

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravovědy**

**Bakalářská práce**

Eliška Rokytová

Sociálně zdravotní práce se zaměřením na vzdělávání

Zdravotník – profesionál v roli pacienta

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 16. 4. 2015

Podpis .....

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D. za vstřícné, odborné a motivující vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům za věnovaný čas a ochotu spolupracovat.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>6</b>
<b>1 CÍLE PRÁCE .....</b>	<b>7</b>
1.1 Hlavní cíl práce.....	7
1.2 Dílčí úkoly .....	7
<b>2 TEORETICKÉ POZNATKY .....</b>	<b>8</b>
2.1 Zdraví.....	8
2.2 Nemoc.....	8
2.3 Pacient, klient.....	9
2.3.1 Postoj nemocného k nemoci.....	10
2.3.2 Autoplastický obraz nemoci.....	11
2.3.3 Prožívání nemoci v čase.....	12
2.3.4 Omezení životních potřeb člověka.....	12
2.3.5 Omezení soukromí .....	13
2.3.6 Změny v prožívání a chování během nemoci.....	14
2.4 Bolest.....	15
2.5 Strach a úzkost.....	15
2.6 Nemoc jako svízelná životní situace.....	17
2.6.1 Zvládání nemoci a těžkých životních situací .....	18
2.7 Zdravotník – lékař, zdravotní sestra .....	19
2.7.1 Chování zdravotníků k nemocným.....	20
2.7.2 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným.....	20
2.7.3 Vztahy mezi zdravotníky.....	21
2.7.4 Etika zdravotnických pracovníků.....	21
2.7.5 Role lékaře.....	22
2.7.6 Role sestry .....	23
2.8 Zdravotník – profesionál v roli pacienta.....	24
2.9 Zdravotnické zařízení .....	26
2.9.1 Psychologický přístup k pacientům v ambulanci lékaře .....	26
2.9.2 Psychologický přístup k hospitalizovaným pacientům .....	27
2.9.3 Hospitalismus .....	27
<b>3 METODIKA PRÁCE .....</b>	<b>29</b>
3.1 Charakteristika zkoumaného souboru.....	29
3.2 Metody práce .....	31
3.3 Organizace šetření.....	31

3.4 Získávání a zpracování dat .....	32
<b>4 VÝSLEDKY A DISKUSE .....</b>	<b>33</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>51</b>
<b>SOUHRN .....</b>	<b>53</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERENČNÍ SEZNAM.....</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>57</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>59</b>
<b>ANOTACE .....</b>	<b>64</b>

## ÚVOD

K vypracování tohoto tématu mě vedla vlastní zkušenost zdravotníka v roli pacienta. Zdravotník je ve společnosti vnímán jako někdo, kdo pečuje o zdraví lidí. Při studiu literatury k této bakalářské práci jsem si v literatuře všimla chybějící teorie na problematiku zdravotník v roli pacienta. Odborné publikace uvádí, jak zdravotník vnímá pacienta a jeho nemoc, ale už se dále nezamýšlí nad tím, že i zdravotník se může ocitnout v nemoci a jeho prožívání takovéto situace může být naprosto odlišné od laické společnosti. „Lékařská psychologie je úspěšným předpokladem výkonu lékařského povolání, protože se zaměřuje na lidskou dimenzi v medicíně: osobnost lékaře a jeho vztah s pacientem včetně komunikace, rozhodování a spoluúčast pacienta na léčbě. To předpokládá, aby lékař rozuměl sobě samému, svému chování a na základě toho rozuměl reakcím pacientů a jejich rodin na onemocnění a zvládání potíží spojených s nemocí“ (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 11).

Hlavní náplní práce je přiblížit a případně upozornit na vztahy mezi zdravotníkem v roli nemocného a zdravotníka v roli profesionála. Jelikož se zdravotník stane pacientem naprosto neočekávaně, tak tato zkušenost se jednak může podepsat na jeho pracovním přístupu, ale také má možnost nahlédnout zcela z jiného pohledu na postoj a vztah zdravotníků k pacientům. Snahou je tedy zjistit pomocí kvalitativního šetření jak jednotliví zdravotníci tuto roli vnímají, zda jsou schopni si to vůbec připustit a jaký přístup k tomu zvolili. Jak se zachovali při projevech nemoci? Jaké výhody vnímali v roli pacienta? Jak popsali změnu role ze zdravotníka a pacienta?

Byla bych ráda, kdyby výsledky práce pomohly k hlubšímu prozkoumání situace zdravotník v roli pacienta. Jednak mohou přispět k většímu pochopení na straně pacienta, ale obzvláště projevení většího vlídného a hlavně profesionálního přístupu ze stany zdravotníka, profesionála.

# **1 CÍLE PRÁCE**

## **1.1 Hlavní cíl práce**

Hlavním cílem práce bylo, zmapovat jaký postoj a prožívání zastávali zdravotníci v roli pacienta a zda to mělo vliv na další práci s nemocnými.

## **1.2 Dílčí úkoly**

1. Zjistit, co zdravotníci považovali za výhody a nevýhody při zdravotní péči o ně samotné. (Položky v interview 2 a 3.)
2. Zmapovat, jak zdravotník v roli pacienta vnímá nemoc. (Položky v interview 1, 4, 6 a 9.)
3. Popsat prožívání zdravotníků při hospitalizaci. (Položky v interview 5, 7, 8,10 a 11.)

## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

### 2.1 Zdraví

Zdraví je jedna z nejvýznamnějších hodnot. Lidé potřebují být zdraví, aby se plně realizovali. Zdraví není definitivní, ale je to dynamický proces (Zacharová a kol., 2007).

Cílem World Health Organization (dále jen WHO) je „*dosažení co možno nejvyšší úrovně zdraví všemi národy světa.*“ Definice zdraví podle WHO z roku 1948 zní: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ V roce 1977 tuto definici upravili: „*Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život*“ (Vurm a kol., 2007, s. 24).

Křivohlavý (2009, s. 40) definuje zdraví jako: „*Celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.*“

Křivohlavý (2009) ve své publikaci uvádí čtyři příklady náhledu lidí na zdraví podle Davida Sedhouse:

Lékař - nepřítomnost nemoci, choroby, úrazu.

Sociolog – člověk, který dobře funguje ve všech jeho sociálních rolích.

Humanista - člověk, který je schopen vyrovnávat se s životními úkoly.

Idealista - člověk, kterému je dobře jak tělesně, duchovně, duševně i sociálně.

### 2.2 Nemoc

Podle praktického slovníku medicíny (Vokurka, 1994, s. 229) je nemoc definována jako: „*Stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu.*“

Křivohlavý (2002, s. 15), definuje nemoc pomocí Slovníku spisovné češtiny: „*Nemoc je porucha zdraví.*“



Stejně jako zdraví, má nemoc biologický, psychický a společenský aspekt (Zacharová a kol., 2007).

Kelnarová a Mařejková (2014) uvádí, že nemoc má vliv na psychiku nemocného ať je nemoc akutní, chronická, nemocný má trvalé následky, či se jedná o infaustní stav.

Dále vyjmenovaly faktory, ovlivňující reakci pacienta na nemoc:

- Přirozené prostředí nemocného, ve kterém žije.
- Zkušenosti s chorobou, léčbou, zdravotnickým zařízením, odborníky a jejich prací.
- Věk a temperament.
- Vzdělání nemocného a jeho inteligence.
- Uvědomění si svého zdraví.
- Životní cíle nemocného.

S nemocí přichází potíže. Nemoc narušuje obvyklý způsob života, omezuje. Bývá vnímána jako náročná životní situace. V průběhu nemoci dochází k neuspokojení některých potřeb. V nemoci se musíme adaptovat na novou situaci. Nemoc narušuje vztahy, zhoršuje sociálně-ekonomickou situaci (Zacharová a kol, 2007).

Nemocný a zdravotník prožívá nemoc odlišně. Nemoc můžeme posuzovat objektivně nebo subjektivně. Tyto 2 stránky nemoci na sebe působí. Zdravotník se při posuzování často na subjektivní prožívání nemoci nezaměřuje, protože je pro něj nemoc jen soubor objektivních příznaků. U nemocného naopak převládají subjektivní osobní prožitky nemoci. *„Rozdíly mezi postojem zdravotníka a postojem nemocného jsou dány jejich rozdílným postavením v situaci nemoci a léčbě, tedy rozdílnými rolemi“* (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2007, s. 123).

## 2.3 Pacient, klient

Praktický lékařský slovník medicíny (Vokurka, 1994, s. 247) definuje pacienta jako: *„Nemocný, osoba v lékařské péči“* a překládá slovo pacient z latinského *patiens* trpělivý a *patior* trpět.

Při narušení zdraví dochází jak k biologickým změnám, tak k změnám sociální role. Každý prožívá chorobu jinak, je to dáno psychickým stavem, náladou, nadějí, znalostmi

a inteligencí, charakterem osobnosti, sociální situací, procesem choroby, vlastnostmi choroby (Zacharová a kol., 2007).

Křivohlavý (2002) uvádí Zolův model pěti momentů chování člověka při narušení zdraví:

1. Jak je člověk znepokojen objevenými příznaky.
2. Povaha příznaků.
3. Jak ohrožují příznaky vztah člověka s jinými lidmi, hlavně s rodinou.
4. Jak překáží zdravotní problém při různých činnostech.
5. Jestli jsou v pozadí sociální sankce, nebude-li se léčit.

### 2.3.1 Postoj nemocného k nemoci

*„Většina nemocných při běžných onemocněních reaguje přiměřeně situaci, přijímá diagnózu a doporučení k léčbě, dodržuje pokyny, spolupracuje ve snaze být zase zdráva.“* Nemoc mění sociální situaci, prostředí, zbavuje povinností jak v práci, škole tak i doma. Někteří se cítí méněcenně nebo naopak cítí v nemoci výhodu (Zacharová a kol., 2007, s. 20).

Na chorobu se pacient přizpůsobuje podle toho jak je závažná, jaká je její prognóza a náročnost léčby. U akutní nemoci se častěji vyskytují neadekvátní reakce, neboť její nástup je rychlý a pacientu chybí informace o jeho stavu. Vytržením z jeho životního rytmu vede k panickým reakcím, agresivitě, uzavření se okolí, rezignaci. Naopak u chronické choroby má pacient více času, aby se přiměřeně adaptoval. Když však toho není schopen, nastupují neadekvátní reakce, jako jsou bagatelizace, popření choroby. To se projevuje nespoluprací, snižováním závažnosti choroby, nedodržováním režimu, až odmítáním léčby. Dalšími projevy neadekvátní reakce jsou: disimulace neboli zastírání choroby, nozofilní nebo hypochondrická reakce, kdy se nemocný přespříliš soustředí na své onemocnění, až agravuje = zveličuje problémy (Jobánková, 2003).

Zdravotník by měl mít na paměti, že každý nemocný má různý postoj a reakce k nemoci (Müllerová, 2007).

Bártlová (2003) dělí pacienty, se kterými jsou zdravotníci v kontaktu dle Gaisslera a Thoma:

- Lidé hospitalizovaní či v domácí péči.

- Nemocní, schopni práce a udržující si kontakty.
- Relativně zdraví lidé, jen konzultují se zdravotníky.
- Lidé, podílející se na prevenci, nejsou tedy pacienti.
- Dále sem patří problematické případy, jako návykové onemocnění a zvláštní skupina: těhotné ženy, rodičky a novorozenci.

Bártlová (2003) uvádí, že v sociální roli pacienta má člověk právo na soustředění se na své onemocnění a aby byl zproštěn běžných závazků. Jeho povinností je vyhledat lékařskou pomoc a spolupracoval při léčbě.

Hospitalizovaný člověk musí ležet, při vizitě nesmí být mimo pokoj či dokonce lůžko. Říká se mu, co smí, co nesmí a někdy se mu neříká vůbec nic. Nemocný prožívá velké změny oproti normálnímu životu. Nové prostředí je mu méně blízké než zdravotníkům i když má pro ně větší význam. Musí si osvojit novou roli a to každý prožívá individuálně. Nemocnice je pro zdravotníky známé prostředí a její vybavení je důležité pro uskutečnění jejich práce. Pacient však toto prostředí vnímá odlišně, má omezený styk s okolím, je závislý na personálu, který ovládá jeho jednání a myšlení. Někdy se používá slovo klient, jako aktivní a nezávislý pacient. Pacienti si uvědomují, že lékaři přináší peníze a někdy se podle toho chovají. A tak se začíná objevovat ve vztahu lékař a pacient ještě advokát pro obhajobu práv pacienta (Bártlová, 2003).

### 2.3.2 Autoplastický obraz nemoci

Jak subjektivně prožívá nemoc nemocný člověk.

*„Rozumové zdůvodnění a pochopení určitého zdravotnického problému nebo situace je silně citově podbarveno.“* Hypersenzibilní lidé prožívají problémy intenzivněji, nezkušený zdravotník tak může zdravotní stav špatně posoudit (Zacharová, Šimičková-Čížková, 2007, s. 123).

Podmíněnost autoplastického obrazu nemoci dle Zacharové a Šimičkové-Čížkové (2007):

- Ráz onemocnění – zda je nemoc chronická, akutní, zda se léčí ambulantně, je hospitalizován nebo doma.

