



# Všeobecná sestra v roli pacienta

## Bakalářská práce

*Studijní program:*

B5341 Ošetrovatelství

*Studijní obor:*

Všeobecná sestra

*Autor práce:*

**Helena Kališková**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Alena Novotná, DiS.  
Fakulta zdravotnických studií



Zadání bakalářské práce

## Všeobecná sestra v roli pacienta

*Jméno a příjmení:* **Helena Kališková**  
*Osobní číslo:* D17000028  
*Studijní program:* B5341 Ošetřovatelství  
*Studijní obor:* Všeobecná sestra  
*Zadávací katedra:* Fakulta zdravotnických studií  
*Akademický rok:* **2019/2020**



Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy:  
Forma zpracování práce:  
Jazyk práce:

tištěná/elektronická  
Čeština



### Seznam odborné literatury:

- GURKOVÁ, Elena. 2017 *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0461-1.
- MACH, Jan a Marie HORÁKOVÁ. 2018 *Zdravotníci, právo a praxe*. Praha: Galén. ISBN 9788074923715.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2015 *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka. ISBN 9788074545139
- POVOLNÁ, Michaela. 2017 *Právní rádce pro pracovníky ve zdravotnictví a klienty zdravotních pojišťoven*. Praha: Alfom. ISBN 978-80-87785-04-1.
- PRUDIL, Lukáš. 2017 *Právo pro zdravotnické pracovníky*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7552-507-9.
- REJZEK, Jiří. 2015 *Český etymologický slovník*. Praha: Leda. ISBN 978-80-7335-393-3.
- SULLIVAN, Mark. 2017 *The patient as agent of health and health care*. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-538658-5.
- ŠIMÍČEK, Vojtěch, ed. 2017 *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8700-2.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka. 2015 *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.
- TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. 2016 *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0064-4.
- TRACHTOVÁ, Eva. 2018 *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Novotná, DiS.  
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

1. září 2019

Předpokládaný termín odevzdání: 30. června 2020

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA  
děkan

## Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

14. května 2021

Helena Kališková

Vážená paní  
Helena Kališková

Vyřizuje/linka: Čermáková/485 353 194

V Liberci dne 4. června 2020  
č. j.: TUL - 20/8511/019566-001

### Vyjádření k žádosti o ponechání zadání a prodloužení odevzdání bakalářské práce

Vážená paní Kališková,

na základě Vaší žádosti ze dne 02. 06. 2020, zaevidované pod č. j.: TUL - 20/8511/019566 Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním zadání bakalářské práce a s prodloužením termínu odevzdání do 30. 06. 2021.

S pozdravem

Technická univerzita v Liberci  
Fakulta zdravotnických studií  
Studentská 1402/2 | 461 17 Liberec I

---

prof. MUDr. Karel Čvachovec, CSc., MBA  
děkan



### **Poděkování**

Ráda bych tímto poděkovala mé vedoucí závěrečné práce Mgr. Aleně Novotné, DiS. za ochotu, trpělivost, profesionální a odborné rady při vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům za jejich účast v rozhovorech, bez kterých by výzkum této práce nemohl vzniknout. A také bych ráda poděkovala své rodině, partnerovi a přátelům za podporu a trpělivost, kterou mi projevovali po celou dobu mých studií.

## **Anotace**

**Jméno a příjmení:** Helena Kališková

**Instituce:** Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

**Název bakalářské práce:** Všeobecná sestra v roli pacienta

**Vedoucí práce:** Mgr. Alena Novotná, DiS.

**Počet stran:** 68

**Počet příloh:** 4

**Rok obhajoby:** 2021

Bakalářská práce se zabývá problematikou hospitalizovaných zdravotníků. V této oblasti jsme zjišťovali, jak dotazovaní respondenti vnímají výměnu rolí sestra – pacient. V práci jsme se také soustředili na to, abychom zjistili, jak se k hospitalizovaným respondentům choval ošetřující personál. Dále nás zajímalo, zda ošetřující personál dodržoval předepsané hygienicko-epidemiologické a ošetrovatelské postupy. Výstupem této bakalářské práce je také odborný článek, připravený k publikaci v odborném periodiku.

## **Klíčová slova**

sestra, hospitalizace, ošetrovatelství, výměna rolí, zdravotnictví, chování zdravotnického personálu

## **Annotation**

**Name and Surname:** Helena Kališková

**Institution:** Technical University of Liberec, Faculty of Medical Studies

**Supervisor:** Mgr. Alena Novotná, DiS.

**Pages:** 68

**Count of Supplements:** 4

**Year of Presentation and Defence:** 2021

This bachelor's thesis occupied with the issue of hospitalized health professionals. In this issue, we found out how the interviewed respondents perceive the exchange of nurse – patient roles. In this spot we also focused on finding out how the nursing staff treated the hospitalized respondents. We were also interested in whether the nursing staff followed the prescribed hygienic – epidemiological and nursing procedures. The outcome of this bachelor's thesis is an article, ready for publication in a professional periodical.

### **Key words**

nurse, hospitalization, nursing, role exchange, healthcare, behavior of medical staff

## Obsah

Obsah.....	9
Seznam použitých zkratek.....	11
1 Úvod.....	12
2 Teoretická část.....	13
2.1 Ošetřovatelství.....	13
2.1.1 Etické kodexy v ošetřovatelství.....	13
2.1.2 Informovaný souhlas.....	14
2.2 Pacient.....	15
2.2.1 Osobnost pacienta.....	15
2.2.2 Role pacienta.....	16
2.2.3 Práva pacientů.....	16
2.3 Všeobecná sestra.....	17
2.3.1 Osobnost sestry.....	17
2.3.2 Role sestry.....	18
2.3.3 Kompetence sester v ČR.....	18
2.3.4 Práva a povinnosti sester.....	19
2.4 Komunikace.....	20
2.4.1 Verbální komunikace.....	20
2.4.1.1 Rozhovor.....	21
2.4.2 Neverbální komunikace.....	22
2.4.3 Překážky v komunikaci mezi sestrou a pacientem.....	22
2.5 Edukace.....	23
2.5.1 Základní principy.....	24
2.6 Sebepečce.....	24
2.6.1 Teorie deficitu sebepečce.....	25
2.6.2 Podíl pacienta na péči.....	26

2.6.3	Potřeby nemocného v ošetrovatelství.....	26
3	Výzkumná část .....	28
3.1	Cíle práce a výzkumné otázky .....	28
3.2	Metodika výzkumu.....	28
3.2.1	Analýza výzkumných dat .....	29
3.2.2	Kategorizace a analýza výsledků .....	29
3.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	30
3.3.1	Účel hospitalizace .....	31
3.3.2	Místo hospitalizace.....	32
3.4	Kategorie I. – ošetrovatelské postupy a přístup ošetrujícího personálu .....	33
3.5	Kategorie II. - Dodržování hygienicko-epidemiologických zásad ošetrujícím personálem .....	40
3.6	Kategorie III. – Edukační proces v průběhu hospitalizace .....	46
3.7	Kategorie IV. – Ovlivnění zdravotníka v jeho dalším profesním životě.....	52
3.8	Analýza výzkumných cílů a otázek.....	54
4	Diskuze .....	58
5	Návrh doporučení pro praxi .....	62
6	Závěr .....	64
	Seznam použité literatury .....	65
	Seznam obrázků .....	67
	Seznam příloh .....	68



## Seznam použitých zkratk

a.s.	akciová společnost
apod.	a podobně
č.	číslo
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
event.	Eventuálně
CHIR JIP	Chirurgická jednotka intenzivní péče
ICN	International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)
JIP	Jednotka intenzivní péče
KNL	Krajská nemocnice Liberec a.s.
sb.	sbírka
odd.	oddělení
ORL	otorhinolaryngologie
oše.	ošetřovatelských
OZ	operační zákrok
PMK	permanentní močový katétr
popř.	popřípadě
tj.	to je
UPV	umělá plicní ventilace
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

# 1 Úvod

Bakalářská práce řeší problematiku hospitalizovaných nelékařských pracovníků. Při semestrálních a individuálních praxích byla možnost se mnohokrát setkat s hospitalizovaným zdravotníkem. Proto se zde naskytla příležitost pozorovat určité odchylky v chování ošetřujícího personálu. Jednak je to dáno osobní známostí s ošetřovaným, jednak zde působí skutečnost, že se již zmiňovaný nemocný v ošetřovatelském oboru profesně pohybuje a vyzná. Na tomto základě jsme se rozhodli zvolit právě toto téma, abychom pozorované odchylky potvrdili (anebo vyvrátili) studiem pramenů a následným výzkumem.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak hospitalizovaní nelékařští pracovníci hodnotí postupy ošetřujícího personálu na základě vlastních odborných znalostí a profesních zkušeností. Druhým cílem je stanovit, jak hospitalizovaní posuzují dodržování hygienicko-epidemiologických zásad personálem, který se o ně stará. A v poslední řadě jsme do cílů této práce zařadili také související téma, jak hospitalizovaní zdravotníci hodnotí edukační proces při hospitalizaci. Zda informace, které jim byly předány ošetřujícím personálem, byly dostačující, anebo dotazovaní museli pro porozumění vycházet i z vlastních znalostí a zkušeností.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části jsou vymezeny základní styčné body současného ošetřovatelství. Věnujeme se vysvětlení základních pojmů v ošetřovatelství a jejich souvislostem, jako například všeobecná sestra, edukace, pacient či komunikace s ním a dalším. Výzkumná část je vypracována na základě metody nestandardizovaného rozhovoru. Tyto rozhovory jsme uskutečňovali s nelékařskými pracovníky, kteří podstoupili hospitalizaci. Všichni respondenti pracují na standardním interním oddělení v Panochově nemocnici v Turnově. Naším dalším záměrem bylo vytvořit na základě informací získaných z rozhovorů odborný článek a publikovat jej v odborném periodiku. Článek je popularizačním a souhrnným výstupem bakalářské práce a reflektuje klíčová zjištění a závěry našeho výzkumu.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína, která je zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví (Plevová, 2019). To vyplývá i z platného Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 9/2004, ve kterém se uvádí, že ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení, podporu zdraví, navrácení zdraví a soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka, zajištění klidného umírání a smrti. Významně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci (Česko, 2004). V tomto ohledu mluvíme o ošetřovatelství jako o dynamicky se rozvíjejícím oboru, jehož teoretická základna neustále narůstá. K této základně neodmyslitelně patří i využívání ošetřovatelských teorií v praxi (Halmo, 2014). Obor ošetřovatelství je v České republice velmi rozsáhlý a není stejnorodý. Ošetřovatelská péče je klientům poskytována v nejrůznějších zařízeních, ať už jsou to zařízení řízená státem, soukromým vlastníkem nebo se řídí charitativní či obecně prospěšnou myšlenkou (Špirudová, 2015).

#### 2.1.1 Etické kodexy v ošetřovatelství

K zajištění správného přístupu k pacientům fungují ve zdravotnictví mravní kodexy, kterými by se měl ze své vůle řídit každý zdravotnický pracovník. Hovoříme o mravních nebo etických normách, které ve zdravotnictví slouží jako návody a doporučení pro jednání zdravotníkům. Jedná se o postupy v chování, které jsou žádoucí v profesionálních situacích. Tyto normy vycházejí z cíle, kterého má být dosaženo a zpravidla je stanoví profesní společnost, jako je například ČAS (Plevová, 2019). Etický kodex by měl být stručný, srozumitelný, nadčasový a obecně akceptovatelný. Dále by měl být známý všem aktérům, kterých se týká a jeho dodržování musí být vynutitelné (Ptáček, Bartůnek a Mach, 2017). Mezi základní etické kodexy patří Etický kodex sester, který obsahuje zásady jejich chování. Při veškeré ošetřovatelské a zdravotní péči je třeba respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva. Zdravotní péče se poskytuje všem stejně bez ohledu na národnost, rasu,

víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení. Tento soubor norem vychází z kodexu přijatého společností ICN (Plevová, 2019). Kodex ICN se sestává ze čtyř základních článků a deklaruje, že je působnost sestry spojena se čtyřmi výchozími povinnostmi: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení (Ptáček a Bartůněk, 2014).

Další etický kodex, který při poskytování ošetrovatelské péče platí, jsou Práva pacientů. Česká verze byla koncipována na základě Vzorových práv pacientů, která zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. Od přijetí v ČR v roce 1992 byla zveřejněna i práva dalších skupin, jako jsou: práva hospitalizovaného dítěte, psychiatrických a interních pacientů, těhotné ženy a plodu a jiné (Plevová, 2019).

### **2.1.2 Informovaný souhlas**

Informovaný souhlas nám zprostředkovává možnost zjistit, zda právě přijímaný pacient k hospitalizaci souhlasí či nesouhlasí s nadcházejícím přijetím. Podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně lze poskytnout zdravotní péči, a to od platnosti této úmluvy v roce 2001, pouze se zmíněným souhlasem pacienta. Poskytování zdravotních služeb se souhlasem vymezuje také zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách (Plevová, 2019). Problematika informovaného souhlasu a práva pacienta být poučen o plánovaném lékařském výkonu představuje jednu z dynamicky se rozvíjejících oblastí. Informovaný souhlas sděluje pacientovi určité údaje a snaží se mu objasnit například podstatu podstupovaného výkonu. Odkazuje také na svobodné a dobrovolné rozhodnutí, kterým pacient vyslovuje svolení ke konkrétnímu výkonu (Ptáček, Bartůněk a Mach, 2017). Pokud pacient odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení, tedy reverz. Pacient může také svůj souhlas odvolat, a to pouze tehdy, pokud nebylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni by mohlo způsobit vážné poškození zdraví či ohrožení života pacienta (Plevová, 2019). Sestra by měla chápat rozhovor s pacientem nad informovaným souhlasem jako otevřený dialog, tj. prostor, v němž se může pacient cítit bezpečně, může se na cokoli zeptat a být přesvědčen, že jej sestra vnímá jako rovnocenného partnera nebo klienta, jemuž se snaží zprostředkovat co nejlepší služby (Ptáček, Bartůněk a Mach, 2017).

Bez souhlasu lze pacienta hospitalizovat, pouze pokud soud uložil ochranné léčení formou lůžkové péče, je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně

veřejného zdraví nebo je pacientovi podle trestního řádu nařízeno vyšetření zdravotního stavu. Dále je možné pacienta hospitalizovat, pokud ohrožuje sebe nebo své okolí, jeví známky duševní poruchy či je pod vlivem návykové látky. Pacienta lze hospitalizovat i bez informovaného souhlasu a to v případě, kdy jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas (Plevová, 2019). K poskytnutí neodkladné péče bez souhlasu dochází například u pacienta v bezvědomí. Pokud se dotyčný pacient do 24 hodin probere ze zmiňovaného bezvědomí a je způsobilý projevít platnou vůli k hospitalizaci a poskytnutí péče, učiní se o tom záznam do zdravotnické dokumentace a sepiše se informovaný souhlas, který se pacientovi předloží k podpisu. V opačném případě, kdy se pacient neprobere nebo není schopen vzhledem ke stavu vyjádřit svůj souhlas, podává se nejpozději do 24 hodin od přijetí hlášení soudu o tom, že tento pacient je na daném oddělení nemocnice hospitalizován bez souhlasu z důvodu nemožnosti jeho udělení (Mach, 2018).

## **2.2 Pacient**

Podle zákona č. 372/2011 Sb. víme, že pojem pacient je označení pro osobu, které jsou poskytovány zdravotní služby (Mach, 2018). Takto označovaná osoba může, ale nutně nemusí být hospitalizována. Pojem vychází z latinského slova *patiēns*, což původně znamenalo snášející, trpící nebo trpělivý (Rejzek, 2015). Zmíněný pacient může využívat služby domácí péče, ambulantní péče či může využívat služeb různých jiných zdravotních zařízení a klinik (Stasková, Tóthová, Kořa, 2019).

### **2.2.1 Osobnost pacienta**

Podívejme se nejdříve na to, co je to vlastně osobnost. Všechny poznatky o projevech člověka, ať už jde o oblast prožívání nebo chování, vždy směřovaly k odpovědi na otázku, jaký člověk je a proč je takový, jaký je (Zacharová a Šimíčková, 2011). Osobnost je systém otevřený vlivům prostředí. Složitý psychický svět člověka je v podstatě neustálou konfrontací mezi požadavky vnějšího prostředí a vnitřními tendencemi. Vzájemný kontakt těchto činitelů se pak projevuje v našem jednání, chování a našich vnitřních prožitcích (Zacharová, 2017).

Osobnost pacienta je faktorem, který terapii a ošetřování napomáhá nebo ji brzdí. Terapie je neúčinnější u lidí s pozitivním naladěním, motivací ke změně a hlubšímu sebepoznání. Zmíněné sebepoznání probíhá rychleji u pacientů s dobrým intelektem, kteří dokážou hovořit o svých problémech a hledat souvislosti mezi symptomy (Plevová, 2018).

### **2.2.2 Role pacienta**

Když se člověk stane pacientem, přináší to s sebou řadu fyzických a psychických změn. Být pacientem přináší i mnohé sociální důsledky, protože se to týká jeho rodiny, zaměstnavatele, spolupracovníků a vůbec všech lidí, se kterými je dotyčný ve styku.

V roli pacienta jsou zdůrazňovány tři aspekty:

- otázky zavinění změněného stavu – obvykle pacient není obviňován z toho, že je nemocný,
- otázky odpovědnosti – pacient je obvykle ve své nemoci zbaven některých činností, které by jinak měl nebo musel vykonávat, na druhé straně mu připadají na starost nové činnosti, které dosud ve své odpovědnosti neměl,
- očekávání – od daného nemocného se očekává, že se také zaslouží o to, aby byl jeho stav lepší (Plevová, 2018).

### **2.2.3 Práva pacientů**

Díky etickým kodexům práv pacientů převládá názor, že i pacient má mít povědomost o svých právech, neboli má vědět, že má právo na právo i v tak složitých situacích jako je jeho nemoc (Ptáček, Bartůněk a Mach, 2017). O právech pacientů se mimo etické kodexy zmiňuje i zákon o zdravotních službách. Pro zdravotníky je samozřejmě závazné respektovat práva pacientů daná zákonem a očekává se jejich znalost zdravotníky. Nejzákladnějšími právy pacientů jsou: poskytování zdravotních služeb s jejich souhlasem, poskytování služeb na odborné úrovni, právo na úctu či důstojné zacházení. Pacient má samozřejmě právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb, popř. si vyžádat konzultační služby u jiného poskytovatele. Má právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, případně osoby určené zákonným

zástupcem u nezletilých nebo nezpůsobilých. Pacient dále může požadovat přítomnost osoby blízké, a to v případě, že nenaruší poskytování zdravotnických služeb. Měl by být předem informován o ceně poskytnutých zdravotních služeb nehrazených či částečně hrazených zdravotní pojišťovnou. § 28 zákona o zdravotních službách zahrnuje samozřejmě další práva, která pacient má (Plevová, 2019).

## **2.3 Všeobecná sestra**

Termínem všeobecná sestra označujeme v ošetrovatelském kontextu osobu, která řádně ukončila vzdělání v oboru Všeobecná sestra a je tedy oprávněna vykonávat tuto profesi ve své zemi (Stasková, Tóthová a Koťa, 2019). Zdravotníci mohou získat způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu kvalifikačním či celoživotním studiem. Kvalifikační studium probíhá na vyšších zdravotnických školách a vysokých školách v souladu se směrnicemi EU. Celoživotní vzdělávání pomáhá zdravotnickým pracovníkům obnovovat, zvyšovat a prohlubovat vědomosti, dovednosti a způsobilosti oboru. Součástí je i specializační vzdělávání, které je zaměřeno na ošetrovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče. Výše zmíněné se uskutečňuje podle platného Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 9/2004 v akreditovaných zařízeních (Česko, 2004). V České republice je ošetrovatelské vzdělání oficiálně státem uznaný studijní program, který poskytuje široký vědecký základ v behaviorálních, ošetrovatelských a přírodních vědách, který je nutno znát a ovládat, před nastoupením do obecné ošetrovatelské praxe (Stasková, Tóthová a Koťa, 2019).

### **2.3.1 Osobnost sestry**

Všeobecně víme, že na osobnost zdravotnického pracovníka jsou kladeny vysoké nároky a požadavky. Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesního výkonu mezi povolání náročná. Objektem práce je nemocný člověk a očekává se dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům (Zacharová, 2017). Neexistuje žádná ideální osobnost zdravotníka, obecnými vlastnostmi dle Plevové jsou:

- autenticita – otevřenost, souhlas projevu a prožívání člověka,
- akceptace – bezpodmínečné přijetí, důvěra, sympatie a úcta k nemocnému,
- empatie – vcítění se a porozumění druhému člověku (Plevová, 2018).

Zacharová se s výše zmiňovanou Plevovou shoduje a k dalším vlastnostem zdravotníka například přidává:

- tvůrčí přístup, se kterým zdravotník řeší svěřené úkoly,
- dostatečnou kritičnost a sebekritičnost s kontrolou vlastního jednání,
- klidné, ne povýšené vystupování, s pohotovými reakcemi, rozvážené a přiměřeně sebevědomé,
- smysl pro humor, ale ne přehnaný optimismus, který by mohl u nemocného budit spíše nedůvěru a další (Zacharová, 2017).

### **2.3.2 Role sestry**

O povolání sestry je nám známo, že prodělalo v relativně krátkém období velké změny. Tím myslíme od prvotního formování ošetřovatelství na půdě charitativní pomoci až po profesionální činnost. Role sestry dle WHO jsou následující:

- sestra je osoba formálně přijatá do ošetřovatelského vzdělávacího programu, který splňuje všechna právoplatná kritéria daného státu, tato studia úspěšně dokončila a získala požadovanou kvalifikaci,
- pomáhá pacientům, rodinám a skupinám dosáhnout jejich fyzického, mentálního a sociálního potenciálu a pomáhají jim je udržovat,
- hodnotí, plánuje, poskytuje a vyhodnocuje svou profesionální péči v průběhu nemoci a rekonvalescence,
- je oprávněna pracovat samostatně a jako členka zdravotnického týmu podporuje vhodné aktivní zapojení pacientů, rodin, sociálních skupin a komunit do všech forem zdravotní péče tak, aby je podněcovaly k sebedůvěře (Plevová, 2018).

