



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Sestra v roli pacienta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Hana Blažková

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Sestra v roli pacienta jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 23. 4. 2018

.....

Hana Blažková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Lucii Rolantové, Ph.D. za cenné rady, trpělivost a čas při vedení mé bakalářské práce. Děkuji všem sestrám, které byly ochotné zúčastnit se výzkumného šetření.

Sestra v roli pacienta

Abstrakt

Každý z nás se může ocitnout v nemocničním zařízení. Taková událost může potkat i sestru. Sestra v roli pacienta může mít na hospitalizaci úplně jiný náhled než ostatní pacienti. Sestra se orientuje v dané problematice, ale ostatní klienti většinou nikoli. To může mít své výhody i nevýhody. Výhodou je, že pacientka – sestra, ví, jak má vypadat správná ošetrovatelská péče a může hodnotit své kolegyně. Nevýhodou je, že pokud sestra udělá chybu, pacientka – sestra to pozná a může se obávat možných komplikací.

Naším prvním cílem bylo zjistit, jak sestra prožívala hospitalizaci v roli pacienta cítila. Druhým cílem bylo zjistit, jak hospitalizace ovlivnila práci sestry v zaměstnání.

Pro výzkumné šetření byla použita kvalitativní metoda. Tato metoda byla uskutečněna pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Pro výzkum bylo osloveno 13 respondentek. Všechny odpovědi jsou zcela anonymní. Rozhovory byly posbírány během března 2018. Kategorizace výsledných dat byla zpracována pomocí kódování a rozdělené do kategorií a podkategorií.

Výsledným šetřením bylo zjištěno, že prožívání hospitalizace sester je velice individuální. Největší problémy byly zaznamenány v poskytování informací ze strany sester. Dále se také zaznamenaly chyby sester při aplikaci odborných výkonů. Tyto chyby mohly ohrozit zdraví klientek. Ošetrovatelskou péčí si pacientky – sestry chválily. Dále bylo zjištěno, že po hospitalizaci byla práce sester v zaměstnání ovlivněna. Největší změny sestry udělaly v komunikaci, edukaci, empatii a celkovému přístupu k pacientovi. Po zkušenosti se svou hospitalizací se více umí vcítit do pacientovy situace.

Došli jsme k závěru, že pokud sestra získá zkušenosti ze své vlastní hospitalizace, dokáže se poté lépe vcítit do role pacienta a zároveň dokáže poskytnout lepší ošetrovatelskou péči. Výsledky této práce by mohly sloužit jako materiál pro sestry k zamyšlení se nad chováním a vztahem ke svým pacientům.

Klíčová slova

zdraví; nemoc; sestra; pacient; hospitalizace

Nurse in the role of the patient

Abstract

Everyone may be admitted to hospital, even a nurse. Nurses in the role of patients may have a completely different experience with hospitalization than other patients. The nurse is familiar with the issue, but other clients are usually not. That can have its advantages and disadvantages. The advantage is that a nurse-patient knows how should the nursing care look like and then she can evaluate her colleague. The disadvantage is that if a nurse makes a mistake, the nurse-patient recognizes it and may worry about possible complications.

The first goal is to ascertain how the nurse experienced hospitalization as a patient. The second objective is to determine how the hospitalization influenced the nurse in her employment.

The research was conducted by applying the qualitative method. The method was carried out by using a semi-structured interview. Thirteen respondents were approached for the survey. All answers are completely anonymous. The interviews were collected during March 2018. The categorization of the results was processed by coding and dividing into categories and subcategories.

The collected data revealed that the nurses' experiences with hospitalization are very individual. The most significant problems have been reported in providing information. Errors in performing expert procedures were also revealed. These errors could endanger the health of clients. The nurse-patients appreciated the nursing care. After the hospitalization, the work of nurses in their employment was also affected. The nurses considerably improved in communication, education, empathy, and general approach to the patient. They are able to sympathise with the patients because of experiencing their hospitalization.

We have concluded that if a nurse gains the experience from her own hospitalization she can then comprehend the role of the patient and at the same time she can provide better nursing care. The results of this study may serve as a material for nurses to consider their behaviour and their approach to the patients.

Key words

health; disease; nurse; patient; hospitalization

Obsah

ÚVOD.....	7
1 SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Zdraví.....	8
1.2 Nemoc.....	8
1.2.1 Reakce na nemoc	9
1.2.2 Postoj k nemoci.....	10
1.3 Osobnost pacienta	12
1.3.1 Potřeby pacienta.....	12
1.4 Práva a povinnosti pacienta.....	14
1.5 Osobnost sestry	16
1.5.1 Role sestry	18
1.6 Vztah sestra – pacient	19
1.7 Hospitalizace.....	20
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	22
2.1 Cíle práce	22
2.2 Výzkumné otázky	22
3 METODIKA	23
3.1 Metodika výzkumu	23
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	23
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	24
4.1 Identifikační údaje respondentek	24
4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů.....	25
5 DISKUZE	32
6 ZÁVĚR.....	45
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	47
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	55
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	57

ÚVOD

Nemoc může potkat každého, a proto se každý člověk může náhle ocitnout jako pacient v jakémkoli nemocničním zařízení. Tato skutečnost se nevyhýbá ani sestřám, které jsou zvyklé se o pacienty starat a poskytovat jim ošetrovatelkou péči v plném rozsahu. Všichni, ať v oboru nezkušení nebo sestry v roli pacienta, si přejí, aby jim zdravotnický personál poskytl tu nejlepší péči. Patientky – sestry mají ale tu výhodu, že vědí, jak má taková péče nejlépe vypadat, a mohou ostatní kolegyně zhodnotit. Samozřejmě pacientka – sestra pozná o mnoho více pochybení než ostatní pacienti. To pro ni může být i nevýhoda, protože když sestra udělá chybu, pacientka ví, jaké mohou být následky, a může začít mít strach.

Někdy, bohužel, zdravotnický personál využívá znalosti a dovednosti sester, v tu dobu pacientek, a neřeší například poučení před výkonem nebo informace o zdravotním stavu. Předpokládají, že pacientka – sestra vše zná. Neuvědomují si, že klientka se orientuje v dané problematice a díky tomu může mít naopak vyšší nároky na ošetrovatelskou i lékařskou péči nebo požadovat více informací o svém zdravotním stavu, průběhu i možných komplikacích léčby. Když se jí takové informace neposkytnou, může to v ní vyvolat negativní pocity.

Díky tomu, že si sestra vyzkouší být pacientem, si poté více uvědomí, jaké jsou klientovy potřeby. Uvědomí si, jaké to je, když klienta špatně edukuje, když ignoruje jeho přání nebo když neposkytuje individuální péči.

Toto téma jsme si vybrali, protože je velice zajímavé seznámit se s prožitky a zkušenostmi sester, které prožily hospitalizaci. Vždy nás zajímal jejich názor a pocity, jaké to je, ocitnout se na straně pacienta, a to z pohledu zkušené sestry.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Zdraví

Po celá staletí bylo zdraví pro lidstvo jedno z nejdůležitějších a nejžádanějších hodnot. Bylo i je v současné době rozhodující při dosahování životních cílů. Lidé vždy hledali způsoby, jak si zdraví udržet (Mlčák, 2011).

Slovo zdraví dříve znamenalo celek. Od toho se také vyvinul směr, který chápe člověka jako soubor fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb, holismus. Někteří chápou zdraví jako dobrý fyzický stav člověka, někdo si zdraví spojuje s farmaceutickými výrobky (Čeledová, Čevela, 2010). Nejznámější definici zdraví publikovala Světová zdravotnická organizace roku 1946. Uvádí, že zdraví je stav, kdy se člověk cítí dobře, a to fyzicky, psychicky i sociálně. Neznamena to nepřítomnost nemoci (WHO, 2014).

Jaro Křivohlavý (2009) dělí zdraví do 7 skupin podle toho, zda zdraví je zprostředkovatelem k dosažení cíle, nebo zda je zdraví samotným cílem. Tyto skupiny se nazývají: zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly, zdraví jako metafyzická síla, salutogeneze – individuální zdroje zdraví, zdraví jako schopnost adaptace, zdraví jako schopnost dobrého fungování, zdraví jako zboží a zdraví jako ideál.

Zdraví je také ovlivněno mnoha determinanty. Ty mohou působit pozitivně, kdy zdraví posilují a ochraňují, nebo negativně, kdy ho mohou oslabit. Determinanty můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřním determinantem je dědičnost. Mezi vnější patří životní styl, úroveň životního i pracovního prostředí a kvalita i úroveň zdravotní péče (Machová, Kubátová, 2015).

1.2 Nemoc

Nemoc je pro mnoho lidí náročnou životní situací. Někdy obtížnou, ale někdy také nezvládnutelnou. Nemoc člověku obvykle změní stereotyp života a naruší naplánovaný program. Tím pádem ho omezuje a nemusí docházet k uspokojení jeho fyzických, psychických nebo sociálních potřeb (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011). Nemoc také můžeme definovat jako chorobný stav těla či mysli, ke kterému dochází díky poškození buněk, tkání nebo orgánů (Čeledová, Čevela, 2010). Při nemoci pacient také nemůže plnit své role, které zaujímá ve společnosti, ať jsou to role pracovní, rodinné či společenské (Bártlová, 2005). Většinou totiž nemoc narušuje vztah mezi nemocným a ostatními lidmi. Například při pobytu v nemocnici se jedincova možnost komunikovat s okolím snižuje a musí naopak navazovat vztahy zejména mezi zdravotním personálem

a pacienty na stejném pokoji (Zacharová, 2017). V některých civilizacích si lidé myslí, že nemoc je vyvolána nadpřirozenými silami, v křesťanství ji berou jak trest od Boha (Nováková, 2011).

Dle Zacharové (2017) se můžeme na nemoc dívat ze tří pohledů. Jako první je organický stav z pohledu patofyziologa, což je choroba, při které dochází k oslabení, poškození a snížení aktivit. Druhý pohled je funkční stav, který vychází ze subjektivního vnímání člověka. Ten vnímá nemoc jako pracovní neschopnost a omezení. Třetí je pohled okolí na nemocného. Vidí ho jako nezdravého člověka, který je pro ně určitou formou handicapovaný nebo zdravotně znevýhodněný.

Nemoc většinou vyžaduje přizpůsobení se nové situaci. Klade také na jedince větší nároky za zhoršených podmínek. Nemocný musí přijmout omezení, která s nemocí přicházejí, ale může to mít negativní dopad na jeho psychický stav (Zacharová, 2017).

Když dojde k zhoršení psychického stavu, projevuje se to strachem, úzkostnými stavy nebo pocitem méněcennosti pacienta. Změny jsou také ve vnímání, emocích, pozornosti a myšlení. Vnímání v nemoci se projevuje hlavně větší citlivostí na podněty jako jsou bolest, osvětlení nebo hluk. Je to ovlivněno strachem či farmakoterapií. Někdy se také změní vnímání malých podnětů, kterých si pacient dříve ani nevšiml. Jedná se například o vůni květin nebo zpěv ptáků (Kopecká, 2015). Zdravý člověk má většinou pozitivní emoce, protože ví, že žije smysluplný život, který má budoucnost. V nemoci se ale emoce často změní na negativní. Nejčastěji se objevuje strach a nejistota, což se projevuje přecitlivěním, plačtivostí nebo lítostí (Křivohlavý, 2002). Pozornost se v nemoci zaměřuje hlavně na průběh a příznaky nemoci, ale také na vyšetření, které pacient má podstoupit, a délku hospitalizace. Pacientovo myšlení je nejvíce zaměřeno na nemoc. Díky tomu se u něj může objevit obsedantní myšlení, které pacientovi neustále vtírá negativní myšlenky, například o výsledcích vyšetření. Také může dojít ke vztahovačnému myšlení pacienta, kdy všechny události kolem sebe vztahuje na sebe (Kopecká, 2015).

1.2.1 Reakce na nemoc

Nejnámější model, který popisuje reakci na nemoc, napsala Elisabeth Kübler-Rossová v roce 1969. Popisuje zde fáze přijímání změny, nemoci (Šupšáková, 2017). Fází je pět a u každého jedince mohou probíhat jinak. Můžou se krýt, některé chybět nebo být v jiném pořadí (Raudenská, Javůrková, 2011). Stejná reakce se může objevit i u pacientovy rodiny (Drlíková, Zachová, Karlovská, 2016).

První fáze je šok a popírání. Pacient nedokáže uvěřit, že zrovna on je nemocný, myslí si, že lékaři zaměnili výsledky vyšetření nebo že to celé je omyl. Druhá fáze je hněv a agrese. Klient se ptá, proč zrovna on onemocněl, je naštvaný na zdravé lidi a snaží se hledat viníka svého onemocnění. Třetí fází je smlouvání a vyjednávání. Pacient se obrací na alternativní medicínu a hledá způsoby léčení u různých léčitelů a v bylinkářství. Je ochoten udělat cokoli pro své vyléčení. Čtvrtou fází je deprese. Člověk se bojí ztráty zaměstnání i sociálních rolí. Také má strach o zajištění své rodiny. Poslední fází je smíření se svou nemocí či smrtí. Pacient již s nemocí nebojuje a přichází čas posledních přání a rozloučení s rodinou (Svatošová, 2012).

Jiné fáze reakce na nemoc popsal roku 1975 Frank Curtis Shontz. Jsou čtyři a Křivohlavý (2002) je popisuje pod názvy šok, usebrání, stažení se ze hry a tvorba programu k řešení krize. Ve fázi nazvané šok se pacient dozvídá o svém onemocnění a dojde u něj buď ke strnutí nebo ke zděšení. Tyto dva psychické stavy se mohou střídát. Klient přestává vnímat realitu, je „duchem nepřítomný“. V druhé fázi, usebrání, se pacient navrácí do skutečnosti, ale návrat není úplný. Klient má neustále chaotické myšlenky a negativní emoce, má strach, pociťuje bezmoc a žal. Ve třetí fázi, nazvané stažení ze hry, pacient záměrně utíká do mentálního osamocení, kde popírá svou nemoc a tím dosáhne určité úlevy. Získá jiný pohled na nově vzniklé onemocnění a může plánovat další postup. Tvorba programu k řešení krize je poslední fází. Zde se pacient snaží vyřešit danou situaci.

Při prožívání těchto fází je velmi důležitá empatie, vzdělání a životní i pracovní zkušenosti lékaře i sestry. Není zde vyloučeno použití farmakoterapie k utlumení bolesti a deprese a dopřát tak pacientovi snesitelnější průběh nemoci (Ptáček, Bartůněk, 2012).

1.2.2 Postoj k nemoci

Pacient se musí vypořádat se svou nemocí a musí přijmout změny, které nemoc nastaví. To vše je ovlivněno tím, jaký postoj pacient k nemoci zaujme (Kopecká, 2015).

Nejlepší postoj, jaký pacient může zaujmout, popisuje Jobánková (1992) jako normální postoj k nemoci. Pacient přijímá onemocnění a přizpůsobí se mu. Jeho postoj odpovídá stavu onemocnění.

Další postoj, který může člověk zaujmout, je nozofóbní. Má velký strach z onemocnění a klade velký důraz na malé potíže jako je například svědění nebo bolest svalů z únavy. Také má strach z nevyléčitelných nemocí. Klient ví, že přehání, ale není schopen se toho zbavit. Tento postoj se projevuje častými návštěvami lékaře a

dožadováním se dalších vyšetření. Pokud lékař nic nezjistí, pacient mu nevěří a obrátí se na jiného lékaře, u kterého požaduje další vyšetření (Kopecká, 2015).