- Okolnosti, za nichž nemoc probíhá. Jako jsou finanční problémy, rodinný život, prostředí, zavinění nemoci.
- Premorbidní osobnost – jaký byl pacient před nemocí.

### 2.3.3 Prožívání nemoci v čase

Rozdělení prožívání nemoci v čase dle Zacharové a Šimičkové-Čížkové (2007):

1. Premedicínská fáze – první příznaky, samoléčba.
2. Změna životního stereotypu – pracovní neschopnost, hospitalizace.
3. Aktivní adaptace – přizpůsobení se nemoci, víra v uzdravení, spolupráce nemocného.
4. Psychická dekompenzace – když nedojde k adaptaci na nemoc, vážný průběh nemoci nebo se nesplnilo očekávání. Nemocný je lítostivý, popudlivý.
5. Pasivní adaptace – rezignace, uzavření se do sebe, konec boje s nemocí.

### 2.3.4 Omezení životních potřeb člověka

Potřeby dělíme na primární, život zachovávající a sekundární, vycházející z primárních, obohacující život. *„Život člověka můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb. Potřeba je vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu.“* Potřeby jsou velmi individuální, závisí na charakteru nemoci či sociálních poměrech (Zacharová a kol., 2007, s. 22).

Bártlová (2003) uvádí, že při onemocnění vznikají nové potřeby, nejvíce pacient naléhá na navrácení zdraví, tišení bolesti, udržení sociálních funkcí. Potřeby člověka v nemoci rozděluje na:

- Potřeby, které se nemocí nemění, mohou však být intenzivněji pocíťovány v nemoci a při hospitalizaci jsou uspokojovány za pomoci zdravotníka. Jedná se o potřebu vzduchu, spánku, odpočinku, výživy, vyprazdňování, pohodlí, bezpečí.

- Potřeby, které se nemocí modifikovaly. Ovlivňuje je nemoc a jsou velmi individuální. Jedná se o sociální potřeby, poznání sebe samého a informací, potřeba aktivity a tvorby, nemocniční prostředí.
- Potřeby, které nemocí vznikly. Jsou součástí léčby. Vznik těchto potřeb závisí na osobnosti a charakteru pacienta, také na jeho informovanosti, zkušenosti a závažnosti a průběhu nemoci. Také závisí na vztahu pacienta s okolím a chováním okolí.

Zacharová a kol. (2007) zdůrazňuje, aby měl zdravotník na paměti, že nemocný je lidská bytost, co potřebuje sociální kontakt, porozumění, pochopení a pomoc, bezpečí a jistotu, podněty a činnost, realizaci krátkodobých a dlouhodobých cílů.

### 2.3.5 Omezení soukromí

Činnost zdravotnického personálu jak v ambulanci, tak i v lůžkové části, zasahuje do soukromí nemocného. Jen málo pacientů přichází z vlastního rozhodnutí. V nemocnicích se poskytuje diagnosticko-terapeutická péče s léčbou, poskytuje se zde zdravotnická péče na základě humanismu a moderního ošetrovatelství. Při hospitalizaci by měl nemocný zůstat v dobrém psychickém stavu a aktivně se zapojil do léčebného procesu pro uzdravení. V těchto situacích často nemocný sděluje zdravotníkovi citlivé informace a je nutné, aby zdravotník byl ohleduplný, šetrný a zdržel se zbytečných komentářů. *„Soukromí nemocného je součástí lékařského tajemství, které patří k základním etickým požadavkům zdravotnického pracovníka“* (Zacharová a kol., 2007, s. 26).

Zdravotníci jsou povinni zachovávat mlčenlivost vůči všem o skutečnostech souvisejících s výkonem jejich povolání. Výjimkou porušení mlčenlivost je, když dá pacient souhlas o podávání informací konkrétní osobě nebo povinnost vyplývající z právních předpisů (Vurm a kol., 2007).

Sestra nepodává informace o nemocných nikomu, není oprávněna sdělovat diagnózu, zprávu o nálezích, stavu ani prognóze (Zacharová a kol., 2007).

Při jednání s nemocnými zdravotníci dodržují jak etické zásady tak organizační a provozní řád zařízení. Velkým zásahem do soukromí nemocného je obnažování, vykonávání hygieny, vyprazdňování na pokoji, použití nemocničního prádla. Nikdy

nevíme, jak bude nemocný reagovat, proto musí zdravotník postupovat ohleduplně, šetrně, tak aby zachoval sebeúctu člověka. Musíme dbát, aby základních i sociální potřeby byly maximálně uspokojeny (Zacharová a kol., 2007).

### **2.3.6 Změny v prožívání a chování během nemoci**

Chování v nemoci, kdy se jedinec cítí subjektivně nemocen, je různý způsob, vnímání, hodnocení a projevování i neprojevování symptomů choroby a reakce na ně (Raudenská, Javůrková, 2011).

Onemocnění působí na člověka nepříznivě, tím pak ovlivňuje jeho chování i osobnostní rysy. Zde jsou důležité předchozí zkušenosti, ale také osobnost zdravotnického pracovníka. Nemocní mají různé postoje k nemoci. *„Proto je nutné, aby všichni, kteří přicházejí do pravidelného kontaktu s nemocnými, byli kromě odborných znalostí připraveni zvládnout i širokou oblast psychologie nemocných, komunikační dovednosti, empatie a psychohygieny“* (Zacharová a kol., 2007, s. 29).

Prožívání nemoci ovlivňuje vlastní léčba a ošetrovatelská péče, důvěra v lékaře a zdravotnické zařízení a průběh onemocnění. *„Člověk, který se cítí být nemocen, se zároveň cítí být ohrožen“* (Zacharová a kol., 2007, s. 30).

Zde je důležitá informovanost pacienta. S tím souvisí informovaný souhlas o různých léčebných výkonech.

Informovaný souhlas je platný, jen když je pacient informován o všech okolnostech zdravotnického výkonu. Je to rozhodnutí pacienta o jeho vlastním zdraví. Souhlas od pacienta získává lékař, pacient musí být srozumitelně informován (Vurm a kol, 2007).

Nemocný člověk může mít sníženou schopnost sebepéče a soběstačnosti. Pokud problémy trvají déle, mohou vyústit v pocit méněcennosti. Zacharová a kol. (2007) uvádí tyto postoje:

- Přiměřené – člověk se snaží s problémem vyrovnat
- Nepřiměřené – neadekvátní reakce na změny zdravotního stavu

Lidé se v nemoci cítí často bezmocní, to vede snadno k pocitu zahanbení, méněcennosti a pohrdání sebou samým. Každý člověk si zaslouží úctu a respekt, stačí jen vhodně volit slova, trpělivost, vlídnost (Zacharová a kol., 2007).

## 2.4 Bolest

Bolest je jeden z typických příznaků nemoci. „*Mechanismus vzniku bolesti není zcela jasný. Uplatňují se některé chemické látky dráždící nervy, které poté vedou podněty do určitých oblastí mozku*“ (Vokurka, 1994, s. 48).

Bolest bývá často signálem, upozorňující na poruchu nebo poškození organismu. Každý člověk prožívá bolest jinak, to závisí na osobnosti, stavu organismu, věku, intenzitě bolesti, únavě, strachu, nejistotě, okolí nemocného (Zacharová a kol., 2007).

Jak uvádí Jobánková a kol. (2003) bolest v nás může vyvolávat strach a úzkost. Je to převážně negativní vjem, který ovlivňuje naše dřívější zkušenost. Nutí nás k ochraně organismu před negativními vlivy.

„*Bolest může být akutní, chronická, psychogenní.*“ Člověka bolest vyčerpává jak somaticky tak psychicky (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 73).

Každý vnímáme bolest jinak. Je to subjektivní příznak choroby a tak jak ji klient popíše, ji musíme věřit a léčit ji.

## 2.5 Strach a úzkost

Pocitem strachu reagujeme na ohrožení. Strach je situace, kdy se bojíme něčeho konkrétního, ale i pouhého očekávání z budoucí možná nebezpečné situace. Strach může být užitečný, když nás chrání před rizikem. Nadměrný strach však vede k ukvapenému a škodlivému jednání. Mobilizuje organismus a to hlavně zvýšením krevního tlaku pro obranu, útěk, sílu. Ale i zatěžuje organismus a může negativně vést organismus k druhotnému zvýšenému krevnímu tlaku, pocení, poruše zažívání a jiné (Zacharová a kol., 2007).

Strach z lékařských zákroků komplikuje diagnostiku a léčbu. Takový člověk se bojí: (Zacharová a kol., 2007)

- Bolesti, kterou člověk zná z předchozí zkušenosti, nebo i vyprávění.
- Ztráty životních možností neschopností pracovat, péče o rodinu.
- Odloučení od nejbližších.
- Poznámání vzhledu nemocí.
- Změny způsobu života.
- Strach ze smrti a umírání, bojí se možných komplikací.
- Strach z léčení, spíše hlavně z vyšetření a může být zesílen nevhodnou atmosférou prostředí, v kterém se nachází.

Vymětal (2003, s. 236) definuje úzkost jako „*nepříjemný prožitek a stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání nemilého a neznámého je horší než událost sama, je-li jasně poznána.*“

Je normální v životě prožívat mírné úzkosti a obavy, problém je až tam kde se objevují přespříliš často, trvají dlouho a jsou velmi intenzivní (Bouček, 2006).

Nejsme si vědomi, co úzkost působí, může být při duševních poruchách i primárním příznakem somatické nemoci jako je například infarkt myokardu. Čím více, je člověk úzkostlivý, o to více reaguje strachem. Strach a úzkost nelze oddělit, splývají spolu (Zacharová a kol., 2007).

Mohou se objevit i tělesné (bušení srdce, třes, bolesti hlavy, závratě, obtíže dýchání, tlak na hrudi, průjmy, poruchy spánku, únavnost) a psychické obtíže (lekavost, nesoustředěnost, obava ze smrti). Úzkost může být i součástí onemocnění (epilepsie, nádorové onemocnění), nebo ji způsobují léky či psychoaktivní látky (Bouček, 2006).

Zacharová a kol. (2007) uvádí následující projevy úzkosti nebo také strachu, které mohou zhoršit průběh nemoci:

- Podráždění.
- Útlum.
- Ustaraný výraz.
- Nejisté pohyby, svalové napětí.



- Překotná řeč.
- Roztržitost, zapomínání.
- Zrychlený tep a dech, rozšířené zornice, zblednutí, sucho v ústech, pocení.
- Nervozita.

Lékaři dostatečně nevěnují pozornost diagnostice a léčbě úzkosti. Navíc návštěva psychologa či psychiatra je u nás považováno za stigma. Nemocný často potlačuje potíže a vyčkává, zda samy neodezní. Až nic nepomůže, tak se soustředí na somatické obtíže, ty se nepotvrdí při vyšetření (Bouček, 2006).

## 2.6 Nemoc jako svízelná životní situace

Zacharová a kol. (2007) uvádí na čem je závislá odolnost k náročným životním situacím: věk, intelekt, zkušenosti, stav organismu, společenské okolnosti, pracovní činnost, vrozené vlastnosti.

Mezi svízelné situace uváděné Zacharovou a kol. (2007) patří:

- Nepřiměřené požadavky a situace.
- Problémové situace jako hospitalizace.
- Překážkové situace – nedojde tak k uspokojení potřeb a dochází k frustraci.
- Konfliktové situace.
- Stresové situace.
- Syndrom vyhoření – hlavně u pomáhajících profesí.
- Reakce na svízelnou situaci.

Základní činností osobnosti je udržet si rovnováhu, ta může být narušena svízelnou situací. To pak dochází k adaptaci, což znamená přizpůsobení se situaci. Nebo k maladaptaci, což znamená nepříznivé přizpůsobení, které nevede k cílenému řešení a situaci komplikuje (Zacharová a kol., 2007).

Adaptivní chování neodpovídá prožívání, je to jen upravený projev. Pacient nedává znát, co si myslí a prožívá (Mellanová a kol, 2014).

Jestliže ve svízelné životní situaci nenastanou adaptační mechanismy, naše chování se změní. Uchylujeme se k takovému chování, které nás brání proti dramatické situaci. Vše v takové situaci je závislé na toleranci k zátěži (Jobánková a kol., 2003).

Techniky vyrovnávání se s náročnými životními situacemi (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014):

- Agrese – projev zlosti, křik, fyzické násilí, urážky i ironie a jízlivost.
- Projekce – z vlastní chyby viní druhé.
- Identifikace – ztotožnění se s vlastnostmi jiného jedince, hledání opory v silném vzoru. Identifikace nemocného probíhá zdůrazňováním známosti s lékařem.
- Kompenzace – vyrovnání se s handicapem nebo neúspěchem náhradou v jiném oboru.
- Racionalizace – zdůvodnění a vysvětlení problému rozumem.
- Trestání sebe sama – neúspěch či nemoc chápe jako trest.
- Únik – před nepříjemnou situací se vyskytují různé druhy úniku: únik z místa ohrožení, vyhýbání se povinností. Únik do fantazie a snění pomocí literatury, filmu, drogy a alkoholu. Vyhýbání se náročným situacím vedoucím k izolaci. Únik do nemoci, vyvolává pozornost okolí a zvýšenou péči.
- Regrese – návrat k dřívějšímu vývojovému chování, které neodpovídá věku nemocného.
- Fixace – na určité osoby, uspokojování potřeby. Například sestra se fixuje na stejné chování bez ohledu na různou skladbu nemocných.
- Potlačení nevyřknutého nápadu. Zábrana nemocného při žádání sestry o službu.
- Negativismus – opak toho, co se po člověku žádá, aby upoutal pozornost. S nemocným se špatně spolupracuje a nedodrží léčebný řád. Odporuje v diskusi, neustále námítky, odmítá cizí řešení.