### **2.3.3 Kompetence sester v ČR**

Zdravotní péče je poskytována odborníky s patřičným vzděláním vycházejícím ze zákonů ČR. Ošetřovatelskou péči poskytují profesionálové dle zákona č. 201/2017



Sb. (Plevová, 2018). Tím se mění zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských, zdravotnických povoláních (Vévoda, 2013). Vyhláškou č. 55/2011 Sb. jsou pak stanoveny činnosti, pro které mají pracovníci poskytující zdravotní péči kompetence. Jedná se o poskytování péče s ohledem na oblasti lidského bytí – fyziologické, psychosociální a spirituální potřeby. V § 2 jsou vymezeny kompetence zdravotníků ve smyslu specifické ošetrovatelské péče a to zejména při radiologických výkonech, zabezpečení nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy nebo v neodkladné péči (Plevová, 2018).

Výše zmíněnou vyhláškou č. 55/2011 je péče v ošetrovatelství rozdělena do tří úrovní. Jsou to úrovně základní, specializovaná a vysoce specializovaná (Česko, 2011). Do základní ošetrovatelské péče spadají činnosti týkající se pacientů bez porušených fyziologických funkcí a dobrém psychickém stavu. Specializovaná a vysoce specializovaná ošetrovatelská péče se zaměřuje na pacienty s narušenými nebo selhávajícími životními funkcemi, s patologickými změnami psychického stavu, s omezenými aktivitami denního života či pacienty v terminálním stádiu. Z toho vyplývá, že specializovaná ošetrovatelská péče zahrnuje komplex vysoce odborných ošetrovatelských činností jednotlivých oborů a dle kompetencí zdravotníků je vykonávána pod nebo bez odborného dohledu (Plevová, 2018).

#### **2.3.4 Práva a povinnosti sester**

Tak jako pacienti mají svá práva a povinnosti, tak samozřejmě i sestry mají své nároky a závazky. Jednou z nejdůležitějších povinností sestry je povinná mlčenlivost. Zákon stanoví, že zdravotní pracovník je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Na druhé straně jiné předpisy v některých situacích zdravotníkům ukládají oznamovací povinnost. Zákon dále výslovně stanoví, že za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností podle zákona či jiných právních předpisů, pokud z nich vyplývá, že tyto údaje lze sdělit bez souhlasu pacienta (Mach, 2018). Mezi další povinnosti sester při ošetrovatelské péči patří zachování úcty a respektování lidské důstojnosti pacienta. To znamená závazek, že při všech činnostech budou sestry vždy brát v úvahu zájmy nemocného. Pro zachování důstojnosti je také nutné respektovat autonomii pacienta. Sestry by měly ve všech případech, pokud je to

možné respektovat názor na potřebnou péči, uspokojování potřeb a organizaci života nemocného člověka (Plevová, 2019). Tak jako mají zdravotničtí nelékařští pracovníci povinnosti, mají také specifická práva, kterými jsou zejména právo získat informace o tom, zda pacient, kterému mají poskytovat péči, je nosičem infekční nemoci podle zákona o ochraně veřejného zdraví. Dále mají právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při poskytování k přímému ohrožení života nebo k vážnému ohrožení jejich zdraví. Zdravotník má také právo odmítnout poskytnutí zdravotnických služeb v případě, že by poskytnutí odporovalo jeho svědomí či náboženskému vyznání (Mach, 2018).

## **2.4 Komunikace**

Ošetrovatelství je obor, který se bez komunikace neobejde v žádném slova smyslu. Potřebujeme s pacientem komunikovat, mluvit, naslouchat mu a diskutovat s ním nad problémy, které ho tíží nebo ho i bezeslovně podpořit. Zároveň potřebujeme komunikovat a předávat si informace a poznatky se sestrami kolegyněmi a lékaři v týmu. Bez komunikace v pracovní skupině lékařských a nelékařských pracovníků nemůžeme pacientovi-klientovi poskytnout tu správnou péči. Z toho vyplývá, že komunikace je základním kamenem ve vztahu sestra-pacient (Vévoda, 2013). Tento pojem původně vychází z latinského termínu *commūnicātiō*, významově překládáno jako sdílení, či sdělení (Rejzek, 2015). Komunikovat tedy znamená sdílet s někým něco, v případě ošetrovatelství převážně informace, které jsou pro pacienta podstatou. Komunikace sestry s pacientem by měla být založena na aktivním naslouchání sestry, což vyžaduje přímý zájem sestry, oční kontakt s nemocným, vyjádření emocionální podpory a používání prvku aktivního naslouchání jako je například pokyvování hlavou. Sestry by dle Vévody měly být empatické, schopné rozpoznat potřeby pacientů a reagovat na ně (Vévoda, 2013).

### **2.4.1 Verbální komunikace**

Verbální komunikace je pomocník, který nám pomáhá zprostředkovávat komunikaci pomocí jazyka a řeči. Je to v podstatě dorozumívání se jedné, dvou a více

osob pomocí řeči nebo jinými znaky jazykového systému (Zacharová, 2016). Verbální komunikace se dá dělit na formální, která je většinou plánovaná a má svůj přímý cíl. Bývá nejčastěji soukromou záležitostí, jako je přijímací pohovor při nástupu sestry na nové pracoviště (Tomová a Křivková, 2016). Pod formální verbální komunikaci se dá dle Jane Stein-Parbury zařadit i tzv. plánované zkoumání, kdy sestra řídí interakci tím, že řídí tok a obsah odpovědi pacienta, například během prvotního posuzování zdraví při příjmu k hospitalizaci (Stein-Parbury, 2014). Opakem formální verbální komunikace je neformální. Neformální verbální komunikace je na přípravu nenáročná a bývá využívána mnohem častěji. Příkladem tohoto druhu komunikace je například přátelský nebo pracovní rozhovor (Tomová a Křivková, 2016). Od efektivní verbální komunikace se očekává, že bude stručná a srozumitelná, aby byly podstatné informace jasné. Ve velkém množství nepodstatných zpráv nebo v jejich neposlušnosti mohou důležité informace zaniknout a v případě velké redukce může sestra způsobit jejich vynechání (Vévoda, 2013).

#### **2.4.1.1 Rozhovor**

Nejčastějším projevem verbální komunikace je beze sporu rozhovor. Jedná se o formu interpersonální komunikace, kdy se setkají dva lidé a prostřednictvím otázek a odpovědí dosahují svých cílů. Rozhovor ve zdravotnickém zařízení by měl probíhat ve čtyřech fázích:

1. příprava na rozhovor – jde o ujasnění cíle a obsahu rozhovoru, ujasnění si kolik času je možné danému rozhovoru věnovat, připravit si například edukační materiály a otázky k rozhovoru, seznámit se s dokumentací pacienta,
2. otevření rozhovoru – rozhovor začíná pozdravem a oslovením, představením sestry, její pozice a podáním ruky (pokud se jedná o první setkání), v této fázi chceme nastínit, jak bude rozhovor probíhat a oznámit jeho důvod,
3. jádro rozhovoru – jedná se o nejdelší fázi, pacient odpovídá na otázky sestry, ale mluví i pacient a sestra naslouchá. Je zde místo pro empatii, přiměřený oční kontakt, přátelský a klidný tón,
4. ukončení rozhovoru – v této fázi sestra shrne klíčové body celého rozhovoru, poskytne prostor na dotazy, domluví se na další strategii a poděkuje nemocnému za rozhovor, či vyjádří ocenění (Plevová, 2018).

## 2.4.2 Neverbální komunikace

Při komunikaci s pacientem tváří v tvář dochází k prolínání verbální a neverbální komunikace, protože neverbální komunikace má za úkol zdůrazňovat významnou část verbálního projevu. Jejimi dalšími úkoly jsou například regulovat, popírat nebo doplňovat mluvený projev, například pokýváním hlavou, či úsměvem (Tomová a Křivková, 2016). Do neverbální komunikace nepatří pouze gesta nebo mimika. Důležité v komunikaci je, jakým způsobem se pohybujeme (kinetika), či jak držíme naše tělo (posturologie). Jestli se při kontaktu s jinou osobou druhých dotýkáme – zde se dá hovořit například o podání ruky nebo objetí (haptika). V neposlední řadě sem spadá proxemika, neboli jak daleko stojíme od osoby, se kterou komunikujeme. Všechny tyto aspekty jsou důležité, regulují a podpirají komunikaci s pacientem. (Zacharová, 2016).

## 2.4.3 Překážky v komunikaci mezi sestrou a pacientem

Mezi sestrou a pacientem mohou vzniknout nejrůznější bariéry, které brání v jejich vzájemné komunikaci. Překážky mohou být na straně sestry, tak na straně pacienta. Převážně jde o bariéry:

- jazykové - způsobené nesrozumitelnou mluvou či způsobené odlišným mateřským jazykem,
- emotivní, které mohou způsobovat nesoustředěnost nemocného (Zacharová, 2016), následovanou negativními emocemi či strachem z neúspěchu (Tomová a Křivková, 2016),
- Intelektové, které mohou souviset s bariérou jazykovou, kdy pacient není schopen ani nejjednoduššího vyjádření svých potřeb nebo není schopen pochopit informace, které mu ošetřovatelský personál předává.

Bariéra ze strany sestry může nastat například v případě:

- rozcházejících se postojů,
- neochoty vyslechnout nemocného či vnucování vlastních názorů (na léčbu).

Většina těchto bariér se dá překonat s pomocí empatie a snahy obou stran. Zvládnutí problematiky napomáhá rozvíjet kvalitní vztah mezi nemocným a sestrou a tím vede i ke zkvalitnění ošetřovatelského procesu (Zacharová, 2016).

Do překážek v komunikaci spadá i hospitalizace pacienta na jednotce intenzivní péče. Komunikace s takovým pacientem je velice odlišná od komunikace na standardních odděleních. Na takových odděleních se můžeme setkat s pacienty, kteří jsou při vědomí nebo mají poruchu vědomí. S pacienty v umělém spánku, s pacienty například agresivními nebo umírajícími. V intenzivní péči je pro pacienta důležitější neverbální komunikace, kterou je důležité doplňovat verbálními projevy, aby dotyčný věděl, co se s ním právě bude dít. Základním kamenem komunikace na těchto odděleních je mimika. Mimika je zprostředkovatelkou očního kontaktu, se kterým se dá s nemocným mluvit v případě, že oči jsou jedinou možností komunikace. Další důležitou součástí je zde haptika, abychom pacienta mohli upozornit na naši přítomnost nebo například zvýšit důvěru správnými doteky či pohlazením po tváři.

V případě, že je pacient například na UPV a není možné, aby s personálem komunikoval verbálně, dají se využít různé komunikační metody. Mezi jednu z nich patří metoda tužka – papír, kdy nemocný může napsat základní a hlavní slova, která se jeho problému týkají (Tomová a Křivková, 2016).

## 2.5 Edukace

Ač se to na první pohled nezdá, edukace je dalším základním kamenem ošetrovatelství. K edukaci se při poskytování zdravotních služeb uchylujeme v případě, že chceme pacientovi sdělit například, co by měl, neměl a mohl dělat před nadcházejícím zákrokem, naučit ho novým dovednostem nebo jen pokusit se o zlepšení vnímání jeho vlastního zdraví. V latinském jazyce je zastoupena slovem *educare* či *educare*, které znamená vést vpřed nebo vychovávat. V obecné rovině se dá říci, že jde o záměrné ovlivňování vědomostí a dovedností člověka (Špirudová, 2015). Cílem je přispět k vyléčení onemocnění a také zamezit případným rozvojem následných komplikací. Jedná se o edukaci pacientů s určitými diagnózami, kdy chceme dojít ke změně návyků, které ten daný pacient má. V řadě případů to bývají například stravovací návyky, zařazení pohybových aktivit do denního programu pacienta, zbavení se kouření či konzumace alkoholu. Předmětem edukace bývá také nácvik konkrétních ošetrovatelských výkonů, jako například aplikace inzulínu, ošetřování stomie nebo provedení bandáží dolních končetin (Svěráková, 2012).

### **2.5.1 Základní principy**

Edukace není založena pouze na poskytování informací. Je zde zahrnuto poskytování informací pacientovi, ale zároveň se edukující sestra zaměřuje na tři úrovně učení. První je spojena s kognitivním vnímáním, kdy sestra pacientovi poskytuje potřebné informace. Druhá úroveň je nazývána emotivní a zahrnuje pacientův postoj k přijatým informacím. A třetí rovina je behaviorální neboli konativní. Tato rovina se zaobírá praktickou částí, tedy v jakém rozsahu a jak pacient používá informace v praktickém ohledu. Ke změně pacientova chování, dochází v případě, že je pacient správně motivován (Špirudová, 2015). Motivační stav lze označit jako potřebu a zároveň funkcí motivace je uspokojování potřeb pacienta (Plevová, 2019). Proces edukace má tři stadia. V prvním stadiu (rozmrazování) je důležité, aby si pacient uvědomil, podstatu problému, potřebu změny chování a aby věděl, zda se s problémem identifikuje nebo jej odmítá. Ve druhém stadiu, označovaném jako stadium pohybu, se plánují a uskutečňují změny, stimuluje se prostředí a je důležité, aby docházelo k podpoře u všech aktérů procesu. Poslední a tedy třetí, se nazývá znovu zmrazení. Základem je stabilizace vyvolaných změn a zařazení změn do vlastního životního stylu (Svěráková, 2012).

### **2.6 Sebepéče**

V pojmu sebepéče se skrývá smysl celkového bytí člověka a má význam ve smyslu péče o sebe sama a péče prostřednictvím sebe sama. V sebepěči rozlišujeme požadavky, které vysvětlují proč se o sebe má někdo starat. V jádru jde o vyjádření požadavků na lidský život. Obecně jsou to požadavky na jednání jedince, které musejí být člověkem nebo pro něj vykonány a o nichž víme, či předpokládáme, že jsou nutné pro regulaci jeho funkcí a podporu vývoje. Jedná se například o udržení dostatečného přívodu vzduchu, dostatečný příjem tekutin a potravy či udržení správného vylučování stolice a moči. Vývoj člověka vede ke stárnutí, a s tím související možnost stát se nemocným a závislým na péči druhých (Halmo, 2014), kdy může docházet k vnitřním konfliktům mezi přesvědčením o onemocnění a přesvědčením o sobě, během kterých chce pacient zůstat ve svých očích nezávislým (Gurková, 2017). Sebepěči se zabývá koncepce Oremové – teorie sebepéče. Teorie popisuje, jak se sebepéče vyvíjí, jak

funguje a čím je ovlivňována. Oremová ve své teorii formulovala pět předpokladů o sebedeči:

1. jedná se o vědomé, principy řízené chování,
2. jde o naučenou aktivitu, a to prostřednictvím interpersonálních vztahů a komunikace,
3. u dospělých předpokládáme, že disponují odpovědností a právem postarat se sami o sebe, za účelem udržení smysluplného a zdravého života,
4. v ohledu na kojence, děti, starší osoby nebo mladistvé se jedná o sebedeči zajišťovanou, podporovanou či dohlíženou jinými osobami,
5. dospělí potřebují podporu vždy, když nedisponují potenciálem k sebedeči a nejsou schopni udržet podmínky sloužící k ochraně života a podpoře zdraví pro sebe sama (Halmo, 2014).

### **2.6.1 Teorie deficitu sebedeče**

Teorie sebedeče říká, že se člověk v průběhu života učí získávat vědomosti a zručnost v péči o svoje zdraví. Teorie deficitu sebedeče vysvětluje v jakých případech je potřebná péče druhých, či péče ošetrovatelská. Jedná se o pociťovaný deficit v jakémkoli směru, ne jen o přítomnost nemoci nebo postižení (Plevová, 2018).

Deficit je projevem nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k aktivnímu vyhledávání podmínek potřebných k životu nebo k vyhýbání se těm, které jsou v životě nepříznivé. Je to něco, co lidská bytost k životu potřebuje pro život a vývoj. Při nedostacích je ovlivněna lidská psychika – myšlení, emoce, pozornost a tím se může měnit vzorec chování jednotlivce (Trachtová, 2018). Ve zdravotnictví se setkáváme se starostmi nemocného člověka o sebe sama a se starostmi zdravotníka o zdravotní stav již zmiňovaného nemocného. Máme tedy dvě autonomní osoby s určitou vlastní představou o existenci a setkávají se zde v procesu péče ve vzájemné interakci. Může docházet ke střetu názorů v poskytované péči z důvodu rozdílně vyvinuté sociální kompetence spolubytí nebo spolupráce s ostatními, což mimo jiné vypovídá o sociální zralosti jedince (Halmo, 2014). Teoretické znalosti týkající se potřeb nemocných jsou velmi nezbytné pro práci zdravotníka, protože pomáhají v porozumění jedincům, o které zrovna pečujeme. Potřeby jedinců byly v centru konceptuálních modelů, jako jsou modely Nightingelové, Hendersonové, Ryové či Oremové (Plevová, 2019).

Oremová předpokládala, že lidé mají přirozenou schopnost sebezpečí a tedy schopnost pečovat o sebe sama. Tato schopnost je odrazem potřeb jedince a jejím cílem je zachování rovnováhy organismu. Ošetřovatelská péče by měla být orientována na uspokojování potřeb pacienta, především s využitím aktivity pacienta – to znamená, že každý jedinec by o sebe měl pečovat, co nejvíce v rámci svých možností (Plevová, 2018).

### **2.6.2 Podíl pacienta na péči**

Jedná se o poměrně nový náhled v aktivní péči. Je rozvíjen model chronického onemocnění, který spočívá v rozvíjení autonomie nemocného. Základem tohoto modelu je dosažení optimální péče, kdy zdravotnický personál interaguje s informovaným a aktivním pacientem. Co pacient s chronickým onemocněním dělá den co den a rozhoduje za sebe v rámci sebeřízení. To rozvádí nové paradigma v modelu chronického onemocnění, a to partnerský vztah s pacientem, kdy se zdravotník s nemocným rozhodují o zdravotní péči společně (Halmo, 2014).

### **2.6.3 Potřeby nemocného v ošetřovatelství**

Základním rysem moderního ošetřovatelství je holistický neboli komplexní pohled na pacienta. Tento pohled vychází z holistické teorie a základem je, že potřeby jednotlivce musí být v rovnováze. Pokud dojde k narušení této rovnováhy, vzniká onemocnění a porucha jedné části, která ovlivňuje fungování celého celku (Plevová, 2019). Uspokojování těchto potřeb jedince se realizuje pomocí ošetřovatelského procesu, kdy se sestra zabývá člověkem jako celkem. Tedy bytostí holistickou, která má bio-psycho-sociální stránku. Koncepce holismu, která je aplikována na jedince a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že sestry musí brát osobu jako celek ve všech jeho rovinách péče (Trachtová, 2018). Zejména v udržení zdraví, prožívání nemoci, zotavování se či umírání, ale také na rovinách fyzických, psychických, duchovních a sociálních (Plevová, 2018). Biologické potřeby spočívají v biologických nedostatcích, které je potřeba uspokojovat pro zachování života (Plevová, 2019). Jedná se o stav narušené fyziologické rovnováhy, jakou je třeba



nedostatek vitamínů či vápníku (Trachtová, 2018). Psychické, sociální a duchovní potřeby nesouvisejí s existencí jednotlivce jako takovým. Jejich uspokojování ale vede jedince k pohodě nebo rozvoji jeho osobnosti (Plevová, 2019).

### **3 Výzkumná část**

#### **3.1 Cíle práce a výzkumné otázky**

##### **Cíle práce**

- 1) Zjistit, jak respondenti hodnotí ošetrovatelské postupy ošetrojícího personálu na základě vlastních znalostí.
- 2) Zjistit, jak respondenti hodnotí dodržování hygienicko-epidemiologických zásad ošetrojícím personálem.
- 3) Zjistit, jak respondenti hodnotí edukační proces.

##### **Výzkumné otázky**

- 1) Jak respondenti hodnotí práci ošetrovatelského personálu?
- 2) Dodržoval ošetrovatelský personál předepsané hygienicko-epidemiologické zásady?
- 3) Jak respondenti hodnotí edukační proces?

#### **3.2 Metodika výzkumu**

V teoretické části bakalářské práce jsme použili kvalitativní metodu výzkumu a pomocí nestandardizovaného rozhovoru jsme sbírali data, která byla následně vyhodnocena. Otázky jsme sestavili na základě cílů práce. Výzkumné šetření jsme realizovali v Krajské nemocnici Liberec, konkrétně v Panochově nemocnici v Turnově, která se od 1. 1. 2014 spojila s KNL. Výzkumné šetření bylo určeno pro všeobecné sestry standardního lůžkového interního oddělení a probíhalo podle předem sestavené struktury nestandardizovaného rozhovoru. Výzkumné šetření jsme provedli se souhlasem Mgr. Marie Fryaufové, ředitelky ošetrovatelské péče Krajské nemocnice Liberec, Mgr. Evy Krejčí, hlavní sestry Panochovy nemocnice Turnov, vrchní sestry oddělení Evy Kubíkové a staničních sester daných oddělení Bc. Karolíny Paldusové a Ilony Donátové (Příloha A). Výzkum byl realizován od 11. 1. 2021 do 9. 2. 2021. Pro výzkumné šetření jsme stanovili čtyři kategorie. Rozhovory byly nahrávány na mobilní

telefon pomocí aplikace diktafon a následně přepisovány v textovém editoru Microsoft Office Word 2007.

Součástí výzkumu je i předvýzkum (Příloha C), který jsme realizovali na stejném oddělení. Předvýzkum jsme provedli pomocí nestandardizovaného rozhovoru u dvou oslovených respondentů. Nestandardizované rozhovory předvýzkumu jsme také nahrávali na mobilní telefon v aplikaci diktafon a následně jsme je přepsali a vyhodnotili. Výsledky předvýzkumu byly velmi dobré, předčily naše očekávání a otázky nebyly následně nijak upravovány, proto jsme je následně použili k realizaci samotného výzkumu. Všichni respondenti byli seznámeni s tématem rozhovoru, cílem rozhovoru a jeho anonymitou. Každý z dotazovaných respondentů s rozhovorem a jeho nahráváním souhlasil.

### **3.2.1 Analýza výzkumných dat**

Zpracování dat probíhalo pomocí techniky kódování (Příloha B) a třídění dat. Výsledky byly následně zpracovány do schémat v programu Microsoft Office Word 2007. Analýzu jsme rozdělili do 4 kategorií, ve kterých jsme použili všechny otázky.

### **3.2.2 Kategorizace a analýza výsledků**

Na základě výzkumných otázek jsme stanovili 4 kategorie. Výsledky jsme znázornili a dále popsali v grafických schématech.

