stresuje?
- (TO5) Jak na klienty působí bílá barva zdravotnických uniforem a povlečení?
- (TO6) Jak by bylo možné a vhodné, dle názoru klientů, něco z toho změnit?

(SVO2) Jak klienti vnímají a prožívají změnu sociálního statusu, změnu životního tempa a dočasné omezení sociální interakce?

- (TO7) Jak klienti vnímají a prožívají pobyt mezi cizími lidmi?
- (TO8) Jak klienti vnímají a prožívají dočasné odloučení od rodiny, přátel, koníčků?

- (TO9) Jak klienti vnímají a prožívají, když nemohou během hospitalizace plnohodnotně zastávat některé role?
- (TO10) Jak klienti vnímají a prožívají svoji absenci v rodině?
- (TO11) Jakým způsobem klienti zvládají novou roli klienta/pacienta?
- (TO12) Jak vnímají klienti možnost a časové rozmezí návštěv na daném oddělení?
- (TO13) Jak by bylo možné a vhodné, dle názoru klientů, něco v této oblasti změnit?

(SVO3) Jak klienti vnímají a hodnotí přístup sester, lékařů a ostatního zdravotnického personálu?

- (TO14) Jak klienti vnímají a hodnotí přístup zdravotnického personálu?
- (TO15) Je zdravotnický personál klientům oporou?
- (TO16) Jak klienti vnímají a hodnotí jejich vztah se zdravotnickým personálem?
- (TO17) Představí se klientům vždy každý pracovník, než s nimi „jde něco dělat“?
- (TO18) Jak by bylo možné a vhodné, dle názoru klientů, něco v této oblasti změnit?

(SVO4) Jak klienti prožívají samu nemoc a vše co s ní souvisí, vyšetření, ošetření, informovanost atd.?

- (TO19) Jak během hospitalizace prožívají klienti svoji nemoc?
- (TO20) Byli klienti seznámeni s právy pacientů?
- (TO21) Domnívají se klienti, že jsou dostatečně informovaní o svém zdravotním stavu?
- (TO22) Mají vždy klienti možnost rozhodnout se o dalších postupech, výkonech?
- (TO23) Mají klienti vždy pocit dostatečného soukromí a intimity?
- (TO24) Vysvětlí vždy zdravotničtí pracovníci klientům, co s nimi „jdou dělat“?
- (TO25) Jak na klienty působí provádění různých výkonů?
- (TO26) Co na klienty v souvislosti s jejich nemocí, vyšetřeními, ošetřeními, apod. působí opravdu nepříjemně, stresuje je?

- (TO27) Jak by bylo možné a vhodné, dle názoru klientů, něco v této oblasti změnit?



### **3. METODIKA**

Pro uskutečnění výzkumu v rámci své bakalářské práce jsem se rozhodla využít kvalitativního výzkumného šetření. Kvalitativní výzkum je od kvantitativního rozdílný v tom, že se jeho výsledků nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných procedur kvantifikace. Kvalitativní výzkum se zajímá zejména o hluboký osobní prožitek konkrétního člověka, o popis toho, co a jak se stalo a jak to zkoumaná osoba pociťovala. (16, 24, 23).

Tento typ výzkumu může vysvětlit, proč je něco pravda, spíše než jen konstatovat, že je to pravda. Díky tomu poskytuje obrovskou příležitost zjistit něco nového a důležitého o pacientech – jejich vnímání, prožitcích i chování – a tím zásadně přispět ke zlepšení ošetrovatelské péče (23).

V kvalitativním výzkumu mohu do hloubky zmapovat danou oblast. Domnívám se proto, že vzhledem k povaze tématu mé práce je použití této metodiky vhodné.

Jako design kvalitativního výzkumu jsem zvolila zakotvenou teorii. Zakotvená teorie představuje sadu systematických induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu zaměřeného na vytváření teorie. Je to teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. Základem zakotvené teorie je kódování, existence specifických kódovacích procedur je přímo jejím definičním znakem (16).

#### **3.1. Metoda sběru dat**

K získání dat od vybraných respondentů byla použita metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Jeho cílem je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu. Tento rozhovor využívá strukturu danou seznamem tématických okruhů předem připravenou výzkumníkem a zároveň je dostatečně flexibilní tak, aby bylo možné reagovat na individualitu respondenta a výzkumník tak mohl z rozhovoru vytěžit maximum. Pořadí témat je tak možné podle potřeby měnit stejně jako způsob formulace otázek (24, 10).

Tematické okruhy rozhovoru byly vytvořeny v souladu s definovanými cíly práce tak, aby odpovídaly stanoveným výzkumným otázkám. (záznamový arch s otázkami viz. příloha č. 2)

### **3.1.1. Průběh rozhovorů**

Všechny rozhovory se konaly na daných odděleních, nebylo nutné měnit prostředí, což by také mohlo ovlivnit celý proces dotazování. U čtyř klientů bylo možné provést rozhovor na jejich vlastním pokoji. U dalších čtyř jsem musela najít jiné místo v nemocnici k tomu vhodné, jako např. jiný prázdný pokoj, společenskou místnost, ve dvou případech to byla chodba daného oddělení, kde byl klid a mohla jsem být s respondenty sama.

Na začátku jsem všechny respondenty sama oslovila, představila se a vysvětlila jim, za jakým účelem přicházím. Seznámila jsem je s tématem rozhovoru, k jakému účelu bude přesně rozhovor použit, jak dlouho bude asi trvat a také je ujistila o absolutní anonymitě sesbíraných dat. Dále jsem je ujistila o možnosti kdykoliv v průběhu rozhovoru neodpovídat nebo i rozhovor zcela ukončit. Informovala jsem je o tom, že mohou kdykoliv cokoli dodat, co je napadne a myslí si, i když se to netýká okruhů či otázek mnou položených. Nakonec jsem je informovala, že si průběh rozhovorů musím nahrát na diktafon, abych si nemusela během rozhovoru vše zapisovat a rušit tak celý proces rozhovoru. Všichni respondenti poté s poskytnutím rozhovoru souhlasili a jejich ústní souhlas byl zaznamenán na diktafon.

Každý rozhovor jsem začala anamnestickými otázkami, které měly za úkol zmapovat oblasti jako je pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav a také víru. Dále jsem přešla k obecnému úvodu, který se již okrajově dotýkal rozsáhlého tématu, který jsem chtěla prozkoumat. Zde jsem se snažila jednoduchými otázkami od respondentů dozvědět, jak vnímají slovo stres, co to pro ně znamená, jak se k němu obecně staví, když už stres prožívají.

Až po tomto úvodním „rozehřátí“ jsem přešla na zmapování čtyř oblastí, které jsem si určila jako stěžejní pro svůj výzkum. Klientům jsem vždy představila specifickou výzkumnou otázku (SVO) toho určitého okruhu, který se již týkal samotného tématu výzkumu, aby měli představu o tom, co bude náplní té které oblasti. Poté jsem klientům

již pokládala tázací otázky (TO) a snažila se o to, aby klienti mluvili co nejvíce samostatně a vyjádřili, co si opravdu myslí, cítí a co si pod každou otázkou představují. Vždy, když klienti nevěděli, nebo již neměli co dodat, jsem jim kladla tzv. doplňující otázky (DO), kterými jsem postupně rozvedla určitou TO. Občas jsem reagovala na komentáře respondentů a jejich výpovědi navazujícími otázkami (NO), ale to pouze tam, kde jsem to uznala za vhodné a věděla jsem, že tím získám větší hloubku zkoumaného detailu. Byla jsem však v kladení NO velmi obezřetná, jelikož jsem z literatury věděla, že se tím mohu lehce odklonit od daného tématu, a tím by se mohlo zpochybnit pochopení výzkumného záměru ze strany respondentů. Důvodem také bylo, že jsem se jako začínající výzkumník nechtěla pouštět na „tenký led“, se kterým nemám mnoho zkušeností.

Poslední okruh otázek byl zaměřen více emocionálně, a to hlavně na klienta samotného, na prožívání jeho nemoci, uspokojování základních potřeb atd. Tento okruh byl záměrně kladen jako poslední. Kdybych se totiž na tuto oblast otázek ptala již na začátku, tak by zde byla větší pravděpodobnost předčasného ukončení rozhovoru ze strany klienta.

Každý rozhovor byl vždy ukončen tzv. ukončovací otázkou (UO), kdy měli klienti možnost ještě cokoliv dodat, co si myslí, a co třeba vůbec v rozhovoru nezaznělo atd. Dále se ještě mohli klienti zeptat na cokoli mě, co je zajímalo, či se ještě zpětně vyjádřit k nějaké oblasti, která byla probírána během rozhovoru. Poté následovalo mé poděkování klientům za jejich čas a ochotu.

Během celého rozhovoru jsem stále sledovala okruh mých otázek, abych něco neopomněla a také podporovala klienty v jejich odpovědích. Kde jsem cítila, že je to vhodné, tak jsem s klienty i sympatizovala a dávala za pravdu. Pokud to bylo vhodné, řekla jsem klientovi, že mám jiný názor, přičemž jsem jeho názor plně respektovala.

Během rozhovorů jsem také zjistila, že je někdy velmi obtížné dovést respondenty k spontánnímu a samotnému mluvení, tudíž jsem klienty strukturou rozhovoru vedla. Myslím si, že svou roli zde mohla hrát hlavně intimita tématu, její aktuálnost a s tím i související ostych klientů mluvit o tomto tématu, konkrétně např. o lidech, na kterých jsou nyní závislí. Jelikož jsem ale většinu svých respondentů viděla poprvé v den

rozhovoru, určitě zde mohla hrát roli i moje nezkušenost v roli tazatele a nedůvěra klientů. Musím přiznat, že během jednoho rozhovoru došlo také na pláč klienta, kdy jsem nevědomky jednou otázkou již na začátku odhalila velmi bolestivé místo; s klientem jsem v tu chvíli sympatizovala, projevovala empatii, reflektovala jeho pocity a snažila se ho v dalším rozhovoru emočně stabilizovat, což se mi také podařilo. Z hlediska výzkumu nám tento silný projev emoce nakonec pomohl v navázání ještě lepšího vztahu a důvěry, což je velmi potřebné při vedení těchto rozhovorů.

Všechny rozhovory jsem nahrávala na diktafon, jehož malé rozměry minimalizovaly rušivé působení nahrávacího zařízení. Trvání rozhovoru se pohybovalo v rozmezí od 20 do 45 minut. Všechny rozhovory jsem poté doslovně přepsala a s jejich přepisem dále pracovala. Ihned po přepsání jsem rozhovory z diktafonu vymazala, a to z důvodu ochrany osobních informací klientů, které by mohly být zneužity.

### **3.2. Výzkumný soubor**

#### **3.2.1. Strategie výběru zkoumaných osob**

Obvykle není možné studovat celou populaci, je třeba si z ní vybrat pouze vzorek. V kvalitativním výzkumu jsou vzorky o mnoho menší a jinak vybírané než je tomu u výzkumu kvantitativního. V kvalitativním výzkumu je cílem vybrat takové účastníky, kteří umožní pečlivé prozkoumání studovaného problému, výběr vzorku tudíž není zcela náhodný. Účastníci výzkumu musí o probíhajícím výzkumu vždy vědět a musí souhlasit se svou účastí (23).

Cílovou skupinou pro tento výzkum byli klienti hospitalizovaní na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních Nemocnice České Budějovice a.s.

Před začátkem rozhovorů jsem si stanovila kritéria výběru respondentů.

První kritérium bylo, že každý pacient musí být na daném oddělení hospitalizován alespoň pět dní a déle. Hlavním důvodem zde bylo to, že dle mého názoru musí být klient hospitalizován v nemocnici delší dobu, aby na něho mohlo začít prostředí nemocnice působit v celé jeho šíři. Udělala jsem pouze jednu výjimku, a to u klienta, který byl sice hospitalizován na standardním oddělení pouze čtyři dny, zato bylo zcela viditelné, že na něho již prostředí dostatečně působí.

Druhé kritérium, které jsem si stanovila, bylo, že při každém rozhovoru musíme být s klientem o samotě, aby nedocházelo ke zkreslení výsledků, a to působením cizí přítomnosti. Dalším důvodem druhého kritéria bylo slíbené zachování anonymity. Zachování důvěrnosti bylo pro mě z etického hlediska velmi důležité. Důvěrnost znamená, že nebudou zveřejněna žádná data, jež by umožnila čtenáři identifikovat účastníky výzkumu (16). Zde jsem byla také nucena udělat jednu výjimku, bylo to však po dohodě s oběma klienty, protože oba mí vybraní klienti sdíleli jeden pokoj. Zeptala jsem se jich nejprve, jestli by bylo možné udělat s každým z nich ten samý rozhovor před tím druhým, přičemž oba souhlasili. S jejich svolením jsem tedy provedla rozhovory na tomtéž pokoji za přítomnosti obou klientů.

Třetím kritériem, díky mých zkušenostem se sběrem dat na jednotkách intenzivní péče, které proběhlo při mém předchozím výzkumu v roce 2003, byla volba klientů z jednotek intenzivní péče trochu netradiční metodou, ale velmi opodstatněnou. Rozhodla jsem se najít své respondenty z intenzivní péče také na standardních odděleních. Důvody zvolit tuto metodu byly: 1. obtížné nalezení klientů na jednotkách intenzivní péče schopných vést rozhovor po dobu zhruba 30 minut vzhledem k jejich stavu, 2. nemožnost zachování anonymity dat, jelikož s klientem nemůžete být o samotě, 3. ohleduplnost vůči okolním klientům, kteří potřebují na těchto jednotkách hlavně klid, pohodu a provádění rozhovorů by je mohlo velmi rušit, čímž bych sama vytvářela další stresory, což by bylo v absurdním rozporu s mojí prací a mým vnitřním cítěním.

Toto mé rozhodnutí bylo podmíněno dalším kritériem, že klient musel být převezen z intenzivní péče v den rozhovoru, a to z toho důvodu, aby si ještě dostatečně dokázal vybavit prostředí jednotky intenzivní péče a nebyl již ovlivněn prostředím jiným.

Věková hranice respondentů byla omezena pouze na dospělé jedince od 18 roku věku života výše. Respondenty jsem vybírala sama nebo za pomoci sester na daných odděleních. Sama jsem vybrala pouze dva respondenty, které jsem měla možnost blíže poznat během své praktické výuky v nemocnici. Ostatní respondenty jsem dále vybírala vždy s pomocí sester, které měly skvělý přehled o svých pacientech a byly ochotné mi pomoci najít vždy toho správného respondenta, který by byl ochoten a schopen se mnou rozhovorem projít.

Jsem si však plně vědoma, že může dojít k určitému zkreslení výsledků a to z několika důvodů:

1. klienti hospitalizovaní na JIP již mohly být po překladu na standardní oddělení i po tak krátké době ovlivněni prostředím novým a nevybavit si tak přesně prostředí na JIP a
2. většina klientů, kteří mě v době rozhovoru viděli poprvé, nemuseli být zcela otevření, důvěřovat mi a mohli se tak bát mluvit o místy velmi intimním tématu.

### **3.2.2. Zajištění vstupu do terénu**

Zajištění vstupu do terénu je velmi důležitou součástí promyšlení výzkumného projektu, neboť kvalitativní výzkum je naturalistický a do značné míry se tedy odehrává v prostředí, v němž se zkoumané fenomény reálně vyskytují. Zároveň v tomto výzkumu platí, že míra důvěry a otevřenosti zkoumaných aktérů vůči výzkumníkovi velmi silně ovlivňuje kvalitu získaných dat. Je proto vždy důležité přemýšlet, jakým způsobem vstoupíme do pole, které hodláme zkoumat a jakým způsobem se v něm poté budeme pohybovat. Existují čtyři typické role, do nichž se může výzkumník v terénu situovat: cizinec, návštěvník, zasvěcený, domorodec. Různé role s sebou nesou samozřejmě různá rizika (16).

Při mém vstupu do terénu jsem volila dvě z těchto rolí a to roli cizince, kdy jsem některé klienty vůbec neznala a ani oni neznali mě. Dále jsem volila roli návštěvníka, kdy jsem některé respondenty znala již před zahájením rozhovorů. Možnost poznat je blíže jsem mohla při své semestrální praxi na ortopedickém oddělení. Často jsem si s nimi povídala a poté, když jsem vycítila, že je ta správná chvíle, je oslovila za účelem výzkumného šetření. Bylo velmi zajímavé pozorovat, jak jsou tyto dvě role velmi rozdílné a také, jak jsou rozdílně vnímány, a to jak mnou tak i mými klienty. Sama za sebe mohu říci, že jsem se během rozhovorů mnohem lépe cítila v roli návštěvníka, tato role je mi bližší.

### **3.2.3. Vstup do terénu**

Vstoupit do terénu znamená již určitý zlom v celém procesu výzkumu. Badatel začíná sbírat data podle předem naplánovaného schématu. Právě samotný způsob

vstoupení do zkoumaného prostředí může ovlivnit přístup k datům. Nejsnadnější vstup do terénu mají ti výzkumníci, kteří znají samotné prostředí a mají i osobní vztah s účastníky, což ale není vždy možné. Je tedy vždy doporučováno, aby výzkumník zkoumal takové prostředí, které je mu blízké a kde respondenti k němu budou otevření. Každý výzkumník musí vysvětlit důvody svého pobytu ve zkoumaném prostředí, aby mohl důvěru respondentů vůbec získat. V některých designech výzkumu jsou role výzkumníka provázány, např. se jedná o akční výzkum, kdy výzkumník v roli experta zkoumá danou realitu, aby mohl v roli přítele vést ke změně situace a posléze v roli experta zhodnotit výsledky změny (16).

O mém vstupu do terénu jsem měla již od začátku reálnou představu. Během mého vstupu do terénu jsem postupovala dle svého nejlepšího uvážení, základnou a velkou pomocí mi při tom byla literatura týkající se výzkumu. Nejprve jsem si určila, na kterých odděleních bych chtěla svůj výzkum provést. Vzápětí jsem oslovila hlavní sestru Mgr. Jiřinu Otázkovou, MBA, Nemocnice České Budějovice, a.s. za účelem představení svého výzkumu (ukázka archu pro vedení rozhovoru viz. příloha č. 2), k jejímu vyjádření a posléze k jeho schválení. Hlavní sestra se mnou vše probrala a s mým výzkumem posléze souhlasila. Souhlas s výzkumem byl následně podepsán hlavní sestrou, vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Kateřinou Šulářovou a mnou (viz příloha 1). Poté jsem se vydala na svá vybraná oddělení. Na každém oddělení jsem vždy oslovila vrchní sestru, nechala k nahlédnutí arch a požádala o svolení s provedením výzkumu. Na všech odděleních byly sestry velmi vstřícné a ochotně s mým výzkumem souhlasily a utvrdily mě, že budou informovat sestry na odděleních, aby se mnou počítaly a příp. pomohly s výběrem.

Tuto nemocnici jsem si vybrala právě proto, že jsem tam měla během studia možnost poznat mnoho různých oddělení a seznámit se jak s prostředím daných oddělení tak i s tím, co naše pacienty při hospitalizaci trápí. Výběr určitých oddělení tak nebyl náhodný, ale pečlivě promyšlený. Výzkum probíhal na následujících odděleních: na ortopedickém oddělení, neurologickém oddělení, traumatologickém oddělení a kardiologickém oddělení. U dvou klientek jsem provedla rozhovor již během své semestrální praxe, a to na ortopedickém oddělení. Na další rozhovory jsem si vyčlenila jeden celý víkend, kdy jsem je realizovala.

### 3.2.4. Charakteristika výzkumného souboru

Výsledný výzkumný soubor tvoří 8 respondentů, z toho 4 ženy ve věku 42, 51, 76 a 78 let a 4 muži ve věku 58, 60, 60 a 73 let. Respondenty níže krátce představím pod přezdívkami<sup>9</sup>. Představení bude sloužit k bližšímu seznámení s respondenty, což je zejména u kvalitativního výzkumu velmi důležité, protože jejich výpovědi musíme chápat v kontextu jejich životního příběhu. Vše je podloženo informacemi, které mi dali oni sami a také mým zúčastněným pozorováním všech respondentů během rozhovorů.

Pro prvotní přehlednost jsou základní údaje o jednotlivých respondentech shrnuty v následující tabulce:

<u>Přezdívka</u>	<u>Věk</u>	<u>Zaměstnání</u>	<u>Oddělení</u>	<u>Diagnóza</u>	<u>Hospitalizace – dny</u>
Iva	51	účetní	ortopedie	artritida kyčelního kloubu	9
Kateřina	42	prodavačka	ortopedie (JIP)	posttraumatická artritida	4
Martin	73	důchodce	neurologie	tumor mozku	6
Pavel	60	tajemník starosty	neurologie (JIP)	ruptura aneuryzmatu	14
Radek	60	zemědělec	kardiologie	ICHS - ischemická choroba srdeční	5
Soňa	76	důchodkyně	kardiologie (JIP)	ICHS - ischemická choroba srdeční	6
Tomáš	58	podnikatel	traumatologie	pneumothorax	12
Zdena	78	důchodkyně	traumatologie (JIP)	fraktura stehenního krčku	5

---

<sup>9</sup> Přezdívky respondentů jsou zvoleny náhodně, podle abecedy v pořadí, v jakém jsem s nimi provedla rozhovory, jména respektují pohlaví.



Paní Iva

Paní Ivě je 51 let. Pracuje jako účetní v jedné malé firmě. Vystudovala střední ekonomickou školu. Je rozvedená, s manželem se nebaví. Má jednoho bratra. Bydlí se svoji matkou v rodinném domě. Má jednu dceru, její mladší syn zemřel před 2 lety při autohavárii, s čímž se ještě doposud nevyrovnala a je z toho nešťastná. V překonání této nelehké situace ji pomohla kamarádka, která ji doporučila rei-ki a jógu. Pravidelně se těmito dvěma směrům věnuje a jak sama říká, velmi ji to pomáhá a její život obohacuje. Má dvě vnoučata. Má ráda lidi, dobré jídlo a pití, vysokohorskou turistiku a ráda tráví čas se svými vnoučaty. Není věřící. Na ortopedickém standardním oddělení byla v době našeho rozhovoru hospitalizována již 9. den, a to po operaci kyčelního kloubu.

Paní Kateřina

Paní Kateřině je 42 let, pracuje jako prodavačka v obchodě s elektronikou. Vystudovala střední promyslovou školu. Nyní je již třetím rokem rozvedená a je se svým stavem spokojena, stálého partnera v dnešní době nemá. Z manželství má dvě děti, 5-letého syna a 23-letou dceru. Žije v panelákovém bytě s mladším synem, dcera žije se svým přítelem v Německu, vídají se občas. Má jednu sestru, se kterou má dobré vztahy. Má ráda usměvavé lidi, přírodu a procházky se psem. Není věřící. Do nemocnice byla přijata pro provedení plánované operace ramenního kloubu pro posttraumatickou artritidu. Na ortopedické jednotce intenzivní péče v době rozhovoru pobývala 4 dny, poté byla přeložena na ortopedické standardní oddělení.

Pan Martin

Panu Martinu je 73 let. Již je v důchodu, dříve pracoval jako úředník. Vystudoval vyšší odbornou školu ekonomického zaměření. Je ženatý. Má jednoho syna a 6 vnoučat. Má 1 sestru, starší bratr je již mrtev. S manželkou bydlí v rodinném domku. Je věřící, hlásí se k římsko katolické církvi, víra mu pomáhá v překonávání překážek, těžkých životních (stresových) situacích. Rád pracuje na zahrádce a s manželkou rádi cestují vlakem a poznávají nová místa. Na neurologickém standardním oddělení pobýval v době rozhovoru již 6. den, byl sem přijat s bolestí hlavy, později diagnostikován nádor mozku.

Pan Pavel

Panu Pavlovi je 60 let. Pracuje jako tajemník starosty. Vystudoval střední průmyslovou školu. Je ženatý, má dva syny a dva bratry. S manželkou žijí v rodinném domku. Není věřící. Velmi rád sportuje, stále hraje závodně basketbal, pravidelně hraje tenis, golf a s manželkou jezdí hodně na kole. Je zvyklý na neustálý pohyb. Na neurologickou jednotku intenzivní péče, kde pobýval v době rozhovoru 14 dní, byl přijat pro podezření na rupturu aneuryzmatu, která se po vyšetřeních potvrdila. Poté byl přeložen na neurologické standardní oddělení.

Pan Radek

Panu Radkovi je 60 let. Pracuje jako zemědělec. Vystudoval střední zemědělskou školu. Je ženatý, má tři děti, 7 vnoučat. Má šest sourozenců, sedmý již zemřel. Žije s manželkou na statku, kde oba pracují. Věřící není. Nemá moc času na různé koníčky, jelikož většinu času mu zabere práce, ale jak říká, je to vlastně jeho největší koníček. Když už si najde čas, tak s manželkou rádi navštěvují svoje děti a jejich rodiny. Na kardiologické standardní oddělení byl přeložen z lázní, kde se jeho stav zhoršoval. V nemocnici byl hospitalizován již 5. dnem v době rozhovoru a čekal na angiografické vyšetření, které již dvakrát předtím absolvoval.

Paní Soňa

Paní Soně je 76 let, ale působí mladším dojmem. Je již v důchodu, dříve pracovala jako dětská sestra. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Je vdaná, má dvě děti a několik vnoučat, z nichž jedno je již po smrti. Má jednoho bratra, se kterým se často vidá hlavně o víkendech. S manželem žijí v panelákovém bytě na sídlišti. Není věřící. Ráda chodí na procházky se psem a také ráda vyráží na výlety se svými vnoučaty a manželem. V nemocnici se nezmínila, že dříve pracovala jako sestra, prý nechce žádnou protekci ze strany zdravotníků. Na kardiologickou intenzivní péči byla přivezena z důvodu opakovaného srdečního záchvatu. Na kardiologické jednotce intenzivní péče byla hospitalizována v době rozhovoru 6 dní, poté byla přeložena na kardiologické standardní oddělení.