### **2.6.1 Zvládání nemoci a těžkých životních situací**

*„Abychom správně reagovali a zaujali vhodný postoj ke stavu nemocného, je třeba sledovat jeho psychické změny. Do těžkých životních situací se dostáváme v životě běžně,*

*znamenaají pro nás zátěž a je na nás jak se s nimi vyrovnáme. Lze to řešit různými psychickými obrannými mechanismy či technikami a jednáním“ (Zacharová, 2007, s. 59).*

Strategické cíle podle Cohena a Lazaraz vládnání těžkých životních situací jsou například (Křivohlavý, 2002, s. 104):

- *Snížit ohrožení člověka.*
- *Unést nepříjemnosti.*
- *Zachovat si pozitivní obraz sama sebe.*
- *Duševní rovnováha.*
- *Zlepšit podmínky pro regeneraci ze zážitku životní těžkosti.*
- *Pokračovat v životě s druhými lidmi.*

Taktiky k zvládnání těžkých životních situací jsou dle Zacharová a kol. (2007): relaxace, dechová cvičení, imaginace, meditace, hudba, beletrie, poskytování sociální podpory, humor.

Nejčastější strategie zvládnání životních situací (Zacharová a kol., 2007):

- Strategie zaměřené na řešení problému – vlastní aktivita pro řešení situace, jako je léčba nemoci.
- Strategie zaměřené na vyrovnání se s emocionálním stavem – řízení emocionálního stavu.

## **2.7 Zdravotník – lékař, zdravotní sestra**

Objektem práce zdravotníka je člověk, nejen proto je toto povolání velmi náročné. Očekává se od něj ovlivnění prožívání nemocných, fyzickou a psychickou náročnost práce a zvládnutí dalších činností a problémů této profese, a musí nést následky svých rozhodnutí (Zacharová a kol., 2007).

*„Sebevýchova by měla směřovat k osobnosti harmonické, vyrovnané, s dostatkem odborných znalostí k výkonu tohoto zodpovědného povolání“ (Zacharová a kol., 2007, s. 63).* Dále Zacharová (2007) uvádí následující osobnostní předpoklady k výkonu zdravotnické profese: tvůrčí myšlení, kritičnost, empatie, naslouchání, vhodné vystupování (klidné, pohotové reakce, rozvážené, sebevědomé, trpělivost, smysl pro humor, umění

ovládat se), zájem o práci, smysl pro povinnost a odpovědnost, dobrý vztah k lidem, vyrovnanost.

Profesionální chování vyplývá z charakteru zdravotníka a významnými jsou mravní, svědomitost, smysl bytí, přátelskost, sebeúcta (Kelnarová, Matějková, 2014).

Kelnarová a Matějková (2014) popisují tato profesní chování ovlivňující zdravotníka:

- Mít rád lidi, upřednostnit potřeby klienta před svými.
- Morálka.
- Asertivita a ovládání emocí.
- Vzdělávání jak všeobecné tak odborné.
- Empatie.
- Znalost etických kodexů, svých a pacientových práv (Příloha č. 2).
- Projev úcty, neponižovat a nezesměšňovat pacienty, zdvořilé chování.
- Prestiž zdravotnické profese.
- Prostředí práce.

### **2.7.1 Chování zdravotníků k nemocným**

*„Zdravotník se musí bránit emocionální únavě, profesionální opotřebovanosti, deformaci až otrlosti, které vedou k neúměrně zjednodušenému pohledu na nemocného a jeho problémy“ (Zacharová, 2007, s. 69).*

Biopsychosociální přístup, nebo také celostní přístup k nemocným, znamená vnímat člověka komplexně jeho tělo a duševní vlastnosti (Bouček a kol., 2006).

### **2.7.2 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným**

Zdravotník se s nemocným setkává v situaci vyhraněných sociálních rolí. Jejich vztah je na sobě závislý a měl by být v dobrém osobním kontaktu, protože dobrá komunikace mezi nimi zvyšuje účinnost terapie a průběh nemoci. Zdravotnický pracovník musí být velmi trpělivý, rozvíjet ve vztahu k nemocnému důvěru, být odborně vzdělaný. Chování zdravotníků k nemocným je vymezeno pravidly určené jak zákony, tak etickými kodexy. Zdravotník musí chtít pochopit problém nemocného a disponovat empatií a laskavostí

a měl by s nemocným jednat jako s partnerem a tím vytvářet příznivý psychosociální terén (Zacharová a kol., 2007).

### 2.7.3 Vztahy mezi zdravotníky

Vztah a spolupráce mezi sestrou a lékařem by měla být partnerská a rovnoprávná. Lékaři však často vnímají sestru jako jim podřízenou, která plní jejich příkazy (Bártlová, 2003).

Bouček a kol. (2006) uvádí následující specifika, která ovlivňují vztah mezi zdravotníky:

- Hierarchie pracovního zařazení.
- Tradice pracoviště.
- Další konkrétní faktory.
- Extrémy od neformálních až k formálnímu vztahu.

Je důležitá souhra týmu hlavně v časově a emočně vypjatých situacích (Bouček a kol., 2006).

### 2.7.4 Etika zdravotnických pracovníků

Dle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna (2011, s. 13) jsou hlavním zájmem etiky otázky povinností člověka a hodnotového systému. „*Etika jednání člověka nejen popisuje, ale i hodnotí a usměrňuje.*“ Etika nestanovuje mravní povinnosti, nemoralizuje, ale hledá kritéria pro rozlišení mravního od nemravního. „*Etika hledá obecné zákony, které jsou základem morálky*“ (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 43). Vzdělaný člověk nemusí být autoritou v oblasti etiky.

Etické kodexy zavazují lékaře, zdravotní sestry, vysokoškoláky i pacienty k určitému chování. Nejstarším kodexem je Hippokratova přísaha, která je základem všech etických kodexů (Haškovcová, 2002).

## 2.7.5 Role lékaře

*„Obecně je činnost lékaře funkcionálně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a odstraňování nemoci, na záchranu ohroženého života“ (Bártlová, 2003, s. 104).*

Lékař má ve společnosti vysoký sociální status, tady je lidmi velmi ceněn, očekává se od něj kvalitní a profesionální péče o tělo i duši.

Bártlová (2003) uvádí znaky role lékaře, které popsal Parsons:

- Funkční specifita – znamená odborné vzdělání, tedy i kompetence pro výkon povolání.
- Emocionální neutralita – neznamená to bezcitnost, ale pochopení pocitů pacienta bez jeho emocionální účasti. Takové chování by se mělo praktikovat i na zdravotnický personál pro úspěšnou spolupráci.
- Universalismus – poskytnutí pomoci každému, kdo ji potřebuje.
- Kolektivní orientace – lékař vychází ze zájmů pacienta, nejedná pro svůj prospěch.

### Vztah lékař a pacient

Jejich vztah je ambivalentní, tedy je kladný, ale zároveň záporný – věří, že mu lékař chce pomoci, je na něm závislý, ale ne zcela mu důvěřuje. Neví vše, co lékař dělá a co si myslí. Musí zde platit při jednání etický kodex pro rozvoj důvěry, pochopení, nadějí, empatii, léčbu. Vhodným postupem lze zabránit konfliktním situacím. Okolnosti, které se podílí na vytváření vztahu mezi nemocným a lékařem jsou: předchozí zážitky nemocného, psychický stav nemocného, první dojem, dodržování pravidel chování, umožnění vyjádření potíží, získání důvěry, tolerance. Nemocný vnímá lékaře jako autoritu, vytváří si k němu určitou citovou vazbu a lékař by ho měl vnímat jako osobnost (Zacharová, 2007).

Dnes se klade důraz na aktivizaci jedince při léčbě. Jedinec by neměl rozhodovat jen o preventivní péči ale i o léčbě a to hlavně u chronických onemocnění. Pacient nesvěří zcela péči lékaři, ale tím, že je speciálně edukován, byl školen, má nacvičené terapeutické výkony a umí kvalifikovaně rozhodovat, tak může samostatně řešit problémy a přitom je pod kontrolou zdravotníků. Je to nový druh partnerství mezi lékařem odborníkem na nemoc a pacientem odborníkem na život s nemocí (Mareš, Hodačová, Býma, 2009).

Tři typy vztahů mezi lékařem a pacientem podle Sasze, Knoffa a Holandra (Bártlová, 2003):

1. Aktivita lékaře a pasivita pacienta.
2. Vedení lékaře k aktivní a účelné spolupráci pacienta na procesu uzdravování, v rámci jeho dovedností a schopností.
3. Vzájemná participace. Lékař je pro pacienta rádce, není na lékaři závislý.

Nemocný vnímá lékaře jako:

- Odborník řešící problémy nemocného, ale jeho rozhodnutí nemusí být příjemná.
- Má k lékaři důvěru (lékař mu chce pomoc), ale i nedůvěru (lékař není zcela otevřený).
- Autoritu, kterou respektuje nebo se proti ní bouří.
- K lékaři uctivě vzhlíží pro jeho schopnosti a vzdělanost.
- Nemocný si k lékaři vytváří citovou vazbu, je rád, že i lékař ho vnímá jako osobnost (Zacharová a kol., 2007).

### 2.7.6 Role sestry

*„Současná společnost vidí základní funkci sestry v tom, že pomáhá zdravému i nemocnému člověku v provádění činnosti týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy to není sám schopen a nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti“ (Zacharová a kol, 2007, s. 62).*

Zásady chování sester jsou obsaženy v etickém kodexu zdravotních sester a ošetrovatelek. Sestra tráví s nemocným více času jak lékař a musí krom profesionální péče poskytnout i emocionální oporu, chápat osobní problémy a vše řešit společně s lékařem. Nemocný chápe sestru, jako někoho o koho se může opřít, kdo mu porozumí, uklidní ho, ale také jako prostředníka mezi ním a lékařem a tedy za člena zdravotnického týmu (Zacharová a kol., 2007).

Zacharová a kol. (2007) uvádí tyto faktory ovlivňující profesní chování sestry:

- Kladné osobnostní vlastnosti.
- Celoživotní odborné vzdělávání.

- Znalost etického kodexu sestry a práva pacientů.
- Prestiž povolání ve společnosti.
- Požadavky pracoviště na kvalitu chování.

Sestra se musí cítit prospěšná, hodnotit se pozitivně (Zacharová a kol., 2007).

### **Produktivní a neproduktivní chování sestry**

Produktivní chování sestry znamená, že chápe chorobu nemocného komplexně. Stará se o biologické, psychické a sociální potřeby a tak zajišťuje kvalitní a bezkonfliktní péči. Produktivním chováním sestra bere na vědomí objektivní stránku nemoci, osobní situaci nemocného a jeho zvláštnosti, jeho prožitky, vliv prostředí, prognóza nemoci, rozhodnutí lékaře o léčbě. Může se vyskytnout i neproduktivní chování, zdravotník má nežádoucí osobnostní rysy a motivaci pro práci, nedostatek znalostí, přetížení, únava. Je to chování nezáměrné a neradi si připouští tento špatný přístup. Za neproduktivní chování bereme sdělování nepravdivých informací, nespolupráce sestry, škodolibost, komandování, vymáhání vděčnosti, snižování úsilí nemocného, uzavřenost, strohost až úřednost, neupřímná lítost. Profesi zdravotníka tedy musí vykonávat osoby empatické, které dokáží pečovat o druhé, jsou tolerantní, spolupráce schopní, adaptabilní, odpovědní, dodržují etiku, mají rádi lidi a jsou sociálně zralé. Dosažení takové profesionality vyžaduje sebevýchovu, zkušenosti a zralost (Zacharová a kol., 2007).

## **2.8 Zdravotník – profesionál v roli pacienta**

Zdravotník zná prostředí nemocnice, výhodou pro něj může být znalost onemocnění, vyšetřovacích metod i léčby. Zároveň to pro něj může být i nevýhodou z důvodu vědomí komplikací a chyb zdravotnického personálu. „*Někdy se stává, že zdravotník není dostatečně poučen, protože jeho kolegové a kolegyně předpokládají, že má dostatek vědomostí o konkrétní situaci a není tedy nutné ho edukovat*“ (Skácelová, 2009, s. 29).

Ve chvíli kdy se zdravotní sestra ocitne v roli pacienta, dostává se do submisivní role, kdy poslouchá rady a od jiné zdravotní sestry a lékaře (Skácelová, 2009).



#### Výhody zdravotníka-pacienta:

- Dobře volit ošetřujícího lékaře.
- Možnost volby vyšetření a znalost jeho okolností.
- Výběr pokoje.
- Volba nemocnice.
- Znalost prostředí nemocnice a jejího provozního řádu.
- „*Vstřícnější přístup ostatních zdravotních sester - kolegyně/ostatních lékařů - kolegů*“ (Skácelová, 2009, s.30).
- Vidí rozpory mezi teorií a praxí.
- Snáze objeví nesprávnou informaci.
- Uvědomění si svých nevhodných výroků vůči pacientovi (Irmiš, 1999).