Nejvíce známý postoj je hypochondrický. Pacient si nemoc vsugeruje. Je přesvědčen, že je vážně nemocný a udává, že jeho potíže jsou o mnoho nebezpečnější, než ve skutečnosti jsou (Dobiáš, 2013).

Nozofilní postoj přináší uspokojení z nemoci. Pacient si svou nemoc užívá, a to ve smyslu, že je osvobozen od svých povinností. Například nemusí jít do práce a je obstarávaný druhými. Tento postoj je oblíbený hlavně u dětí (Kopecká, 2015).

Účelový postoj je zesílený postoj nozofilní. Může být i u zdravého jedince. Člověk tento postoj zaujímá díky získání soucitu nebo upláchnutí z nepříjemné situace. Například dříve mladí muži simulovali různé nemoci, aby dostali modrou knížku a nemuseli na vojnu (Kopecká, 2015).

Další postoj, která Kopecká (2015) uvádí, je agravace. Člověk přehání projevy onemocnění. Agravace je vědomá, nebo nevědomá. Vědomá může nastat, když se klientovi nechce do práce nebo chce být středem pozornosti. Nevědomá bývá většinou skrytým voláním o pomoc. Objevuje se u osamocených starých lidí nebo u opomíjených dětí.

Předstírání onemocnění nebo projevů nemoci. To je simulace. Simulace pacienta je účelná, získá tím různé výhody. Například vyhnutí se povinností (Vondráček, Wirthová, Pavlicová, 2011).

Při bagatelizujícím postoji pacient podceňuje svou nemoc a projevy nemoci. Nedodrží léčbu nebo ani nevyhledá odbornou pomoc. Příčinou tohoto postoje může být strach z bolesti, z vyšetření, nebo přecenění svých možností (Kopecká, 2015).

U disimulačního postoje pacient popírá, že je nemocný. Podává nepravdivé údaje o své nemoci lékaři, neřekne mu všechny příznaky. Pacient se většinou bojí ztráty zaměstnání, partnera nebo sociálního propadnutí (Kopecká, 2015).

Když nastane repudiační postoj, pacient vůbec nebere svou nemoc v potaz. Neinformuje lékaře, nepřipouští si, že je nemocný. Je to neuvědomělá disimulace (Jobánková, 1992).

Další je heroický postoj. Pacient se považuje za hrdinu, který zvládne silnou bolest a nepříjemné výkony svou pevnou vůlí (Kopecká, 2015).

1.3 Osobnost pacienta

Osobnost každého pacienta je jiná. Každý klient je individuální a ke každému musíme přistupovat s ohledem na jeho fyzické, psychické, sociální i spirituální potřeby. Žádný pacient neprožívá chorobu stejně. Je tedy nutné pochopit, jak nemoc působí na pacientovo chování a prožívání. To může mít vliv na klientovy vlastnosti, ale i na průběh onemocnění (Zacharová, 2017).

Abychom dobře porozuměli chování a prožívání pacienta v době nemoci, je dobré znát jeho premorbidní osobnost. Ta nám říká, jaká byla osobnost klienta před začátkem nemoci. Tyto údaje nejčastěji získáváme od rodinných příslušníků. Chceme znát klientův temperament, citové prožitky, úroveň vzdělání či mezilidské vztahy (Andršová, 2012).

Zacharová (2017) popisuje tři základní faktory, které působí na osobnost pacienta. Jako první uvádí situačně psychologický faktor. To je míra, ve které klient prožívá závažnost svého onemocnění. Druhý faktor je sám chorobný proces. Tento faktor udává, že každé onemocnění může mít jiný průběh i následky, které mohou způsobit změnu osobnosti klienta. Třetí jsou sekundární vlastnosti onemocnění. Patří sem délka onemocnění, bolest nebo změny na těle v důsledku nemoci. Tyto sekundární faktory ovlivňují pacienta v jeho emocích, hodnotách, výhledech do budoucna i v jeho potřebách.

Podle Kopecké (2015) zde hraje roli i typ osobnosti klienta. Extravert většinou komunikuje a sděluje své problémy nahlas. Naopak introvert řeší své trable uvnitř a tím se může spustit vlna negativních reakcí. Když se na problematiku podíváme z pohledu klasické typologie, tak nejlépe se nemoci přizpůsobí sangvinik a nejhůř melancholik.

Důležité je, aby sestra s pacientem udržovala kontakt co nejvíce, a odhalila tak klientovo prožívání nemoci. Někteří pacienti mohou být klidní a neprojevat své pocity nahlas, ale uvnitř sebe se mohou utápět v depresích a velmi špatně nemoc snášet. Proto je podstatné toto prožívání včas odhalit a poskytnout mu psychologickou pomoc (Zacharová, 2017).

1.3.1 Potřeby pacienta

Všichni lidé mají nějaké potřeby. Většinou jsou ale schopni je uspokojit sami. Někteří pacienti toho ale schopni nejsou. Proto záleží na sestře, aby pacientovu potřebu sama rozpoznala a poté uspokojila. Potřebu můžeme charakterizovat jako nedostatek, přebytek nebo tužbu dosáhnout cíle v biologické, psychické, sociální či spirituální

oblasti. Síla a počet potřeb je odvozen od pohlaví, věku, kultury, rozumové schopnosti i zdravotního stavu pacienta (Šamánková, et. al., 2011).

K uspokojování potřeb je třeba využívat holistického přístupu, tzn., jak je uvedeno výše, plnit pacientovy potřeby v biologické, psychické, sociální i duchovní oblasti. Sestra nejvíce uspokojuje pacientovy biologické potřeby, ale je na ní, aby klientovi co nejvíce dopomohla i k uspokojení ostatních potřeb. Je jasné, že sama není schopna nebo nemá kompetence uspokojit klientovy potřeby vždy na sto procent, proto musí využít týmové práce (Svatošová, 2012).

Biologické potřeby jsou ty nejzákladnější. Je to například potřeba jídla a pití, jakkoli upraveného dle našeho omezení. Další je potřeba vyprázdnění se. Velmi důležitá je také potřeba kyslíku. Lze sem zařadit i potřebu tepla, spánku a odpočinku a samozřejmě také tišení bolesti (Svatošová, 2012). Tyto potřeby jsou cyklické a jejich uspokojování je nezbytně nutné pro život člověka (Plevová et al., 2011b).

Vágnerová (2016) uvádí, že do psychických potřeb patří simulace, která se může lišit svojí intenzitou a kvalitou podmětů. Nízkou simulaci využívají lidé klidní, s oblibou ve stereotypu, kteří bývají decentní a spolehliví. Ale velmi nízká simulace může vyústit v nudu. Lidé s potřebou větší simulace vyhledávají dobrodružství a nebojí se riskovat. Pozor ale na silnou simulaci, která může vyvolat nepříjemné pocity a být vyčerpávající. Dále tvrdí, že je důležitá potřeba bezpečí, a to nejen fyzická, ale také zajištění fungování pravidel, kterým se dosáhne kognitivní jistoty. Pro lidi je také velmi důležitá např. jistota práce a dobrých mezilidských vztahů. Když u člověka je dlouhodobá nejistota, přestává věřit všemu a všem. Proto je významná i potřeba naděje, která věří v pozitivní výsledek (Vágnerová, 2016). Také do psychických potřeb patří potřeba pomoci, sebeúcty, uznání, štěstí, zvědavosti, učení, zábavy a mnoho dalších (Plevová et al., 2011b).

Lidé tvoří společnost a sociální potřeby nesmíme opomíjet. Pro nemocného je společnost velice důležitá. V nemocnici se mu nejčastěji dostává společnosti sester a spolupacientů, ale nejdůležitější je pro něj rodina a přátelé (Svatošová, 2012). Člověk potřebuje, aby okolí dodržovalo jeho soukromí, intimitu a aby ho akceptovalo. Někteří si chtějí povídat o svých pocitech, někteří vyžadují samotu a odloučení od davu. Potřebu sounáležitosti mají skoro všichni, ale zároveň s ní přichází i strach z nepřijetí (Vágnerová, 2016). Další sociální potřebou je například přátelství, komunikace, informovanost a respekt (Plevová et al., 2011b).

Spirituální potřeby bývají zdravotníky nejvíce opomíjeny, domnívají se, že tuto potřebu mají jen věřící. Není tomu tak. V období nemoci, většinou té závažnější, se k víře obrací i ti, kteří nejsou žádného vyznání. Zabývají se hlavně smyslem svého života. Chtějí najít odpuštění i pochopení. Je třeba pacienty vyslyšet a zajistit jim potřebu duchovna (Svatošová, 2012).

Nejznámější hierarchii potřeb sestavil Abraham Harold Maslow (1908-1970), americký psycholog, který zkoumal lidské potřeby, jejich význam a propojení. Roku 1943 vytvořil pyramidu potřeb s pěti stupni potřeb člověka. Tyto stupně jsou seřazeny podle důležitosti pro pacienta a naléhavosti uspokojení potřeb od nejzávažnější po nejméně závažně, ale přesto pro člověka nutné (Malíková, 2011). Maslow také potřeby rozdělil na dvě skupiny. První skupina potřeb, tzv. nižší potřeby, vznikají v důsledku neuspokojování životně důležitých potřeb. Do druhé skupiny, tzv. vyšších potřeb, patří ty, které podnítl sám člověk, například učení či estetické cítění. Tyto potřeby se ale liší v různých etapách života. Na začátku života jsou nejdůležitější potřeby nižší. S postupujícím věkem se objevují vyšší potřeby (Kalvach, 2011).

První stupeň Maslowovy pyramidy tvoří biologické potřeby. Druhý stupeň je tvořen potřebou bezpečí, jistoty v přítomnosti i budoucnosti. Na třetí pozici je potřeba lásky, a to nejvíce rodiny a přátel. Čtvrtá příčka je pro potřebu úcty. Úctu můžeme rozdělit na sebeúctu, to, jak se člověk chová sám k sobě, a úctu ostatních k člověku. Ve špičce pyramidy je seberealizace. Maslow byl přesvědčen, že seberealizace vychází z vlastní motivace (Plamínek, 2010). „*Tato potřeba motivuje člověka, aby rozvinul všechny své předpoklady a aby se stal vším, čím se stát může.*“ (Vágnerová, str. 351, 2016).

Potřeby pacientů jsou však velmi individuální. Bayoumi (2012) popisuje výsledky studie, která zjišťovala nejdůležitější potřeby hemodialyzovaných pacientů. Výzkum byl proveden na 50 pacientech na hemodialyzační jednotce nemocnice Suez Canal Hospitals ve městě Ismailia v Egyptě. Výsledky říkají, že nejvyšší potřebou pacientů bylo sebevědomí (92 %), nejnižší potřebou byla láska (38 %). Dále také výzkum zjistil, že tyto potřeby se zvyšují díky dlouhodobé hemodialýze.

1.4 Práva a povinnosti pacienta

Práva pacienta

Etický kodex práv pacientů vešel v platnost roku 1992 a vycházel z Listiny základních práv a svobod. Když dodržujeme práva pacientů, dochází ke zvýšení obecné

morálky i sebevědomí klienta. Pokud dojde k porušení práv klienta, může situaci vyřešit soud. (Šamánková, et. al., 2011).

Pacient má právo na poskytnutí zdravotní péče, na její dostupnost a na plnění svých potřeb. Zdravotní péče má být co nejkvalitnější. Klient má právo rozhodnout se, jak bude probíhat léčba i ostatní výkony a má právo na dodržování jeho intimity a soukromí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008).

Pacient má právo vybrat si zdravotnické zařízení, kde mu bude poskytována profesionální péče. Toto právo nemá jen tehdy, pokud je do nemocničního zařízení přivezen zdravotnickou záchrannou službou. Dále má právo vybrat si lékaře (praktického, zubního, ...), který o něj bude pečovat. Toto právo může uplatnit každé tři měsíce. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015).

Pacient má právo znát jména zdravotnického personálu, který se podílí na jeho péči. Má také právo stýkat se s rodinou po dobu hospitalizace, pokud to samozřejmě jeho zdravotní stav a chod oddělení dovolí (Šamánková, et. al., 2011).

Pacient má právo na informovaný souhlas. Všechny výkony mohou být provedeny pouze se souhlasem klienta. Existují ale i výjimky, kdy se výkon obejde bez souhlasu, a to při povinném léčení, pokud je klient nakažen přenosným onemocněním, pod vlivem intoxikačních látek nebo duševní choroby. Také není potřeba souhlas, pokud je výkon neodkladný a slouží k zachránění života pacienta (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008). Souhlas bývá písemný i ústní. Písemný bývá požadován tehdy, pokud je výkon náročnější a mohou se u něj objevit komplikace (Abrahámová, et. al. 2009). Jestliže se jedná o lékařský výkon, může informace o výkonu podávat pouze lékař. Pokud je výkon nelékařský, podává informace ten, kdo je kompetentní k provedení daného výkonu (Mach, 2010). Podpisu informovaného souhlasu by měl předcházet rozhovor s lékařem o daném lékařském výkonu. Lékař by měl klientovi vše vysvětlit a seznámit ho s možnými komplikacemi i s možností alternativních postupů. Pacient by měl mít dostatek času na promyšlení a na pokládání otázek (Ptáček, Bartůněk, et. al., 2011).

Pacient má právo na poskytování informací o svém zdravotním stavu. Pokud klientovi nestačí ústní informace, má právo nahlédnout do své dokumentace a vyžádat si její kopii (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008).

Pacient má právo na neposkytnutí informací, a to v tom případě, že s tím výslovně nesouhlasí. Pacient může dovolit, aby se tyto informace sdělily jiné, pověřené, osobě.

Existuje ale výjimka, kdy klient musí být informován, a to v případě, že je nakažen infekční chorobou (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008).

Pacient má právo na soukromí. Jen on dává právo zdravotnickému personálu sdělit informace o svém stavu pověřené osobě. Pokud klient neoznačí žádnou osobu, které se mohou informace poskytovat, je zdravotnický personál zavázáný mlčenlivostí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015).

Pacient má právo být informován o ceně služeb, které mu budou poskytovány. Má také právo být informovaný, které položky jsou hrazeny pojišťovnou a které ne (Nemocnice České Budějovice, 2013).

Pacient má právo odmítnout výkon, léčbu i hospitalizaci. Samozřejmě musí být informován o tom, co může odmítnutí znamenat pro jeho zdraví. Pokud k odmítnutí přesto dojde, musí klient podepsat tzv. reverz (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008).

Povinnosti pacienta

Povinnosti pacienta by měly být napsány ve vnitřním řádu oddělení. Klient by se měl ke zdravotnímu personálu chovat mile a s úctou (Mach, Buriánek, Záleská, Mlynářová, Kvapilová, Máca, Valášek, 2013). Povinností klienta také je, pokud souhlasil s hospitalizací, dodržovat individuální plán léčby. Dále je povinen dodržovat vnitřní řád daného oddělení (Mrázová, 2014). Pacient je také povinen zaplatit cenu za poskytnutí péče, kterou veřejné pojištění nehradí. Měl by také informovat ošetřující personál o svém zdravotním stavu, o tom, jaké léky užívá, jestli neprodělal či neprodělavá infekční onemocnění a jestli neužívá návykové látky (Jurásková, 2016). Klient nesmí během pobytu v nemocničním zařízení užívat alkohol ani jiné omamné látky (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012).

1.5 Osobnost sestry

Profese sestry je jedna z nejnáročnějších, a to po fyzické i psychické stránce. Již od počátku vykonávání ošetrovatelské praxe byly na sestru kladeny vysoké nároky. Průkopnicí ošetrovatelství byla Florenc Nightingalová, která jako první určila, jaká by měla sestra, dříve ošetrovatelka, být (Kutnohorská, 2010).