Pan Tomáš

Panu Tomáši je 58 let. Pracuje jako podnikatel. Vystudoval střední průmyslovou školu. Je ženatý, má dvě děti a tři vnoučata. S manželkou žije v bytě. Má ještě dva

sourozence. Není věřící. Rád jezdí na kole, hraje fotbal, což je jeho největší koníček a působí i jako trenér. S manželkou rád hraje stolní hry, jako šachy, scrable atd. Na traumatologické standardní oddělení byl přijat pro problémy s dýcháním po pádu na záda ze štaflí, byl mu diagnostikován pneumotorax. V době rozhovoru byl hospitalizován již 12. den.

Paní Zdena

Paní Zdeně je 78 let. Je v důchodu, dříve pracovala jako účetní, a jak říká tuto práci se naučila mít ráda, i když chtěla dělat něco jiného. Vystudovala vyšší odbornou školu se zaměřením na účetnictví a ekonomiku. Je rozvedená, má jednoho syna a jedno vnouče. Má jednu sestru, se kterou se pravidelně stýká a je to její nejlepší přítelkyně. Je silně věřící (římsko-katolická církev), modlí se každý večer, víra jí pomáhá překonávat nelehké situace v životě. Žije sama v bytě, s nákupy a úklidem ji pomáhají lidé z charitativní organizace. Na traumatologickou jednotku intenzivní péče byla přijata po operaci krčku stehenního, po pádu doma na zem. V době rozhovoru zde pobývala 5 dní a poté byla přeložena na traumatologické standardní oddělení.

### **3.2.5. *Způsob zpracování dat metoda analýzy dat***

Pro analýzu přepsaných rozhovorů jsem použila metodu zakotvené teorie. Zakotvená teorie („grounded theory“ v anglickém jazyce) byla vyvinuta v šedesátých letech 20. století, a přestože od té doby prošla mnoha modifikacemi a rozštěpila se do mnoha různých variant, její základ zůstává stále stejný. Autory zakotvené teorie jsou Barney Laser a Anselm Strauss, kteří své společné dílo *The Discovery of Grounded Theory* vydali v roce 1976 (16).

Zakotvená teorie představuje sadu systematických induktivních postupů pro vedení kvalitativního výzkumu zaměřeného na vytváření teorie. Je to teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. Základem zakotvené teorie je kódování, existence specifických kódovacích procedur je přímo jejím definičním znakem. Pro zpracování dat jsem použila kódování dle A. Strausse a J. Corbina, a to zejména jejich první dva kroky jejich kódování, tj. otevřené a axiální. Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány, a opět složeny novým způsobem (16, 24).

Přepsané rozhovory jsem si několikrát přečetla a snažila jsem se v nich najít významové jednotky, tedy části textu, které jsou nositeli informace (10). K nim jsem přiřazovala pojmy a pojmy příslušejících ke stejnému jevu jsem poté slučovala do kategorií. Poté jsem hledala určité souvislosti mezi kategoriemi a spojovala je do smysluplných celků a snažila jsem se objevit kategorie nadřazené, s nimi související subkategorie a vztahy mezi nimi.

Po celou dobu práce jsme si psala poznámky, které mě při kódování napadaly. Tyto poznámky mě poté vedly v mé práci dál.

#### 4. PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Následující část bude věnována výsledkům, které vznikly analýzou rozhovorů s respondenty. Nejprve jsou níže popsány další informace k anamnestickým údajům respondentů a poté jsou popsány stěžejní tematické celky celého výzkumu.

Anamnestické údaje tvořící začátek všech rozhovorů jsem popsala již ve výše uvedené sekci metodika „část 3.2.4 Charakteristika výzkumného souboru“, stejně tak jako krátké prvotní představení respondentů, proto se k nim již nebudu dále obsáhleji vracet, i když některé údaje budou ještě opakovány v souvislosti s tematickými celky.

Podle mého názoru je víra jednou ze zásadních věcí, která se podílí na zvládnutí stresových situací. Související otázka se nacházela rovněž v anamnestických údajích. Pouze dva klienti z osmi jsou věřící a víra jim velmi pomáhá v překonávání nelehkých stresových situací.

Výsledky týkající se již samotného jádra rozhovorů budou rozděleny do větších tematických celků, přičemž budou respektovat posloupnost pokládaných otázek provedených rozhovorů dle záznamového archu. Přehled tematických celků a z nich vycházejících otázek podává následující tabulka. Ještě je nutné dodat, že první dva celky nejsou hlavním jádrem výzkumu, ale jsou velice podstatné k jeho dosažení odhalením obecnějších informací.

<b>Stres z pohledu klienta/pacienta</b>	Definice stresu Přístup ke stresu, zvládnutí stresu
<b>Současná situace – stresory z pohledu klienta/pacienta</b>	Časové vymezení doby hospitalizace Předchozí zkušenost s hospitalizací Očekávání od hospitalizace Současné stresory Přístup a zvládnutí současné situace
<b>Prostředí a chod oddělení</b>	Stresory prostředí oddělení Zařízení, barevné ladění oddělení Barva zdravotnických uniforem a ložního prádla Adaptace v prostředí Stresory chodu oddělení

	Nápad změn k lepšímu
<b>Změny sociálního statusu, životního tempa a dočasné omezení sociální interakce</b>	Nová sociální interakce Dočasné omezení či ztráta předchozích sociálních interakcí, koníčků, práce Omezení dosud stávajících rolí Postavení v rodině Adaptace na roli pacienta Možnost návštěv Nápad změn k lepšímu
<b>Přístup sester, lékařů a ostatního zdravotnického personálu</b>	Vnímání přístupu zdravotnických pracovníků pacientem Psychická opora Sociální opora Vztah pacient a zdravotnický pracovník Představení se Nápad změn k lepšímu
<b>Prožitek nemoci</b>	Vnímání nemoci Práva pacientů, jejich dodržování Informovanost o stavu Možnost volby Soukromí, intimita Informovanost před zákroky Uspokojování základních potřeb Stresory versus zákroky Nápad změn k lepšímu

Jednotlivá témata slovně popíši na úrovni kategorií, které se v nich během zpracování dat vyskytly, svá tvrzení dále doplním pro ilustraci citovanými výňatky z rozhovorů, a na konci každého z témat graficky znázorním vztahy mezi jednotlivými kategoriemi.

Dále budou okruhy témat a s nimi i odpovědi na související otázky zastoupeny dvěma skupinami, a to skupinou klientů z JIP a skupinou klientů ze standardního oddělení. Na konci každé otázky jsou odpovědi obou skupin celkově vyhodnoceny a porovnány.

## 4.1. Stres z pohledu klienta/pacienta

Pro pochopení celého tématu práce, tj „Jaké stresory na klienty při hospitalizaci působí, a to jak z pohledu pacienta, tak z pohledu zdravotnického personálu?“, je důležité nejprve se obecněji podívat na to, co si sami klienti pod slovem stres (a s ním spojeným pojmem stresory) představují, co pro ně znamená a jak se k němu staví.

### 4.1.1. Definice stresu

Podstatou této otázky v rozhovoru je zjistit, co si klienti představují pod slovem stres a to ještě bez přímé souvislosti se stresem a stresory spojenými s hospitalizací.

#### 4.1.1.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Ve všech výpovědích se objevuje, že stres vnímají jako nepříjemnou někdy až bezvýchodnou situaci, přičemž jsou nejčastěji uváděny následující příklady: ztráta pocitu jistoty, ohrožení zdraví, opětovná porucha zdraví, uvědomění si vlastní smrtelnosti, strach, bolest jak fyzická, tak i psychická, ztráta blízké osoby.

Paní Kateřina si spojuje slovo stres hlavně se **strachem o druhé**, o své dítě a v jejích výpovědích se to mnohokrát opakuje. Je to určitě dáno tím, že jako jediná ze všech respondentů má malé dítě, které se o sebe ještě nedokáže samo postarat a ona vůči němu cítí velkou zodpovědnost právě v tomto směru. Dále se u paní Kateřiny objevuje ve spojitosti se slovem stres **strach z nejistoty**.

*„...stres je hodně nepříjemná situace, kdy je člověk jako hodně vypjatý a leckdy potřebuje i pomoc. Asi největší stres jsem zažila, když mně před dvěma lety v nemocnici řekli, že mám rakovinu, to jsem se opravdu hodně bála, stresovala, nevěděla jsem co bude. A pak mému synovi byly tři roky a já nevěděla, jestli to zvládnu a když ne, tak co s ním bude...“ (Kateřina)*

Pan Pavel i paní Soňa si pod slovem stres představují právě situaci spojenou s nynějším **onemocněním**, je to zcela pochopitelné, jelikož to je stres, který zažili naposledy (tedy stres aktuální), a tak se k němu nejvíce přiklání. Oba tedy vypovídají ve svých výpovědích hlavně o současné situaci. Dá se říci, že pro ně je stres spojen s **ohrožením, ztrátou zdraví**.

*„Tak to Vám řeknu zcela přesně, stresovou situaci jsem zažil právě, když mě chytnula ta strašná bolest hlavy a já nevěděl co to je a pak když mě dovezli na JIP a řekli, že mně prasklo něco v hlavě, tak to jsem byl opravdu ve stresu a vlastně ještě trochu jsem.“*  
(Pavel)

*„Stresová situace je pro mě každý můj srdeční záchvat...“* (Soňa)

U některých respondentů je slovo stres chápáno hlavně jako **bolest**. Paní Zdena uvedla právě jenom bolest, tu jedinou si pod slovem stres představuje. Stejně tak jako to udává i v určité míře pan Pavel.

*„Stres je bolest jakéhokoliv ražení, myslím tím jak fyzickou, tak i psychickou bolest chápete?“* (Zdena)

Stres je i často spojen se **ztrátou blízkých osob** a na to hlavně poukázala ve své výpovědi paní Soňa, která tento typ stresu přirovnává k nejhoršímu.

*„...nebo také to když vám zemře někdo z blízkých. Když před třemi lety zemřel mé dceři muž a pak o dva roky později i syn, tedy můj vnuk, tak to pro mě byl asi největší stres.“* (Soňa)

#### 4.1.1.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Všichni tito klienti vnímají stres jako **nepříjemnou, svízelnou** někdy až **bezvýhodnou situaci**, kde dále uvádějí tyto příklady: ztráta pocitu jistoty, nemoc, uvědomění si vlastní smrtelnosti, strach, ztráta blízké osoby, větší problém.

Slovo stres znamená pro paní Ivu, stejně tak jako pro pana Radka, **neřešitelnou situaci**, u níž často nevědí, jak z ní ven. Paní Iva dále udává, že nejhorší pro ní byla **ztráta blízké osoby**.

*„No jak bych to řekla, pro mě je to situace, která je nejhorší, nelze řešit a já nevím jak z ní ven. Takovou situaci jsem zažila mnohokrát v životě, ale nejhorší stresovou situací pro mě bylo úmrtí mého mladšího syna, ještě do teď jsem se s tím nevyrovnala.“*  
(Iva)(Brečí, snažím se jí utišit, podpořit, jak jen to jde, ale je vidět, že ji to ještě opravdu moc bolí, je to teprve dva roky.)

*„Je to jako něco co Vás strhne do toho a nemůžete na to nějak pořádně reagovat“.*  
(Radek)



U pana Martina jako jediného se přímo objevuje slovo **nemoc**, které přirovnává ke stresu a pak také **nevyrovnanost** je pro něho hodně stresujícím faktorem, který může vyvolat přímo stres.

*„...když je člověk vynervovaný, něco nepříjemného víte, víte co tím myslím. A pak také samozřejmě nemoc je hodně stresující.“ (Martin)*

#### 4.1.1.3. Porovnání výsledků obou skupin

Jak je z výpovědí všech respondentů vidět, tak se spousta odpovědí opakuje, shodují a přestože šlo o obecné pojetí stresu, většina respondentů si ho dávala do souvislosti s nynější situací.

Jsou zde však i malé odchylky u obou skupin. Skupina z oddělení JIP více udává jako stres ohrožení zdraví, nemoc a také bolest. Je to určitě dáno tím, že na jednotce intenzivní péče hrozí většinou vážnější ohrožení života než na standardním oddělení, a tak to i klienti vnímají. Skupina ze standardních oddělení se oproti tomu spíše klonila k obecnějšímu pojetí stresu, kdy udávala hlavně ztrátu jistoty, nevyrovnanost, nemoc.

U obou skupin se také objevuje jako velký stresor ztráta blízké osoby.

#### 4.1.2. *Přístup ke stresu, zvládání stresu*

Pokud již víme, co pro klienty slovo stres znamená, je také důležité prozkoumat, jak k němu přistupují a jak se s ním dále vyrovnávají, jaké metody používají, co jim pomáhá, nebo co naopak jejich stav zhoršuje. To nám dále pomůže v tom, že budeme moci odhadnout, jak budou klienti reagovat v případě stresorů, které na ně mohou působit během samotné hospitalizace. Každý člověk se stresu brání jinak, ale každý většinou používá ty samé nebo analogické již osvědčené obranné reakce.

##### 4.1.2.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Klienti z JIP se v něčem shodují a v něčem zcela liší. Někteří se snaží situaci překonat **pomocí aktivace vlastních sil** a cítí se jako by někoho **obtěžovali**, kdyby to někomu řekli. Naopak další mají pocit, že když „to“ někomu řeknou, tak se jim hned uleví a **sdílená starost** je přece jenom **menší starost**, potřeba **sociální opory**. Rozdíl se daly najít i v tom, co může celou situaci ještě více zhoršit.

Právě paní Kateřina jako jediná se snaží vždy situaci **zvládat sama** a cítí, že by tím, že se svěří, pouze někoho obtěžovala, i když ve své výpovědi přiznává, že to není zrovna občas lehké. Snaží se tedy o **aktivaci vlastních sil** a nehledá pomoc u jiných. Patrné je, že se bojí **nepochopení** a je zde patrný i **stud**.

*„Víte, nikoho tím neobtěžuji, vždy to nějak sama překonám, třeba si i pobřečím, ale zvládnou to, ale neříkám, že je to lehké.“ (Kateřina)*

Stejně jako pan Pavel tak i paní Soňa se Zdenou cítí velkou úlevu, když mohou své trápení s někým sdílet, a hned se jim uleví, tj. hledají tzv. **sociální oporu (rodina, přátelé)** a z toho vyplývající **pocit sounáležitosti**. Paní Soňa dále uvedla, že jí pomáhá určitá **opora médií** (puštěné rádio či televize). Zato pan Pavel jako jediný udává jako oporu ve stresu **sport** a naopak paní Zdena byla jediná, která utíká od stresu hlavně k **práškům a víře**.

*„Snažím se tomu nepoddát, hodně mi pomáhá jít si zasportovat, no pak taky sednou s klukama po zápase u pivka a probrat to. Vše většinou řešíme spolu s manželkou, ona je pro mě velká opora...“ (Pavel)*

*„Vždycky to musím někomu říci, nerada jsem na to sama, buď to proberu s kamarádkami nebo rodinou a pak je všechno jednodušší. Také mi pomáhá koukat se na televizi, nebo mít jen tak puštěné rádio...“ (Soňa)*

*„...asi mi nejvíce pomáhají prášky, které mi pan doktor předepsal na deprese, no a pak taky ten můj pán Bůh, tomu jako hodně věřím a svěřuju se mu.“ (Zdena)*

Vždy je něco, co může takovou situaci zhoršit, a většina respondentů se shoduje, že zhoršit takovou situaci už může pouze ještě **něco mnohem horšího** než je dosavadní situace. Paní Soňa ještě dodala, že u ní je to právě ten **pocit či strach z ticha, který ji ubíjí**.

*„...Co to může ještě zhoršovat, to fakt nevím, možná ještě něco horšího, když jako přijde v už tak nedobrý situaci.“ (Pavel)*

*„...ticho, to mě vyloženě vadí a ještě více to tu jako stresovou situaci zhoršuje. No jak už jsem řekla, to ticho, to fakt tu celou situaci dost zhoršuje, teda pro mně jo.“ (Soňa)*

#### 4.1.2.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Z výpovědí je patrné, že někteří respondenti zvládají tyto situace pouze **aktivací vlastních sil**. Další z nich však zvládají tyto situace pomocí **sociální opory**.

Pouze paní Iva jako jediná z celé skupiny udává, že se stresu zbavuje hlavně pomocí **východních učení**, přičemž významnou roli hraje rovněž i **opora sociální sítě**.

*„Snažím se ho vždy zvládat sama, poslední dobou hlavně pomocí rei-ki a jógy, no, to my opravdu pomáhá. Pak také mi pomáhá rodina a přátelé víte...“ (Iva)*

Pan Martin stejně jako pan Tomáš cítí potřebu **sociální opory**, a to hlavně v jejich manželkách, které jim vždy takové situace pomáhají zvládat. Pan Tomáš ještě dodává, že jeho žena je na takové situace z práce víceméně zvyklá, takže mu ani nepřipadá, že by jí tím nějak zatěžoval.

*„Nijak zvláště, nic pro to nedělám. Popovídám si o tom občas s manželkou a to je tak vše, vždy se to nějak zvládlo, tak to půjde i příště.“ (Martin)*

*„No víte, já si vždycky o všem promluvím s manželkou, všechno tak nějak probereme a vždycky mi to fakt pomůže. Víte ona je zdravotní sestra a tak je na takové situace asi hodně zvyklá, jako myslím ty stresové situace, chápete né?“ (Tomáš)*

Objevují se zde i takové výpovědi, že pokud stresová situace již nastane, tak že je to pouze věc toho určitého člověka a neměl by tím **obtěžovat** ještě své **okolí**, někoho dalšího. Tak je tomu přesně v případě pana Radka, kde je toto z jeho výpovědi zcela patrné.

*„... Když už je nějaká taková situace, tak nikoho nepotřebuji, zvládám to úplně sám. Připadá mi, že je to moje věc a nechci tím nikoho obtěžovat že jo...“ (Radek)*

Na otázku o možném zhoršení celé situace se většina vyjádřila tak, že celou situaci může zhoršit právě sám fakt, že tu nebude nikdo, s kým by se mohli o svoje pocity, trápení podělit, což znamená **postrádání sociální opory**. Objevila se však i taková odpověď, že už snad **nemůže být něco, co by celou situaci nějak moc zhoršilo**.

*„...No občas to zhoršuje to, že když si zrovna chci s někým popovídat a on není nikdo na blízku.“ (Iva)*

*„...Já ani nevím, co by to mohlo jako zhoršit, no asi to, kdybych si nemohl s manželkou promluvit, tak to bych se asi cejtil hůř, že jí to jako nemůžu říct.“ (Tomáš)*

*„...Asi tu situaci už nic moc nezhoršuje.“ (Radek)*

#### 4.1.2.3. Porovnání výsledků obou skupin

Při celkovém porovnání obou skupin je patrné, že zde nejsou žádné zásadní rozdíly v přístupu a zvládnání stresu, jak tomu bylo u předchozí otázky. Většina respondentů z obou skupin se se stresem vyrovnává pomocí sociální opory, kam se dá zařadit např. rodina či přátelé. Je ale pravdou, že jsou i tací, kteří se s stresem vyrovnávají sami v sobě a možnost jakéhokoliv sdílení s někým jiným chápou jako obtěžování toho druhého.

Postrádání či ztráta sociální opory nebo jakákoliv další případná nepříjemná situace dle respondentů může takto vzniklou situaci zhoršit.

## **4.2. Současná situace, stresory z pohledu klienta/pacienta**

Poté, co jsem zjistila, co pro klienty stres znamená, je zcela zásadní přistoupit k samotnému prozkoumání nynější situaci, jakou je hospitalizace na daných odděleních, stále však pouze v obecné rovině, a nikoliv ve specifických oblastech, které jsou jádrem celého výzkumu.

Je velmi důležité postupovat strategicky a postupně od základních otázek po ty složitější a stěžejní. I základní otázky mají svůj význam. Půjde o jednoduché otázky, které měly ve výzkumném šetření obsáhnout současnou situaci, jako je délka hospitalizace, předchozí zkušenosti s ní, očekávání klientů, současné stresory obecně a zvládnání současné situace.

### **4.2.1. Časové vymezení doby hospitalizace**

Jak jsem již výše konstatovala v sekci metodika „část 3.2.1 Strategie výběru zkoumaných osob“, bylo pro mě zcela zásadní kritérium pro výběr respondentů, že každý pacient musel být na daném oddělení hospitalizován alespoň pět dní a déle. Udělala jsem však jednu výjimku a to u klienta, který byl sice hospitalizován na

standardním oddělení pouze čtyři dny, zato bylo zcela viditelné, že ho prostředí již dostatečně ovlivňuje.

U každého respondenta jsem v sekci metodika „část 3.2.4 Charakteristika výzkumného souboru“ do tabulky zapsala přesné časové rozmezí hospitalizace. V této části podrobněji popíši časové rozmezí podle jednotlivých skupin respondentů.

#### 4.2.1.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Doba hospitalizace u těchto respondentů se pohybovala **od 4 do 14 dní**. Většina z nich překračovala jen lehce hranici pěti dnů, pouze jeden respondent byl v době rozhovoru hospitalizován po dobu dvou týdnů.

#### 4.2.1.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Doba hospitalizace u respondentů ze standardních odděleních se pohybovala **od 5 do 12 dní**. Stejně jako u první skupiny byl pouze jeden respondent, který byl hospitalizován téměř dva týdny.

#### 4.2.1.3. Porovnání výsledků obou skupin

Z celkového pohledu nebyly mezi oběma skupinami v porovnání žádné rozdíly. Lze však konstatovat, že u dvou výše zmíněných respondentů, u kterých byla doba hospitalizace nejdelší, bylo patrné, že tato hranice byla již pro ně samotné **maximem**. Na druhou stranu lze dodat, že čím **déle** klienti v prostředí **zůstávali**, tím **lépe** po určité době na některé **stresory reagovali** a v podstatě je již skoro nevnímali, či si na ně zvykli, což bude patrné z dále doložených rozhovorů.

Lze tedy konstatovat, že jsou tu dva zcela protichůdné poznatky, což je podle mého názoru opodstatněné a logické. Po dvou týdnech sice člověk přestane tak intenzivně vnímat jednotlivé okolní stresory, které na něho při hospitalizaci působí, ale celkově se již necítí v takovém prostředí dobře a chce zpět do normálního života. Každá situace má svoji hranici, únosnost.

#### 4.2.2. *Předchozí zkušenost s hospitalizací*

Předchozí již nabytá zkušenost z nějaké situace nám dává vždy větší pocit jistoty, výjimkou není ani předchozí zkušenost klientů s jakoukoliv hospitalizací či dokonce

hospitalizací na tom samém oddělení. Pro účely mého výzkumu nebylo důležité, jak se respondenti cítili, prožívali, popřípadě vyrovnávali s minulou zkušeností, neboť porovnávání těchto dvou situací není cílem mé práce. Tato otázka měla za úkol pouze zjistit, zda již daný respondent takovou zkušenost měl, a jestli si myslí, že to přispívá či může přispět k lepší adaptaci na situaci nyníjší.

#### 4.2.2.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Všichni klienti této skupiny měli již svoji **předchozí zkušenost** s hospitalizací, což i dále v rozhovoru zmiňují a někdy je patrné, že je předchozí zkušenost opravdu hodně ovlivnila.

Paní Kateřina i paní Soňa již **opakovaně** zažily **hospitalizaci na obou typech odděleních**, takže po své první zkušenosti již víceméně skoro věděly co mají očekávat a byly tak trochu předem **připravené**.

*„Znám obě ty prostředí už z minulého pobytu v nemocnic, takže určitě jsem se tolik nebála jako před tím, jako nějaké to plus to určitě mělo, i když všude je to jiný že jo...“  
(Kateřina)*

*„Víte už jsem byla několikrát hospitalizovaná jak na standardním oddělení, tak i na oddělení intenzivní péče a tak to prostředí je pro mě víceméně známé, vím do čeho jdu a taky to, že za mnou vždycky může rodina přijít, určitě si myslím, že mě ta předchozí zkušenost zbavila toho prvotního strachu to jo...“ (Soňa)<sup>10</sup>*

Pan Pavel a paní Zdena si matně pamatují na hospitalizaci na JIP, ale už je to dávno, takže si to nevybavují; na standardním oddělení však již byly několikrát oba také hospitalizováni.

*„Jo, myslím, že už jsem na takovýmhle oddělení ležel, ale je to tak dávno, že si ani moc nevzpomínám, na normálním oddělení jsem byl několikrát, takže to znám dobře. Určitě to trochu pomůže tu celou situaci ulehčit, když aspoň trochu víte, do čeho dete...“ (Pavel)*

---

<sup>10</sup> Paní Soňa je bývalá zdravotní sestra, proto používá profesních výrazů jako hospitalizace, atd.

#### 4.2.2.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Tito klienti mají převážně **zkušenost s hospitalizací** jak na standardním oddělení, tak i na JIP. Pouze jeden z nich zažil již pobyt na obou odděleních několikrát. Také oni se během celého rozhovoru občas zmíní o své předchozí zkušenosti, z čehož je patrné, že i pro ně rozhodně **význam** měla.

Pan Radek byl již několikrát klientem obou oddělení a z jeho přístupu a odpovědí je čitelné, že ho tato situace opravdu **nevyvádí z míry** a celou ji bere s nadhledem.

*„No, je pravda, že v nemocnici nejsem rozhodně poprvé a tak se tu cítím celkem fajn, znám tadyto prostředí už dobře i tam nahoře na intenzivce. Poprvé jsme se určitě bál, ale teď už vždycky vím do čeho jdu, že jo...“ (Radek)*

Co se týče ostatních klientů, tak ti mají již také zkušenosti s oběma odděleními, většina však byla na JIP pouze jednou a na standardu několikrát. Všichni se shodují, že předchozí zkušenost je určitě ovlivnila a dala jim alespoň větší **pocit jistoty**.