#### Nevýhody zdravotníka-pacienta:

- Znalost chyb, které se mohou v nemocnici dít (Skácelová, 2009).
- Někteří zdravotníci si myslí, že se zdravotník-pacient nemůže vyjadřovat k jeho léčbě a péči o něj.
- Může se stát, že zdravotníci budou spoléhat na samostatnost zdravotníka-pacienta při vyřizování kolem léčby a vyšetření.
- Časté neúplné vedení dokumentace.
- Zdravotník může být podezírán ze zdůrazňování symptomů.
- Zdravotník-pacient často ví, že lékaři informují pacienty částečně pravdivě a zdravotník-pacient může vědět, kdy je informace neúplně pravdivá.
- Lékaři neradi vyšetřují zdravotníky-pacienty, mají svůj názor na nemoc, čímž se lékař nemusí nechat ovlivnit a tak se může stát, že unikne důležitá informace (Irmiš, 1999).

Zdravotník v roli pacienta čeká ohleduplný a pozorný přístup. Zdravotník zase očekává pochopení případných nedostatků (Irmiš, 1999).

*„Mnohdy si z pozice zdravotníka nepřipouštíme, že právě my bychom se dostali do pozice pacienta. Myslíme si, že je to chyba a že je velmi důležité si tuto skutečnost při každodenní práci uvědomovat, a díky tomu přistupovat ke každému pacientovi, tak jako bychom chtěli, aby se přistupovalo k nám, protože nikdy nevíme, kdy se opravdu do role pacienta dostaneme“ (Skácelová, 2009, s. 32).*

## **2.9 Zdravotnické zařízení**

Onemocnění přináší mnoho omezení, jako jsou: fyzické, psychologické, sociální i finanční. Při hospitalizaci je narušen obvyklý režim života, je závislý, strach, úzkost i bolest. Role pacienta je negativně prožívána. Hospitalizace narušuje soukromí, musí se přizpůsobit režimu a pravidlům, omezení aktivit nemocného a ztrátě kontroly nad událostmi, které se pacienta dotýkají. Prostředí zdravotnického zařízení tvoří stavebně technické zázemí s přístroji a světly a prostředí mezilidsky vztahové. Trendem je, že kde je to možné se používá nábytek hotelového typu místo bílého zdravotnického (Bouček a kol., 2006).

Mezi pacientem v ambulantní a nemocniční péči je řada rozdílů. Pacient do nemocnice většinou přichází na rozhodnutí ošetřujícím lékařem, ke kterému šel dobrovolně. V nemocnici si je vědom závažnosti nemoci a s tím nastává i psychické napětí (Křivohlavý, 2002).

### **2.9.1 Psychologický přístup k pacientům v ambulanci lékaře**

Pacient v ordinaci touží po útěše, radě a pomoci, postěžovat si, zbavit se nejistoty. Lékař nesmí opomenout pacientovy stesky během stanovování diagnózy a léčby. Klesá tím důvěra mezi lékařem a pacientem tak i s trpělivostí (Bouček a kol., 2006).

*„Každý nemocný je jedinečným případem“ (Bouček a kol., 2006, s. 58).*

Je za potřebí dle Boučka a kol. (2006):

- Vytvářet vztah už při vstupním vyšetření, lékař se musí chovat humánně a vstřícně.

- Lékař nejdříve pozná názor pacienta na jeho obtíže.
- Aby lékař porozuměl chorobě, ale i stonání pacienta, tedy jeho subjektivní zkušenosti.
- Otevřenost lékaře k diskusi.
- Empatický přístup k pacientovi a vcítění se do jeho problémů.
- Klidné prostředí pro setkání lékaře a nemocného.
- Komunikační schopnosti lékaře, srozumitelnost, oproštění se od odborné terminologie.

## **2.9.2 Psychologický přístup k hospitalizovaným pacientům**

Na nemocného na lůžkovém oddělení působí mnoho stresorů. Toto prostředí vyvolává nejistotu, obavy a úzkost. Je třeba, aby se na nemocniční prostředí adaptoval. To vše může způsobovat citlivost při komunikaci a zacházení s pacientem. Člověk je v nemocnici objektem odborného zájmu, a proto je často narušena jeho intimita a soukromí. Pro nemocného to není jeho přirozené prostředí a navíc je separován od rodiny. Nemocný plní doporučení, má omezen pohyb, přizpůsobuje se novému režimu. Při dlouhodobé deprivaci z pobytu v nemocnici dochází k hospitalismu, který se může projevit agresí, uzavřeností nebo útekem do fantazie (Bouček a kol. 2006).

## **2.9.3 Hospitalismus**

Hospitalismus vzniká při pobytu nemocného v nemocnici, na základě působení negativních vlivů (Kelnarová, Matějková, 2014).

Kelnarová a Matějková (2014) uvádí příčiny hospitalismu jako: nevhodné chování zdravotníků, nemocniční prostředí, zákaz návštěv, nedostatek pomůcek a personálu, nejasná prognóza, nemocniční režim, dlouhotrvající hospitalizace.

Prevence hospitalismu:

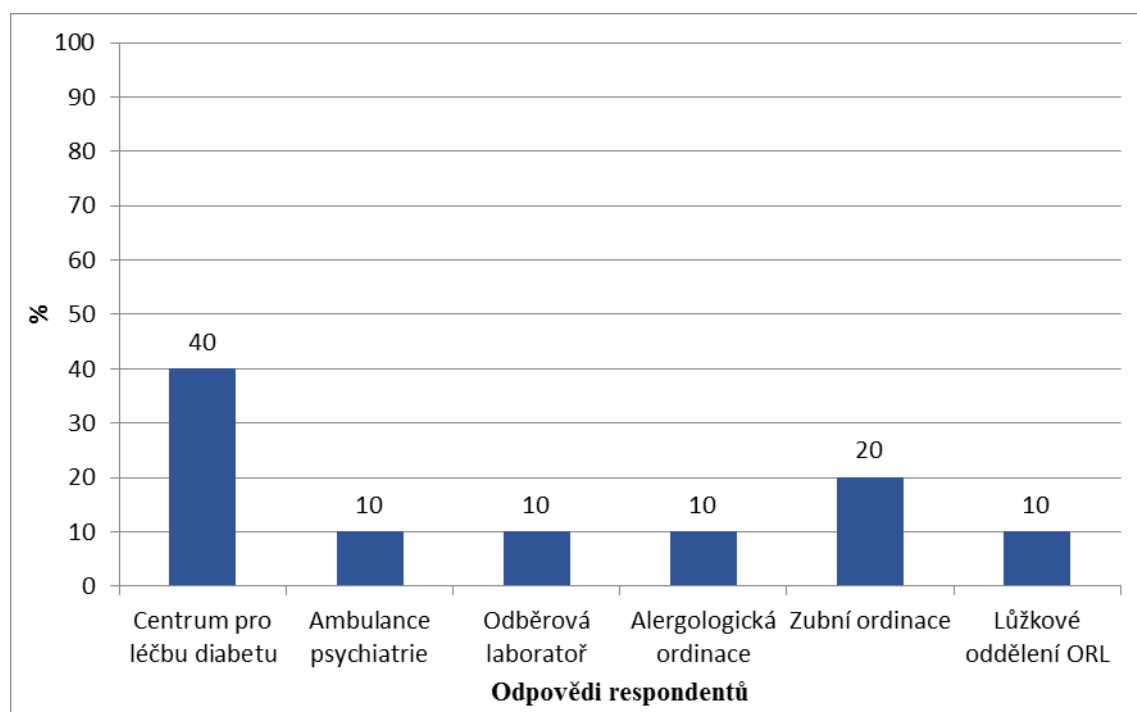
- Při příjmu důkladné seznámení pacienta s nemocničním prostředím a jeho režimem.
- Poskytnutí informací, komunikace s pacientem.

- Častý kontakt s rodinou.
- Respekt soukromí, intimity, studu.
- Vstřícnost k potřebám.
- Fyzická a duševní aktivizace (Bouček a kol., 2006).

### 3 METODIKA PRÁCE

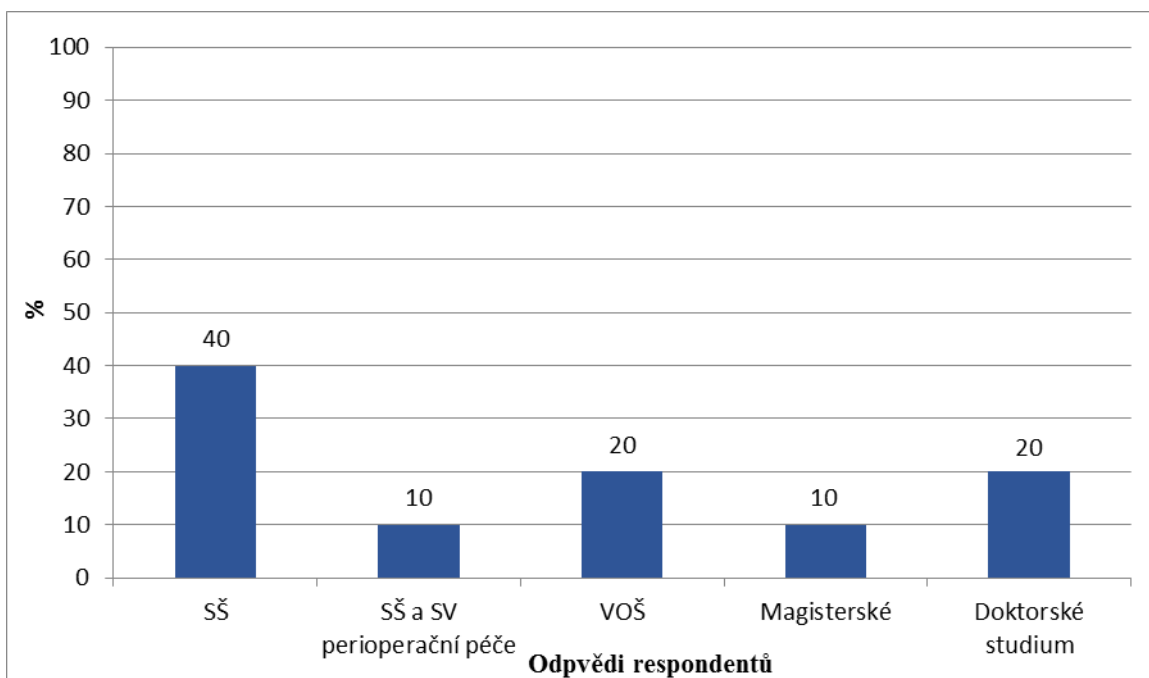
#### 3.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Soubor respondentů se skládal z deseti zdravotníků, respektive sester a lékařů, poskytující zdravotní péči. Podmínkou interview byla nutnost hospitalizace v průběhu zdravotnické praxe.



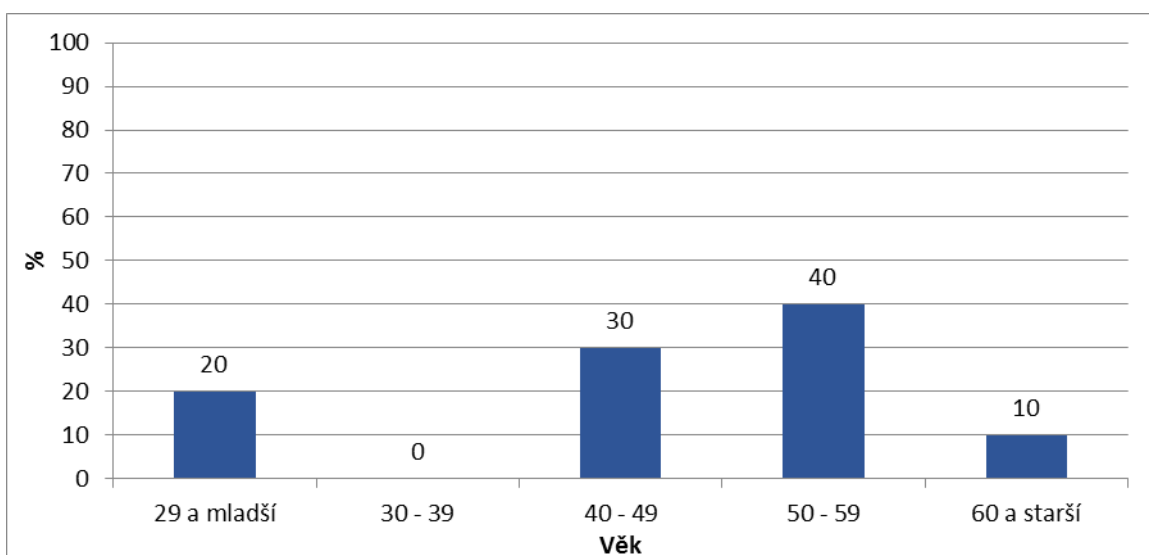
**Graf 1. Výkon praxe respondentů**

Jak uvádí graf 1, z 10 respondentů se interview zúčastnili 4 respondenti (40 %) z centra pro léčbu diabetu, 2 respondenti (20 %) ze zubní ordinace, 1 respondent (10 %) z psychiatrické ambulance, 1 respondent (10 %) z odběrové laboratoře, 1 respondent (10 %) z alergologické ordinace, 1 respondent (10 %) z lůžkového oddělení ORL.