Kategorie:

- I. Ošetrovatelské postupy a přístup ošetřujícího personálu
- II. Dodržování hygienicko-epidemiologických zásad ošetřujícím personálem
- III. Edukační proces v průběhu hospitalizace
- IV. Ovlivnění zdravotníka v jeho dalším profesním životě

Každá kategorie obsahuje určitý počet otázek k přiblížení problematiky v daných kategoriích ze strany respondenta. Kategorie I. – III. má každá po pěti otázkách. Kategorie IV. je zastoupena jednou otázkou.

### 3.3 Charakteristika výzkumného souboru

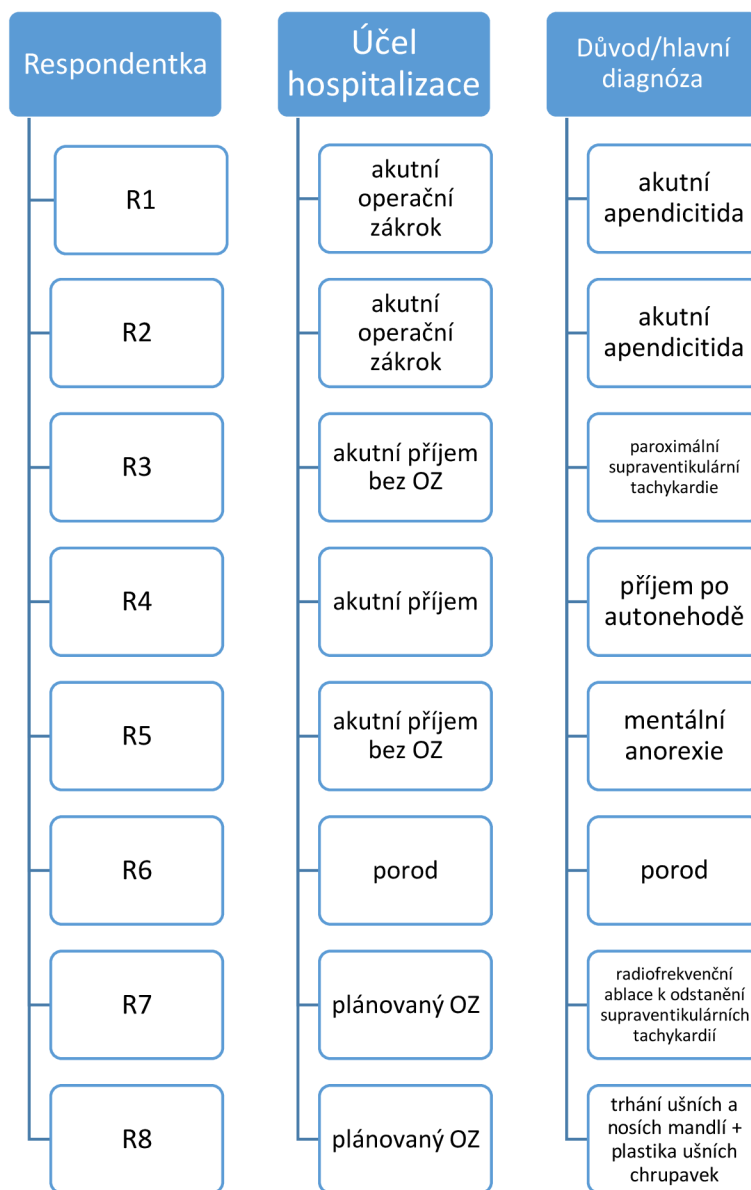
Pro účely výzkumu bylo osloveno 8 respondentek. Všechny respondentky byly všeobecné sestry standardního lůžkového interního oddělení.

Respondent	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání
R1	žena	23	VŠ (bakalářský program)
R2	žena	28	VŠ (bakalářský program)
R3	žena	28	VoŠ
R4	žena	25	VoŠ
R5	žena	43	SZŠ
R6	žena	33	VŠ (bakalářský program)
R7	žena	27	VoŠ
R8	žena	24	VŠ (bakalářský program)

Obrázek č. 1 Identifikační údaje (Zdroj: autorka)

Schéma znázorňuje pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Vyplývá z něj, že všech 8 respondentek byly ženy. Věk všech dotazovaných respondentek se pohybuje v rozmezí 23 – 43 let. Nejmladší respondentce bylo 23 let a nejstarší 43 let. Z výzkumného vzorku má jedna všeobecná sestra ukončené střední zdravotnické vzdělání. Tři všeobecné sestry mají ukončený tříletý program na vyšší odborné škole. Poslední čtyři respondentky jsou absolventkami vysokých škol s ukončeným tříletým bakalářským programem.

### 3.3.1 Účel hospitalizace

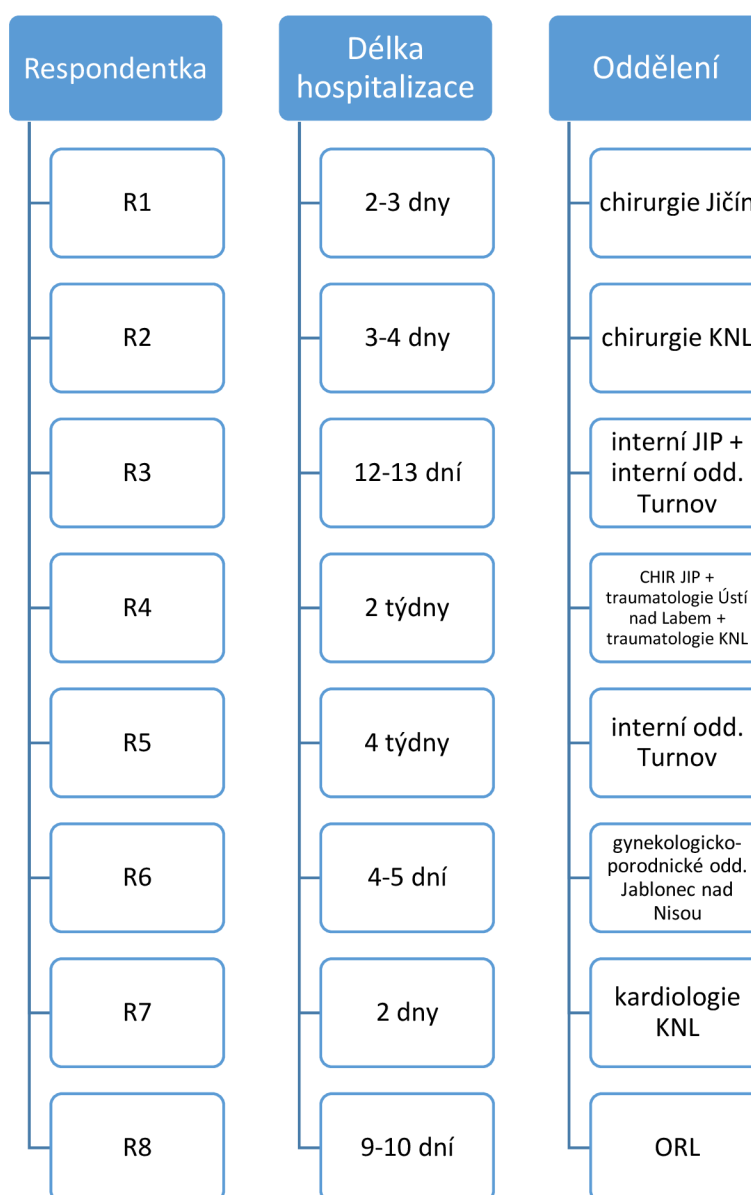


Obrázek č. 2 - Účel hospitalizace (Zdroj: autorka)

Schéma č. 2 znázorňuje účel hospitalizace a její důvod či hlavní diagnózu. Ze schématu vyplývá, že respondentky R1, R2 a R4 byly hospitalizovány jako akutní příjem. Konkrétně respondentky R1 a R2 pro akutní apendicitidu. Respondentka R4 byla přijata po autonehodě. Respondentky R3 a R5 byly hospitalizovány jako akutní příjem bez operačního zákroku. Respondentka R3 konkrétně pro paroximální supraventikulární tachykardii a respondentka R5 pro pozdější diagnostiku mentální anorexie. Respondentky R6, R7 a R8 byly přijaty k hospitalizaci plánovaně.

Respondentka R6 konkrétně kvůli nadcházejícímu porodu, R7 podstoupila během hospitalizace radiofrekvenční ablaci k odstranění supraventrikulárních tachykardií a R8 plánovaně nastoupila k hospitalizaci pro trhání ušních a nosních mandlí, spojené s plastikou ušních chrupavek.

### 3.3.2 Místo hospitalizace



Obrázek č. 3 – Místo hospitalizace (Zdroj: autorka)

Schéma č. 3 znázorňuje dvě části – místo a délku hospitalizace jednotlivých respondentek. Respondentky R1 a R2 byly obě hospitalizovány na standardním

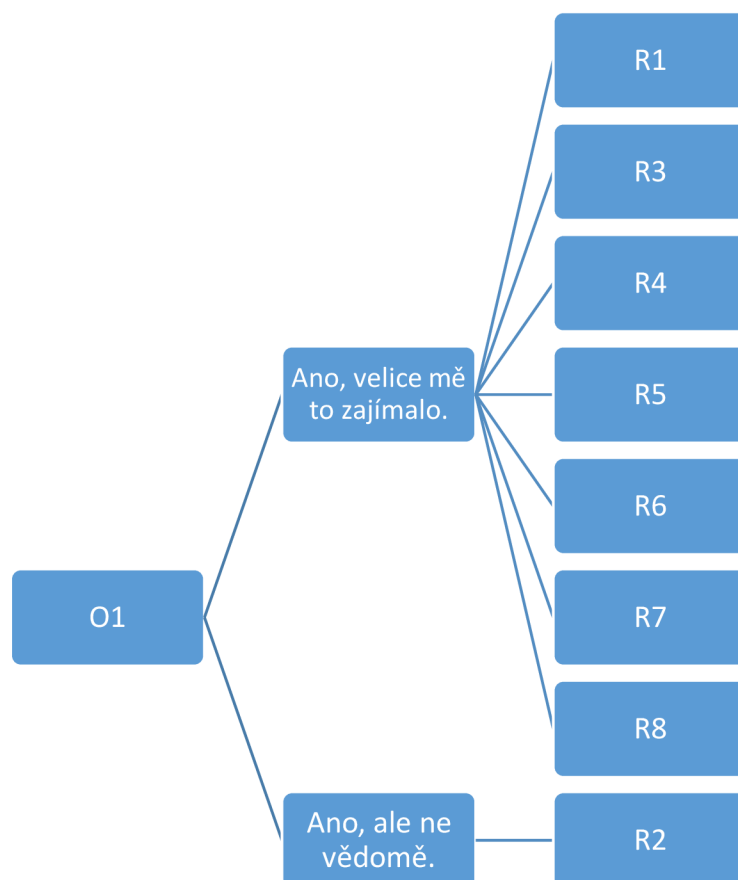
chirurgickém oddělení. Respondentka R4 v rozhovoru uvedla, že byla hospitalizována nejprve na chirurgické jednotce intenzivní péče, poté byla přeložena na traumatologické oddělení nemocnice Ústí nad Labem a následně na traumatologii v liberecké nemocnici na doléčení. Celkem tři respondentky R3, R5 a R7 byly hospitalizovány na oddělení s interním zaměřením. Respondentka R3 nejprve na interní jednotce intenzivní péče v Turnově a následně na standardním lůžkovém oddělení. Respondentka R5 přímo na lůžkovém interním oddělení a respondentka R7 pak na oddělení kardiologickém. Jediná respondentka, konkrétně R6, byla hospitalizována na gynekologicko-porodnickém oddělení nemocnice v Jablonci nad Nisou. Poslední respondentka R8 byla hospitalizována na ORL.

Druhá část schématu ukazuje, jak dlouho byly respondentky hospitalizovány. Čtyři respondentky, a to konkrétně R1, R2, R6 a R7, byly hospitalizovány pouze několik dní s celkovým maximálním ukončením hospitalizace do týdne. Dvě respondentky, konkrétněji R3 a R8, byly hospitalizovány déle než týden. Dvě respondentky, R4 a R5, byly hospitalizovány několik týdnů.

### **3.4 Kategorie I. – ošetrovatelské postupy a přístup ošetřujícího personálu**

Cílem souboru otázek v kategorii I. bylo zjistit, zda hospitalizovaný zdravotník sleduje práci ošetřujícího personálu v průběhu hospitalizace. Zda se během pobytu v nemocnici setkal s hrubým chováním k jeho osobě nebo se stal svědkem hrubého chování k ostatním pacientům. Dále se tato kategorie zabývá chováním ošetřujícího personálu v případě, že se dozvěděl, že je hospitalizovaná osoba z oboru – zda se změnil vzorec jejich chování a přístup k hospitalizovanému. Zajímalo nás, jestli ošetřující personál dodržoval ošetrovatelské postupy z pohledu našich respondentů a zda bylo naplněno očekávání respondentů v průběhu jejich hospitalizace.

**1. Stalo se Vám, že jste sledovala personál, když ošetřoval Vás nebo ostatní pacienty na pokoji?**



Obrázek č. 4 – Schéma pro otázku č. 1 – Sledování personálu (Zdroj: autorka)

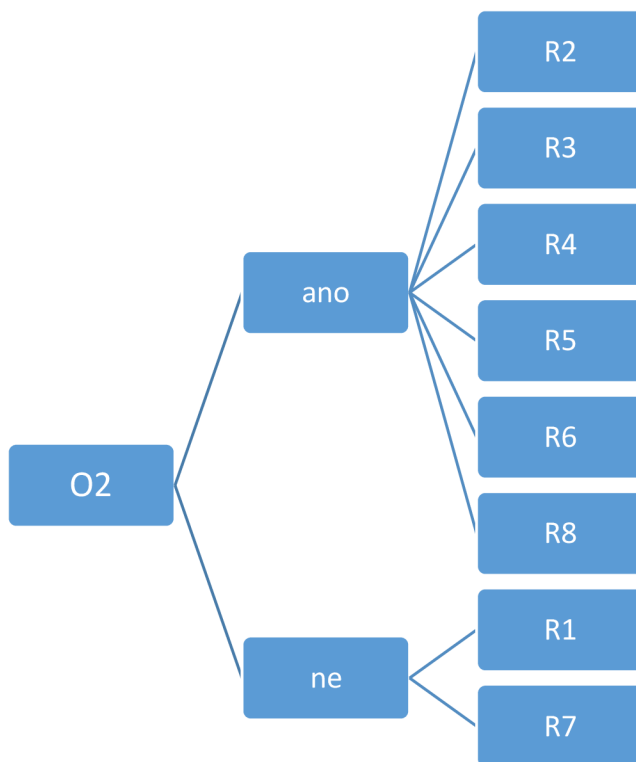
Schéma ukazuje, jak hospitalizované respondentky vnímají práci ošetřujícího personálu a zda ji v průběhu jejich hospitalizace sledovaly. Sedm respondentek R1, R3, R4, R5, R6, R7 a R8 uvedlo, že je práce a postupy ošetřujícího personálu velmi zajímavá a bděle ji sledovaly. Respondentka R1 v rozhovoru uvedla: „*Samozřejmě jsem personál sledovala, ale nijak ne za účelem hledání chyb, ale spíš jsem byla zvědavá na rozdílný přístup nebo postup při vykonávání určitých postupů.*“ Respondentka R3 uvedla, že si myslí, že obecně hospitalizovaní pacienti sledují práci ošetřujícího personálu a u ní to nebylo jinak: „*...Lidi mají strach, aby ten vedle neměl něco víc než oni sami. Když chce jedna pacientka namazat koleno, ta druhá to sleduje a následně to potřebuje taky. U mě byl zájem ještě vyšší díky mé profesi. Ale spíš ze zvědavosti, co a jak personál dělá, když do problematiky vidím.*“ Respondentka R4 se zajímala, co personál dělá, pouze když jí bylo dobře: „*...velmi mě zajímalo, co a jak personál dělá. Ale pouze za předpokladu, že mi bylo dobře.*“ Respondentka R5: „*Tak jasně, že mě zajímalo, jak personál provádí výkony...*“ Respondentku R6 velmi zajímá práce zdravotního personálu, kdykoli se



ocitně v jakémkoli zdravotnickém zařízení: „Jako zdravotník vždy pozoruji ostatní zdravotní personál, pokud jsem sama pacientem – ať už v rámci hospitalizace nebo i na ambulantním vyšetření.“ Respondentka R7 uvedla: „Ano, sledovala jsem, co personál dělá a jak to dělá...“ Respondentka R8 uvedla: „...velice mě zajímalo, jak ošetrovatelský personál funguje a co dělá. A například jsem byla velmi nešťastná z toho, jak sestra při odběru držela jehlu.“ Na záznamu se respondentka směje.

Jediná respondentka, a to R2 sledovala práci ošetřujícího personálu, ale ne nijak vědomě: „Nesledovala jsem práci ošetřujícího personálu neustále. Někdy jsem je sledovala, aniž bych si uvědomila, že se vlastně o to, co dělají, zajímám.“

## 2. Stalo se, že se ošetřující personál choval neprofesionálně k Vám či ostatním pacientům?



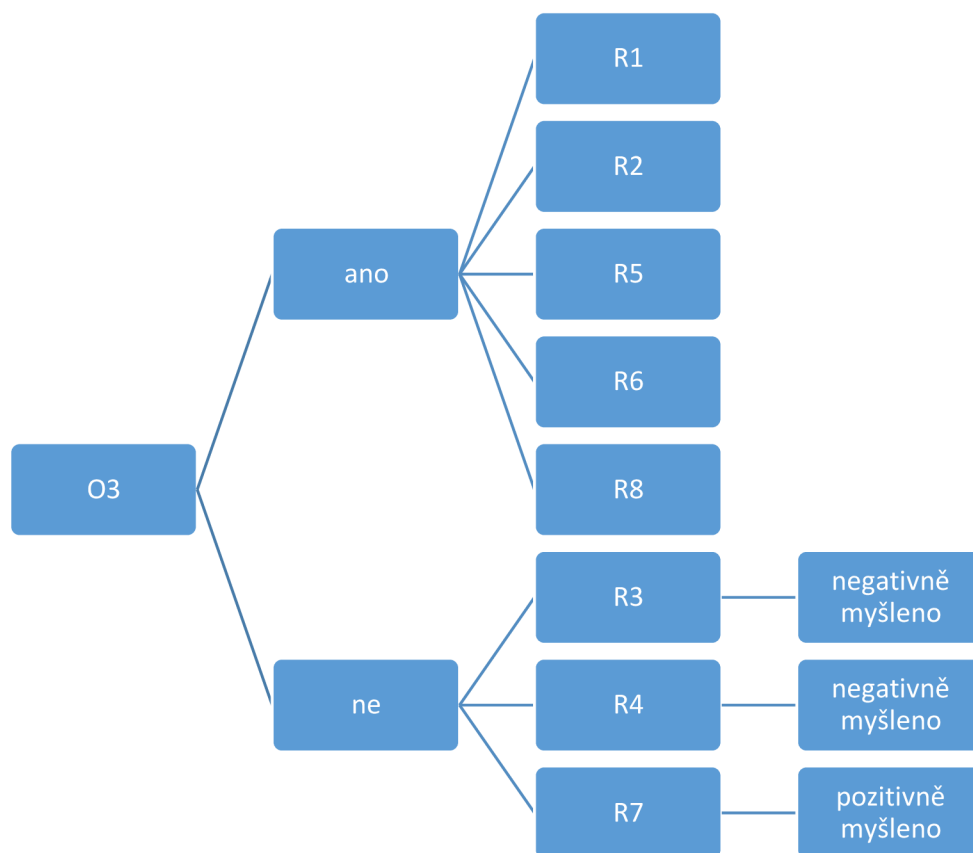
Obrázek č. 5 – Schéma pro otázku č. 2 – Neprofesionální chování (Zdroj: autorka)

Ze schématu vyplývá, že šest z osmi respondentek a to R2, R3, R4, R5, R6 a R8 se v průběhu jejich hospitalizace setkala s neprofesionálním chováním ošetřujícího personálu. Respondentka R2 se svěřila, že se setkala s neprofesionálním chováním, které se týkalo přímo její osoby: „Při ranní vizitě, hned první den po operaci mi paní doktorka přišla zkontrolovat operační ránu před zraky studentů. Zakryla jsem se dekou

*od rozkroku dolů, protože jsem byla oblečená jen v chirurgické košilce, takže bez spodního prádla. Paní doktorka mě odkryla, aby mohla vyšetřit břicho, tak jsem se opět zakryla, že mi to není příjemné, když na mne koukají čtyři studentky. I tak mne opět odkryla a naznačila, ať to vydržím.“* Respondentka R3 uvedla, že z jejího pohledu bylo neprofesionální, když ošetřující personál nebyl ochoten zopakovat věci, kterým starší pacientka nerozuměla: „... *personál se choval nepříjemně k druhé pacientce. Byla to starší paní a personál ji musel některé věci opakovat několikrát, proto poté docházelo i k situacím, kdy byla ze strany personálu neochota odpovědět pacientce na některé dotazy.“* O respondentku R4 se během hospitalizace docházel starat přítel: „...*sestry nejevily zájem o péči, kterou jsem jako ležící po autonehodě a operaci na stydkých kostech potřebovala. Na některých místech jsem i začala mít zarudlou kůži a tvořily se puchýřky. Ošetřující personál neměl vůbec potřebu nějaké prevence...“* Respondentka R5 byla svědkyní neprofesionálního chování ke starším lidem „...*pokud o něco požádali, personál je nebral vůbec vážně a nerespektoval jejich potřeby...“* Respondentka R6 se cítila nepříjemně při první vizitě po porodu: „...*na vizitě po porodu lékař zavelel a obě jsme se spolupacientkou na pokoji musely vše od pasu dolů sundat...“* Respondentka R8 se setkala s neprofesionálním chováním při převazu operační rány po zákroku: „...*obě byly velmi hrubé. Bylo pro ně patrně složité pochopit, že mi na sále do lepení a obvazů zalepili vlasy. Samozřejmě první sundávání bolelo a tahalo a moc jsem asi nespolupracovala. Lékařka na mě dokonce křičela. Byl to nepříjemný zážitek...“*

Pouze dvě respondentky R1 a R7 uvedly, že se s neprofesionálním chováním neselekaly. Respondentka R1 byla velmi mile překvapena přístupem ošetřující sestry, která ji vezla na operační sál: „... *když jsem se měla svléknout a zabalit do prostěradla, tak se personál choval korektně a profesionálně, sestra se mě snažila krýt jiným prostěradlem, které držela v natažených rukách, aby na mě nebylo vidět...“* Respondentka R7 uvedla: „...*nestalo se, že bych byla svědkem hrubého nebo neprofesionálního chování.“*

**3. Byl ve Vašem případě přístup zdravotníků takový, jaký jste si představovala?**



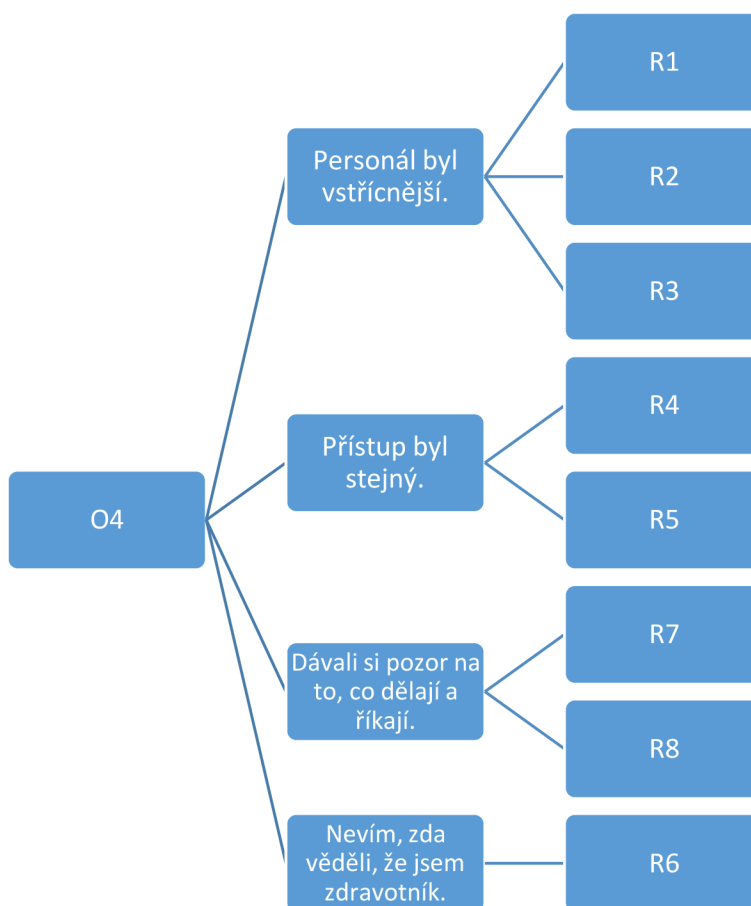
Obrázek č. 6 – Schéma k otázce č. 3 – Přístup zdravotníků A) (Zdroj: autorka)

Schéma k otázce č. 3 ukazuje, že pět respondentek – R1, R2, R5, R6 a R8 – bylo v konečném důsledku spokojeno s přístupem ošetřujícího personálu. Respondentka R1 uvedla: „*Na přístup zdravotníků jsem si vůbec nemohla stěžovat.*“ Respondentka R2 byla s přístupem spokojena i navzdory již zmíněnému neprofesionálnímu chování: „*...jiný problém, než jsem zmínila, jsem neměla.*“ Respondentka R5 porovnávala chování k sobě a ostatním pacientům na pokoji: „*...co se týká mojí osoby, na rozdíl od těch starších lidí, si na přístup zdravotníků nemůžu nijak zvlášť stěžovat.*“ Respondentka R8 uvedla, že i ona byla spokojena až na zmíněné výjimky: „*...až na pár už zmíněných výjimek, byli všichni milí.*“

Ze schématu dále vyplývá, že podle tří respondentek – R3, R4 a R7 – nebyl přístup ošetřujícího personálu takový, jaký očekávaly. Dvě z těchto respondentek, a to R3 a R4, nebyly s přístupem ošetřujícího personálu spokojené. Respondentka R3 uvedla, že jí personál postupy a výkony málo vysvětloval: „*... některé zdravotní odborné úkony a případná vyšetření mi nebyly dostatečně vysvětleny. Nejspíše se*

*personál domníval, že díky mému vzdělání v oboru, není potřeba více vysvětlování...“*  
 Respondentka R4 byla hrubě nespokojena s přístupem personálu: *„Absolutně ne! Toto nebyl personál, který by měl pečovat o nemocné a nemohoucí. Naprostá nechť k práci a dokonce shazování pacienta! Nedůkladná péče proti proleženinám...“* Očekávání respondentky R7 bylo jiné, ale nakonec byla velmi mile překvapena: *„Byla to má první hospitalizace, takže jsem nevěděla, co čekat, a chování bylo pro mě velmi překvapivé. Veškerý personál byl velmi ochotný, nebyl žádný problém...“*

**4. Jaký byl přístup k Vaší osobě, když se ošetrovatelský personál dozvěděl, že jste zdravotník?**



Obrázek č. 7 – Schéma k otázce č. 4 – Přístup zdravotníků B) (Zdroj: autorka)

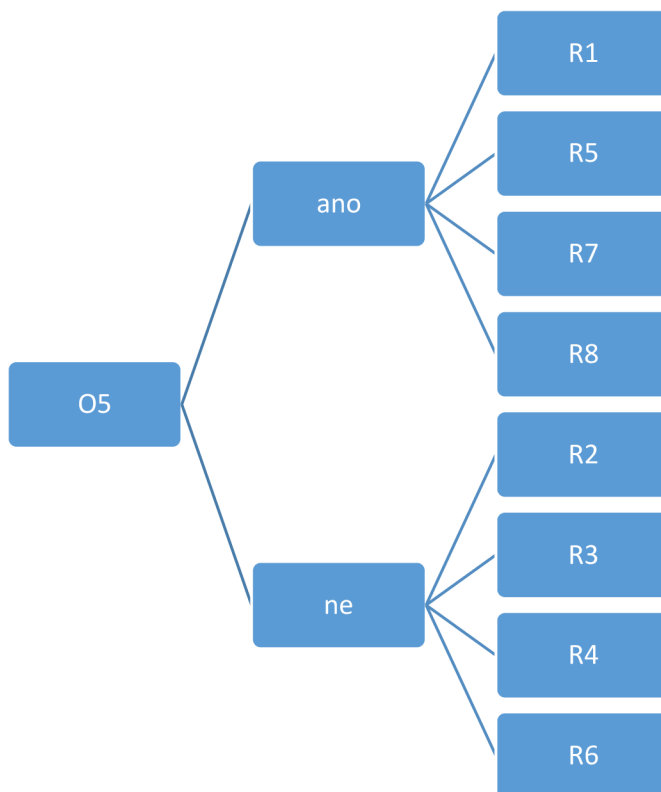
Schéma otázky č. 4 ukazuje, že tři respondentky – R1, R2 s R3 – si všimly, že ošetřující personál k nim byl vstřícnější po tom, co se dozvěděl, že jsou zdravotnice. Respondentka R1: *„Personál mi věci asi více do hloubky vysvětloval, co se týká zákroku a byl asi i ochotnější. Bylo cítit z postoje personálu, že jsou ke mně vstřícnější...“* Respondentka R2: *„...Nebyl problém dostat infuzi na bolesti, cokoliv mi podat, nebo*

*pomocť první den po operaci do sprchy.*“ Respondentka R3: „*Řekla bych, že se mnou jednali vřidněji.*“

Dvě respondentky R4 a R5 nezpozorovaly žádný rozdíl v chování personálu po tom, co se dozvěděl, že jsou zdravotnice. Respondentka R4: „*Přístup byl ke mně stejně laxní jako před tím.*“ Respondentka R5: „*...přístup personálu byl úplně stejný, jako když nevěděli, že jsem z oboru.*“

Další dvě respondentky R7 a R8 se shodly na tom, že si všimly, že si personál dával pozor na to, jak se v jejich přítomnosti chová, a na to, co říká. Respondentka R7: „*...chování personálu vycházelo, podle mě, z vědomosti, že jsem z oboru. Občas bylo vidět, že se personál hlídá, jak se mnou komunikuje a co v mojí přítomnosti dělá.*“ Respondentka R8: „*...občas bylo u některých vidět, že si dávají pozor na to, co říkají.*“ Jedna respondentka R6 vůbec netušila, zda personál o jejím povolání věděl: „*Vlastně ani nevím, zda věděli, že jsem zdravotník. A popravdě jsem se tak v tu chvíli ani necítila.*“

##### **5. Dodržoval ošetřující personál, z Vašeho pohledu, ošetřovatelské postupy?**



Obrázek č. 8 – Schéma k otázce č. 5 – Dodržování oš. postupů (Zdroj: autorka)

Ze schématu k otázce č. 5 vyplývá, že čtyři respondentky – R1, R5, R7 a R8 – si myslí, že během jejich hospitalizace ošetrovatelský personál dodržoval ošetrovatelské postupy. Respondentka R1: „*Nepamatuju si, že by v základních věcech personál nějak chyboval a ošetrovatelské postupy nedodržoval.*“ Respondentka R5: „*...ošetřující sestry nosily ochranné pomůcky na odběry krve, na převlékání postelí i na rozdávání jídla. Takže za mě rozhodně ano.*“ Respondentka R7: „*Myslím si, že personál ošetrovatelské postupy dodržoval, žádný hrubý chyby jsem nezaznamenala.*“ Respondentka R8: „*...nijaké hrubé porušování mě během hospitalizace nezaujalo.*“

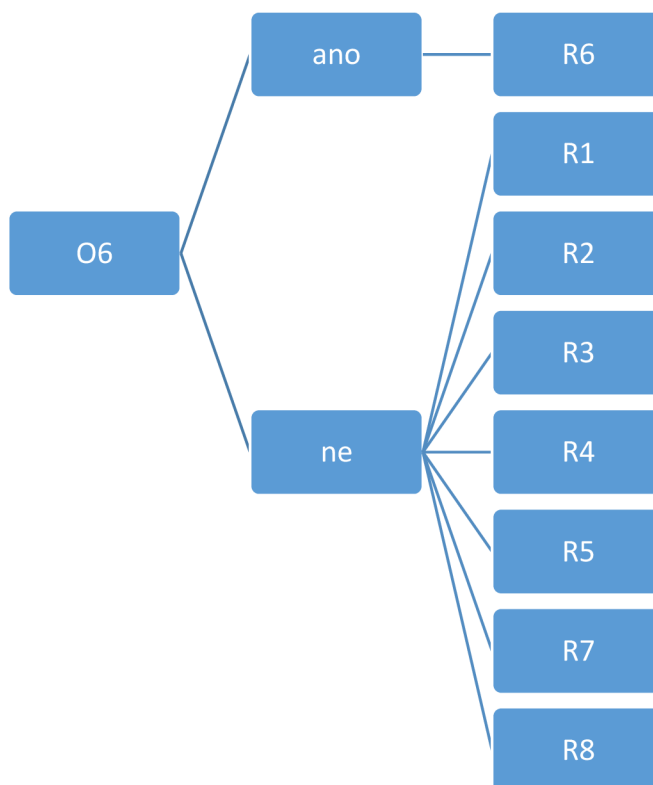
Zbylé čtyři respondentky R2, R3, R4 a R6 se shodly v tom, že během jejich pobytu na oddělení nebyly vždy všechny ošetrovatelské postupy dodržovány. Respondentka R2 si během své hospitalizace všimla hned několika nedostatků: „*...personál nedodržoval hygienickou desinfekci rukou, nepoužíval ochranné pomůcky, jako jsou rukavice například. Při odběru krve u druhé pacientky jsem si všimla nesprávného pořadí zkumavek*“ Respondentka R3: „*... například při odběrech neměla sestra ochranné rukavice.*“ Dle respondentky R4 docházelo během její hospitalizace k vážnějším pochybením: „*...nedodržování základní hygieny u pacientů byl základní problém, nedodržování jakýchkoliv postupů. Dále žádné bojování proti proleženinám – nepoužívání mastí či krémů na postižená místa, nepoužívání antidekubitních pomůcek a nepolohování pacienta.*“ Respondentka R6 byla ne zcela přesvědčena, zda se vysloveně jednalo o nedodržování ošetrovatelských postupů: „*Asi úplně ne. Pracovali tak, jak se pracuje ve většině případů – ano, určitě dodržovali základní pravidla, ale někdy se rychleji pracuje, když se něco udělá po svém a ne tak, jak to někdo od stolu napíše do standardů.*“

### **3.5 Kategorie II. - Dodržování hygienicko-epidemiologických zásad ošetřujícím personálem**

Cílem otázek v kategorii II. bylo zjistit, zda si ošetřující personál desinfikoval ruce při vstupu na pokoj, zda používal rukavice při odběrech venózní krve, a při zavádění periferního venózního katétru. Dále tato kategorie obsahuje otázky zjišťující, zda personál používal během hospitalizace dotazovaných respondentek pytle a barely na špinavé prádlo při ranních hygienách. Také nás zajímalo, zda ošetřující sestry používaly

sterilní rukavice při zavádění permanentních močových katétrů nebo zda při odběrech krve s sebou měly na pokojích barely na ostré předměty.

#### 6. Desinfikoval si personál ruce, když vešel na pokoj?



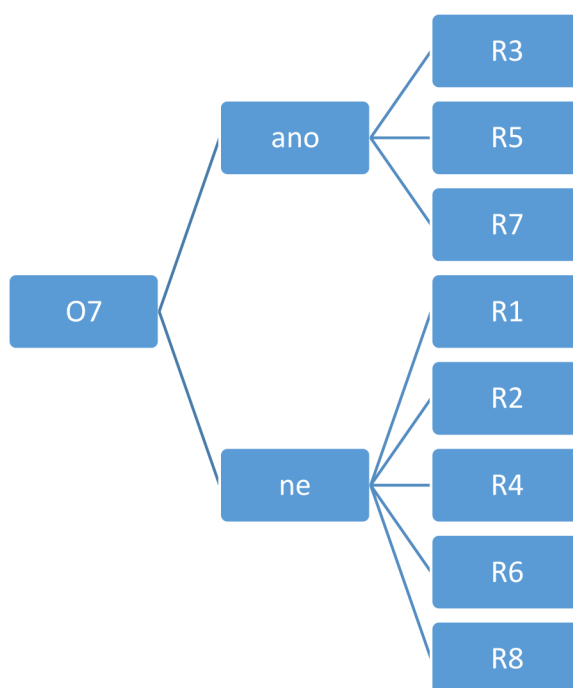
Obrázek č. 9 – Schéma k otázce 6 – Desinfekce rukou (Zdroj: autorka)

Ze schématu k otázce č. 6 vychází, že pouze jedna respondentka, a to respondentka R6 v průběhu své hospitalizace viděla, jak si personál při vstupu na pokoj desinfikuje ruce: „...všimla jsem si několikrát toho, že si desinfikovali ruce, když vstoupili na pokoj. Minimálně si cosi vtírali do rukou, jakože dělali takové ty klasické pohyby při desinfekci rukou, tak předpokládám, že to byla desinfekce, kterou měli na chodbě před pokojem.“

Ostatních 7 respondentek – R1, R2, R3, R4, R5, R7 a R8 – si při své hospitalizaci nevšimlo nebo vůbec nevidělo, že by si personál ruce při vstupu na pokoj desinfikoval. Respondentka R1 uvedla: „Spíše asi ne, ale všimla jsem si, že před každým výkonem si ruce desinfikovali a taky po každém výkonu...“ Respondentka R2 uvedla: „...personál si ruce nedesinfikoval.“ Respondentka R3 nezaznamenala, že by si personál ruce desinfikoval, ale viděla desinfekce umístěné na chodbě, tedy předpokládá, že si ruce desinfikovali tam: „...nikdy jsem nezaznamenala, že by před kontaktem s pacientem došlo k desinfekci rukou. Ale desinfekční prostředky se nacházely na

*chodbách celého oddělení, takže k desinfekci rukou, předpokládám, docházelo tam.*“ Respondentka R4 sdělila: „...*nikdy jsem si nevšimla, že by před kontaktem s pacientem došlo k desinfekci rukou.*“ Respondentka R5 uvedla: „*Nevím o tom, takže spíš ne.*“ Respondentka R7: „...*nevšimla jsem si toho, že by si při vstupu na pokoj někdo desinfikoval ruce.*“ Respondentka R8 sdělila: „*Hm,... spíš asi ne, nebo jsem si toho možná nevšimla.*“

**7. Používala všeobecná sestra rukavice, když Vám šla odebírat krev nebo zavést periferní venózní katétr?**



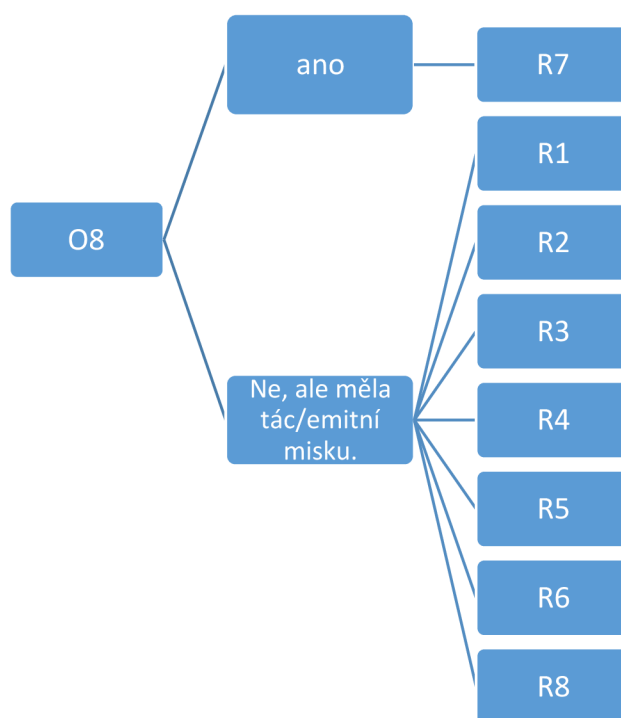
Obrázek č. 10 – Schéma k otázce č. 7 – Odběry venózní krve – rukavice (Zdroj: autorka)

Ze schématu k otázce č. 7 můžeme vyčíst, že během hospitalizace u tří respondentek používala ošetřující sestra při odběrech venózní krve nebo u zavádění periferního venózního katétru rukavice, a to konkrétně u respondentek R3, R5 a R7. Respondentka R3 uvedla, že někdy ošetřující sestry při odběrech venózní krve rukavice používaly a někdy ne: „*Samozřejmě se objevily někdy situace, kdy krev odebírající sestra odebírala bez ochranných rukavic.*“ Během hospitalizace u respondentky R5, měla ošetřující sestra rukavice u odběrů vždy: „...*rukavice měla pokaždé.*“ I respondentka R7 uvedla, že odebírající sestra měla rukavice vždy: „...*měla je sestra vždy, když šla vykonávat tyto výkony.*“



Ostatní respondentky – R1, R2, R4, R6 a R8 – uvedly, že během jejich hospitalizace odebírající sestra rukavice neměla. Respondentka R1 sdělila, že ze dvou odběrů jednou ošetřující sestra rukavice měla a jednou neměla: „...odebírající sestra jednou rukavice měla a podruhé ne. Co mě ale zaujalo, byla ta první sestra, která při odběru měla jednu rukavici na dominantní ruce. Nejspíš, aby si lépe mohla vyhmatat žílu a rukou v rukavici zasáhnout v případě, že by krev začala týct.“ Respondentka R2: „... sestry rukavice při odběrech krve neměly.“ Respondentka R6: „Na pouhý odběr a napíchnutí kanyly sestry neměly. Ale na napíchování epidurálního katétru lékař rukavice měl ...“ Respondentka R7 sdělila: „...nevybavuju si, že by mě odebírali v rukavicích.“ Respondentka R8 sdělila, že: „...několikrát mě odebírali a rukavice měla sestra asi jednou.“

#### 8. Použila všeobecná sestra u odběrů krve / zavádění periferního venózního katétru barel na ostré předměty?



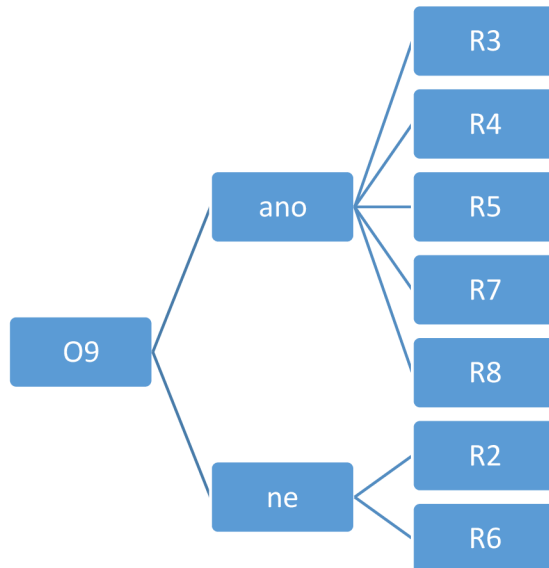
Obrázek č. 11 – Schéma k otázce č. 8 – Odběry venózní krve – barel na ostré předměty (Zdroj: autorka)

Ze schématu k otázce č. 8 vyplývá, že pouze jedna respondentka R7, viděla při své hospitalizaci, že její ošetřující sestra při odběru krve měla barel na ostré předměty: „Ano, měla ho u každého odběru krve.“

Zbýlých sedm respondentek – R1, R2, R3, R4, R5, R6 a R8 – vypovědělo, že ošetřující sestra nepoužívala barel na ostré předměty, ale pokaždé měla u odběru krve či zavádění periferního venózního katétru emitní misku nebo ták.

Respondentka R1 uvedla: „*Neměla barel, ale odebírající sestry chodily s emitní miskou.*“ Respondentka R2 vypověděla: „*...pokaždé přišly na pokoj s emitní miskou nebo některé s emitní miskou i tácem.*“ Respondentka R3, která ležela na JIP i standardním lůžkovém oddělení, uvedla: „*Na jednotce intenzivní péče používaly sestry barel na ostré předměty pokaždé. Na standardním oddělení používaly při odběrech vždy emitní misku.*“ Respondentka R4 sdělila: „*Pokaždé přišly sestry na pokoj s emitní miskou.*“ Respondentka R5 uvedla: „*...odběrová sestra si na odběry barel na ostré předměty nenosila. Ale měla u odběru emitní misku.*“ Respondentka R6 vypověděla: „*...myslím, že měla emitní misku, ale jistá si nejsem. Nicméně mě to nezaujalo, takže k žádným vážným nedostatkům asi nedošlo.*“ Respondentka R8 sdělila: „*Neměla barel, ale všechno měla na tácu i s emitkou.*“

### 9. Používal ošetřující personál k ranním hygienám/převlékání postelí pytle nebo barely na špinavé prádlo?



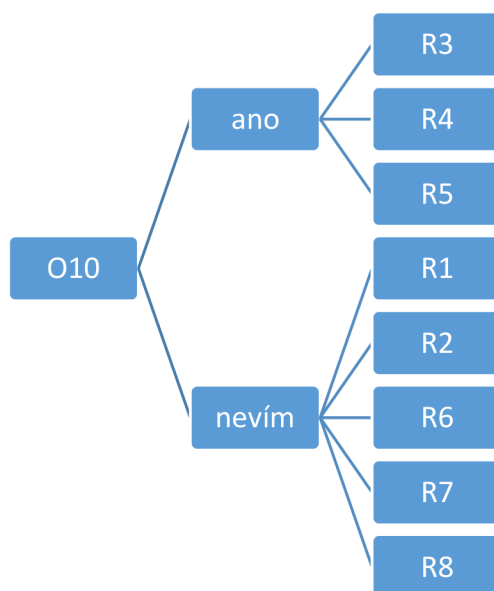
Obrázek č. 12 – Schéma k otázce č. 9 – Pytle na kontaminované prádlo (Zdroj: autorka)

Schéma k otázce č. 9 vykazuje, že šest respondentek – R3, R4, R5, R7, R8 – uvedlo, že ošetřovatelský personál používal u ranních hygien nebo u převlékání postelí barely na špinavé prádlo. Respondentka R3 řekla: „*...pokaždé byly pytle se špinavým*

*prádlem ponechány na chodbě...“ Respondentka R4 uvedla: „Ano, pokaždé.“ Respondentka R5 sdělila: „Ano, brali si je každé ráno a večer.“ Respondentka R7 souhlasila: „Ano, měli.“ Respondentka R8 doplnila: „...tuším, že pytle stály na chodbě, když dělali ranní hygieny.“*

Dvě respondentky R2 a R6 se nesetkaly s tím, že by personál používal barely na špinavé prádlo k ranním hygienám. Respondentka R2 řekla: *„...během celé mé hospitalizace jsem si nevšimla, že by s sebou tahali pytle na špinavé prádlo.“* Respondentka R6 sdělila: *„Asi spíše ne, nejsem si jistá, zda mi za ty tři dny postel vůbec převlíkali.“*

**10. V případě, že Vám byl zaváděn permanentní močový katétr, nebo jste byla svědkyní u vedle ležících pacientek, měla všeobecná sestra sterilní rukavice?**



Obrázek č. 13 – Schéma k otázce č. 10 – Zavádění PMK (Zdroj: autorka)

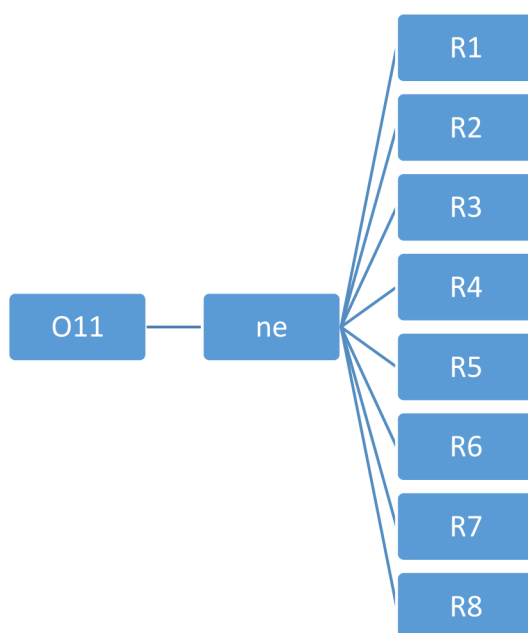
Ze schématu k otázce č. 10 vyplývá, že tři respondentky a to R3, R4 a R5 se setkaly s tím, že při jejich hospitalizaci si všeobecná sestra oblékala sterilní rukavice na zavádění permanentního močového katétru. Respondentka R3 sdělila: *„...té zaváděli cévku a ano, při zavádění použila sestra sterilní rukavice.“* Respondentka R4 uvedla: *„...při zavádění cévky měla sestra sterilní rukavice. A dokonce na sobě měli sterilní rukavice, když mě přijímali po méj autonehodě.“* Respondentka R5 zmínila: *„...viděla jsem, že si sestra bere sterilní rukavice. Ta druhá, co jí asistovala, měla rukavice nesterilní.“*

Ostatní respondentky – R1, R2, R6, R7 A R8 – uvedly, že dotazovaný výkon nepodstoupily a ani nebyly jeho svědky. Respondentka R1 sdělila: „*Nevím, během mojí hospitalizace jsem cévku neměla a vzhledem k tomu, že jsem na pokoji ležela sama, jsem zavádění u nikoho jiného neviděla.*“ Respondentka R2 uvedla: „*...cévku mi nezaváděli...*“ Respondentka R6 uvedla: „*Nevím, svědkyní jsem u této situace nebyla.*“ Respondentka R7 vypověděla: „*Při mém pobytu jsem u tohoto výkonu nebyla.*“ Respondentka R8 poznamenala: „*...cévku jsem neměla. Neviděla jsem, nedokážu říct.*“

### 3.6 Kategorie III. – Edukační proces v průběhu hospitalizace

Kategorie III. obsahuje otázky, kterými jsme se snažili zjistit, jaký obecný pohled mají respondentky na edukační proces. Zda v průběhu jejich hospitalizace byl edukační proces, kterým prošly, dostatečný a zda rozuměly všemu, co bylo potřeba. Dále nás zajímalo, jestli respondentky vycházely ze svých vlastních zkušeností a znalostí. V neposlední řadě nás zajímalo, zda byl personál ochotný případná nedorozumění znovu vysvětlit či znovu zopakovat.

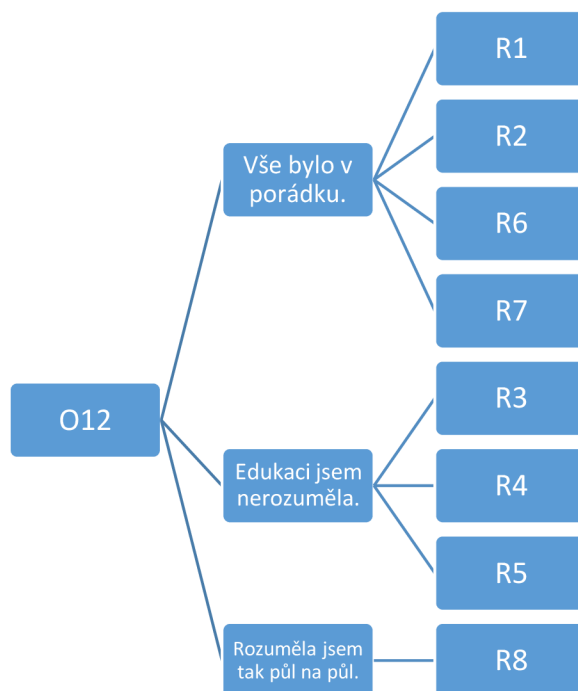
#### 11. Domníváte se, že zdravotník v roli pacienta ví vše, co potřebuje, a nepotřebuje edukovat či vysvětlit nastalou situaci?



Obrázek č. 14 – Schéma k otázce č. 11 – Edukace (Zdroj: autorka)

Schéma k otázce č. 11 ukazuje, že se všech osm respondentek – R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7 a R8 – shodlo, že zdravotník v roli pacienta by měl edukačním procesem projít stejně jako nezdravotník. Respondentka R1 uvedla: „*To se nedomnívám. Myslím si, že je dobré edukovat pacienta i přes to, že je zdravotník. Pro upevnění informací, aby nedošlo k pochybení například při přípravě na zákrok. Zdravotník může být zaměstnaný například několik let na ambulanci a to, jak se má připravit na operační zákrok nebo co a jak očekávat, zkrátka nemusí vědět.*“ Respondentka R2 sdělila: „*Učený z nebe nespádl, jak se říká. Vždy se najde něco, co zdravotník neví, nemusí být z oboru nebo neví, co ho čeká a na co se připravit. Navíc působí činitelé, jako je stres, takže z mého pohledu je edukace na místě.*“ Respondentka R3 uvedla: „*... To, že je pacient zrovna se zdravotnickým zaměřením, neznamená, že se orientuje ve všem, co se týká zdravotnických postupů. Podle mého je vždy lepší vše důkladně vysvětlit...*“ A ještě dodává: „*... nerozlišovala bych zdravotníka a laika. V případě, kdy by zdravotník v téhle roli odmítal edukaci, brala bych na zřetel jeho rozhodnutí.*“ Respondentka R4 sdělila: „*Dle mého názoru je vždy důležité s pacientem komunikovat. To znamená zeptat se, jestli má s daným úkonem zkušenost, zda chce něco vysvětlit...*“ Respondentka R5 vypověděla: „*Každý pacient má svá práva a nerozlišuje se zde, zda je z oboru nebo ne...*“ Respondentka R6 řekla: „*Já jsem se vůbec jako zdravotník necítila. Byla jsem těhotná ženská, co poprvé rodí, a nevěděla jsem v tu chvíli nic. Potřebovala jsem slyšet úplně vše, jako by to bylo poprvé.*“ Respondentka R7 uvedla: „*Ne. Nikdo neví vše. Každý dělá na oddělení s nějakým zaměřením, tudíž nejvíce ví o tom svém, a když se dostane například zdravotník z plicního na chirurgii kvůli operaci žlučníku, tak ví základ, ale podrobnosti ne.*“ Respondentka R8 míní: „*Řekla bych, že i když se jedná o zdravotníka, tak je například ve stresu, protože se jedná o jeho zdraví. Tedy jsem přesvědčená o tom, že by se měl edukovat každý, bez ohledu na to, zda je nebo není zdravotník.*“

## 12. Jak to bylo v rámci hospitalizace ve Vašem případě? Byla jste dostatečně edukována před a po výkonu?



Obrázek č. 15 – Schéma k otázce č. 12 – Dostatečnost edukace (Zdroj: autorka)

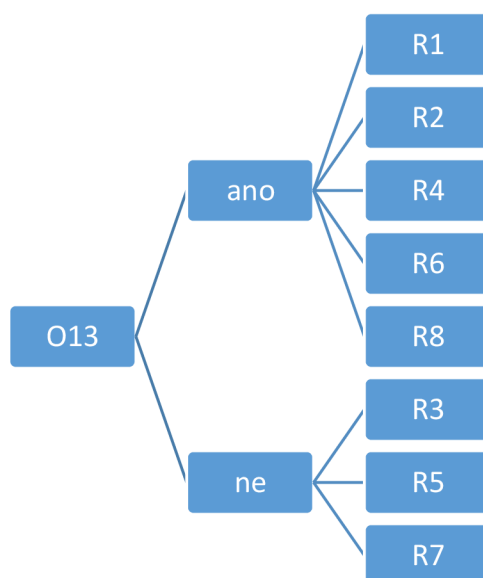
Schéma k otázce č. 12 nám ukazuje, že čtyři respondentky, a to R1, R2, R6 a R7, byly během své hospitalizace dobře edukovány. Věděly přesně, co je čeká v rámci zákroku, na co se mají připravit před ním a co mohou očekávat po něm. Respondentka R1 uvedla: „Byla jsem dostatečně edukovaná ve všech směrech a všemu všem rozuměla.“ Respondentka R2 poznamenala: „Úplně všemu jsem rozuměla. Edukace, která proběhla, byla hned po zákroku, kdy mi sestra vysvětlila, jak mám s ránou vstávat z postele...“ Respondentka R6 řekla: „Všemu jsem rozuměla. Všechno mi sestřičky říkaly, vysvětlily a byly opravdu ochotné.“ Respondentka R7 řekla: „Všemu jsem naprosto rozuměla. Neměla jsem sebemenší problém.“

Dále ze schématu můžeme vyčíst, že další tři respondentky, a to R3, R4 a R5, proběhlé edukaci nerozuměly. Respondentka R3 uvedla: „...Samozřejmě nastaly situace, kdy jsem si nebyla úplně jistá v určitých momentech po vysvětlení zdravotnickým personálem. Proto jsem neváhala a požádala, aby mi daná situace byla konkrétněji vysvětlená...“ Respondentka R4 měla problém s personálem po celou dobu hospitalizace, jak vysvětluje: „Edukaci jsem nerozuměla. Jak jsem už říkala, personál

*neměl chuť se nijak vybavovat. Vše šlo rychle, a jelikož mi bylo nepříjemné s personálem více komunikovat, raději jsem se neptala.“ Respondentka R5 sdělila: „Byly samozřejmě i výjimky, kdy jsem nerozuměla nějakému odbornému termínu, který edukace obsahovala. A protože jsem nebyla moc komunikativní, vždy jsem si neznámé slovo následně vyhledala třeba na internetu.“*

Jedna respondentka R8 sdělila, že edukaci, kterou prošla při hospitalizaci, pochopila tak napůl: *„Řekla bych, že jsem to všechno pochopila tak půl na půl. Něčemu jsem rozuměla a někdy mi přišlo, že sama edukační sestra trochu tápe. Ale třeba v tom byla nová a dneska už to umí pacientovi předat líp.“*

### 13. Věděla jste přesně, co Vás čeká v rámci výkonu, případně co a jak máte dělat, po proběhlé edukaci?



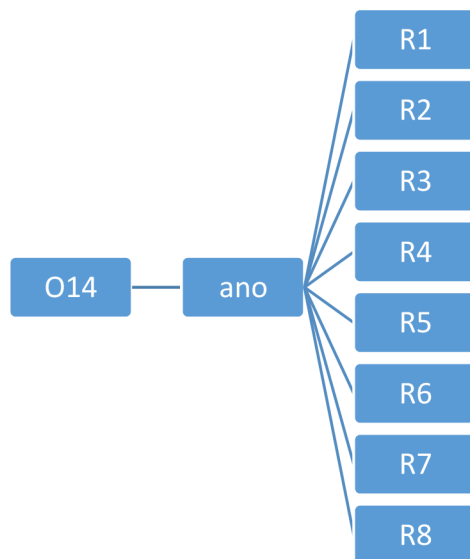
Obrázek č. 16 – Schéma k otázce č. 13 – Srozumitelnost edukace (Zdroj: autorka)

Ze schématu k otázce č. 13 vyplývá, že pět respondentek – R1, R2, R4, R6 a R8 – přesně vědělo, co a jak je čeká v rámci výkonu. Respondentka R1 uvedla: *„Přišel za mnou i anesteziolog a dovysvětlil mi i následující průběh po příjezdu na sál. Rozuměla jsem tedy naprosto všemu.“* Respondentka R2 sdělila: *„Ano, pan doktor mi před výkonem vše vysvětlil. Potom mi vše zopakoval na předsáli a zeptal se, zda nemám ještě nějaké dotazy.“* Respondentka R4 poznamenala: *„Jelikož jsem z oboru, tak jsem většinu úkonů znala. Na traumatologii v Ústí nad Labem jsem byla cca 4 dny, tak tam tolik výkonů nebylo třeba. Když jsem ležela na JIPu, vše mi bylo perfektně vysvětleno,*

*personál byl mladý, komunikativní a jednoduše úžasný.*“ Respondentka R6 zmínila: *„Na cokoliv jsem se ptala, neměla jsem pocit, že je obtěžuji nebo že si vymýšlím. Byla jsem naprosto v obraze.“* Respondentka R8 uvedla: *„Věděla jsem přesně, co mě čeká. I navzdory lehce skřípající edukaci jsme vše dali dohromady.“*

Dále je ze schématu patrné, že tři respondentky, a to R3, R5 a R7, úplně ne vše věděly. Respondentka R3 uvedla: *„Ze začátku, když jsem byla hospitalizovaná a necítila se moc dobře, tak jsem byla z některých vysvětlování ze strany personálu zmatenější. Když se člověk necítí dobře, nebere některé věci moc na zřetel...“* Naštěstí respondentce odpověděli na veškeré dotazy a v konečném důsledku věděla vše, co potřebovala. Respondentka R5 uvedla: *„Popravdě jsem byla v tomto období dost nedůvěřivá. A to hlavně ke zdravotnictví celkově. Léčila jsem se totiž s mentální anorexií a takovému člověku těžko něco vysvětlíte nebo namluvíte.“* Respondentka R7 sdělila: *„Vše jsem nevěděla, něco jsem věděla ze školy, něco jsem si našla sama na internetu a na zbytek jsem se vyptala lékařů a sester u příjmu. Takže jedna edukace jako taková určitě nestačila.“*

#### 14. Vycházela jste i z vlastních znalostí a zkušeností?



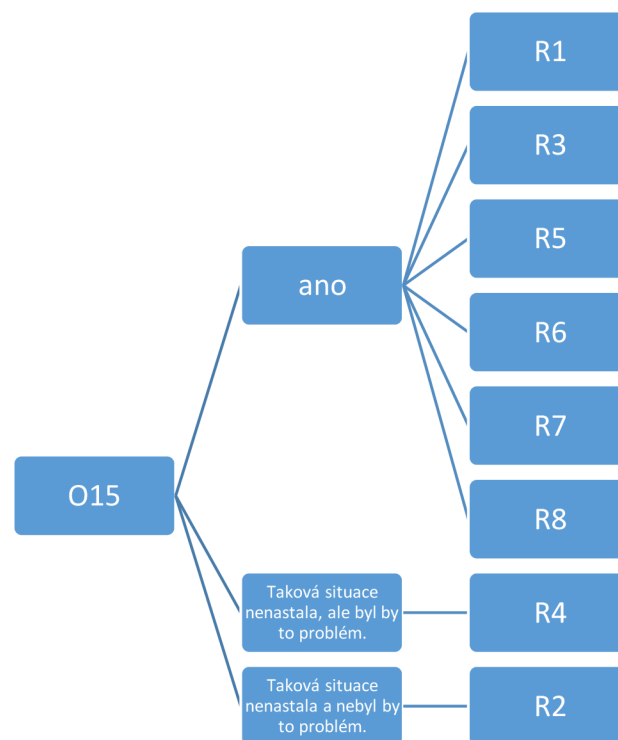
Obrázek č. 17 – Schéma k otázce č. 14 – Vlastní zkušenosti (Zdroj: autorka)

Schéma k otázce č. 14 vykazuje, že všechny respondentky navzdory sebelepší edukaci vycházely i ze svých vlastních zkušeností a znalostí. Respondentka R1 uvedla: *„...samozřejmě, že jsem vycházela i ze svých znalostí. Nespolehala jsem se slepě na edukaci jako takovou.“* Respondentka R2 sdělila: *„Z vlastních zkušeností a znalostí*



*jsem vycházela pak v pooperačním období. Tím mám na mysli například klidový režim, dietní stravu a podobně.*“ Respondentka R3 uvedla: *„Když to vezmu kolem a kolem, principy vyšetření nebo následných ošetrovacích technik mi byly známy už ze studia, takže jsem měla výhodu oproti běžnému pacientovi bez zdravotnického zaměření.“* Respondentka R4 řekla: *„Ano, vycházela. Myslím, že obecně zdravotník vždy bude vycházet z nějakých svých zkušeností, pokud nějaké má a nenechá se slepě vést.“* Respondentka R5 zmínila: *„Víceméně ano. Něco jsem znala ze školy, což byla v tu chvíli docela výhoda.“* Respondentka R6 podotkla: *„Možná jsem po porodu i vzkřísila nějaké vzpomínky na praxi s dětmi, ale spíš, co se týká miminka, jsem se ptala a sestry mi vše vysvětlily, abych měla možnost to pochopit. Případně mi tu danou věc ukázaly. Samozřejmě u obecných úkonů, které pro mě nebyly nové, jsem ze svých znalostí vycházela.“* Respondentka R7 uvedla: *„V některých případech jsem přesně věděla, co se bude dít díky svým zkušenostem.“* Respondentka R8 sdělila: *„Ano, vycházela jsem vesměs i ze svých znalostí. Nenechám si přece všet bulíky na nos.“* Na záznamu se respondentka směje.

**15. Byla sestra ochotná Vám případně znovu zopakovat/vysvětlit věci, kterým jste neporozuměla?**



Obrázek č. 18 – Schéma k otázce č. 15 – Ochota personálu (Zdroj: autorka)

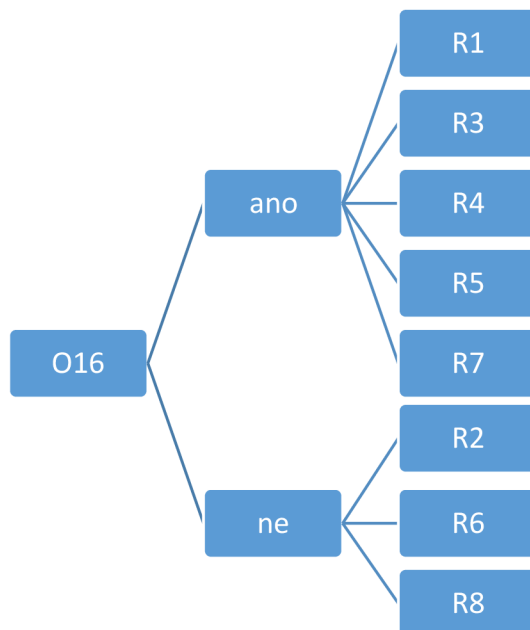
Ze schématu k otázce č. 15 vyplývá, že šest respondentek nemělo během své hospitalizace problém s ochotou personálu. Personál byl ochotný jim zopakovat věci, kterým neporozuměly nebo pro ně byly nesrozumitelné. Respondentka R1 uvedla: *„Ano, dovysvětlili mi vše, co mi nebylo jasné a následně už jsem věděla vše, co bylo třeba.“* Respondentka R3 sdělila: *„Ano, vždy když jsem nerozuměla nějakému zdravotnímu termínu nebo jsem nevěděla, co se bude dít na některém z vyšetření, sestra byla vždy ochotná mi vysvětlit, co a jak bude následovat ...“* Respondentka R5 řekla: *„To určitě byla sestra ochotná. Nikdy se nestalo, že by mi sestra odmítla něco zopakovat...“* Respondentka R6 uvedla: *„Ano, vše, co jsem potřebovala znovu vědět, mi klidně zopakovali.“* Respondentka R7 řekla: *„Veškerý personál byl velmi vstřícný a ve všem byl ochotný pomoci.“* Respondentka R8 sdělila: *„Ale jo, personál byl a na výjimky velice ochotný.“*

Ze schématu dále můžeme vyčíst, že respondentka R4 uvedla, že taková situace sice nenastala, ale myslí si, že by jí personál nebyl ochotný danou věc zopakovat znovu nebo hlouběji vysvětlit: *„Pokud bychom se stále bavily o traumatologii, o které jsem už mluvila, tak tam si myslím, že by to určitě problém byl. Ale taková situace nenastala...“* Oproti tomu respondentka R2 si myslí pravý opak: *„Pokud by taková situace nastala, tak si myslím, že by mi vše bylo bez problému vysvětleno znovu.“*

### **3.7 Kategorie IV. – Ovlivnění zdravotníka v jeho dalším profesním životě**

Tato kategorie obsahuje jedinou otázku. Zajímalo nás, zda dotazované respondentky jejich výměna rolí z ošetřující sestry za pacientskou nějak dál ovlivnila v jejich dalším profesním životě.

## 16. Ovlivnila Vás hospitalizace a zkušenosti v patientské roli ve Vašem dalším profesním životě?



Obrázek č. 19 – Schéma k otázce č. 16 – Další profesní život (Zdroj: autorka)

Schéma k otázce č. 16 nám ukazuje, že pět respondentek, a to respondentky R1, R3, R4, R5 a R7, odpovědělo, že je jejich hospitalizace a zkušenost s výměnou rolí pozitivně ovlivnila v jejich následujícím profesním životě. Respondentka R1 sdělila: „*Určitě. Už z pohledu přístupu k nemocným a vlastně i v chování k nim. Obecně si myslím, že vcítit se empaticky do nemocného nebývá až takový problém. Spíš je to přínosné v pohledu hospitalizovaného zdravotníka, jako pacienta na personál.*“ Respondentka R3 uvedla: „*Určitě ano, myslím si, že každý zdravotník, který se někdy nacházel v roli pacienta, se dokáže vcítit do kůže hospitalizovaného člověka daleko více...*“ Respondentka R4, která zažila nemilé chování ze strany personálu během hospitalizace, uvedla: „*Ano, v mém profesním životě mě celá moje hospitalizace ovlivnila. Mohla jsem si hezky porovnat ošetřující týmy ve smyslu usměvavý a komunikativní tým z JIPu a práce a čehokoliv neochotný tým z ústecké traumatologie...*“ A dodává: „*...Snažím se, aby nemocní v mých rukách nezaživali právě se tvořící proleženiny a ten pocit „nemoc se sám umýt, tak zůstaň neumytý.“*“ Respondentka R5 uvedla: „*I když samozřejmě není příjemné se ocitnout v roli pacienta, dá to člověku docela nadhled. Osobně si myslím, že by se téměř každá profese měla poznat i z té druhé stránky. Hospitalizace a zkušenosti s ní mi*

*následně, když jsem se vrátila k oboru, pomohly se více vcítit do nemocného.“*

Respondentka R7 se vyjádřila k otázce velmi stručně: *„Ano, je pro mě snazší se vcítit do nemocného a jeho potřeb.“*

Dále můžeme ze schématu vyčíst, že tři respondentky – R2, R6 a R8 – jejich hospitalizace nijak neovlivnila. Respondentka R2 uvedla: *„Ne, nijak mě moje hospitalizace neovlivnila. Nikdy jsem neměla problém s empatií a vcítěním se do mých pacientů.“* Respondentka R6 sdělila: *„Ne, nemyslím si, že by mě to nějak ovlivnilo. Určitě se do některých pacientů nebo rodiny dokážu vcítit. Někdy je to obtížné a někdy se mi to nechce ani zkoušet.“* A respondentka R8 poznamenala: *„Ne, myslím, že jsem vždy byla empatická osoba. Takže jsem se do pacientů dokázala vcítit i bez této zkušenosti. Ale rozhodně si nemyslím, že by mi obecně tato zkušenost nic nepřinesla, v mém profesním životě mě ale nijak neovlivnila.“*

### **3.8 Analýza výzkumných cílů a otázek**

V této části analyzujeme poznatky z výzkumné části na základě rozhovorů s osmi respondentkami, které podstoupily hospitalizaci.

První výzkumný cíl práce jsme vytyčili takto: **Zjistit, jak respondenti hodnotí ošetrovatelské postupy ošetrujícího personálu na základě vlastních znalostí.** K tomuto cíli jsme vytvořili výzkumnou otázku: **Jak respondenti hodnotí práci ošetrovatelského personálu?** Tento cíl byl **splněn** díky cíleným otázkám 1 – 5. Zjistili jsme, že všechny respondentky sledovaly se zájmem práci ošetrovatelského personálu během jejich hospitalizace. Hodnotily tak nejen jeho práci, co se ošetrovatelských postupů týká, ale také jak se chovají ve svém přirozeném nemocničním prostředí a jak jednájí s ostatními pacienty. Pouze jedna respondentka uvedla, že práci ošetrovatelského personálu nesledovala nijak vědomě, ale i tak ji v konečném důsledku zajímalo, co a jak personál dělá.

Dále jsme zjistili, že celkem šest respondentek zažilo nebo bylo svědky neprofesionálního či hrubého chování k ostatním pacientům. Pouze dvě respondentky se s neprofesionálním nebo hrubým chováním nesetkaly. Navzdory tomu následně na otázku, zda byl přístup personálu takový, jaký očekávaly, šest respondentek odpovědělo, že ano. Dvě respondentky nebyly s přístupem personálu spokojené.

Dále jsme zjistili, že ve třech případech byl personál k respondentkám vstřícnější v případě, když vyšlo najevo, že jsou zdravotnice. U dvou respondentek si personál dával pozor na své chování a na komunikaci s nimi. V jednom případě respondentka nevěděla, zda personál vůbec ví, že je z oboru. Pouze u dvou respondentek byl přístup stejný jako před tím, než personál tuto informaci měl.

Také jsme dále zjistili, že čtyři respondentky uvedly, že z jejich pohledu ošetrovatelský personál dodržoval ošetrovatelské postupy. Oproti tomu čtyři respondentky byly opačného názoru a dle nich personál ošetrovatelské postupy nedodržoval. Jedna respondentka si všimla, že personál nedodržoval hygienickou desinfekci rukou, nepoužíval ochranné pomůcky nebo nedocházelo ke správnému pořadí zkumavek při odběrech krve.

Druhý výzkumný cíl práce jsme stanovili takto: **Zjistit, jak respondenti hodnotí dodržování hygienicko-epidemiologických zásad ošetřujícím personálem.** K tomuto cíli jsme vytvořili výzkumnou otázku: **Dodržoval ošetrovatelský personál předepsané hygienicko-epidemiologické zásady?** Tento cíl byl **splněn** otázkami 6 – 10. Díky těmto otázkám jsme zjistili, že dle jedné respondentky si personál desinfikoval ruce před kontaktem s pacientem, když vešel na pokoj. Sedm respondentek vypovědělo, že si nevšimly, že by si personál ruce desinfikoval, nebo si ruce dle nich nedesinfikoval vůbec. Jedna respondentka uvedla, že sice neviděla, že by si personál ruce desinfikoval, ale všimla si, že na daném oddělení mají desinfekce na ruce umístěné na chodbách. Proto v dobrém smýšlení o personálu si myslí, že si ruce desinfikovali tam.

S tím souvisí i další informace, které jsme zjistili. Tři respondentky odpověděly, že ošetřující sestry používaly rukavice na odběry venózní krve či na zavádění periferního venózního katétru. Pět respondentek uvedlo, že ošetřující sestry rukavice na odběry. Dále jsme zjistili, že pouze jedna respondentka viděla odebírající sestru u každého odběru krve či zavádění periferního venózního katétru vybavenou barelem na ostré předměty. Zbýlých sedm respondentek uvedlo, že ošetřující sestry barely na ostré předměty nenosily, ale měly alespoň emitní misku nebo ták. Jedna respondentka, která nejprve byla hospitalizovaná na JIP uvedla, že tam si ošetřující sestry barely na ostré předměty nosily, ovšem na standardním lůžkovém oddělení již nikoliv.

Také jsme zjistili, že šest respondentek si všimlo, že ošetrovatelský personál používal na ranní hygieny a převlékání postelí barely či pytle na špinavé prádlo. Pouze dvě respondentky uvedly, že o této skutečnosti nevědí nebo si jí nevšimly. V poslední

řadě v souvislosti s touto výzkumnou otázkou jsme zjistili, že tři respondentky viděly, že ošetřující sestra má sterilní rukavice při zavádění permanentního močového katétru. Jedna respondentka z nich uvedla, že když zaváděly dvě sestry permanentní močový katétru, tak jedna měla sterilní rukavice a ta druhá, která zavádějící sestře asistovala, měla rukavice nesterilní. Pět respondentek odpovědělo, že nevědí, zda měla zavádějící sestra sterilní rukavice, tento výkon nepodstoupily nebo ani nebyly svědkyněmi toho, že by permanentní močový katétru zaváděl personál jiným pacientkám.

Třetí výzkumný cíl práce jsme stanovili takto: **Zjistit, jak respondenti hodnotí edukační proces.** K tomuto cíli jsme vytvořili následující výzkumnou otázku: **Jak respondenti hodnotí edukační proces?** Tento cíl byl **splněn** otázkami 11 – 15. Zjistili jsme, že všech osm respondentek považuje edukační proces za důležitý pilíř při hospitalizaci i v případě, že dojde k hospitalizaci zdravotníka. Setkávali jsme se s názorem respondentek, že zdravotník nemusí vědět automaticky naprosto vše. Respondentky se shodly na tom, že i když hospitalizovaný zdravotník obecně ví, co může od případných vyšetření a zákroků čekat, působí zde obava o jeho vlastní zdraví a další důležitý faktor, a tím je stres. Co se týká edukačního procesu u respondentek, které jsme oslovili, tak čtyři respondentky neměly žádný problém s edukací, kterou při své hospitalizaci podstoupily. Vše dle nich bylo v pořádku a naprosto všemu rozuměly. Další tři respondentky po ukončení edukace ne úplně všemu rozuměly. Dvě z nich se následně opětovně zeptaly na věci, kterým nerozuměly. Jedna respondentka měla tak odmítavý postoj k personálu, jaký si on nastolil k ní, a odmítala se znovu doptávat na věci, kterým nerozuměla. Jedna respondentka edukaci pochopila dle svých slov napůl. Myslí si, že edukační sestra, se kterou hovořila, byla na oddělení nová a neuměla informace pacientům zcela adekvátně předat.

S těmito informacemi souvisela i otázka, zda tedy respondentky věděly, co je při hospitalizaci čeká. Pět respondentek odpovědělo, že ano. Některé vše věděly hned, a to vzhledem k brilantní edukaci anebo případně vlastním znalostem. Některé respondentky musely klást doplňující otázky nebo si uniklé informace dohledaly na internetu a následně věděly vše, co potřebovaly. Tři respondentky odpověděly, že nevěděly, co je čeká.

Dále jsme zjistili, že všech osm respondentek vycházelo ze svých zkušeností a znalostí navzdory podstoupeným edukacím. V poslední řadě nás zajímalo, zda byl personál ochotný hospitalizovaným respondentkám odpovědět na doplňující dotazy, případně zopakovat věci, kterým nerozuměly. Šest respondentek nemělo s personálem

z tohoto ohledu vůbec žádný problém. Vysvětlili jim a zopakovali vše, co potřebovaly vědět. Jedna respondentka vypověděla, že se sice nestalo, že by potřebovala něco opakovat nebo dovysvětlit ale je si jistá, že by to nečinilo ošetřujícímu personálu žádné potíže. Oproti tomu jedna respondentka vypověděla, že se nestalo, že by se dožadovala opakování nebo vysvětlení ale je si naprosto jistá, že by personál neměl sebemenší zájem jí vyjít vstříc.

Úplně v poslední řadě nás zajímalo, zda dotazované respondentky ovlivnila jejich hospitalizace v jejich dalším profesním životě. Pět respondentek si myslí, že ano, že jim výměna rolí pomohla k větší empatii vůči jejich pacientům. Že mají větší snahu se vcítit do jejich potřeb a požadavků. Snaží se vyvarovat chyb, které ony samy v rámci poskytnuté ošetrovatelské péče pocítily a zažily. Oproti tomu tři respondentky si myslí, že je výměna rolí nijak nezasáhla, ani nikam v poskytování péče neposunula. Dvě z těchto respondentek míní, že i před hospitalizací byly dost empatické a uměly se natolik vcítit do nemocného pacienta, že je hospitalizace v podstatě neměla v profesi kam posunout, ale považují to za dobrou zkušenost. Zbylá respondentka z těchto tří si nemyslí, že by jí to vůbec nějak ovlivnilo. Domnívá se, že se dokáže vcítit do nemocných a jejich rodin i bez zkušenosti ze své vlastní hospitalizace, ale někdy se jí do nemocných pacientů vcítovat nechce.

## 4 Diskuze

Bakalářská práce se zaměřuje na roli všeobecných sester, které mají zkušenost se svou vlastní hospitalizací v nemocničních zařízeních a zkusily si tak výměnu rolí ve smyslu sestra-pacient. Celkem jsme si stanovili tři cíle. K jejich dosažení jsme použili metodu kvalitativního výzkumného šetření a techniku částečně strukturovaného nestandardizovaného rozhovoru. Oslovili jsme osm respondentek, které jsou všeobecné sestry vykonávající svou profesi na standardním lůžkovém interním oddělení v nemocnici v Turnově, a které podstoupily hospitalizaci. Rozhovory s respondentkami jsme nahrávali na mobilní telefon v aplikaci diktafon. Žádná z respondentek neuvedla nesouhlas s nahráváním rozhovoru nebo nevyjádřila nelibost s účastí ve výzkumu. Vytyčili jsme tři výzkumné cíle. K těmto cílům jsme vypracovali celkem 22 otázek, které byly rozčleněny do čtyř kategorií:

1. ošetrovatelské postupy a přístup ošetrovatelského personálu,
2. dodržování hygienicko-epidemiologických zásad ošetřujícím personálem,
3. edukační proces v průběhu hospitalizace,
4. ovlivnění zdravotníka v jeho dalším profesním životě.

Identifikační údaje jsou pro lepší přehlednost uvedeny zvlášť. Výsledky těchto rozhovorů jsme znázornili v grafických schématech.

Prvním cílem bylo zjistit, **jak respondenti hodnotí ošetrovatelské postupy ošetřujícího personálu na základě vlastních znalostí**. K tomuto cíli jsme vytvořili jednu kategorii a pět otázek. Z výzkumu vyplynulo, že všechny respondentkyjevily zájem o práci ošetřujícího personálu, s výjimkami, kdy jim nebylo zdravotně dobře. Šest z osmi respondentek zažilo nebo bylo svědkyněmi hrubého či neprofesionálního chování k ostatním pacientům. Tento fakt se dostává do rozporu s tvrzením, že ošetřující sestra je schopna podřídit svoji emocionalitu vždy rozumové kontrole. Že je ošetřující sestra schopna zaujmout svoji roli ke všem pacientům bez ohledu na vlastní postoje k nim, nebo že vychází zásadně z potřeb nemocného (Plevová, 2018). U jedné z respondentek zcela chyběl lidský přístup a docházelo i k ignorování jejích potřeb, které by v rámci chování k hospitalizovanému pacientovi neměly být přehlíženy (Svěráková, 2012). Navzdory tomu, jsme následně zjistili, že i navzdory těmto zkušenostem u šesti z osmi respondentek byl přístup personálu k nim přesně takový, jaký očekávaly. U více než poloviny respondentek jsme zjistili, že se k nim personál choval jinak a lépe, když zjistil, že jsou zdravotnice. Ve všech těchto případech byl



personál vstřícnější, dával si pozor na to, jak se k respondentkám chová, a vlídněji a profesionálněji s nimi komunikoval. Jak píše Zacharová, komunikace je zkrátka základem dnešního ošetrovatelství. Je potřeba, aby si personál uvědomil, že jim pacient nemusí nevhodný projev odpustit. Je důležité, aby personál chtěl s pacientem komunikovat, a aby s ním komunikovat uměl (Zacharová, 2016). Podle poloviny respondentek dodržoval personál ošetrovatelské postupy a podle druhé poloviny dotazovaných v našem průzkumu nedodržoval nebo v jeho postupech vnímaly určité drobné nedostatky. Pověštinou si respondentky všimaly, že personál nepoužíval ochranné pomůcky, nedesinfikoval si ruce nebo nenosil rukavice na odběry venózní krve. Například respondentka R2 vnímala při své hospitalizaci několik nedostatků: „...personál nedodržoval hygienickou desinfekci rukou, nepoužíval ochranné pomůcky, jako jsou rukavice například. Při odběru krve u druhé pacientky jsem si všimla nesprávného pořadí zkumavek.“

Druhý cíl jsme stanovili takto: **Zjistit, jak respondenti hodnotí dodržování hygienicko-epidemiologických zásad ošetřujícím personálem.** K tomuto cíli jsme vytvořili jednu kategorii a pět otázek. Během výzkumu jsme zjistili, že personál si povětšinou nedesinfikoval ruce, respondentky si toho nevšimly nebo nebyly svědkyněmi desinfekce rukou u ošetřujícího personálu. Uvádí se, že více než 60 % infekcí je přeneseno rukama zdravotníků, proto dekontaminace rukou patří mezi jednu z nejdůležitějších prevencí (Vytejková, et al., 2011). Pět respondentek uvedlo, že si ošetřující sestry nebraly ochranné rukavice na odběry krve nebo na zavádění periferního venózního katétru. Vzhledem k tomu, že veškerý biologický materiál je třeba považovat za infekční a je potřeba mít vždy ochranné rukavice (Vytejková, et al., 2013), v těchto případech personál hazardoval se svým zdravím. Myslíme si zároveň, že vzhledem k epidemiologické situaci, ve které se zdravotnictví nachází ve smyslu onemocnění Covid-19, dnes nenajdeme zdravotníka, který by si neuvědomoval závažnost nepoužívání ochranných pomůcek. Z našeho výzkumu dále vyplynulo, že si ošetřující sestry nosily na odběry krve a zavádění periferních venózních katétrů převážně emitní misky. Barely na ostré předměty s sebou většinou neměly – výjimkou byly sestry na JIPových odděleních. Šest z osmi respondentek uvedlo, že personál používal na stlaní postelí a k ranním hygienám pytle a barely na špinavé a kontaminované prádlo. Dvě respondentky uvedly, že si toho zřejmě nevšimly, anebo nevědí. I zde si myslíme, že epidemiologická situace posledního roku vyrovnala větší či menší nedostatky, kterých

se zdravotnický personál dopouštěl v rámci přenášení kontaminovaných lůžkovin do pytlů na ně určené.

Vytejšková uvádí, že při zavádění permanentního močového katétru by měly být mulové čtverce, mulové tamponky a rukavice sterilní, z důvodu možnosti přenosu infekce do močového měchýře a močových cest (Vytejšková, et al., 2011). V této souvislosti jsme zjistili, že tři respondentky viděly, že ošetřující sestra zaváděla permanentní močový katétr ve sterilních rukavicích. Pět respondentek neví nebo nevidělo ošetřující sestru permanentní močový katétr zavádět.

Třetí stanovený cíl zní takto: **Zjistit, jak respondenti hodnotí edukační proces.** K tomuto cíli jsme vytvořili jednu kategorii a pět otázek. Zde jsme zjistili, že všechny oslovené respondentky si myslí, že edukační proces je jedním ze základních pilířů v rámci hospitalizace. S tímto tvrzením by jistě souhlasila i Marcela Svěráková, která uvádí, že výchovně vzdělávací činnosti zdravotníků se přikládá velký význam (Svěráková, 2012). Respondentky by nedělaly rozdíl mezi hospitalizací zdravotníka a nezdravotníka. Velmi dobře si uvědomují, že hospitalizovaný zdravotník může mít širší vědomostí z úplně jiných oborů, než ve kterém se sám léčí. Další aspekty, které dle dotazovaných ovlivňují, zda je nebo není potřeba zdravotníka edukovat, je stres, strach o své vlastní zdraví nebo potřeba danou věc slyšet. Jedna respondentka zmínila, že pokud by hospitalizovaný zdravotník odmítl být v jakémkoliv smyslu edukován, jeho přání by respektovala. Dále jsme zjistili, že polovina respondentek neměla žádný problém s edukací, kterou podstoupily – vše bylo v pořádku a všemu rozuměly. Další tři respondentky po ukončení edukace uvedly, že ne všemu sdělenému rozuměly. Bylo potřeba se doptat a nechat si znovu vysvětlit několik skutečností. Jedna respondentka z nich tak neučinila, protože personál k ní měl po celou dobu hospitalizace odmítavý a negativní přístup. Personál nerozvíjel respondentčiny dovednosti, které by směřovaly ke zvládnutí jejího zdravotního problému, ani nepomáhal udržovat optimální úroveň zdraví přesně tak, jak by měl (Svěráková, 2012). Poslední respondentka uvedla, že jí přišlo, že edukační sestra nebyla zcela zběhlá ve svém edukačním počínání. Podle Svěrákové by sestra v roli edukátorky měla mít potřebné znalosti z oblasti medicíny a ošetrovatelství na vysoké úrovni a neměla by mít znalostní deficit (Svěráková, 2012). Dále z výzkumu vyplynulo, že pět respondentek s ohledem na edukaci, kterou podstoupily, přesně věděly, co je čeká a jak se mají chovat a co dělat po uskutečněních zákrocích a zaléčení jejich onemocnění. Tři respondentky si z edukačního procesu neodnesly nic a nebylo jim jasné, co a jak se bude dít. Všech osm respondentek

vycházelo ze svých vlastních zkušeností a znalostí navzdory tomu, že případně podstoupily edukaci, které rozuměly. Zjistili jsme, že šest respondentek nemělo s personálem žádný problém, co se týká v opakování věcí, kterým nerozuměly nebo věcí, které potřebovaly více dovysvětlit. Personál byl ochotný jim zopakovat vše, co potřebovaly vědět. U dvou respondentek taková situace nenastala. Jedna z nich se domnívá, že by personálu nečinilo vůbec žádné potíže jí cokoliv zopakovat nebo odpovědět na její doplňující dotazy. Druhá respondentka si tak jistá nebyla a myslí si, že vzhledem k tomu, že jí ošetřující personál nebyl schopen vyhovět v péči jako takové, nebyl by ochoten jí ani zopakovat nebo odpovědět na její doplňující dotazy, které by případně mohla mít.

V závěru jsme z našeho výzkumu zjistili, jak podstoupená hospitalizace ovlivnila dotazované respondenty v jejich dalším profesním životě. Pět respondentek je toho názoru, že jim výměna rolí pomohla k většímu pochopení pacientů a větší empatii vůči nim. V porovnání s nimi si další tři respondenty myslí, že výměna rolí jim nijak nepomohla se zdokonalit v možných nedostatcích ve vztahu k jejich pacientům. Dvě z nich se domnívají, že empatické a vřelé byly i před vlastní hospitalizací, ale považují svou hospitalizaci za dobrou zkušenost. Třetí z dotazovaných si vůbec nemyslí, že by jí tato zkušenost jakkoliv posunula.

## 5 Návrh doporučení pro praxi

Cílů bakalářské práce bylo několik: 1. zjistit, jak oslovené respondentky hodnotí ošetrovatelské postupy ošetřujícího personálu, 2. zjistit, jak respondentky hodnotí dodržování hygienicko-epidemiologických zásad ošetřujícím personálem a v poslední řadě 3. zjistit, jak respondentky hodnotí edukační proces, který při své hospitalizaci podstoupily. Z našeho šetření jsme zjistili, že všechny respondentky jeví zájem o práci ošetřujícího personálu, jednak v souvislosti s jejich osobou nebo dalších osob na pokoji, a to s výjimkami, kdy se zdravotně necítily dobře. Dále jsme zjistili, že šest z osmi respondentek přímo zažilo nebo bylo svědkyněmi hrubého či neprofesionálního chování k pacientům. Můžeme zde konstatovat, že je tato skutečnost značně nevyhovující. Doporučili bychom zde možnost zpětné vazby hospitalizovaných na ošetřující personál například formou dotazníku, který by hospitalizovaní měli možnost vyplnit při propuštění domů. Navzdory tomu jsme také zjistili, že i přes tyto skutečnosti bylo šest z osmi respondentek s prací a chováním ošetřujícího personálu spokojeno. Toto zjištění se nám jeví jako pozitivní. I zde bychom mohli navrhnout zpětnou vazbu formou dotazníku. Dále jsme zjistili, že u více než poloviny respondentek došlo ke změně chování, když personál zjistil, že jsou zdravotnice. Personál byl poté vstřícnější a ochotnější. Zde bychom navrhovali přidělit na pracoviště kontrolora kvality, který by přišel k hospitalizaci bez vědomosti personálu. Při další dotazování jsme zjistili, že si dle sedmi respondentek personál nedesinfikoval ruce nebo si toho vůbec nevšimly. U této skutečnosti bychom navrhovali školení desinfekce rukou a častější kontroly ze strany vedení. Dále jsme zjistili, že pět respondentek z osmi uvedlo, že sestry nepoužívaly rukavice na odběry venózní krve nebo na zavádění periferního venózního katétru. Zde bychom navrhovali připomenout zdravotníkům povinným školením, že je potřeba jakýkoliv biologický materiál považovat za potenciálně infekční a dále bychom navrhovali častější kontroly ze strany vedení. Z výzkumu dále interpretujeme, že polovina respondentek byla spokojena s edukací, kterou podstoupily, další tři respondentky se doptaly na otázky, které jim nebyly zřejmé. Následně bylo respondentkám vše jasnější a věděly, co je čeká. Zde bychom navrhovali připomenout edukačním sestřám, aby se nezapomínaly otevřeně dotázat edukovaného pacienta, zda všemu porozuměl nebo mu je něco nejasné. Pacienti nedostatečně chápající svůj stav a další opatření s tím související mnohdy hledají odpovědi na své otázky internetu, jako

to bylo u některých našich respondentek, a nemusí vždy najít správné odpovědi na své otázky.

## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou hospitalizovaných zdravotníků – všeobecných sester. Je rozdělena do dvou částí – teoretickou a výzkumnou. V teoretické části se zabýváme vymezením základních pojmů v ošetrovatelství – co je ošetrovatelství, kdo je sestra a kdo pacient, etickými kodexy platnými v oboru, informovaným souhlasem, dále rolemi sestry a pacienta, jejich právy a povinnostmi a komunikací mezi nimi, v závěru také edukačním procesem a sebedepečí pacienta.

Ve výzkumné části se zabýváme tím, jak hospitalizovaní zdravotníci vnímali výměnu rolí při své hospitalizaci, jak se k nim personál choval jako k pacientům. Zajímalo nás, zda ošetřující personál dodržoval ošetrovatelské postupy a hygienicko-epidemiologická opatření a v poslední řadě, zda byla dostatečně zajištěna edukace hospitalizovaných ve všech směrech tak, jak bylo potřeba. Výzkum jsme uskutečnili pomocí nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru kvalitativní metodou. Pro zpracování jsme vybrali techniku kódování (tužka – papír). Výsledky jsme zpracovali v programu Microsoft Office Word 2007.

Stanovili jsme tři výzkumné cíle a otázky, následně k nim vytvořili čtyři kategorie. První výzkumný cíl práce jsme vymezili takto: **Zjistit, jak respondenti hodnotí ošetrovatelské postupy ošetřujícího personálu na základě vlastních znalostí.** K tomuto cíli jsme vytvořili výzkumnou otázku: **Jak respondenti hodnotí práci ošetrovatelského personálu?** Druhý výzkumný cíl jsme stanovili takto: **Zjistit, jak respondenti hodnotí dodržování hygienicko-epidemiologických zásad ošetřujícím personálem.** K tomuto výzkumnému cíli jsme utvořili výzkumnou otázku: **Dodržoval ošetrovatelský personál předepsané hygienicko-epidemiologické zásady?** Třetí výzkumný cíl jsme vytyčili takto: **Zjistit, jak respondenti hodnotí edukační proces.** K tomuto cíli jsme zformulovali tuto výzkumnou otázku: **Jak respondenti hodnotí edukační proces?**

K těmto třem cílům jsme vypracovali 4 kategorie a oddělili jsme pro lepší přehlednost identifikační údaje. Výsledky jsme znázornili v grafických schématech vytvořených v programu Microsoft Office Word 2007. Výstupem bakalářské práce je článek připravený k publikaci v odborném periodiku (příloha D.)

## Seznam použité literatury

ČESKO. 2004. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Koncepce ošetrovatelství. In: Věstník MZČR. Částka 9, s. 2-6. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-9-2004/>

ČESKO. 2011. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244.

GURKOVÁ, Elena. 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0461-1.

HALMO, Renata. 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.

MACH, Jan et al. 2018. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7598-103-5.

PLEVOVÁ, Ilona. 2018. *Ošetrovatelství I*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.

PLEVOVÁ, Ilona. 2019. *Ošetrovatelství II*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0889-3.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.

PTÁČEK, R., P. BARTŮŇEK a J. MACH. 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-334-0.

REJZEK, Jiří. 2015. *Český etymologický slovník*. 3.vyd. Praha: Leda. ISBN 978-80-7335-393-3.

STASKOVÁ, V., V. TÓTHOVÁ a J. KOŤA. 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2206-6.

STEIN-PARBURY, Jane. 2018. *Patient & Person: Interperonal Skills In Nursing*. 6th Ed. Chatswood: Elsevier Australia. ISBN 978-0-7295-4256-2.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada ISBN 978-80-271-0064-4.

TRACHTOVÁ, Eva. 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

VÉVODA, Jiří. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHAROVÁ, Eva. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0155-9.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4062-1.



## **Seznam obrázků**

Obrázek č. 1: Identifikační údaje

Obrázek č. 2: Účel hospitalizace

Obrázek č. 3: Místo hospitalizace

Obrázek č. 4: Schéma pro otázku č. 1 – Sledování personálu

Obrázek č. 5: Schéma pro otázku č. 2 – Neprofesionální chování

Obrázek č. 6: Schéma pro otázku č. 3 – Přístup zdravotníků A)

Obrázek č. 7: Schéma pro otázku č. 4 – Přístup zdravotníků B)

Obrázek č. 8: Schéma pro otázku č. 5 – Dodržování ošetrovatelských postupů

Obrázek č. 9: Schéma pro otázku č. 6 – Desinfekce rukou

Obrázek č. 10: Schéma pro otázku č. 7 – Odběry venózní krve - rukavice

Obrázek č. 11: Schéma pro otázku č. 8 – Odběry venózní krve - barel na ostré předměty

Obrázek č. 12: Schéma pro otázku č. 9 – Pytle na kontaminované prádlo

Obrázek č. 13: Schéma pro otázku č. 10 – Zavádění PMK

Obrázek č. 14: Schéma pro otázku č. 11 – Edukace

Obrázek č. 15: Schéma pro otázku č. 12 – Dostatečnost edukace

Obrázek č. 16: Schéma pro otázku č. 13 – Srozumitelnost edukace

Obrázek č. 17: Schéma pro otázku č. 14 – Vlastní zkušenosti

Obrázek č. 18: Schéma pro otázku č. 15 – Ochota personálu

Obrázek č. 19: Schéma pro otázku č. 16 – Další profesní život

## **Seznam příloh**

Příloha A – Souhlas s výzkumem v KNL

Příloha B – Technika kódování (metoda tužka papír)

Příloha C – Předvýzkum

Příloha D – Odborný článek





## Příloha A – Souhlas s výzkumem v KNL

### PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Helena Kališková
Osobní číslo studenta:	D17000028
Univerzitní e-mail studenta:	helena.kaliskova@tul.cz
Studijní program:	Ošetrovatelství - Všeobecná sestra
Ročník:	3.
<b>Kvalifikační práce</b>	
Téma kvalifikační práce:	Všeobecná sestra v roli pacienta
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Alena Novotná, DiS.
Metoda a technika výzkumu:	Nestandardizovaný rozhovor a následné vyhodnocení dat
Soubor respondentů:	Všeobecné sestry, které podstoupily hospitalizaci
Název pracoviště realizace výzkumu:	KNL, Interní oddělení 2, nemocnice Turnov
Datum zahájení výzkumu:	11. 1. 2021
Datum ukončení výzkumu:	25. 1. 2021
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Vyjádření vedoucího kvalifikační práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> bude spojen <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen
Souhlas vedoucího pracovníka instituce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
<b>Prohlášení studenta</b>	
<p>Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován. V kvalifikační práci nebude uveden název instituce, pokud není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.</p>	
Vyjádření vedoucího pracovníka instituce o případném zveřejnění názvu instituce v kvalifikační práci a v publikacích souvisejících s kvalifikační prací:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis studenta:	
Podpis vedoucího práce:	
Podpis vedoucího pracovníka instituce:	
Podpis vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	



**PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU**

Jméno a příjmení studenta:	Helena Kališková
Osobní číslo studenta:	D17000028
Univerzitní e-mail studenta:	helena.kaliskova@tul.cz
Studijní program:	Ošetrovatelství - Všeobecná sestra
Ročník:	3.
<b>Kvalifikační práce</b>	
Téma kvalifikační práce:	Všeobecná sestra v roli pacienta
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Alena Novotná, DiS.
Metoda a technika výzkumu:	Nestandardizovaný rozhovor a následné vyhodnocení dat
Soubor respondentů:	Všeobecné sestry, které podstoupily hospitalizaci
Název pracoviště realizace výzkumu:	KNL, Interní oddělení 3, nemocnice Turnov
Datum zahájení výzkumu:	26. 1. 2021
Datum ukončení výzkumu:	9. 2. 2021
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Vyjádření vedoucího kvalifikační práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> bude spojen <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen
Souhlas vedoucího pracovníka instituce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
<b>Prohlášení studenta</b>	
<p>Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován. V kvalifikační práci nebude uveden název instituce, pokud není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.</p>	
Vyjádření vedoucího pracovníka instituce o případném zveřejnění názvu instituce v kvalifikační práci a v publikacích souvisejících s kvalifikační prací:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis studenta:	   
Podpis vedoucího práce:	
Podpis vedoucího pracovníka instituce:	
Podpis vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	



## Příloha B – Technika kódování (tužka-papír)

1. **Stalo se vám, že jste sledovala personál, když ošetřoval Vás nebo ostatní pacienty na pokoji?**

Odpověď: *Samozřejmě jsem personál sledovala, ale nijak ne za účelem hledání chyb, ale spíše jsem byla zvědavá na rozdílný přístup nebo postup při vykonávání určitých výkonů.*

2. **Stalo se, že se ošetřující personál choval neprofesionálně, k Vám či ostatním pacientům?**

Odpověď: *Co se týká mé osoby, tak jsem se setkala s tím, že při odvozu na operační sál, když jsem se měla svléknout a zabalit do prostěradla, tak se personál choval velmi korektně a profesionálně. Sestra se mě snažila krýt druhým prostěradlem, které držela v natažených rukách, aby na mě nebylo vidět a já se mohla v klidu převléct.*

*S hrubým chováním u ostatních pacientů jsem se v podstatě setkat nemohla z důvodu, že jsem ležela na pokoji sama. Když už jsem byla svědkem chování k ostatním pacientům, tak mi přišlo, že se personál choval k ostatním více odměřeně než ke mně.*

3. **Byl ve Vašem případě přístup zdravotníků takový, jaký jste si představovala?**

Odpověď: *Ano, na přístup zdravotníků jsem si vůbec nemohla stěžovat.*

4. **Jaký byl přístup k Vaší osobě, když se ošetřovatelský personál dozvěděl, že jste zdravotník?**

Odpověď: *Personál mi věci asi více do hloubky vysvětloval, co se týká například zákroku a byl asi i ochotnější. Bylo cítit z postoje ošetřovatelského personálu, že ke mně byli vstřícnější, plus mi při obecných ošetřovatelských postupech nemuseli věci automaticky vysvětlovat.*

5. **Dodržoval ošetřující personál, z Vašeho pohledu, ošetřovatelské postupy?**

Odpověď: *Nepamatuju si, že by v základních věcech personál nějak chyboval a ošetřovatelské postupy nedodržoval.*

6. **Desinfikoval si personál ruce, když vešel na pokoj?**

Odpověď: *Spíše asi ne, ale všimla jsem si, že před každým výkonem si ruce desinfikovali a taky po každém výkonu, když pokoj opouštěli.*

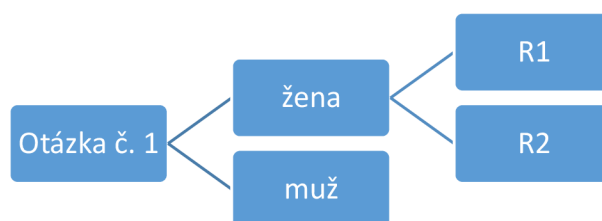
7. **Používala všeobecná sestra rukavice, když Vám šla odebírat krev nebo zavést periferní venózní katétr?**

Odpověď: *Během hospitalizace mi krev brali asi dvakrát a odebírající sestra jednou rukavice měla a podruhé ne. Co mě ale zaujalo, byla ta první sestra, která při odběru měla jednu rukavici na dominantní ruce. Nejspíš, aby si lépe mohla vyhmatat žílu a rukou v rukavici zasáhnout v případě, že by krev začala týct.*

## Příloha C – Předvýzkum

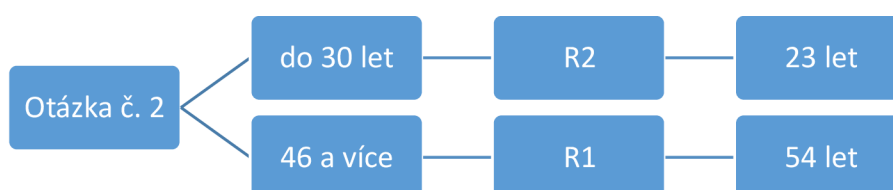
### Identifikační otázky

1.



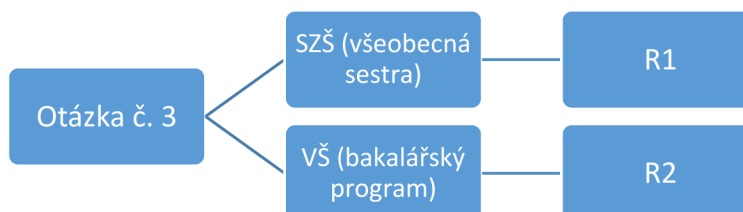
⇒ Obě dvě respondentky byly ženy. Žádný z respondentů nebyl muž.

2. Kolik Vám je let?



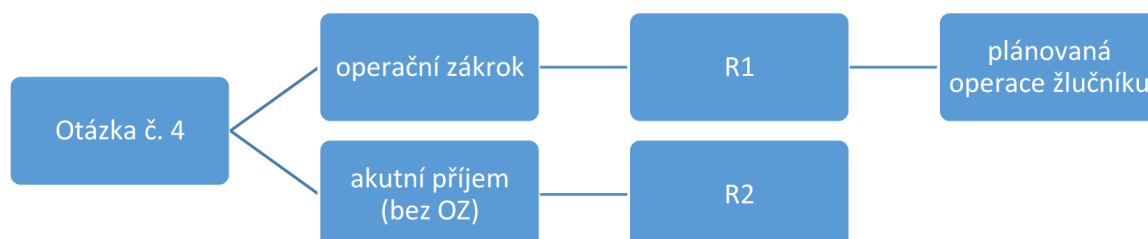
⇒ Respondentce R2 je 23 let a tedy spadá do kategorie do třiceti let. Druhá respondentka R1 je zařazena ve věkové kategorii 46 a více let, je jí 54 let.

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání



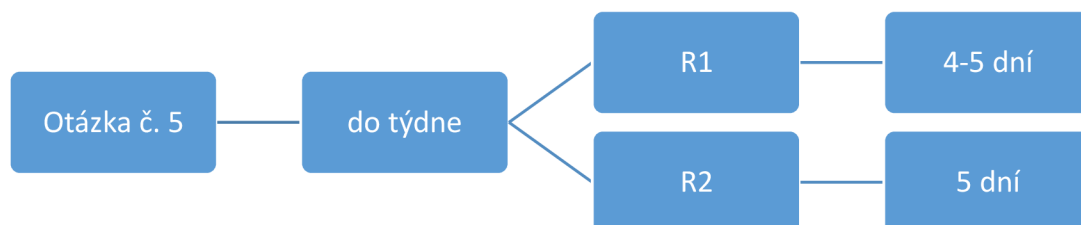
⇒ Respondentka R2 je absolventka bakalářského programu. Druhá respondentka R1 je absolventkou střední zdravotní školy, kterou ukončila jako všeobecná sestra.

4. Za jakým účelem jste byla hospitalizována?



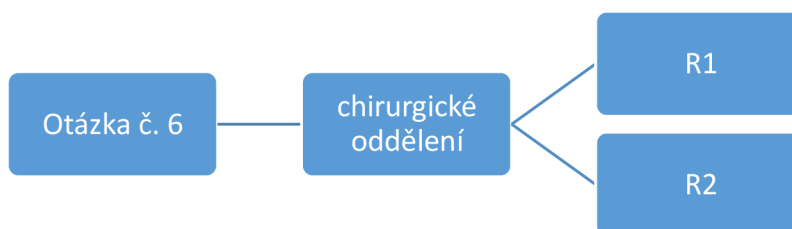
⇒ Respondentka R1 byla hospitalizována pro předem plánovaný operační zákrok, a to konkrétně pro plánovanou operaci žlučníku. Oproti ní byla respondentka R2 hospitalizována akutně, bez operačního zákroku.

### 5. Jak dlouho jste byla hospitalizována?



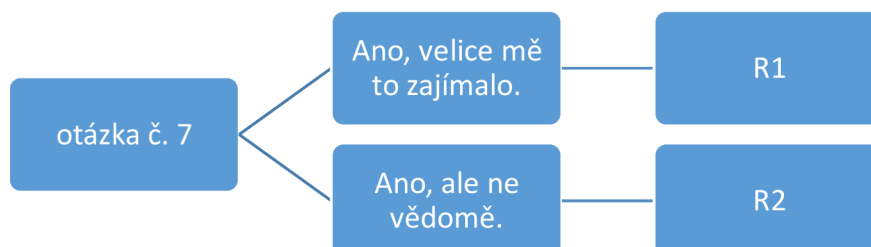
⇒ Obě dvě respondentky byly hospitalizovány do týdne a poté byly propuštěny domů. Respondentka R1 byla hospitalizována cca 4-5 dní a respondentka R2 5 dní.

### 6. Na jakém oddělení jste byla hospitalizována?



⇒ Obě dvě respondentky byly hospitalizovány na standardním chirurgickém lůžkovém oddělení. Respondentka R1 byla hospitalizována na chirurgickém oddělení v nemocnici v Jablonci nad Nisou. Respondentka R2 byla na chirurgickém oddělení v turnovské nemocnici.

### 7. Stalo se vám, že jste sledovala personál, když ošetřoval Vás nebo ostatní pacienty na pokoji?

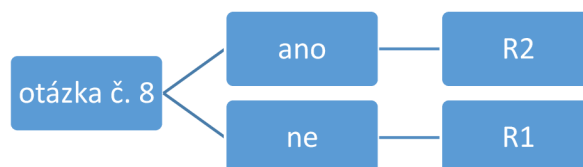


⇒ Respondentku R1 velice zajímalo, jak personál pracuje a co konkrétně dělá, ale zajímalo ji to pouze v případě, kdy neměla bolesti a bylo jí dobře. Respondentce R2 bylo po dobu hospitalizace ne moc dobře a tedy se příliš



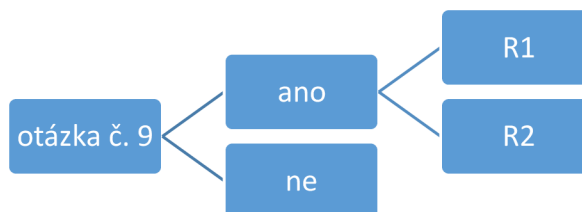
nesoustředila na to, jak ošetrovatelský personál pracuje, ale i tak si toho občas všímala.

**8. Stalo se, že se ošetřující personál choval neprofesionálně k Vám či ostatním pacientům?**



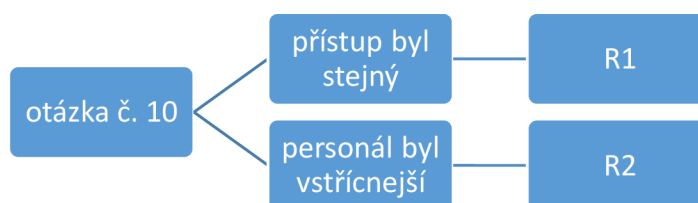
⇒ Respondentka R2 prozradila, že během hospitalizace zažila hrubé jednání. Ocenila by zásah personálu při potřebě převlékání si oblečení, čehož nebyla sama schopna, aby domluvil návštěvě, kterou měla vedle ležící pacientka, aby opustili pokoj. Ale nebere to nutně jako hrubé pochybení personálu. Respondentka R1 byla s ošetřujícím personálem velmi spokojena a líbil se jí přístup jak ošetřujících sester, tak lékařů.

**9. Byl ve Vašem případě přístup zdravotníků takový, jaký jste si představovala?**



⇒ Respondentky R1 a R2 se shodly, že přístup personálu byl takový, jaký si představovaly.

**10. Jaký byl přístup k Vaší osobě, když se ošetrovatelský personál dozvěděl, že jste zdravotník?**

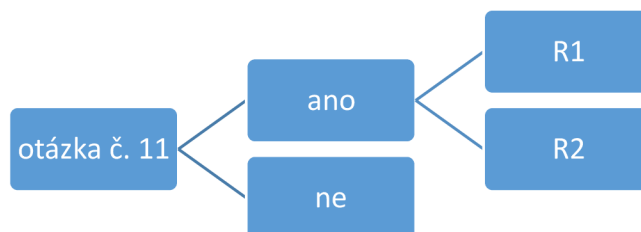


⇒ Respondentka R1 uvedla, že přístup personálu byl stejný jako před tím, že se potom jen s ošetřujícím personálem bavili více o práci. Respondentka R2



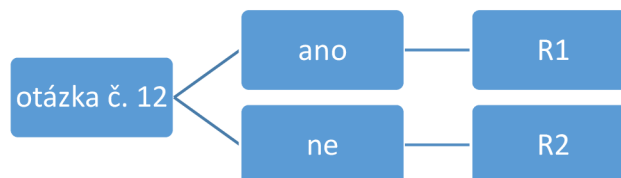
v rozhovoru uvedla, že když ošetřující personál dozvěděl o tom, že je zdravotnice, byl mnohem vstřícnější a občas ji oslovovali i „sestřičky“.

### 11. Dodržoval ošetřující personál, z Vašeho pohledu, ošetřovatelské postupy?



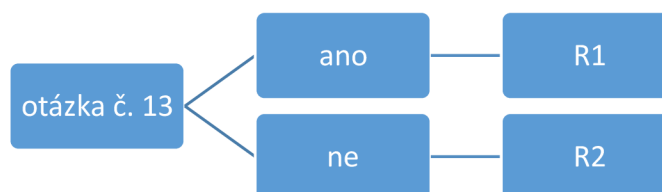
⇒ Obě dvě respondentky se shodly, že ošetřovatelský personál z jejich pohledu dodržoval ošetřovatelské postupy.

### 12. Desinfikoval si personál ruce, když vešel na pokoj?



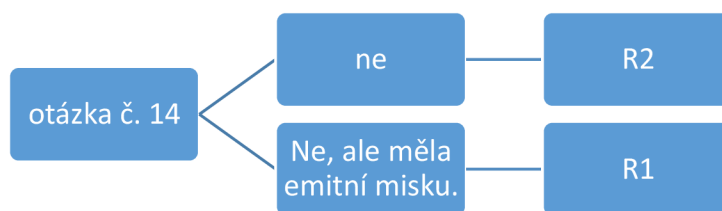
⇒ Respondentka R2 si všimla, že si personál při vstupu do pokoje nedesinfikoval ruce, dodala ale, že pokud šel personál vykonávat na pokoj nějaký úkon, tak si ruce desinfikoval vždy. Respondentka R1 v rozhovoru sdělila, že si myslí, že si personál před každým vstupem na pokoj desinfikoval ruce.

### 13. Brala si všeobecná sestra rukavice, když Vám šla odebírat krev nebo zavést periferní venózní katétr?



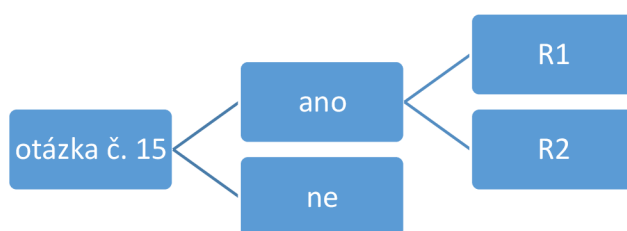
⇒ Respondentka R2 uvedla, že ošetřující sestry na odběry venózní krve rukavice neměly, dále rozvedla, že některé ošetřující sestry někdy rukavice měly a vydedukovala, že se to, zda sestra u odběru má, či nemá rukavice, odvíjí od jejího zvyku. Respondentka R1 vypověděla, že všechny odebírající sestry měly vždy během odběru rukavice.

**14. Měla všeobecná sestra u odběrů krve/zavádění periferního venózního katétru barel na ostré předměty?**



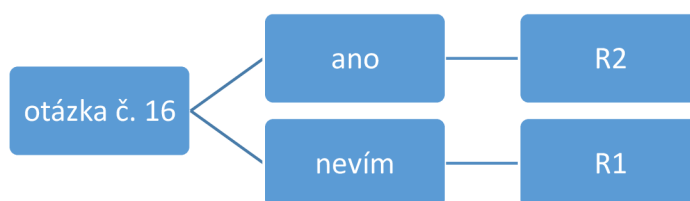
⇒ Obě dvě respondentky se shodly, že odebírající sestra neměla s sebou na pokoji barel na ostré předměty. Respondentka R1 dodala, že měla odebírající sestra vždy emitní misku. Respondentka R2 odpověděla, že většinou odebírající sestra neměla ani emitní misku.

**15. Používal ošetřující personál k ranním hygienám/převlékání postelí pytle nebo barely na špinavé prádlo?**



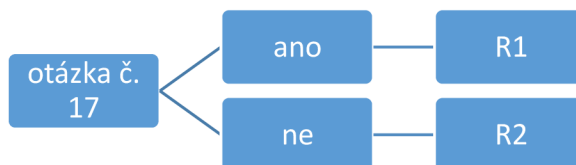
⇒ Obě dvě respondentky se shodly, že ošetřující personál měl vždy při ranních hygienách nebo při převlékání a mytí postelí barel nebo pytle na kontaminované a použité prádlo.

**16. V případě, že Vám byl zaváděn permanentní močový katétr nebo jste byla svědkyní u vedle ležících pacientek, měla všeobecná sestra sterilní rukavice?**



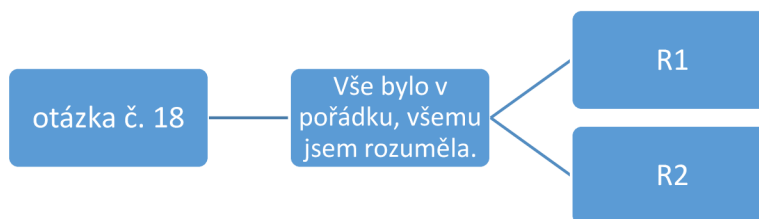
⇒ Respondentka R2 uvedla, že sestra při zavádění permanentního močového katétru měla sterilní rukavice. Respondentka R1 uvedla, že bohužel neví, protože jí PMK zaváděn nebyl a ani nebyla svědkyní jeho zavádění.

**17. Domníváte se, že zdravotník v roli pacienta ví vše, co potřebuje a nepotřebuje edukovat, či vysvětlit nastalou situaci?**



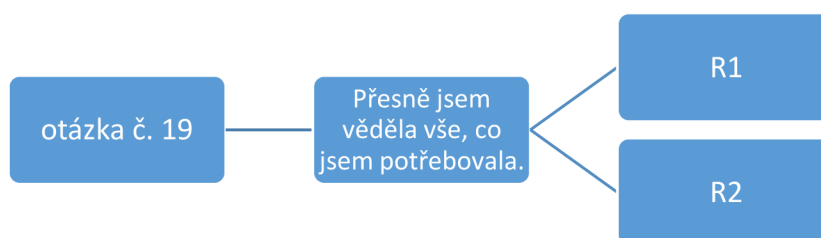
⇒ Na otázku č. 17 respondentka R1 uvedla, že si myslí, že pokud je osoba (myšleno zdravotník) dostatečně inteligentní a je orientovaná, tak edukaci obecně nepotřebuje. Respondentka R2 odpověděla, že by měla být edukace provedena u každého za každé situace, bez ohledu na to, zda je, či není zdravotník.

**18. Jak to bylo v rámci hospitalizace ve Vašem případě? Byla jste dostatečně edukována před a po výkonu?**



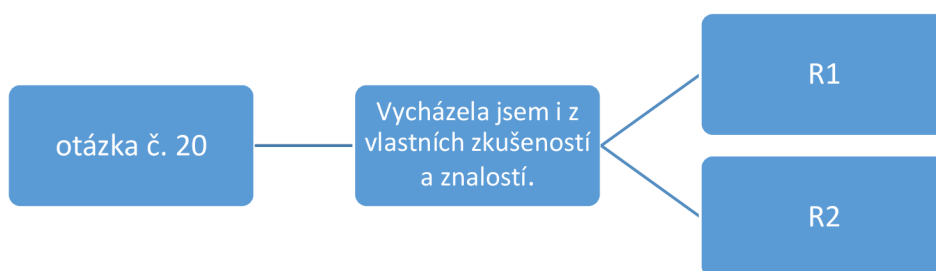
⇒ Edukace obou dvou respondentek byla v pořádku a všemu rozuměly.

**19. Věděla jste přesně, co Vás čeká v rámci výkonu, případně co a jak máte dělat po uskutečnění edukaci?**



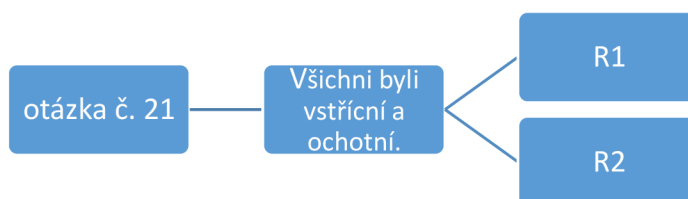
⇒ Respondentka R1 uvedla, že přesně věděla, kdy a co bude. Lékař se jí přišel při příjmu představit a vše jí podrobně vysvětlil. K edukaci od edukační či ošetřující sestry během hospitalizace nedošlo. Respondentka R2 věděla, co a jak bude probíhat díky školním praxím.

## 20. Vycházela jste i z vlastních znalostí a zkušeností?



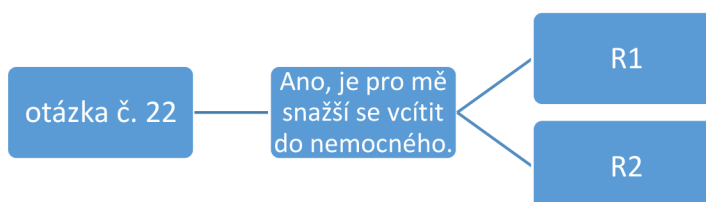
⇒ Obě dvě respondentky se shodly na tom, že navzdory proběhlé edukaci vycházely i ze svých znalostí a zkušeností.

## 21. Byla sestra ochotná Vám případně znovu zopakovat / vysvětlit věci, kterým jste neporozuměla?



⇒ Obě dvě respondentky se shodly, že personál byl ochotný cokoli vysvětlit znovu nebo zopakovat.

## 22. Ovlivnila Vás hospitalizace a zkušenosti v patientské roli ve Vašem následujícím profesním životě?



⇒ Obě dvě respondentky se shodly, že je hospitalizace a zkušenosti v roli pacienta pozitivně ovlivnily v jejich dalším profesním životě. Respondentka R1 sdělila, že ji obecně ovlivnily všechny její zdravotní problémy. Že sama ví, že když jí není dobře a něco jí bolí, tak je nepříjemná, a tedy s nemocnými a jejich bolestí naprosto soucítí. Respondentka R2 uvedla, že si rozhodně myslí, že ji hospitalizace ovlivnila pozitivním směrem ve vztahu k pacientům. Doslova sdělila, že si myslí, že každý zdravotník by si měl zkusit „vyměnit roli“ a stát se pacientem, aby se lépe vcítit do pacientovy „kůže“. Dále sdělila, že i když nemá špatnou zkušenost s ošetrovatelským

personálem, dokáže si představit, co by jí bylo nepříjemné, či co by vůbec nechtěla v roli pacienta zažít.

## **Příloha D – Odborný článek**

### **Všeobecná sestra v roli pacienta**

#### **An All-purpose Nurse in the Role of a Patient**

**Autorka:** Kališková Helena

**Korektorka:** Mgr. Lenka Hanušová

#### **Abstrakt**

Článek se zabývá hospitalizovanými zdravotníky a jejich vnímáním výměny rolí sestry-pacient. Vychází z autorčiny bakalářské práce a výzkumu, ve kterém jsme oslovili osm respondentek, které prošly hospitalizací. Na základě polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru jsme získali data, která jsme vyhodnotili pomocí kvalitativního šetření. Článek se konkrétně zabývá chováním ošetrovatelského personálu k dotazovaným respondentkám, a dále dodržováním ošetrovatelských a hygienicko-epidemiologických postupů ošetrujícím personálem a edukací pacientek.

Klíčová slova: sestra, zdravotnictví, chování ošetrovatelského personálu, ošetrovatelství

#### **Abstract**

The article occupied with hospitalized healths professionals and the perception of their exchange of nurse – patient roles. It is based on author's bachelor's thesis, where we addressed eight respondents who were hospitalized. Based of a semistructured and nonstardadized interview, we obtained data that we evaluated using a qualitative surfy. The article specifically occupied with the behavior of nursing staff towards the interviewed respondnets, as well as the observance of nursing and hygienic – epidemiological procedures by the nursing staff and with education.

Key words: nurse, helathcare, behavior of nursing staff, nursing

## Úvod

*„Lékař se svým pacientem žije jeho budoucností.  
Sestra ho krok za krokem doprovází současností.“*

(Špirudová Lenka, 2015)

Obecně se mezi zdravotníky traduje, že nejhorším pacientem je zdravotník sám. Má jasně utkvělou představu o tom, jak to v nemocničním prostředí chodí, zná ošetrovatelské postupy a snadno najde kdejakou chybu. To může vést ke změnám chování ošetřujícího personálu, nervozitě a i zbytečným chybám, které by se za jiných okolností ani nestaly. Dnešní ošetrovatelství stojí na základu, který tvoří samostatná sestra a týmová práce s lékaři. Pacient však od ošetřující sestry očekává, že je hlavně odborníkem na slovo vzatým v oboru, ve kterém sama pracuje (Plevová, 2018). Profese sestry je značně uznávaná. Ošetrování nemocných je profese pomáhající, pečující a zaopatřující (Špirudová, 2015).

Když se člověk stane pacientem, přináší to s sebou řadu fyzických a psychických změn. Být pacientem přináší i mnohé sociální důsledky, protože se to týká jeho rodiny, zaměstnavatele, spolupracovníků a vůbec všech lidí, se kterými je dotyčný ve styku (Plevová, 2018). Složitý psychický svět člověka je v podstatě neustálou konfrontací mezi požadavky vnějšího prostředí a vnitřními tendencemi. Vzájemný kontakt těchto činitelů se pak projevuje v našem jednání, chování a v našich vnitřních prožitcích (Zacharová, 2017).

## Cíle výzkumu

- 1) Zjistit, jak respondenti hodnotí ošetrovatelské postupy ošetřujícího personálu na základě vlastních znalostí.
- 2) Zjistit, jak respondenti hodnotí dodržování hygienicko-epidemiologických zásad ošetřujícím personálem.
- 3) Zjistit, jak respondenti hodnotí edukační proces.

## Výzkumné otázky

- 1) Jak respondenti hodnotí práci ošetrovatelského personálu?
- 2) Dodržoval ošetrovatelský personál předepsané hygienicko-epidemiologické zásady?
- 3) Jak respondenti hodnotí edukační proces?

## **Metodika a charakteristika souboru**

Jako výzkumnou metodu výzkumné části práce jsme zvolili kvalitativní výzkum, který se uskutečňoval formou nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum jsme realizovali v turnovské nemocnici s osmi respondentkami v průběhu ledna a února 2021. Každá z respondentek byla všeobecná sestra standardního lůžkového oddělení, která si prošla vlastní hospitalizací. Pro zpracování jsme použili techniku kódování. Celkem jsme vytyčili tři cíle a tři výzkumné otázky, na jejichž základě jsme vytvořili 4 kategorie.

## **Diskuze**

Z výzkumu jsme zjistili, že setkání hospitalizovaného člověka s neprofesionálním nebo hrubým chováním ze strany ošetrovatelského personálu nejsou zřídka. Obecně víme, že pacient má právo na ohleduplnost a respektování svého soukromí při poskytování zdravotních služeb (Ptáček a Bartůněk, 2015). I navzdory této věci se pacienti setkávají s nerespektováním studu například při hygienách, vyšetřeních nebo vizitách před zraky mediků, studentů a jiných zaměstnanců nemocnic. Nejedná se pouze o věci, které ošetrovatelský personál neudělá, ale také o ty, kterých se dopustí. Mezi dotazovanými respondentkami byly i takové, které byly svědkyněmi nerespektování starších pacientů. Ošetrovatelský personál se k nim choval nepříjemně, měl problém s opakováním věcí, kterým pacienti nerozuměli nebo nedbal na jejich přání a potřeby. V tomto případě by mělo být bráno na zřetel, že starší pacient očekává a potřebuje být vyslechnut, aby se mohl bez obav svěřit se svými obtížemi. Staršího pacienta zpravidla zajímá kvalita jejich života (Ptáček a Bartůněk, 2011), a tak by se nerespektování jejich potřeb mohlo nekladně odvíjet na jejich psychické pohodě a také na celkovém zdravotním stavu. Bohužel jsme se ve výzkumu dostali od starších pacientů i k výrazně mladším. Zdá se, že personál v rámci neprofesionálního chování nedbá věku pacienta. Mladá respondentka byla po autonehodě a následné operaci, kdy byla imobilní a zcela odkázána na pomoc ošetrovatelského týmu. Víme, že stupeň fyzické aktivity, schopnost měnit polohu těla a schopnost reagovat na tlak související se nepohodlím jsou velmi důležité pro prevenci právě dekubitů - proleženin (Hlinková, Nemcová a Huřo, 2019). Pacientka se setkala s nepohodlím a neužíváním hojivých nebo preventivních mastí a krémů, v jejím mladém věku se jí začala jako důsledek neprofesionálního ošetřování tvořit zarudlá kůže a puchýřky.



Odkázána byla hlavně na pomoc rodiny a partnera. Navzdory výše zmíněnému jsou pacienti schopni drobné prohřešky ošetrovatelskému personálu odpustit a zjistili jsme, že až na výjimky byly respondentky s personálem a přístupem k nim jako k pacientkám spokojeny.

Z výzkumu jsme dále zjistili, že si respondentky všimly, že si personál nedostatečně desinfikuje ruce. Desinfekce rukou je důležitá nejen v nemocničních zařízeních z důvodu usmrcení potencionálních původců nemocí na kůži rukou. Při hygienické dezinfekci se zničí především přenosná kožní flóra, tedy hlavně původci, kteří nepatří k normální kožní flóře (Reichardt, Bunte-Schönberger a Van der Linden, 2017), a mohli by se tak přenést na potencionálně vnímavého, například imunodeficitního, pacienta (Vytejšková, et al., 2011). Mimo jiné je důležité myslet na zdraví nejen hospitalizovaných pacientů, ale především na zdraví své – zdravotníkovy. Dále jsme se od respondentek dozvěděli, že ošetřující sestry mnohdy nepoužívají ochranné rukavice během odběrů venózní krve. Zde je třeba si uvědomit, že odběr jakéhokoliv biologického materiálu patří mezi jedno z největších rizik možné kontaminace zdravotníka a rádi bychom zmínili, že veškerý biologický materiál je vždy nutné považovat za infekční (Vytejšková, et al., 2013). Ošetrovatelský personál téměř u všech respondentek používal k hygienám a převlékání postelí pytle na špinavé a kontaminované prádlo. Vzhledem k epidemiologické situaci, kterou si v posledních měsících prošlo české zdravotnictví, si myslíme, že tato skutečnost zamezila zbytečným přenosům nejméně jednoho nakažlivého onemocnění.

Z výzkumu jsme také zjistili, že všechny respondentky berou edukační proces jako základní pilíř zdravotnictví. Uvědomují si, jaké veškeré faktory nemocného při hospitalizaci ovlivňují a není třeba brát ohled na to, zda se jedná o zdravotníka či ne. Samotným respondentkám edukace jako taková většinou stačila k pochopení toho, co je čeká, jaká jsou rizika a možné průběhy chystaných zákroků a vyšetření, a jak se mají chovat v dobách po zákroku či vyšetření. Při případných nesrovnalostech nebo nepochopení nebyl problém se znovu zeptat nebo požádat o opakované vysvětlení. Jediná respondentka, vzhledem k odmítavému přístupu personálu k její osobě, edukaci neporozuměla a neměla potřebu se dotazovat na nesrovnalosti. Toto pasivní chování jí možná nevědomky přineslo porušování jejích vlastních práv a nejistotu (Zacharová, 2016). I v edukační rovině byly respondentky spokojené s ochotou personálu jim cokoli dovysvětlit či zopakovat. Ve dvou případech taková situace

vůbec nenastala. V jednom případě je respondentka přesvědčená o ochotě personálu, v druhém bohužel nikoliv.

## **Závěr**

V našem výzkumu jsme se zabývali zdravotníky v roli pacienta. Zjistili jsme, že hospitalizovaní zdravotníci sledují práci ošetřujícího personálu se zájmem, nevšímají si pouze s výjimkami, kdy jim není zdravotně dobře. Poměrná většina (šest z osmi respondentek) zažila nebo byla svědkyněmi hrubého či neprofesionálního chování. Tato skutečnost nás velmi znepokojila. Podle nás by se toto chování dalo omezit, kdyby měli pacienti možnost podat zpětnou vazbu na ošetřující personál za celou dobu jejich hospitalizace. Dále jsme ve výzkumu zjistili, že se ošetřující personál dostatečně nechránil ochrannými pomůckami, dostatečně nepoužíval ochranné rukavice nebo si nedesinfikoval ruce. Většina respondentek vůbec neviděla nebo si nevšimla ani jedné zmíněné věci. Myslíme si ale, že epidemiologická situace s onemocněním Covid-19 příznivě tyto situace omezila a dnes jistě není zdravotníka, který by si neuvědomoval potřebu chránit nejen sebe, ale i ostatní. V edukační úrovni jsme si nevšimli téměř žádného zásadního problému. Respondentky, s výjimkou jedné, si vystačily se svými vědomostmi, zkušenostmi, aktivitou či vlastní výřečností.

## **Zdroje**

HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HUĽO. 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0620-2.

PLEVOVÁ, Ilona. 2018. *Ošetrovatelství I*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5788-9.

REICHARDT, Christiane, Karin BUNTE-SCHÖNBERGER a Patricia VAN DER LINDEN. 2017. *Hygiena a dezinfekce rukou: 100 otázek a odpovědí*. Překlad 2.vyd. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0217-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHAROVÁ, Eva. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0155-9.