*„...jo, jo, už jsem na JIP ležela, přece předtím než mě dovezli sem na normální oddělení. Ne všude byli tedy tak milí jako tady, ale na to prostředí už jsem byla tak nějak zvyklá, to jo, ale po každý je to jiný...“ (Iva)*

#### 4.2.2.3. Porovnání výsledků obou skupin

Ani zde nejde v konečném důsledku o prosté srovnání obou skupin, ale spíše o to, že bylo podstatné zjistit, že všichni klienti bez ohledu na skupinu mají určitou předchozí zkušenost s hospitalizací. Jak nám klienti potvrdili, bylo pro ně určitě jednodušší se adaptovat, vyrovnat se s nynější situací snáze.

### 4.2.3. **Očekávání versus hospitalizace**

Nyní se podrobněji zaměřím na to, jaká očekávání mají klienti v souvislosti s hospitalizací.

#### 4.2.3.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Zcela jednoznačně lze říci, že každý z klientů by si přál být co nejdříve **propuštěn domů** a je pro ně důležité **opětovné zařazení zpět do života** tak rychle, jak jen to bude

možné. Také se tu objevuje očekávání **ztráty bolesti** a **navrácení funkce** určité části těla a s tím související **zlepšení kvality života**.

Většina klientů také vyjadřuje v tomto ohledu **důvěru k zdravotnickým pracovníkům**. Je však přitom zajímavé, že si uvědomují, že ani oni nezmohou vše, a že tak je jejich povinností se **přizpůsobit**, když to bude nutné.

*„Přála bych si, abych měla ruku zase jako dřív, vím, že ta rehabilitace nějakou dobu potrvá, ale to mi nevadí, hlavně, že zase budu mít svoji ruku co k čemu. Hodně mě to omezovalo, hlavně ta bolest.“ (Kateřina)*

*„...budu muset být teď asi opatrnější, ale přál bych si co nejvíce se zase zařadit zpátky do normálního života a žít pokud možno jako před tím, nemohl jsem si na nic stěžovat. Já jim tu věřím a vím, že pro to udělají maximum.“ (Pavel)*

#### 4.2.3.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Zlepšení kvality života, znovunavrácení zdraví jsou nejčastějšími očekáváními těchto klientů. Opět zde zaznívá důvěra v lékaře a také přání „nemít bolest“ hraje důležitou roli v jejich očekávání.

*„...určitě zlepšení kvality života, už se ta bolest nedala vydržet. Pánům doktorům věřím, že to udělali tak, abych zase byla fit.“ (Iva)*

*„Chtěl bych tu ještě nějaký ten pátek pobejt, takže doufám, že se ten nádor bude dát nějak vyoperovat nebo zastavit, co já vím. Zkrátka bych si přál, aby bylo vše jako dřív až se vrátím domů.“ (Martin)*

*„...zkrátka čekám, že se to zlepší, i když vím, že to moje srdíčko je nemocný a občas takhle zlobí a už asi bude pořád.“ (Radek)*

#### 4.2.3.3. Porovnání výsledků obou skupin

Celkově se dá říci, že jak klienti na JIP tak na standardním oddělení mají tatáž očekávání od hospitalizace v nemocnici. Převažuje zde brzké propuštění domů, znovunavrácení ztracených sil, zlepšení kvality života a také nepřítomnost bolesti. Dále respondenti ve svých výpovědích projevují důvěru ve zdravotnický personál, který jim má pomoci v naplnění jejich očekávání.



#### 4.2.4. *Současné stresory*

Před prozkoumáním specifických stresorů pro vybrané oblasti je nutné zmapovat stresory, které na klienty nyní působí a které si sami uvědomují, aniž by dostávali jakékoliv indicie.

Je nutné uvést, že se již dále budou někteří klienti ve svých výpovědích opakovat, jelikož jsou určité stresory a oblasti velice provázané, a tudíž na ně lze pohlížet z několika úhlů pohledu.

##### 4.2.4.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Celkově se u klientů hospitalizovaných na JIP objevuje celá řada stresorů, které klienti již popsali. Některé pociťuje každý z nich jednotlivě, osobně.

Klienti hlavně zmiňují **strach o druhé, ztrátu sociální interakce, nemožnost vykonávat některou z rolí, nesoběstačnost – závislost na druhých**, alarmující přístroje z toho vycházející **nedostatek spánku – nedostatečný odpočinek, bolest (nedostatečné uspokojení základních biologických potřeb), strach ze smrti**.

*„ Tak to vím úplně přesně, zaprvé mě stresovalo to, že jsem nemohla být se svým synem a pořád myslet na to, jestli to doma zvládají. Pak mi také hodně vadilo, že jsem nebyla úplně soběstačná, to jako fakt dost, to na mě působí hodně špatně, ale bude to asi tím, že na to nejsem zvyklá. Ještě nedostatek spánku, protože tam stále něco pískalo, houkalo. Ze začátku to také hodně bolelo, takže bolest určitě taky.“ (Kateřina)*

Pan Pavel ještě dále zmiňuje jako velmi nepříjemný prvek **hluk** z klimatizace, **nařikání ostatních pacientů (stresory prostředí)** a z toho vyplývající **úzkost, neohleduplnost zdravotnického personálu** během noci a také **vyprazdňování na mísu**.

*„...ten hluk, který tam byl neustále, pak také nařikání ostatních pacientů, to bylo strašné, bylo mi z toho hodně úzko, jelikož mě strašně bolela hlava a chvílemi jsme si myslel, že mi praskne. Ještě určitě nedostatek spánku, a to kvůli sestřám, které přes noc celkem hlasitě mluvily na sesterně. Vyprazdňování na mísu pro mě bylo také hodně stresující, i když zástěny tam byly, to jo.“ (Pavel)*

U paní Soni se také objevuje zdánlivě nepodstatná věc, a tím je **časné ranní vstávání**. Ona ho cítí jako jeden z mnoha stresorů a opravdu ji to není příjemné.

*„ No nejvíce jsem se bála o muže, co s ním jako bude, kdybych to nepřežila. Také jsem hodně přemýšlela nad tím, jestli to zvládnu, že ještě nechci umřít, tak to bylo také nepříjemné. Co bylo opravdu stresující, tak to bylo to ranní vstávání, jako sestra jsem si to nikdy tak neuvědomovala, ale jako pacient na to nyní koukám jinak. “ (Soňa)*

#### 4.2.4.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Klienti této skupiny zmiňují jako stresory nejčastěji následující: **ztráta sociální interakce, nevyhovující teplota prostředí (stresor prostředí), strach o druhé, časné ranní vstávání**.

*„ ...to, že nemůžu chodit do práce, která mě fakt chybí, a taky vnučata mě chybí, to jo. Pak mě teda přesně tady vadí, že jsou tu špatný okna a i v těch největších vedrech topí, to je někdy fakt na omdlení. Taky na mě nepůsobí moc dobře, že se musí tak brzy vstávat. “ (Iva)*

U pana Pavla se objevuje jako jeden z hlavních stresorů **křik či nářek ostatních pacientů (stresor prostředí)**.

*„ ...na mě teď stresově působí to, že nevím co bude, jak se vše bude dál vyvíjet. Také vím, že se manželka jistě trápí a bojí se o mě, nejraději bych byl s ní doma, ale to bohužel teď nejde. Také na mě nedobře působí křik ostatních pacientů, to je opravdu stresující. “ (Martin)*

Jediný pan Pavel byl v této chvíli zcela spokojený a neudal ani jeden stresor, naopak ještě pochválil personál za hezké chování.

*„Abych pravdu řekl, tak asi nic, jsem spokojený, jsou tu na mě hodní. “ (Radek)*

Pro pana Tomáše byl tím hlavním stresorem **nevyhovující kapacita oddělení, a s tím související nadměrný počet pacientů na pokojích**.

*„ ...nadměrný počet pacientů na jednom pokoji, zkrátka čtyři až pět lidí to už je moc. Myslím si, že optimum je tak 2-3 lidí, víc ne. Je zde zkrátka nedostatek pokojů, ale i postelí, si teda myslím já. No a pak taky to ranní vstávání, to fakt nepůsobí na člověka dobře, je to přece něco jiného, než když musíte vstávat do práce. “ (Tomáš)*

#### 4.2.4.3. Porovnání výsledků obou skupin

Zde je již vidět znatelný rozdíl ve vnímání stresorů klienty z JIP a ze standardních oddělení.

Na JIP jsou stresory klienty více specifikovány a velmi často zastoupenými jsou hlavně závislost na druhých, bolest, alarmující přístroje, nedostatek spánku, křik ostatních pacientů, ztráta sociální interakce, strach ze smrti.

Na rozdíl od JIP pro klienty ze standardních oddělení jsou stresory méně specifické, spíše obecnějšího rázu, což také souvisí se samotným typem oddělení. Klientům zde vadí zejména brzké ranní vstávání, ztráta sociální interakce a v menší míře nevyhovující kapacita oddělení.

#### 4.2.5. *Přístup a zvládnání současné situace*

Po získání představy o tom, jaké jsou prvotní stresory, které na klienty při hospitalizaci působí, je nezbytné zjistit, jak se s touto situací vyrovnávají, jak se snaží zvládat působení všech těchto stresorů, co jim v tom pomáhá či naopak může situaci zhoršovat.

Je možné, že některé odpovědi budou podobné s těmi, které tu již zazněly při stejné otázce o obecném zvládnání stresu, které jsem popsala výše ve stejné sekci „část 4.1.2 Přístup ke stresu, zvládnání stresu“, což je zcela logické, jelikož při zvládnání jakýchkoliv stresů postupujeme většinou analogicky.

##### 4.2.5.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Bylo překvapivé, že se všichni klienti víceméně shodli, že se snaží situaci **pozitivně zvládnout** a nepřipouštět si ji, i když mnohdy vědí, že není zrovna lehká. Nejvíce jim pomohlo to, že mohli být v neustále v **kontaktu s rodinou** a také **empatický přístup zdravotnického personálu**.

Co jim opravdu vadilo a situaci zdaleka neulehčovalo byla **bolest, nesoběstačnost a nejistota**. Tyto faktory se objevovaly ve výpovědích velmi často.

*„...Snažila jsme se na to všechno, co na mě působila fakt jako špatně, nemyslet tak často. Dost mi teda pomáhaly sestřičky, které byly moc milé a ochotné a také určitě*

doktoři. Ta možnost používání mobilu byla taky super, alespoň jsem měla přehled co se doma děje a tolik se nestrachovala. Asi to zhoršovala akorát ta bolest, to bylo fakt nepříjemné.“ (Kateřina)

„Mám pocit, že jsem to jakž takž zvládal, i když jsem se fakt hodně bál, že třeba umřu víte, nevěděl jsem co bude. Hodně mi teda pomáhalo to, že za mnou mohla manželka kdykoliv přijít a vlastně celá rodina, i sestřičky byly moc hodné. Jinak co to zhoršovalo, asi to, že jsem se nemohl dobře vyspat a pak ta ukrutná bolest hlavy, kdy ani léky moc nezabíraly“ (Pavel)

**Předchozí zkušenost** hospitalizací a **známé prostředí** pomohla paní Soně lépe zvládnout celou situaci.

„...Snažila jsem se myslet pozitivně, ale moc to nešlo, teď ještě ten hluk kolem a tak víte. Dost mi pomohlo, že jsem tuhle profesi taky dělala, takže jsem tak zhruba věděla, co jako asi bude a taky to, že jsem tam nebyla poprvé, takže jsem to oddělení už trochu znala a věděla, kde jsem a že za mnou může rodina vždycky přijít. No, a co to zhoršovalo, tak asi ta nejistota, co jako bude.“ (Soňa)

#### 4.2.5.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Klienti ze standardních oddělení se také shodli, že v podstatě celou situaci **zvládají dobře**, i když se někdy necítí zrovna nejlépe. A co pomáhá právě jim v této situaci? Opět mají skoro identické názory: **podpora spolupacientů, podpora zdravotnického personálu, možnost návštěv** a také **předchozí zkušenost** s hospitalizací.

Rozhodně jim situaci neulehčovala **nejistota budoucnosti** a **časné ranní vstávání**.

„...určitě mi moc pomáhají zvládnout celou tu situaci tady skvělý ženský, se kterejma jsem na pokoji a pak taky strašně hodné sestřičky, to dělá fakt hodně. Taky návštěvy, které za mnou chodí, řekla bych, že je toho celkem dost. Neřekla bych, že je něco, co mně opravdu přitěžuje, to ne.“ (Iva)

„Jak to zvládám? Myslím, že docela dobře, teda snažím se víte, jako kvůli sobě, ale i kvůli rodině, nechci aby si dělali starosti. Určitě mi pomáhá to, že za mnou může manželka chodit a můžu si se všema volat. No, určitě nepřidá člověku ta nejistota, to čekání je někdy strašný, strašně dlouhý“ (Martin)

*„...možná mám trochu strach z vyšetření, abych pak třeba nemusel jít na operaci, nebo tak. Ale jinak se cítím v pohodě, taky možná pro to, že už to tu znám z předchozích let.“ (Radek)*

*„Já si teda myslím, že dobře, nikam moc to neprožívám, říkám si, že když to musí bejt, tak se nedá nic dělat, že jo. Pomáhá mi, že si můžu s manželkou zavolat a že za mnou může rodina přijít. No asi jen to ranní vstávání mi na pohodě nepřidá, ale co se dá dělat.“ (Tomáš)*

#### 4.2.5.3. Porovnání výsledků obou skupin

Porovnáním klientů obou oddělení nelze nalézt velké rozdíly v tom, jak zvládají stresovou situaci, jakou je hospitalizace. Všichni klienti mají zcela stejné názory, snaží se situaci zvládnout co možná nejlépe, nepoddávat se, a k tomu jim pomáhá rodina, možnost sociální interakce s ní, spolupacienti a také zdravotníci, což je pro mě velmi příjemné a důležité zjištění. Svoji pozitivní roli hraje i předchozí zkušenost s hospitalizací.

Obě skupiny se liší v odpovědi na to, co může tuto situaci ještě více zhoršovat. U klientů z JIP je to hlavně bolest, nesoběstačnost, nejistota, kdežto klienti ze standardních oddělení udávají pouze nejistotu a brzké ranní vstávání. Je zcela patrné, že na JIP klienti prožívají více negativních stresorů, které mohou bránit při adaptaci.

### **4.3. Prostředí a chod oddělení**

V této části je mým cílem prozkoumat právě stresory, které jsou spojené jak s prostředím, tak i chodem daných oddělení. Dále je cílem nalézt určitá řešení pro zlepšení stávající situace, pokud je to nutné.

#### **4.3.1. Stresory prostředí oddělení**

Ať již chceme nebo ne, tak na nás vždy působí prostředí ve kterém se pohybujeme, ve kterém pobýváme, ať si to již uvědomujeme či ne. Natož pak prostředí nemocniční, které je samo o sobě specifické, většinou nepůsobí příliš osobně, ale spíš by se dalo říci až sterilně. To v tak náročné situaci jakou je sama hospitalizace jistě není příjemné a

v mnohých případech je až stresující. Do stresorů prostředí se dále řadí i zařízení, barevné ladění oddělení stejně tak jako barva zdravotnických uniforem a ložního prádla.

#### 4.3.1.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Až neuvěřitelně jednoznačně se všichni dotazovaní klienti shodli na jednom hlavním stresoru, a tím byl **nadměrný hluk**, ať již z alarmujících přístrojů, klimatizace, neohleduplného hlasitého povídání sestřiček během noci či nařikání ostatních pacientů.

*„...to byly všechny ty pískající a houkající přístroje, i když je pravda, že ke konci jsem si už i trochu zvykla a nebyla tak vykulená, když začalo něco pískat. Pak asi občasné nařikání ostatních pacientů, to mi bylo občas dost ouzko...“ (Kateřina)*

Pouze pan Pavel ještě dodal, že **nepřiměřené osvětlení** během noci, i když světlo nebylo třeba, bylo nepříjemné, ačkoliv např. při příjmu je to samozřejmé.

*„Ten hroznej hluk, který tam byl z klimatizace, tak to bylo dost stresující, pak taky nařikání některých pacientů na mě nepůsobilo moc dobře. Kvůli hlasitému povídání sestřiček během noci jsem nemohl spát. Také během noci nechali rozsvíceno, tak to se také nedalo moc spát...“ (Pavel)*

*„Asi to byly ty houkající přístroje. Jinak já nevím, bylo tam teplo, postele pohodlné.“ (Soňa)*

*„...byl tam nepříjemný jen občasný hluk a pak také ty přístroje, co pořád blikají a alarmují, ale s tím nic nenaděláte. Jinak asi nic.“ (Zdena)*

#### 4.3.1.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Někteří klienti uvedli, že jsou **spokojeni**, výsledky, resp. Jednotlivé stresory jsou spíše individuální. Nejčastěji se objevují stresory jako **nekomfortní postele**, a z toho vyplývající **špatný spánek** a **nedostatečný odpočinek**, či **zastaralé nevyhovující zařízení**, a s tím spojená **porucha regulace tepla**, tj. neuspokojení základní biologické potřeby.

*„...tak určitě jak už jsem říkala, tak to budou ty špatný okna a s tím spojený špatný větrání. A taky nechápu, proč každé den pořád topí, ono je 30 stupňů a topení jde na plno, neříkejte mi, že by s tím nešlo něco udělat, občas se tu nedá dobře dýchat. Hluk tady skoro není, osvětlení taky dobrý...“ (Iva)*

Pan Martin i pan Radek se shodli, že není nic, co by je v prostředí standardního oddělení vyloženě stresovalo a uvedli, že jsou spokojeni.

*„Na nic nemohu přijít, jsem spokojenej, nic bych neměnil.“ (Martin)*

*„ Co se týče osvětlení a tepla, tak to je v pořádku, pouze mi vadí, že jsou dost proleželé postele, takže pak se člověk ani tak dobře nevyspí, jak by chtěl.“ (Tomáš)*

#### 4.3.1.3. Porovnání výsledků obou skupin

Zatímco klienti z JIP postrádali hlavně potřebu klidu, klienti ze standardních oddělení spíš vyjadřovali nespokojenost se zařízením oddělení, které na ně působilo nepříjemně a, i když se to může zdát jako maličkost, obtěžovalo je.

#### 4.3.2. **Zařízení, barevné ladění oddělení**

Stejně jako zařízení, jeho provedení, kvalita a funkčnost na nás působí i barvy. Když zvolíme ty nevhodné, může se člověk cítit stísněně a ve stresové situaci dokonce až depresivně.

Proto je zcela na místě zjistit, jakým způsobem vnímají klienti zařízení a barevné ladění oddělení.

##### 4.3.2.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Všichni klienti se shodli na tom, že **zařízení** je zcela **vyhovující** a v pořádku, zatímco s barevným laděním oddělení již tak spokojení nebyli. Ani jeden z klientů nechápe, proč musí být všude pouze bílá barva, že možná to má působit čistě, ale příjemně se člověk rozhodně necítí. Podle úsudku klientů se **nejedná o podnětné prostředí** a vévodí **špatně volená barva**.

*„Já Vám ani nevím. Zařízení tam bylo moc pěkný, všechno se mi zdálo nový, postele pohodlý. Jen bych určitě přidala nějaký barvy, všechno to bylo moc bílý a když tam člověk jen tak leží, tak ho ani nemá co zaujmout. I hezký obrázek, nebo nějaká soška zaujme více, než bílý stěny.“ (Kateřina)*

*„Zařízení bylo hezké, to se mi líbilo, to mě nijak nerušilo. Pravda je, že by už mohly ty bílý stěny občas přemalovat na nějakou příjemnější barvu.“ (Pavel)*

*„...jen by to chtělo možná nějakou veselejší barvu na stěny, nebo alespoň ty stolečky by mohly být jiné barvy...“ (Soňa)*

#### 4.3.2.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Objevuje se zde zmínka o **nevhodném umístění a provedení sanitárního zařízení** vůči stavu klienta, a s tím spojený **strach z pádu**, jinak opět zařízení vyhovuje. Co se týče barevnosti, tak zde opět převládá **špatná kombinace barev**.

*„...myslím si, že když člověk musí belhat o holích skoro přes celou chodbu na společný záchod a do sprchy, kde je ještě k tomu schod, tak to není zrovna v našem stavu ideální, vždycky se bojím, že tam někde upadnu a ještě to dopadne špatně. Pak na mě určitě úplně dobře nepůsobí bílá barva na stěnách a i nábytku. Ale jinak co se týká nábytku, postelí a tak, tak to je moc hezké, nové“ (Iva)*

Pouze pan Martin nepřikládá bílé barvě větší váhu a je se vším spokojen.

*„...nevím co bych dodal, toalety jsou na pokoji, jsou čisté, to je pro mě důležité. Je fakt, že je tu všechno bílý, ale mně bílá barva nějak zvlášť nevdí, tak bych to asi tak nechal.“ (Martin)*

*„Nevidím důvod, proč je vše na bílo a na zemi a někde i na zdech zelené kachličky, myslím, že to nepůsobí jen na mě nepříjemně, režim už je dávno pryč, aby to tady muselo takhle vypadat. Kam se podíváte, všechno bílé. To se mi opravdu nelíbí, jo a pak taky ty špatný postele, jak už jsem říkal.“ (Tomáš)*

#### 4.3.2.3. Porovnání výsledků obou skupin

Obě skupiny se zcela shodnou na faktu, že zařízení obou oddělení je zcela vyhovující a nepůsobí na ně nepříjemně či dokonce stresově.

Ani co se týká barevnosti oddělení zde nejsou žádné rozdíly mezi oběma skupinami. Všichni se jednoznačně shodují na tom, že bílá barva není tou správnou volbou pro to, aby se cítili v nemocničním prostředí dobře, přičemž přiznávají, že je to i jeden z negativních prvků, který je ovlivňuje, a přáli by si změnu.



### 4.3.3. Barva zdravotnických uniforem a ložního prádla

I když se o zdravotnickém personálu budu zmiňovat v samostatné kapitole, tak i zde je nutné jej zmínit. Jejich uniformy, dotvářejí součást prostředí, stejně tak, jako ložní prádlo.

#### 4.3.3.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Této oblasti nepřikládají klienti ani velkou váhu, shodují se, že by neškodila **větší barevnost**, ale nijak je to nestresuje.

*„Já musím říci že necítím moc svá, bylo by lepší, kdyby to více připomínalo domov, nějaké barevné povlečení a i ty uniformy, i když ty občas už mají nějaký náznak barevnosti.“ (Kateřina)*

*„Nad tím jsem opravdu nepřemýšlel, vždycky jsem si říkal, že to k té nemocnici patří víte.“ (Pavel)*

*„Snad trocha barev by neškodila, nepůsobí to ani moc útulně, že.“ (Soňa)*

#### 4.3.3.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Klienti by uvítali **větší barevnost**, ale není to pro ně až tak důležité, necítí to jako stesující faktor.

*„No, nějak to neprožívám, ale kdyby to bylo trochu barevnější, myslím, že by to působilo mnohem mileji.“ (Iva)*

*„Nijak zvlášť špatně to na mě nepůsobí.“ (Martin)*

*„Víte, možná by bylo milejší, kdyby tam nějaká ta barevnost byla, ale důležitější je, jak se ty sestry a lékaři chovají, než co nosí.“ (Radek)*

*„Tak tohle pro mě není až tak důležité víte. Ale asi jako jsem říkal před tím, nějaké pěkné barvy by působily určitě příjemněji a člověk by se cítil lépe.“ (Tomáš)*

#### 4.3.3.3. Porovnání výsledků obou skupin

V tomto případě není ani tak třeba porovnávat obě skupiny. Zajímavé je však zjištění, že muži barevnosti uniforem a ložního prádla nepřikládají větší důležitost, kdežto ženy ano, ty potřebu změny cítí mnohem intenzivněji.

#### **4.3.4. Adaptace v prostředí**

V této části je podrobně popsáno, jak si klienti zvykli v nemocničním prostředí.

##### **4.3.4.1. Klienti hospitalizovaní na JIP**

Všichni se jednoznačně shodli, že jejich **předchozí zkušenost** s hospitalizací jim velmi pomohla v tom, že se celkem **bez problému adaptovali**.

*„No jelikož už nemocniční prostředí znám, tak to nebylo tak strašné, už jsem na takovém oddělení ležela, takže dobrý.“ (Kateřina)*

*„Ze začátku to bylo dost těžké, ale po tom týdnu už jsem si celkem zvykl a bylo to dobré...“ (Pavel)*

*„Asi protože to nebyl můj první záchvat a už jsem tam byla hospitalizovaní i před tím, tak to bylo v pohodě, dobrý.“ (Soňa)*

##### **4.3.4.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních**

Stejně tak jako klienti z JIP i klienti této skupiny popisují svoji adaptaci na prostředí jako bezproblémové, a to hlavně díky předchozí zkušenosti a také **podpoře spolupacientů**.

*„Zvykla jsem si dobře, opravdu, pomohlo mi, že jsou tu dobrý ženský se mnou na pokoji“ (Iva)*

*„Zvykl jsem si dobře, asi pro to, že jsem byl už před tím v nemocnici, tak sem věděl do čeho jdu, to mně fakt pomohlo, alespoň trochu“ (Martin)*

##### **4.3.4.3. Porovnání výsledků obou skupin**

Odpovědi obou skupin byly zcela identické. Všichni klienti se v novém prostředí adaptovali dobře bez jakýchkoliv větších problémů.

#### **4.3.5. Stresory chodu oddělení**

Není to jen samo prostředí, které nás v nemocnici ovlivňuje, ale také chod různých oddělení, který se vždy přizpůsobuje specifikám těchto oddělení, který může klientům jejich pobyt velmi znepríjemnit.

#### 4.3.5.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Většinou se zde opakuje jedna a tatáž odpověď, a to je nespokojenost s příliš **brzkým ranním vstáváním**. Klienti přiznávají, že to může být jeden ze stresorů, který je ovlivňuje.