**Graf 2. Dosažené vzdělání respondentů**

Graf 2 znázorňuje, že z 10 respondentů se interview zúčastnili 4 respondenti (40 %) se středoškolským vzděláním, 2 respondenti (20 %) s vyšší odbornou školou, 2 respondenti (20 %) s doktorským studiem, 1 respondent (10 %) se střední školou a specializačním vzděláním v perioperační péči a 1 respondent (10 %) s magisterským studiem.



**Graf 3. Věk respondentů**

Jak znázorňuje graf 3, z 10 respondentů se interview zúčastnili 4 respondenti (40 %) v rozmezí věku 50 – 59 let, 3 respondenti (30 %) ve věku 40 – 49 let, 2 respondenti (20 %) ve věku 29 let a mladší, 1 respondent (10 %) ve věku 60 let a starší.

Mezi respondenty byl jeden muž a devět žen.

## 3.2 Metody práce

Výzkumná část bakalářské práce, je zpracována kvalitativní metodou. „*Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa*“ (Hendl, 2008, s. 63).

Pro zpracování bakalářské práce byla využita metoda strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami (Příloha č. 1). „*Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami sestává z řady pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět. Data z takového interview se snadněji analyzují, protože jednotlivá témata se lehce v přepisu rozhovoru lokalizují*“ (Hendl, 2008, s. 173).

Interview bylo sestaveno z jedenácti položek. Formy položek v interview:

- Otevřené otázky: položky 2, 3, 4, 5, 6, 8
- Uzavřená otázka s více odpověďmi: položka 1
- Číselná škála: položka 7
- Uzavřené otázky s jednou odpovědí: položky 9, 10, 11.

Uzavřené otázky a otázka škálová byly vyhodnoceny do tabulek a grafů. Otevřené otázky byly pro přehlednost vyhodnoceny do tabulek.

## 3.3 Organizace šetření

V předvýzkumu byla úspěšně provedena dvě interview. Následně bylo provedeno dalších deset interview, která probíhala v průběhu měsíců leden a únor 2015. Datum, čas

a místo každého interview bylo pečlivě dohodnuto a přizpůsobeno respondentům. Z důvodu časové vytíženosti zdravotníků a malé ochotě vyplňovat dotazníky byla zvolena tato metoda strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Průměrně rozhovor trval patnáct minut.

### **3.4 Získávání a zpracování dat**

Fixace kvalitativních dat byla písemná do předem připraveného archu s otázkami.

Pro zachycení dat nebyl použit magnetofon, z důvodu odmítnutí pěti respondenty si rozhovor nahrávat. Vyjádřili se, že by měli zbytečný strach, nervozitu a také obavy o další reprodukci nahrávky. Při zápisu dat byli respondenti trpěliví. Zápis jim byl zopakován pro doplnění dat a pro bližší porozumění.

Dále byly z textového materiálu zachyceny pravidelnosti, které se přepsali a následně zpracovali do tabulek a grafů. Získaná data byla uspořádána do tabulek čárkovací metodou s hodnotami absolutní (n) četností a relativní (%) četností. Data jsou pak dále prezentována v sloupcových grafech. Pro vytvoření tabulek a grafů byl použit Microsoft Excel.

Po získání výsledků jsme práci porovnávali s bakalářskou prací Skácelové, Z., 2009, Zdravotník v roli pacienta, bakalářskou prací Maruškové, M., 2012, Zdravotník jako pacient a odborným článkem Irmiše, F., Stres lékaře v roli pacienta z časopisu Stěžeň, 1/1996.

Bibliografické údaje bakalářské práce jsou citovány normou ČSN ISO 690:2011.



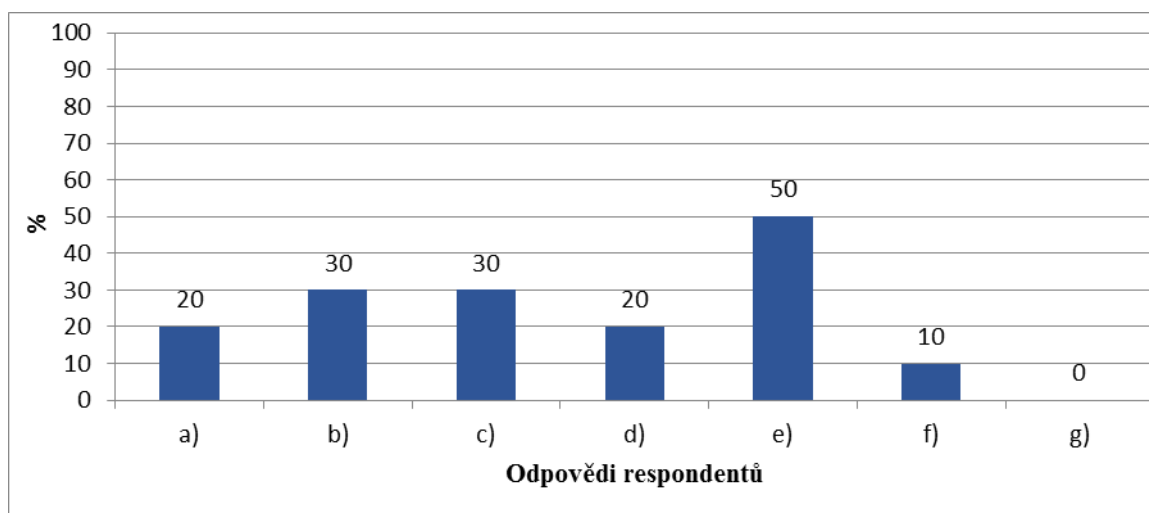
## 4 VÝSLEDKY A DISKUSE

### První položka v interview: Při projevech nemoci:

- a) navštívím praktického lékaře
- b) jdu rovnou za specialistou
- c) navštívím lékaře kolegu
- d) léčím se sám/a pomocí vlastních zdrojů léků
- e) léčím se sám/a alternativně
- f) odkládám návštěvu lékaře, co to jen jde
- g) jiné.....

**Tabulka 1. Chování při projevech nemoci**

Odpovědi	n	%
a)	2	20
b)	3	30
c)	3	30
d)	2	20
e)	5	50
f)	1	10
g)	0	0
Celkem	16	160



**Graf 4. Chování při projevech nemoci**

První položka v interview se zaměřovala na chování respondentů při projevech nemoci. Na tuto položku mohli respondenti vybrat více odpovědí, proto se v tabulce 1 kolonka celkem nerovná počtu respondentů, ale rovná se počtu odpovědí, kterých respondenti na tuto položku poskytnuli.

Tabulka 1 a graf 4 ukazují, že se 5 respondentů (50 %) léčí sami alternativně, 3 respondenti (30 %) jdou rovnou za specialistou, 3 respondenti (30 %) navštíví lékaře kolegu, 2 respondenti (20 %) navštíví praktického lékaře, 2 respondenti (20 %) se léčí sami pomocí vlastních zdrojů léků a 1 respondent (10 %) odkládá návštěvu, co to jen jde.

V této otázce byla kladena doplňující otázka 5 respondentům, kteří se léčí sami alternativně, jakou používají metodu alternativní léčby. 3 respondenti Uvedli akupunkturu, 3 respondenti bylinky, 1 respondent teplo, 1 respondent homeopatii a akupresuru.

## **DISKUSE**

K první položce se vztahuje druhý dílčí úkol, který mapuje, jak zdravotník v roli pacienta vnímá nemoc.

Při projevech nemoci se 50 % respondentů léčí alternativně. Tento výsledek je dán pravděpodobně tím, že v Centru diabetu a obezity, kde bylo interview prováděno, poskytují jako jednu z léčebných metod akupunkturu.

Dále jsme zjistili, že 30 % respondentů léčí lékař kolega a 30 % respondentů jde rovnou za specialistou.

Pro srovnání uvádíme bakalářskou práci Maruškové (2012), Zdravotník jako pacient. V práci uvádí, že při zdravotních obtížích 42% respondentů vyhledala svého lékaře v ordinálních hodinách. 31 % respondentů vyhledala lékaře kolegu nebo přítele. 15 % respondentů by přímo zvolilo specialistu bez doporučení.

Dále se Marušková (2012) dotazovala respondentů, zda při onemocnění, respondenti váhají a návštěvu lékaře odkládají. Spíše souhlasně se vyjádřilo 36 % respondentů a 19 % zcela souhlasně.

## **Druhá položka v interview: Jaké výhody jste vnímal/a v roli pacienta:**

**Tabulka 2. Vnímání výhod v roli pacienta**

Odpovědi	n	%
chápu problematice	7	70
Vím, kam se mohu obrátit/můžu si zvolit lékaře	4	40
nebojím se zeptat	1	10
lepší zacházení od sester	1	10
mám jistotu	1	10
žádné výhody jsem nepocíťoval/a	2	20
znám personál	2	20
vezmou mě do ordinace přednostně	1	10
návštěva kolegyň z jiného odd. než byla hospitalizována	1	10
znám prostředí	2	20
<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>220</b>

Na tuto položku respondenti volně odpovídali, proto se v tabulce 2 kolonka celkem nerovná počtu respondentů, ale rovná se počtu odpovědí.

Tabulka 2 znázorňuje, že nejvíce respondentů 7 (70 %) vnímalo výhodu role pacienta v tom, že porozuměli problematice. Dále 4 respondenti (40 %) vnímají výhodu v tom, že ví kam se obrátit, 2 (20 %) žádné výhody nepocíťují, 2 respondenti (20 %) zná personál, 2 respondenti (20 %) zná prostředí. 1 respondent (10 %) uvedl jako výhodu, že se nebojí zeptat, 1 respondent (10 %) lepší zacházení od sester, 1 respondent (10 %) jistotu,

1 respondent (10 %) vezmou mě přednostně, 1 respondent (10 %) návštěva kolegyně z jiného oddělení než byl hospitalizován.

## **DISKUSE**

K druhé položce se vztahuje první dílčí úkol, zjistit, co zdravotníci považovali za výhody a nevýhody při zdravotní péči o ně samotné.

Z šetření vyplynulo, že 70% respondentů, vnímá jako výhodu v roli pacienta to, že porozuměli problematice. Dále 40% respondentů uvedlo, že ví, kam se mohou obrátit, můžou si zvolit lékaře. Avšak dalších 20% respondentů žádné výhody nepocítuje.

Výsledky této položky jsme porovnávali s výsledky bakalářské práce Skácelové (2009) s názvem Zdravotník v roli pacienta.

Skácelová (2009) ve své práci řeší otázku, zda respondenti očekávali při hospitalizaci výhody plynoucí z jejich profese. 67,5% respondentů neočekávalo při hospitalizaci výhody plynoucí z profese zdravotníka, ale zbylých 32,5% tyto výhody při hospitalizaci očekávalo.

Respondenti jako výhody plynoucí z vlastní profese při hospitalizaci v práci Skácelové (2009) uváděli, že očekávali nejvíce, v 64,1%, vstřícnější přístup personálu, ve 20,5% očekávali nadstandard, v 7,7% přednostní právo a v 7,7% jiné výhody (konkrétně: znalost průběhu vyšetření – žádný strach z neznáma, neopakování základních pravidel, „všichni mě znají“).

Irmiš (1996) v článku Stres lékaře v roli pacienta, časopis Stěžeň (1/1996) uvádí řadu výhod lékaře-pacienta: může si lépe najít svého ošetřujícího lékaře či nemocnici, snadněji se vyhne, ale i dosáhne na vyšetření, může dostat lepší pokoj.

### Třetí položka v interview: Jaké nevýhody jste vnímal/a v roli pacienta:

**Tabulka 3. Nevýhody v roli pacienta**

Odpovědi	n	%
vím co se děje	3	30
znám možné následky (komplikace)	5	50
Žádné, nijak to neprožívám	2	20
nemůžu se o sebe starat sama	1	10
znám přesný postup vyšetření a různých zásahů	1	10
izolace od rodiny	1	10
vyhýbání od personálu	1	10
nebyly poskytnuty některé informace	1	10
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>150</b>

Na tuto položku respondenti volně odpovídali, proto se v tabulce kolonka celkem nerovná počtu respondentů, ale rovná se počtu odpovědí.

Z tabulky 3 vyplývá, že polovina, tedy 5 respondentů (50 %) vnímá nevýhodu znalost možných komplikací, 3 respondenti (30 %) ví co se děje, 2 respondenti (20 %) žádné, nijak to neprožívají, 1 respondent (10 %) nemůže se o sebe starat, 1 respondent (10 %) uvedl za nevýhodu znalost postupů při vyšetření a různých zásahů, 1 respondent (10 %) izolace od rodiny, 1 respondent (10 %) vyhýbání personálu, 1 respondent (10 %) neposkytnutí některých informací.

## **DISKUSE**

K třetí položce se vztahoval první dílčí úkol, zjistit, co zdravotníci považovali za výhody a nevýhody při zdravotní péči o ně samotné.