Kutnohorská (str. 143, 2010) cituje Nightingalovou takto: „*Ošetrovatelka musí být osobou, na kterou se lze spoléhat, a musí být důvěryhodná. K vlastnímu povolání má mít úctu, neboť drahý dar života je často vložen do jejích rukou.*“

V dřívějších dobách byly sestry vnímány jako nesamostatné osoby, které pouze plní ordinace lékaře a jsou mu při ruce (Špirudová, 2015a). Nyní se od sestry očekává odbornost, samostatnost, empatie, sebekritičnost, ovládnutí moderních technických přístrojů, zvládnutí administrativy a profesionální chování k pacientům i kolegům na pracovišti (Zacharová, 2017).

Špirudová (2015a) uvádí, že smyslem profese sestry je poskytovat péči zdravým i nemocným jedincům či skupinám, podporovat a udržovat jejich zdraví, mírnit trápení a pomáhat v postavení před smrtí a hendikepou. Dále tvrdí, že sestra má být stabilní osobnost s dostatečným vzděláním a morálkou.

Jičínská (2008) provedla roku 2006 část stejného výzkumu jako Karel Kopřiva v roce 1997. Výzkum se zabýval celoživotním vzděláváním všeobecných sester a Jičínská se zaměřila na část, která se zabývá vlastnostmi a schopnostmi sester. 280 sestrám položila stejnou otázku jako Kopřiva v roce 1997, a to: „*Kdyby se někdo vám blízký z nějakého důvodu ocitl v nemocnici, léčebně, domově důchodců, jaké tři nejdůležitější schopnosti nebo vlastnosti jeho sester byste mu přála?*“ (Jičínská, str. 15, 2008). Sestry odpověděly tak, že na první pozici se umístila vlídnost (21 %). Dále se v odpovědích objevila empatie (18 %), odbornost (15 %), porozumění (13 %), ochota (12 %), trpělivost (8 %) i znalosti (2 %).

Kvůli náročnosti ošetrovatelského povolání může být chování i nálady sestry negativní. Díky tomu získá neadaptivní povahové projevy, které mohou být hrozbou pro pacienta. Těchto projevů je osm a každá sestra by se jich měla vyvarovat kvůli své, pacientově i spolupracovníkově psychické pohodě. První je náladová sestra, u které dochází k výkyvu nálad kvůli nepatrné změně. Sestra psychastenická nechce nic měnit a má ráda stálý systém. V nenadálé situaci chybí (Zacharová, 2017). Schizotypní sestry neberou v potaz holistický přístup k pacientovi. Citově chladná sestra nechce být u lůžka klienta, ale chce se více specializovat. Podezíravá sestra je vztahovačná, pociťuje křivdy od druhých, ve skupině není oblíbená a často se snaží vyvolat hádku. Přecitlivělá sestra je příliš empatická a citlivá. Hysterická sestra je ráda středem pozornosti a zvládá ostatní nadchnout. Poslední je popudlivá sestra, která je zlostná, vznětlivá a nenechá se ničím ovládnout (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

Plevová et al. (2011a) stanovila předpoklady pro profesi sestry. Jsou to předpoklady senzomotorické, to je například zručnost, dále předpoklady estetické, což je upravený vzhled, dále předpoklady intelektové, kam patří umění řešit různé situace. Také sem patří předpoklady sociální, jako je dobrý vztah k člověku a empatie,

předpoklady komunikační, kam lze umístit naslouchání ale i mlčení, a autoregulační předpoklady, což je například přizpůsobení.

Zacharová (2017) určila pět typů sestry podle jejího postavení k povolání a vztahu ke klientovi. Rutinní typ je sestra konkrétní, upjatá, která může zapomenout na lidský vztah. Sestra je herecky afektovaná, když se snaží okouzlit pacienta a naklonit si jeho přízeň. Nervózním typem se sestra stává, pokud je neustále podrážděná a nejistá v tom co dělá. Může být i mužský typ sestry. Taková sestra má hodně energie, je dobrá v organizaci a má racionální myšlení. Poslední je mateřský typ, kdy je sestra je milá, chápavá a starostlivá.

1.5.1 Role sestry

Role sestry se neustále mění. Pravda je, že se po sestrách požaduje více dovedností než dříve. Důležité je, aby si sestra svou roli osvojila, aby se striktně nevázala na pravidla, ale na druhou stranu neporušovala pravidla a chování (Bártlová, 2005).

Známe čtyři rolové znaky. První je funkční specifita, která říká, že sestra musí být kompetentní pro vykonávání své profese. Je důležité, aby měla odborné vzdělání. Kompetence se také liší dle oddělení a na postavení sestry (vrchní, staniční nebo primární sestra) (Plevová, 2011a). Druhý znak je sociocentrismus, tzv. kolektivní orientace. To znamená, že jednání sestry nevychází z jejích vlastních potřeb, ale vychází z potřeb klienta. Sestra by měla být orientována na druhého člověka a na jeho potřeby. Takového jednání je schopna pouze sociálně zralá sestra. Třetí je univerzalismus. To znamená, že sestra je milá na všechny pacienty, ať jsou jí sympatičtí nebo ne. Stejně platí i u jejich kolegů, protože je vyloučené, aby se nesympatie spolupracovníků negativně odrážely na péči poskytované pacientovi. Poslední je emocionální neutralita. Sestra musí mít své emoce pod kontrolou, i když její povolání může vyvolat citové napětí, hlavně díky zodpovědnosti za pacienta. Sestra musí být emocionálně stabilní, aby mohla svou práci vykonávat bez vnitřních konfliktů (Mellanová, 2017).

Dle Bártlové (2005) má profese sestry spoustu společenských rolí. Tyto role obsahují činnosti v oblasti ošetrovatelsko-pečovatelské, expresivní, výchovné, instrumentální, poradenské, preventivní, organizační a administrativní.

Další rolí sestry je pečovatelka. Sestra pečuje o nemocné a provádí ošetrovatelský proces. Přitom využívá holistického přístupu. Sestra edukátorka musí mít dobré komunikační schopnosti, být trpělivá a vzdělaná v dané edukační oblasti. Edukuje pacienta i jeho rodinu. Zabývá se prevencí, snaží se zabránit vzniku komplikací a chce,

aby byl klient co nejvíce samostatný. Sestra advokátka je mluvčí pacienta, hájí jeho práva a tlumočí jeho přání a požadavky (Farkašová et al., 2009). Sestra manažerka ručí za kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči poskytovanou klientovi tím, že vybere správný personál. Ručí také za chod oddělení, sleduje výkony a kompetence ostatních sester (Škrála, Škrlová, 2008). Sestra mentorka zajišťuje pedagogické vedení studentů, ale i nové sestry, která se zapracovává na oddělení (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Holubová, 2011). Sestra nositelka změn by se měla zajímat o nové poznatky v ošetrovatelství a zabránit stagnaci tohoto povolání (Farkašová et al., 2009). Sestra poradce se snaží klientovi vysvětlit jeho aktuální situaci a pomoci mu při změnách (Špirudová, 2015a).

1.6 Vztah sestra – pacient

Vztah sestra – pacient je nejzákladnější vztah ve zdravotnickém prostředí (Zacharová, 2016). Lze říci, že tento vztah je založen na pomoci, kterou sestra dává klientovi (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012). Je zde také velmi důležitá úcta sestry k lidem (Zacharová, 2017).

Pacient ve zdravotnickém zařízení přijde nejčastěji do kontaktu se sestrou. Vždy když klient cokoli potřebuje, zazvoní na ni. Ta pacientovi pomáhá uspokojovat jeho biologické, psychické, sociální i spirituální potřeby. Dále mu také může poskytovat rady a své zkušenosti a bývá spojkou mezi pacientem a lékařem (Bártlová, 2005). Z těchto důvodů může klient chápat sestru jako člověka, který ho chápe, který sníží pocit tenze mezi ním a lékařem a může mu důvěřovat. Klient by se nikdy neměl bát na sestru obrátit se svým problémem. Ta by měla mít profesionální chování, kam patří například znalost práv a povinností pacienta, ovládnání vyjadřování svých emocí a zařadit klientovy potřeby nad své potřeby (Zacharová, 2017). Samozřejmě ale i sestra má vůči pacientovi určité požadavky. Chce, aby se klient nebál požádat o vysvětlení toho, čemu nerozumí, chce, aby o sobě pravdivě poskytl důležité informace, aby sdělil, co a jak moc ho bolí, a dodržoval řád oddělení a plán léčby (Zacharová, 2016).

Existují čtyři fáze terapeutického procesu mezi sestrou a pacientem. První fáze je orientační a hraje velkou roli ve spolupráci mezi sestrou a klientem, je také velmi důležitá pro další vývoj péče i léčby. Sestra zde zjišťuje pacientovy osobní informace, důvod vyhledání pomoci zdravotnického zařízení a jeho potřeby. Druhá fáze je identifikační. Zde si klient uvědomuje vztah mezi ním a sestrou. Může na to reagovat tím, že si začne vynucovat pozornost sestry, nebo bude čekat, než si ho sama sestra

všimne a začne řešit jeho problémy. Ve třetí exploatační fázi je uskutečňován plán ošetrovatelské péče a hodnocení, zda se dosáhlo požadovaných cílů. Poslední fáze je rezoluční, kde jsou vyřešeny klientovy problémy a je možné terapeutický vztah sestra – pacient ukončit (Špirudová, 2015a).

Důležité ve vztahu sestra – pacient je komunikace. Od sestry se očekává dostatečné vzdělání v této oblasti. Musí umět vést rozhovor a správně používat verbální i neverbální komunikaci. Klient chce, aby mu byly informace sdělovány srozumitelně, pomalu a v dostatečné míře. Požaduje znát svůj aktuální stav, možnosti léčby, postup dané léčby i preventivní opatření (Zacharová, 2016). Je několik zásad v komunikaci s pacientem, které by sestra měla dodržovat. Musíme klientovi poskytnout náležitou míru informací k tomu, aby pochopil danou situaci a byl schopen se rozhodnout, jak dále pokračovat. Všichni zdravotničtí pracovníci by měli, v rámci své kompetence, sdělovat klientovi stejnou informaci. Nesmí se stát, aby sestra sdělila pacientovi něco jiného než jeho lékař. Není vhodné používat zdravotnický slang, ani spoustu odborných názvů, kterým klient nerozumí (Hekelová, 2012).

Dalšími faktory ve vztahu sestra – pacient je kromě komunikace i soužití sestry se svou rolí, dovednosti sestry, dodržování etického kodexu a profesionálního jednání, osobnost pacienta a zkušenosti klienta s předešlou poskytovanou péčí (Zacharová, 2017).

1.7 Hospitalizace

Hospitalizace pacienta je nutná při různých terapeutických a diagnostických postupech, které nejdou provést ambulantně. Klient je zde po těchto výkonech monitorován a je mu poskytována následná profesionální péče. Díky hospitalizaci máme trochu jistoty, že klient bude dodržovat terapeutický plán (Zacharová, 2017).

Hospitalizace může být pro klienta nepříjemná kvůli omezenému soukromí (např. více pacientů na jednom pokoji), kvůli dodržování léčebného procesu (např. klid na lůžku, dieta) a kvůli omezení sociálního kontaktu (např. s rodinou, přáteli). Některým pacientům ale hospitalizace vyhovuje, protože jsou stále pod lékařským dohledem a mají pocit bezpečí (Zacharová, 2017).

Je důležité, jak se pacient na hospitalizaci adaptuje, tzn. jak se jí přizpůsobí. Jsou čtyři fáze adaptačního syndromu. První je období náhlé změny životního stylu, kde pacient přichází do nového prostředí a hledá pocit bezpečí, většinou u sester. Druhá fáze je období aktivní adaptace nemocného. V této fázi se klient uklidní a má zájem o svou

léčbu, chce se vyléčit. Další je období psychického selhání. Zde klient přestává věřit, že se uzdraví, je podrážděný a vyvolává hádky. Tento stav se většinou objeví u chronicky nemocných. Poslední fází je období rezignace. Pacient má negativní myšlení, nespolupracuje a nesnaží se se uzdravit. Bývá to u těžce nemocných klientů (Kelarová, Cahová, Křesťanová, Křiváková, Kovářová, 2009).

Pokud je hospitalizace příliš dlouhá, může dojít k hospitalismu. Hospitalismus je soubor negativních reakcí na pobyt v nemocničním zařízení. Existují spousty faktorů, které napomáhají vzniku hospitalismu. Je to například nepříjemná zkušenost s předešlým pobytem v nemocnici, věk klienta, role klienta i jeho sociální a pracovní situace a prognóza onemocnění (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Holubová, 2011).

Hospitalismus má také různé formy, které se mohou objevit jak u dospělých, tak u dětí. Jsou to formy obranných reakcí na hospitalizaci. Patří sem regrese, což znamená krok zpět ve vývoji. Dále se mohou u pacienta objevit stereotypní pohyby, negativismus, agrese, ale také uzavřenost i odmítání léčby (Tondorvá, 2010).

Proti hospitalismu můžeme udělat několik preventivních opatření. Jedním z nich je vhodná komunikace s klientem. Dále musíme podporovat pacienta v pohybu a aktivně ho zapojovat do léčebného procesu, vytvořit klidné prostředí, dostatečně klienta informovat a umožňovat kontakt s rodinou (Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Holubová, 2011).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak sestra prožívala hospitalizaci v roli pacienta.

Cíl 2: Zjistit, jak hospitalizace ovlivnila práci sestry v zaměstnání.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak se sestra cítila v roli pacienta?

Výzkumná otázka 2: Jak se choval personál k sestře v roli pacienta?

Výzkumná otázka 3: Jaká byla kvalita ošetrovatelské péče, která byla poskytnuta sestře v roli pacienta?