*...to vstávání není příjemné, to je pak člověk někdy nevyspalej, ještě na tak specifickým oddělení a nemusí to na něj působit dobře.“ (Kateřina)*

*„Myslím, že mě nejvíce stresovalo, že tam byl občas strašnej mazec, lidi lítali tam a sem a to na mě nepůsobilo moc dobře. Pak taky to nesmyslný ranní vstávání, na západě už to tak není víte.“ (Pavel)*

*„No možná jen to vstávání a časté buzení během noci, tak to jo.“ (Soňa)*

#### 4.3.5.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Vnímají klienti ze standardního oddělení nějaký stresor, který je spojen s chodem oddělení? Ano, všichni cítí jako hlavní a jediný stresor **časné ranní vstávání** a dodávají, že to ovlivňuje do jisté míry i jejich odpočinek.

*„Já vám ani nevím, možná, že by se jen nemuselo tak brzy vstávat, když už je člověk jednou v nemocnici, tak by si mohl pospat, že jo.“ (Iva)*

*„Víte, mě tu nic nestresuje, opravdu ne, ani to vstávání, jsem zvyklý.“ (Radek)*

*„...to vstávání mě docela stresuje, člověk si ani v nemocnici nemůže odpočinout a trochu pospat. Představuji si tak ideální čas 7.00.“ (Tomáš)*

#### 4.3.5.3. Porovnání výsledků obou skupin

Obě skupiny klientů cítili ten samý stresor, který na ně při chodu oddělení působí a ovlivňuje jejich míru odpočinku, a tím je brzké ranní vstávání. Žádné jiné stresory na ně podstatněji nepůsobí.

#### 4.3.6. **Nápady ke změnám**

Otázkou, co by klienti v dané oblasti zlepšili, je zakončen každý větší celek rozhovoru. Je sice podstatné zjistit, co dotyčné stresuje a co jim vadí, ale také je velmi podstatné, jestli oni sami mají nápad, jak to, co je negativně ovlivňuje, změnit.

#### 4.3.6.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Všichni klienti reagovali na to, co je na prostředí a chodu oddělení nejvíce stresuje během jejich pobytu. Nápady na zlepšení podle klientů jsou: **změna času ranního vstávání, barevná změna interiéru, větší ohleduplnost zdravotního personálu.**

*„Já myslím, že by se dalo určitě zařídit to, aby jsme nemuseli tak brzy vstávat, když to de v cizině, tak by to mělo jít i tady ne. Určitě kdybych mohla, tak to tam vymaluju nějakou veselejší barvou, třeba žlutou, jemně fialovou a pověsím pár obrázků.“*  
(Kateřina)

*„Já bych určitě nějak opatrně řekl tam nahoře sestřičkám, aby se večer snažily nemluvit tak na hlas a zkusily nerozsvěcet, pokud to není nutný. Možná, že jim to nepřijde, ale opravdu by nám tím hodně pomohly.“* (Pavel)

*„Tedy co se mě týče, tak snad bych se hlavně přimlouvala ke změně ranního vstávání a taková jemně oranžová na stěnách by také zpříjemnila pobyt.“* (Soňa)

#### 4.3.6.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Bylo zajímavé, že dva klienti byli zcela spokojeni a nechali by vše tak, jak to je. Na druhé straně ostatní dva své nápady zcela podrobně popsali tak, jak byly pro ně důležité, jedná se např. o **úpravu interiéru** vyhovujícího specifickým potřebám klientů na ortopedii, **modernizaci zařízení, barevnou změnu interiéru a úpravu času ranního vstávání.**

*„Určitě by se měly udělat úpravy na pokojích, tak aby se tam vešla bezbarierová toaleta a sprcha, po operaci kyčle to opravdu není snadný se dostat do sprchy, která je úzká a ještě k tomu vyvýšená. To by nám to všem hodně usnadnilo a nemuseli bysme se strachovat, že upadnem po každý, když potřebujem na toaletu nebo do sprchy. A pak taky zpravit topení a vyměnit okna, to by teda bylo hodně potřeba.“* (Iva)

Pan Martin, stejně jako pan Radek jsou stejného názoru, neměnili by nic.

*„Nic bych neměnil, všechno mi vyhovuje.“* (Martin)

*„Jo, nápad by byl, ale ta realizaci bude asi horší, ale když už teď platíme ty poplatky, tak by nebylo od věci vyměnit alespoň ty nepohodlný proležený postele. No víte, když se nemůžete dobře vyspat, tak to jste pak celej den takovej rozlámanej a unavenej a*

*v nemocnici si má člověk přece odpočinout, aby jako nabral ty síly. A pak tu měli ještě vymalovat a dát pryč ty zelený kachličky. A to vstávání takhle brzo, neříkejte, že by se s tím nedalo něco udělat, ale vím, že při nedostatku personálu to bude těžký. “ (Tomáš)*

#### 4.3.6.3. Porovnání výsledků obou skupin

Jednotliví klienti obou oddělení mají své specifické nápady, jak by změnili to, co jim nejvíce zneprjemňuje pobyt v nemocnici. Podle mého názoru tyto nápady ani tak nesouvisí s typem oddělení, a tudíž není nutno odpovědi porovnávat. Obě skupiny se shodují na tom, že by bylo vhodné změnit barevnost interiéru a také posunout časné ranní vstávání.

#### **4.4. Změny sociálního statusu, životního tempa a dočasné omezení sociální interakce**

Hospitalizace s sebou nese spoustu změn, které zasahují i do sociální sféry klientů, mění se jak jejich role tak i postavení a životní tempo. Aniž by se to zdálo podstatné, hraje velkou roli v prožívání klienta i omezení sociální interakce s dosavadním okolím. Klienti jsou umístěny v cizím prostředí mezi úplně cizí lidi a je na nich, jak se tomu postaví. Samozřejmě svoji roli sehrává více faktorů, tím jedním jsou bezesporu i zdravotničtí pracovníci.

##### **4.4.1. Nová sociální interakce**

Při hospitalizaci dochází u klientů k novým sociální interakcím, a to jak s ostatními klienty tak i se zdravotními pracovníky. Nejsou to však interakce jim zcela přirozené a o to je přizpůsobení se vždy těžší než v sociálních interakcích v běžném životě.

Základním úkolem tedy je zjistit, jak se klienti v této situaci cítí, jak jí vnímají a prožívají.

##### **4.4.1.1. Klienti hospitalizovaní na JIP**

Z výpovědí klientů je možné dovodit, že i když se v této situaci necítí přirozeně, tak ji berou s nadhledem, přičemž velice záleží na tom, jak se chovají ostatní. Nejčastěji dodávají, že díky **podpoře personálu** (vlídný a milý přístup) a také **podpoře od spolupacientů** to pro ně není obzvlášť těžké.

*„Já jsem ani na té JIP neměla moc možnost poznat blíže další spolupacienty, ale nějak mi to zvláště nevadí a sestřičky se chovaly moc mile tak, abych se jako cizí také necítila.“ (Kateřina)*

U pana Pavla byla situace zcela jiná, díky závažnosti svému stavu nebyl moc schopen vnímat co se kolem něho děje a nebylo to pro něho v tu dobu až tak zásadní.

*„...cítil jsem se fakt dost zvláště, všude kolem lidí, které jsem vůbec neznal, teď jim máte důvěřovat, ale v té chvíli mi nebylo opravdu dobře, takže jsem to tak nějak vsunul dozadu a nepřemýšlel nad tím.“ (Pavel)*

*„...mně to nějak zvlášť nevadí, hold se člověk musí přizpůsobit, žejo, jinak to nejde. A sestřičky a pány doktory už tam také znám, jsou hodní, takže to je v pořádku.“ (Soňa)*

*„...hodně záleží na lidech a ke mně se tam chovali všichni moc hezky, takže jsem se cítila v rámci možností dobře. Prostě pokud jsou lidi komunikativní, tak se to dá.“ (Zdena)*

#### 4.4.1.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Stejně jako na odděleních JIP je z odpovědí možné dovodit nadhled nad celou situací, klienti ji berou tak jaká je a nezdá se, že by je to stresovalo. Dodávají, že velice záleží na chování ostatních kolem a na to si nikdo z nich nestěžoval. **Podpora zdravotnického personálu a ostatních spolupacientů** se opravdu značnou měrou podílí na tom, že se necítí jako cizí a lépe se adaptují. I když je pravda, jak dodává pan Tomáš, že velmi záleží na tom, jestli si lidé takzvaně „sednou“, což není jen doména sociálních interakcí v nemocnicích, ale obecně v životě.

*„...pro mě to není problém, jelikož jsou tu skvělé spolubydlící, opravdu si rozumíme a tak se tu necítím jak mezi cizíma no, a sestřičky jsou také moc hodné.“ (Iva)*

*„...poznám se s dalšími pacienty a jde se dál, i když teď jsme na pokoji sám, ale jinak taky nemám problém a sestřičky už znám z minula, takže na ty už jsme zvyklý víte.“ (Radek)*

*„...vždycky je to na začátku takový zvláštní že jo, lidi se otrkaj a buď si sednou nebo ne, pro mě to problém není. Já jsem komunikativní typ, opravdu nepotřebuji soukromý*

*pokoj. A sestřičky jsou moc fajn, teda i páni doktoři, takže nám to fakt ulehčují. “*  
(Tomáš)

#### 4.4.1.3. Porovnání výsledků obou skupin

Obě skupiny jsou téhož názoru. Sociální interakce v nemocnici klientům nepřipadá jako něco nepřírozeného a díky podpoře zdravotního personálu a ostatních pacientů si nepřipadají v tomto prostředí jako cizí, někteří zde mohou najít i dobré přátele.

#### 4.4.2. *Dočasné omezení či ztráta předchozích sociálních interakcí, koníčků, práce*

Po dobu hospitalizace se klienti dostávají do nových sociálních interakcí a tím zákonitě dochází k dočasnému omezení či ztrátě sociálních interakcí během života nabitých a pro klienty mnohdy velmi důležitých. Nucené odloučení o rodiny, přátel, práce, koníčků není vždy lehké a na někoho může působit velmi nepříjemně, dalo by se říci stresově.

Otázkou tedy je, jak se cítí klienti v nemocnici, když k tomuto odloučení dojde a jejich přirozené sociální interakce nejsou zcela v souladu s jejich přáním, očekáváním.

##### 4.4.2.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Všichni přiznávají, že dočasné omezení vztahů s druhými, na které byli zvyklí, pro ně nebylo jednoduché. Avšak pouze u paní Kateřiny se daly najít opravdové stresory, ostatní klienti to spíše zvládají bez větších potíží, a to opět díky možnosti návštěv a díky zdravotnickým pracovníkům.

Nejvíce toto prožívá paní Kateřina, u které se objevil jako hlavní stresor **porucha interakce mezi matkou a dítětem**, která je pro ni hodně stresující, a dále **nemožnost vykonávání práce**.

*„Někdy to bylo těžké a vlastně pořád je, zkrátka bála jsem se nejvíc o svého pětiletého syna, i když ho hlídá dospělá dcera, tak vím, že to není ono, a moc mi taky chybí. Nemůžou sem ani přijet na návštěvu, protože bydlíme moc daleko, tak mi je hodně smutno a pořád na to musím myslet. Práce mi chybí, nejsem zvyklá jen tak nic nedělat. Personál byl moc hodný, a tak mi to všichni v podstatě ulehčili, jak jen to šlo.“*  
(Kateřina)

*„...bylo to pro mě trochu stresující, to jo. Chyběl mi tenis, zajít s klukama na jedno a taky usínat ve dvou. Přesto musím říci, že personál se choval skvěle a tak mi to hodně ulehčil a tak jsem se více se zaměřil na to svoje zdraví, než abych myslel na to ostatní. Rodina tam mohla kdykoliv přijít, takže jsem nebyl úplně od nich jako odříznutej.“ (Pavel)*

*„Jak to na mě působilo? No není to zrovna dvakrát příjemné, to víte, že bych byla raději doma a s lidmi, které mám ráda. Ale nedá se nic dělat, snad že už jsem tam byla po několikáté, tak už jsem si na to zvykla, že jako na čas zase všechny nevidím, znám personál a protože jsou moc hodní, tak se tam nikdy necítím tak sama. A taky za mnou můžou všichni přijít, takže se vidíme vždycky často.“ (Soňa)*

#### 4.4.2.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Klienti ze standardních oddělení se k dočasnému omezení vztahů s jejich blízkými, dočasné ztrátě koníčků či práce staví vcelku vyrovnaně. Nedá se říci, že by v této oblasti pro ně bylo něco vyloženě nepřekonatelné, ale pro některé je stresující to, že nemohou vykonávat práci.

*„...raději bych byla doma, chodila do práce a tak, ale hold teď jsem tady, a tak se nedá nic dělat. Ale rodina mi často volá, navštěvuje mě a jak už jsem řekla, protože jsme si tu dobře s ostatními padli do noty, tak to nějak těžce nenesu, konec konců, už jdu dneska domů. Ale je pravda, že my chybí kamarádky z jógy.“ (Iva)*

*„Určitě bych byl raději doma, asi jako všichni, zašel s kamarády kouknout na fotbal, ale zase nějak zvláště mi to nevadí, když mi tu pomohou, tak se to dá oželet víte. Manželka chodí každý den a tak je to dobrý.“ (Martin)*

*„Mně to nevadí, beru to jako odpočinek od všech starostí víte.“ (Radek)*

*„... možná na začátku to bylo trochu stresující, ale postupem času si člověk zvykne a hold se musí na pár dní vzdát mnoha věcí. Chybí mi být se všemi doma a taky lidi z práce a práce, která mě moc baví, ale dá se to. Manželka chodí vždy, když může a vidíte zrovna dnes přijde dcera s vnukem.“ (Tomáš)*



#### 4.4.2.3. Porovnání výsledků obou skupin

Je celkem pochopitelné, že u obou skupin se vyskytuje jako jeden z hlavních stresorů nemožnost výkonu práce. Práce totiž zaujímá v našich životech podstatnou část a trávíme v ní většinou více času než doma. Díky možnosti návštěv však klienti intenzivně nepocítují omezení sociální interakce jako stresující.

#### 4.4.3. **Omezení dosud stávajících rolí**

Během života nabudeme všichni postupně určitých specifických rolí, některé nám jsou dány, jiné si vytváříme sami, některé jsou pro nás více důležité, jiné méně.

Díky hospitalizaci však dochází k tomu, že se nejenže dostáváme do rolí nám nových a leckdy neznámých, ale také k tomu, že své dosavadní role mohou být určitým způsobem omezeny.

Úkolem tedy bylo zjistit, jak moc si klienti připouštějí a jestli pocítují omezení nějaké role jako jeden z možných stresorů.

##### 4.4.3.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Z výpovědí klientů je zřejmé, že pocítují nemožnost zastávání pro ně důležitých rolí jako stresor. Pro některé klienty je tato skutečnost nejvíce stresující věc na celé hospitalizaci.

Každý klient uvedl jednu roli, resp. omezení role, které je pro něho v životě zcela zásadní a nejdůležitější, jedná se zejména o **omezení role matky, role zaměstnance, role rodiče či prarodiče**.

*„...pro mě je teďka opravdu těžké to, že nemůžu zastávat roli matky, to mě opravdu moc trápí, je to to nejdůležitější pro mě. Vnímám to jako to nejvíce pro mě stresující z celé téhle situace, to jako že jsem tady.“ (Kateřina)*

*„...myslím, že u mě je to hlavně ta role zaměstnance, nejsme zvyklý nic nedělat a jen tak ležet, to mě fakt ubíjí víte.“ (Pavel)*

*„Trápí mě, že nemůžu zastávat roli babičky, tak to jo, víte ona je moje vnučka i taková moje kamarádka a pak taky taková ta role pracovní, že nemůžu pracovat na zahrádce.“ (Zdena)*

#### 4.4.3.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

I na standardních odděleních klienti vnímají své životní role jako velmi důležité a skutečnost, že je nemohou plně zastávat je omezuje a cítí to jako jeden z výrazných stresorů, které na ně při hospitalizaci působí. Nejčastěji bylo uvedeno **omezení role rodiče či prarodiče a manžela (-ky)**.

*„Víte, nejvíce mi vadí, že nemůžu zastávat roli babičky, to je pro mě v současné době asi úplně nejdůležitější role, kterou mám a jsem v ní moc ráda. Ty ostatní se dají na nějaký čas oželet, ale tahle mě opravdu trápí.“ (Iva)*

*„...to určitě bude ta role manžela, máme s manželkou dost hezký vztah a jsme zvyklí teď být vlastně skoro pořád spolu a tak to vnímám jako omezující a dalo by se říci až stresující...“ (Martin)*

*„Nejvíce mi vadí, že nemůžu zastávat roli dědy, chtěl bych s klukama hrát fotbal a tak, tím se jako trochu trápím...“ (Tomáš)*

#### 4.4.3.3. Porovnání výsledků obou skupin

Zástupci obou skupin cítí omezení svých nejdůležitějších rolí zcela jednoznačně. Všichni, ať již jsou na standardním oddělení nebo JIP, se shodují v tom, že omezení jejich životních rolí je pro ně stresující.

#### 4.4.4. **Postavení v rodině**

Někteří lidé mají v rodině zásadní, tzv. vůdčí postavení, vše zařizují, dělá se většina věcí podle nich, o všem rozhodují atp. a nemusí přitom jít o negativní jev. Některé rodiny tímto způsobem dobře fungují. Role těchto lidí je v rodině leckdy podle nich nenahraditelná. Může se však jednat i např. o roli pečovatele (o příbuzné, ale i domácí zvířata).

Důvod, proč je tato otázka zařazena do tohoto celku je, že pokud jsou takoví klienti hospitalizováni, musí to pro ně být stresující.

#### 4.4.4.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Většina klientů nevnímá své postavení v rodině jako nenahraditelné a zásadní a zcela věří ostatním členům rodiny, že si bez nich poradí, že to zvládnou. V tomto případě tudíž necítí být jakkoliv stresováni.

Výjimkou je opět paní Kateřina, která jako matka a samoživitelka s hlavní rolí v rodině má velké obavy o situaci doma v době, kdy je v nemocnici. Stresorem v tomto případě je **nemožnost zastávání role matky**.

*„Nad tím přemýšlím pořád, to je také to, co mě opravdu stresuje, to víte, že dcera zavolá, ale posledně mi už říkala, že je toho na ni moc, takže to je pro mě dosti nepříjemné.“ (Kateřina)*

*„...zvládají, na mně ten svět přece nestojí, ne víte jsou soběstační a zařídí co je potřeba, takže to se opravdu nebojím.“ (Pavel)*

*„Manžel je v tomto ohledu úplně soběstačný, dokonce si i uvaří a také dcera zajde, takže vím, že se nemusím nikdy bát a zbytečně na to myslet.“ (Soňa)*

*„Ano, myslím si, že úplně v pohodě.“ (Tomáš)*

#### 4.4.4.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Klienti na standardních oddělení necítily, že by „to“ bez nich doma nezvládli, a tato skutečnost na ně nepůsobí jako stresor.

*„Tak to jsme si jistá že ano, nemám se čeho bát.“ (Iva)*

*„Tak to se opravdu nebojím, žena má vše pod kontrolou, dokonce bych řekla, že to zvládá ještě lépe než já. Všichni dohromady moc pomáhají.“ (Martin)*

*„No určitě, musí, nic jiného přeci nezbyvá a nejsem v nemocnici poprvé, takže jsou už myslím zvyklý.“ (Radek)*

#### 4.4.4.3. Porovnání výsledků obou skupin

V podstatě se klienti z obou oddělení neobávají, že by jejich role v mezidobí jejich hospitalizace neměl kdo plnit odpovídajícím způsobem, tj. že to pro ně nepředstavuje významný stresor. V případě, že by klienti na JIP, tj. klienti s vážnějším zdravotním stavem, hodnotili tento stresor jako významný, mohlo by to negativně ovlivnit celý

průběh léčby. U jedné klientky z JIP však byl tento stresor hodnocen jako velmi významný a naléhavý. Její zdravotní stav to však podle mého názoru neohrozilo.

#### **4.4.5. *Adaptace na roli pacienta***

Jak už bylo zmiňováno, hospitalizace s sebou mimo jiná úskalí přináší i nutnost přijmutí nových rolí, přičemž tou nejdůležitější z nich je role pacienta. Někdo tuto roli přijme zcela přirozeně, ale pro někoho to může být i velkým problémem, který ho může trápit.

Chceme zjistit, jak klienti zvládají tuto novou roli, jak se v ní cítí a jestli snad může být pro někoho stresorem, který negativně ovlivňuje jeho pobyt v nemocnici.

##### **4.4.5.1. Klienti hospitalizovaní na JIP**

Všichni respondenti se shodují, že role pacienta jim není příjemná, necítí se v ní dobře a hlavně se cítí velmi pasivně, bezbranně a svázaně. Někteří přiznávají, že už právě sama **role pacienta** je stresorem, který je nepříjemně ovlivňuje.

*„Cítila jsem se spíše pasivně, rozhodují za vás často jiní, člověk se občas cítí trochu svázaný, ale když to k tomu asi patří, že je člověk takovej trochu podřízenej a musí poslouchat.“ (Kateřina)*

*„Já se v týhle roli opravdu necítím dobře, snažím se to zvládat, ale to všechno co s sebou ta role přináší je mi nepříjemné. Takže bych byl raději jinde, cítím se v té roli strašně svázaněj, pasivní a to mi vadí. Jakože normálně si o všem rozhoduji sám, ale tady se musím podřizovat víte, rozhodnou o mém životě jiní. Ano, řekl bych, že je to stresující.“ (Pavel)*

*„Myslím, že jelikož už mi je ta role známá, takže celkem obstojně, je pravda, že se člověk cítí hodně pasivně, někdy možná až úplně bezbranný, nebo jak bych to řekla, malý, víte co myslím.“ (Soňa)*

*„Pro mě je to hodně stresující situace, vůbec se v té roli necítím ani trochu dobře, vždycky se bojím zeptat jak to jako vypadá.“ (Zdena)*

#### 4.4.5.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Rovněž i klienti na standardních odděleních vnímají svou novou roli pacienta spíše jako pasivní, ale také se hlavně sami pasivně chovají. Přesto však nezaznělo, že by tuto roli cítili jako stresor. Spíše se klienti přiklánějí k tomu, že když je to nutné, tak se nedá nic dělat a oni to respektují.

*„Tuhle roli vnímám spíš jako pasivní, myslím, že ji zvládám dobře. Necítím se v ní úplně svá, ale že by mi přímo vadilo to zase ne.“ (Iva)*

*„Cítím se v té roli úplně normálně, беру to tak, jak to je. Moc se na nic raději neptám.“ (Martin)*

*„Hm, tak nějak normálně, jednou jsem pacient a hotovo, co s tím člověk nadělá že jo. Ne že bych se v té roli cejtil úplně svůj, to teda ne, není to zrovna nic příjemného. Člověk si připadá občas hodně podřízeně, já se raději na nic doktorů neptám, spíše sestřiček. Nebudu přeci pány doktory obtěžovat.“ (Tomáš)*

#### 4.4.5.3. Porovnání výsledků obou skupin

Obě skupiny se shodují v tom, že se v roli pacienty cítí pasivně, nepříjemně, že jim není přirozená. Na druhou stranu i přiznávají, že i oni sami jsou pasivní. To může určitě souviset jak s minulou zkušeností, tak s tím, že většina klientů nezná dobře svá práva pacienta.

Jednotlivé skupiny se však rozcházejí v tvrzení, jestli je již sama tato role pro ně stresorem. Skupina respondentů z JIP říká, že ano, což je i pochopitelné, neboť pacient je na JIP odděleních většinou mnohem více zatěžován. Na druhé straně skupina respondentů ze standardního oddělení se přiklání k názoru, že nikoliv.

#### **4.4.6. Možnost návštěv během hospitalizace**

K tomu, aby klienti zvládli svoje trápení, svoje nové role a vše co hospitalizace přináší, je potřeba, aby měli možnost se setkat se svými blízkými, přáteli a mohli si o všem popovídat či jen být spolu, protože podpora blízkých je pro ně zásadní.

Proto je velmi důležité zjistit, jestli sami klienti vnímají možnost návštěv jako důležitou pro ně samotné. Rovněž je nezbytné zjistit, jestli klienti mají pocit, že

návštěvní hodiny jsou dostačující a jakým způsobem se návštěvy podílí na jejich prožívání.

#### 4.4.6.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Klienti z JIP vnímají možnost návštěv jako velmi důležitou a objevil se dokonce názor, že je to nejdůležitější věc při hospitalizaci. Klientům tato skutečnost velice pomáhá ulehčovat situaci, ve které se nachází. Jsou zcela spokojeni s časovým rozmezím návštěv, které jsou na JIP velmi benevolentní, příbuzní totiž mohou přijít skoro kdykoliv. Necítí tudíž jakékoliv omezení, a tím pádem ani stresor, který by se k tomuto vázal.

*„...I když mě tam nyní nikdo nenavštěvoval, tak to z minulé zkušenosti vnímám velmi pozitivně, dokonce tam mohli přijít příbuzní skoro kdykoliv. Určitě to mně hodně pomáhá, když můžu vidět někoho blízkého.“ (Kateřina)*

*„...za mnou mohli přijít naši kdykoliv, to zase musím říci bylo skvělý, protože mi to moc pomáhalo se celkově s tou situací vyrovnat. Je to fakt hodně důležitý, tedy pro mě alespoň jo.“ (Pavel)*

*„Je to jedna z nejdůležitějších věcí během celé hospitalizace v nemocnici, moc mi to pomáhalo a pomáhá, že za mnou chodili každý den a mohli přijít kdykoliv. Ta psychická podpora od vlastní rodiny a přátel je moc důležitá.“ (Soňa)*

#### 4.4.6.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Klienti ze standardních oddělení se shodně vyjadřují, že možnost návštěv je pro ně velkou podporou a cítí tuto potřebu intenzivně. Zároveň však dodávají, že časové **rozmezí návštěv není** dle jejich názoru **dostatečné** a mělo by se určitě prodloužit.