Z šetření vyplynulo, že nejvíce považují za nevýhodu při zdravotní péči o ně samotné 50 % respondentů znalost možných komplikací. 30 % respondentů za nevýhodu považují to, že ví co se děje, znají postupy vyšetření a ví, jak nemoc probíhá.

Výsledky této položky jsme porovnávali s výsledky bakalářské práce Skácelové (2009) Zdravotník v roli pacienta.

Skácelová v práci uvádí, že 67,5 % respondentů nevnímalo při hospitalizaci nevýhody a naopak 32,5 % respondentů vnímalo nevýhody plynoucí z jejich profese zdravotníka.

Respondenti, kteří vnímali při hospitalizaci nevýhody plynoucí z profese, v 64,1 % za nevýhody považovali vědomí komplikací, které mohou nastat, 17,9 % znalost vyšetření, v 15,4% vědomí chyb, a v 2,6 % nevýhodu jinou (konkrétně: “bylo mi předhazováno, že bych měla vše znát“).

Irmiš (1996) v článku Stres lékaře v roli pacienta, časopis Stěžeň (1/1996) uvádí, že někteří lékaři neradi vyšetřují lékaře-pacienty, protože mají svůj názor na diagnózu. Někdy může nastat unik informací, protože ošetřující lékař příliš nechce poslouchat, aby nebyl ovlivněn. Také lékař-pacient může být podezírán ze zdůrazňování symptomů. Při protekčních konzultacích se nemusí vést přesná dokumentace. Někdy lékaři spoléhají, že si léky a vyšetření vyřídí lékař-pacient sám.

#### Čtvrtá položka v interview: Popište vaše pocity v průběhu hospitalizace:

**Tabulka 4. Pocity respondentů v průběhu hospitalizace**

Odpovědi	n	%
psychická zátěž (stres, děs, úzkost, deprese)	6	60
snažím se zachovat klid	1	10
snaha co nejrychleji si zvyknout	1	10
obavy, že nebudu moci vykonat svou práci a jak dopadne vyšetření	3	30
bral/a jsem to jako skutečnost, byla jsem smířená	2	20
bolest	1	10
neochota od personálu	1	10
strach a zlost, že nemůžu nemoc ovlivnit	1	10
<b>Celkem</b>	<b>16</b>	<b>160</b>

Na tuto položku respondenti volně odpovídali, proto se v tabulce kolonka celkem nerovná počtu respondentů, ale rovná se počtu odpovědí.

Z tabulky 4 plyne, že více jak polovina, tedy 6 respondentů (60 %) pociťovalo psychickou zátěž, 3 respondenti (30 %) pociťovali obavy (nebudou moci vykonávat svou práci či jak dopadne vyšetření) 2 respondenti (20 %) uvedli, že to brali jako skutečnost a se situací byli smíření, 1 respondent (10 %) se snažil zachovat klid, 1 respondent (10 %) snaha si co nejrychleji zvyknout, 1 respondent (10 %) pociťoval bolest, 1 respondent (10 %) cítil neochotu ze strany personálu, 1 respondent (10 %) pociťoval strach a zlost, že nemůže nemoc ovlivnit.

#### **DISKUSE**

K čtvrté položce se vztahoval druhý dílčí úkol, zmapovat, jak zdravotník v roli pacienta vnímá nemoc.

V průběhu hospitalizace 60 % respondentů prožívá psychickou zátěž (stres, děs, úzkost, deprese). 30 % respondentů při rozhovoru uvedli obavy a to nejen jak dopadne vyšetření,

ale také zda budou moci nadále vykonávat svou práci. Avšak 20 % respondentů uvedlo, že bylo se situací smířeno.

**Pátá položka v interview: Popište, jak jste se v době nemoci vyrovnával/a s hospitalizací:**

**Tabulka 5. Vyrovnávání se s hospitalizací**

Odpovědi	n	%
těžce	4	40
narušování soukromí, zbytečná vyšetření, omezený pohyb	1	10
plačtivost	1	10
dobrý kolektiv, rychle jsem si zvykla	1	10
obrana proti hospitalizaci	3	30
snaha pochopit zdravotní sestry a spolupracovat s nimi	1	10
přípravenost	2	20
špatné jídlo	1	10
smíření s nemocí	1	10
zvyk na denní režim a personál	2	20
výčitky vůči sobě	2	20
odpočinek	2	20
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>210</b>

Na tuto položku respondenti volně odpovídali, proto se v tabulce kolonka celkem nerovná počtu respondentů, ale rovná se počtu odpovědí.

Z tabulky 5 vyplývá, že 4 respondenti (40 %) nesli hospitalizaci těžce, 3 respondenti (30 %) se hospitalizaci bránili, 2 respondenti (20 %) si zvykali na denní režim a personál, 2 respondenti (20 %) byli připraveni na hospitalizaci, 2 respondenti (20 %) pocítovali výčitky vůči sobě, 2 respondenti (20 %) si během hospitalizace odpočinuli, 1 respondent (10 %) uvedl narušování soukromí, zbytečná vyšetření, omezení pohybu, 1 respondent (10 %) uvedl plačtivost, 1 respondent (10 %) dobrý kolektiv, rychle jsem si zvykla, 1 respondent (10 %) snaha pochopit zdravotní sestry a spolupracovat s nimi, 1 respondent



(10 %) se špatně vyrovnával s hospitalizací kvůli špatnému jídlu, 1 respondent (10 %) byl s nemocí smířen.

## DISKUSE

K páté položce se vztahoval třetí dílčí úkol, popsat prožívání zdravotníků při hospitalizaci.

Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů, to je 40 %, se v době nemoci těžce vyrovnává s hospitalizací, 30 % respondentů se hospitalizaci bránilo. 20 % respondentů bylo však na hospitalizaci dobře připraveno. Ale i 20 % respondentů mělo výčitky vůči sobě, že k hospitalizaci nemuselo dojít. Dokonce 20 % respondentů si při hospitalizaci odpočinulo.

**Šestá položka v interview: Popište, jak jste vnímal/a změnu role ze zdravotníka a pacienta:**

**Tabulak 6. Vnímání změny role**

Odpovědi	n	%
bezmoc/bezbrannost	4	40
smířenost	1	10
chovala jsem se jako laik	2	20
vděčnost za každé dobré slovo	1	10
vycházet vstříc	1	10
nervózní, snaha o pochopení situace	1	10
víc jsem si uvědomila roli pacienty	1	10
nijak jsem to neprožívala	1	10
postupné zvykání a uvědomování výhod mého postavení	1	10
<b>Celkem</b>	<b>13</b>	<b>130</b>

Na tuto položku respondenti volně odpovídali, proto se v tabulce kolonka celkem nerovná počtu respondentů, ale rovná se počtu odpovědí.

Z tabulky 6 vyplývá, že 4 respondenti (40 %) cítilo v roli nemocného bezbrannost, bezmocnost, 2 respondenti (20 %) se v roli nemocného chovali jako laici, 1 respondent (10 %) byl se změnou smířený, 1 respondent (10 %) byl vděčný za každé dobré slovo, 1 respondent (10 %) se snažil vycházet vstříc, 1 respondent (10 %) byl nervózní, snaha o pochopení a vnímání situace, 1 respondent (10 %) více si uvědomil roli pacienta, 1 respondent (10 %) nijak změnu neprožíval, 1 respondent (10 %) postupně na situaci zvykal a uvědomoval si výhody jeho postavení.

## **DISKUSE**

K šesté položce se vztahoval druhý dílčí úkol, zmapovat, jak zdravotník v roli pacienta vnímá nemoc.

Změnu role v nemoci 40% respondentů vnímalo jako bezmoc a bezradnost. 20 % respondentů uvedlo, že se chovali jako laici.

Pro srovnání uvádíme bakalářskou práci Maruškové, M., 2012, Zdravotník jako pacient. V práci zjišťovala pocity a reakce na změnu role respondentů, kteří byli hospitalizováni.

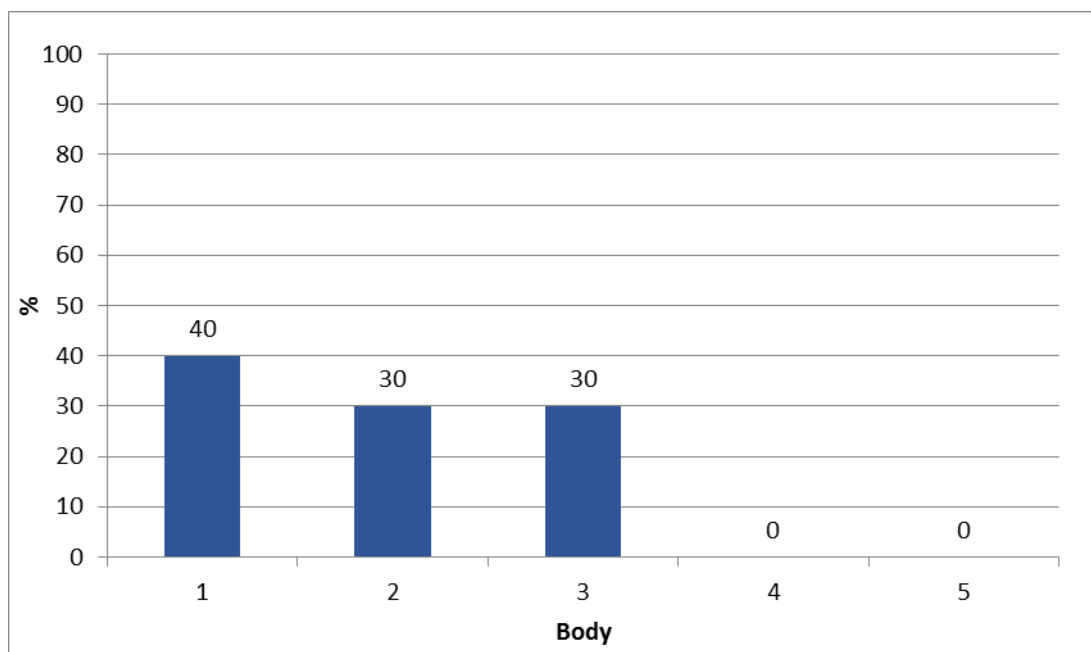
50 % respondentů se na roli pacienta bez problémů adaptovalo. 18 % respondentů udalo potíže s adaptací na roli pacienta. 8 % respondentů uvedlo, že roli pacienta neslo těžce.

Dané rozdíly ve výzkumných částech prací pravděpodobně nastali technikou sběru dat, při rozhovoru se dané téma mohlo rozvést a respondent se více rozpomněl.

**Sedmá položka v interview: Obodujte na škále od 1 do 5, jak jste byl/a spokojena se zdravotní péčí.**

**Tabulka 7. Bodování spokojenosti se zdravotní péčí**

Odpovědi	n	%
1 – výborná	4	40
2 – chvalitebná	3	30
3 – dobrá	3	30
4 – prospěšná	0	0
5 – neprospěšná	0	0
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100</b>



**Graf 5. Bodování spokojenosti se zdravotní péčí**

Z grafu 5. vyplývá, že z 10 respondentů, 4 respondenti (40 %) hodnotili spokojenost se zdravotní péčí na výbornou. 3 respondenti (30 %) hodnotili známkou chvalitebně a 3 respondenti (30 %) hodnotili známkou dobře.

## DISKUSE

K sedmé položce se vztahoval třetí dílčí úkol, popsat prožívání zdravotníků při hospitalizaci.

Spokojenost respondentů se zdravotní péčí je více než uspokojivá. 40% respondentů ohodnotilo péči výborně, 30% respondentů ohodnotilo chvalitebně a 30% respondentů dobře.

V bakalářské práci Skácelové (2009) Zdravotník v roli pacienta, bylo spokojenost s přístupem zdravotnického personálu 40,8 % respondentů, 33,4 % respondentů nespokojeno, 20,8 % respondentů velmi spokojeno, 4,2 % respondentů neví a 0,8 % respondentů velmi nespokojeno.

Na podotázku v práci Skácelové (2009) u této položky odpovídalo 41 respondentů nespokojených s přístupem zdravotnického personálu. 61 % navrhuje změnu komunikace s pacientem, 34,1 % vyšší informovanost pacientů a 4,9 % navrhovali vyšší odbornost při provádění úkonů. Dále bylo 53,0 % respondentů nespokojeno s nedostatkem soukromí a 21,2 % s přístupem zdravotnického personálu. 10,6 % respondentů bylo nespokojeno s informovaností, u 4,6 % ošetrovatelskou péčí a u 10,6% jiné (konkrétně: strava; nedostatek aktivity; režim dne - brzké probouzení; strach a smutek; chování sanitárek; žádné klepání na dveře před vstupem do pokoje a hlasité bouchání dveřmi; jednání s lékařem).

**Osmá položka v interview: Jaké pozitivní či negativní změny se staly ve vaší profesi po hospitalizaci:**

**Tabulka 8. Pozitivní či negativní změny v profesi**

Odpovědi	n	%
pozitivní	9	90
negativní	0	0
žádné	1	10
Celkem	10	100

V této položce bylo z doslovných odpovědí respondentů vyhodnoceno, zda šlo o pozitivní, či negativní změny.

Z tabulky 8 vyplývá, že u 9 z 10 respondentů (90 %) nastali po hospitalizaci pozitivní změny. Pouze jeden respondent (10 %) uvedl, že žádné změny nenastaly.