Výzkumná otázka 4: Jakým způsobem ovlivnila sestru hospitalizace v jejím zaměstnání?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část této bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního sběru dat. Kvalitativní výzkum využívá nečíselných dat a analýzu zkoumaného souboru. Zaměřuje se více na detaily (Kutnohorská, 2009). Kvalitativní metodou se stal polostrukturovaný rozhovor. Samotný rozhovor se dělí na strukturovaný, nestrukturovaný a polostrukturovaný. Polostrukturovaný rozhovor se skládá z předem připravených otázek a z otázek, které vyplynou během rozhovoru (Kocianová, 2010). Pro úspěšný rozhovor je třeba si ujasnit cíl, stanovit správné pořadí otázek, mluvit srozumitelně, plynule a stručně a nepřetáhnout čas rozhovoru přes jednu hodinu (Kutnohorská, 2009). Rozhovor použitý pro tento výzkum se skládal z 19 pevně daných otázek a několika doplňujících otázek, které sloužily k rozvinutí původní otázky (viz Příloha 1 Otázky pro rozhovor). Tématem konverzace byla situace, kdy se sestry dostávají do role pacienta. Hovořili jsme o pocitech respondentek, o sestřích, které se o ně staraly i o nemocničním prostředí. Rozhovory byly během konverzace doslova zaznamenávány do počítačového programu Microsoft Word (viz Příloha 2 Přepis rozhovorů). Respondentky s tímto záznamem souhlasily. Doba rozhovoru byla zhruba 30 minut a místo, které bylo vždy mimo nemocniční zařízení, a čas byly předem dohodnuté. Rozhovory byly posbírány během března 2018. Dále jsou rozhovory zpracovány pomocí kódování dat, což je rozebírání a srovnávání pojmů do různých kategorií (Kutnohorská, 2009). Kategorií je celkem 7, z toho první kapitola je rozdělena do 3 podkategorií a čtvrtá kategorie má dvě podkategorie. V textu jsou pro doplnění, použity přímé řeči respondentek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem byly sestry, které byly kdykoli s jakoukoli nemocí (kromě porodu), hospitalizovány v nemocničním zařízení. Rozhovor byl proveden se třinácti respondentkami (viz Tabulka 1). Respondentky rozhovor poskytly dobrovolně a byly seznámeny s tím, že rozhovor je anonymní.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Identifikační údaje respondentek

Tabulka 1

Respondentka	Věk	Vzdělání	Délka praxe (roky)	Délka hospitalizace
1	30	SZŠ	11	4 dny
2	41	Vyšší odborné	11	8 dní
3	50	SZŠ	32	3 týdny
4	50	SZŠ	32	10 dní
5	41	Vyšší odborné	10	7 dní
6	42	Vysokoškolské	23	4 dny
7	44	SZŠ + ARIP	26	5 měsíců
8	34	SZŠ	14	1 měsíc
9	43	Vysokoškolské	22	3 týdny
10	47	SZŠ + ARIP	27	5 měsíců
11	28	SZŠ	8	3 dny
12	50	SZŠ	26	8 dní
13	48	SZŠ	30	5 dní

Respondentek je 13 a všechny jsou ženy. Respondentce 1 je 30 let, má středoškolské vzdělání, je 11 let v praxi a její hospitalizace trvala 4 dny. Respondentce 2 je 41 let, má vyšší odborné vzdělání, je 11 let v praxi a její hospitalizace trvala 8 dní. Respondentce 3 je 50 let, má středoškolské vzdělání, je 32 let v praxi a její hospitalizace trvala 3 týdny. Respondentce 4 je 50 let, má středoškolské vzdělání, je 32 let v praxi a její hospitalizace trvala 10 dní. Respondentce 5 je 41 let, má vyšší odborné vzdělání, je 10 let v praxi a její hospitalizace trvala 7 dní. Respondentce 6 je 42 let, má vysokoškolské vzdělání, je 23 let v praxi a její hospitalizace trvala 4 dny. Respondentce 7 je 44 let, má středoškolské vzdělání s ARIP, je 26 let v praxi a její hospitalizace trvala 5 měsíců. Respondentce 8 je 34 let, má středoškolské vzdělání, je 14 let v praxi a její hospitalizace trvala 1 měsíc. Respondentce 9 je 43 let, má vysokoškolské vzdělání, je 22 let v praxi a její hospitalizace trvala 3 týdny. Respondentce 10 je 47 let, má středoškolské vzdělání s ARIP, je 27 let v praxi a její hospitalizace trvala 5 měsíců. Respondentce 11 je 28 let, má středoškolské vzdělání, je 8 let v praxi a její hospitalizace

trvala 3 dny. Respondentce 12 je 50 let, má středoškolské vzdělání, je 26 let v praxi a její hospitalizace trvala 8 dní. Respondentce 13 je 48 let, má středoškolské vzdělání, je 30 let v praxi a její hospitalizace trvala 5 dní.

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů

Seznam kategorií

1. Vztah sestra – respondentka
 - a) Chování sester k respondentkám
 - b) Výhody a nevýhody
 - c) Kontrola a pomoc sestrám
2. Edukace
3. Strach z výkonů a komplikací
4. Ošetrovatelská péče
 - a) Spokojenost s ošetrovatelskou péčí
 - b) Chyby sester v ošetrovatelské péči
5. Ovlivnění práce respondentky po hospitalizaci
6. Faktory působící během hospitalizace pozitivně či negativně na respondentku
7. Prostředí nemocnice

1. Vztah sestra – respondentka

a) Chování sester k respondentkám

Všechny respondentky se shodly, že sestry, které jim poskytovaly péči, znaly skutečnost, že jsou také sestry. Respondentky 9, 11 a 12 uvedly, že se s personálem oddělení znaly již z předešlé praxe. Respondentka 12 řekla: „*Byla jsem hospitalizována na interním oddělení, kde jsem dříve pracovala. Neznal mě pouze nový personál.*“ Respondentky 4, 7, 8, 9, 10 a 11 tvrdily, že se k nim sestry chovaly jinak než k ostatním pacientům. Respondentka 4 popsala, že jí sestry braly jako pomocnou sílu, aby doprovázela méně schopné pacienty na záchod a dolévala jim čaj. Po otázce, zda to po ní sestry vyloženě požadovaly odpověděla: „*Některé ano. Říkaly, že nemají zase tolik času a když já chodit můžu, tak jestli bych byla ochotná pacientku doprovodit.*“ Respondentky 7 a 8 uvedly, že si s nimi sestry více povídaly. Respondentka 8 říká: „*Více si se mnou povídaly, protože jsme našly společné, zdravotnické, téma.*“ Respondentka 9 popsala chování sestry k její osobě takto: „*Před operací jsem se ptala sestřičky, zda budu moci po operaci kojít a odpověď zněla: „Jestli to máte přilepené na*

střevě, tak asi těžko!“ Více jsem se neptala, měla jsem strach, co hrozného se ještě dozvím a nechtěla jsem zbytečně zatěžovat personál svými dotazy.“ Dále si také respondentka 9 vyslechla narážky od sester na to, že má své dítě rozmazlené, protože v noci plakalo. Respondentka 10 uvedla: *„Chování sester k pacientům byl hodně na pováženou. Nezájem, neochota, pocit, že člověk obtěžuje.“* Respondentka 11 řekla, že sestry se k ní chovaly jinak, protože je již znala, a tak jejich přístup byl přátelštější.

b) Výhody a nevýhody

Respondentky 2, 3, 5, 8, 11 a 13 sdělily, že měly různé výhody kvůli tomu, že jsou sestry. Respondentky 2 a 8 uvedly, že se sestry více ptaly, jestli něco nepotřebují. Respondentky 5 a 13 braly jako výhodu to, že jim sestry i lékaři, více než ostatním pacientům, vše dopodrobna vysvětlují. Respondentka 5 řekla: *„Bylo to velmi kolegiální. U spolupacientky jsem si toho nevšimla.“* Respondentky 3 a 11 uvedly jako výhodu možnost využít nadstandardní pokoj. Respondentka 11 se vyjádřila takto: *„Tak určitě výhodou byl nadstandard pokoj zadarmo.“* Respondentka 7 říká: *„Více se mnou komunikovaly mladší sestry, ale nevím, jestli to byla výhoda nebo ne, protože když jsem chtěla mít klid, tak si chtěly povídat o věcech jako třeba recept na buchty a tak. Ale v některých chvílích jsem aspoň zabila nudu.“*

c) Kontrola a pomoc sestrám

Respondentky 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 12 a 13 uvedly, že kontrolovaly sestry během výkonů. Respondentky 10 a 11 tvrdily, že kontrolovaly při výkonech pouze studentky. Respondentka 7 řekla: *„Kontrolovala jsem jen někdy a některé sestry, u kterých jsem předpokládala, že nejsou v praxi tak dlouho a mohly by pochybit.“* Respondentka 12 kontrolovala sestru, jestli dodržuje sterilitu při cévkování. Respondentka 13 byla k sestrám nedůvěřivá, proto je kontrolovala. Většina sester na sobě nedala poznat, že sestru kontrolovaly. Respondentky 2, 5, 6, 8, 9, 10 a 12 tvrdily, že měly tendenci sestrám při výkonech pomáhat. Respondentka 2 uvedla: *„Chtěla jsem pomoci, ale udržela jsem se. Řekla jsem si, že by mi to bylo také nepříjemné, kdyby mě pacient poučoval.“* Respondentky 6 a 12 chtěly sestrám ulehčit práci. Respondentka 8 pomáhala sestrám při odběru krve: *„Mám žíly „praskačky“, a tak jsem radila, kterou žílu vybrat.“* Respondentka 9 pomohla studentce při zavádění žilní kanyly: *„Kanylu jsem si dopíchla sama, chtěla jsem jí pomoci, když jsem viděla, jak se u toho trápí.“*

2. Edukace

Respondentky 1, 2 a 3 uvedly, že edukace u nich byla stejná jako u ostatních pacientů. Respondentky 4 a 8 tvrdily, že při edukaci bylo používáno mnohem více odborných slov, protože personál předpokládal, že respondentky vědí, o čem se hovoří. Respondentka 4 uvedla: „*Občas některý z lékařů používal odborná slova a předpokládal, že jim rozumím. Ale když jsem nevěděla, tak jsem se zeptala a on mi vše vysvětlil.*“ Respondentky 5, 6 a 10 považovaly poskytnutou edukaci za zkrácenou. Respondentka 6 měla edukaci zkrácenou, protože hospitalizace proběhla na oddělení, kde pracuje. Respondentka 7 se setkala jak se standardní, tak s minimální edukací. Situaci popsala takto: „*Při příjmu mě sestra na vše upozornila, vše vysvětlila, uklidnila mě. Pak už mi nikdo nic pořádně nevysvětlil, brali automaticky, že to určitě přece vím.*“ Respondentka 9 uvedla, že z neznámého důvodu se jí dostalo minimum sesterské i lékařské edukace, a to před i po operaci. Díky této edukaci prožívala respondentka 9 strach: „*Vzhledem k nepodaným informacím od lékaře jsem čtyři dny po operaci nevěděla nic, tak jsem se bála, že mi odoperovali nádor. Po operaci jsem měla vysoké horečky a myslela jsem si, že umírám a nikdo mi to nechce sdělit.*“ Respondentky 11 a 12 se shodly, že u nich sesterská edukace nebyla potřeba, a tudíž neproběhla. Respondentka 11 popsala situaci takto: „*Sesterská edukace neprobíhala nijak, přeci jen je to oblast, ve které se pohybují, takže edukace k vyšetření nebyla potřeba.*“ Respondentka 13 byla s edukací spokojená: „*Lékaři mi podrobněji vysvětlovali, více než ostatním pacientům, jaký bude průběh vyšetření a předpokládaný nález.*“

3. Strach z výkonů a komplikací

Respondentky 1, 3, 4, 11, 12 a 13 sdělily, že neměly strach z žádného výkonu. Respondentka 2 uvedla, že měla strach při zavádění žilního katetru. Respondentky 5 a 9 tvrdily, že měly strach z narkózy. Respondentky 6 a 7 měly strach z cévkování. Respondentka 6 řekla: „*Trochu jsem se bála cévkování, protože vím, že je to nepříjemné.*“ Respondentka 7 také uvedla, že měla strach i z odběru krve. Respondentka 8 řekla: „*Ze všech výkonů jsem měla strach, jako asi každý zdravotník, když víme, co přijde, tak se bojíme víc.*“ Respondentka 10 uvedla, že z výkonů strach neměla, ale z bolesti ano. Strach z komplikací po výkonech či léčbě, které respondentky znaly ze své praxe, neměla obavy pouze respondentka 12. Respondentka 1 se bála, že potratí. Respondentky 2, 4 a 7 se bály infekce. Respondentka 7 dále tvrdila, že se bála záměny léků a flebitidy. Respondentka 3 řekla: „*Měla jsem strach z lékové reakce, mám*

lékové alergie.“ Respondentka 5 uvedla, že se bála dehiscence rány, sepse a MRSY. Respondentka 6 řekla: „*Bála jsem se reakce po anestezii, zánětu žil a komplikací s hojením rány.*“ Respondentka 8 se bála všech komplikací, které by mohly nastat. Respondentka 10 se ke komplikacím vyjádřila takto: „*V tu dobu jsem si je nepřipouštěla. Až s odstupem času si člověk uvědomí, jaké komplikace mohly nastat.*“ Respondentka 11 udává, že se bála předčasného porodu. Respondentka 13 tvrdila, že měla strach z vedlejších účinků naordinovaných léků.

4. Ošetrovatelská péče

a) Spokojenost s ošetrovatelskou péčí

Respondentky 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12 a 13 byly spokojeny s ošetrovatelskou péčí, která jim byla poskytnuta. Respondentka 1 řekla: „*Péče byla naprosto profesionální, nemůžu si stěžovat.*“ Respondentka 6 tvrdila: „*Byla mi poskytnuta skvělá předoperační, pooperační ošetrovatelská péče i rehabilitace.*“ Respondentka 9 uvedla že s ošetrovatelskou péčí spokojená byla až na edukaci. Respondentka 3 řekla: „*Já jsem byla spokojená, ale všimla jsem si, že péče u druhé pacientky byla velmi nedostatečná.*“ Respondentka 7 nebyla s ošetrovatelskou péčí spokojená a řekla: „*O hodně věci, které by měly být samozřejmostí, jsem si musela říct, jako třeba o kompletní převlečení lůžka, a ne pouze podložky. Také se absolutně nedodržovala doba použitelnosti infuzních setů při infuzích, pouze se měnily vaky, set zůstával.*“ Respondentka 8 odpověděla na otázku, zda se nedostatek personálu na oddělení podepsal na ošetrovatelské péči o pacienty, takto: „*Sestry se docela nalítaly, ale myslím, že se hodně snažily dělat, co nejvíc můžou.*“ Respondentka 12 také tvrdila, že sestry měly málo času na poskytnutí ošetrovatelské péče pacientovi a že mají hodně administrativy. Respondentka 13 se k otázce, zda nadmíra administrativy způsobuje, že je péče o pacienty menší, vyjádřila následovně: „*Rozhodně ano, protože papíry zabírají plno času, který by sestry mohly věnovat pacientům.*“ Na otázku, zda respondentky poskytují svým pacientům stejnou ošetrovatelskou péči, jaká byla poskytnuta jim, odpověděly respondentky 1, 5, 6, 8 a 10, že ano. Respondentka 10 řekla: „*Snažím se poskytnout co nejlepší péči, kterou jsem sama zažila.*“ Ostatní respondentky uvedly, že poskytují jinou péči. Respondentka 7 řekla: „*Dodržuju aseptické postupy, to sestry na oddělení, kde jsem ležela, taky moc neřešily.*“ Respondentky 2 a 9 tvrdily, že poskytují lepší péči hlavně v oblasti edukace.

b) Chyby sester v ošetrovatelské péči

Respondentky 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11 a 12 si všimly, že sestra udělala chybu. Respondentce 2 sestra donesla špatné jídlo po operaci: „*Po čaji mi přinesla k obědu brambory a smažené filé po operaci žlučníku.*“ Respondentka 3 si všimla, že sestry chybovaly v přístupu k jiné pacientce: „*Některé sestry měly lhostejný přístup vůči nevidomé pacientce s velmi omezeným pohybem.*“ Respondentka 5 řekla: „*Když mi v noci po operaci přišla sestra změřit krevní tlak, odhodila mi těžký „budík“ tlakoměru na operované břicho.*“ Respondentka 11 se setkala se špatnou aplikací léku: „*Sestra mi aplikovala i. m. injekci, Degan, do nesprávného místa.*“ Respondentka 12 uvedla tuto chybu: „*Jednou jsem neměla na dosah zvonek při podání infuze injekční jehlou.*“ Na otázku, jak chyba sestry na respondentky působila, odpověděla respondentka 6 takto: „*Negativně, měla jsem pocit, jako bych chybu udělala já.*“ Respondentka 7 tvrdila, že poté měla strach. Respondentka 10 řekla: „*Rozhodně jsem se necítila bezpečně.*“ Respondentka 12 měla na chybu úplně opačnou reakci a řekla, že jí situace pobavila. Další otázkou bylo, zda na chybu sestru upozornily a všechny kromě respondentky 12 odpověděly, že ano. Následovala otázka, jak na upozornění sestra reagovala. Respondentka 3 odpověděla: „*Diskrétně, poté byla pozornější a všímavější.*“ Respondentka 6 uvedla: „*Starší kolegyně se styděla a ihned se snažila o nápravu. Mladší kolegyně ještě osočila mě, že ji neustále kontroluji a opravuji.*“ Respondentka 10 řekla: „*Žádná reakce nebyla. Sestra odešla z pokoje.*“ Respondentky 1, 4, 8 a 13 tvrdily, že sestra při jejich hospitalizaci žádnou chybu neudělala. Následovala otázka, zda by respondentky sestru při chybě upozornily a jakým způsobem. Všechny respondentky řekly, že by sestru upozornily. Respondentka 1 odpověděla: „*Určitě bych ji nějak taktně, aniž bych ji shodila před ostatními pacienty, na chybu upozornila, pokud by byla nějaká zásadní.*“ Respondentka 4 řekla: „*Asi ano, upozornila, ale určitě bych ji to řekla mile. Chyby dělá každý.*“

5. Ovlivnění práce respondentky po hospitalizaci

Respondentky 2, 6, 7, 9, 10 a 11 tvrdily, že si po své hospitalizaci uvědomily, že dělají ve své profesi něco špatně. Respondentka 6 řekla: „*Myslím si, že jsem nebyla tolik empatická, ale to se změnilo poté, co jsem prožila to samé.*“ Respondentka 9 řekla: „*Málo jsem s pacienty mluvila z důvodu nedostatku času, ale po vlastní zkušenosti vím, že je to nutné pro odstranění negativních pocitů a myšlenek pacienta a pro vytvoření důvěry ve vztahu pacient – sestra.*“ Respondentka 10 tvrdila, že našla chyby ve své

komunikaci. Respondentky 1, 2, 6, 7, 9, 10, 11, 12 a 13 řekly, že po své oblasti změnily své chování v různých oblastech. Respondentka 1 změnila přístup k pacientům. Respondentka 2 po své hospitalizaci začala respektovat bolest. Respondentka 6 nyní dodržuje více soukromí a intimity pacientů. Respondentky 7 a 13 si uvědomily, že je třeba více lidštějšího přístupu. Respondentky 9 a 10 změnily komunikaci s pacienty. Respondentka 12 řekla: „*Snažím se teď více poučovat pacienty, co dané vyšetření obnáší, aby se zbytečně nebáli.*“ Všechny respondentky, kromě respondentky 8, uvedly, že se po své hospitalizaci lépe vcítí do situace svých pacientů.

6. Faktory působící během hospitalizace pozitivně či negativně na respondentku

Respondentky 1 a 10 uvedly, že na ně pozitivně působil lidský přístup. Respondentka 1 říká: „*Pozitivně na mě působila lidskost veškerého personálu, nebrali nás jako kusy, ale každému se věnovali individuálně.*“ Respondentce 2 se líbilo, že personál uměl respektovat bolest. Na respondentky 3, 4, 5, 6, 12 a 13 působil pozitivně personál. Označily ho jako profesionální, příjemný, usměvavý, ochotný a vstřícný. Respondentka 8 řekla: „*Když byla ráno sestřička usměvavá a byla pohoda na oddělení, tak to bylo velmi pozitivní.*“ Respondentka 7 brala jako největší pozitivum možnost návštěv: „*Mohly za mnou každý den i několikrát denně docházet návštěvy, a to rodina i kamarádi. Kdyby byly návštěvy zakázané, nevydržela bych to tam.*“ Respondentka 11 si pochvalovala nemocniční stravu a říká: „*Nemusela jsem vařit, mohla jsem se konečně vyspat.*“ Na otázku, co na respondentky působil negativně, odpověděla respondentka 10, že to byl nevšimavý a lhostejný přístup některých sester. Respondentka 7 říká: „*Negativní byla nevšimavost starších sester, a to, že sestry berou vše automaticky.*“ Na respondentku 2 působil negativně přístup jedné sestry: „*Měla jsem pocit, že ji práce obtěžuje. Byla docela vulgární.*“ Respondentka 1 vnímala negativně celkový pobyt v nemocnici. Respondentka 4 nebyla spokojena se skladbou pacientů na pokoji, a to, že se dávají mladší, schopnější pacienti ke starším, nemohoucím. Respondentkám 5 a 8 nechutnala nemocniční strava. Respondentka 5 říká: „*Nikdy se mi nelíbila vizuálně a teď už vím, že i chuťově je odporná.*“ Respondentka 6 brala negativně další pacienty, kteří ji stresovali svými zkušenostmi. Respondentka 13 také nebyla spokojena se spolupacientkami, protože chrápaly. Na respondentku 9 působil negativně fakt, že nevěděla nic o svém zdravotním stavu. Respondentce 11 vadil budíček v šest hodin ráno.

7. Prostředí nemocnice

Na respondentku 2 působilo prostředí nemocnice čistě a útulně. Respondentka 1 řekla: „*Měla jsem krásný pokoj s televizí, ledničkou, rychlovarnou konvicí, takže veliká spokojenost.*“ Respondentka 3 tvrdila, že se nemocnice změnila ve více domáctější prostředí. Respondentku 13 zaujalo lepší přístrojové vybavení a stavební dispozice oddělení. Respondentky 5, 8, 11 a 12 uvedly, že na ně nemocniční prostředí působilo normálně, protože jsou na ně zvyklé nebo že je znaly ze své předešlé praxe. Respondentka 11 řekla: „*Prostředí je mi velmi známé, takže jako doma.*“ Respondentka 6 uvedla, že v nemocnici byly nevyhovující prostory s nedostatečným hygienickým zázemím. Respondentce 7 na prostředí vadilo, že ležela na sedmilůžkovém pokoji a že byly dva záchody na celé oddělení. Respondentka 10 řekla: „*Vadila mi strohost, pocit namačkanosti, stísněnosti. Malý osobní prostor a s tím i ztráta soukromí.*“ Respondentky 1 a 10 by zmenšily počet lůžek na jednom pokoji. Respondentka 10 řekla: „*Dva nemocní na jednom pokoji je až dost, a pokud se do dvoulůžkového pokoje přidá třetí postel, je o diskomfort postaráno.*“ Respondentky 2 a 5 chtěly na pokoje přidat televizi. Respondentka 3 nechtěla na nemocničním prostředí měnit nic. Respondentka 4 chtěla zlepšit úklid na oddělení. Respondentka 12 si přála rekonstrukci celé budovy. Respondentka 12 postrádala kvalitní postel.

5 DISKUZE

Dle Zacharové (2016) je vztah mezi sestrou a pacientem jedem z nejzákladnějších vztahů v nemocničním prostředí. Bártlová (2005) uvádí, že sestra je v kontaktu s pacientem mnohem více než lékař, a proto je na ni pacient více vázaný. Ona je totiž osoba, která plní pacientovy potřeby. V našem rozhovoru jsme se dotazovali, jestli sestry věděly, že respondentky jsou také sestry. Všechny respondentky odpověděly, že to sestry o nich věděly. Respondentky 4, 7, 8, 9, 10 a 11 uvedly, že díky této skutečnosti se k nim sestry chovaly jinak. Zajímavou zkušenost v tomto ohledu měla respondentka 4. Personál se jí snažil využít jako pomocnou sílu. Doprovázela spolupacienty na záchod a dolévala jim čaj. Personál prý toto na pokoji respondentky nedělal a odvolával se na nedostatek času. Je zjevné, že sestry v tomto ohledu pochybily. Škrála a Škrlová (2008) popisují osm kategorií pochybení, které se stávají v ošetrovatelství. Tyto kategorie stanovil tým odborníků Practice Breakdown Research Advisory Panel v roce 2001. Kategorie jsou: nedostatek pozornosti sester k proměnlivému stavu klienta kvůli nedostatku personálu či pracovního přetížení. Nedostatek morální odpovědnosti kvůli neochotě a lhostejnosti ke svému pochybení. Třetí kategorií je nesprávné rozhodování například v identifikaci klienta či nesprávné intervenci kvůli tomu, že sestra není schopná požádat o radu nebo že nechce klienta zapojit do ošetrovatelského procesu. Další, čtvrtou kategorií, je medikační chyba, a to díky nepozornosti sestry nebo špatné identifikace pacienta. Pátou je nedostatečná intervence, která vznikla kvůli nezájmu, nedostatku času, neprofesionalitě a vysokému stresu sestry. Nedostatek preventivních opatření se projeví hlavně na pacientech, a to například pády, dekubity či pneumonií. Sedmou kategorií jsou ordinace lékařů, které mohou být chybné nebo zpožděné. Vznikne to také i díky sestře, protože si měla špatnou ordinaci u lékaře ověřit. Poslední, osmou kategorií, je chyba v dokumentaci. V případě respondentky 4 si myslíme, že se jedná o pátou kategorii, a to nedostatečnou intervenci, kdy sestry neměly dostatek času na to, dojít s ostatními klienty na záchod. Byla to neochota sester spolupracovat a bylo to od nich velmi neprofesionální. Je zajímavé, že si na tyto okolnosti sestry nedaly pozor, i když věděly, že respondentka-pacientka je také sestra a dokáže tuto situaci vyhodnotit jako nepřijatelné chování.

Respondentky 7 a 8 uvedly, že si s nimi sestry více povídaly, protože našly společné, zdravotnické, téma. Respondentka 9 nemá s komunikací sester dobré zkušenosti. Před operací, kterou měla respondentka podstoupit, se sestry zeptala, zda

bude moci poté kojit. Sestra jí odsekla: „*Jestli to máte přilepené na střevě, tak asi těžko!*“ Samozřejmě, že po této odpovědi dostala respondentka 9 strach, co se s ní děje. V tomto případě došlo k nesprávné komunikaci ze strany sestry. Vymětal (2008) popisuje komunikaci jako výměnu informací mezi lidmi jako dorozumívací proces a jako nejdůležitější styk v populaci. Špatenková a Králová (2009) říkají, že komunikovat znamená předávat si zprávy, myšlenky a vyjadřovat se tak, aby nám ostatní lidé porozuměli. Dle Zacharové a Šimíčkové – Čížkové (2011) je komunikace mezi sestrou a klientem velmi důležitá. Dále také tvrdí, že v komunikaci mezi těmito dvěma stranami může vzniknout několik překážek, a to z obou dvou stran. Ze strany klienta může být překážkou, že nechce, neumí nebo nemůže komunikovat. Od sestry se většinou očekává dovednost správné komunikace, ale někdy se může stát, že se i u ní tyto překážky objeví. Je to například neochota vyslechnout klienta, vnucování svých postojů a řešení situací, negativní emoce nebo prázdná komunikace. Špatenková a Králová (2009) uvádí, že nedostatečná komunikace mezi sestrou a pacientem může dojít k domýšlení různých fantazií, které mohou pacientovi uškodit. To se stalo v případě respondentky 9, která o svém zdravotním stavu nic nevěděla a bylo jen na ní si domyslet, co se s ní bude dít. To u ní samozřejmě zapříčinilo strach ze smrti, jak sama v rozhovoru uvedla. Respondentka 9 také řekla, že další otázky na personál nesměřovala, protože je nechtěla svými dotazy obtěžovat. Dále respondentka 9 uvedla, že si sestry pacientce hodně stěžovaly na její dítě, protože v noci plakalo. Sestry ji osočovaly, že má dítě rozmazlené. Z toho všeho vyplývá, že sestry na oddělení, kde byla respondentka 9 hospitalizovaná, dělají velké chyby v komunikaci s pacienty. Kahriman a Öztürk (2016) provedly ve dvanácti tureckých nemocničních zařízeních výzkum, kde zjišťovaly chyby sester. Výzkumu se zúčastnilo 1092 sester. V závěru vyplynulo, že dvě z pěti sester se dopustilo chyby z důvodu únavy, nedostatku personálu, ale i díky chybné komunikaci. Respondentka 10 měla se sestrami také špatné zkušenosti: „*Chování sester k pacientům byl hodně na pováženou. Nezáměr, neochota, pocit, že člověk obtěžuje.*“ Z tohoto popisu situace je pravděpodobné, že sestry na oddělení, kde byla respondentka 10 hospitalizována, trpí syndromem vyhoření. Mlýnková (2010) uvádí, že syndrom vyhoření je stav emočního, duševního a tělesného vyčerpání, který vzniká dlouhodobým vystavováním se emočně náročným situacím. Objevuje se většinou u povolání, kde dochází k úzkému kontaktu s lidmi, což je právě sestra. Vorlíček, Abrhánová, Vorlíčková a kolektiv (2012) tvrdí, že syndrom vyhoření je ztráta energie, smyslu žití a ideálů ve svém zaměstnání. Venglářová a kolektiv (2011) rozdělují příznaky syndromu

vyhoření do třech oblastí: tělesné, psychické a emoční vyčerpání. Tělesné vyčerpání se projevuje ztrátou energie, únavou, bolestmi svalů nebo změnou hmotnosti. Psychické vyčerpání se projevuje negativismem, a to jak ke své osobě, tak ke druhým lidem. Člověk si přestává věřit a nechce podstoupit jakékoli změny, můžou se u něj objevit i poruchy soustředění. Emoční vyčerpání se na sestře projevuje tak, že se vyhýbá všem starostem, odmítá být empatická a snaží se vyvarovat kontaktu s lidmi. Tyto příznaky chování sester jsou podobné těm, které popsala respondentka 10, to znamená, že pokud sestry s takovým přístupem pečují o své klienty, tak by měly vyhledat odbornou pomoc, která by jim se syndromem vyhoření mohla pomoci.

Dále jsme s respondentkami hovořili na téma výhod a nevýhod toho, že personál o nich věděl, že jsou také sestry. Respondentky 2 a 8 uvedly, že byly častěji dotazovány než ostatní klienti, zda něco nepotřebují. Dle Plevové (2011b) je nutné uspokojovat všechny pacientovy potřeby a to biologické, psychologické, sociální i spirituální. Také uvádí, že jako první musíme uspokojovat základní biologické potřeby, pak následují další potřeby. Nejznámější hierarchii potřeb stanovil Maslow (viz Kapitola 1.3.1 Potřeby pacienta). Respondentky 3 a 11 braly jako výhodu nabídku nadstandardního pokoje. Burda a Šolcová (2015) říkají, že nadstandardní pokoj je jednolůžkový, maximálně dvoulůžkový. Tento pokoj přirovnávají hotelovému pokoji. Uvádí, že ve vybavení by měl být telefon, televize, lednice a další. Kelnarová, Cahová, Křest'ánová, Křiváková a Kovářová (2009) dodávají, že nadstandardní pokoj by měl mít i své sociální zařízení, rychlovarnou konvici a připojení k internetu. Takové pokoje jsou využívány hlavně pro vyhovění individuálních potřeb pacientů. Nadstandardní pokoj by měl být za poplatek. Respondentka 11 uvedla, že ho měla zadarmo. S touto situací jsem se setkala i během své praxe, kdy pacientce-sestře byl nabídnut nadstandardní pokoj za výhodnou cenu. Pacientka pokoj přijala a byla moc ráda, že jí nemocnice tuto možnost poskytla.