*„...mně to hodně pomáhá, abych to všechno zvládla. Jen si myslím, že návštěvní hodiny by měly být určitě delší, to víte teďka lidi nedělají do dvou, tři hodin jak tomu bylo dříve a pak je těžké se sem dostat v době návštěv. Dokážu si představit, že to pro někoho musí být stresující, když musí myslet nato, jestli to dotyčnej stihne nebo ne.“ (Iva)*

*„...určitě to přispívá k tomu, že se cítím v pohodě. Tady je možnost návštěv myslím pár hodin, ale mně to stačí, možná ale ostatním ne.“ (Martin)*

*„Mně ty návštěvní hodiny stačí, ale dle mého názoru by měly být prodloužené. Za mnou chodí skoro každý den někdo a moc mi to pomáhá se odreagovat od všeho tady, je to občas dost stereotyp víte, mám se na co těšit.“ (Tomáš)*

#### 4.4.6.3. Porovnání výsledků obou skupin

V porovnání odpovědí klientů z obou oddělení je nutné uvést, že všichni klienti hodnotí možnost návštěv na odděleních velmi pozitivně a považují ji za velmi důležitou součást celé hospitalizace.

Jsou však patrné rozdíly v povoleném časovém rozmezí návštěvnosti na JIP a na standardních odděleních. Na JIP je časové rozmezí většinou v rámci možností neomezené, kdežto na standardních odděleních je to většinou pár hodin (3 – 4 ) během odpoledne, což je dle názorů klientů z těchto oddělení nedostačující. Jedno z práv pacienta je právě to, že se klienti mohou bez omezení setkávat se svými blízkými.

#### 4.4.7. *Nápady ke změnám*

Na závěr této části jsem opět zařadila otázku, zda mají klienti nějaký nápad, návrh, jak by se dalo v této oblasti něco vylepšit či změnit v jejich prospěch, a tak i v prospěch všech ostatních a zda klienti cítí potřebu něco měnit.

##### 4.4.7.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Žádný z klientů necítí v této oblasti přímo potřebu nějaké změny k lepšímu, ale zazněla zde zajímavá myšlenka, možná spíš přání, **většího zájmu zdravotnických pracovníků** o tuto problematiku, jak je patrné z níže uvedených doslovných výpovědí.

*„No, možná by se na tyhle věci mohli ptát i všichni kolem vás, když mají čas, jen zajít a zeptat se, jestli je doma vše v pořádku a tak.“ (Kateřina)*

*„Asi ne. Snad se občas můžou sestřičky jen zeptat, jestli je doma vše v pořádku a jak to zvládají a tak.“ (Pavel)*

*„Asi ne.“ (Soňa)*

##### 4.4.7.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Je zajímavé, že aniž by někdo z klientů přímo uvedl, že by byl on sám nespokojen s časovým rozmezím návštěvních hodin, většina z nich přišla právě s nápadem na

**prodloužení návštěvních hodin.** Jinak zaznívala ze strany klientů hlavně spokojenost a nic jiného by neměnili.

*„ Určitě to prodloužení doby návštěvnosti. “ (Iva)*

*„ Opravdu nevím. “ (Martin)*

*„ ...ty návštěvní hodiny prodloužit. “ (Tomáš)*

#### 4.4.7.3. Porovnání výsledků obou skupin

Jednoznačně lze říci, že klienti z JIP cítí v této oblasti potřebu větší podpory od zdravotnického personálu, kdežto klienti ze standardních oddělení jsou zcela spokojeni, až na návštěvní hodiny.

### 4.5. **Přístup sester, lékařů a ostatního zdravotnického personálu**

Stejně jako prostředí nemocnice tak i přístup zdravotnického personálu hraje svoji nezanedbatelnou roli. Proto je dalším úkolem zjistit, jak se podle respondentů chová personál ke klientům, jak k nim přistupuje, jaký spolu mají vztah a jak toto všechno klienta ovlivňuje, ať už negativně či pozitivně.

#### 4.5.1. ***Vnímání přístupu zdravotnických pracovníků klientem***

Nejprve je důležité zjistit, jak sami klienti vnímají přístup zdravotnického personálu k nim samým, jak na ně jejich přístup působí a zda existuje něco, co je zatěžuje či stresuje.

##### 4.5.1.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Klienti se shodují na tom, že jsou velmi spokojeni s chováním a přístupem personálu a nepřejí si na tom nic měnit. Nikdo z nich nemá z této hospitalizace žádnou špatnou zkušenost s personálem.

*„Byli tam všichni moc hodní, pozorní, cokoliv jsem potřebovala, tak ihned reagovali. “ (Kateřina)*

*„Chování všech bych označil za profesionální, zkrátka super chování, stále se usmívali, snažili se mě podporovat co to šlo. “ (Pavel)*



*„Nemohu říci cokoli negativního, všichni na mě byli hodní, starali se o mě jak o vlastní, tímto bych jim chtěla také poděkovat. Opravdu mi to hodně pomáhá v takovéto situaci.“ (Soňa)*

*„Moc hodní a to všichni, opravdu, nemám co bych vytkla, snaží se nám tu nelehkou situaci opravdu ulehčit, to ano.“ (Zdena)*

#### 4.5.1.2. Klieti hospitalizovaní na standardních odděleních

Z rozhovorů vyplývá, že klienti považují chování zdravotnického personálu za příkladné a velmi jim vyhovující. U paní Ivy se však jedna nemilá zkušenost přece jen objevila, a tou byla **nepřiměřená hrubost** ze strany zdravotní sestry, která ji dohnala až k slzám a jak sama dodala, necítila se poté vůbec dobře.

*„...ke mně se chovají všichni moc hezky, je pravda, že tu byla jedna sestra, která na mě byla celkem hrubá, chtělo se mi z toho až brečet, ale to je v lidech víte. Myslím, že se určitě dokážou vcítit do mé situace.“ (Iva)*

*„Nemůžu říci křivého slova, všichni jsou moc hodní, pozorní.“ (Martin)*

*„...co se mého pohledu týče, tak dělají úplné maximum. Všichni jsou milý a moc vstřícní.“ (Radek)*

#### 4.5.1.3. Porovnání výsledků obou skupin

Ve vnímání chování personálu ke klientům obou oddělení neexistují žádné rozdíly. Na obou odděleních se všichni dle klientů chovají velmi profesionálně, vstřícně a díky tomu se tu cítí klienti mnohem lépe. Pouze v jednom případě došlo k nevhodnému chování zdravotní sestry, což působilo na klientku jako stresor a narušilo klientčinu psychickou rovnováhu.

#### 4.5.2. **Psychická opora ze strany zdravotnického personálu**

Další kladenou otázkou bylo, zda je na oddělení vždy někdo na koho se klienti mohou obrátit se svými trápeními, prosbami, problémy. Dále jsem chtěla zjistit, jakou zkušenost mají klienti a pokud ano, zda tato zkušenost byla příjemná, nebo naopak nepříjemná.

#### 4.5.2.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Klienti na JIP jsou přesvědčeni, že kdyby potřebovali pomoci, popovídat si, vždy by na oddělení našli někoho, komu by to mohli říci. Většina z nich s tím již má zkušenost a ta byla vždy pozitivní. Proto se není třeba obávat jakéhokoliv stresoru.

*„Ano, to jo, jsem si jistá, že kdybych potřebovala pomoci, že to vždy rádi udělají, když bude i čas, cokoliv jsem dosud potřebovala, tak ihned reagovali.“ (Kateřina)*

*„...to si myslím že jo, vždycky když jsem něco potřeboval, tak mi všichni ve všem vyhověli, nebál bych se je požádat.“ (Pavel)*

*„byl jsem sem převezzen úplně bez ničeho a oni vše hned zařídili, kontaktovali manželku, sehnali mi vše potřebné, takže vím, že kdybych něco potřeboval, můžu se na ně obrátit.“ (Radek)*

*„Myslím, že každá sestřička by byla s to mě vyslechnout a popřípadě i pomoci.“ (Soňa)*

#### 4.5.2.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Klienti na standardních odděleních mají stejný názor, tj. že jejich dosavadní zkušenosti jsou nadměru dobré a jsou si jisti, že se mohou vždy na někoho obrátit, když bude potřeba.

*„...když něco potřebuji, tak mi vždy ochotně vyhoví, myslím, že kdybych měla nějaký velký problém, že by se snažili mi pomoc.“ (Iva)*

*„Vím, že kdybych něco potřeboval, tak že není problém někoho z personálu poprosit, snaží se vždy vyhovět, kdykoliv něco potřebuji.“ (Martin)*

*„Vždycky když mám nějaké přání či problém, tak mi pomohou...“ (Tomáš)*

#### 4.5.2.3. Porovnání výsledků obou skupin

Skupiny z obou oddělení jsou stejného názoru, jsou spokojeni s psychickou oporou, kterou jim zdravotničtí pracovníci poskytují a jsou si jisti, že se na ně mohou kdykoliv spolehnout.

### 4.5.3. Sociální opora

Neméně důležitým aspektem ovlivňující hospitalizaci je skutečnost, zda klienti cítí, že se jim snaží sami zdravotničtí pracovníci pomoci vypořádat s jejich situací a pokud ano, tak jakým způsobem se o to snaží a jak to vnímají klienti. Nebo naopak, je něco, čím jim naopak celou situaci ztěžují?

#### 4.5.3.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Všichni klienti souhlasí, že cítí podporu personálu a pomáhají jim hlavně **úsměvem, pohlazením, vlídným slovem**.

*„...určitě ano, svými úsměvy, vlídným slovem a zájmem o mě mně velice pomohly s celkovým vyrovnáváním se s touto situací. Je to příjemné, když víte, že nejste jenom ten pacient, ale berou vás jako osobnost.“ (Kateřina)*

*„...já myslím že jo, tím jak se chovají, tím se o to snaží že, jo. A co přesně jo? Tak to bude určitě úsměv a taky pohlazení, jinak nevím. Je to dobrý, že se takhle o nás zajímají.“ (Pavel)*

#### 4.5.3.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

I v této skupině se klienti shodují, že se jim zdravotničtí pracovníci svým chováním a přístupem snaží ulehčit situaci, ve které se nacházejí a jsou za to moc rádi. Zmiňují hlavně **srdečnost, úsměv, pohlazení, smysl pro humor, vyslechnutí**.

*„...většinou mně pomohou svou srdečností, úsměvem, pohlazením a taky tím, že mě i kdykoliv vyslechnou, když cejtí, že mi asi není dvakrát hej.“ (Iva)*

*„Mně se snaží pomoc vždycky, už jen tím, že jsou milý, smějí se, příjemně vystupují a i smyslem pro humor, je to určitě příjemné v takovéhle situaci.“ (Radek)*

#### 4.5.3.3. Porovnání výsledků obou skupin

Na skutečnosti, že se zdravotničtí pracovníci snaží klientům zpříjemnit jejich pobyt, se shodli obě skupiny respondentů, přičemž nejsou ani žádné zásadní rozdíly mezi použitými metodami na obou odděleních, tj. úsměv, pohlazení, vyslechnutí.

#### 4.5.4. *Vztah klient a zdravotnický pracovník*

V nemocnici se klient-pacient nevyhne navazování nových vztahů a jedním z těch nejdůležitějších je vztah se zdravotnickým personálem, který by měl být vždy rovnocenný a založený na důvěře a vzájemném respektu.

Domnívám se, že proto je důležité zjistit, jak tento vztah vidí klienti a jestli si myslím, že je to vztah adekvátní a že i tak funguje, nebo zda právě tento vztah je pro klienty stresorem.

##### 4.5.4.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Z vyhodnocených výsledků se ukázalo, že klienti vnímají jejich **vztah** se zdravotnickým personálem jako oboustranně **přátelský, plný respektu a důvěry**. I když se objevuje i zmínka o pocitu určité podvolenosti. Toto však klienty obecně neznepekokuje, berou to jako přirozenou věc vyplývající ze specifické situace.

*„...byl to vztah přátelský, nic bych na tom neměnila. Tímto nám oni sami už hodně pomáhají, když nám zrovna není hej.“ (Kateřina)*

*„...přátelský řekl bych, já sem se jim snažil vyjít jak to jen šlo. Také založený na vzájemném respektu, což je důležité. Určitě se člověk cítí trochu podvolen, ale to už vychází z té celé situace, já jsem nemocný a tak musím také tak k tomu přistupovat, jako myslím to, že se jim odevzdávám a věřím.“ (Pavel)*

*„... takový hezký, nepovýšenecký, plný porozumění a respektu, tedy oboustranného.“ (Soňa)*

##### 4.5.4.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Klienti na standardních odděleních hodnotí svůj **vztah** se zdravotnickým personálem ve všech pohledech jako **pozitivní** a jim **vyhovující**.

*„...je to vztah rovnocenný, přátelský, to víte, že respekt mám, ale takový ten zdravý, ale nepřijde mi, že by se tu někdo povyšoval to ne...“ (Iva)*

*„... založený na důvěře, alespoň tedy z mé strany, myslím, že je to takový vztah jaký by měl být, když jste v nemocnici v pozici pacienta.“ (Martin)*

Pan Radek však měl i svoji **negativní zkušenost**, která se týkala personálu.

*„Ten vztah bych nazval oboustranně prospěšný, já nebudu dělat problémy a oni jsou na mě vždy hodní, obě strany se musí přece snažit, není to jen na nich že jo. Ale je pravda, že u některých lékařů jsem cítil jakousi povýšenost.“ (Radek)*

*„...rovnocenný, i když se člověk cítí trochu submisivně, ale to je asi v pořádku.“ (Tomáš)*

#### 4.5.4.3. Porovnání výsledků obou skupin

U obou skupin by se dal nazvat jejich vztah se zdravotním personálem jako **dobrý**. Všichni klienti se vyjadřují velmi pozitivně a není rozdíl mezi skupinami ve vnímání tohoto vztahu. Žádný z klientů nezažil vztah, který by se mohl stát nepříjemným stresorem během hospitalizace.

#### 4.5.5. *Představení se*

Je velmi důležité, když je o člověka v nemocnici dobře postaráno, ale stejně tak je i důležité vědět, kdo se o nás stará a nejenom to, že víme, jak dotyčný vypadá. I v běžných životních situacích, kdy potkáváme nové lidi, se vždy nejdříve navzájem představíme, a přitom se nejedná o lidi, kterým musíme věřit a svěřovat své zdraví. Vzájemné se představení je důležité i pro vytvoření důvěry.

V této otázce jsem chtěla zjistit, jestli se zdravotní personál vždy klientům představí a jaký názor na toto mají klienti, zda je jim to jedno, nebo zda je to může stresovat.

#### 4.5.5.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Klienti přiznávají, že většina z personálu se nepředstaví a že to na ně nepůsobí příjemně. Dochází tím i ke **ztrátě důvěry**, což už samo o sobě je v podstatě stresorem, jelikož důvěra mezi klientem a personálem je jedna z nejdůležitějších věcí.

*„Vidíte, to je dobrá otázka, ne vždy se představí a určitě je milejší a příjemnější, když víte, kdo se o vás zrovna stará a taky to přispívá k lepšímu vzájemnému vztahu. Je pravda, že se pak trochu bojím a nejsem tak důvěřivá.“ (Kateřina)*

*„...většina nepředstaví, pár lékařů a sestřiček ano, ale většinou jen přijdou a začnou se mnou něco dělat, ale tak mají ty jmenovky, tak se podívám. Víte, že jsem o tom ani nepřemýšlel, ale asi je to slušnost že jo se jako představit.“ (Pavel)*

#### 4.5.5.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Představování personálu klientům ani na těchto odděleních není běžné. Z výpovědí je patrné, že je v podstatě jejich **anonymita** pro klienty velmi nepříjemná a někteří klienti ji cítí i jako stresor, který je může zásadně ovlivnit. Cítí se pak i méněcenní, nedůležití. Na druhou stranu ale klienti přiznávají, že to je někdy i pochopitelné

*„No, ne vždy je tomu tak, ale chápu to, ono to asi člověka vždycky nenapadne, třeba jako když toho má hodně a tak. Ale pak nastane taková situace, že když nemají ani jmenovku a vy jim chcete poděkovat, tak to vlastně nejde, protože ani nevíte, jak se ten dotyčný jmenoval. Určitě je vždycky lepší, když se vám každý kdo s vámi přijde do styku alespoň představí, myslím, že se pak i člověk cítí mnohem lépe, jako že jde o něho víte.“*  
(Iva)

*„...ne všichni to dělají, určitě je mnohem příjemnější, kdyby člověk věděl, kdo se o něho zrovna stará, oni o mně vědí a všechno a já vlastně někdy ani to, jak se jmenují, což není zrovna příjemné a dalo by se říct i trochu stresující, že jo.“* (Tomáš)

#### 4.5.5.3. Porovnání výsledků obou skupin

Ať už jde o klienty JIP či standardního oddělení, názor mají stejný. Zdravotnický personál se skoro nikdy nepředstaví a ač si to možná neuvědomuje, velmi tím klienty negativně ovlivňuje a následně nemusí ani získat klientovu důvěru.

#### 4.5.6. **Nápady ke změnám**

Poslední otázkou této části je zda v této oblasti existuje něco, pomocí čeho by se dala zpříjemnit adaptace klientů na nemocniční prostředí?

##### 4.5.6.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Co se týče přístupu personálu ke klientům, tak jediná změna, která by dle klientů byla potřeba a která by vedla ještě k lepšímu vzájemnému vztahu, je již zmiňované **představování se zdravotnických pracovníků klientům.**

*„Asi to poslední, jak jste se ptala, to představování je určitě důležité a nikdy jsem se nad tím tak nezamyslela, že by mě to mohlo tak ovlivnit, ale do jisté míry to v člověku drží nějaký ten blok.“* (Kateřina)

*„Já Vám nevím, ale asi jen to představování by se mohlo změnit, jinak nic.“ (Pavel)*

*„...to představování by bylo na místě, ale jinak bych nic neměnila, jsem spokojená.“  
(Soňa)*

#### 4.5.6.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

V této oblasti se klienti jednoznačně shodli, že zásadní změnou k lepšímu by mělo být **představení zdravotnického personálu**. Jinak jsou s vším spokojeni a nechali by to tak, jak to je. Také zde ale zaznělo, že by byla třeba změna i od samotných klientů, a to **nebát se zeptat**.

*„...možná opravdu to představování všech by bylo alespoň pro mě příjemnější, cítila bych se zde více součástí a asi možná i tím pádem více otevřená...“ (Iva)*

*„Já k tomu nic nemám, asi bych to nechal, tak jak to je.“ (Martin)*

*„Tak to představování to jo, a pak bych se asi taky neměl bát zeptat na to, co mě zajímá, teď už to vím, že to není obtěžování.“ (Tomáš)*

#### 4.5.6.3. Porovnání výsledků obou skupin

Jak již bylo uvedeno výše jak klienti z JIP tak klienti ze standardních odděleních si v zásadě přejí pouze jednu hlavní změnu, a to představování se zdravotnických pracovníků klientům.

### 4.6. **Prožitek nemoci**

Sama nemoc a vše s ní spojené je pro většinu lidí významným stresorem. Toto je zajisté umocněno různými vyšetřeními nebo hospitalizací. Nemoc a všechny důsledky s ní spojené jsou totiž velkým zásahem do života.

V následujících kapitolách je podrobněji popsáno, jestli jsou v této oblasti nějaké stresory a jak je případně odstranit.

#### 4.6.1. **Vnímání nemoci**

Stěžejní otázkou této části je, jakým způsobem klienti svoji nemoc prožívají, na co myslí a co cítí.

#### 4.6.1.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Je zcela patrné, že klienti svoji nemoc prožívají velmi intenzivně, což se hlavně odvíjí od závažnosti jejich stavu, **přemýšlení nad nemocí** je pro tyto klienty významně hodnoceným stresorem. Většinou přitom klienti myslí hlavně na budoucnost a na své blízké. Někdy ani **předchozí zkušenost není** pomyslnou **pomocí**.

*„Nějak zásadně to od začátku neprožívám , už se nemohu spíš dočkat, až si zase budu moci sama učesat vlasy a ta ruka nebude už bolet. Tohle je něco jiný, než když jsem měla rakovinu. Ale že bych nějak na to myslela, to ne, to spíše myslím na jiné věci.“  
(Kateřina)*

*„Abych pravdu řekl, tak sem na to myslel a myslím jako pořád, ještě nemám vyhráno a tak pořád přemýšlím co bude, jestli se budu ještě moc věnovat všemu jako dřív nebo ne. Ale když jsem byl tam na hoře, tak to bylo mnohem horší. “ (Pavel)*

*„Asi bych už měla být zvyklá že jo, už sem měla těch záchvatů několik, ale musím říci, že pokaždé se moc bojím, bojím se o manžela, aby nezůstal sám, no je to takový větší stres“*

#### 4.6.1.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Tito klienti se shodují, že je zásadně nestresuje samotný pocit nemoci, ale někdy spíše některé věci, které jsou s ní spojené. Jinak k ní všichni přistupují s **pozitivním přístupem**, přičemž svoji pozitivní roli sehrává také **předchozí zkušenost**.

*„Já na to nějak vůbec nemyslím, abych pravdu řekla, jen si přeju, abych zase chodila dobře a bez bolestí. Nestresuje mě ten samotný pocit nemoci, to ne.“ (Iva)*

*„...jelikož ta moje nemoc už trvá delší dobu a tak už jsem v podstatě zvyklý, že. No, teď se cítím fajn a nemyslím na to, že by bylo hůře, to ne, spíše už bych chtěl být zase v těch lázních.“(Radek)*

*„Samotnou nemoc tolik neprožívám, vím, že ta diagnóza nezní zrovna dobře, ale nějak se nestresuju, uvidíme. Myslím hlavně na to, aby manželka nezůstala sama, kdyby se něco jako stalo, víte.“ (Martin)*



#### 4.6.1.3. Porovnání výsledků obou skupin

Názory obou skupin jsou zcela odlišné. Zatímco klienti z JIP prožívají již samotnou nemoc velmi intenzivně a je pro ně stresorem, pro klienty standardních oddělení přítomnost nemoci není až tak stresující a neprožívají ji v takové míře.

#### 4.6.2. *Práva pacientů, jejich dodržování*

Znalost práv pacientů je pro zdravotnický personál jedním ze základů jejich profese, bez něhož nelze o klienty správně pečovat. Stejně důležitá je však znalost těchto práv i pro klienty, kteří jsou v nemocnici hospitalizováni, např. pokud dochází k pochybení v péči, mohou se na ně odvolávat. Seznámení klienta s těmito právy je povinností zdravotnických pracovníků a ti by měli dohlížet na to, že je klienti budou znát a budou vyzdvihávat jejich důležitost.

Neznalost těchto práv může zcela zásadně ovlivnit životy klientů a může působit jako jeden ze stresorů. V této části je cílem zjistit, jestli byli klienti s těmito právy seznámeni, znají-li je, zda jsou dodržována a jak tato práva na klienty působí.

##### 4.6.2.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Z výpovědí je patrné, že všichni klienti byli s těmito právy seznámeni, mají o nich určité povědomí, ale jisti si jimi zcela nejsou. Přestože je nepovažují za důležité, mají pocit, že jsou dodržovány. Neznalost práv je nijak neznepokojuje.

*„Seznámená jsem byla, vím, že můžu odmítnout cokoli a taky, že mám právo na to, abych věděla kdo mě ošetřuje, na informace a tak. Myslím, že tam byly v celku dodržovány. Nad tímhle moc nepřemýšlím.“ (Kateřina)*

*„...seznámili mě, je tam něco jako, že si taky můžu říct svůj názor, odmítnout léčbu, ale dál nevím. Podle mého jsou dodržovány. Ale nějak to neřeším.“ (Pavel)*

Jedinou výjimkou byla paní Soňa, která jakožto bývalá zdravotní sestra **práva** zná a také jako jediná přiznala, že **ne všechny** jsou plně **dodržována**.

*„Hned po přijetí mě s nimi sestřička seznámila, ale jelikož jsem bývalá sestra, tak je samozřejmě znám. Právo vědět kdo vás ošetřuje, právo na intimitu, na odmítnutí léčby a*

*tak. Dodržovaný tam určitě byly, to jo, možná jen co se týče toho, že jsem ne vždy věděla, kdo mě ošetřuje.“ (Soňa)*

#### 4.6.2.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Klienti na těchto odděleních se shodují, že byli s právy seznámeni, ale nezapomenou si, co v nich přesně je, tudíž jim podle mého názoru nepřikládají velkou váhu a nemohou ani s určitostí říci, jestli jsou dodržovány. Z jejich výpovědí je však patrné, že je nijak negativně neovlivňuje.

*„myslím, že hned na začátku, když jsem byla přijatá, dokonce jsem je i četla, ale už si abych pravdu řekla moc nezpomínám co tam jak je. Asi jsou dodržovaný, si myslím. Já Vám nevím, nedávám tomu velkou váhu.“ (Iva)*

*„Ano byl jsem seznámen už několikrát, ale abych je vyjmenoval to asi ne. Myslím, že dodržovány jsou, ale nejsem si jistý, jestli všechny. Nepůsobí to na mě nijak negativně.“ (Radek)*

#### 4.6.2.3. Porovnání výsledků obou skupin

Všichni klienti obou skupin se jednoznačně shodli, že s právy seznámeni byli. Při porovnání obou skupin však docházíme k závěru, že míra informovanosti klientů na JIP je větší (klienti znají některá svoje práva), naopak na standardních odděleních jim nepřikládají skoro žádný význam a nejsou schopni jejich interpretace. Avšak tato neznalost na ně nepůsobí nijak negativně, nehodnotí ji jako stresor.

#### **4.6.3. Informovanost o stavu**

Lékař by měl vždy klienta informovat o jeho zdravotním stavu, v některých případech i zdravotní sestra může být nápomocna. Klienti na to mají právo, ale podávání informací by se mělo vždy přizpůsobit situaci a stavu klienta. Někdy může být stresující jak jejich nadbytek tak i nedostatek.

Další otázkou tedy je, zda je informovanost klientů o jejich stavu na těchto odděleních dostačující a jaký to má vliv na celkové zvládnutí situací, ve které se nachází.

#### 4.6.3.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Klienti se shodují, že je pro ně informovanost dostatečná a ani oni sami se nebojí zeptat. Dále z odpovědí vyplynulo, že **dostatečná míra informovanosti** se podílí na jejich **celkové pohodě** a je pro ně velmi **důležitou součástí** během hospitalizace.

*„...to co potřebuji vědět, tak vždycky vím a nebo se zeptám. Určitě je to dobrý, jinak by člověk možná pořád myslel na to co jako bude a tak.“ (Kateřina)*

*„Na nedostatek informací si opravdu stěžovat nemůžu, když chci něco vědět, tak se občas i zeptám a oni mi vždy odpoví, nebo sestřičky zavolají pana doktora. Určitě mi to moc pomáhá, protože vím, co se mnou je a bude se dít dál že jo, taková jako jistota to je no.“ (Pavel)*

#### 4.6.3.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Zatímco pan Radek je zcela spokojen, ostatní klienti pocítují míru informovanosti jako **nedostatečnou**, ale jak sami dodávají, hlavní roli hraje jejich **ostych, strach** se zeptat, který vyplývá jak ze **špatné zkušenosti** tak i z **pocitu obtěžování**. Přiznávají, že nedostatek informací je pro ně nepříjemný a **stresující**.

*„...nejsem úplně dostatečně informovaná o svém stavu, musím přiznat, že je to docela stresující. A taky to bude tím, že se bojím zeptat, také jsem tu jednou zažila, že pan doktor nebyl zrovna sdílný a tak se raději neptám. Je pravda, že je to občas stresující.“ (Iva)*

*„...mám dostatek informací o tom jako co se se mnou děje a co bude dál, vždycky se zeptám, nebojím se a oni mi vždy odpoví a vše vysvětlí. Určitě je to tedy dobrý, když vím co jako semnou je a co hodlají dělat dál...“ (Radek)*

*„...jsem informované docela dostatečně, ne asi tak úplně jak bych si představoval, ale je pravda, že se ani moc neptám, sestřiček to jo, ale páni doktoři přece nemají čas, tak je nebudu obtěžovat. To víte, že mi pak spousta věcí vrtá hlavou a je to nepříjemné.“ (Tomáš)*

#### 4.6.3.3. Porovnání výsledků obou skupin

Zatímco klienti z JIP jsou spokojeni s mírou informovanosti od zdravotnického personálu, většina klientů z druhé skupiny vyjadřuje nespokojenost, která je však

částečně zapříčiněna i neznalostí práv pacientů z jejich strany a předchozí špatnou zkušeností. Pro tyto klienty je nedostatečná informovanost jedním ze stresorů.

#### **4.6.4. Možnost volby**

Klient má při hospitalizaci právo svobodně se vždy rozhodnout, jestli chce podstoupit nějaký výkon, léčbu atd. Možnost této volby mu hlavně dává pocit, že může rozhodovat o svém životě a nemusí být v době nemoci pouze podřízen ostatním, kteří se o něho starají. Pokud by toto právo možnosti volby nebylo dodržováno, může to na klienta velmi nepříznivě působit.

V této otázce jsem chtěla odhalit, zda je klientům vždy nabídnuta možnost vlastního rozhodnutí a jsou to oni, kdo má poslední slovo, a jak to na ně působí.

##### **4.6.4.1. Klienti hospitalizovaní na JIP**

Z vyhodnocených odpovědí jednoznačně vyplynula **spokojenost** klientů s **možností volby**; všichni mají vždy možnost výběru rozhodovat o dalším postupu léčby a hodnotí to velmi pozitivně. Paní Kateřina ještě dodává, že i přesto skoro vždy dá na **lékaře**.

*„...mám pocit, že se můžu vždy rozhodnout, ale je pravda, že to nechávám na doktorech co oni jako uznají za vhodné...(Kateřina)*

*„... vždy informován o tom a tom vyšetření a byla mi dána možnost výběru, určitě to na mě působilo dobře, jako že jde o mě, že se můžu zapojit a říci si svůj názor.“ (Pavel)*

*„...to se mě vždycky zeptají a jestli s tím jako souhlasím a já se mohu sama rozhodnout, řeknou mi všechny pro a proti. Určitě má z toho člověk dobrý pocit a necítí se také to o nás bez nás.“ (Soňa)*

##### **4.6.4.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních**

Klienti ve svých odpovědích uváděli, že **mají** vždy **možnost se rozhodnout** o všech následujících postupech a jsou s tím spokojeni. Opět se však i zde projevila **důvěra v lékaře**.

*„...určitě kdybych řekla, že to nechci, tak to dělat nebudou. Taky jsem podepisovala pár papírů, jako že souhlasím s tím a s tím. (Iva)*

*„Tak to určitě ano, posledně jsem řekl, že to vyšetření a už vůbec nějakou operaci nechci a koukejte kde jsem, stejně mě to sem zase dohnalo. Je to fajn, když si o tom můžete rozhodovat, ale teď už dám spíše na ty jejich rady.“ (Radek)*

#### 4.6.4.3. Porovnání výsledků obou skupin

Obě skupiny se shodly v tom, že je jim možnost volby vždy dána a hodnotí to velmi pozitivně v jejich prožívání celé situace.

#### 4.6.5. **Soukromí, intimita**

Je naprosto pochopitelné, že při hospitalizaci klienti ztrácí velkou část svého soukromí a také intimity. Pro některé to nemusí hrát zásadní roli, jiným to naopak může velice vadit. Je proto důležité se snažit o to, aby ztráta soukromí a intimity byla co možná nejpříjemnější.

Je proto důležité zjistit, jestli klienti cítí v rámci možností dostatek soukromí a intimity, přitom o tuto oblast by se měli starat právě zdravotničtí pracovníci.

##### 4.6.5.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Na ztrátě soukromí se shodli všichni, přitom pro všechny je to nepříjemné, Nikdo z respondentů to však nehodnotil jako významný stresor. Co se týče **intimity**, je vždy dle dostupných možností **zachována** a klienti to velmi oceňují, byť to není úplně ideální.

*„...celkem ano, byly tam i závěsy a tak se člověk cítil při vykonávání toalety alespoň trochu oddělen od okolního světa a ne tak poníženě. Ale je pravda, že na tu dobu, co je člověk v nemocnici tak ztrácí to soukromí a je to někdy velmi nepříjemné.“ (Kateřina)*

*„Člověk ztrácí hodně ze svého soukromí, je všem na očích a to stále, takže jsem si občas připadal dost divně, ale to k tomu asi patří. Ale zase musím říci, že když mně něco dělali nebo, když jsem potřeboval na záchod, tak mě oddělili nějakým závěsem, no vlastně tam byly pořád ty závěsy.“ (Pavel)*

*„...soukromí je určitě vždycky narušený, to jo, ale musím říci, že se snažili mi opravdu zajistit tu intimitu, když bylo potřeba, alespoň jak to jen šlo“ (Soňa)*

#### 4.6.5.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Klienti na standardních odděleních jsou velmi znepokojeni, dostatečný pocit intimity a soukromí rozhodně nemají a je to pro ně velmi nepříjemné. Hlavně **ztráta intimity** je pro ně velmi **stresující**. Při rozhovorech často zmiňovali **chybějící zástěny**, které jsou velkým pomocníkem při snaze zachovat alespoň nějaký stupeň soukromí a intimity.

*„Ne tak úplně, myslím si, že tu opravdu chybí zástěny, když už člověk nemůže vykonávat potřebu na toaletě, tak je to velmi ponižující, když vám dají mísu a všichni kolem na Vás koukají, řekla bych, že to je opravdu stresující zážitek. Ta zástěna dá alespoň pocit soukromí, i když tomu tak úplně není.“ (Iva)*

*„...třeba zrovna teď jsem na pokoji sám a to soukromí opravdu mám a intimita ta zachována je, ale ne vždy, nepoužívají nějaké oddělovací stěny, to ne.“ (Radek)*

*„nemám, už jen tím, jak jsem říkal, že je nás tu na pokoji moc, ale chápu, že to někomu třeba i vyhovuje, ale na mě to nepůsobí dobře, něco Vám dělej a všichni se můžou kouknout. To soukromí je těžké říci, protože ho tu tak nějak ztratíte, což je asi normální.“ (Tomáš)*

#### 4.6.5.3. Porovnání výsledků obou skupin

Klienti z JIP přiznávají, že i když dochází k nepříjemné ztrátě soukromí, tak to za stresující nepocítují a intimita je vždy zachována. Naproti tomu klienti ze standardních oddělení považují jak ztrátu soukromí tak i nedostatečné zachování intimity za velmi stresující.

#### 4.6.6. **Informovanost před zákroky**

Být adekvátně informován je pro každého velmi důležité. Pokud se jedná o různé výkony, které jsou klientovi prováděny v nemocnici, je tato potřeba zcela jednoznačná. Neinformovanost může vést k uzavřenosti až stresu ze strany klienta. Proto je vždy důležité klientovi vysvětlit, co se s ním bude dít.

Proto jsem chtěla zjistit, jak tato informovanost funguje a jak to působí na klienty.

#### 4.6.6.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Ze strany klientů zde není jediný náznak, že by je zdravotničtí pracovníci někdy neinformovali. Jsou s mírou informovanosti naprosto **spokojeni** a to přispívá k jejich celkové pohodě.

*„Myslím, že se opravdu vždy snažili mi všechno vysvětlit, seznámit mě s tím, co jdou dělat a určitě to dopomohlo k tomu, že jsem se tolik nebála.“ (Kateřina)*

*„...snažili se mnou hodně komunikovat, vše mi vysvětlit a i během výkonů se mnou komunikovali a to mě dost uklidňovalo.“ (Pavel)*

*„...to určitě to jo, a pomáhá to hodně.“ (Soňa)*

#### 4.6.6.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Pro klienty ze standardních odděleních je **míra informovanosti dostatečná**, jsou s ní spokojeni a je to jeden z faktorů, který jim **usnadňuje adaptaci** v nemocničním prostředí.

*„Personál se snaží vždycky všechno vysvětlit, tak abych to pochopila neměla zbytečně obavy co se jako bude dít.“ (Iva)*

*„Vždycky mi přesně vysvětlí, co mi jdou dělat a když ne, tak se samozřejmě zeptám.“ (Radek)*

*„... řeknou, když jdou něco dělat a proč to jdou dělat a k čemu to jako je, to jo. Je pravda, že jsem po tom klidnější.“ (Tomáš)*

#### 4.6.6.3. Porovnání výsledků obou skupin

Klienti obou typů oddělení jsou shodně spokojeni s informovaností ze strany personálu, žádný rozdíl ani stresor se zde neobjevuje.

#### 4.6.7. **Stresory související se zákroky**

Provádění různých lékařských výkonů a zákroků je pro klienta nepřírozené a nepříjemné. Každému klientu-pacientovi vadí něco jiného, někteří si to nepřipouštějí a akceptují to, jiní se však jen při pomýšlení na injekční jehlu hroutí.

Otázkou tedy je, jak na klienty působí provádění různých výkonů, které jsou převážně specifické pro toto prostředí a zda to akceptují či to na ně působí zátěžově?

#### 4.6.7.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Pro klienty z JIP je provádění těchto výkonů nepříjemné, ale chápou to jako **nutnou součást** celé hospitalizace, a tak k tomu také přistupují. Velkou **pomocí** je v tomto ohledu **předchozí zkušenost**.

*„Není to příjemné, ale asi už jsem byla zvyklá z předchozí hospitalizace, nějak mě tohle neznepokojuje, ani nestresuje.“ (Kateřina)*

*„...dá se to vydržet, koneckonců už to všechno znám a vím co mě čekám, hold bez toho by to asi nešlo něco takového léčit že.“ (Soňa)*

Naopak pro paní Zdenu je provádění zákroků jeden ze **stresorů**, který je jí velmi nepříjemný.

*„Mě tohle opravdu stresuje, teda spíš ty nové zákroky, raději bych byla bez toho, kdyby to nemuselo bejt, ale když je to nutné, tak se nedá nic dělat a musí se to vydržet...“ (Zdena)*

#### 4.6.7.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Pro klienty ze standardních oddělení jsou lékařské zákroky **nepříjemným zážitkem**, který ale nenazývali stresující. Jako pomoc v překonání lékařských výkonů zmiňují nejčastěji **předchozí zkušenost** a **zručnost zdravotního personálu**. Naopak očekávání **první zkušenosti** s nějakým výkonem může být **stresorem**.

*„...kdyby to nemuselo být, tak bych raději byla bez toho, nemám ráda odběry, ale tady jsou sestřičky moc šikovné, tak se to dá v celku dobře přestát. Ale to víte, že jsem pokaždé trochu nesvá, když se mně jde něco dělat.“ (Iva)*

*„Mně to nevadí, už to znám, takže vždy vím do čeho jdu, že by mě to přímo stresovalo to ne, beru to jako součást léčby.“ (Radek)*

*„...když mně teda zaváděli tuhle hadičku jako do té hrudní dutiny, tak to se přiznám, že jsem se bál, to byl stres, ale jinak to spíš všechno beru v pohodě, jako že to musí bejt a tak nějaká ta injekce mě nezabije.“ (Tomáš)*



#### 4.6.7.3. Porovnání výsledků obou skupin

V hodnocení není mezi oběma skupinami patrný rozdíl. Všichni klienti sice cítí provádění různých výkonů jako nepříjemnou záležitost, ale jako významný stresor byl brán spíše při první zkušenosti s daným zákrokem.

#### 4.6.8. *Nápady ke změnám*

Stejně jako v předchozích oblastech, tak i v této poslední jsem se snažila nalézt u klientů nápady či připomínky ke zlepšení stávající situace.

##### 4.6.8.1. Klienti hospitalizovaní na JIP

Klienti z JIP cítí potřebu změny hlavně u sebe, což je velmi zajímavé, přičemž nejčastěji zmiňují **větší iniciativu v získávání informací a dostatečnou znalost svých práv** v nemocnici.

*„Já ani nevím, jo určitě bych si měla ještě jednou přečíst ty práva pacienta, asi jsou všechny dost důležité.“ (Kateřina)*

*„Možná bych se měl sám víc ptát na to, co chci vědět, to asi jo.“ (Pavel)*

*„Nechala bych všechno takhle, nějaká změna mě nenapadá.“ (Zdena)*

##### 4.6.8.2. Klienti hospitalizovaní na standardních odděleních

Klienti standardních oddělení mají také několik nápadů na změny k lepšímu, např. **větší informovanost ze strany zdravotnického personálu, zajištění požadované intimity a vlastní iniciativa v získávání potřebných informací.**

*„Být více informovaná o svém stavu, pořídit zástěny. „Tak asi určitě bych se mohla více ptát a nebát se.“ (Iva)*

*„Já bych si asi měl přečíst ještě ty naše práva a z mé strany to bude asi vše.“ (Radek)*

*„Určitě udělat tady ty zástěny nebo něco takovýho a mít jako víc informací o svém stavu.“ (Tomáš)*

#### 4.6.8.3. Porovnání výsledků obou skupin

Jak klienti z JIP tak i ze standardních oddělení si uvědomují potřebu určitých změn, aby svoji hospitalizaci lépe zvládali. Zatímco klienti JIP cítí potřebu změny na vlastní straně, u klientů ze standardních oddělení jsou změny požadovány hlavně ze strany zdravotnických pracovníků a pouze částečně i od nich samotných.

Klienti měli na konci rozhovoru, kdy už jsem vyčerpala všechny pro mě důležité otázky, možnost se ještě vyjádřit k jiným věcem, které jim připadaly podstatné, co se jejich prožívání týkalo. Nikdo však nechtěl nic dodat, všichni cítili náš rozhovor po obsahové stránce jako vyčerpávající.

## 5. DISKUSE

Tato práce si kladla za cíl zjistit, jaké individuální stresory působí na klienty při hospitalizaci, a to jak na standardních odděleních, tak i na odděleních jednotek intenzivní péče. Hospitalizace je obvykle pro každého pacienta zážitkem poměrně nového druhu. Mnohé se v tomto ohledu mění nejen v pacientovi ( v jeho těle), ale také v jeho psychice při přechodu do nemocnice.

Jelikož jsem nenašla práci či knihu, která by se zabývala přímo tímto tématem (až na svoji předchozí absolventskou práci), byl tento výzkum pro mě velikou výzvou. Bylo zajímavé se postupně dovídat mnoho nových poznatků z této oblasti, a to díky klientům, kteří byli ochotní se s mnou o všechny svoje jak pozitivní, tak i negativní zkušenosti a pocity podělit. Celého výzkumu se zúčastnilo celkem 8 klientů hospitalizovaných v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Individuální stresory působící na klienty jsem podrobně popsala v předchozí kapitole, v diskuzi se proto pokusím odpovědět na výzkumné otázky, které jsem si stanovila na začátku celého výzkumného projektu. Hlavní výzkumná otázka zněla: „Jaké individuální stresory působí na klienty hospitalizované na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních Nemocnice České Budějovice a.s.“. Tuto základní výzkumnou otázku jsem rozložila na specifické výzkumné otázky (SVO) a dále na tazatelské otázky (TO) neboli tzv. hlavní otázky, které byly páteří výzkumného rozhovoru.

Pro pochopení celého tématu práce bylo na samém začátku velmi důležité nejprve se obecněji podívat na to, co si sami klienti pod slovem stres (a s ním spojeným slovem stresory) představují, co pro ně znamená a jak se k němu staví. Z jejich představy o stresu, který každý jednotlivě definoval, vyšlo najevo, že ho všichni chápou jako nepříjemnou, svízelnou, někdy až bezvýchodnou situaci. Obdobně tak popsal stres Melgosa (9) ve své knize „Zvládni svůj stres“. Každý z klientů si pod touto situací představuje něco zcela jiného, ale většinou je to v úzké souvislosti s přítomností, což je podle mého názoru logické. Každý z klientů si totiž hned vzpomněl na to, co ho zrovna v poslední době nejvíce trápí a jako příklady uváděly zejména nemoc, bolest, strach,

ztráta pocitu jistoty. Z toho vyplývá, jaké je nepatrné rozlišení mezi významy slov stres a stresor. Překvapivé bylo, že v technikách zvládnání stresu převažuje aktivace vlastních sil hlavně u žen a potřeba sociální opory hlavně u mužů, byť tento rozdíl není velký. Níže uvádím odpovědi na tazatelské otázky (TO), které se v rozhovorech s klienty ke zkoumanému tématu vztahovaly.

***Jak dlouho klienti pobývají/li na JIP/standardním oddělení?*** Je velmi zajímavé, že respondenti hospitalizovaní na obou typech oddělení po uplynutí doby přibližně dvou týdnů cítí tuto dobu jako pro ně únosné maximum. Na druhou stranu však stresory, které jim připadali ze začátku velmi intenzivní, právě díky délce pobytu na své intenzitě ubíraly.

***Byli již klienti někdy hospitalizovaní na tomto či jiném typu oddělení?*** Všichni klienti již v minulosti byli hospitalizováni a shodují se, že předchozí zkušenost jim velmi pomohla ve zvládnutí této aktuální hospitalizace, což je dle mého názoru zcela pochopitelné. Zdravotničtí pracovníci by tedy měli věnovat zvláštní pozornost klientům, kteří tuto předchozí zkušenost nemají, a tím se jim snažit zařazení do tohoto prostředí více ulehčit.

***Co klienti očekávají od hospitalizace?*** I když každý z klientů vyslovil jiný pojem, jsou jejich přání zcela identická, a to opětovné znovunavrácení zdraví, které je velmi úzce spjato s důvěrou klientů ve zdravotnický personál, což je velmi pozitivní zjištění. Vztah mezi zdravotníkem a nemocným by měl být vždy založen na vzájemné důvěře a respektu, což popisují i Zacharová, Hermanová, Šrámková (26) ve své knize „Zdravotnická psychologie“.

***Co klienty během současné hospitalizace stresuje?*** Odpovědi na tuto otázku přinesly velmi zajímavý výsledek. Klienti JIP své stresory více specifikují, a to jak v souvislosti se svým stavem tak s prostředím oddělení a udávají zejména bolest, nadměrný hluk z přístrojů, nedostatek spánku, křik ostatních pacientů, strach ze smrti. Tento poznatek lze srovnat s mojí předchozí prací, kde bolest a hluk z alarmujících přístrojů byl jedním z nejvíce vnímaných stresorů (22). Na druhé straně pro klienty standardních oddělení jsou stresory méně specifické, spíše obecnější rázu, což souvisí s typem oddělení a závažností jejich stavu (který je většinou stabilní). Jako stresory zejména uvádějí brzké ranní vstávání, ztráta sociální interakce, nevyhovující teplota

prostředí. Je zcela zřejmé, že klienti vnímají tato dvě prostředí zcela odlišně, a to by měl mít zdravotnický personál stále na paměti. To, co může vadit klientovi ze standardního oddělení, může nechávat klienta z JIP zcela klidným a naopak.

***Jak se klienti vyrovnávají se stresem, který během hospitalizace prožívají?*** Všichni klienti svoji nelehkou situací zvládají dobře, i když jim není příjemná. Opět je pozitivním zjištěním, že je jim velkou oporou zdravotnický personál, možnost kontaktu s rodinou a také (zejména na standardním oddělení) spolupacienti.

Pacient je v nemocnici uzavřen do neznámého prostředí, kde je vše cizí a nové. Je umístěn do zvláštního pokoje, dostane jemu zvláštní druh oblečení, je uložen vedle člověka, který je mu zcela cizí a někdy mu není ani umožněno vyjít mimo budovu a to na něho působí velmi špatně, cítí se být velmi omezen (20). Jednou z hlavních oblastí, která byla samým jádrem výzkumu, byla právě oblast prostředí a chod oddělení, kde se našly různé stresory a rozdíly mezi vnímáním klientů z JIP a klientů ze standardních oddělení. **První specifická výzkumná otázka (SVO1) zněla: Jak klienti vnímají prostředí a chod daného oddělení?**

***Co klienty v prostředí toho daného oddělení stresuje?*** Klienti z JIP postrádají hlavně uspokojení potřeby klidu (hluk považují za největší stresor), klienti ze standardního oddělení vyjadřují hlavně nespokojenost se zařízením oddělení, tj. za stresory považují nekomfortní zastaralé postele, které jsou v přímé souvislosti se špatným spánkem a nedostatečným odpočinkem, nevyhovující okna, regulace topení (tj. jedná se o neuspokojení základních biologických potřeb).

***Jak na klienty působí vybavení, zařízení, barevné ladění apod. daného oddělení?*** Klientům z JIP pouze nevyhovuje neutrální bílá barva, protože není podnětná. Na standardním oddělení jsou klienti spokojeni, až na jednu výjimku, kdy bylo zařízení zcela nevyhovující a barevné ladění taktéž. Oboje je klienty považováno za stresor, který je pro ně nepříjemný. V nemocnicích stále chybí humanizace prostředí, klienti se při hospitalizaci chtějí cítit alespoň trochu jako doma. Přitom nemůže být těžké prostředí na odděleních změnit třeba už pouhou výměnou bílé barvy za žlutou, jemně fialovou či oranžovou a pověsit pár hezkých obrázků. Ve světě je zcela běžné používání závěsů a různé dekorace, což působí z mé zkušenosti velmi příjemně.

***Jak se klienti adaptují v nemocničním prostředí?*** Klienti si na nemocniční prostředí zvykli dobře, a to hlavně díky předchozí zkušenosti, kterou měli všichni klienti z výzkumného souboru.

***Jak by bylo možné a vhodné, dle názoru klientů, něco z toho změnit?*** Jediné, co je pro ně opravdu velkým a nepříjemným stresorem, je pro většinu klientů časné ranní vstávání. V našich podmínkách se stále málo přizpůsobujeme klientovi, přitom v tomto případě by byla změna velice žádoucí a všemi vítána.

Co se týče dalšího velkého celku zahrnující otázky ze sociální oblasti, byl výzkum hlavně zaměřen na sociální interakce, vnímání rolí a sociální opory. Nemoc mnohdy narušuje či mění mezilidské vztahy, dochází méně často ke kontaktu se známými a blízkými lidmi a naopak hospitalizace přináší nutnost vytvářet si nové vztahy k personálu či ke spolupacientům, veškerá omezení v této oblasti spojená může člověka velmi negativně ovlivnit (26). I z výpovědí klientů je patrné, jak moc je trápí, že nemohou být se svými blízkými. **Druhá specifická výzkumná otázka (SVO2) zněla: Jak klienti vnímají a prožívají změnu sociálního statusu, změnu životního tempa a dočasné omezení sociální interakce?**

***Jak klienti vnímají a prožívají pobyt mezi cizími lidmi?*** Nové sociální interakce s neznámými lidmi zvládli všichni velmi dobře. Konstatují, že hlavně záleží na lidech a vlídném přístupu personálu. Zato omezení jejich nejdůležitějších rolí je pro všechny klienty velmi stresující, jelikož to ve svém životě pokládají za jednu z nejdůležitějších věcí.

***Jak klienti vnímají a prožívají dočasné odloučení od rodiny, přátel, koníčků?*** Většina klientů vnímá jako stresující faktor nemožnost výkonu jakékoliv pracovní činnosti. Je to však celkem logické, práce v našem životě hraje důležitou roli. Ovšem na druhou stranu alespoň díky možnosti návštěv nepocítují klienti omezení sociálních interakcí s rodinou a přáteli jako přímo stresující záležitost.

***Jak klienti vnímají a prožívají, když nemohou během hospitalizace plnohodnotně zastávat některé role?*** Všichni jednoznačně hodnotí omezení pro ně nejdůležitějších rolí – role babičky, dědečka, manžela, matky atd. jako stresor, který je trápí. Jak ale uvádějí, „snaží se to zvládat“.

***Jak klienti vnímají a prožívají svoji absenci v rodině?*** Klienti nevnímají jejich absenci v rodině jako důvod, pro který by se měli znepokojovat či snad trápit. Toto je velmi úzce spojeno s jejich rolí, kterou v rodině zastávají. Pouze jedna klientka z JIP cítí absenci v rodině jako stresor, který hodnotí jako velmi významný a intenzivní. Důvodem je však fakt, že její role v rodině je nenahraditelná, i přesto však přiznává, že to její stav nějak zásadně neohrozilo.

***Jakým způsobem klienti zvládají novou roli klienta/pacienta?*** Jelikož je to role, kterou si většina klientů dobrovolně nevybírání a jsou do ní okolnostmi dosazeni, je to zřejmě hlavní důvod proč se v této roli necítí dobře a cítí se v ní velmi pasivně. Klienti z JIP ji dokonce pokládají za stresor, což je určitě způsobeno specifiky těchto oddělení, kde je klient většinou více zatěžován.

***Jak vnímají klienti možnost a časové rozmezí návštěv na daném oddělení?*** Klienti z JIP jsou značně spokojeni s povoleným časovým rozmezím návštěv, které je většinou neomezené. Zato na standardních odděleních ani v nejmenším nikoliv; zde se „návštěvní hodiny“ omezují na pár hodin, což je v rozporu se základními právy pacienta. Klient má právo denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů (1).

***Jak by bylo možné a vhodné, dle názoru klientů, něco v této oblasti změnit?*** Klienti z JIP nepociťují v této oblasti přímo potřebu nějaké změny, pouze by si přáli, aby se jich zdravotničtí pracovníci někdy také zeptali na podobné otázky, které jsem jim kladla já. Je jim totiž velmi příjemné, když se o ně zajímají zdravotničtí pracovníci sami, jelikož klienti jsou většinou ostýchaví o těchto otázkách mluvit bez prvního pobídnutí. Většina klientů standardních oddělení je spokojena, cítí však potřebu prodloužení doby návštěvních hodin jako nezbytnou. Jejich jednání je ale velmi zvláštní, jelikož ani jeden z nich si přímo nestěžoval na nedostatečné časové vymezení pro návštěvy. Sami to odůvodňují tím, že si to hlavně přejí pro ostatní klienty do budoucna s tím, že to ne každému může vyhovovat.

Dalším cílem této práce bylo zjistit, jestli klienti nacházejí nějaké stresory spojené s přístupem zdravotnického personálu. **Třetí specifická výzkumná otázka (SVO3)**

## **zněla: Jak klienti vnímají a hodnotí přístup sester, lékařů a ostatního zdravotnického personálu?**

*Jak klienti vnímají a hodnotí přístup zdravotnického personálu?* Až na jednu nepříjemnou zkušenost jedné klientky z ortopedického oddělení jsou všichni dotazovaní klienti s přístupem zdravotnických pracovníků nad rámec spokojeni. Jejich chování označují za profesionální, empatické a díky tomu se jejich hospitalizace stává lépe přijatelnou. Tento poznatek je srovnatelný s pasáží z knihy Zacharová, Hermanová, Šrámková „Zdravotnická psychologie“ (26). Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, ale také schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s nemocným.

*Je zdravotnický personál klientům oporou?* Klienti obou oddělení jsou přesvědčeni o tom, že kdyby potřebovali pomoci, poradit, či si jen popovídat, najdou na oddělení vždy někoho, kdo jim vyhoví. Většina tak usuzuje ze svých pozitivních předchozích zkušeností. Takovouto psychickou podporu klienti vnímají jako velmi potřebnou. Zdravotničtí pracovníci se vždy snaží klienta podpořit, nejčastěji používají úsměv, pohazení, vlídné slovo, vyslechnutí, ale i smysl pro humor.

*Jak klienti vnímají a hodnotí jejich vztah se zdravotnickým personálem?* Klienti ať už z JIP či standardních oddělení vnímají tento vztah pozitivně. Vztah mezi zdravotníkem a nemocným je vždy silně závislý na vzájemném dobrém osobním kontaktu. Tento vztah by měl být vždy založen na vzájemné důvěře a respektu, a to jsou právě tyto dva pojmy, které z úst klientů zazněly nejčastěji. Vhodná komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocným může zabránit mnohým konfliktním situacím. Zdravotník by měl s klientem jednat jako s rovnocenným partnerem. Takový přístup můžeme označit za psychologickou pomoc. Její podstata spočívá ve skutečnosti, že zdravotník takto vytváří pro nemocného příznivý psychosociální terén, na němž se pak speciální léčebné zákroky mohou uplatnit optimálním způsobem (26).

*Představí se klientům vždy každý pracovník, než s nimi „jde něco dělat“?* V této otázce se všichni klienti shodli na tom, že představování zdravotnického personálu na oddělení není samozřejmostí, někde ho ani nezastoupí používání jmenovek, jak by tomu



mělo být. Někdy se u pacientů vystřídá během krátké doby i třicet různých lidí. Ti kolikrát jen rychle projdou pokojem, provedou určitý test, vezmou si vzorek krve, uklidí, atp. „Často mají zdravotničtí pracovníci tak málo času, že stačí pacienta či pacientku jen pozdravit, natož se představit.“ (20, s. 51) Což lze i do jisté míry chápat, jelikož nedostatek sester na odděleních je v naší zemi stále aktuálním tématem.

Bylo zvláštní, že v předchozí otázce byli klienti se vším co se týká zdravotnického personálu spokojeni, ale jakmile jsem se jich zeptala na více specifickou otázku, hned se zde objevila negativní odpověď. Klienti přiznávají, že důsledky toho jednání mohou být pro ně velkým stresem a tyto důsledky mohou vést i např. ke ztrátě důvěry. Díky anonymitě zdravotnického personálu se někteří z nich cítí po dobu hospitalizace jako méněcenní a nedůležití.

***Jak by bylo možné a vhodné, dle názoru klientů, něco v této oblasti změnit?*** Klienti by opravdu uvítali, kdyby se všichni zdravotničtí pracovníci snažili vždy představit. Pro klienty by se jednalo o změnu, která je velmi důležitá a celkově by dopomohla k jejich lepší adaptaci.

Nemoc narušuje obvyklý způsob života a v průběhu nemoci dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Nemocný člověk musí s ohledem na svůj zdravotní stav přijmout některá omezení, která silně působí na jeho psychiku (26). **Čtvrtá specifická výzkumná otázka (SVO4) zněla: Jak klienti prožívají samu nemoc a vše co s ní souvisí, vyšetření, ošetření, informovanost atd.?**

***Jak během hospitalizace prožívají klienti svoji nemoc?*** Klienti z JIP prožívají samotnou nemoc jako velmi intenzivní záležitost, leckdy ani předchozí zkušenost s ní jim nepomáhá. Samotná nemoc pro ně představuje velký stresor, na který stále myslí. Nemoc na rozdíl od pocitu zdraví přináší potíže a pro většinu lidí představuje náročnou životní situaci, která je někdy vnímána jako obtížně zvládnutelná, někdy dokonce jako nezvladatelná (26). Takovýmto způsobem by se rovněž dala interpretovat výpověď klientů z JIP. Určitě je to dáno závažností jejich stavu, že svoji nemoc cítí jako jeden ze stresorů, který na ně v nemocnici působí. Naopak klienty ze standardních oddělení nestresuje tolik samotná nemoc, ale spíše věci s ní spojené (jako např. odloučení od rodiny, bolest). Pro tyto klienty sehrává pozitivní roli předchozí zkušenost.

***Byli klienti seznámeni s právy pacientů?*** Znalost a dodržování práv pacientů/klientů u zdravotnického personálu úzce souvisí s péčí, která má být klientům věnována, a s přístupem. Znalost práv u klientů je na druhou stranu jejich jedinou obranou, a proto bylo překvapující, že je nikdo z klientů nevnímána jako důležitý dokument, který by měli znát, až na jednu výjimku, kdy klientka udala, že je zná velmi dobře, jelikož byla dříve zdravotní sestrou. Všichni byli s právy seznámeni, klienti na JIP dokáží i některá základní vyjmenovat. Naopak klienti na standardních oddělení mnohdy ani to ne. Je zde vidět, že zdravotnický personál nepřikládá velkou váhu jejich znalosti pacientem a vždy je pouze informuje o tom, že tu určitá práva jsou. Špatnou interpretací tedy dochází k tomu, že klienti v podstatě ztrácejí i to málo, co je v případě obrany pro ně nejdůležitější.

***Domnívají se klienti, že jsou dostatečně informovaní o svém zdravotním stavu?*** V tomto ohledu existuje zásadní rozdíl u obou skupin. Klienti z JIP jsou spokojeni s mírou informovanosti, která je jim podávána a je pro ně velmi důležitou součástí celkového vnímání jejich stavu. Zato klienti ze standardních oddělení nejsou vůbec spokojeni s podanými informacemi. Vyjadřují nespokojenost, která je však zapříčiněna částečně neznalostí práv pacientů z jejich strany, částečně předchozí špatnou zkušeností a částečně i nedostatečně podanými informacemi od zdravotnického personálu. Ačkoliv zdravotnický personál považuje podané informace za dostatečné, klient to tak nevnímá. I přesto se však nezeptá a poté se tato nevědomost stává stresem, který jej negativně ovlivňuje. Je pravda, že ne všichni nemocní jsou schopni medicínské záležitosti pochopit, přijmout a vyrovnat se s nimi, a to musíme mít stále na paměti. Každý člověk může v tomto okamžiku reagovat zcela odlišně, a proto je sdělení některých informací zásadně věcí lékaře. Ostatní personál, rodina a také nejbližší okolí může sehrát pozitivní úlohu v psychické podpoře nemocného (26). V žádném případě to však zdravotnický personál neomlouvá a měl by se vždy ujistit, je-li vždy pro pacienta míra informovanosti dostačující.

***Mají vždy klienti možnost rozhodnout se o dalších postupech, výkonech?*** Velmi pozitivně všichni klienti hodnotí jejich možnost zapojení se do léčebného procesu a rozhodování o nich samých. V nemocnici někdy mohou nastat situace, kdy za člověka

rozhodují jiní lidé a ztráta kontroly nad sebou samým je velmi stresující. Proto je dobré, že je všem dána možnost volby podílet se na svém uzdravování.

***Mají klienti vždy pocit dostatečného soukromí a intimacy?*** Přestože soukromí velmi souvisí s intimitou, jsou to složky, které jsou oddělitelné, resp. se dají chápat odděleně. Všichni klienti chápou určitou ztrátu soukromí jako součást hospitalizace, a tak to také vnímají. Přitom existuje markantní rozdíl mezi oběma skupinami a překvapující je skutečnost, že právě klienti z JIP cítí dostatečnou míru intimacy zachovanou. Na standardních odděleních je tomu zcela naopak; klienti nemají pocit ani částečného zachování intimacy a velmi je to stresuje a ponižuje. Zde opět hraje hlavní roli neznalost práv pacientů-klientů, ale také skutečnost, že se nikde nepoužívají zástěny (na rozdíl od JIP). Domnívám se, že je zcela nepochopitelné, proč nejsou na standardních odděleních používány zástěny stejně jako na JIP. Nikdy předem nevíme, jak bude člověk reagovat, a proto je nutné postupovat velmi ohleduplně a šetrně s cílem zachovat sebeúctu klienta. Soukromí klienta je součástí lékařského tajemství, které patří k základním etickým požadavkům zdravotnického pracovníka. Ve vyspělých zemích Evropy je toto součástí běžného standardu.

***Vysvětlí vždy zdravotničtí pracovníci klientům, co s nimi jdou dělat?*** Klienti obou oddělení mají vždy dostatek informací před prováděním jakýchkoliv výkonů, jsou zcela spokojeni s mírou informovanosti co se týče této oblasti a nic zde nepostrádají.

***Jak na klienty působí provádění různých výkonů?*** Výkony obecně všichni pociťují jako nepříjemnou záležitost, ale pokud již vědí „do čeho jdou“, tak to nepovažují většinou za významnější stresor, ale vnímají to jako „nutné zlo“. Pokud se však jedná o zákrok, který ještě neznají, pak se z jejich strany o stresor jedná. Vždy se bojíme neznámého a není tomu jinak ani zde. Je však velmi podstatné, že záleží na přístupu personálu, klienti obvykle jsou velmi spokojeni se zručností a profesionalitou, která jim nedává záminku v nedůvěru, a tudíž zmírňuje jejich strach.

***Jak by bylo možné a vhodné, dle názoru klientů, něco v této oblasti změnit?*** Klienti JIP cítí potřebu změny hlavně u sebe. Těmito změnami by měla být větší iniciativa v získávání potřebných informací a dostatečná znalost svých práv, kterou odhalili během odpovědi na poslední okruh otázek. Klienti ze standardních oddělení pociťují ještě kromě toho velmi nutnou potřebu zajištění požadované intimacy. „Je to opravdu tak

těžké pořídit pár závěsů mezi postele a trošku více se vcítit do role klienta?“ ptají se všichni oslovení klienti.

Z výsledků je zřejmé, že při hospitalizaci na klienty působí nesčetné množství stresorů, které negativně ovlivňují jejich prožívání a adaptaci na nemocniční prostředí. V některých oblastech se klienti na typech stresorů z obou typů oddělení shodují, v některých se jejich názory však zcela rozcházejí. Jako příklad shodných stresorů lze uvést bolest, nedostatek spánku, brzké ranní vstávání, nadměrný hluk, nedostatečná informovanost, závislost na druhých, nemožnost zastávání důležitých rolí, strach ze smrti. Je však velmi zajímavé, že klienti sami přiznávají, že některé ze stresorů jsou zapříčiněny i jejich vlastním jednáním a cítí potřebu změny v jednání u nich samotných.

Velmi pozitivním zjištěním je fakt, že jednou z velmi důležitých opor pro klienty při zvládnání této situace je právě zdravotnický personál, a to jak jeho verbální tak i neverbální projev, což se zcela jednoznačně potvrdilo i v mé předchozí práci, která byla tematikou obdobná této bakalářské práci.

Domnívám se, že touto prací by se mohli sami zdravotničtí pracovníci obohatit o nové poznatky, kterými by při aplikaci do praxe mohli v budoucnu zlepšit celkovou péči o své klienty a celkově přispět k mnohem lepší adaptaci klientů při hospitalizaci.

## 6. ZÁVĚR

Tato práce se zabývala problematikou stresorů, které mohou při hospitalizaci působit na klienty a to jak na odděleních intenzivní péče, tak i na standardních odděleních.

Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou individuální stresory, které na klienty působí a také jak by bylo možné to co bude zjištěno změnit.

V teoretické části jsou popsány související pojmy, jako je: stres, hospitalizace, nemoc, nemocný a také výsledky této práce jsou s mnoha informacemi z teoretické části srovnatelné.

Pro uskutečnění výzkumu v rámci své bakalářské práce bylo využito kvalitativního výzkumného šetření. K získání dat od vybraných respondentů byla použita metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Cílovou skupinou pro tento výzkum byli klienti hospitalizovaní na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních Nemocnice České Budějovice a.s.

Tato práce může být použita jako studijní materiál pro obory Ošetrovatelství. Může být použita i jako pomocný materiál pro zdravotnický personál v nemocnicích, ale i v jiných institucích, které se zabývají péčí o klienty. Mohou zde naléznout cenné informace, jak se vyvarovat mnoha chyb a hlavně se dozvědět jak klient vše vnímá z jeho pohledu, jelikož je někdy velmi těžké změnit pohled vlastní a zkusit se na určité věci podívat očima jiných. Těmito novými poznatky zavedenými do praxe, by mohli v budoucnu zlepšit celkovou péči o své klienty a dle mého názoru celkově přispět k mnohem lepší adaptaci klientů na hospitalizaci.

Práce také může ale sloužit jako předloha k napsání odborné publikace zabývající se tímto tématem, ale i jako informující materiál pro klienty ve zkrácené podobě..

Výsledky této práce budou poskytnuty jako zpětná vazba oddělením, kde výzkum probíhal, může tak pomoci zkvalitnit péči o hospitalizované klienty .

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. <http://www.zdravivysociny.cz/cz/Content/HtmlPage.aspx?folderid=35>
2. ATKINSON, R., L. Psychologie. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
3. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, Etický kodex sester, Charta práv pacientů. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 47 s. ISBN 80-7013-270-1
4. HRONEK, J. Přehled psychologie pro bakalářské studium na lékařské fakult. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 111 s. ISBN
5. KALA, M., KUBÍNEK, R. Nemocnice aneb Rukověť zvládavého pacienta. 1. vyd. Olomouc: Rubico, 2000. 195 s. ISBN 80-85839-47-4.
6. KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres. 1. vyd. Praha: Grada-Avicenum, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
7. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 297 s. ISBN 80-7178-774-4.
8. MASTILIAKOVÁ, D. Holistické přístupy v péči o zdraví. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3. (brožura)
9. MELGOSA, J. Zvládni svůj stres. 2. vyd. Praha: Advent-Orion, 2001. 190. ISBN 80-7172-624-9.
10. MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
11. NAKONEČNÝ, M. Encyklopedie obecné psychologie. 2. vyd. Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
12. NOVÁK, T. Jak bojovat se stresem. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 104 s. ISBN 80-247-0695-4
13. PRÁŠKO, J. Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185-5.
14. PRÁŠKO, J., PRÁŠKOVÁ, H. Proti stresu krok za krokem. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 187 s. ISBN 80-247-0068-9.
15. RHEINWALDOVÁ, E. Život bez stresu. 1. vyd. Praha: Comet, 1992. 125 s. ISBN

16. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 1 vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
17. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
18. VEREŠOVÁ, M. a kol. Psychológia - učebnica pre fakulty ošetrovateľstva. 1 vyd. Martin: Osveta, 2007. 191 s. ISBN 80-8063-239-1
19. VOKURKA, M., HUGO, J. Praktický slovník medicíny. 8. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 518 s. ISBN 978-80-7345-123-3.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
21. HYPERLINK "<http://psychologie.doktorka.cz/stres---special/>"<http://psychologie.doktorka.cz/stres---special/>
22. ČERNÁ, L. Stresory působící na nemocné hospitalizované na jednotkách intenzivní péče. 2003. 37, [24] s. Absolventská práce Střední a vyšší škola zdravotnická v Hradci Králové, 2003. Vedoucí diplomové práce: Mgr. Lada Leláková
23. DI CARA, V. Kvalitativní výzkum v Ošetrovateľství.. Sestra, Praha: Mladá fronta, a.s. 2005, roč. XV, č. 3, s. 13-14. ISSN 1210-0404
24. STRAUSS, A.L., CORBIN, J. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Translated by Stanislav Ježek. 1 vyd. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. ISBN 808583460X (Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory. 2 ed. London: Sage, 1998)
25. PRÁŠKO, J., PRÁŠKOVÁ, H. Asertivitou proti stresu. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 1996. 184 s. ISBN 80-7169-334-0
26. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. Zdravotnická psychologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5
27. <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/495337-stres>
28. <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/67676-maladaptace>

## 8. KLÍČOVÁ SLOVA

Adaptace

Hospitalizace

Klienti

Nemoc

Nemocniční prostředí

Ošetrovatelská péče

Stres

Stresor



## 9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Souhlas s provedením výzkumu
Příloha 2	Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor
Příloha 3	Maslowova hierarchie lidských potřeb (9)
Příloha 4	Charty práv pacientů (26)
Příloha 5	Práva pacientů (1)
Příloha 6	Etický kodex sester, kodex profesionálního chování (3)
Příloha 7	Stresové faktory v průběhu života (9)
Příloha 8	Reakce na stres – fyziologie stresu (9)
Příloha 9	Příčiny stresu – lidská osobnost a stres (9)
Příloha 10	Člověk a zátěž (9)

**Příloha 1      Souhlas s provedením výzkumu**

Vážená paní  
Mgr. Jiřina Otásková, MBA  
Náměstek pro ošetrovatelskou péči – Hlavní sestra  
Nemocnice České Budějovice, a.s.  
B. Němcové 858/54  
370 87 České Budějovice

v Českých Budějovicích, 28. března 2008

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na standardních odděleních a odděleních jednotek intenzivní péče Nemocnice České Budějovice, a.s.**

Vážená paní náměstkyně,

obracíme se na Vás se žádostí o povolení spolupráce se standardními odděleními a odděleními intenzivní péče Nemocnice České Budějovice, a.s. za účelem získání potřebných dat pro výzkumné šetření bakalářské práce Lenky Černé, studentky prezenčního studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně-sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.


Šetření proběhne metodou polostrukturovaného rozhovoru – forma dotazování (viz příloha). Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita respondentů.

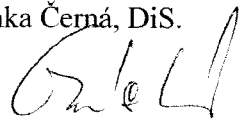
Jmenovaná studentka se bude pod vedením vedoucí bakalářské práce Mgr. Kateřiny Šulěřové věnovat tvorbě bakalářské práce pod názvem „Stresory působící na klienty hospitalizované na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních“, a to v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Chtěly bychom Vás požádat o povolení výše uvedené spolupráce.

Předem děkujeme za kladné vyřízení naší žádosti.

S pozdravem

  
.....  
Lenka Černá, DiS.

  
.....  
Mgr. Jiřina Otásková, MBA

  
.....  
Mgr. Kateřina Šulěřová

**Příloha 2      Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor**

## **Záznamový arch pro polostrukturizovaný rozhovor**

Dobrý den,

Jmenuji se Lenka Černá a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor: všeobecná sestra.

S vaším laskavým souhlasem s Vámi povedu rozhovor na téma, co vás nejvíce stresuje při hospitalizaci zde na standardním oddělení/oddělení intenzivní péče, díky vaší pomoci společně zjistíme, co Vás nejvíce sužuje a stresuje a jak bychom to mohli společně zlepšit.

Prosím Vás, aby, jste mi pečlivě a pravdivě odpověděli na moje otázky a také vyjádřili své názory a zkušenosti.

Ujišťuji Vás, že všechny Vámi uvedené informace jsou anonymní a budou použity pouze pro vypracování mé bakalářské práce.

Za vaši ochotu, trpělivost a poskytnuté informace předem děkuji.

### **Anamnestické údaje:**

- Pohlaví (muž/žena)
- Věk
- Nejvyšší dosažené vzdělání:
  - základní
  - středoškolské, ukončené výučním listem
  - středoškolské, ukončené maturitní zkouškou
  - vyšší odborné
  - vysokoškolské, ukončené státní závěrečnou zkouškou
  - jiné.....
- Rodinný stav:
  1.
    - svobodný/á
    - ženatý/vdaná

- rozvedený/á
  - vdovec/vdova
- 2.
- děti/bezdětní
  - sourozenci/jedináček
- Jste věřící? Pokud ano, jakou víru vyznáváte? Pomáhá Vám víra ve stresových situacích?

### **Stres z pohledu klienta/pacienta**

- Mohl/a byste mi prosím svými slovy popsat slovo/pocit stres (stresová situace), tak jak to vnímáte vy sám/sama?
- Jak ke stresu přistupujete, co děláte, když nastane stresová situace? Jak situaci zvládáte? Co Vám při zvládání té situace pomáhá a co naopak stav zhoršuje?

### **Současná situace – stresory z pohledu klienta/pacienta**

- Jak dlouho pobýváte na JIP/standardním oddělení?
- Je to Vaše první hospitalizace na tomto či jiném typu oddělení?
- Co očekáváte od hospitalizace?
- Je něco co Vás během současné hospitalizace stresuje (*Co Vám vadí, ruší Vás, zatěžuje, je Vám nepříjemné, trápí Vás*)? Pokud ano, co z uvedeného Vás stresuje nejvíce?
- Jak se s stresem, který během hospitalizace prožíváte, vyrovnáváte? Co Vám pomáhá? Co naopak Vámi prožívaný stres zhoršuje?

### **Hlavní stěžejní otázky rozhovoru**

#### 1. oblast – Prostředí a chod oddělení

#### Jak klienti/y vnímají /jak je ovlivňuje prostředí a chod daného oddělení?

- Je něco, co Vás v prostředí tohoto oddělení stresuje? Pokud ano, uveďte prosím vše, co Vás zde stresuje? (Vrzající postele, příliš ostré barvy, nedostatek tepla, špatné osvětlení, špatná klimatizace, nevyhovující sanitární zařízení, toalety a

sprchy společné pro celé oddělení, alarmující přístroje, hluk, nařikání jiných pacientů...)

- Jak na Vás působí zařízení a barevné ladění tohoto oddělení? (*Myslíte si, že je vyhovující? Cítíte se zde dobře?*)
- Jak na Vás působí bílá barva zdravotnických uniforem, povlečení? Jaké ve Vás vyvolávají pocity?
- Jak jste si zvykl/a v nemocničním prostředí? Co Vám pomohlo, co naopak Vaše zvykání si ruší, brání mu?
- Je něco, co Vás stresuje na chodu tohoto oddělení? Pokud ano, uveďte prosím co to je (*Brzké ranní vstávání...*). Má to na vás nějaký vliv co se týče celkové pohody? Uvítal/a byste dle možností vstávat, tak jak chcete vy?
- Máte nějaký nápad, jak něco z toho změnit, aby se Vám lépe adaptovala na nemocniční prostředí a cítila se zde co možná nejlépe?

2. oblast – Změny sociálního statutu, životního tempa a dočasné omezení sociální interakce

Jak se klienti staví ke změně sociálního statusu, změně životního tempa a dočasnému omezení sociální interakce ?

- Jaké to pro Vás nyní pobývat mezi úplně cizími lidmi (spolupacienti, personál)? Jak toto vnímáte?
- Můžete prosím popsat, jaké máte pocity, jak to na Vás působí, že jste nyní odloučen/a od rodiny, přátel, práce, koníčků, zkrátka vytržena/a z normálního chodu Vašeho života?
- Jaké to pro Vás je, že během hospitalizace nemůžete plnohodnotně zastávat některé role – dcera/syn, manžel/ka, partner/ka, kamarád/ka, matka/otec, sestra/brat, babička/dědeček, zaměstnanec/zaměstnankyně. Jak vnímáte nemožnost tyto role plně zastávat?
- Myslíte si, že to doma bez Vás zvládají? Jaká je vaše hlavní role v rodině? Jak zvládáte fakt, že v současné době nemůžete tuto roli plně zastávat? (*Jste to Vy, který je tím „tahounem“ rodiny? Mluvil zde s Vámi o tom někdo? Je něco na co*

- musíte neustále myslet a sužuje Vás to, co se tohoto týče? Máte někoho, na koho se můžete spolehnout? Co se různého zařizování týče?)*
- Jakým způsobem zvládáte novou roli klienta/pacienta? *(Kdy za Vás často rozhodují druzí? Myslíte si, že to zvládáte, cítíte se v této roli dobře? Bere tuto roli spíše jako aktivní postoj nebo pasivní postoj?)*
  - Jak vnímáte možnost a časové rozmezí návštěv na oddělení? *(Je pro Vás na tomto oddělení možnost návštěvních hodin dostatečná? Je to pro Vás možnost návštěv velmi důležité ve vztahu k celkovému prožívání hospitalizace, zvládnání této situace?)*
  - Máte nějaký nápad, jak něco v této oblasti zlepšit? A to jak u Vás, tak u ostatních pracovníků v nemocnici?

### 3. oblast – Přístup sester, lékařů a ostatního zdravotnického personálu

#### Jak klienti vnímají chování, přístup sester, lékařů a ostatního zdravotnického personálu.

- Jak vnímáte přístup zdravotnického personálu k Vám jako pacientovi?
  - *(Máte pocit, že pro vás všichni dělají maximum a že jsou zde oni pro Vás a ne Vy pro ně? Jak se to odráží na Vašem prožívání celé situace?)*
  - *Máte pocit, že se zdravotničtí pracovníci dokáží vcítit od vaší situace?)*
- Je na tomto oddělení vždy někdo, na koho se můžete obrátit s vašimi dotazy, obavami? *(Můžete se na zdravotníky obrátit s každým problémem a oni Vás vyslechnou a budou se snažit pomoci? Cítíte, že jsou k vám upřímní, otevření?)* Jak to na Vás působí?
- Cítíte, že se Vám snaží zdravotničtí pracovníci pomoci vypořádat s touto situací? Pokud ano, tak jakým způsobem *(rozhovor, pohlazení, úsměv, milý přístup)* se o to snaží a jak to ovlivňuje vaše prožívání?
- Jak byste popsal/a Váš vztah se zdravotnickým personálem? *(Je to vztah rovnocenný, nebo z nich spíše cítíte respekt, povýšenost, převahu?)* Vyhovuje Vám to, tak jak to je?
- Představí se Vám vždy sestra, lékař a jiní zdravotničtí pracovníci před tím, než s Vámi jdou něco dělat *(podávat, informace, převážet, provádět nějaký výkon)?*



- Pokud ano, jak to na Vás působí? Pokud ne, cítíte to jako stresující faktor nebo je Vám to jedno?
- Máte pocit, že by zde chtělo něco změnit a tím se zlepšilo vaše celkové prožívání a adaptace na tuto situaci?

#### 4. oblast – Prožitek nemoci

Jak klienti prožívají samu nemoc, vše co s ní je spojené – vyšetření, ošetření, informovanost atd.

- Jak během hospitalizace prožíváte Vaši nemoc? (*Jak se cítíte, na co myslíte?*)
- Byl/a jste seznámena s právy pacientů? Myslíte si, že je znáte? Mohl/a byste vyjmenovat alespoň ty pro Vás nejdůležitější? Jsou tato práva dle Vašeho názoru na tomto oddělení dodržována? Pokud ne, můžete mi prosím říci v čem? A jak to na Vás působí?
- Domníváte se, že jste od zdravotníků dostatečně informovaná o svém zdravotním stavu? Jaký to má na Vás vliv?
- Máte vždy možnost rozhodnout se o dalších postupech, výkonech, které souvisejí s vaším stavem a jsou lékařem či jiným zdravotnickým pracovníkem indikovány? Jste to Vy, kdo má poslední slovo, co se rozhodování o vašem zdravotním stavu týče? Jak se při tom cítíte? Je to jeden z důvodů, který vám působí nějaké negativní (nemůže se rozhodovat, nebo neví jak se rozhodnout) či naopak pozitivní (může se rozhodovat) emoce?
- Máte vždy pocit dostatečného soukromí a intimity?
- Vysvětlí Vám vždy zdrav. pracovníci, co s Vámi právě budou dělat – různé výkony, druhy vyšetření? Jak to na Vás působí, jak se cítíte?
- Jak na Vás působí provádění různých výkonů (aplikace injekcí, odběry krve, zavádění různých hadiček)? (*Berete to jako něco normálního, co je nutné, nebo to na Vás působí zátěžově?*)
- Co byste navrhli pro zlepšení, máte nějaký nápad, jak by se dalo něco zlepšit?

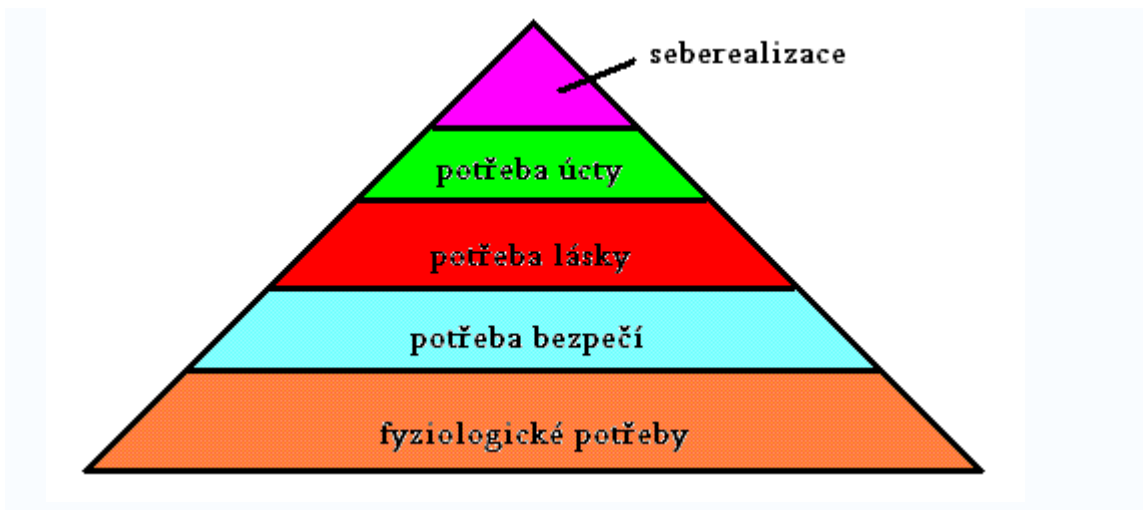
Pokud je ještě něco co tu nezaznělo a chtěli by jste to zdůraznit, cítíte, že je to důležité a opravdu to zásadně ovlivňuje vaši pohodu, prožívání, prosím neváhejte mi to sdělit, jen tak proto můžeme společně něco udělat.

Děkuji Lenka Černá

**Příloha 3 Maslowova hierarchie lidských potřeb**

## Maslowova pyramida lidských potřeb

K nejvýznamnějším příspěvkům Abrahama Maslowa v psychologii patří hierarchie lidských potřeb, kterou obvykle zobrazoval jako pyramidu:



1. fyziologické potřeby
2. potřeba bezpečí, jistoty
3. potřeba lásky, sounáležitosti
4. potřeba uznání, úcty
5. potřeba seberealizace
6. potřeby estetické

První čtyři kategorie Maslow označuje jako *potřeby nedostatkové* (potřeby deficience), pátou kategorii pak jako *potřeby růstové*. Obecně platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však nelze říci zcela bezvýhradně a je doloženo, že uspokojování vyšších potřeb (estetických, duchovních) může napomoci v mezních situacích lidského života, ve kterých je možnost uspokojování nižších potřeb omezena (např. v prostředí koncentračních táborů, o čemž referovali mj. Viktor Frankl nebo Konrad Lorenz). Za nejvyšší považuje Maslow potřebu seberealizace, již označuje lidskou snahu naplnit své schopnosti a záměry.

**Příloha 4    Charty práv pacientů**

## **Charly práv pacientů**

První charta práv nemocných byla vyhlášena v USA již v roce 1972. Po jejím vyhlášení bylo nezbytné, aby zdravotníci přesně a konkrétně vymezili, na jakou péči má nemocný právo, jaká péče mu musí být poskytnuta. Jako reakce na vyhlášení práv nemocných proto začaly vznikat první standardy zdravotní (ošetřovatelské) péče, které postupně vymezovaly kvalitu standardní léčebné a ošetřovatelské péče.

Česká verze etického kodexu práva nemocných byla koncipována na základě vzorových práv pacientů, které zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. Definitivní verze Práv pacientů, která respektuje česká specifika, vznikla na základě výsledků široké diskuse odborné veřejnosti. Byla formulována a vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. února 1992.

**Příloha 5 Práva pacientů**

## **Práva pacientů**

Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

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.

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.

Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

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 věcí 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.

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.

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.

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.

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.

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

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

**Příloha 6      Etický kodex sester, kodex profesionálního chování**

## **Etický kodex sester, kodex profesionálního chování**

Etický kodex vyjadřuje základní standard pro jednání sestry s nemocným, jeho rodinou, komunitou i veřejností. Určuje obecná pravidla, která vyjadřují, jaké hodnoty a morální přesvědčení by měla sestra ve své profesi uznávat. Mezinárodní rada sester (ICN) vypracovala hlavní etické (morální) zásady ošetrovatelského povolání, které byly sesterskou veřejností přijaty v roce 1953. České sestry se k nim hlásí prostřednictvím profesních organizací (ČSS, ČAS), pro které byl etický kodex ICN východiskem pro zpracování kodexů vlastních.

V roce 1991 však existovala jak Česká asociace sester (ČAS), tak Česká společnost sester a vznikly dva návrhy etických kodexů. První vypracovala Růžena Wágnerová, tehdejší předsedkyně ČAS, jehož verzi uvádím a druhá verze byla vypracována pod patronací projektu Hope a zveřejněna v časopisu Sestra. Současná Česká asociace sester přijala níže uvedený kodex s tím, že bude pravidelně revidován. Oba České kodexy jsou velmi blízké kodexu ICN.

### **Etický kodex zdravotních sester**

#### ***Sestra a pacient***

Sestra má základní povinnost poskytovat pomoc člověku, který potřebuje její péči.

Sestra při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení.

Sestra není v ošetrovatelské praxi negativně ovlivněna věkem, pohlavím a osobností pacienta a stále si zachovává úctu k jeho individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu.

Sestra jedná tak, aby chránila pacienta a veřejnost v případech, že zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněnými, protietickými nebo protiprávními zákroky jakékoliv osoby.

Sestra hájí pacientovo soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy.

### ***Sestra a praxe***

Sestra přijímá odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetřování a za následné chování.

Sestra uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností při vyhledávání konzultace, při přijímání a předávání sesterské činnosti jiným.

Sestra usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezích možností dané situace.

### ***Sestra a spolupracovníci***

Sestra spolupracuje a kooperuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přínos a vyvíjí úsilí o patřičnou úroveň morálních vztahů zdravotnického týmu.

Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péči, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice i jejímu svědomí.

### ***Sestra a profese***

Sestra na sebe klade při výkonu povolání vždy nejvyšší požadavky.

Sestra má pro výkon své profese morální předpoklady a příslušné odborné znalosti a využívá každé vhodné příležitosti k udržení a ke zvýšení profesionálních znalostí a způsobilosti.

Sestra svým příkladným chováním hraje velkou roli při zavádění žádoucích mravních zásad a kritérií do ošetrovatelské praxe.

Sestra se podílí prostřednictvím profesní organizace na vytvoření, uskutečňování a zlepšování vhodných sociálních, ekonomických a pracovních podmínek v ošetrovatelství.

Sestra se aktivně podílí na úsilí zdravotníků chránit a uskutečňovat vysokou kvalitu sesterské péče.

### ***Sestra a společnost***

Sestra se se spoluobčany a ostatními zdravotníky zodpovědně podílí na iniciativním uspokojování bio-psycho-sociálně-ekologických potřeb společnosti.

Sestra se podílí na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.

Sestra svým životním stylem ovlivňuje tradice a zvyky společnosti, v níž žije a pracuje, a nejedná proti nim.

Česká asociace sester je partnerem Lékařské komory. Z tohoto vztahu vyplývají především následující kritéria spolupráce v těchto oblastech:

- profesionální přístup ve vztahu k pacientovi;
- vztah lékaře a sestry jako rovnocenných partnerů z hlediska profesního;
- úsilí o odborný růst zdravotnických pracovníků.

### **Kodex profesionálního chování**

Kodex profesionálního chování vydaný Českou asociací sester je závazný pro všechny zdravotnické pracovníky, členy i nečleny ČAS registrované touto organizací.

Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků

Každý zdravotnický pracovník registrovaný v České asociaci sester vždy jedná tak, aby:

- hájil a podporoval zájmy jednotlivých pacientů a klientů;
- sloužil zájmům společnosti;
- jeho chování vzbuzovalo důvěru veřejnosti;
- prezentoval a dále zlepšoval postavení a dobrou pověst své profese.

Jako registrovaný pracovník jste osobně odpovědný za svou práci a v duchu své profesní odpovědnosti musíte:

1. jednat vždy takovým způsobem, abyste podporoval a hájil zájmy pacientů a klientů a uspokojoval jejich potřeby;

2. dbát na to, aby vaše jednání nebo opomenutí ve sféře vaší odpovědnosti nepoškodilo zájmy pacientů a klientů, nezhoršilo jejich stav nebo neohrozilo jejich bezpečnost;
3. chovat se k pacientům, klientům a jejich rodinám otevřeně a spolupracovat s nimi, podporovat jejich autonomii a respektovat jejich zapojení do plánování a poskytování péče;
4. respektovat jedinečnost a důstojnost každého pacienta a klienta, povahu jeho zdravotních problémů a reagovat na jeho potřeby péče bez ohledu na jeho etnický původ, náboženské přesvědčení, osobní vlastnosti nebo další podobný faktor;
5. spolupracovat se zdravotnickými pracovníky i ostatními osobami, kteří se podílejí na poskytování péče, a respektovat jejich konkrétní přínos v týmové práci;
6. umět rozpoznat hranice svých znalostí a kompetencí a odmítnout všechny úkoly, které nejste schopni vykonat bezpečně a kvalifikovaně;
7. udržovat a zvyšovat své odborné znalosti a kompetence;
8. odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu neprodleně oznámit veškeré problémy týkající se vašeho svědomí, které by mohly ovlivňovat výkon vaší profese;
9. vyhnout se zneužívání vašeho výsadního postavení ve vztahu k pacientům a klientům, k jejich majetku, bydlišti nebo pracovišti;
10. chránit všechny důvěrné informace týkající se pacientů a klientů, které získáte v průběhu výkonu svého povolání, a sdělovat je pouze:
  - na základě souhlasu pacienta, klienta,
  - na základě zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v tzv. důležitém státním zájmu,
  - oznamovací povinnost ukládá povinnost zdravotníka oznámit trestný čin, týrání svěřené osoby nebo vraždu;
11. oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, vyplývající z fyzického, psychického a sociálního prostředí, v němž péče probíhá, které by mohly ohrozit úroveň péče o pacienty a klienty;

12. oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, za nichž není možno poskytovat pacientům a klientům bezpečnou a odpovídající péči;
13. oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu, domníváte-li se, že je v ohrožení zdraví a bezpečnost vašich kolegů, které mohou ohrozit úroveň jejich práce a péče;
14. v rámci vlastních znalostí, zkušeností a povinností pomáhat kolegům v profesi při rozvoji jejich odborných kompetencí a dalším spolupracovníkům z týmu poskytujícího péči i dobrovolníkům umožnit pracovat bezpečně tak, aby jejich činnost byla v souladu s jejich rolí
15. odmítat veškeré dary, privilegia a pohostinnost ze strany pacientů a klientů, o něž v současné době pečujete, které je možno považovat za pokus ovlivnit vás a získat vaši přednostní pozornost;

Česká asociace sester je odbornou profesní organizací, která vyžaduje od registrovaných členů i nečlenů, aby pracovali a chovali se podle norem uvedených v tomto kodexu.

Kodex profesionálního chování vydaný Českou asociací sester je závazný pro všechny zdravotnické pracovníky, členy i nečleny ČAS registrované touto organizací.

Kodex byl projednán a přijat prezidiem a předsedy jednotlivých sekcí a regionů České asociace sester dne 11. 10. 2002 a je platný od 1. 11. 2002

Kodex profesionálního chování bude revidován a proto uvítáme veškerá doporučení na změnu a zlepšení.

Prezidium České asociace sester

**Příloha 7    Stresové faktory v průběhu života**



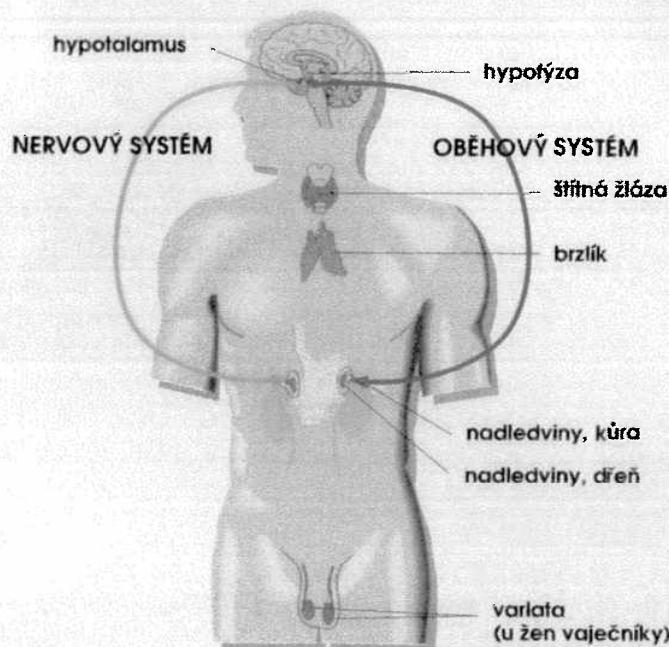
# Stresové faktory v průběhu života

Stresové faktory v průběhu života	Stresové faktory v průběhu života	Stresové faktory v průběhu života	Stresové faktory v průběhu života	Stresové faktory v průběhu života	Stresové faktory v průběhu života	Stresové faktory v průběhu života	Stresové faktory v průběhu života	Stresové faktory v průběhu života	Stresové faktory v průběhu života					
<b>NAROZENÍ A DOBA PO NAROZENÍ</b>		<b>ŘANÉ DĚTSTVÍ (do 2 let)</b>		<b>PŘEDŠKOLNÍ VĚK (2-6 let)</b>		<b>MLADŠÍ ŠKOLNÍ VĚK (6-12 let)</b>		<b>PUBERTA, DOSPÍVÁNÍ (12-18 let)</b>		<b>MLÁDÍ, DOSPĚLOST (18-40 let)</b>		<b>STŘEDNÍ VĚK (40-65 let)</b>		<b>DŮCHODOVÝ VĚK, STÁŘÍ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Přejod z prostředí uvnitř těla matky do vnějšího světa</li> <li>● Bezbrannost, zranitelnost</li> <li>● Omezené smyslové vnímání</li> <li>● Plná závislost na dospělých</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Závislost (na dospělých)</li> <li>● Neustálé učení se: základy řeči, vztahy k rodičům a ostatním členům rodiny</li> <li>● Nárůst emocí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Zdokonalování se v řeči</li> <li>● Vytváření trvalých vztahů se sourozenci a s dalšími dětmi</li> <li>● Samostatnost: koupání, ovládání močového měchýře a střev</li> <li>● Učení se efektivním normám chování</li> <li>● Křehká psychika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Problémy s učením</li> <li>● Nárůst vědomí vlastní hodnoty</li> <li>● Tlak ze strany vrstevníků a party kamarádů</li> <li>● Emocionální nerovnováha: úzkost, fobie, deprese</li> <li>● Nebezpečí sexuálního zneužití</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Studijní problémy, volba povolání</li> <li>● Hluboké změny osobnosti, změna zevnějšku</li> <li>● Nezávislost a rozvoj osobní identity</li> <li>● Větší odpovědnost</li> <li>● Konflikty s rodiči a učiteli</li> <li>● Tlak ze strany party a vrstevníků</li> <li>● Možný kontakt s drogami</li> <li>● Silné sexuální touhy</li> <li>● Sklon k depresi a sebevraždě</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Začátek pracovní kariéry</li> <li>● Dokončení středního a vysokého vzdělání</li> <li>● Intimní vztahy s příslušníky opačného pohlaví: zasnoubení, sňatek, rozvod</li> <li>● Plánování rodiny</li> <li>● Narození dětí</li> <li>● Problémy s dětmi: kolenecký věk a dětsví</li> <li>● Profesionální růst</li> <li>● Narozněnítinnost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dovišení pracovní kariéry</li> <li>● Problémy s dospívajícími dětmi</li> <li>● Zdravotní problémy</li> <li>● Nezaměstnanost</li> <li>● Stárnoucí rodiče</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Zdravotní problémy</li> <li>● Všeobecný úbytek schopností</li> <li>● Nedařitátek aktivity</li> <li>● Smrt životního partnera</li> <li>● Osamělost</li> <li>● Finanční problémy: nižší příjem</li> <li>● Nadcházející konec života</li> </ul>							

**Příloha 8      Reakce na stres – fyziologie stresu**

## Ve stavu všeobecné pohotovosti FYZIOLOGIE STRESU

Všechny varovné signály vysílané do mozku zpracovává **hypotalamus**, malý orgán, který se nachází ve středu mozku. Hypotalamus přenáší tyto signály do celého těla prostřednictvím **nervového a krevního oběhového systému**.



### Nervový systém

Signály z **hypotalamu** se šíří **sympatickým nervovým systémem**, který se podílí na řízení činnosti vnitřních orgánů a cév. Tyto stimuly způsobují změny ve funkci orgánů. Nervové signály zasahují také **dřeň nadledvin**, a stimulují ji ke zvýšené sekreci **adrenalinu** a **noradrenalinu**. Tyto hormony se potom dostávají do krve a způsobují změny v celém těle.

### Oběhový systém

**Hypotalamus** stimuluje činnost **hypofýzy**, která produkuje různé hormony. Když se tyto hormony dostanou do krevního oběhu, pak ovlivňují celé tělo. Nejdůležitější hormon, který, za podpory **hypotalamu**, vytváří **hypofýza**, je adrenokortikotropní hormon (ACTH neboli **stresový hormon**). Pod vlivem ACTH vnější vrstva **nadledvin (kůra nadledvin)** uvolňuje skupinu hormonů (nejdůležitější z nich je **kortizol**), které způsobují řadu změn v tělesných funkcích. Další hormony produkované **hypofýzou** ovlivňují **štítnou žlázu, varlata a vaječníky** a mají obrovský účinek na řadu dalších orgánů.

**Příloha 9 Příčiny stresu – lidská osobnost a stres**

## Lidská osobnost a stres

Typ A	Typ B
<b>Celkové chování</b>	
Neustále v pohybu	Mírný pohyb
Netrpělivost	Klid
Napjatý výraz ve tváři	Uvolněný výraz ve tváři
Hlučný smích	Jemný smích
Nespokojenost s postavením v práci, snaha postoupit výš	Spokojenost se svým postavením
Soutěživý – v práci, při hře, při sportu	Vyhýbá se situacím, při kterých se soutěží
Často si stěžuje	Zřídka si stěžuje
<b>Řeč</b>	
Rychlá a hlasitá	Pomalá a tichá
S kolísáním a důrazy	Jednotvárná
Energický projev, výrazná gestikulace	Klidný projev, gestikulace nevýrazná
Okamžitě odpovídá	Odpovídá až po chvíli
Odpovídá přímo a stručně	Odpovídá obsáhle
Řeč a vyjadřování druhých se snaží urychlit	Pozorně naslouchá
Řeč druhého často přerušuje	S odpovědí čeká, než druhý domluví
<p>U lidí, kteří jsou svým založením blíží typu A, je větší pravděpodobnost výskytu stresu a koronárních nemocí. Naproti tomu osobnosti typu B jsou méně náchylné k srdečnímu infarktu, ale může jim zase scházet energie potřebná k plnění každodenních úkolů. Dokážeš členy své rodiny nebo své přátele zařadit do jedné z těchto dvou kategorií?</p>	

**Příloha 10 Člověk a zátěž**

## JEDINCI RŮZNĚ SILNÍ, SE STEJNOU ZÁTĚŽÍ



SILNÝ



PRŮMĚRNÝ



SLABÝ

*Pokud chceme předcházet stresu nebo jej zvládat, je nutné posilovat organismus po stránce fyzické i duševní tak, aby obstál v nečekaných životních okolnostech.*

## TENTÝŽ ČLOVĚK, S RŮZNOU ZÁTĚŽÍ



TĚŽKÁ



PRŮMĚRNÁ



LEHKÁ

*Jiným způsobem, jak můžeme ovládnout stres, je zredukovat množství našich osobních problémů tak, aby nepřesáhly naši odolnost.*

## PŘEKONÁVÁNÍ VNĚJŠÍCH PŘEKÁŽEK

*Pokud naše problémy a vnitřní rozpory představují pro nás nadměrnou zátěž, pak i sebemenší překážka nám může způsobit úzkost a depresi, které jen těžko odoláváme.*



*Pokud nám naše citová labilita nedovoluje překonat ani ten nejmenší vnitřní konflikt, pak se může stát, že v docela běžných životních situacích selžeme a dostaneme se nejspíš do stavu hlubokého zoufalství a beznaděje.*