## DISKUSE

K osmé položce se vztahoval třetí dílčí úkol, popsat prožívání zdravotníků při hospitalizaci.

90 % respondentů v interview uvedlo, že po hospitalizaci v jejich profesi nastali pozitivní změny. Pouze jedna respondentka (10 %) uvedla, že žádné změny hospitalizací nenastaly, vždy k pacientům přistupovala slušně.

S bakalářskou prací Skácelové (2009) Zdravotník v roli pacienta, srovnáváme otázku, zda ovlivnila hospitalizace práci respondentů.

Z šetření Skácelové vyplývá, že 65,8 % respondentů hospitalizace v jejich další práci neovlivnila a naopak 34,2 % respondentů hospitalizace jejich práci ovlivnila.

Irmiš (1996) v článku Stres lékaře v roli pacienta, časopis Stěžeň (1/1996) uvádí:

*„Lékaře-pacienta se přímo dotýká a uvědomuje si nevhodnost výroků, které někdy i třeba sám u svých pacientů použil. Patří sem například při negativním laboratorním nálezu: „Proč by Vám mělo být špatně?“ (a pacient sotva chodí), „To nic není, nesmíte na to myslet“ (a depresivní pacient se pokusí o suicidium), anebo: „Když Vás to bolí, alespoň víte, že žijete“ (pacient se má radovat), nebo: „Je to psychosomatického původu, to nepotřebuje léčbu“ (tak to už je mně lépe). Lékař by měl mít zpětnou vazbu o subjektivním stavu, který u pacienta vyvolá. Jsou jistě velké individuální rozdíly v reakci na různé výroky, které se předem nedají vždy odhadnout.“*

### Devátá položka v interview: Léčebná režim jste:

- a) Dodržoval/a
- b) Nedodržoval/a

**Tabulka 9. Dodržování léčebného režimu**

Odpovědi	n	%
Dodržoval/a	9	90
Nedodržoval/a	1	10
Celkem	10	100

Z tabulky 9 vyplývá, že 9 z 10 respondentů (90 %) dodržovali léčebný režim. Pouze jeden respondent (10 %) uvedl, že léčebný režim nedodržoval. Na doplňující otázku proč režim nedodržoval, respondent odpověděl: „Vadí mi nemocniční dril a nerad ležím.“

### **DISKUSE**

K deváté položce se vztahoval druhý dílčí úkol, zmapovat, jak zdravotník v roli pacienta vnímá nemoc.

Zajímavostí je, že 90 % respondentů, v tomto případě žen, dodržovali léčebný režim. Pouze 10 % respondentů, jediný muž v šetření, léčebný režim nedodržoval.

S bakalářskou prací Skácelové (2009) Zdravotník v roli pacienta srovnáváme otázku, zda respondenti během hospitalizace porušili režim nebo doporučení personálu.

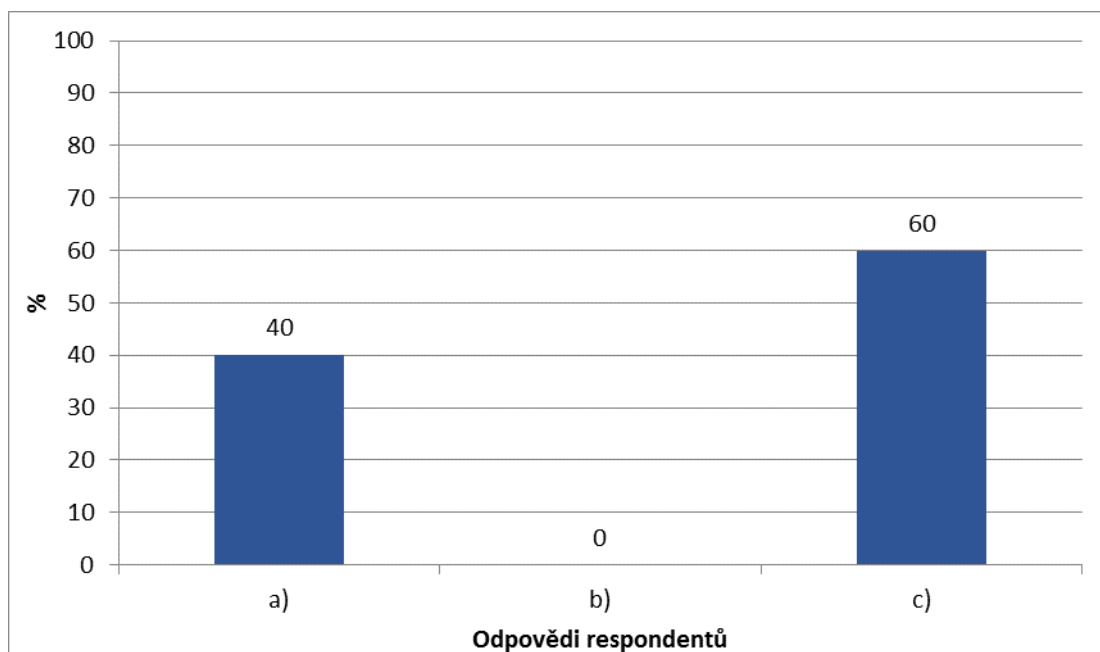
Skácelová (2009) uvádí, že 83 % respondentů během hospitalizace neporušila režim nebo doporučení zdravotnického personálu a naopak 16,7% respondentů režim nebo doporučení porušilo. Na podotázku odpovědělo 20 respondentů, kteří během hospitalizace porušili režim nebo doporučení personálu. 75 % respondentů porušilo pohybový režim, 10,0 % respondentů porušilo dietní režim, 10,0 % respondentů kouřilo a 5,0 % respondentů jiné (konkrétně: „používala jsem šidítka - dudlík“ - uvedla zdravotní sestra hospitalizovaná se svým dítětem).

**Desátá položka v interview: Zasahoval/a jste při své hospitalizaci do péče či rozhodování lékařů o sebe nebo spolupacienta:**

- a) ano, vědomě
- b) ano, nevědomě
- c) ne

**Tabulka 10. Zasahování do péče či rozhodování lékařů při hospitalizace**

Odpovědi	n	%
a)	4	40
b)	0	0
c)	6	60
Celkem	10	100



**Graf 6. Zasahování do péče či rozhodování lékařů při hospitalizace**

Z tabulky 10 a grafu 6 vyplývá, že Více jak polovina, tedy 6 respondentů (60 %) nezasahovali při své hospitalizaci do lékařské péče, 4 respondenti (40 %) naopak do péče zasahovali vědomě.

## DISKUSE

K desáté položce se vztahoval třetí dílčí úkol, popsat prožívání zdravotníků při hospitalizaci.

Z šetření bylo zjištěno, že 60 % respondentů nezasahovalo do péče či rozhodování lékařů a 40% respondentů naopak zasahovalo vědomě. Žádný respondent neuvedl, že by zasahoval do péče nevědomě.

Zatímco v šetření bakalářské práce Skácelové (2009) odpovědělo, že 76,6 % respondentů v průběhu hospitalizace nezasahovalo do ošetrovatelské péče nebo rozhodování lékařů. 16,7 % respondentů zasahovalo do ošetrovatelské péče nebo rozhodování lékařů vědomě a 6,7 % respondentů zasahovalo nevědomě.

Pravděpodobně je rozdíl daný tím, že při interview byl čas rozebrat chování respondentů při hospitalizaci a tak vznikla menší pravděpodobnost uvedení nesprávného údaje.

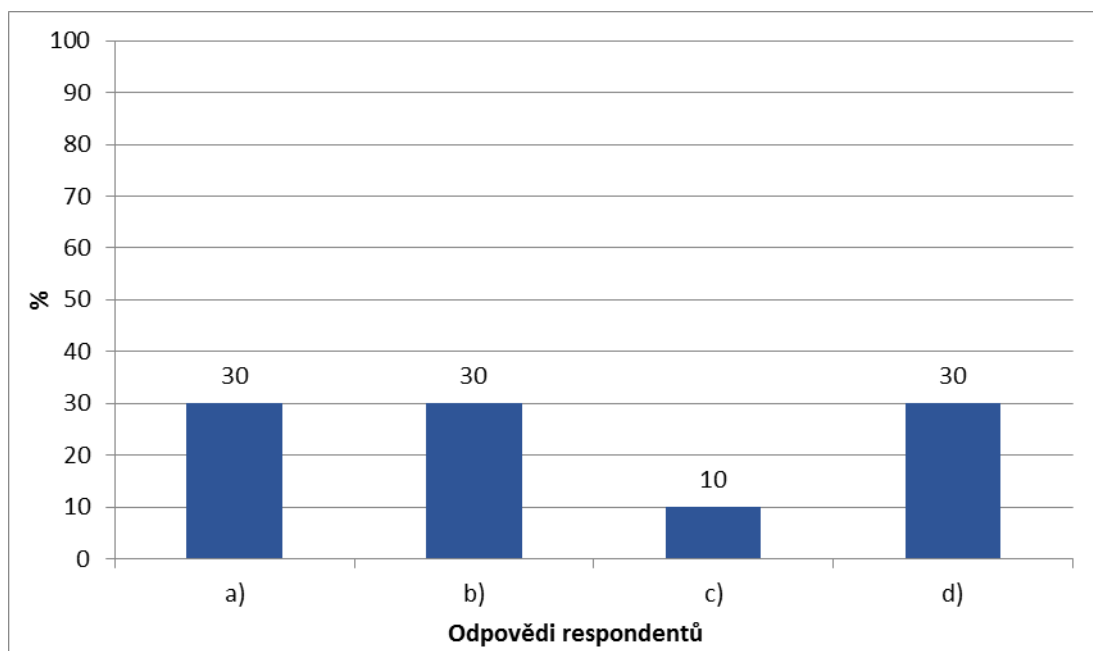
### **Jedenáctá položka v interview: Jak probíhala edukace ze strany zdravotnického personálu:**

- a) podali mi kompletní informace jako každému jinému pacientovi
- b) podali mi kompletní informace s přihlédnutím na mé znalosti
- c) podali mi nekompletní informace bez přihlédnutí na mé znalosti
- d) nic mi nevysvětlili, protože předpokládali, že to znám

**Tabulka 11. Edukace ze strany zdravotnického personálu**

Odpovědi	n	%
a)	3	30
b)	3	30
c)	1	10
d)	3	30
Celkem	10	100





**Graf 7. Edukace ze strany zdravotnického personálu**

Z tabulky 11 a grafu 7 vyplývá, že 3 respondentům (30 %) z 10 byli podány kompletní informace jako každému jinému pacientovi. 3 respondentům (30 %) z 10 byli podány kompletní informace s přihlédnutím na znalosti. 3 respondentům (30 %) z 10 nic vysvětleno nebylo, protože předpokládali, že to znají. 1 respondent (10 %) dostal nekompletní informace bez přihlédnutí na znalosti.

## **DISKUSE**

K jedenácté položce se vztahoval dílčí úkol 3 popsat prožívání zdravotníků při hospitalizaci.

Na otázku „Jak probíhala edukace ze strany zdravotnického personálu“ 30 % respondentů uvedlo, že dostali kompletní informace, jako podávali každému jinému pacientovi. 30 % respondentů uvedlo, že jim byli podány kompletní informace s přihlédnutím na jejich znalosti. Ale 30% respondentů žádné informace nedostalo. Dále 10% respondentů dostalo nekompletní informace bez přihlédnutí k jejich znalostem.

Šetření bakalářské práce Skácelové (2009) v tomto ohledu dopadlo daleko lépe. V bakalářské práci uvádí, že kompletní informace dostalo 34,2 % respondentů, což je srovnatelné s našim šetřením. 42 % respondentů dostalo komplexní informace s přihlédnutím na znalosti. 8,3 % respondentů dostalo nekomplexní informace bez přihlédnutí na jejich znalosti a 15 % žádné informace nedostalo.

Obě šetření jsou si velmi blízká. Rozdíl v práci pravděpodobně dělají techniky sběru dat. Dotazníkovou formou musíme spoléhat na správnost dat uvedených respondenty. Kdežto při interview si dané informace můžeme ihned ověřit a dané téma prohloubit.

Irmiš (1996) v článku Stres lékaře v roli pacienta, časopis Stěžeň (1/1996) uvádí:

*„Lékař-pacient ví, stejně jako běžný pacient, že lékaři někdy informují pacienty pouze částečně pravdivě, a oproti běžnému pacientovi může vědět, kde je informování zjevně nesprávné. Pacient si dobře pamatuje, co lékař řekl, což neplatí o ošetřujícím lékaři, který může časem říkat různé názory, stejně jako zapomene, co mu říkal pacient o nemoci před půl rokem. Není jiné cesty, než se snažit pacienta co nejpravdivěji informovat, i když pochopitelně záleží na tom jak a kdy. Pacient, je-li zdravotník, očekává spíše ohleduplnější a pozornější přístup, zatímco ošetřující lékař očekává pochopení pro případné nedostatky v léčbě v složitějších případech. Lékař-pacient je o to více překvapen a stresován, když k němu kolegové přistupují pouze jednostranně a dominantně. Šum v komunikaci i léčbě, neinformovanost o pacientovi, neznalost a zjednodušené podceňování psychických reakcí, které pacienta stresují, je stále velké.“*

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na zdravotníka – profesionála v roli pacienta. Hlavním cílem práce bylo zmapovat, jaký postoj a prožívání zastávali zdravotníci v roli pacienta a zda to mělo vliv na další práci s nemocnými.