Další tématem rozhovoru byla kontrola a pomoc sestrám při výkonech. Většina respondentek uvedla, že kontrolovalo sestru během výkonů, ale nedávaly to na sobě znát. Respondentky 10 a 11 uvedly, že kontrolovaly při práci pouze studentky. Jako student jsem během své praxe měla možnost ošetřovat pacientky-sestry a můžu potvrdit, že během odborných výkonů mě více pozorovaly a pokládaly mi kontrolní otázky. Respondentka 7 řekla, že kontrolovala pouze ty sestry, u kterých předpokládala, že nejsou dlouho v praxi. To znamená, že u těchto respondentek vzbuzoval nedůvěru mladý věk sester či studentek. Respondentka 13 rovnou uvedla, že byla k sestrám

nedůvěřivá, a proto je kontrolovala. Respondentka 12 tvrdila, že kontrolovala sestru, jestli dodržuje sterilitu při cévkování. Burda a Šolcová (2015) uvádí, že cévkování je zavedení močového katétru přes močovou trubici do močového měchýře. Celý výkon by měl být proveden sterilně, aby nedošlo ke vzniku infekce v močových cestách nebo močovém měchýři. Kelnarová a kolektiv (2016) popisují zásady při cévkování ženy. Jednou z nejdůležitějších zásad je, že výkon musí být aseptický. Dále nesmí být cévky poškozené a musí být sterilní. Během výkonu komunikujeme s klientkou. Zajišťujeme intimitu. Pokud dojde k chybě a cévku zavedeme do pochvy, cévku zahodíme a vezmeme si novou, sterilní. Hůsková a Kašná (2009) uvádí základy ošetrovatelské péče o zavádění močového katétru. Kontrolujeme, zda moč odtéká do sběrného sáčku, kolik jí odtéká, jakou má barvu, příměsi i zápach. Dbáme na správnou hygienu genitálu. Sledujeme bilanci tekutin klienta. Pozornost věnujeme i projevům infekce, kterými jsou zvýšená tělesná teplota, pálení a řezání při močení nebo zarudnutí v okolí vstupu do močové trubice. Je zjevné, že respondentka 12 kontrolovala sterilní postup při cévkování proto, že se bála infekce a jejich nepříjemných projevů.

Většina respondentek uvedla, že chtěly sestřím při výkonech pomáhat. Některé se udržely a sestřím do výkonů nezasahovaly, protože si uvědomily, že i jim by bylo nepříjemné, kdyby jim klienti sahalo do výkonu. Zbytek respondentek sestře nabídl pomoc, ale ta vždy odmítla. Respondentky 6 a 12 tvrdily, že sestřím chtěly ulehčit práci. Samy ze svých zkušeností vědí, že práce sestry není jednoduchá. Kutnohorská (2010) říká, že profese sestry je krásná, ale i náročná, a to v oblasti fyzické, psychické, komunikační a vědomostní. Zacharová (2016) také uvádí, že profese sestry je náročná, a to díky profesionálním výkonům, které denně provádí. Od sester je očekáváno, že nepodlehnu fyzickým nárokům své profese a vypořádají se s problémy, které tato profese přináší. Respondentka 8 řekla, že pomáhala sestřím s výběrem žíly při odběru krve, protože, jak sama uvedla, má nekvalitní žíly. Kelnarová a kolektiv (2016) tvrdí, že odběr žilní krve je nejčastěji využíván jako diagnostický výkon. Popisují také zásady při tomto odběru. Jako první vždy informujeme klienta, co mu budeme provádět a za jakým účelem. Je nutné při odběru krve používat ochranné pomůcky, protože krev je považována za infekční materiál. Důležité je dodržovat sterilitu během celého výkonu. Krev odebíráme do předem připravených a popsanych zkumavek. Tyto zkumavky pak musíme do určitého časového limitu dopravit do laboratoře. Vytejšková, Sedlářová, Wirthová, Otradovcová a Pavlíková (2013) popisují vhodné či nevhodné žíly pro různé způsoby odběru krve. Říkají, že pro otevřený způsob odběru je vhodná pevná, pružná,

dostatečně dlouhá a rovná žíla. Odběr uzavřeným vakuovým systémem se nedoporučuje u malých dětí a starších lidí, protože by to jejich žíly nemusely vydržet. Pokud má klient tenké žíly, můžeme zvolit uzavřený odběr pomocí pístu. Píst nám reguluje odtékání krve z žíly a snižuje tak riziko jejího prasknutí. Na respondentce 8 bylo patrné, že má s odebráním krve velké zkušenosti, a proto si mohla dovolit odhadnout, která žíla odběr vydrží a která ne. Respondentka 9 řekla, že pomohla studentce při zavádění žilní kanyly a kanylu si zavedla sama. Problémem je, že si respondentka 9 mohla při zavedení kanyly sama sobě ublížit. Vytejková, Sedlářová, Wirthová, Otradovcová a Kubátová (2015) říkají, že periferní žilní kanylace je zavedení katétru do žilního řečiště. Celý výkon musí být prováděn asepticky. Žilní kanyly můžeme dělit dle konstrukce, počtu lumen a podle způsobu zavedení. Komplikace po zavedení žilní kanyly mohou vzniknout díky špatnému stavu klienta, kvůli nevhodně zvolenému místu vpichu nebo díky nesprávné technice. Komplikacemi jsou zalomení nebo neprůchodnost kanyly, hematom kolem místa vpichu, zavedení kanyly mimo žílu, embolizace či zánět. Těmito mnoha komplikacemi byla respondentka 9 ohrožena kvůli nesprávnému postupu při zavádění žilní kanyly.

Dále jsme se v rozhovorech zabývali edukací respondentek. Juřeníková (2010) uvádí, že edukace je proces učení a výchovy jedince. Také říká, že by měla pozitivně ovlivňovat chování, jednání a vytvoření změn v oblasti vědomostí, návyků a dovedností. Šulistová a Trešlová (2012) tvrdí, že edukace je část ošetrovatelského procesu. Svěráková (2012) říká, že edukace je důležitá pro lékařskou a ošetrovatelskou péči. Uvádí, že se zde kromě medicíny uplatňuje také pedagogika. Joint Commission International (2008) uvádí, že začátkem edukace je posoudit, co se klient musí dozvědět a jakým způsobem mu informace sdělíme. V rámci edukace se poskytují informace, které by měl pacient znát během poskytování nemocniční péče, po propuštění domů i po překladu do jiného institutu. Juřeníková (2010) říká, že v edukačním procesu je velmi důležitá komunikace, její znalosti i dovednosti. Komunikovat můžeme verbálně či nonverbálně. Při verbální komunikaci edukátor (ten, který informace poskytuje) má během edukace používat jednoduchou, jasnou komunikaci, která je přizpůsobena znalostem edukanta (toho, kdo informace přijímá, v našem případě pacient). Měl by také dávat přednost českým slovům před cizími a mluvit spisovně. U verbální komunikace využíváme zvukové prostředky řeči, které mohou na pacienta působit pozitivně či negativně. Jsou to hlasitost, výška tónu a rychlost řeči, pomlky a délka projevu. Během komunikace při edukaci se mohou objevit edukační šumy, tzn.

zkreslení informací. Může za to málo pozornosti nebo například pacientova bolest. Pouze tři respondentky uvedly, že edukace u nich proběhla stejně jako u ostatních klientů. U ostatních tomu bylo jinak. Respondentky 11 a 12 uvedly, že v jejich případě nebyla edukace potřeba. Respondentky 4 a 8 tvrdily, že v jejich edukaci bylo použito o mnoho více odborných slov než u ostatních pacientů. Je evidentní, že zdravotnický personál předpokládal, že když respondentky jsou sestry, budou odborným výrazům rozumět. Respondentky 5, 6 a 10 řekly, že jejich edukace byla zkrácená. U respondentky 6 to bylo z důvodu, že na oddělení, kde operace proběhla, pracuje, a tak má dostatek zkušeností a znalostí s výkony, které se tam provádějí. Respondentce 9 se dostalo minimální sesterské i lékařské edukace. Uvedla, že i čtyři dny po operaci nevěděla, co s ní je a bála se smrti. Během rozhovoru bylo na respondentce 9 znatelné, že ji tato skutečnost poznamenala, měla slzy v očích a rozklepal se jí hlas. Nedostatečná edukace u respondentky 9 mohla vzniknout, jak popisuje Juřeníková (2010), díky edukační bariéře ze strany zdravotnického personálu. Mezi tyto bariéry patří nevyhovující příprava zdravotníka na poskytnutí edukace, náhodná a neplánovaná edukace, nedostačující edukační vědomosti edukátora, málo času či únava.

Jedním z témat rozhovoru byl strach z výkonů a komplikací po výkonu či léčbě. Wolf (2018) uvádí, že strach je pocit, který se objevuje při ohrožení. Reakcí může být boj, útěk či apatie. To že má člověk strach, znamená, že si uvědomuje ohrožení a snaží se sám sebe ochránit. Respondentka 2 uvedla, že měla strach při zavádění žilní kanyly. Respondentka 6 a 7 měly strach z cévkování. Komplikace těchto výkonů jsme si již popsali výše. Respondentka 8 tvrdila, že měla strach ze všech výkonů. Respondentka 5 řekla, že měla strach z dehiscence rány. Ferko, Šubrt, Dědek a kolektiv (2015) uvádějí, že dehiscence neboli rozpad rány, můžeme rozdělit na povrchovou a fasciální. Povrchová dehiscence je v rámci kůže a podkoží. Fasciální dehiscence postihuje všechny vrstvy a je považována za velkou komplikaci. Schneiderová (2014) tvrdí, že nejvíce dehiscence může vzniknout v prvním týdnu po operaci, a to díky zvýšení nitrobřišního tlaku z důvodu kašle, kýčání nebo prudkých pohybů. Možná z těchto důvodů se respondentka 5 obávala této komplikace. Respondentky 5 a 9 tvrdily, že měly strach z narkózy. Mokrošová a Bašťová (2009) uvádí, že narkóza neboli celková anestezie, je potlačení vědomí a vnímání bolesti. Tento stav se podobá spánku. Wichsová, Příkryl, Pokorná a Bittnerová (2013) uvádí, že anestezie je jednou ze součástí perioperační péče. Při celkové anestezii se používají intravenózní anestetika, která se aplikují do žíly, inhalační anestetika, opiáty a svalová relaxancia. Při lokální

anestezii se znečitlivuje jen oblast, kde operatér operuje. Při této anestezii bývá klient většinou při vědomí. Gottschalk, Aken, Zenz a Standl (2011) tvrdí, že úmrtnost související s anestezií byla ve 40. let 20. století 6,4 z 10 000 pacientů. Dnes je tato situace mnohem lepší, protože klesla na 0,4 ze 100 000 pacientů. To znamená, že určité riziko úmrtí kvůli anestezii existuje, ale je minimální. Respondentka 10 měla strach z bolesti. Bartůněk, Jurásková, Heczková a Nalos (2016) tvrdí, že bolest je velmi subjektivní pocit, který na jedince působí negativně. Také tvrdí, že jsou různé typy bolesti, a to akutní, chronická nenádorová bolest a nádorová bolest. Rokyta a kolektiv (2009) říkají, že bolest je zapříčiněná různými chemickými, biologickými a fyzikálními škodlivinami i psychickými problémy. Záleží také na úrovni vnímání bolesti. Dále Rokyta a kolektiv (2018) uvádí, že toto vnímání je u každého člověka jiné, individuální. Tvrdí, že někdo reaguje na bolest přiměřeně, někdo se jí bojí, ale někomu se bolest líbí. Bolest se objevuje již v embryonální fázi života. Ženy mají nižší práh bolesti, ale bolestivý podnět zaznamenají mnohem dříve a intenzivněji než opačné pohlaví. Toto je možná důvod, proč se respondentka 10 obávala bolesti mnohem více než výkonů a komplikací. Respondentka 13 se bála vedlejších účinků léků, které měla naordinované. Kelnarová a kolektiv (2009) tvrdí, že vedlejší účinky léků se očekávají u naordinovaných léků, ale pacient je může vnímat negativně. Je velmi důležité klienta před začátkem užívání léku informovat, že tyto účinky mohou nastat.

Dále jsme s respondentkami hovořili o ošetrovatelské péči, a jak s ní byly spokojené na oddělení, kde byly hospitalizované a také o chybách, které sestry udělaly. Muknšnáblova (2014) říká, že na ošetrovatelské péči se účastní celý ošetrovatelský tým. Během této péče se realizují ošetrovatelské cíle. Součástí je hlavně praktická pomoc jedinci či skupině. Péče musí být holistická. Správná ošetrovatelská péče má být aktivní a aktivizující. Většina respondentek byla spokojená s ošetrovatelskou péčí, která jim byla poskytnuta, což je velmi pozitivní zjištění, protože se neustále bojuje za zlepšování této péče, a to tím, že se požaduje po sestřích čím dál tím vyšší vzdělání a že se neustále vyvíjí lepší ošetrovatelské metody. Respondentka 7 s ošetrovatelskou péčí spokojená nebyla. Uvedla, že si o hodně věcí musela říkat, například o převlečení celého lůžka. Dále také uvedla, že sestry nevyměňovaly infuzní set, pouze vak. Vytejčková, Sedlářová, Wirthová, Otradovcová a Kubátová (2015) říkají, že infuzní set je potřebná pomůcka pro podání infuze. Set se skládá z perforační jehly, která slouží k zabodnutí setu do infuzního vaku, kapkové komůrky zvané Martinova baňka, která zabraňuje nasátí vzduchu do setu, odvzdušňovače, transportní hadičky, tlačky, která reguluje

rychlost infuze, a kónusu, který se napojuje do cévního vstupu. Většinou bývají vyrobené z plastu a jsou na jedno použití. Z toho vyplývá, že sestry na oddělení, kde byla respondentka 7 hospitalizovaná, porušily zásady aplikace infuze. Respondentky 12 a 13 uvedly, že sestry na oddělení, kde byly hospitalizovány, měly málo času na poskytování ošetrovatelské péče z důvodu velké administrativy. V poslední době administrativy, kterou musí sestry vyplňovat, přibývá. A díky tomu, že roste i počet pacientů na jednu sestru, roste přímou úměrou i administrativa. Je jasné, že sestry nemají tolik času na ošetrovatelskou péči o klienty, kolik by chtěly, když bývají zahlceny papíry.

Dále jsme se v rozhovoru zaměřili na chyby sester. Respondentky, totiž mohou chyby sester skvěle posoudit, protože samy znají správné postupy a orientují se v dané problematice. Většina respondentek si všimla, že sestra udělala chybu. Respondentka 2 tvrdila, že jí sestra po operaci žlučníku přinesla špatnou dietu. Burda a Šolcová (2016) uvádí, že po operaci žlučníku klient pomalu přejde na dietu 4. Tuček, Slámová a kolektiv (2012) tvrdí, že dieta 4 je dieta s omezením tuků. Energetická hodnota a hlavní živiny této diety by měly být 9500 kJ, 80 g bílkovin, 55 g tuků a 360 g sacharidů. Respondentka 11 uvedla, že jí sestra aplikovala i. m. injekci do nesprávného místa. Kelnarová a kolektiv (2009) uvádí, že i. m. injekce neboli intramuskulární injekce, je aplikování léku do svalu. Touto metodou lze podat léky ve formě roztoku, olejnaté látky, emulze či suspenze. Maximální objem aplikovaného léku je 20 ml. Hůsková a Kašná (2009) tvrdí, že účinek léku aplikovaného i. m. se objeví od 2 do 10 minut. Místa vpichu jsou hýžd'ový, stehenní, popřípadě deltový sval. Pokud i.m. injekci chceme aplikovat do hýžd'ového svalu, tak pacient leží na boku s pokrčenou dolní končetinou, nebo leží na břiše. Před aplikací i.m. injekce do hýžd'ového svalu je vhodné vyhledat si místo vpichu, a to položením malíkové strany ruky na hřeben lopaty kosti kyčelní a přední trn lopaty kosti kyčelní. Pokud chceme i.m. injekci aplikovat do stehenního svalu, tak klient leží na zádech s nataženými dolními končetinami a injekci aplikujeme do zevní strany horní třetiny svalu. Jestliže chceme lék podat do deltového svalu, tak jediné do boční strany horní části ramene. Tuto injekci aplikujeme do napnuté kůže, a jehlu vedeme kolmo a švihnutím. Po zabodnutí jehly aspirujeme. Pokud se nám ve stříkačce objeví krev, přerušíme aplikaci, připravíme si nový lék a vpravíme ho do jiného místa. Špinar, Ludka a kolektiv (2013) tvrdí, že pro aplikaci i.m. injekce je vhodná dlouhá a silnější jehla s dlouze zabroušeným hrotem. Vytejšková, Sedlářová, Wirthová, Otradovcová a Kubátová (2015) říkají, že komplikací i.m. injekce je

nabodnutí kosti, nervu či cévy, zánět v místě vpichu nebo opouzdření léku. Abdulsalam A.J., Abdulsalam M.A. a Ebrahim (2017) uvádějí, že další komplikací může být septická sakroileitida. Všemi těmito komplikacemi byla respondentka 11 ohrožena. Sestra, která aplikovala i.m. injekci do nesprávného místa, by měla projít kurzem či školením o správné aplikaci intramuskulární injekce. Respondentka 3 uvedla, že sestry měly velice lhostejný přístup k nevidomé pacientce s omezeným pohybem, což je od nich velká profesionální chyba. Tato chyba mohla nevidomé klientce způsobit jak psychické, tak fyzické trauma. Respondentka 5 uvedla, že po operaci břicha jí sestra odhodila na operační ránu „budik“ tlakoměru. Sestra pacientku ohrozila rupturou rány, což je jedna z komplikací hojení rány. Aby se rána dobře hojila, musí se předcházet komplikacím, a to i ruptuře rány (Burda, Šolcová, 2016). Respondentka 12 uvedla, že při podání infuze injekční jehlou, jí sestra nedala na dosah zvonek. Respondentce 12 hrozilo poranění žíly jen kvůli tomu, že nemohla zavolat sestru při jakékoli komplikaci. Většina respondentek uvedla, že chyba sestry jim vadila. Objevila se slova jako strach, nejistota, nepříjemnost, negativita, ztráta bezpečí, ale i bolest. Pouze respondentka 12 řekla, že ji chyba pobavila. Naše respondentky, sestry, vnímají samozřejmě chybu jinak než ostatní pacienti, protože ví, co pro ně může chyba znamenat. Nejednou mohla chyba sestry ohrozit zdravotní stav respondentky (viz respondentka 2, 5, 11, 12).

Všechny respondentky, kromě respondentky 12, které si všimly, že sestra udělala chybu, ji na ni upozornily. Respondentka 2 uvedla, že sestra na záměnu jídla odpověděla, že jiné jídlo nemá, a tak respondentka pila pouze čaj. Respondentka 3 uvedla, že sestra po upozornění byla všímavější. Respondentky 5 a 9 uvedly, že se jim sestry omluvily. Na upozornění respondentky 10 sestra nijak nereagoval a odešla z pokoje. Respondentky 6 a 7 se setkaly jak s pozitivní, tak i s negativní reakcí sestry. U respondentky 6 se starší sestra omluvila a snažila se o nápravu, ale mladší sestra ještě osočila respondentku, že ji neustále kontroluje. Respondentka 7 prožila podobnou situaci. Respondentky 1, 4, 8 a 13 uvedly, že sestra žádnou chybu neudělala, ale kdyby se tak stalo, sestru na chybu upozorní. Chybovat je samozřejmě lidské, ale pokud se chyba stane, je slušností se omluvit a snažit se chybu napravit. Bohužel se stále nacházejí ve zdravotnictví sestry, které se nedokáží omluvit a chybu přejdou jako by se nic nestalo. Jako by si neuvědomovaly, že mohly klientovi ublížit. Pokud mu neublížily fyzicky, je většinou jisté, že ublížily minimálně psychicky, protože chybu sestry si pacienti dobře zapamatují.

Vondráček a Wirthová (2009) udává, že sestra, která postupovala non lege artis a je odpovědná za ublížení na zdraví, těžkou újmu na zdraví nebo újmu na zdraví s následnou smrtí klienta, je povinna podat odškodné. Odškodné za sestru většinou zaplatí zařízení, ve kterém je zaměstnaná, a to bez ohledu na to, o jakou částku se jedná. Toto zařízení může následně na sestře vyžadovat úhradu, a to ve 4,5násobku jejího platu.

Dalším tématem rozhovoru byly faktory, které na respondentky působily pozitivně či negativně při hospitalizaci. Na respondentky 1 a 10 působil pozitivně lidský přístup sestry. To, jak je důležitý vztah mezi sestrou a pacientem, jsme již vysvětlili v teoretické části této práce. Na šest respondentek působil pozitivně zdravotnický personál. Respondentka 8 řekla, že na ni působil pozitivně úsměv sestry a pohoda na oddělení. Zacharová (2017) uvádí, že úsměv je nejúčinnější nástroj komunikace. Představuje přátelství, toleranci, podporu a důvěru. Na respondentku 7 pozitivně působila možnost návštěv. Respondentka 7 uvedla, že by pobyt v nemocnici nevydržela, jestliže by za ní nemohla docházet rodina a přátelé. Bártlová (2005) tvrdí, že klient očekává od návštěvy určitý druh rozptýlení, milou komunikaci nebo odvedení pozornosti od aktuálních problémů. Někdy ale může být návštěva pro klienta nepříjemnou záležitostí, pokud v něm způsobují melancholické nálady nebo vzbuzují starosti. Rodina a přátelé by měli dbát na řádný průběh návštěvy. Respondentka 11 si pochvalovala nemocniční stravu, protože nemusela vařit. Respondentky 5 a 8 braly naopak jídlo v nemocnici velmi negativně. Vytejková, Sedlářová, Wirthová a Holubová (2011) říkají, že nechutenství může být způsobeno tím, že klientovi nechutná nemocniční strava, nebo že pochybuje o její kvalitě a složení. Bylo velkým překvapením, že strava nechutnala pouze dvěma respondentkám. Naše odhady, před začátkem pořizování rozhovorů, byly mnohem vyšší. Tři respondentky braly velmi negativně přístup sester. Označily sestry jako nevšimavé, lhostejné, vulgární. Tento přístup sester je samozřejmě nepřipustný a měl by se řešit. Na několik respondentek měli negativní vliv ostatní spolupacienti. Respondentka 6 je brala negativně, protože jí stresovali svými předešlými zkušenostmi. Respondentce 4 vadilo, že jsou na jednom pokoji mladí i starší pacienti. Tato situace bývá nepříjemná hlavně pro mladší klienty. Dle našeho názoru by měly sestry při skladbě pacientů dbát na jejich věk, diagnózu či přání. Respondentce 13 vadilo chrápání ostatních pacientek. Chrápání je zvuk, který vzniká během spánku, a to rozechvěním měkkého patra vzduchem při nádechu. Chrápání můžeme rozdělit na prosté chrápání, což je jen kosmetická vada, poté syndrom zvýšené rezistence horních cest dýchacích,

kdy dochází k poruše spánku. Třetím typem je obstrukční sleep apnoe syndrom. Dojde k úplnému zavření cest dýchacích a klient nedýchá deset a více vteřin. U žen se chrápání většinou objeví až po menopauze (Lukáš, Žák a kolektiv, 2014). Na respondentku 11 působil negativně budíček v 6 hodin ráno. Paličková (2015) uvádí, že v jejím výzkumu bralo ranní vstávání negativně pět respondentek. Paličková (2015) také uvádí, že ze svých zkušeností ví, že se ke klientům může chodit až po šesté hodině ráno, většinou až po půl sedmé, a to v několika nemocnicích v jihočeském kraji. Tyto informace můžeme potvrdit. Máme z praxe stejné zkušenosti. Dle našeho názoru je pozdější budíček větší komfort pro pacienty.

Prostředí nemocnic jsou různá po celé České republice. Jsou moderní, zastaralá nebo neútluná. Toto téma jsme rozebírali s našimi respondentkami. Respondentka 1 si pochvalovala, že měla pěkný pokoj s ledničkou, rychlovarnou konvicí a televizí. Tento popis odpovídá nadstandardnímu pokoji, jak jsme již popsali výše. Zajímavé je, že se respondentka nezmínila o hospitalizaci na nadstandardním pokoji. Je možné, že toto vybavení byl běžný standard v nemocničním zařízení, kde byla respondentka hospitalizovaná. Ze své praxe můžeme říci, že toto vybavení na klasických nemocničních oddělení nebývá. Lednice i rychlovarná konvice bývají společné na kuchyňce. Naším názorem bylo, že televize je již většinou součástí každého pokoje. Toto tvrzení nám vyvrátily respondentky 2 a 5, které televizi postrádaly. Respondentku 13 zaujalo moderní přístrojové vybavení. Čtyři respondentky uvedly, že na ně prostředí nemocničního zařízení působilo normálně, protože jsou na ně zvyklé. Respondentka 6 nebyla spokojena s hygienickým vybavením oddělení. Respondentka byla za doby své hospitalizace ve staré budově nemocnice a tam neměly koupelny na pokoji, nýbrž na chodbách. V dnešní bývají koupelny mimo pokoj výjimkou. To samozřejmě zlepšuje pacientův komfort, chrání jeho intimitu a soukromí a zamezuje šířením onemocnění. Se stejným problémem na oddělení se potýkala i respondentka 7, která popsala, že na oddělení byly pouze 2 záchody. Tři respondentky nebyly spokojené s počtem lůžek na pokoji. Respondentka 7 tvrdila, že ležela na sedmilůžkovém pokoji. Respondentky 1 a 10 by také zmenšily obsazenost pokojů. Respondentce 10 vadil pocit stísněnosti a snížení soukromí na pokoji, protože do dvoulůžkového pokoje byla přidána třetí postel. Řekla, že trpěla diskomfortem. Vytejčková, Sedlářová, Wirthová a Holubová (2011) uvádí, že nejvyšší počet klientů na jednom pokoji jsou tři až čtyři. Burda a Šolcová (2015) tuto informaci potvrzují, protože říkají, že ideální počet lůžek na pokoji jsou dvě až čtyři. Dále také uvádí, že pokud je na pokoji více pacientů, tak se navzájem ruší a

snižuje se i jejich soukromí. Což nám potvrdila i respondentka 10. Burda a Šolcová (2015) řekli, že dříve byly běžné i více jak sedmilůžkové pokoje. S touto situací má zkušenost respondentka 7. Respondentce 4 se nelíbil úklid na oddělení. Navrhla, že by místo uklízací firmy měla nemocnice zaměstnat uklízečku, která by zajistila čistotu, umytá okna a prostředí bez prachu. Vytečková, Sedlářová, Wirthová a Holubová (2011) uvádí, že prostředí nemocnice má být bez špíny a zbavené původců nozokomiálních nákaz. Každé oddělení by se mělo vyhnout lapačům prachu, například závěsům. Stěny by měly být omyvatelné a vybavení jednoduché. Úklid oddělení by se měl provádět jednou denně, a to mytím na vlhko. Používají se běžné čisticí prostředky, které by měly být uklizeny v úklidové místnosti. Malování a velký úklid by se měl udělat na klasických oddělení jedenkrát za dva roky. Například na ARO, JIP a infekčním oddělení jedenkrát ročně.

V rozhovoru nás také zajímalo, jestli si sestry po své hospitalizaci uvědomily, že dělají něco ve své profesi špatně. Polovina respondentek odpověděla, že ano. Respondentky 9 a 10 uvedly, že špatně komunikovaly. Respondentka 9 si uvědomila, jak je komunikace důležitá pro důvěru ve vztahu sestra – pacient. Touto problematikou jsme se již zabývali výše. Respondentka 6 byla před svou hospitalizací málo empatická, což se po jejím pobytu v nemocničním zařízení změnilo. Empatie neboli vcítění se do druhé osoby se objevuje v každodenním životě. Můžeme ji brát jako emociální ztotožnění s pacientovým chápáním, viděním i neverbálním vyjadřováním. Patří do efektivní komunikace. Empatii můžeme rozdělit na vědomou a nevědomou. Pomocí empatie chceme poznat duševní život druhé osoby (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2012). Mikuláščík (2010) říká, že ten, kdo chce být empatický, musí být dobrý posluchač. Úroveň empatie stanovují naše charakterové a temperamentové vlastnosti. Autor také uvádí, že empatie napomáhá vnitřní očistě a zvýší sebepoznání. Ze všech těchto poznatků vyplývá, že empatie je velice důležitá pro povolání sestry. Díky ní dokáže pochopit pacientovu situaci a vhodně na ni reagovat. V rozhovoru všechny respondentky, kromě respondentky 8, uvedly, že se po své hospitalizaci dokáží lépe vcítit do situace svých klientů.

Většina respondentek uvedla, že po hospitalizaci změnily své chování v určitých oblastech. Respondentka 1 uvedla, že změnila celkový přístup k pacientům. Respondentka 2 uvedla, že po svých zkušenostech začala více respektovat bolest. Respondentka 6 nyní více respektuje intimitu a respondentky 7 a 13 si uvědomily, že musí používat více lidštějšího přístupu. Respondentka 12 se po své hospitalizaci více

věnuje edukaci svých klientů. Tyto odpovědi respondentek vypovídají o tom, že na ně hospitalizace měla pozitivní vliv, a díky ní si uvědomily své nedostatky, které se nyní snaží napravit.

6 ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se věnovali sestřám, které se dostaly do role pacienta. V teoretické části jsme se zaměřili na definici slova zdraví a nemoc, i na to, jak lidé reagují na zjištění nemoci i jak se k ní postaví. Dále jsme se zaměřili na osobnost pacienta a jeho potřeby, práva i povinnosti, které vyplývají z pobytu v nemocničním zařízení. Věnovali jsme se také osobnosti a rolím sestry a vztahu mezi sestrou a pacientem. Neopomenuli jsme ani význam samotné hospitalizace.

Ve výzkumné části jsme se zabírali tím, jak se sestry cítily během hospitalizace a jak je hospitalizace ovlivnila v pracovním životě. Naším tématem byl vztah, který sestry-respondentky měly s ošetřujícími sestrami, informace, které sestry během své hospitalizace obdržely o svém stavu a o jejich strachu z výkonů a komplikací. Také jsme rozebírali ošetrovatelskou péči, která jim byla poskytnutá, pozitivní a negativní faktory, které na ně působily, prostředí nemocničního zařízení i změny v profesi po své hospitalizaci.

Každý se může ocitnout v roli pacienta. Taková situace se nemusí vyhnout ani sestřám, které se o pacienty starají každý den. V tu chvíli se dostávají do opačné pozice, než jsou zvyklé. Najednou ony mají problém a jsou závislé na pomoci druhé osoby. Na pomoci, kterou jsou zvyklé samy poskytovat a dokáží jí profesionálně posoudit. Z těchto postřehů vyplynulo, že sestry mají problémy s poskytováním informací klientům. Bohužel se také našly nedostatky sester během odborných výkonů. Tyto nedostatky mohly ohrozit zdraví respondentek. Na druhou stranu, ošetrovatelská péče, kterou sestry poskytovaly, byla hodnocena pozitivně. Během rozhovorů se projevil fakt, že respondentky využívaly své vědomosti a zkušenosti, a to při pozorování sester. Kdo jediný by mohl posoudit chování a práci sester lépe než jiná sestra v roli pacienta, která se orientuje v dané problematice. Téměř každá respondentka si během své hospitalizace našla minimálně jednu pozitivní i negativní situaci. Zajímavé bylo vyjádření respondentek k prostředí nemocnice. Několik z nich uvedlo, že na ně nemocniční prostředí nijak zvláště nepůsobilo, protože jsou na něj zvyklé. Samozřejmě to pro ně byla výhoda. Poté se odpovědi respondentek rozdělily na dvě skupiny. První se v nemocničním zařízení cítila dobře, útulně, některé respondentky odpověděly, že se cítily jako doma. Druhá skupina byla o něco méně spokojená, a to hlavně s vybavením pokojů a přelidnění na jednom pokoji. To pro ně bylo nepříjemné, protože součástí toho byla ztráta soukromí a méně klidu.

Většina respondentek si uvědomila, jaké to je ocitnout se na pozici, kterou velmi dobře znají ze své profese. Na pozici, která je závislá na pomoci druhé osoby. Díky této zkušenosti respondentky uvedly, že se nyní dokáží lépe vcítit do situace jejich klientů. Během své hospitalizace si většina respondentek uvědomila, co mohou změnit ve svém zaměstnání. Některé hospitalizace ovlivnila ke změně v komunikaci, edukaci, empatii i celkovému přístupu k pacientům. Můžeme tedy říci, že respondentky se díky své hospitalizaci posunuly kupředu a jejich péče, kterou nyní poskytují se zlepšila. Díky těmto informacím byly naše cíle splněny.

Doufáme, že výsledky tohoto výzkumu můžou být zajímavé pro zdravotní personál, který si nedokáže představit jaké to je být pacient. Mohou pro něj být i ponaučením a podnětem ke zlepšení péče, kterou poskytují svým pacientům.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ABDULSALAM, A.J., ABDULSALAM, M.A., EBRAHIM, B.E., 2017. *Septic sacroiliitis post gluteal intramuscular injection* [online]. Department of Physical Medicine, Physical Medicine and Rehabilitation Hospital, Department of Internal Medicine, Mubarak Al-Kabeer Hospital, Kuwait. [cit. 2018-04-19]. Dostupné z: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85037601878&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=complications+of+intramuscular+injection&st2=&sid=2240ac89456eef385935ab7fa602b516&sot=b&sdt=b&sl=55&s=TITLE-ABS-KEY%28complications+of+intramuscular+injection%29&relpos=14&citeCnt=0&searchTerm>

[85037601878&origin=resultslist&sort=plf-](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85037601878&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=complications+of+intramuscular+injection&st2=&sid=2240ac89456eef385935ab7fa602b516&sot=b&sdt=b&sl=55&s=TITLE-ABS-KEY%28complications+of+intramuscular+injection%29&relpos=14&citeCnt=0&searchTerm)

[f&src=s&st1=complications+of+intramuscular+injection&st2=&sid=2240ac89456eef3](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85037601878&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=complications+of+intramuscular+injection&st2=&sid=2240ac89456eef385935ab7fa602b516&sot=b&sdt=b&sl=55&s=TITLE-ABS-KEY%28complications+of+intramuscular+injection%29&relpos=14&citeCnt=0&searchTerm)

[85935ab7fa602b516&sot=b&sdt=b&sl=55&s=TITLE-ABS-](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85037601878&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=complications+of+intramuscular+injection&st2=&sid=2240ac89456eef385935ab7fa602b516&sot=b&sdt=b&sl=55&s=TITLE-ABS-KEY%28complications+of+intramuscular+injection%29&relpos=14&citeCnt=0&searchTerm)

[KEY%28complications+of+intramuscular+injection%29&relpos=14&citeCnt=0&searchTerm](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85037601878&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=complications+of+intramuscular+injection&st2=&sid=2240ac89456eef385935ab7fa602b516&sot=b&sdt=b&sl=55&s=TITLE-ABS-KEY%28complications+of+intramuscular+injection%29&relpos=14&citeCnt=0&searchTerm)

ABRAHÁMOVÁ, J., et. al., 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3063-9.

ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.

BAYOUMI, M., 2012. *Identification Of The Needs Of Haemodialysis Patients Using The Concept Of Maslow's Hierarchy Of Needs* [online]. College of Health Science, King Khalid University in the Medical and Surgical Departments, Mohail-Asser, Saudi Arabia. [cit. 2018-01-08]. Dostupné z:

[https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84857524587&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=maslow&nlo=&nlr=&nls=&sid=22dc5da182951fd33e7e9121705dbabe&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=21&s=TITLE-ABS-KEY%28maslow%29&ref=%28%28%28Maslow%27s+Hierarchy+Of+Needs%29%29+AND+%28maslow%29%29+AND+%28maslow%29&relpos=18&citeCnt=4&searchTerm=#corrAuthorFooter)

[84857524587&origin=resultslist&sort=plf-](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84857524587&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=maslow&nlo=&nlr=&nls=&sid=22dc5da182951fd33e7e9121705dbabe&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=21&s=TITLE-ABS-KEY%28maslow%29&ref=%28%28%28Maslow%27s+Hierarchy+Of+Needs%29%29+AND+%28maslow%29%29+AND+%28maslow%29&relpos=18&citeCnt=4&searchTerm)

[f&src=s&st1=maslow&nlo=&nlr=&nls=&sid=22dc5da182951fd33e7e9121705dbabe&](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84857524587&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=maslow&nlo=&nlr=&nls=&sid=22dc5da182951fd33e7e9121705dbabe&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=21&s=TITLE-ABS-KEY%28maslow%29&ref=%28%28%28Maslow%27s+Hierarchy+Of+Needs%29%29+AND+%28maslow%29%29+AND+%28maslow%29&relpos=18&citeCnt=4&searchTerm)

[sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=21&s=TITLE-ABS-](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84857524587&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=maslow&nlo=&nlr=&nls=&sid=22dc5da182951fd33e7e9121705dbabe&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=21&s=TITLE-ABS-KEY%28maslow%29&ref=%28%28%28Maslow%27s+Hierarchy+Of+Needs%29%29+AND+%28maslow%29%29+AND+%28maslow%29&relpos=18&citeCnt=4&searchTerm)

[KEY%28maslow%29&ref=%28%28%28Maslow%27s+Hierarchy+Of+Needs%29%29](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84857524587&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=maslow&nlo=&nlr=&nls=&sid=22dc5da182951fd33e7e9121705dbabe&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=21&s=TITLE-ABS-KEY%28maslow%29&ref=%28%28%28Maslow%27s+Hierarchy+Of+Needs%29%29+AND+%28maslow%29%29+AND+%28maslow%29&relpos=18&citeCnt=4&searchTerm)

[+AND+%28maslow%29%29+AND+%28maslow%29&relpos=18&citeCnt=4&search](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84857524587&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=maslow&nlo=&nlr=&nls=&sid=22dc5da182951fd33e7e9121705dbabe&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=21&s=TITLE-ABS-KEY%28maslow%29&ref=%28%28%28Maslow%27s+Hierarchy+Of+Needs%29%29+AND+%28maslow%29%29+AND+%28maslow%29&relpos=18&citeCnt=4&searchTerm)

[Term=#corrAuthorFooter](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84857524587&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=maslow&nlo=&nlr=&nls=&sid=22dc5da182951fd33e7e9121705dbabe&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=21&s=TITLE-ABS-KEY%28maslow%29&ref=%28%28%28Maslow%27s+Hierarchy+Of+Needs%29%29+AND+%28maslow%29%29+AND+%28maslow%29&relpos=18&citeCnt=4&searchTerm)

BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

BARTŮNĚK, O., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

- BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1.díl: Pro obor ošetrovatel.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5333-1.
- BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2.díl: Pro obor ošetrovatel.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5334-8.
- ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
- DOBIÁŠ, V., 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4571-8.
- DRLÍKOVÁ, K., ZACHOVÁ, V., KARLOVSKÁ, M., 2016. *Praktický průvodce stomikou.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5712-4.
- FARKAŠOVÁ, D., et al., 2009. *Ošetrovatel'stvo teória.* 3. doplněné vydání. Osveta. ISBN 978-80-8063-322-6.
- FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK, T., et. al., 2015. *Chirurgie v kostce.* 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1005-1.
- GOTTSCHALK, A., AKEN, H., ZENZ, M., STANDL, T., 2011. *Is Anesthesia Dangerous?* [online]. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3147285/>
- HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry.* Praha: Grada. ISBN 978-80247-4032-4.
- HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P., 2009. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty. Pracovní sešit II/1.díl.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2853-7.
- JIČÍNSKÁ, K., 2008. *Osobnostní rozvoj jako nedílná součást profesionálního růstu sestry.* Sestra. 18(2), 15-16. ISSN 1210-0404.
- JOBÁNKOVÁ, M., 1992. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti.* 2. upravené vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-127-6.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Překlad 3.vydání. Přeložil Marx David a Staněk Ivan. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2436-2.

JURÁSKOVÁ, D., 2016. *Práva a povinnosti pacientů* [online]. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/pacienti/informace-pro-pacienty/prava-a-povinnosti-pacientu/>

JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAHRIMAN, I., ÖZTÜRK, H., 2016. *Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices* [online]. Faculty of Health Sciences, Karadeniz Technical University, Trabzon, Turkey. [cit. 2018-10-04]. Dostupné z: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85028260529&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=communication+errors+of+nurses&nlo=&nlr=&nls=&sid=ee07c79179e4a510932dfea1c5d462c5&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2c%22NURS%22%2c%2b%2bscoexactkeywords%2c%22Medical+Error%22%2c%2b%2bscolang%2c%22English%22%2c&sl=45&s=TITLE-ABS-KEY%28communication+errors+of+nurses%29&relpos=9&citeCnt=1&searchTerm=>

KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KELNAROVÁ, J., et. al., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 2. ročník: 1.díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3105-6.

KELNAROVÁ, J., et. al., 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 2. ročník - 1.díl. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5331-7.

KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ, M., KŘEŠŤANOVÁ, I., KŘIVÁKOVÁ, M., KOVÁŘOVÁ, Z., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1.ročník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2830-8.

KOCIANOVÁ, R., 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2497-3.

- KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3877-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KUCHYNKA, P., 2016. *Oční lékařství*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5079-8.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
- KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., 2012. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
- LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., et. al., 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.
- MACH, J., 2010. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3683-9.
- MACH, J., BURIÁNEK, A., ZÁLESKÁ, D., MLYNÁŘOVÁ, D., KVAPILOVÁ, I., MÁCA, M., VALÁŠEK, D., 2013. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5113-9.
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MELANNOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5589-2.
- MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2339-6.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2008. *Práva pacienta* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. *Práva a povinnosti* [online]. Aktualizováno 2014. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/prava-a-povinnosti_2620_22.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2015. *Rádce pacienta: příručka ke zlepšení bezpečí pacienta* [online]. Třetí vydání. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: http://www.nemcb.cz/upload/files/Radce_pacienta_CZ.pdf

MLČÁK, Z., 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-951-3.

MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 2.díl: Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3184-1.

MOKROŠOVÁ, I., BAŠTOVÁ, L., 2009. *Němčina pro lékaře: manuál pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2127-9.

MRÁZOVÁ, R., 2014. *Práva a povinnosti pacientů* [online]. Městská nemocnice Hořice [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.nemocnicehorice.cz/files/files/f49-Prava-a-povinnosti-pacienta.pdf>

MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5034-7.

NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, 2013. *Práva pacientů* [online]. Nemocnice České Budějovice a.s. [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/pro-pacienty/prava-a-povinnosti-pacientu/>

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2.díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3709-6.

PALIČKOVÁ, P., 2015. *Když se ze zdravotníka stane pacient*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.

- PLAMÍNEK, J., 2010. *Tajemství motivace: Jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3447-7.
- PLEVOVÁ, I., et al., 2011a. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
- PLEVOVÁ, I., et al., 2011b. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., et. al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2012. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4659-3.
- RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.
- ROKYTA, R., et.al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.
- ROKYTA R., et.al., 2018. *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada. IBN 978-80-271-0312-6.
- SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
- STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-368-6.
- SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9.
- SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
- ŠAMÁNKOVÁ, M., et. al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.

- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
- ŠPINAR, J., LUDKA, O., et. al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4356-1.
- ŠPIRUDOVÁ, L., 2015a. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.
- ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.
- ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0062-0.
- TONDORVÁ, I., 2010. *Adaptace nemocného na hospitalizaci* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Adaptace.pdf
- TUČEK, M., SLÁMOVÁ, A., et. al. 2012. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 978-80-246-2136-4.
- VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3268-1.
- VENGLÁŘOVÁ, M., et. al., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-88-247-3174-2.
- VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2473132-2.
- VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., PAVLICOVÁ, J., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3697-6.
- VORLÍČEK, J., ABRHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., et. al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

- VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2614-4.
- VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
- VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., PAVLÍKOVÁ, P., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.
- VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3421-7.
- WHO, 2014. *Basic Documents*. Forty-eight edition. [online]. WHO publications. [cit. 2017-12-05]. ISBN 978-92-4-165048-9. Dostupé z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>
- WOLF, D., 2018. *Jak překonat strach, úzkost, paniku a fobie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0618-9.
- WICHSOVÁ, J., PŘIKRYL, P., POKORNÁ, R., BITTNEROVÁ, Z., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.
- ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.
- ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.
- ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Otázky pro rozhovor

Příloha 2 Přepis rozhovorů (CD na pevných deskách práce)

Příloha 1 Otázky pro rozhovor

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejdříve dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
4. Jak dlouho trvala Vaše hospitalizace?
5. Věděl zdravotní personál během Vaší hospitalizace, že jste sestra?
Pokud ANO:
 - 5.1. Choval se k Vám zdravotní personál jinak než k ostatním pacientům?
 - 5.2. Dostávalo se Vám určitých výhod či nevýhod? Pokud ano, jakých?
 - 5.3. Jak probíhala edukace před výkonem/léčbou? (zkráceně kvůli tomu, že jste sestra nebo stejně jako u ostatních pacientů, nezdravotníků?)
Pokud NE:
 - 5.4. Z jakého důvodu jste to zdravotnímu personálu neřekla?
6. Z kterých výkonů, které dobře znáte a běžně je děláte u svých pacientů, jste měla strach?
7. Kontrolovala jste sestru během těchto výkonů, zda dělá vše správně?
8. Měla jste tendenci sestře pomáhat během výkonů, které Vám prováděla?
9. Jakých komplikací, které mohly nastat po výkonu/léčbě a které znáte z praxe, jste se bála?
10. Byla jste spokojená s péčí, kterou Vám zdravotní personál poskytl a jaká tato péče byla?
11. Jakou poskytujete péči svému pacientovi? Stejnou jako byla poskytnutá Vám nebo odlišnou?
12. Všimla jste si nějaké chyby, kterou sestra udělala?
Pokud ANO:
 - 12.1. Jak to na Vás působilo?
 - 12.2. Upozornila jste na to sestru?
Ano – Jak na to sestra reagovala?
Ne – Z jakého důvodu jste sestru na chybu neupozornila?
Pokud NE:
 - 12.3. Pokud by sestra nějakou chybu udělala, upozornila byste jí na to? A jakým způsobem byste jí upozornila?
13. Uvědomila jste si během své hospitalizace, že děláte něco ve své profesi špatně?
14. Změnila jste, po Vaší hospitalizaci, svůj přístup v některých oblastech?
Pokud ANO:
 - 14.1. V jakých oblastech a proč?
15. Dokázala jste se po Vaší hospitalizaci lépe vcítit do pacientovi situace?
16. Co na Vás během hospitalizace působilo pozitivně?
17. Co na Vás během hospitalizace působilo negativně?
18. Jak na Vás působilo prostředí nemocničního zařízení?
19. Co byste na tomto prostředí změnila?

Zdroj: vlastní

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO – World Health Organization

i. m. – intramuskulární injekce

MRSA – Meticilin rezistentní Staphylococcus aureus

kJ – kilojoule

g – gram

ml – mililitr

SZŠ – střední zdravotnická škola

ARIP – anesteziologicko resuscitační intenzivní péče