V první části výzkumu byl stanoven sledovaný soubor. Tento soubor se skládal ze skupiny deseti zdravotníků, kteří během své kariéry byli hospitalizovaní. S těmito respondenty bylo provedeno strukturované interview s otevřenými otázkami. To se skládalo z jedenácti položek. Respondenti byli velmi ochotní podělit se o své zkušenosti z nepříjemných chvil strávených v nemocnici jako pacient, ne jako pomáhající osoba.

Strukturovaným interview jsme v praktické části zjišťovali dílčí úkoly. První dílčí úkol zkoumal, co zdravotníci považují za výhody a nevýhody při zdravotní péči o ně samotné. Druhým dílčím úkolem jsme mapovaly, jak zdravotník v roli pacienta vnímá nemoc. Třetí dílčí úkol popisoval prožívání zdravotníků při hospitalizaci.

V šetření bylo zjištěno, že 50% respondentů z řad zdravotníků se při projevech nemoci léčí spíše alternativně. Pouze 10 % z dotázaných respondentů uvedlo, že odkládá návštěvu lékaře, jak je to jen možné. Z výsledku můžeme předpokládat, že se zdravotníci raději léčí alternativně, než aby péči o sebe zanedbali.

Za výhody v roli pacienta respondenti uvedli, že 70 % chápe problematiku a 40 % ví, kam se můžou obrátit, či jakého lékaře si zvolit. Naopak za nevýhody zdravotníka v roli pacienta uvedlo 50 % respondentů, že znají možné komplikace, 30 % respondentů uvedlo, že ví co se děje.

Dotázaných 40 % respondentů zdravotníků dále uvedlo, že při změně role ze zdravotníka na pacienta se cítí bezmocně a bezradně. Přesto mají mnohem více výhod než laici, kteří neznají prostředí a režim nemocnice tak dobře jako oni, a nemají takové možnosti na koho se obrátit o pomoc či radu.

40 % respondentů hodnotilo zdravotní péči při jejich hospitalizaci výborně, 30 % chvalitebně a 30 % dobře. Z výzkumu vyplynulo, že nikdo z respondentů nebyl nespokojen s péčí o jejich osobu.

Dále u 90 % respondentů nastaly po hospitalizaci pozitivní změny v jejich profesi. Respondenti uváděli, že se díky tomu umí více do role pacienta vžít.

Z výzkumu bylo zjištěno, že 60 % respondentů do rozhodování lékařů při hospitalizaci nezasahovalo. Pravděpodobně je výsledek dán tím, že respondenti byli se zdravotní péčí spokojeni a také, že si mohli vybrat ošetřujícího lékaře přítele či kolegu.

Všechny dílčí úkoly bakalářské práce byly splněny a tím se naplnil i hlavní cíl práce.

Doufáme, že výsledky práce poslouží zdravotníkům, ale i studentům studující zdravotnické obory pro zamyšlení nad touto opomíjenou problematikou a zkusí se na chvíli vžít z role zdravotníka do té druhé, méně oblíbené role pacienta.

## SOUHRN

Bakalářská práce je zaměřena na zdravotníka – profesionála v roli pacienta.

V teoretické části bakalářské práce jsou vymezeny pojmy zdraví, nemoc, postoj a prožívání nemoci, omezení životních potřeb a soukromí člověka, změny v prožívání a chování během nemoci, bolest, strach a úzkost. Dále jsou uvedeny role zdravotníka a pacienta.

Soubor respondentů se skládal z deseti zdravotníků poskytující zdravotní péči. S těmito respondenty bylo provedeno strukturované interview s otevřenými otázkami, jehož podmínkou byla nutnost hospitalizace v průběhu zdravotnické praxe. Interview se skládalo z jedenácti položek.

Strukturovaným interview jsme v praktické části zjišťovali, co zdravotníci považují za výhody a nevýhody při zdravotní péči o ně samotné. Mapovaly jsme, jak zdravotník v roli pacienta vnímá nemoc. Popisovali prožívání zdravotníků při hospitalizaci.

V šetření bylo zjištěno, že se respondenti z řad zdravotníků léčí spíše alternativně.

Jako výhody v roli pacienta respondenti uvedli porozumění problematice a vědění kam se můžou obrátit, či jakého lékaře si zvolit. Naopak za nevýhody zdravotníka v roli pacienta uvedli respondenti, že znají možné komplikace a ví co se děje.

Respondenti dále uvedli, že při změně role ze zdravotníka na pacienta se cítí bezmocně a bezradně i když mají více výhod než laická veřejnost.

Z výzkumu vyplynulo, že nikdo z respondentů nebyl nespokojen s péčí o jejich osobu.

U většiny respondentů nastali po hospitalizaci pozitivní změny. Respondenti uváděli na základě jejich dosavadních zkušeností, schopnost se více vcítit do role pacienta.

## **SUMMARY**

The thesis is focused on a medic – as a professional in role of patient. In the theoretical part we can find terms such as health, disease, pose and live through the disease, limit health accessories and privacy of human, changes during disease, pain, fear and anxiety. Next I mention roles of a medic and a patient.

We have chosen ten respondents who provide health care. We did a structure interview with them which includes ten open questiones. The only consequence to provide the interview is their hospitalization during their practice.

By the structure interview we tried to find out the main advantages and disadvantages during health care about themselves. Also we tried to find out how the medic in a role of patient feels disease.

In the research we have found that respondents cure rather in the alternative way.

The main advantages in the role of patient are understanding of health condition, they know where to go and which specialist can choose. But on the other hand the main disadvantage is considered to be knowledge about possible complications.

Respondents also mentione that during hospitalization they feel helplessly and defenseless in spite of the fact that they have more advantages than laymans.

The research has shown that every respondents were satisfied with the care of themselves during their hospitalization.

After hospitalization come positive changes and respondents are more able to empathize with the role of patient.

## REFERENČNÍ SEZNAM

1. BÁRTLOVÁ, S. 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
2. BOUČEK, J. a kol. 2006. *Lékařská psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 141 s. ISBN 80-244-1501-1.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
4. HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
5. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. 2003. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
6. KELNAROVÁ, J. a E. MATĚJKOVÁ. 2014. *Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
7. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
9. KUTNOHORSKÁ, J., M. CICHÁ, a R. GOLDMANN. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
10. MAREŠ, J., L. HODAČOVÁ, a S. BÝMA. 2009. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství I*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 206 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1622-3.
11. MARUŠKOVÁ, M. 2012. *Zdravotník jako pacient: bakalářská práce*. Hradec Králové: Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. 112 s., 100 příl. Vedoucí bakalářské práce Jaroslava Pečenková.
12. MELLANOVÁ, A., V. ČECHOVÁ, a M. ROZSYPALOVÁ. 2014. *Speciální psychologie*. 5., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 140 s. ISBN 978-80-7013-559-4.

13. *Ministerstvo práce a sociálních věcí: Práva pacientů ČR.* [online]. [cit. 2014-12-18]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>
14. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* 1. vyd. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
15. MÜLLEROVÁ, L. 2007. *Zdravotnická psychologie: modul Ošetřovatelství.* Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, Ústav zdravotnických studií. 117 s. ISBN 978-80-7044-889-2.
16. RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
17. SKÁCELOVÁ, Z. 2009. *Zdravotník v roli pacienta: bakalářská práce.* Zlín: Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. 96 s., 71 příl. Vedoucí bakalářské práce Anna Krátká.
18. *Stres lékaře v roli pacienta.* [online]. [cit. 2014-12-18]. Dostupné z: [http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1996/01/1996\\_1\\_13.html](http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1996/01/1996_1_13.html)
19. VOKURKA, M. 1994. *Praktický slovník medicíny: 4000 lék. termínů se srozumitelným výkladem.* 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf. 360 s. ISBN 80-85800-22-5.
20. VURM, V. a kol. 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví.* Praha: Triton. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
21. VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie.* 3., aktualiz. vyd., Praha: Portál. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
22. ZACHAROVÁ, E. a J. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. 2007. *Psychologie pro zdravotnické obory: vybrané kapitoly.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 191 s. ISBN 978-80-7368-334-4.
23. ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ, a J. ŠRÁMKOVÁ. 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení.* Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1. Chování při projevech nemoci

Tabulka 2. Vnímání výhod v roli pacienta

Tabulka 3. Nevýhody v roli pacienta

Tabulka 4. Pocity respondentů v průběhu hospitalizace

Tabulka 5. Vyrovnávání se s hospitalizací

Tabulka 6. Vnímání změny role

Tabulka 7. Bodování spokojenosti se zdravotní péčí

Tabulka 8. Pozitivní či negativní změny v profesi

Tabulka 9. Dodržování léčebného režimu

Tabulka 10. Zasahování do péče či rozhodování lékaře při hospitalizace

Tabulka 11. Edukace ze strany zdravotnického personálu

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Výkon praxe respondentů

Graf 2. Dosažené vzdělání respondentů

Graf 3. Věk respondentů

Graf 4. Chování při projevech nemoci

Graf 5. Bodování spokojenosti se zdravotní péčí

Graf 6. Zasahování do péče či rozhodování lékaře při hospitalizace

Graf 7. Edukace ze strany zdravotnického personálu

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1. Strukturované interview s otevřenými otázkami

Příloha 2. Etický kodex Práv pacientů

# PŘÍLOHY

## Příloha 1. Strukturované interview s otevřenými otázkami

Dobrý den,

jmenuji se Eliška Rokytová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Sociálně zdravotní práce se zaměřením na vzdělávání na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma Zdravotník – profesionál v roli pacienta. Žádám o spolupráci při interview, hlavně Vás, kteří jste byli v průběhu zdravotnické praxe hospitalizováni. Při prezentaci výsledků bude zachována anonymita.

Mnohokrát děkuji za ochotu spolupracovat.

Kde vykonáváte praxi?

Vaše doposud nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Střední škola
- b) Vyšší odborná škola
- c) Bakalářské studium
- d) Magisterské studium
- e) Doktorské studium
- f) Jiné: (uveďte jaké)

1. Při projevech nemoci:

- h) navštívím praktického lékaře
- i) jdu rovnou za specialistou
- j) navštívím lékaře kolegu
- k) léčím se sám/a pomocí vlastních zdrojů léků
- l) léčím se sám/a alternativně
- m) odkládám návštěvu lékaře, co to jen jde
- n) jiné.....

2. Jaké výhody jste vnímal/a v roli pacienta?

3. Jaké nevýhody jste vnímal/a v roli pacienta?

4. Popište Vaše pocity v průběhu hospitalizace.

5. Popište, jak jste se v době nemoci vyrovnával/a s hospitalizací.
6. Popište, jak jste vnímal/a změnu role ze zdravotníka na pacienta.
7. Obodujte na škále od 1 do 5, jak jste byl/a spokojena se zdravotní péčí.  
(1 = výborná, 5 = neprospěšná)
8. Jaké pozitivní či negativní změny se staly ve vaší profesi po hospitalizaci?
9. Léčebný režim jste:
  - c) Dodržoval/a
  - d) Nedodržoval/a
10. Zasahoval/a jste při své hospitalizaci do péče či rozhodování lékařů u sebe nebo spolupacienta?
  - d) ano, vědomě
  - e) ano, nevědomě
  - f) ne
11. Jak probíhala edukace ze strany zdravotnického personálu?
  - a) podali mi kompletní informace jako každému jinému pacientovi
  - b) podali mi kompletní informace s přihlédnutím na mé znalosti
  - c) podali mi nekompletní informace bez přihlédnutí na mé znalosti
  - d) nic mi nevysvětlili, protože předpokládali, že to znám

Vaše pohlaví:

Váš věk:

## Příloha 2. Etický kodex Práv pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání

a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

Zdroj: *Ministerstvo práce a sociálních věcí: Práva pacientů ČR.* [online]. [cit. 2014-12-18].

Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Eliška Rokytová
<b>Katedra:</b>	Antropologie a zdravotvědy
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2015

<b>Název práce:</b>	Zdravotník – profesionál v roli pacienta
<b>Název v angličtině:</b>	A medic – profesional in role of patient
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je zaměřena na problematiku zdravotníka – profesionála v roli pacienta. Pro výzkum byla použita metoda strukturovaného interview s otevřenými otázkami, jehož podmínkou byla nutnost hospitalizace v průběhu zdravotnické praxe. Šetřením bylo zjištěno, že se respondenti léčí spíše alternativně, při změně role se cítí bezmocně a bezbranně a nikdo z respondentů nebyl s péčí o jeho osobu nespokojen.
<b>Klíčová slova:</b>	Zdravotník, pacient, nemoc, péče, prožívání, hospitalizace
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis deals with a medic – profesional in role of patient. For research is used a structured interview with open questions whose condition was the need for hospitalization in the course of medical practice. Be the research we found out that respondents cure rather in anlternative way. During change of the role they feel helpless and defenseless and all of respondents were satisfied with the care of themselves.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Medic, patient, diseases, care, experience, hospitalization
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha 1. Strukturované interview s otevřenými otázkami Příloha 2. Etický kodex Práv pacientů
<b>Rozsah práce:</b>	59 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk