



Zdravotnický záchranář v roli pacienta

Bakalářská práce

Studijní program:

B5345 Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor:

Zdravotnický záchranář

Autor práce:

Lucie Ondráčková

Vedoucí práce:

Mgr. Zuzana Paukertová

Fakulta zdravotnických studií





Zadání bakalářské práce

Zdravotnický záchranář v roli pacienta

Jméno a příjmení: **Lucie Ondráčková**
Osobní číslo: D18000146
Studijní program: B5345 Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Zdravotnický záchranář
Zadávající katedra: Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2020/2021**

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

1. Zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta se všeobecnými sestrami.
2. Zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s lékaři.
3. Zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s dalším personálem.
4. Zjistit problémové oblasti zdravotnických záchranářů v roli pacienta, se kterými se setkávali při poskytování péče.
5. Zjistit doporučení zdravotnických záchranářů v roli pacienta pro poskytování péče.

Teoretická východiska (včetně výstupu z bakalářské práce):

Zdravotní péčí se rozumí prevence, ošetřování a zvládnání chorob a ochrana duševního a fyzického zdraví využitím služeb zdravotního, ošetřujícího a pomocného personálu. Aby byla zdravotní péče prováděna co nejkvalitněji, musí se provádět co nejlépe a bez chyb. Cílem této práce je zjistit problémové oblasti a kvalitu v rámci poskytování zdravotní péče. Výstupem bakalářské práce bude vytvoření článku připraveného k publikaci v odborném periodiku.

Výzkumné otázky:

1. Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta se všeobecnými sestrami?
2. Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s lékaři?
3. Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s dalším personálem?
4. Jaké jsou problémové oblasti zdravotnických záchranářů v roli pacienta, se kterými se setkávali při poskytování péče?
5. Jaká jsou doporučení zdravotnických záchranářů v roli pacienta pro poskytování péče?

Metoda:

Kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Polostrukturovaný rozhovor, rozhovory budou nahrány na diktafon, následně přepsány do programu Microsoft Office Word.

Místo a čas realizace výzkumu:

Vybraná zdravotnická záchranná služba, leden 2021 až březen 2021.

Vzorek:

Respondenti: Zdravotničtí záchranáři, kteří byli během posledního roku hospitalizováni po dobu nejméně 3 dnů.

Rozsah práce:

Rozsah bakalářské práce činí 50-70 stran (tzn. 1/3 teoretická část, 2/3 výzkumná část)

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

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

- BRABCOVÁ, Iva. 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-604-3.
- DINGOVÁ, Š. M., L. VRABELOVÁ a L. LIDICKÁ. 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0717-9.
- GURKOVÁ, Elena. 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a podpora pacienta*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0461-1.
- HEŘMÁNKOVÁ, Kristýna. 2018. Informovaný souhlas. *DentalCare magazín*. 2018(2), 35-38. ISSN 1801 0512.
- KRÁTKÁ, Anna. 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství: studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-635-8.
- PLEVOVÁ, Ilona. 2018. *Ošetrovatelství I: 2. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.
- PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK a J. MACH. 2017. *Informovaný souhlas*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-334-0.
- ŠIMÍČEK, Vojtěch, ed. 2017. *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8700-2.
- TRACHTOVÁ, Eva. 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.
- VEVERKOVÁ, E., E. KOZÁKOVÁ a L. DOLEJŠÍ. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2747-9.
- WILEY, Kathleen. 2018. What You Need to Know About Obtaining Informed Consent. *ONS Voice*. 33(5), 65. ISSN 2475-6938

Vedoucí práce:

Mgr. Zuzana Paukertová
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

1. září 2020

Předpokládaný termín odevzdání: 30. června 2021

L.S.

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

Prohlášení

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

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

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

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

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

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

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

25. července 2021

Lucie Ondráčková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala mé vedoucí závěrečné práce Mgr. Zuzaně Paukertové za odborné vedení, ochotu a rady, které mi poskytla během psaní práce. Dále bych ráda poděkovala všem zdravotnickým záchranářům ze zdravotnické záchranné služby Libereckého a Královehradeckého kraje, kteří si v této nelehké době covidové pandemie našli čas a dovolili mi uskutečnit a nahrát rozhovory potřebné k výzkumné části této práce. Velice vděčná jsem své rodině, partnerovi, spolužákům a přátelům za podporu a trpělivost, kterou mi projevovali po celou dobu mých studií.

Anotace

Jméno a příjmení autora: Lucie Ondráčková

Instituce: Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Zdravotnický záchranář v roli pacienta

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Paukertová

Počet stran: 57

Počet příloh: 8

Rok obhajoby: 2021

Anotace:

Bakalářská práce je zaměřena na zkušenosti zdravotnických záchranářů s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení. Tyto zkušenosti se mohou do budoucna promítnout v profesním životě zdravotnických záchranářů, jelikož poskytují odbornou péči na základě svých kompetencí stejně jako všeobecné sestry. V teoretické části jsou vymezeny pojmy zdraví a nemoc, jako další je zde popsána problematika informovaných souhlasů a práv pacienta. Nemalá část je věnována i vzájemným vztahům pacienta a zdravotnického personálu a jejich vzájemné komunikaci. Výzkumná část se zabývá zjištěním problémových oblastí týkajících se především komunikace lékařů s pacientem a nelékařských zdravotnických pracovníků s pacientem. Závěr výzkumné části tvoří doporučení zdravotnických záchranářů, které se vztahuje právě k hospitalizaci, jejímu průběhu a personálu zdravotnického zařízení.

Klíčová slova: nemoc, zdraví, hospitalizace, zdravotnický záchranář, komunikace, pacient, zdravotník

Annotation

Name and surname: Lucie Ondráčková

Institution: Technical University of Liberec, Faculty of Health Studies

Title: Paramedic in the role of the patient

Supervisor: Mgr. Zuzana Paukertová

Pages: 57

Appendix: 8

Year: 2021

Annotation: The bachelor thesis is focused on the experience of paramedics with hospitalization in hospital. These experiences may be reflected in the future professional life of paramedics, because they provide professional care based on their competencies in the same way as general nurses. The theoretical part defines the concepts of health and disease, as another is described the issue of informed consent and patient rights. A large part is also devoted to the mutual relations between the patient and the medical staff and their communication. The research part deals with the identification of problem areas related mainly to the communication of doctors with the patient and non-medical health professionals with the patient.

Keywords: disease, health, hospitalization, paramedic, communication, patient, nurse

Obsah

Obsah	9
Seznam použitých zkratek	10
1 Úvod.....	11
2 Teoretická část	12
2.1 Zdraví a nemoc.....	12
2.1.1 Zdraví.....	12
2.1.2 Nemoc	13
2.2 Hospitalizace	14
2.2.1 Informovaný souhlas.....	15
2.3 Práva a povinnosti pacientů	17
2.4 Vztah zdravotníka a pacienta	18
2.4.1 Zdravotnický pracovník	20
2.4.2 Osobnost pacienta	22
2.4.3 Komunikace	23
2.5 Zdravotník v roli pacienta	25
3 Výzkumná část.....	27
3.1 Cíle a výzkumné předpoklady.....	27
3.2 Metodika výzkumu.....	27
3.3 Analýza výzkumných dat.....	29
3.4 Analýza výzkumných cílů a výzkumných otázek	40
4 Diskuze	42
5 Návrh doporučení pro praxi.....	47
6 Závěr	49
Seznam použité literatury	51
Seznam tabulek	55
Seznam grafů	56
Seznam příloh	57

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník (povolání)
R1-8	Respondent 1–8
SZŠ	Střední zdravotnická škola
Tab.	Tabulka
tj.	to je
tzv.	takzvaně
ZZ	Zdravotnický záchranář
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
WHO	World Health Organization

1 Úvod

Česká republika je jednou ze zemí s velmi vysokou úrovní v poskytování zdravotnických služeb, a to i přesto že se v posledních letech ve všech oborech potýká s výrazným nedostatkem zdravotnického personálu.

Práce zdravotníků vyžaduje odbornou způsobilost a je velmi časově náročná, vyjma lékařů je však společností často nedoceňována. Nejmarkantněji to lze spatřovat v oboru zdravotnických záchranářů, kteří poskytují první pomoc lidem tzv. v první linii, tedy přímo v terénu. Jsou to právě záchranáři, kteří jsou v prvotním kontaktu s pacientem. Jsou to oni, kteří poskytují odbornou první pomoc na místě události a také ti, kteří jsou při nelehkém zákroku často verbálně, ale i fyzicky napadáni, což se nezdá neobejde bez zranění samotných záchranářů. Důsledkem pak může být časové prodlení při záchraně života.

Téma této bakalářské práce je zaměřeno pohledu zdravotnického záchranáře jako běžného pacienta. Výběr tématu byl ovlivněn zkušeností s rozdílnými přístupy a postupy v léčbě pacienta. Byly sledovány rozdílné postupy v ošetřování, ale i chování zdravotního personálu, v závislosti na tom, zda byl pacient běžný občan nebo byl z oboru zdravotnictví.

Cílem této bakalářské práce je srozumitelné a přehledné vymezení základních pojmů, a také zjistit, jakou zkušenost mají zdravotníci záchranáři v roli pacienta. Zda vnímali odlišný přístup kolegů zdravotníků a případně v čem tato odlišnost spočívala. Dalším zkoumaným faktorem bylo, jak je samotné tato zkušenost ovlivnila, případně jak změnila jejich přístup k pacientovi. Každá osobní zkušenost může jedince motivovat k profesionálnějšímu přístupu, který by měl být v rámci této profese vždy na prvním místě.

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí – teoretickou a výzkumnou. V teoretické části se práce zaměřuje na vymezení základních pojmů v ošetřovatelství např. nemoc, zdraví, hospitalizace, komunikace s pacientem atd. Výzkumná část je vypracována na základě metody polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory byly prováděny se zdravotnickými záchranáři z vybraných stanic zdravotnické záchranné služby Královehradeckého a Libereckého kraje, kteří byli hospitalizováni během své profese. Výstupem této práce je vytvořit odborný článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

2 Teoretická část

2.1 Zdraví a nemoc

Vymezením pojmů zdraví a nemoc se lidé věnují od nepaměti. Přitom se toto téma netýká jen oblasti medicíny, ale i filozofie, psychologie a dalších disciplín. Na zdraví i nemoc se můžeme dívat z mnoha pohledů. Existuje řada definic popisující dané téma. Někdy jsou zdraví a nemoc jasně odděleny, jindy se zase mohou prolínat (Orel, 2014).

2.1.1 Zdraví

Definic popisující zdraví je mnoho. Mezi nejznámější patří definice od Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO), která vstoupila v platnost 7. dubna 1948. Tato definice zní: „*Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ K výhodám této definice zdraví patří jednoduchost, stručnost, srozumitelnost, výstižnost a přijatelnost pro odbornou i laickou veřejnost. Jako nevýhodu této definice můžeme určit její příliš široké a obecné vymezení, a tak by často nebylo možné zdraví objektivně měřit (Hamplová, 2019).

V dnešní době lze zdraví vyjádřit jako „*schopnost organismu trvale se přizpůsobovat měnícím se nárokům a požadavkům prostředí*“ bez narušení životních funkcí. Jde o definici vystihující adaptaci člověka na nároky okolního prostředí (Müllerová, 2014). Zdraví představuje v lidské společnosti jednu z nejvýznamnějších hodnot, uznávanou ve všech dobách a ve všech kulturách. Je tak chápáno jako důležitý prostředek k dosažení cíle. Může být vnímáno úzce v souvislosti se zdravím těla, tedy fyzickým stavem, nebo také jako genetický předpoklad, který se v průběhu života mnohými vlivy mění. I přes to vše je třeba kladně hodnotit skutečnost, že zdraví je vymežováno třemi navzájem rovnocennými složkami, a to tělesnou, duševní a sociální (Zacharová, 2017). Právě dosažení tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich prostředím a vytvořit z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, je jedním z úkolů moderního ošetřovatelství (Krátká, 2016).

Zdraví je subjektivní pocit, který nemusí korespondovat s objektivním stavem jedince. Výrazně ovlivňuje kvalitu života, jelikož je jedním z priorit jednotlivce,

rodiny i celé společnosti. Stejně jako lze ovlivnit nástup nemoci, lze ovlivnit i zdraví. Jde o souhrn jevů, podmínek a širokou škálu osobních, sociálních a ekonomických faktorů i charakteristik životního prostředí. Mezi základní faktory ovlivňující zdraví patří životní styl, hygiena, faktory životního prostředí, zdravotnické služby a jejich kvalita a v neposlední řadě také genetické faktory. (Hamplová, 2019). Všechny tyto faktory se podílejí a rozhodují o zdraví, délce a kvalitě života (Müllerová, 2014).

2.1.2 Nemoc

Nemoc (podobně jako zdraví) je mnohovýznamový termín. Z toho ovšem vyplývá i jeho obtížné definování. Nemoc nejčastěji chápeme jako protiklad zdraví, respektive jeho narušení (Gurková, 2017). Nemoc nebo choroba je stav, kdy se změní nebo poruší funkce jednoho či více orgánů (Souček, Svačina, 2019). Můžeme ji vysvětlit jako poruchu dynamické rovnováhy v důsledku působení vnějších, či vnitřních faktorů a okolností, které naruší stav úplné pohody (Mandincová, 2011). Změněná nebo porušená funkce orgánů se zpravidla po kratší nebo delší době projeví určitými příznaky neboli symptomy (Souček, Svačina, 2019).

Typické pro nemoc je, že se zpravidla vyvíjí ve stádiích. Předtím, než nemoc vypukne, hovoříme o premorbidním stadiu. Toto stadium řadíme stále do období zdraví. V latentním stadiu je již nemoc přítomna, ale není poznat, že probíhá. V prodromální stadium se již vyskytují nespecifické příznaky, které se mohou vyskytovat u vícero nemocí a chorob. V posledním, manifestním stadiu, propukají příznaky typické pro dané onemocnění. Dle délky intenzity a délky trvání manifestního stadia rozlišujeme nemoci na akutní a chronické. Akutní nemoc trvá dny až týdny s výraznými příznaky, kdežto chronická trvá měsíce až roky a příznaky nejsou tolik výrazné (Orel, 2014).

Ať už se jedná o nemoc akutní, chronickou, defekt či úraz, vždy to bude znamenat silný zásah do života člověka. Nemoc představuje pro člověka v daném okamžiku zátěž, která přináší problém a komplikace. Stává se tzv. svízelnou situací. Svízelné situace můžeme chápat jako stresory, které na člověka působí negativně, jelikož přináší řadu problémů, ovšem může mít v určité míře pozitivní význam a podněcovat člověka k aktivitě a lepším výkonům. Když se však překážky nebo problémy stanu neúměrně velkými, mohou vyvolat neklid a napětí, jenž může negativně ovlivnit činnost, chování a jednání nemocného. Tyto nepříznivé důsledky se poté projevují i v jeho

zdravotním stavu. Nemoc s bolestí a dalšími nepříjemnými stresujícími stavy, s obavami o zdraví a o život, jsou opravdu krizovou situací (Zacharová, 2017).

Zpracování takovéto zátěže, jež onemocnění představuje, probíhá ve fázích, které mají specifický průběh a délku trvání. Jako první nastává fáze šoku, která je akutní emoční reakcí a odráží krizový stav pacienta. Druhou fází je popírání. V této fázi hrozí, že nemocný nebude dodržovat pro něj životně důležité zásady. Třetí fází je smlouvání, během které mívá pacient nerealistické požadavky. Čtvrtou a poslední fází je přijetí, kdy se pacient smiřuje se svým zdravotním stavem (Mandincová, 2011).

Nemoc vyžaduje i určitou míru adaptace na novou situaci, vyrovnávání se s nepříznivými projevy, na změnu podmínek a v případě hospitalizace i na změnu prostředí a nutnost vytvořit si nové vztahy k personálu. S reakcí na nové prostředí a situaci mohou vzniknout adaptační potíže. Nemocní jsou nejistí, neklidní, zmatení a špatně se orientují. Adaptace na nemocniční prostředí je dynamický proces s různými fázemi. Je nutné proto sledovat pacienta komplexně, nejde jen o to, aby se vypořádal s novým prostředím, ale je nutné sledovat i psychické změny, jež mohou ovlivňovat pobyt v nemocnici a léčebný proces (Zacharová, 2017).

2.2 Hospitalizace

Pojem hospitalizace nejlépe vykládá zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, kde je psáno, že se hospitalizací rozumí zpravidla doba delší než 24 hodin, kdy je ve zdravotnickém zařízení nemocnému poskytnuto lůžko a následná lůžková péče (Česko, 2011).

Nemocný je přijímán do nemocnice z léčebných nebo diagnostických důvodů. Někdy však tato vyšetření vyžadují, aby byl pacient delší dobu v klidu a stále pod dohledem lékařů a sester, proto je hospitalizace určitou zárukou, že pacient bude dodržovat léčebný režim. Ovšem dlouhodobá hospitalizace vede snadno k nepříznivému duševnímu i tělesnému stavu nemocného. Reakcí na dlouhodobou hospitalizaci může být smutek, apatie, poruchy spánku, nechutenství a jiné. Nemocný si zvykne na to, že se o sebe nemusí starat, zúží se obsah jeho zájmů a začne chátrat fyzicky i psychicky. Důsledkem působení negativních faktorů se stane silná reakce na hospitalizaci neboli hospitalismus. Čím je nemocný déle hospitalizován, tím větší je pravděpodobnost vzniku hospitalizmu (Zacharová, 2017).

Informace o zdravotním stavu pacienta musí být sděleny při přijetí do péče a dále vždy, pokud je to na poskytování zdravotních služeb účelné. Ošetřující zdravotnický pracovník musí poté do dokumentace provést záznam o edukaci pacienta. Dalším pravidlem je podepisování informovaných souhlasů před zdravotnickými výkony či hospitalizací, které by měly být doprovázeny podrobnou ústní informací ošetřujícího lékaře (Ptáček, Bartůněk, 2015).

Umístění do nemocnice je vážnou změnou ve způsobu života, kterou člověk prožívá nepříjemně, ať už se jedná o řád nemocnice jako je vstávání, usínání nebo společné sociální zařízení. Je narušeno soukromí pacienta z důvodu většího počtu spolupacientů na pokoji, narušení zvyklostí nebo omezení soukromí při kontaktu s rodinou. Pacienti také často špatně snášejí obnažování se před ostatními, používání ústavního pyžama nebo nařízený přísný klid s přebytkem volného času. Každý pacient snáší pobyt v nemocnici jinak. Jsou jedinci, kteří se rychle přizpůsobí a navážou přátelství, jiní jsou však velmi citliví a snáší nemocniční prostředí špatně (Zacharová, 2017).

2.2.1 Informovaný souhlas

Nejvyšším zdravotnickým zákonem země je Úmluva o lidských právech a biomedicíně (celým názvem Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny), který v případě nejasností a sporů má přednost před národními zdravotnickými zákony (Ptáček, Bartůněk, Mach, 2017). Česká republika (dále jen ČR) je touto smlouvou vázaná od října roku 2001 (Heřmánková, 2018) a tato smlouva je zveřejněna ve sdělení č. 96/2001 Sb. mezinárodních smluv. Poskytování zdravotní péče v ČR je postaveno na zásadě uložené právním předpisem, a tím je souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytovanou zdravotní péčí - neboli informovaný souhlas (Mach, Mach, 2013). Jelikož dle zákona č. 372/2011 Sb., zákona o zdravotních službách, lze zdravotní služby pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem (Česko, 2011). Zmínku o informovaném souhlasu můžeme najít i dané Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Týká se to zejména článku 5 této úmluvy. V tomto článku je uvedeno, že jakýkoliv zákrok musí být se svobodným souhlasem pacienta, který byl

o daném zákroku informován a to nejen o účelu zákroku, ale i jeho rizicích a důsledcích (Mach, Mach, 2013).

Informovaný souhlas poskytuje pacientovi dostatečné informace ohledně léčby, jejích možnostech i rizik s ní spojených tak, aby pacient mohl učinit rozumné rozhodnutí (Wiley, 2018). Informovaný souhlas můžeme rozdělit na dvě části. Epistemologickou (poskytnutí informací a porozumění jim) a procesuální (rozhodovací proces a autorizace – souhlas). Epistemologická část znamená, že má pacient dostat veškeré relevantní informace. Tedy nejen informace o jeho zdravotním problému, terapeutických a diagnostických možnostech, o alternativách řešení problému a jeho postupech, ale i informace o rizicích daného postupu a možných omezeních a celkovém dopadu pro pacienta. Procesuální momentem je proces rozhodování (Šimíček, ed, 2017).

Pacient, který byl lékařem ústně informován, může svůj souhlas projevit ústně, konkludentně (souhlas vyplýne ze situace a je udělen mlčky, ale s významným souhlasným gestem) nebo písemně. Je důležité vědět, že povinnost informovat pacienta má lékař a že písemná forma souhlasu se doporučuje u závažných terapeutických či diagnostických výkonů. Ovšem písemná forma souhlasu není povinná (Ptáček, Bartůněk, Mach, 2017), až na pár výjimek, jenž vyžaduje sám zákon. Tyto výjimky jsou například před provedením transplantace na příjemci, před provedením klinického hodnocení léčiv na subjektu hodnocení, při získávání lidských embryonálních kmenových buněk, při zákrocích, které nejsou v bezprostředním zájmu dotčené osoby a při ověřování nových poznatků a metod na živém člověku (Heřmánková, 2018).

Pacientův souhlas musí být svobodný, bez okolního nátlaku rodiny a lékařů, bez vydírání a manipulací. Pacient by neměl být ani ve stresu, stres už u něj vyvolává sama nemoc a celá situace okolo ní (Ptáček, Bartůněk, Mach, 2017). Podstatou informovaného souhlasu není totiž získat od pacienta podpis na papír, ale vést rozhovor pacienta s lékařem. Odpovědnost za tento rozhovor má lékař. Dbá o jeho jasný a srozumitelný průběh, který následně pokračuje během celého procesu léčení. Je důležité zmínit, že pacient má právo svobodně kdykoliv svůj dříve udělený souhlas odvolat a my toto rozhodnutí musíme respektovat (Heřmánková, 2018).

Veliká část pacientů má však problém a nemožnost informovaný souhlas poskytnout. Platí to nejen pro dětské pacienty, ale i pro starší pacienty (seniory) s různě omezenými kognitivními funkcemi, například s demencí a i pro pacienty se závažnými zdravotními stavy (Šimíček ed, 2017). V tomto případě je možnost zákrok provést pouze se souhlasem

zákonného zástupce nemocného, či příslušného orgánu, osoby nebo instituce zmocněných zákonem (Mach, Mach, 2013). Nejběžnějším případem, kdy pacient nemůže poskytnout souhlas a přesto lze poskytnout péči bez jeho souhlasu je v případě, že je pacient v bezvědomí a zároveň mu bez poskytnutí péče hrozí újma na zdraví nebo smrt. Složitější situace nastává, jestliže pacient není v bezvědomí, ale není ani ve stavu, kdy je možné vzít v platnost projevení vůle. Jde o pacienty trpící velkou bolestí, zmatené a neorientované nebo trpící demencí. V takovém případě lékař uvede do dokumentace důvod přijetí pacienta do péče bez jeho souhlasu (Heřmánková, 2018).

2.3 Práva a povinnosti pacientů

Je dáno, že žádná forma vlastnictví není osobnější, než je vlastnění těla. I v situaci nemoci má pacient starší 18 let plné právo rozhodovat, co bude nebo nebude učiněno s jeho tělem. Tato myšlenka základních lidských práv se nazývá autonomie. Ačkoliv je forma beneficence (činění toho, co je pro lidi dobré) vysokým cílem, princip autonomie je považován za důležitější. Obecným názorem komunity právníků a lékařských právníků je, že právo pacienta je silnější než dobro pacienta. Ve chvíli, kdy pacient překročí práh nemocnice, se stane zcela kompetentním a odpovědným za to, aby rozhodoval o svém životě jako takovém. Pacient má za zády kvalitní a výkonný systém, který musí respektovat veškerá pacientova přání kromě přání nechat se sám zabít. (Ptáček, Bartůněk, 2015).

První kodex práv pacientů na světě vznikl v roce 1970, kdy je sestavil lékárník David Anderson z Virginie (Ptáček, Bartůněk, 2011). Práva pacientů však byla formulována poprvé v roce 1972, tedy o dva roky později. Přijala je a vyhlásila Americká asociace nemocnic. V České republice byla práva pacientů poprvé vyhlášena 25. února 1992 Centrální etickou komisí MZ ČR. Respektování práv znamená dosti zásadní změny v profesionálním chování zdravotníků (Mellanová, 2017). Vyvrcholení etického kodexu Práv pacientů nastalo v roce 2001, kdy Parlament České republiky ratifikoval mezinárodní smlouvu, která je nazývána jako Úmluva o biomedicině. Od té doby je tato úmluva nejvyšším zdravotnickým zákonem země a v rozporu má aplikační přednost (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Práva pacientů vycházejí ze zákona č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (Příloha A: Práva pacientů). Pacienti však nemají jen práva,

ale i určité povinnosti. Seznam povinností také najdeme v tomto zákoně. Mezi povinnosti patří například dodržování léčebného postupu, se kterým pacient udělil souhlas, řídit se vnitřním řádem zdravotnického zařízení, pravdivě informovat o zdravotním stavu, nepožívat alkohol či jiné návykové látky. Jestliže bude podezření, že požíval tyto látky, musí se podrobit vyšetřením za účelem prokázání. Dále je povinností pacienta uhradit cenu poskytnutých zdravotních služeb, které byly poskytnuty na základě souhlasu, ale pojišťovna je nehradí, nebo jen částečně. Určité povinnosti se vtaňují i na zákonného zástupce pacienta. Ti jsou navíc povinni prokázat svoji totožnost (Česko, 2011).

Vydat vnitřní řád zdravotnického zařízení je povinností poskytovatele zdravotních služeb a pacienti mají právo s tímto vnitřním řádem být seznámeni. Vnitřní řád může konkretizovat, případně i přiměřeně upravit některá práva, která podle zákona o zdravotních službách pacienti mají, a stanovit podmínky, za kterých tato práva budou realizována. Zákon dává například právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce nebo jiné osoby, do jejichž péče byl nezletilý pacient svěřen, při poskytování zdravotních služeb a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem zdravotnického zařízení. Podobnou realizaci a stanovení podmínek lze uskutečnit v případě pacienta se smyslovým postižením, který využívá psa. Tento pacient má právo na doprovod a přítomnost psa u sebe ve zdravotnickém zařízení (Mach, 2012)

2.4 Vztah zdravotníka a pacienta

Vztah mezi zdravotníkem a pacientem je velmi složitý proces, který se odvíjí v čase a zahrnuje mnoho faktorů. Proces interakce mezi zdravotníkem a pacientem je popsán jako setkání dvou světů („světa zdravotníka“ a „světa pacienta“). Tyto dva světy se v určitém okamžiku setkávají. Od tohoto okamžiku se začíná odvíjet kvalita i kvantita vzájemné komunikace, z čehož se postupně vyvíjí kvalita a intenzita vzájemného terapeutického vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Do tohoto procesu utváření vzájemného vztahu však vstupují ještě kompenzační mechanismy na straně zdravotníka i na straně pacienta. Ze strany zdravotníka je to profesionalita a na straně pacienta zátěžová tolerance (Špirudová, 2015). Ve vztahu mezi zdravotníkem (lékař, sestra, zdravotnický záchranář) a pacientem lze rozlišit dva základní modely vztahu. První model je orientovaný na zdravotníka a nemoc, zatímco druhý model je orientován na pacienta. V prvním modelu vystupuje zdravotník direktivně a pacienta vede. V rámci druhého

modelu je vztah zdravotníka a nemocného více partnerský, jelikož zdravotník vystupuje méně direktivně. Spolupráce mezi zdravotníkem a pacientem je pak výsledkem vzájemné dohody (Plevová, 2018).

Každý vztah má náznak něčeho pozitivního nebo negativního, je v něm vyjadřována určitá míra uznání, úcty, vážnosti nebo naopak neúcty, odporu a pohrdání. Pozitivní vztah se dá vyjádřit jako evalvace, negativní jako devalvace. Devalvace znamená určitý projev neúcty k pacientovi, snižování jeho hodnot jak u něj samotného, tak v očích druhých a ponižování mezilidského vztahu. Lidé, kteří se takto chovají, jsou bráni jako nepřátelští, namyšlení, necitliví a hrubý. Evalvace je naopak spojena s projevem úcty a pochopení. Mezi příklady evalvace patří snaha pacientovi pomáhat, udělat si na něj čas, i když je zdravotník zaneprázdněn, umět pochválit, naslouchat a jednat s pacientem otevřeně bez zastírání. Tito lidé jsou potom bráni jako laskaví, všímaví, přátelští, uctiví a slušní (Zacharová, 2016).

Vztahy mezi zdravotníkem a pacientem jsou závislé na vzájemném dobrém osobním kontaktu, proto vhodná komunikace mezi nimi může zabránit mnohým konfliktům. Měly by být založeny také na vzájemné důvěře a respektu. Zdravotník by však měl dodržovat zásady profesionálního chování a jednání a měl by jednat s pacientem jako s rovnocenným partnerem. Chování zdravotníka k pacientovi by mělo být vymezeno pevnými pravidly. Zdravotník by měl uplatňovat nejen lidské postoje, ale i profesionálně terapeutické. Pacient se na zdravotníka neobrací s nemocí jako s něčím, co se dá léčit, nýbrž jako s životní krizí (Zacharová, 2017). Dnešní pacienti totiž o své nemoci více přemýšlí. Nechtějí jen přihlížet, ale aktivně se na svém uzdravování podílet. Věří, že svým chováním a postoji mohou svoji nemoc ovlivnit. Vyhledávají si informace o nemoci sami, z různých zdrojů, diskutují o své nemoci a vytváří si tzv. laické pojetí svého onemocnění. Profesionální přístup zdravotníků by se proto neměl vyhnout seznámení se s pacientovým pojetím nemoci a přizpůsobit mu tak obsah edukace a informací (Plevová, 2018).

Přístup zdravotnických pracovníků k pacientovi by měl být především přemýšlivý a měly by se brát v potaz všechny působící souvislosti. Zdravotník se často musí bránit emocionálnímu vyčerpání, profesionální opotřebovanosti a únavě, které vedou k zjednodušenému pohledu na nemocného a jeho problémy. Vyskytnout se mohou i jiná negativa jako jsou nežádoucí osobnostní rysy, nevhodná motivace pro práci, nedostatek odborných znalostí nebo také nevhodné mezilidské vztahy. V tom případě dochází k problémům v přístupu k nemocnému a ošetřovatelství se stává neproduktivním (Zacharová, 2017).

Druhým extrémem je přílišné obětování se pro pacienta. Profesionál se sice pro pacienta může rád obětovat, ale je to pro něj velká životní zátěž. Pacienta nadměrná péče oslabuje. Při nadměrné péči se bude pacient udržovat pod jeho úrovní samostatnosti (Plevová, 2018). Reálně bychom měli usilovat u zdravotníků o harmonický rozvoj profesionality ve třech složkách. Je důležité, aby zdravotník měl rozsáhlou, celoživotně rozvíjenou kognitivní složku (široký rámec znalostí), stejně důležitou emotivní složku pro výkon pečování a ošetřování (aby používal soucit, empatii, uměl s pacientem navázat terapeutický vztah) a v neposlední řadě behaviorální složku zajišťující zručnost a dovednosti, které ve své profesi potřebují (Špirudová, 2015).

Postavení zdravotnického pracovníka, zvláště sestry, nabývá v moderním ošetrovatelství stále důležitějšího významu. Je zřejmé, že především sestra je pracovníkem, který zodpovídá za příznivý zdravotní stav nemocného. Každodenní chování sestry vůči pacientovi má být bráno psychoterapeutickým přístupem. Jedná se o tzv. produktivní chování sestry, které se stalo základem všech zdravotnických zařízení. Právě toto chování vůči nemocným se stalo předpokladem k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče a bezkonfliktních mezilidských vztahů (Zacharová, 2017). Konec terapeutického vztahu zdravotník – pacient nastává ve chvíli ukončení péče. Z výstupů péče můžeme zpětně identifikovat klíčové momenty, které zásadním způsobem ovlivnili chod terapeutického vztahu, což je důležité např. pro profesní reflexi (Špirudová, 2015).

2.4.1 Zdravotnický pracovník

Pojem zdravotnický pracovník můžeme najít vysvětlený v zákoně č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotník službách, ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2011). V České republice je za zdravotnického pracovníka považována osoba, která získala způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle platné legislativy a vykonávající činnost, která jí profesně náleží. Do této skupiny patří lékaři a představitelé tzv. nelékařských zdravotnických povolání (dále jen NLZP). V současnosti můžeme rozdělit členy NLZP na dvě skupiny. V první skupině najdeme pracovníky, kteří po získání odborné způsobilosti vykonávají povolání bez odborného dohledu a další činnosti mohou provádět pouze na základě indikace lékaře nebo pod jeho přímým vedením. Mezi tyto zdravotnické pracovníky patří např. zdravotnický záchranář, všeobecná sestra, porodní asistentka,

biomedicínský inženýr, ergoterapeut a další. Do druhé skupiny naopak patří pracovníci, kteří jsou způsobilí k výkonu povolání, ovšem pod odborným dohledem. (Dingová, Vrabelová, Lidická, 2018).

Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy a profesionálního výkonu k náročným povoláním. Od zdravotníka se dnes očekává velmi odborná činnost, práce s moderní technikou, fyzická kondice, vykonávání administrativy a vypořádání se s pracovními i rodinnými problémy, které život přináší. Zároveň by měl zdravotník dbát na kvalitu profesionálního chování. Nevýhodou dnešní doby je, že pohled na zdravotnické povolání ovlivňuje současné sociální prostředí, které mnohdy práci zdravotníků podhodnocuje. Pod vlivem etických norem jsou však formulovány základní dokumenty, jež pomáhají činnost zdravotnických pracovníků zkvalitnit. Mezi tyto dokumenty patří Etický kodex České lékařské komory, etické kodexy sester a ošetrovatelek a etický kodex Práva pacientů (Zacharová, 2017). Neexistuje však žádná ideální osobnost zdravotníka. Struktura povahových vlastností zdravotníka se uplatňuje individuálním způsobem. Proto je důležitá skladba zdravotnického či ošetrovatelského týmu a jeho atmosféra a dynamika. Pro osobnost zdravotníka je však nezbytná vnitřní stabilita, osobní zralost a vysoká míra tolerance (Plevová, 2018).

2.4.1.1 Zdravotnický záchranář

Podmínky k získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického záchranáře (dále jen ZZ) stanovuje zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon stanovuje, že odbornou způsobilost k výkonu povolání ZZ lze získat absolvováním akreditovaného bakalářského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů, tříletým studiem v oboru diplomovaný ZZ, pokud byl první ročník studia zahájen nejpozději v roce 2018/2019, nebo po absolvování SZŠ v oboru zdravotnický záchranář, pokud byl první ročník studia zahájen nejpozději v roce 1998/1999. Odbornou způsobilost k výkonu ZZ má také všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí pro intenzivní péči s dlouholetou praxí na ZZS (Česko, 2004).

Činnosti, které může zdravotnický záchranář vykonávat po získání odborné způsobilosti, upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Jsou zde zahrnuté kompetence zdravotnických

záchranářů, které mohou provádět bez odborného dohledu a bez indikace lékaře a kompetence, které mohou provádět bez odborného dohledu na základě indikace lékaře (Příloha B: Kompetence zdravotnických záchranářů). Ve vyhlášce nalezneme i kompetence pro specializaci „Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu“ (Česko, 2011). Je však důležité vědět, že zdravotnický záchranář může činnosti bez odborného dohledu provádět až po 1 roce výkonu povolání při poskytování akutní intenzivní péče včetně péče na urgentním příjmu. Toto pravidlo stanovuje zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2004).

Každý zdravotnický záchranář by měl mít schopnost zvládat velkou psychickou zátěž, aby zvládl zdolávat náročné situace týkající se ohrožení lidského života, byl schopen pracovat v improvizovaných podmínkách, zvládal odolávat svým emocím a byl svědkem životních tragédií (Andršová, 2012). Mezi další požadavky na záchranáře patří schopnost rychlého rozhodování i improvizace v časové tísni. Dále by měl mít určitou fyzickou kondici a výkonnost, jelikož práce záchranáře probíhá i v náročném terénu, od hor, přes vodní plochy za různých klimatických podmínek. Další podmínkou je vycházet a spolupracovat s kolegy a nadřízenými. Měl by dobře umět komunikovat s pacienty různého typu v různých životních situacích, ať už se jedná o děti, seniory, hendikepované osoby či slavné celebrity. Nezbytností je však manuální zručnost a dostatečné vědomosti, jelikož práci záchranáře zahrnují všelijaké výkony, ať už se jedná o přípravu a aplikaci léků, zajištění dýchacích cest, kardiopulmonální resuscitaci, ale například i vedení porodu (Dingová, Vrabelová, Lidická, 2018).

Kdybychom to shrnuli, tak by záchranář měl být psychicky a sociálně zralá osobnost, s dobrou kondicí a vědomostmi. Měl by si být vědom, že svoji práci bude muset vykonávat i ve svátcích a bude muset tak obětovat pohodlí a oslavy se svojí rodinou. Ovšem je nutné podotknout, že záchranář není superhrdina, nadčlověk ani superman. I on je pouze člověk a i on si může projít svojí osobní krizí. Záchranář se od pacienta odlišuje pouze vzděláním a snahou dodržet základní pravidla, čímž jsou: „*Zdraví pacienta je nejvyšším zákonem*“ a „*Především neškodit*“ (Andršová, 2012).

2.4.2 Osobnost pacienta

Definici pacient nejlépe vystihuje zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, kde je definován jako fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby

(Česko, 2011). Křivohlavý však pacienta definuje jako léčícího se nemocného člověka (Mandincová, 2011). Stav, kdy se někdo stane pacientem, přináší velkou řadu psychických a fyzických změn. Jestliže se člověk stane nemocným, netýká se to jen jeho samého, ale i jeho rodiny, zaměstnavatele a lidí, s nimiž je daný člověk v sociálním kontaktu (Plevová, 2018). Nemoc totiž může na rodinný život nemocného působit převážně negativně. Naruší se rovnováha rodinného života, a čím déle nemoc trvá, tím více působí nemocnému starosti (Zacharová, 2017).

K úspěšnému řešení zdravotních potíží přispívá důvěra ve schopnosti lékaře a sestry a jejich zájem na terapii, které jsou pro pacienta nadějí na lepší časy. Je však nutné podotknout, že každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně, dle individuálních rysů jeho osobnosti i situace, ve které se právě nachází. Proto musíme vědět, které faktory mohou formovat jeho osobnost a projevy jednání. Mezi tyto faktory patří míra, v jaké pacient prožívá závažnost své situace, samotný chorobný proces (změny psychiky po úrazech hlavy, psychická onemocnění), či sekundární vlastnosti onemocnění ať už se jedná o délku nemoci, bolestivost, ohrožení života a jiné. Do těchto faktorů se navíc promítají skupinové vlastnosti a věk nemocného (Plevová, 2018).

Nemocný člověk se však ocitá ve zvláštní situaci nejen v důsledku vlastního chorobného procesu, ale i vlivem dalších sociálních a psychologických faktorů (Zacharová, 2017), které negativně ovlivňují roli pacienta. Mezi tyto faktory patří osobní potřeby (které pacient měl, ale v nemocnici na ně není brán takový ohled), nedostatečná komunikace s druhými lidmi, přítomnost bolesti, nedostatek informací, nízká aktivita, neosobní jednání s pacientem či nemožnost pacienta řídit běh událostí (Plevová, 2018).

2.4.3 Komunikace

Problematika komunikace je v dnešní době jedním z nejvíce probíraných témat v oborech medicíny, ošetrovatelství, psychologie ale i dalších společenských oborů (Tomová a Křivková, 2016). Pojem komunikace pochází z latinského slova *communicare* (společně sdílet), čímž ji můžeme chápat jako výměnu informací. Informace je pak obsah zprávy, či sdělení, která nám přináší něco nového, co jsme dosud neznali, nebo nám prohlubuje vědomosti v daném problému. Cílem sdělování informací je dotyčného poučit, vysvětlit, přesvědčit, pobavit, upoutat jeho pozornost, edukovat (Dingová, Vrabelová, Lidická, 2018).

Komunikace je důležitou součástí ošetrovatelského procesu. Prochází všemi jeho fázemi, stejně také jako všemi fázemi edukačního procesu. Je nezbytná pro získávání informací o zdravotním, psychickém a sociálním stavu nemocného a následně pro určování ošetrovatelských diagnóz ve spolupráci s nemocným. Může probíhat ve dvou nebo více lidech, kde na jedné straně je zdravotnický pracovník (lékař, sestra) a na druhé straně nemocný, který má jistá očekávání a zároveň potřebuje pomoc a podporu (Trachtová, 2018). Každý z komunikujících lidí se snaží partnera jistým směrem ovlivnit, snaží se dát najevo, co je pro něj přijatelné a co nikoliv, zda je ochoten naslouchat, co má rád a co naopak ne. Tomuto dění, které se děje mezi komunikujícími, i uvnitř každého z nich, říkáme komunikační proces (Zacharová, 2016).

Pro komunikaci je charakteristické, že k ní dochází prakticky stále, i když nechceme. Během komunikace si musíme dát pozor na to, co říkáme, jelikož to, co jednou vyřkneme, nebo uděláme, už nelze vzít zpět, proto se dá komunikace charakterizovat jako nevratná a neopakovatelná (Plevová, Plevová, 2012). Pacient tak může být poškozen necitelným výrokiem či nevhodně podanou informací. Poškodit ho může i náš postoj, či gesta, ale také naopak, jestliže mu žádné informace nepodáme, nebo se odmlčíme. Vznikají z toho poté situace, které vyvolávají v pacientovi stud, pocit ponížení a snižuje jeho lidskou důstojnost. Proto by vzájemný komunikační vztah mezi pacientem a zdravotníkem měl být lidsky rovnocenný, jako když komunikují spolu dvě lidské bytosti, byť má z profesní stránky zdravotník navrch (Andršová, 2012).

Komunikace musí být funkční a kvalitní. Pomáhá nemocnému i personálu v ošetrovatelském procesu. Profesionál (zdravotník) by měl být pro efektivní způsob komunikace vybaven odbornými znalostmi, schopností empatie, úrovní jednání a vystupování a neměly by mu chybět komunikativní dovednosti, jako jsou přesvědčování, argumentování, umění ptát se a naslouchat (Trachtová, 2018). Aby byla komunikace kvalitní, je důležité, v jakém prostředí se odehrává. Negativní vliv na ní mají šumy, jako jsou například hluk z ulice, bouchání dveřmi, špatná výslovnost, porucha řeči, hněv, smutek, ale i přílišné používání cizích slov ze strany zdravotníků. Nevhodné prostředí je jedno z nejčastějších důvodů selhávání komunikace v ošetrovatelské praxi. Je proto nutné si uvědomit, že pacient do komunikačního procesu vstupuje v náročnou životní situaci a proto průběh sociální komunikace může být zásadně ovlivněn (Zacharová, 2016).

Komunikaci lze pro přehlednost rozdělit na dvě formy. Verbální a neverbální komunikaci. Neverbální komunikace je vývojově starší forma dorozumívání,

která se hůře ovládá vůlí (Trachtová, 2018). Lze ji definovat jako řeč těla. Řadíme do ní vše, co bez mluvení vysíláme, ale i to, čím řeč doprovázíme (Zacharová, 2016). Tato mimoslovní komunikace předchází a umocňuje slovní komunikaci, proto je důležité si uvědomit, že neverbální komunikace je spontánní, neuvědomělá a obtížně kontrolovatelná a je součástí prvního dojmu. Mezi základní složky neverbální komunikace patří proxemika, haptika, posturologie, kinezika, gestika, mimika, řeč očí (pohledy, paralingvistika), ale i úprava zevnějšku, osobní vůně a osobní energie (Trachtová, 2018).

Verbální komunikací se rozumí vyjadřování pomocí slov. Verbální komunikace může být přímá, mluvená, ale i psaná. Je nezbytnou součástí sociálního života a nutnou podmínkou myšlení. S verbální komunikací souvisí řeč, která umožňuje vzájemnou výměnu informací, názorů a zkušeností (Zacharová, 2016). K základním složkám verbální komunikace patří naslouchání, používání jmen, obsahová stránka řeči, používání ticha, komunikační kontext a asertivita (Trachtová, 2018). Mezi verbální a neverbální komunikací není ostrá hranice. Jediný rozdíl je v tom, že verbální komunikace je úmyslná, zatímco neverbální neúmyslná. (Zacharová, 2016).

2.5 Zdravotník v roli pacienta

Stane – li se zdravotník pacientem, začne platit určitá nevyřčená zásada, že nemocný neobtěžuje personál příliš naléhavými dotazy a že ošetřující personál se chová přirozeně a profesionálně (Zacharová, 2017). Tématem „Když se ze zdravotníka stane pacient“ se zabývá ve své bakalářské práci Pavla Paličková. Paličková na základě svého výzkumu uvádí, že více jak polovina dotazovaných respondentek (všeobecných sester) odpověděla, že se během své hospitalizace setkala s neprofesionálním chováním ošetřujícího personálu. Neprofesionální chování nezpozorovaly u sebe, nýbrž u jiných pacientů. Personál byl na respondentky milý a vstřícný, zatímco vůči ostatním pacientům bylo chování nevhodné až hrubé. Jako příklad respondentky uvedly ponižování jiné pacientky či nevhodné vyjadřování v určitých situacích, kdy pacienti dostali vynadáno za něco, co neprovedli. Ve většině případů to bylo způsobeno kvůli nedostatečné komunikaci mezi ošetřujícím personálem a pacienty. Jako další faktor tohoto hrubého chování respondentky uvádějí nedostatek a vyčerpanost zdravotnického personálu (Paličková, 2015).

Zacharová nadále uvádí, že nemocný zdravotník na sobě pozoruje objektivní příznaky čili příznaky choroby, ale také prožívá nemoc, a jako ostatní pacienti se bojí vedlejších příznaků a neurčených diagnóz, či se dokonce obávají o život. Hospitalizovaný zdravotník však často objektivní a subjektivní stránku posuzuje odděleně. Rozdílný přístup je dán odlišnou situací. Zdravotník mnohdy k subjektivnímu hledisku vůbec nepřihlíží. Nemoc je pro něj souborem objektivně zjistitelných příznaků. Tento přístup může být na jedné straně považován za výraz profesionální zdatnosti, na druhé straně za profesionální deformaci. Dokud si zdravotník neuvědomí, že i subjektivní vnímání nemoci ovlivňuje její obraz i průběh, nelze do té doby mluvit o psychologickém přístupu k nemoci (Zacharová, 2017).

To však není jediný problém, se kterým se zdravotník v roli pacienta potýká. Na základě výzkumu od Paličkové, se většina hospitalizovaných všeobecných sester potýkala s nedostatkem informací nebo s velice stručně podanou formou, jelikož ošetřující personál využil jejich očekávanou znalost z oboru. Dalším nedostatkem byla nedostatečná komunikace a to hlavně ze strany lékařů. Dotazované uvedly, že lékaři neměli snahu s nimi probrat jejich zdravotní stav, či se během vizity lékaři bavili jen mezi sebou. Byla to tzv. komunikace „o něm bez něj“ (Paličková, 2015). Na stejném názoru se shodli i respondenti z výzkumu k bakalářské práci od Moniky Maruškové, která se zabývala stejným tématem. Většina dotazovaných uvedla, že jim během hospitalizace chyběla větší informovanost a byla nedostatečná komunikace. Dále zde se mnoho respondentů shodlo s tvrzením od Zacharové. Většina uvedla, že prožívají svoji nemoc hůře, jelikož vědí, co je čeká, a že zdravotníci v roli pacienta skrývají své pocity, obavu a strach si nechávají pro sebe a snaží se jednat více racionálně (Marušková, 2012).

Možnou výhodou hospitalizace zdravotníka je uvědomění si vlastních profesních chyb. Většina dotazovaných u Paličkové si uvědomila své dřívější neprofesionální chování a uznaly, že prožitá hospitalizace je v tomto směru změnila. Respondentky uvádí, že se od doby své hospitalizace snaží více komunikovat s pacienty, být milejší, vstřícnější, trpělivější zkrátka ve všech ohledech lidštější (Paličková, 2015). V práci od Maruškové se zase více respondentů přiznalo, že se k nemocnému zdravotníkovi chovali jinak, než k ostatním pacientům (Marušková, 2012).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle a výzkumné předpoklady

Cíle práce

- 1) Zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta se všeobecnými sestrami.
- 2) Zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s lékaři.
- 3) Zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s dalším personálem.
- 4) Zjistit problémové oblasti zdravotnických záchranářů v roli pacienta, se kterými se setkávali při poskytování péče.
- 5) Zjistit doporučení zdravotnických záchranářů v roli pacienta pro poskytování péče.

Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta se všeobecnými sestrami?
- 2) Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s lékaři?
- 3) Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s dalším personálem?
- 4) Jaké jsou problémové oblasti zdravotnických záchranářů v roli pacienta, se kterými se setkávali při poskytování péče?
- 5) Jaká jsou doporučení zdravotnických záchranářů v roli pacienta pro poskytování péče?

3.2 Metodika výzkumu

Výzkum bakalářské práce je zpracován metodou kvalitativního šetření. Údaje byly získány ve formě polostrukturovaných rozhovorů. Šetření probíhalo na vybraných výjezdových stanovištích zdravotnické záchranné služby Královehradeckého a Libereckého kraje. Dotazovanými byli náhodní zdravotničtí záchranáři, kteří během svého výkonu povolání byli hospitalizováni na minimálně 3 dny. Rozhovor byl směřován na prožitou hospitalizaci zdravotnického záchranáře v roli pacienta, její průběh a následné

ovlivnění profesního růstu touto zkušeností. Rozhovory probíhaly přímo na stanovištích záchranné služby během dubna a května 2021. Otázky v rozhovorech byly zpracovány na základě cílů bakalářské práce, poté zaznamenány na mobilní zařízení, a nakonec zpracovány ve formě myšlenkových map. Podepsaný protokol vedoucím pracovníkem o souhlasu k provádění výzkumné práce je k nahlédnutí (Příloha C: Protokol k realizaci výzkumu) V rozhovoru bylo použito osmnáct hlavních otázek, které se v průběhu rozhovoru rozšiřovaly o doplňující podotázky (Příloha D: Otázky k rozhovoru).

Respondenti byli při rozhovorech několikrát ujištěni, že se jedná čistě o anonymní rozhovor a veškeré získané informace budou použity jen pro potřeby této bakalářské práce a nahrávka, která se provede, nebude nikde uveřejněna. Před zahájením jednotlivých rozhovorů byl s pacientem sepsán souhlas respondenta s účastí ve výzkumu (Příloha E: Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu - VZOR).

Získané rozhovory zachycené na mobilní zařízení byly poté přepsány do textového souboru Microsoft Word, rozděleny do náležitých kategorií (viz. Tab. 1) a byly rozebrány za pomoci techniky tužka – papír. Ke každé kategorii se řadilo několik otázek, které byly následně analyzovány a zobrazeny pomocí schémat. Následně byla každá otázka jednotlivě popsána a zároveň byly přidány citované úryvky odpovědí jednotlivých respondentů. Pro snadnější a přehlednější vyhodnocení a analýzu jsme respondenty označili zkratkami R1 až R8.

Tab. 1 Kategorie dat (Zdroj:autor)

Kategorie 1	Identifikace
Kategorie 2	Adaptace
Kategorie 3	Edukace
Kategorie 4	Komunikace a přístup
Kategorie 5	Zkušenosti s personálem
Kategorie 6	Pochybení
Kategorie 7	Hodnocení
Kategorie 8	Vliv hospitalizace

3.3 Analýza výzkumných dat

Při provádění analýzy byla využita technika tužka – papír (Příloha F: Ukázka techniky tužka - papír), pro kterou jsme využili elektronický přepis rozhovorů. Rozhovor byl rozvržen do 8 různých kategorií. Ke každé kategorii byly přiřazeny otázky, které byly použity v rozhovorech. Metodou tužka – papír byly údaje vypracovány a poté zobrazeny prostřednictvím tabulek a myšlenkových map, kde pořízené myšlenkové mapy zobrazují přehledně jednotlivé odpovědi respondentů.

3.3.1 Kategorie I – Identifikace

V tabulce 2 jsou uvedeny informace o jednotlivých respondentech (otázky č. 1-2 v rozhovoru). Všichni respondenti pracují jako zdravotničtí záchranáři na ZZS pro Královehradecký nebo Liberecký kraj.

Tab. 2 Identifikace (Zdroj:autor)

	Pohlaví	Věk	Praxe na ZZS	Délka hospitalizace
R1	žena	30	5 let	6 dní
R2	žena	31	4 roky	6 dní
R3	muž	31	7 let	3 dny
R4	muž	32	8 let	Týden
R5	žena	29	4 roky	3 dny
R6	muž	30	7 let	5 dní
R7	žena	38	11 let	5 dní
R8	muž	41	15 let	10 dní

3.3.2 Kategorie II – Adaptace

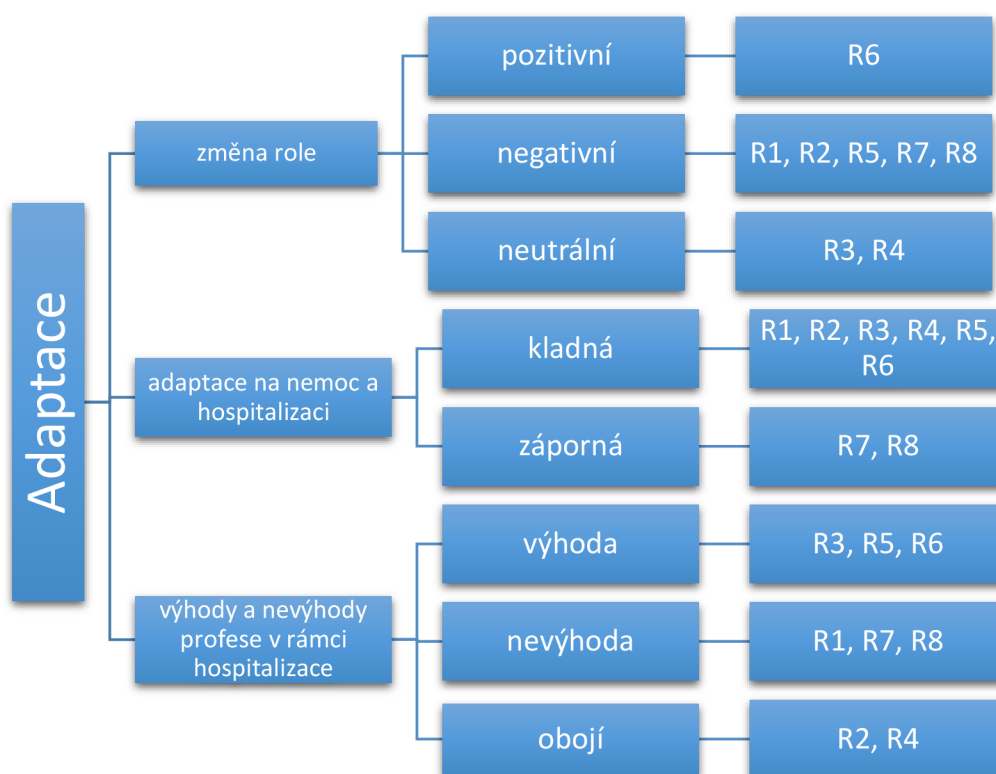


Schéma 1 Adaptace (Zdroj: autor)

Schéma 1 představuje odpovědi na otázky č. 3-5 v rozhovoru. Otázka č. 3 se zabývala změnou role, z role zdravotníka na roli pacienta. Na tuto otázku odpověděl pouze R6 kladně: „*Neviděl jsem v tom nic zvláštního, asi to bylo jako v klidu, znám to z pohledu pacienta trochu, nijak mě to nepřekvapilo.*“ Negativní zkušenost naopak měli R1, R2, R5, R7 a R8, který to okomentoval slovy: „*cítil jsem se najednou jako méněcenný.*“ R5 popsal změnu své role jako hrozný pocit, přestože věděl, že je v dobrých rukou. Neutrální názor měli R3 a R4. R4 odpověděl: „*nečekal bych to, že se mi může něco takového stát, byl jsem plný očekávání a zároveň i obav.*“

Další otázka se zabývala adaptací na nemoc a hospitalizaci (otázka č. 4). Zde většina dotazovaných ohodnotila svoji adaptaci jako bezproblémovou. R4 uvedl, že věděl, co ho čeká, tudíž adaptace nebyl takový problém. Stejný názor měli i R5 s R6. Hůře se adaptovali pouze R7 a R8. Zatímco R7 udává, že s nemocí se smířil, ale měl problém s hospitalizací, R8 měl problém s obojím. Konkrétně to zhodnotil jako neschopnost a frustraci.

Otázka č. 5 sledovala, zda dotazovaní považují své povolání v rámci hospitalizace za výhodu, nebo nevýhodu. R3, R5 a R6 považovali své povolání za výhodu. R3 uvedl, že viděl výhodu v tom, že věděl, o co se jedná. Tento respondent stejně jako R5 a R6 zaznamenali výhodu v tom, že personál věděl o jejich povolání. R6 uvedl: „beru to jako výhodu, už jenom v tom, že když mi byly podávány analgetika, tak se v tom člověk vyzná, já jsem měl trochu udělanou protekci i od oddělení, kde jsem předtím pracoval, takže jsem měl anesteziologa svého domluveného, který mi pichl blok, což je takový nadstandard, to ti pacienti normálně nedostávají.“ R1, R7 a R8 naopak uvedli svoje vzdělání jako nevýhodu. R1 a R8 se shodli na tom, že díky své profesi ví, co se může stát a stále myslí na možné komplikace. R2 a R4 považovali své znalosti z profese v rámci hospitalizace za výhodné i nevýhodné. Za výhodu oba brali své znalosti a tím pádem věděli, co je čeká. Naopak nevýhodou pro ně bylo přílišné pozorování a kontrolování personálu. R2 to okomentoval slovy: „sledovala jsem více věcí, než bych musela a víc mě to stresovalo.“

3.3.3 Kategorie III – Edukace

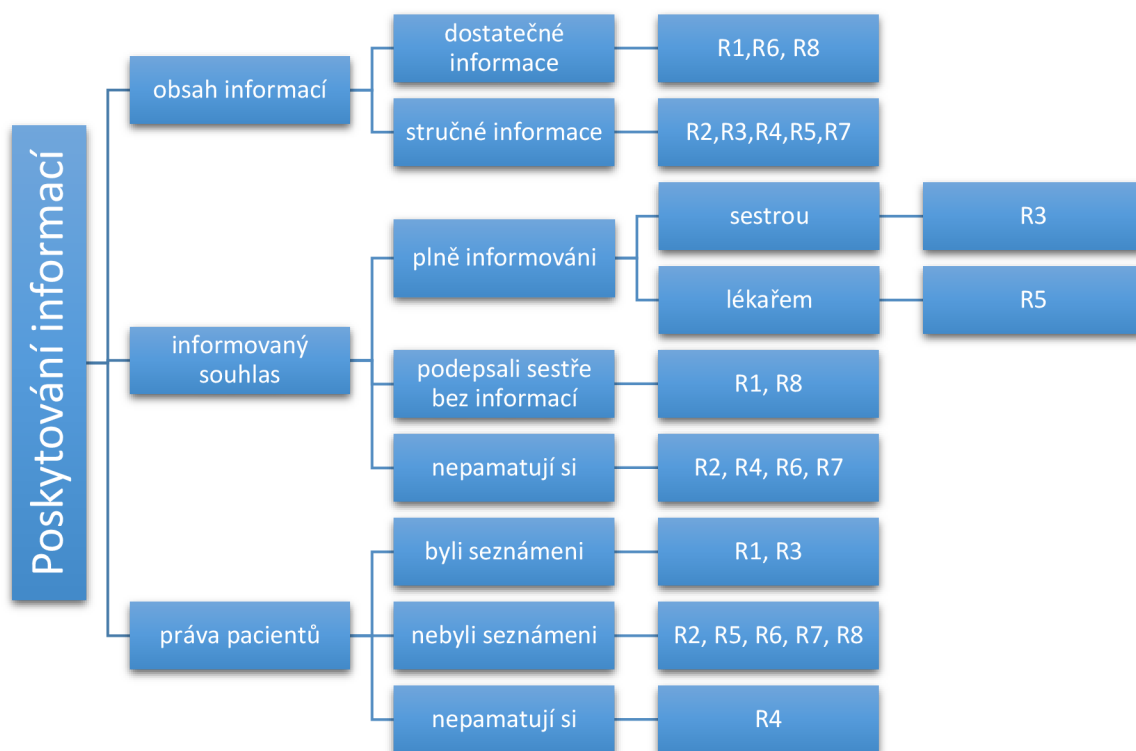


Schéma 2 Poskytování informací (Zdroj: autor)

Schéma 2 znázorňuje odpovědi respondentů na otázky č. 6-8. Nejprve byli respondenti tázáni, zda měl personál informaci o jejich povolání a zda tomu bylo přizpůsobeno podávání informací (otázka č. 6). Všichni respondenti uvedli, že personál měl informace o jejich profesi. Pro dotazované R1, R6 a R8 bylo dodání informací dostačující, zatímco R2, R3, R4, R5 a R7 uvádějí, že podání informací bylo velice strohé. R4 uvedl *„zestručňovali informace, které mi podávali, pokud to tedy nebylo u nich standardní, že pacientům nic neříkají.“* R2 a R5 uvedli, že si myslí, že personál předpokládal, že vše vědí. R2 odpověděl: *„řekla bych, že předpokládali, že vše vím, a když nebudu vědět, tak se sama zeptám, ale aktivně za mnou nechodili.“*

V otázce č. 7 bylo zkoumáno, s čím byli respondenti seznámeni v rámci informovaného souhlasu a kdo je informoval. Zde polovina respondentů, konkrétně respondenti R2, R4, R6 a R7, udává, že si vůbec nevzpomíná, zda jim někdo dával podepsat informovaný souhlas. R2 konkrétně říká: *„ani nevím, že bych to podepisovala, možná mi strčili nějaký papír, ale že by mě někdo informoval to ne.“* Takovou zkušenost mají i respondenti R1 a R8. R8 odpověděl: *„znali mě, takže mi řekli „tady to podepiš“ a odešli, nijak víc se se mnou nezaobírali.“* Naopak R3 a R5 mají pozitivní zkušenost. Nejlepší zkušenost měl R5 *„informoval mě přímo anesteziolog a řekl mi, co se bude dělat, která je ta postižená oblast, jak dlouho to bude trvat a pak nějakou tu dobu rekonvalescence.“*

Dále byli respondenti tázáni, zda byli seznámeni se svými právy, povinnostmi a vnitřním řádem nemocnice (otázka č. 8). Zde pouze R1 a R3 udávají, že byli seznámeni. R3 byl se svými právy, povinnostmi a vnitřním řádem nemocnice seznámen v rámci informovaného souhlasu. Naopak R2, R5, R6, R7 a R8 seznámeni nebyli. Jediný R4 udává, že si nevzpomíná, zda byl nebo nebyl seznámen.

U většiny dotazovaných neproběhla informovanost, tak jak by měla. U dalších respondentů bylo informování zestručněno. R1, R3 a R6 uvedli, že jim tyto stručné informace stačily. R6 řekl: *„ta edukace mohla být větší, ale nepotřeboval jsem ji.“* R5 byl informován dostatečně.

3.3.4 Kategorie IV – Komunikace a přístup

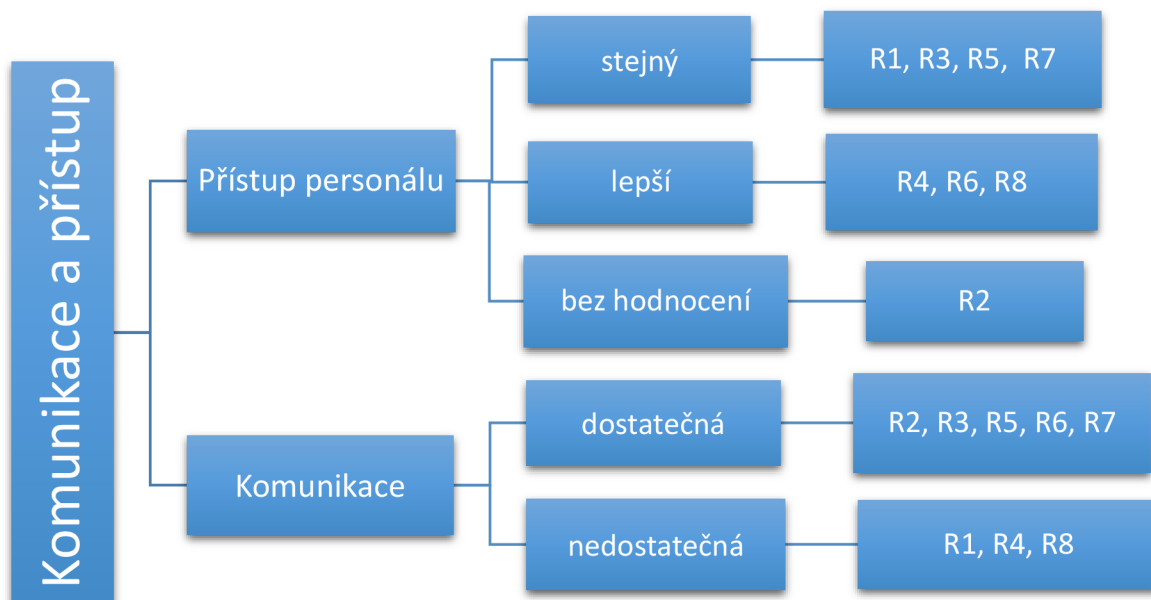


Schéma 3 Komunikace a přístup (Zdroj: autor)

V následující kategorii byla sledována komunikace a přístup zdravotnického personálu. Na tuto kategorii byly směřovány otázky č. 9 a 10. Na otázku č. 9, na přístup personálu k dotazovaným, odpověděli respondenti velmi podobně. R1, R3, R5 a R7 nezpozorovali rozdíl v chování personálu k nim oproti ostatním pacientům, zatímco R4, R6, R8 měli pocit lepšího zacházení. R4 uvádí: „*troufám si říct a věřím tomu, že se ke mně chovali líp, ale vůbec nevím, jestli to mohu posoudit, já jsem byl na pokoji sám a z pokoje jsem se nedostal během hospitalizace.*“ R6 s R8 se shodli na nadstandardním zacházení. R8 to konkretizoval tímto způsobem: „*měl jsem tak trochu VIP péči, jak mě tam všichni znali, měl jsem více návštěv, dovolili mi jít do bufetu a tak. Chování jinak záleželo na charakteru.*“ R2 nemohl uvést hodnocení na tuto otázku, jelikož byl na pokoji sám, tudíž chování personálu nemohl porovnat.

Otázka č. 10 byla zaměřena na komunikaci mezi zdravotnickým personálem a respondenty. R2, R3, R5, R6 a R7 komunikace vyhovovala a považovali ji za dostatečnou. Špatnou zkušenost s komunikací měli R1, R4 a R8, a to pouze s lékaři. R1 odpověděl: „*vystřídali se u mě tři lékaři a jeden lékař se ani nepředstavil, přišel, hrábnul do mě a odešel a nic mi neřekl.*“ R4 uvedl: „*od jednoho lékaře, co si vzpomínám, komunikace dostatečná nebyla, protože když mi sundával krytí, tak mi ani neřekl,*

abych se na to připravil nějakým způsobem a pěkně to zabořelo a zaštipalo, když mi to vzalo všechny chlupy z ruky a co se týče sester, tak dobrý a když mi přišlo, že ne, tak jsem se doptal.“

3.3.5 Kategorie V – Zkušenosti s personálem

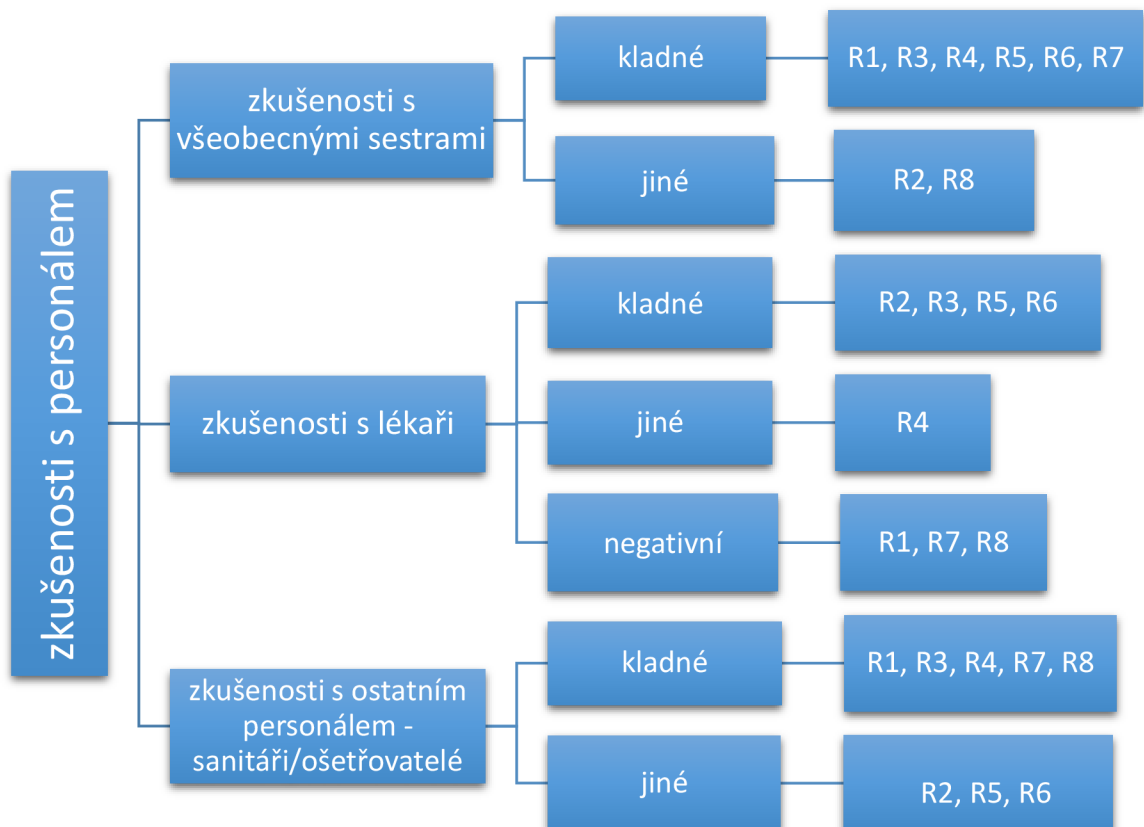


Schéma 4 Zkušenosti s personálem (Zdroj: autor)

V páté kategorii se zjišťovalo, jaké měli respondenti zkušenosti se zdravotnickým personálem v rámci jejich hospitalizace. Do této kategorie se řadily otázky č. 11, 12 a 13. Jako první, se od respondentů zjišťovalo, jaké měli zkušenosti s všeobecnými sestrami. R1, R3, R4, R5, R6 a R7 hodnotili přístup všeobecných sester jako kladný. Ohodnotili sestřičky jako hodné s dobrým přístupem. R5 na otázku odpověděl: „*super, musím říct, že super, chovali se hezky, nikde nebyl žádný problém, spíš jako naopak mi přišlo, že až jako moc chodili se ptát, jestli něco nepotřebuju, jestli něco nechci, a někdy to člověku taky přijde jakoby ...otravný, prostě chcete mít klid a oni pořád chodí,*

jestli něco nechci.“ Rozdílnou zkušenost měl R2. Ten své zkušenosti popsal: *„jak který, některé byly úplně super a některé bych vyhodila. Některé byly opravdu neprofesionální. V přístupu, který měly, hrubý byly, zvyšovaly hlas, nevysvětlily, co se děje, co mám dělat, jestli jako počítaly s tím, že to jako zdravotník vím, nevím. Chovali se ke mně, jako bych to měla znát a neznala, takže byly hrubý.“* To, že záleželo na charakteru všeobecné sestry, odpověděl i R8.

Následující otázka se taktéž zabývala zkušenostmi, ale tentokrát zkušenostmi zdravotnických záchranářů s lékaři v rámci jejich prožité hospitalizace. Zde se už odpovědi respondentů více rozcházel. Kladné ohlasy oznámili R2, R3, R5 a R6. Všichni se shodli na tom, že přístup lékařů byl skvělý a bez problému, ovšem R5 a R6 se sešli na stejné poznámce, že to bylo i v rámci známosti a protekce. Dále na tuto otázku už respondenti odpověděli spíše negativně. Konkrétně R1, R7 a R8. Dotazovaný R1 nás na tento dotaz odkázal na odpověď, kterou zmínil v předchozí kategorii na otázku č. 10. Dále R7 uvedl, že lékaři neměli absolutní zájem o pacienty: *„Vždy se tam jen tak ochomýtl, prostě přišli, až když vážně museli, jinak samovolně za námi nešli. V jednu chvíli se dokonce dva doktoři na chodbě dohadovali, kdo z nich k nám nakonec půjde, protože se ani jednomu nechtělo.“* R8 svoji zkušenost okomentoval slovy: *„byl to fojfr, jen udělali, co museli a šli, o nějaký další kontakt zájem nebyl.“* Jediný R4 tuto odpověď rozdělil na lékaře na operačním sále, se kterým měl kladné zkušenosti a na lékaře, který byl na oddělení, se kterým měl negativní zkušenosti. Přístup lékařů na oddělení uvedl jako neprofesionální. Po prosbě, aby tento názor odůvodnil, odpověděl: *„nedostatečná informovanost o tom úkonu, který se chystal provést, já věděl, co přijde a taky jsem věděl, že se mám nadechnout a při výdechu by prostě měl vytahovat ten drén, ale to prostě neproběhlo vůbec a pak ještě to, že mi bude sundávat to krytí, tak to bylo takový neosobní, bylo to prostě takový šup šup, jdem na dalšího pacoše, takový z toho jsem měl dojem.“*

V poslední otázce této kategorie se dotazovalo na zkušenosti s ostatním personálem, který se podílel na hospitalizaci dotazovaných. Jako příklad dalšího personálu se uvedly pracovní pozice sanitář či ošetřovatel. Většina respondentů měla na ostatní personál jen kladné ohlasy. Kladně je ohodnotili zejména R1, R3, R4, R7 a R8. R4 je popsal jako: *„úplně v pohodě s nimi na tykačku, když je člověk pozdraví, tak jsou šťastní a když se k nim chová člověk slušně a že jsou na stejné úrovni, jako jsou sestry a lékaři, což jsou, tak prostě to je úplně v pohodě.“* Jiný názor na sanitáře či ošetřovatele měli R2, R5 a R6. Dotazovaný R2 nám oznámil, že mezi sestrami a sanitáři nespátril

žádný rozdíl, tudíž ani neví, zda tam nějaký ostatní personál měl. Respondent R5 na svém oddělení žádný jiný personál krom sester a lékařů neměl a R6 řekl, že je nepozoroval, tudíž ani neví, zda tam někdo takový byl.

3.3.6 Kategorie VI – Pochybení

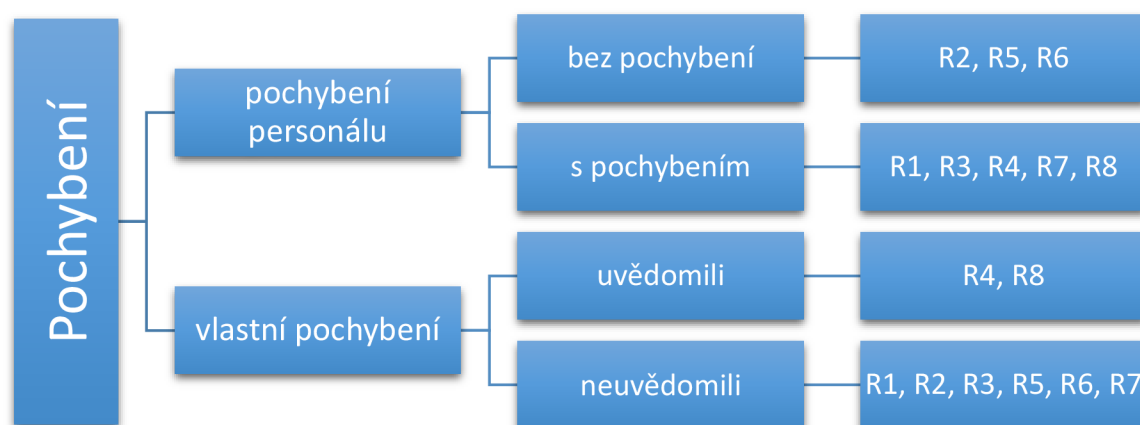


Schéma 5 Pochybení (Zdroj: autor)

Schéma č. 5 znázorňuje odpovědi na následující kategorii, na kategorii pochybení. Tuto kategorii provází otázky č. 14 a 15. V otázce č. 14 se dotazovaných tázalo, zda si během své hospitalizace všimli nějakého pochybení ze strany personálu. Dotazovaní R2, R5 a R6 uvedli, že si za celou dobu své hospitalizace nevšimli, zda by zdravotnický personál provedl nějaké pochybení v rámci ošetrovatelské péče. Odlišnou zkušenost měli ostatní respondenti, konkrétně R1, R3, R4, R7, a R8. Mezi pochybeními, které zpozorovali u zdravotnického personálu patřilo například, špatné ošetřování a dezinfekce vstupů, ponechání kanyly déle, než je doporučovaný standard či nedodržení ošetrovatelské péče při podávání antibiotik. R4 to okomentoval slovy: „*tím, že se ty úkony u těch pacientů musí zrychlit, aby pokryly jako nároky všech těch pacientů, tak jsou některé ty postupy osekáné. Takže prostě dezinfekce některých těch vstupů, anebo právě ta komunikace s tím pacientem a tak.*“ Právě sám R4 se během své

hospitalizace setkal se špatnou dezinfekcí vstupů. R8 to shrnul do jednoduché odpovědi: „výkony dělali tak, jak se dělají, ne jak se dělat mají.“

Otázka č. 15 naopak od zdravotnických záchranářů zjišťovala, zda si po prožité hospitalizaci uvědomili své dřívější profesní chyby. Zde většina odpověděla, že si myslí, že v minulosti nijak nechybili. Jiný názor na to mají pouze dva respondenti a to R4 a R8. Zatímco R4 to zprvu komentuje úsměvně slovy, že určitě nepochybil, jelikož je od začátku dokonalý, tak poté dodává: „určitě, je prostě potom vidět, může to člověk srovnat, jestli jako se choval stejně dřív, nebo jestli se choval líp, takže poučení to je vždycky.“ R8 to rozvedl: „Chyby ani tak ne, spíš jsem si uvědomil důležitost přístupu a empatie, ale chybami bych to nenazýval“.

3.3.7 Kategorie VII – Hodnocení

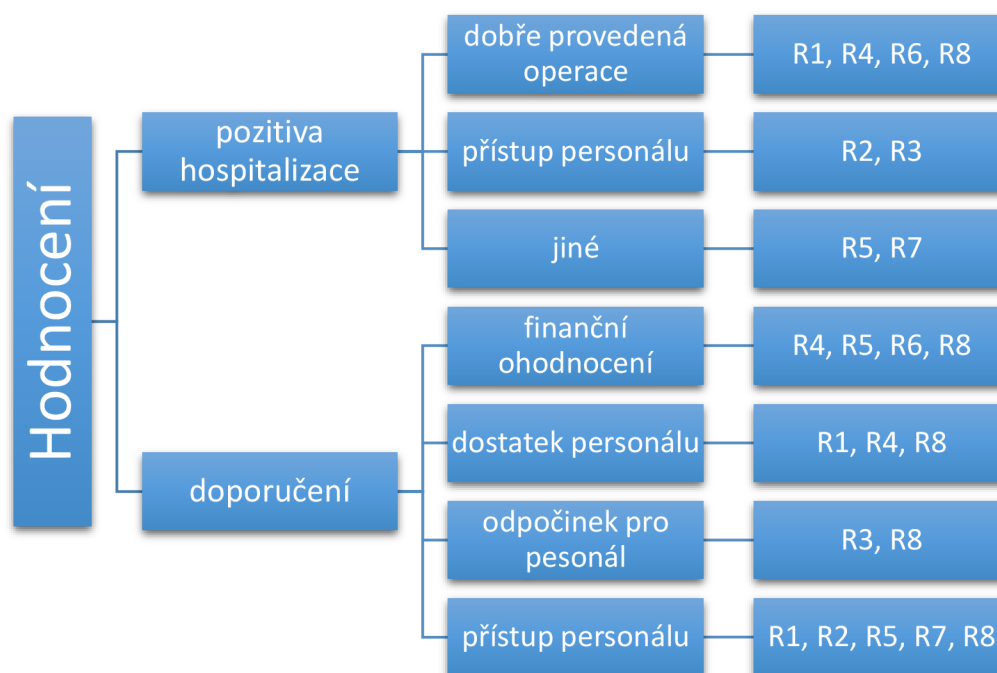


Schéma 6 Hodnocení (Zdroj: autor)

Do následující kategorie, kategorie hodnocení, byly zařazeny otázky č. 16 a 17. Otázkou č. 16 bylo zkoumáno, které věci respondenti hodnotili pozitivně po prodělané hospitalizaci. R1, R4, R6 a R8 jako pozitivní ohodnotili to, že operace se povedla a dopadla dobře, to pro ně bylo největší pozitivum, i co se následného průběhu hospitalizace týče. R2 a R3 jako pozitivní ohodnotili přístup personálu. R2 to ovšem

zkonkretizoval pouze na lékaře, zatímco R3 se touto odpovědí zaměřil spíše na sestry: *„Ty lidi jsou odkázaný na ty sestry, takže kladnější přístup sester, je pro ty pacienty jediné benefit a pak ta hospitalizace probíhá líp.“* R5 zase jako pozitivum uvedl možnost ohodnotit vše z pohledu pacienta, ale nemyslí si, že by to u něj mělo větší vliv na zotavování. Dotazovaný R7 jako jediné pozitivum uvedl přítomnost dalších dvou pacientek na pokoji, které pomáhaly jako psychická podpora, což mělo i vliv na zotavování.

Následně se zjišťovalo, co by hospitalizovaní doporučili změnit, aby bylo poskytování péče na lepší úrovni (otázka č. 17). Nejvíce se respondenti shodli na větším finančním ohodnocení sester, jejich přístupem a také více personálu. R4 to rozvedl jako: *„Doporučil bych celému managementu nemocnic a ministerstva aby se soustředil na to, aby byl dostatek personálu, a když bude dostatek personálu a dostatek peněz, tak se ty sestry budou mít čas věnovat těm pacientům víc a dávat jim podepisovat ty informované souhlasy a domovní řády nemocnic a takové věci.“* R5 to zase okomentoval slovy: *„finanční ohodnocení těch sester, protože si to všichni zaslouží, zasloužíme a ... ono je to pak asi jako i hodně o lidech, každý si pak hrábne do svého svědomí, jak se k těm ostatním má chovat a prostě, když některé ty sestřičky jsou vyhořelý, některý ne, ale každý si má hrábnou do svého svědomí a k těm lidem se prostě chovat a nechovat se k nim jak ke kusu hadru, takže spíš ten přístup k těm lidem, jako pokud ta práce je nebaví, tak ať to nedělají a jinak je jako zbytečný být na ty lidi nějak zlí, oni za to nemůžou.“* Na vyhořelé sestry pamatovali i R3 a R8, ti proto uvedli, že nejvíce by doporučili více odpočinku pro sestry. R3 to zkonkretizoval: *„myslím, že nějakou psychohygienu ošetřujícího personálu, aby mohli jakoby vypnout, protože ta situace, vůbec momentálně, není jednoduchá a je tam mraky přesčasů, jsou úplně vytiženi, tak buďto týden dovolený navíc, aby mohli víc vypnout.“*

3.3.8 Kategorie VIII – Vliv hospitalizace

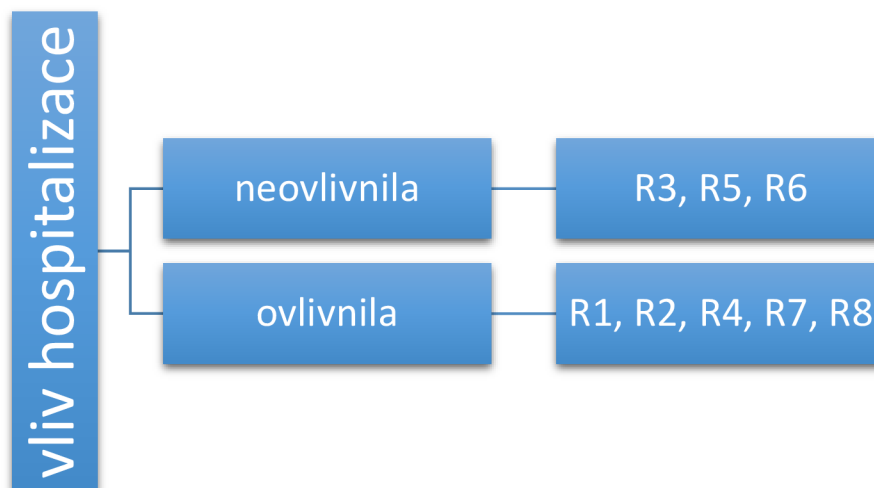


Schéma 7 Vliv hospitalizace (Zdroj:autor)

V poslední kategorii se zkoumalo, zda hospitalizace ovlivnila postoj dotazovaných zdravotnických záchranářů (otázka č. 18). Na tuto otázku R3, R5 a R6 zodpověděli, že je hospitalizace nijak neovlivnila. R6 řekl: „nemyslím si, nevím, nedá se to moc srovnat ta práce záchranky a toho standardního oddělení, ten standard, kde ta sestra je jedna nebo dvě a starají se o třicet lidí, je samozřejmě úplně jiné, než intenzivní lůžko, kde je jedna sestra jakoby na jednoho, nebo dva lidi, je to jako úplně jiný než záchranka no, z toho se nedá moc vycházet.“ Naproti tomu R1, R2, R4, R7 a R8 uvedli, že pocíťují ovlivnění po hospitalizaci. Všichni odpověděli, že se od té doby více snaží zlepšit přístup k pacientům. R2 tímto navázal na svoji odpověď v otázce č. 17 „právě ten přístup těch sester, že si člověk uvědomí, jak moc to může působit na ty lidi negativně.“ Změnu v přístupu uvedl i R8: „uvědomil jsem si, že je důležitý přístup k pacientům. Uvědomit si, že oni jsou taky jen lidi a v tom případě se nad nimi nestavět do role pánaboha.“ R7 odpověděl, že se od doby své hospitalizace snaží být více přátelský a empatický k pacientům a R4 na závěr dodal „Asi že se snažím nezapomínat na ten kontakt s pacientem, iniciační doteky a takový ty věci, který vás v tý škole fakt učí a jsou dobrý a prostě spousta lidí to nedělá, protože to třeba vnímají, že to zdržuje tu práci, ale prostě patří to k tomu profesionálnímu přístupu v práci.“

3.4 Analýza výzkumných cílů a výzkumných otázek

V návrhu bakalářské práce bylo stanoveno pět cílů práce, od kterých se odvíjela tvorba teoretické o praktické části. Všechny cíle byly výzkumné, tudíž ke všem byly vytvořeny výzkumné otázky.

První výzkumnou otázkou bylo zjistit, **jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta se všeobecnými sestrami**. Tato výzkumná otázka spadala do Kategorie 5 a byla na ní přímo otázka č. 11. Grafické znázornění odpovědí na tuto otázku nalezneme v Schéma č. 4. Dle odpovědí má většina zdravotnických záchranářů kladné zkušenosti se všeobecnými sestrami až na dva odpovídající, kteří uvedli, že záleželo na charakteru sestry.

Druhou výzkumnou otázkou bylo, **zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s lékaři**. I tato výzkumná otázka spadala do Kategorie 5, stejně jako její grafické znázornění a tázalo se na ní otázkou č. 12. Zde se už odpovědi více rozcházely. Kladnějších ohlasů na lékaře bylo méně, konkrétně u čtyř respondentů, zatímco zbývající měli vyloženě negativní zkušenosti. Negativně hodnotili nezájem ze strany lékařů o jakýkoli kontakt a komunikaci. Jediný respondent R4 měl jak kladné, tak záporné zkušenosti.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na **zkušenosti zdravotnických záchranářů s dalším personálem**. Na tuto výzkumnou otázku se stejně jako u dvou předchozích vztahovala Kategorie 5 a grafické znázornění v Schéma 4. Na tuto výzkumnou otázku se vztahovaly odpovědi z otázky č. 13 v rozhovoru. Jako příklad dalšího personálu se uvedlo povolání sanitáře či ošetřovatele. Zde většina respondentů uvedla, že s nimi měli jen kladné zkušenosti. Jediní tři dotazovaní na tuto otázku nemohli odpovědět, jelikož tento personál na oddělení neměli, nebo mezi nimi a sestrami nepoznali rozdíl a nemohli jej tak samostatně ohodnotit.

Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřena na **zjištění problémové oblasti, se kterými se zdravotničtí záchranáři v roli pacienta setkávali při poskytování péče**. K této otázce se vztahují Kategorie 3 a 4, které zahrnují pět otázek z rozhovoru. Pro každou kategorii bylo vytvořeno jedno schéma. Ke Kategorii 3 patří Schéma 2, kde se pomocí třech otázek zjišťovala informovanost zdravotnických záchranářů v rámci hospitalizace. První otázkou v této kategorii se zkoumalo povědomí zdravotnického personálu o profesi dotazovaných a tomu přízpůsobené podávání informací. Všichni respondenti uvedli, že personál věděl o jejich profesi. Pět respondentů na tuto

otázku odpovědělo, že poskytnutí informací bylo velice osekáné a pouze tři respondenti uvedli, že pro ně byl obsah informací dostatečný. Ve druhé otázce této kategorie se zjišťovalo, s čím byli respondenti seznámeni v rámci informovaného souhlasu a kdo je informoval. Zde jediná respondentka odpověděla, s čím vším byla seznámena a že informace ji poskytl ošetřující lékař. Jako jediná uvedla správný postup, jak by mělo podávání informací probíhat. Další respondent také odpověděl, čím vším byl informován, ale uvedl, že byl informován všeobecnou sestrou. Oproti tomu čtyři respondenti si ani nepamatovali, zda informovaný souhlas vůbec dostávali, či ho podepisovali. Zbylí dva dotazovaní informovaný souhlas jen podepsali, ale co v něm bylo, si nepamatují. V poslední otázce této kategorie se zkoumalo, zda byli ZZ seznámeni s právy v roli pacienta a vnitřním řádem nemocnice. Jediní dva dotazovaní uvedli, že byli seznámeni, zatímco zbylých pět respondentů vůbec seznámeno nebylo. Jeden jediný respondent si nepamatuje, zda byl, či nebyl seznámen, tudíž to nemohl ohodnotit. V Kategorii 4 se analyzovala komunikace a přístup zdravotnického personálu, ke které se vztahuje Schéma 3 zahrnující 2 otázky z rozhovoru. V první otázce se dotazovalo na přístup personálu k respondentům. Zde čtyři respondenti uvedli, že přístup personálu k nim byl stejný jako k ostatním pacientům, zatímco tři respondenti upozorovali lepší chování. Druhá otázka této kategorie se zabírala komunikací, kde měli dotazovaní uvést, zda byla komunikace dostatečná či nikoliv. Na to většina dotazovaných odpověděla, že komunikace byla vyhovující a dostatečná. Jediní tři respondenti upozorovali špatnou a nedostatečnou komunikaci během své hospitalizace, ale zaměřili se s ní pouze na lékaře.

Pátá výzkumná otázka byla zaměřena na **doporučení zdravotnických záchranářů pro poskytování péče**. Touto výzkumnou otázkou se zabývala Kategorie 7 jejíž zpracování najdeme v Schéma 6 a věnovala se jí přímo jedna otázka v rozhovoru. Mnoho respondentů se zde shodlo ihned na několika věcech. Respondenti nezačali hledat chyby v ošetrovatelské péči jako takové, ale začali prakticky od začátku. Jako doporučení uvedli zvýšení platů zdravotnickému personálu, především všeobecným sestrám, více benefitů pro ně v oblasti odpočinku a psychohygieny a hlavně více personálu do nemocnic. Mnoho z nich také uvedlo zlepšit přístup personálu. S tím se však odvíjí i předchozí doporučení. Nejlépe to okomentoval slovy R4, který apeluje na vyšší finance a více personálu, čímž se docílí toho, že sestry budou odpočaté, příjemnější na lidi a když jich bude dostatek, budou mít i více času na komunikaci a celkově více času na celkovou péči.

4 Diskuze

Téma této bakalářské práce je ocitnutí se zdravotnického záchranáře v roli pacienta. Cílem bylo zjistit zkušenosti se zdravotnickým personálem, jaké jsou problémové oblasti v poskytování péče a jaká mají zdravotničtí záchranáři doporučení pro poskytování péče. Mimo stanovené cíle se navíc zkoumalo, zda hospitalizace ovlivnila ZZ po profesionální stránce. Pro výzkumnou část práce byla zvolena kvalitativní metoda formou polostrukturovaného rozhovoru. Respondenti byli zdravotničtí záchranáři z výjezdových základen v Královéhradeckém a Libereckém kraji. Rozhovory byly nahrány na mobilní telefon a poté přepsány a kódovány. Každý rozhovor zahrnoval dohromady 18 otázek, jenž se v případě potřeby rozvedly na další podotázky.

První výzkumnou otázkou bylo zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta se všeobecnými sestrami. K tomuto cíli se vztahuje první výzkumná otázka. Z analýzy výzkumných vzorků vyplynulo, že většina respondentů měla se všeobecnými sestrami dobré zkušenosti. Zhodnotili všeobecné sestry jako milé, hodné a ochotné. Jediní dva respondenti R2 a R8 uvedli, že záleželo na charakteru sestry. Je důležité upozornit na fakt, že u všech dotazovaných měl personál povědomí o jejich povolání a že většina dotazovaných, kteří hodnotili kladně, se s všeobecnými sestrami přímo znali. I přes to, je však pozitivní, že většina dotazovaných měla se sestrami dobrou zkušenost, jelikož právě postavení sestry nabývá v moderním ošetřovatelství stále většího významu a jsou to právě všeobecné sestry, které zodpovídají za příznivý zdravotní stav nemocného (Zacharová, 2017).

Druhou výzkumnou otázkou bylo zjistit zkušenosti ZZ v roli pacienta s lékaři. Zde se už odpovědi více rozcházejí. Čtyři respondenti uvedli zkušenosti s lékaři jako dobré, tři respondenti měli špatné zkušenosti s lékaři a jeden respondent měl jak špatnou, tak i dobrou zkušenost. Mezi respondenty, kteří měli dobrou zkušenost, patřili z větší části respondenti, kteří se se lékaři přímo znali. Dva z respondentů se domnívali, že se k nim personál choval dobře, jelikož měli hospitalizaci takzvaně řečeno ze známosti a z protekce. Je zajímavé, že respondenti, kteří měli s lékaři špatné zkušenosti, i respondent, který měl obě zkušenosti, uvedli za nedostatek lékařův nezájem o komunikaci a kontakt s pacientem. Právě toto zjištění je velice neuspokojivé, jelikož k úspěšnému řešení zdravotních potíží pacienta přispívá důvěra ve schopnosti lékaře a jejich zájem na terapii pacienta, které jsou pro pacienta nadějí na lepší časy (Plevová, 2018). Problém s komunikací ze strany lékařů zjistila i ve své práci Paličková.

Na tento problém upozornilo 5 dotazovaných z 11. Jedna respondentka v práci Paličkové uvedla komunikaci s lékaři jako „komunikační hrůzu“ (Paličková, 2015). Je nutné upozornit, že od doby výzkumu Paličkové očividně neproběhla v tomto směru žádná změna.

Třetí výzkumnou otázkou bylo zjistit zkušenosti ZZ v roli pacienta s ostatním personálem. Zde se respondentům jako příklad ostatního personálu uvedly pracovní pozice sanitáře, či ošetřovatele. Pět respondentů uvedlo zkušenosti s ostatním personálem jako kladné. Zhodnotili tento personál jako milý a bezproblémový. Zbylí tři respondenti nemohli tuto zkušenost ohodnotit, jelikož tento personál na oddělení přítomen nebyl, nebo byl, ale respondentka mezi nimi a všeobecnou sestrou nezpozorovala žádný rozdíl, tudíž jej nemohla samostatně ohodnotit. Nastává zde otázkou, zda nerozlišení všeobecných sester od sanitářů či ošetřovatelů není jistým problémem, na kterém by poté mohli stát jisté nedostatky s komunikací či přístupem, jež by poté pacienti mohli mylně přiřazovat k zdravotním sestřím.

Čtvrtou výzkumnou otázkou bylo zjistit problémové oblasti ZZ v roli pacienta, se kterými se setkávali při poskytování péče. Nemocný člověk se během hospitalizace ocitá ve zvláštní situaci nejen v důsledku vlastního chorobného procesu, ale i vlivem dalších sociálních a psychologických faktorů, které pacienta negativně ovlivňují. Mezi tyto faktory patří osobní potřeby, které pacient měl a v rámci hospitalizace je nemá, nedostatečná komunikace, přítomnost bolesti, nedostatek informací, nízká aktivita a neosobní jednání s pacientem (Pléková, 2018). Během výzkumu se jako problémové oblasti vyhodnotily informovanost pacientů a komunikace s nimi. Prvně se od respondentů zjišťovalo, jakou formou jim byly informace podávány. Zde se ukázalo přímo děsivé, že pouze třem dotazovaným byly informace podány dostatečně. Zbytek dotazovaných uvedl, že informace obdrželi velice stručnou formou. Respondenti 2 a 5 se domnívali, že personál předpokládal, že informace vědí, tudíž už je více informovat nemuseli. Podobnou zkušenost uvádějí i respondentky v práci Paličkové. Z jedenácti dotazovaných se 7 respondentek shodlo na stručném a nedostatečném podání informací a 5 respondentek mělo dojem, že si personál myslel, že většinu věcí ví z důvodu jejich profese (Paličková, 2015). Jako další nedostatek se dále uvedl informovaný souhlas. Zde jsou výsledky více než znepokojivé. Jedna jediná respondentka měla správný postup podání informovaného souhlasu během její hospitalizace. Jako jediné jí byly podány veškeré informace a jako jedinou jí informoval lékař. Přitom informovat pacienta je povinností lékaře (Ptáček, Bartůnek, Mach, 2017). Tato povinnost je ukotvena

v zákoně 372/2011 Sb. Dva respondenti dokonce podepsali informovaný souhlas sestře, aniž by nějaké informace obdrželi. Zde se však stala chyba více na straně pacienta, než na straně sestry. Pacient dobrovolně podepsal, že byl informován i když nebyl. Sestra v tomto případě nesmí podat žádné informace, týkající se zákroků, které nejsou v její kompetenci, nýbrž v kompetenci lékaře, což udělala. Přitom podstatou informovaného souhlasu není získat od pacienta podpis na papír, ale vést rozhovor pacienta s lékařem a odpovědnost za tento rozhovor má lékař (Heřmánková, 2018). Je důležité však zmínit, že písemná forma souhlasu není povinná. Pacient může svůj souhlas projevit ústně (Ptáček, Bartůněk, Mach, 2017). Další čtyři respondenti uvedli, že si vůbec nepamatují, zda vůbec informovaný souhlas podepisovali. Nastala otázka, jak mohlo k takovýmto přešlapům vůbec dojít, ale bylo by lepší se více zamyslet, jak tomu předejít, aby se takovéto chyby nestávaly. Dobrým řešením by byl návrh, který doporučuje Česká lékařská komora, a to jest, aby písemný informovaný souhlas obsahoval také formulaci, že pacient měl možnost hovořit s lékařem, ptát se ho na otázky a nemá žádné nejasnosti a k tomu i prohlášení lékaře, že osobně informoval pacienta před zákrokem v rámci společného rozhovoru, potvrzeného podpisem a datem (Ptáček, Bartůněk, 2011). Následně se doporučují různé konference a schůzky zdravotnického personálu, kde by se zabývali touto problematikou, jelikož ani sami hospitalizovaní ZZ nevěděli, že podávat informace je povinností lékaře. Informovaný souhlas ale nebyl jediný problém, se kterými se ZZ setkali v rámci hospitalizace. Jako další se dotazovalo, zda byli ZZ seznámeni se svými právy a povinnostmi a vnitřním řádem nemocnice. Zde pouze 2 respondenti uvedli, že byli seznámeni a to právě v rámci informovaného souhlasu. Ovšem jedním z těchto odpovídajících byl respondent, který se v to pouze domnívá, jelikož informovaný souhlas podepsal bez podání informací. Jako další problémovou oblastí byla vyhodnocena komunikace zaměřená hlavně na lékaře. Jak již bylo zmíněno v předchozí otázce, také Paličková ve své práci zmiňuje, že respondentkám chyběla větší komunikace a informovanost hlavně ze strany lékařů. Respondentky popisují komunikaci s lékaři jako komunikační hrůzu, studený nebo nulový přístup a celkový nezájem o kontakt (Paličková, 2015). Podobné zjištění proběhlo i během tohoto výzkumu. Tři respondenti, kteří ohodnotili komunikaci za nedostatečnou, ji také konkretizovali pouze na lékaře. Vadilo jim převážně provádění výkonů bez předchozí komunikace a informovanosti. Toto zjištění bylo stejné jako popis, který ve své práci zmiňuje Andršová a tj., že i když pacientovi nepodáme informace, nebo se odmlčíme, může značně narušit komunikační vztah s pacientem či přímo pacienta

poškodit. Pacient se poté může cítit poníženy nebo méněcenný (Andršová, 2012). Je proto důležité si uvědomit, že pro komunikaci je charakteristické, že k ní dochází prakticky stále, i když nechceme, proto si musíme dát pozor na to, co říkáme i děláme, jelikož to poté už nelze vzít zpět (Pléková, 2012). Je však důležité pomyslet i na kvalitu komunikace, kterou může ovlivnit spousta faktorů, jako jsou například bouchání dveřmi, hluk, hněv, smutek, přílišné používání cizích slov ze strany zdravotníků (Zacharová, 2016), ale i nedostatek personálu a tím spojená možná přepracovanost (Haškovcová, Pavlicová, 2013), což je bohužel smutná realita dnešní doby, zvláště v době probíhající covidové pandemie.

Pátou výzkumnou otázkou bylo zjistit, jaká jsou další doporučení ZZ v roli pacienta pro poskytování péče. Nejvíce se respondenti shodli na lepším finančním ohodnocení sester, jejich přístupem, aby byl dostatek personálu a také na více odpočinku pro sestry. Nejprve je důležité zmínit, že platy zdravotníků se liší od jedince, jelikož závisí, kolik let praxe za sebou zdravotník má a do jaké platové třídy spadá. Rozdílné je také, kde respondenti, či zdravotnický personál, který se o ně staral, pracují. Jsou totiž rozdílné platy u zdravotníků, kteří pracují ve fakultních nemocnicích a rozdílné platy zdravotníků, kteří pracují v soukromých klinikách, či okresních nemocnicích. I přes to je zřejmé, že si sestry v nemocnicích od roku 2014 významně polepšily. V roce 2019 sestry v lůžkové péči pobíraly průměrně 43 000 korun hrubého, zatímco v roce 2020 to už bylo kolem 47 000 a pro rok 2021 se očekává další nárůst (Bartůňková et al., 2020). Dle statistik, je tedy plat sester více než uspokojivý, zvláště v době covidové pandemie, kdy zdravotnický personál dostával mimořádné odměny a příplatky za práci s pacienty, kteří mají onemocnění Covid 19. Dalším doporučením bylo zlepšit přístup personálu, i přes ten fakt, že většina respondentů uvedla přístup personálu během jejich hospitalizace za uspokojivý. Je důležité si uvědomit, že ne každý si sedne s každým. Vše záleží i na charakteru daného člověka, či v jaké je člověk náladě. Zdravotník se často musí bránit emocionálnímu vyčerpání, profesionální opotřebovanosti a únavě, které vedou k zjednodušenému pohledu na nemocného a jeho problémy (Zacharová, 2017). Od toho se odvíjí i další věc, kterou respondenti zmiňují jako doporučení a tj. odpočinek. Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy a profesionálního výkonu k náročným povoláním. Od zdravotníka se dnes očekává velmi odborná činnost, práce s moderní technikou, fyzická kondice, vykonávání administrativy a vypořádání se s pracovními i rodinnými problémy. Zároveň musí zdravotník dbát na kvalitu profesionálního chování (Zacharová, 2017). Odpočinek je považován za nejvíce důležitý,

jelikož když je odpočatá sestra, tak se to projeví jak v její náladě, přístupu k práci i pacientům. Dostatečný odpočinek je převážně důležitý v současné době covidové pandemie, kdy se výrazně zvýšil nárůst hospitalizovaných. Dobrou volbou, jak nechat sestry odpočinout jsou týdenní lázně, které mají například pracovníci policie ČR. S dostatečným odpočinkem také úzce souvisí navýšení stavu zdravotnických pracovníků, což respondenti uvedli jako doporučení pro ošetrovatelskou péči. Čím více bude sester, tím více budou odpočaté a tím pádem budou příjemnější na pacienty a budou s nimi moct více komunikovat. V současné době je pozitivní, že se zájem o zdravotní profese stále zvyšuje a kapacity postupně narůstají (Bartůňková et al., 2020).

V závěru našeho výzkumu se zjišťovalo, jak zkušenost s hospitalizací ovlivnila respondenty v jejich dalším profesním životě. Paličková se ve své práci také zabývala změnou v profesionálním životě po prožité hospitalizaci. Většina respondentek v její práci uvedla, že je hospitalizace ovlivnila a snaží se od té doby být více chápavé k potřebám pacientů, snaží se být více tolerantní, empatické, komunikativní a trpělivé (Paličková, 2015). V této práci více než polovina dotazovaných uvedla, že je hospitalizace ovlivnila. Respondenti jako příklad ovlivnění uvedli větší snahu pro komunikaci, empatii a celkově přátelštější přístup. Oproti tomu další tři respondenti si myslí, že je hospitalizace nijak neovlivnila. Dle jednoho respondenta se nedá srovnat práce na ZZS oproti standardnímu oddělení, kde je jedna sestra na větší počet pacientů. I přes to se hodnotí pozitivně, že si většina dotazovaných z prožité hospitalizace přinesla povědomí, jak důležitá je pro pacienta komunikace, dobrý přístup a empatie.

5 Návrh doporučení pro praxi

Cílem bakalářské práce byla analýza pěti výzkumných otázek zabírajících se zkušenostmi hospitalizovaných s personálem, zjištění problémových oblastí při poskytování péče a následná doporučení, pro kvalitnější ošetrovatelskou péči. Zjišťovaly se zkušenosti s všeobecnými sestrami, lékaři a dalším personálem. Jako příklad dalšího personálu byli uvedeni pracovní pozice sanitáře, nebo ošetrovatele. Z analýzy bylo zjištěno, že nejhorší zkušenosti měli hospitalizovaní s lékaři. Jako nejzávažnější problém s nimi uvedli nedostatek komunikace a neinformovanost před výkony, kde tyto dva nedostatky spadaly i do zjištěných problémových oblastí. Jako další negativum, ze strany lékařů, uvedli respondenti nulový zájem o kontakt. Zde pro lékaře navrhuje školení, či meetingy, kde by se lékařům připomenula důležitost komunikace a informovanost pacientů. Podobné školení zaměřené na důležitost komunikace bychom doporučili i pro všeobecné sestry, byť respondenti uvedli zkušenosti s nimi jako kladné.

Jako problémovou oblast jsme zhodnotili i informovaný souhlas. Ze souboru osmi respondentů byla pouze jedna respondentka správně a dostatečně informována od lékaře. Zbylí respondenti buďto podepsali bez předchozích informací nebo nevěděli, zda vůbec informovaný souhlas podepisovali. Toto považujeme za vážný problém. Zde bychom doporučili možnost, kterou navrhuje Česká lékařská komora a tj., formule v informovaném souhlasu, která by obsahovala, že pacient měl možnost mluvit s lékařem a ptát se ho na otázky a k tomu i prohlášení lékaře, že osobně informoval pacienta před zákrokem v rámci společného rozhovoru, potvrzeného podpisem a datem. Následně bychom doporučili složení edukačních týmů, které by se zaměřovaly hlavně na dostatečnou informovanost pro pacienty, ale hlavně školení pro zdravotnický personál, kde by se zabývali problematikou informovaného souhlasu, jelikož ani někteří sami hospitalizovaní ZZ nevěděli, že zaobírat se informovaným souhlasem je povinností lékaře. Jako doporučení pro zlepšení ošetrovatelské péče jsme od hospitalizovaných ZZ dostali zvýšení finančního hodnocení, zlepšení přístupu personálu, navýšení stavů personálu v nemocnicích a dostatek odpočinku pro personál. Zde bychom pouze doporučila se zamyslet, jak dopřát sestram více odpočinku, jelikož i doba Covidu dala všem zabrat a sestry kvůli navýšeným stavům hospitalizovaných pracovali hodně přesčas a vše bylo velice psychicky náročné. Jako návrh nás napadá poskytnout sestram týden v lázních, který mají například příslušníci policie ČR či nabídka jiných relaxačních služeb.

Jako další možnost doporučujeme navýšit dovolenou o jeden týden. Na doporučení od respondentů, aby se zlepšil přístup sester, navrhujeme pro všeobecné sestry školení, kde by se zabývaly důležitostí empatie a přístupu k nemocnému. Ostatní doporučení, jako jsou větší finanční ohodnocení a navýšení stavu pracovníků, nám nepřišla natolik důležitá, jelikož finanční hodnocení sester je v dnešní době více než uspokojivé a dle nejnovějších statistik je stále větší zájem o toto povolání a kapacity pracovníků se postupně navyšují.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou hospitalizovaných zdravotnických záchranářů. Byla rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části se práce zabývala vymezením základních pojmů v ošetrovatelství a byla zde popsána problematika informovaných souhlasů a práv pacienta. Další problematikou, kterou se teoretická část zaměřovala, byl vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem a jejich vzájemná komunikace.

Ve výzkumné části bylo stanoveno pět výzkumných otázek, kdy byla provedena analýza zkušeností hospitalizovaných zdravotnických záchranářů se zdravotnickým personálem. Jaké problémové oblasti shledali během své hospitalizace a jejich následná doporučení pro ošetrovatelskou péči. Sledovaným faktorem bylo též to, jak hospitalizace ovlivnila zdravotnické záchranáře v profesním růstu. Výzkum byl uskutečněn kvalitativní metodou prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. V rámci výzkumu bylo osloveno osm zdravotnických záchranářů z Libereckého a Královehradeckého kraje. Pro zpracování byla zvolena technika kódování „tužka – papír“. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Word.

Výzkumným cílem bylo získat zpětnou vazbu zjistit odpovědi na výzkumné otázky. První otázkou byla snaha **zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta se všeobecnými sestrami**. Bylo zjištěno, že většina respondentů měla během své hospitalizace sestry bezproblémové a respondenti s nimi měli dobrou zkušenost. Druhá otázka se zabývala **zkušeností zdravotnických záchranářů v roli pacienta s lékaři**. Z analýzy vyšlo, že polovina respondentů měla zkušenosti převážně kladné, avšak druhá polovina respondentů měla zážitek negativní. Nejpalčivějšími problémy shledali respondenti zejména nezájem lékařů o kontakt, komunikaci a nízkou míru informovanosti před výkonem, který se chystali provádět. Třetí otázka byla věnována **zkušenostem zdravotnických záchranářů v roli pacienta s dalším personálem**. Jak bylo uvedeno, dalším personálem se rozumí sanitáři a ošetrovatelé. Z výsledků vyplynulo, že většina dotazovaných s nimi měla zkušenost pozitivní, zbývající respondenti nemohli tyto zkušenosti popsat, jelikož nebyl tento personál na oddělení přítomen nebo mezi nimi a všeobecnými sestrami nezpozorovali rozdíl. Čtvrtá otázka zjišťovala **problémové oblasti zdravotnických záchranářů v roli pacienta, se kterými se setkávali při poskytování péče**. První problémovou oblastí byla komunikace, a to hlavně ze strany lékařů. Dále pak nedostatečná informovanost pacienta o jeho

právech při poskytování služeb. Poslední otázka se zabývala doporučeními pro poskytování péče od zdravotnických záchranářů po jejich zkušenostech v roli pacienta. Dle respondentů by se měl zlepšit přístup sester, lékařů a dalšího zdravotnického personálu. Možným řešením by bylo navýšení stavu zdravotnického personálu, které by mohlo vyplývat z lepšího finančního ohodnocení a celkového postavení veškerého personálu.

Za nejdůležitější výstup je považováno ovlivnění zdravotnických záchranářů po profesní stránce po jejich zkušenostech v roli pacienta. Většina dotazovaných uvedla, že od doby hospitalizace se snaží více zaměřit na komunikaci s pacienty, zlepšit přístup a být více empatičtí.

Pro všechna získaná data byla vytvořena schémata, která byla popsána a následně důkladně vyhodnocena v analýze. Následovala diskuze, kde byla zjištěná data porovnána s teorií. Na závěr byla předložena doporučení pro zdravotnický personál, která by mohla pomoci k řešení nedostatků, které byly zjištěny z analýzy výzkumných otázek.

Seznam použité literatury

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

BARTŮŇKOVÁ, Markéta et al. Průběžné výsledky statistických šetření o platech a mzdách v resortu zdravotnictví za období 2019 až 1. čtvrtletí 2020: segment lůžkové péče. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *ÚZIS ČR* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [cit. 2020-6-26].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/zpravy/20200626-tz-odmenovani/20200626-tz-odmenovani.docx>

BRABCOVÁ, Iva. 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-604-3.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20. ISSN 1211-1244.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131. ISSN 1211-1244.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2004. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30. ISSN 1211-1244.

DINGOVÁ, Š. M., L. VRABELOVÁ a L. LIDICKÁ. 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-0717-9.

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

HAMPLOVÁ, Lidmila. 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0568-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7492-063-9.

HEŘMÁNKOVÁ, Kristýna. 2018. Informovaný souhlas. *DentalCare magazin*. **2018(2)**, 35-38. ISSN 1801-0512.

KRÁTKÁ, Anna. 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství: studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-635-8.

MACH, Jan. 2012. Jaký smysl má vnitřní řád zdravotnického zařízení? *Tempus medicorum*. **21(6)**, 28. ISSN 1214-7524.

MACH, Jan a Jan MACH. 2013. *Univerzita medicínského práva: Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5113-9.

MANDINCOVÁ, Petra. 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3811-6.

MARUŠKOVÁ, Monika. 2012. *Zdravotník jako pacient*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství.

MELLANOVÁ, Alena. 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5589-2.

MÜLLEROVÁ, Dana. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2510-2.

OREL, Miroslav. 2014. *Somatopatologie: Nauka o nemocech těla*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4714-9.

PALIČKOVÁ, Pavla. 2015. *Když se ze zdravotníka stane pacient*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

PLEVOVÁ, Ilona a Ilona PLEVOVÁ. 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.

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

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

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

PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK a J. MACH. 2017. *Informovaný souhlas*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-334-0.

SOUČEK, Miroslav a Petr SVAČINA. 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2289-9.

ŠIMÍČEK, Vojtěch, ed. 2017. *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8700-2.

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

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

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

VEVERKOVÁ, E., E. KOZÁKOVÁ a L. DOLEJŠÍ. 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2747-9.

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

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

WILEY, Kathleen. 2018. What You Need to Know About Obtaining Informed Consent. *ONS Voice*. **33**(5), 65. ISSN 2475-6938.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Kategorie dat.....	28
Tabulka 2 Identifikace.....	29

Seznam grafů

Schéma 1 Adaptace.....	30
Schéma 2 Poskytování informací	31
Schéma 3 Komunikace a přístup	33
Schéma 4 Zkušenosti s personálem	34
Schéma 5 Pochybení	36
Schéma 6 Hodnocení	37
Schéma 7 Vliv hospitalizace.....	39

Seznam příloh

Příloha A: Práva pacientů

Příloha B: Kompetence zdravotnických záchranářů

Příloha C: Protokol k realizaci výzkumu

Příloha D: Otázky k rozhovoru

Příloha E: Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu - VZOR

Příloha F: Ukázka techniky tužka - papír

Příloha G: Ukázka přepsaného rozhovoru

Příloha H: Článek do odborného časopisu

Příloha A: Práva pacientů

- 1) Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni
- 2) Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo
 - a) Na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb
 - b) Zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení, pokud tento zákon nebo jiné právní předpisy nestanoví jinak
 - c) Vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby; to neplatí, jde-li o poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence
 - d) Být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové nebo jednodenní péče (dále jen „vnitřní řád“)
 - e) Na
 1. Nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou
 2. Nepřetržitou přítomnost opatrovníka, popřípadě osoby určené opatrovníkem, je-li osobou, jejíž svéprávnost je omezena tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „pacient s omezenou svéprávností“)
 3. Přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence
 - f) Být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrzených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje
 - g) Znat jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb a osob připravujících se u poskytovatele na výkon zdravotnického povolání, které jsou při poskytování zdravotních služeb přítomny, popřípadě provádějí činnosti, které jsou součástí výuky
 - h) odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka
 - i) přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, pokud tento zákon nebo jiný právní předpis nestanoví jinak

- j) přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (dále jen „duchovní“) v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; návštěvu duchovního nelze pacientovi odepřít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak
 - k) na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb
- 3) Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou. V případě osob ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence ustanoví tlumočnicka Vězeňská služba
- 4) Pacient se smyslovým nebo tělesným postižením, který využívá psa se speciálním výcvikem, má právo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe ve zdravotnickém zařízení, a to způsobem stanoveným vnitřním řádem tak, aby nebyla porušována práva ostatních pacientů, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Psem se speciálním výcvikem se pro potřeby věty první rozumí vodící pes nebo asistenční pes.

Zdroj: ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131. ISSN 1211-1244.

Příloha B: Kompetence zdravotnických záchranářů



- 1) Zdravotnický záchranář bez odborného dohledu a bez indikace lékaře může
 - a) Monitorovat a hodnotit vitální funkce včetně snímání elektrokardiografického záznamu, průběžného sledování a hodnocení poruch rytmu, vyšetření a monitorování pulzním oxymetrem
 - b) Zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím ručních křísících vaků, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu
 - c) Zajišťovat periferní žilní nebo intraoseální vstup, aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci roztoků glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií
 - d) Provádět laboratorní vyšetření určená pro neodkladnou péči a hodnotit je
 - e) Obsluhovat a udržovat vybavení všech kategorií dopravních prostředků, řídit pozemní dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy s využitím výstražných zvukových a světelných zařízení
 - f) Provádět první ošetření ran, včetně zástavy krvácení
 - g) Zajišťovat nebo provádět bezpečné vyproštění, polohování, imobilizaci, transport pacientů a zajišťovat bezpečnost pacientů během transportu
 - h) Vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při řešení následků mimořádných událostí při provádění záchranných a likvidačních prací v rámci integrovaného záchranného systému
 - i) Zajišťovat v případě potřeby péči o tělo zemřelého
 - j) Přejímat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu
 - k) Přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu
 - l) Provádět neodkladné výkony v rámci probíhajícího porodu a první ošetření novorozence
 - m) Přijímat, evidovat a vyhodnocovat tísňové výzvy z hlediska závažnosti zdravotního stavu pacienta a podle stupně naléhavosti, zabezpečovat odpovídající způsob jejich řešení za použití telekomunikační a sdělovací techniky

- n) Provádět telefonní instruktáž k poskytování první pomoci a poskytovat další potřebné rady za použití vhodného psychologického přístupu
 - o) Zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii
- 2) Zdravotnický záchranář bez odborného dohledu na základě indikace lékaře může
- a) Zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, zavádět a udržovat inhalační kyslíkovou terapii, zajišťovat přístrojovou ventilaci s parametry určenými lékařem, pečovat o dýchací cesty pacientů i při umělé plicní ventilaci
 - b) Podávat léčivé přípravky, včetně krevních derivátů
 - c) Asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji
 - d) Provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let
 - e) Odebírat biologický materiál na vyšetření

Zdroj: ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20. ISSN 1211-1244.

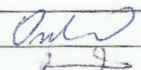

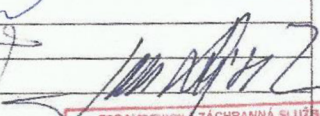
Příloha C: Protokol k realizaci výzkumu

PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Lucie Ondráčková
Osobní číslo studenta:	D18000146
Univerzitní e-mail studenta:	lucie.ondrackova@tul.cz
Studijní program:	Zdravotnický záchranář
Ročník:	3.
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Zdravotnický záchranář v roli pacienta
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Metoda a technika výzkumu:	Kvalitativní, polostrukturovaný rozhovor
Soubor respondentů:	Zdravotničtí záchranáři
Název pracoviště realizace výzkumu:	Zdravotnická záchraná služba Královehradeckého kraje
Datum zahájení výzkumu:	18.4.2021
Datum ukončení výzkumu:	18.5.2021
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Vyjádření vedoucího kvalifikační práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> bude spojen <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen
Souhlas vedoucího pracovníka instituce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Prohlášení studenta	
<p>Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován. V kvalifikační práci nebude uveden název instituce, pokud není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.</p>	
Vyjádření vedoucího pracovníka instituce o případném zveřejnění názvu instituce v kvalifikační práci a v publikacích souvisejících s kvalifikační prací:	<input type="checkbox"/> souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis studenta:	
Podpis vedoucího práce:	
Podpis vedoucího pracovníka instituce:	
Podpis vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	

JRZS KHK

PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Lucie Ondráčková
Osobní číslo studenta:	D18000146
Univerzitní e-mail studenta:	lucie.ondrackova@tul.cz
Studijní program:	Zdravotnický záchranář
Ročník:	3.
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Zdravotnický záchranář v roli pacienta
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Metoda a technika výzkumu:	Kvalitativní, polostrukturovaný rozhovor
Soubor respondentů:	Zdravotníci záchranáři
Název pracoviště realizace výzkumu:	Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje
Datum zahájení výzkumu:	18.4.2021
Datum ukončení výzkumu:	18.5.2021
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Vyjádření vedoucího kvalifikační práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> bude spojen <input checked="" type="checkbox"/> nebude spojen
Souhlas vedoucího pracovníka instituce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován. V kvalifikační práci nebude uveden název instituce, pokud není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.	
Vyjádření vedoucího pracovníka instituce o případném zveřejnění názvu instituce v kvalifikační práci a v publikacích souvisejících s kvalifikační prací:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis studenta:	
Podpis vedoucího práce:	
Podpis vedoucího pracovníka instituce:	
Podpis vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	



Příloha D: Otázky k rozhovoru

1. Kolik je vám let a jak dlouho vykonáváte svoji profesi?
2. Byl/a jste během svého výkonu profese hospitalizován/a? Pokud ano, tak na jak dlouho?
3. Jak byste popsal/a změnu své role? Z role zdravotníka na roli pacienta?
4. Jak byste ohodnotil/a svoji adaptaci na nemoc a hospitalizaci
5. Považoval/a jste v tu dobu svoji profesi a vzdělání jako výhodu nebo nevýhodu a popřípadě v čem?
6. Měl personál informaci o vaší profesi? Pokud ano, měl/a jste pocit, že vám byly poskytnuty veškeré informace nebo byly spíše zestručněny, protože personál předpokládal vaše znalosti z oboru?
7. S čím jste byl/a seznámen/a v rámci informovaného souhlasu a kdo vás informoval?
8. Byl/a jste během hospitalizace seznámen/a se svými právy a vnitřním řádem nemocnice?
9. Byl přístup personálu k vám stejný jako k ostatním pacientům?
10. Jak probíhala komunikace mezi vámi a zdravotníky? Byla komunikace dostatečná?
11. Jaké byly vaše zkušenosti s přístupem všeobecných sester?
12. Jaké byly vaše zkušenosti s přístupem lékařů?
13. Jaké byly vaše zkušenosti s přístupem ostatního personálu? Sanitáři, Ošetřovatelé?
14. Všiml/a jste si během hospitalizace nějakého pochybení ze strany personálu během ošetřovatelské péče?
15. Uvědomila jste si během hospitalizace vaše dřívější profesní chyby?
16. Které věci hodnotíte pozitivně po prodělané hospitalizaci?
 - a. Myslíte si, že měly velký vliv na zotavování?
17. Co byste doporučil/a do budoucna změnit, aby bylo poskytování péče na lepší úrovni?
18. Ovlivnila hospitalizace váš profesní postoj? Pokud ano, mohl/a byste mi říct jak?

Příloha E: Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu - VZOR

Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Lucie Ondráčková
Osobní číslo studenta:	D18000146
Univerzitní e-mail studenta:	lucie.ondrackova@tul.cz
Studijní program:	Specializace ve zdravotnictví
Ročník:	3.
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Téma kvalifikační práce:	Zdravotnický záchranář v roli pacienta
Technika	Polostrukturovaný rozhovor

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěla požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím diktafonu) a následně zpracován.

V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce.

Jméno a příjmení respondenta: _____

Podpis respondenta: _____

Dne: _____

Příloha F: Ukázka metody tužka – papír

- 8 18
- R₁ – ovládnout personál, přístup, zlidstit to.
 - R₂ – člověk si uvědomí, jaké má to může ovlivnit lidi
 - R₃ – ne,
 - R₄ – snažím se vzápomínat na kontakt s pacientem
 - R₅ – říkám
 - R₆ – nemyšlím si, zda se to má srovnat s ps a oddělen
 - R₇ – snažím se být víc empatická a přátelská, kontakt
 - R₈ – přístup k pacientům – sestavit se do role
řádně boba

R₃, R₅, R₆

R₁, R₂, R₄, R₇, R₈

Prít R₁, R₂, R₇, R₈

Kont R₄, R₇

Příloha G: Ukázka přepsaného rozhovoru

Q: Kolik je vám let a jak dlouho vykonáváte svoji profesi?

R: *32 let a to už je tak osmý rok*

Q: Byl jste během svého výkonu profese hospitalizován? Pokud ano, tak na jak dlouho?

R: *Ano a bylo to asi na týden*

Q: Jak byste popsal změnu své role? Z role zdravotníka na roli pacienta?

R: *No nečekal bych to, že se mi může něco takového stát a byl jsem plný očekávání a zároveň i obav*

Q: Z čeho obavy?

R: *Že se prostě něco podělá během operace, po operaci ...*

Q: Jak byste ohodnotil svoji adaptaci na nemoc a hospitalizaci?

R: *Tak já jsem věděl, jako co se bude dít a co se mi stalo a tak jako adaptace nebyla žádná, nechtěl jsem být moc v nemocnici teda jako zbytečně dlouho a takže to bylo bez problému a navíc jsem ty lidi z oddělení znal částečně a tak*

Q: Považoval jste v tu dobu svou profesi a vzdělání jako výhodu nebo nevýhodu a popřípadě v čem?

R: *Obojí, výhoda v tom, že prostě vím, co bude následovat i přes to, že mi to třeba někdo neřekne nebo nedostatečně vysvětlí a že znám to prostředí a nevýhoda v tom, že právě jsem hodnotil tu práci těch kolegů sester a lékařů*

Q: Měl personál informaci o vaší profesi? Pokud ano, měl jste pocit, že vám byly poskytnuty veškeré informace nebo byly spíše zestručněny, protože personál předpokládal vaše znalosti z oboru?

R: *Nevím jak lékaři, sestry určitě a myslím si, že zestručňovali informace, který mi podávali, pokud to teda nebylo pro ně standardní, jako že lidem nic neříkají,*

Q: S čím jste byl seznámen v rámci informovaného souhlasu a kdo vás informoval?

R: *to, že jsem podepisoval informovaný souhlas, si vůbec nepamatuju*

Q: Byl jste během hospitalizace seznámen se svými právy a vnitřním řádem nemocnice?

R: *nevzpomínám si*

Q: Byl přístup personálu k vám stejný jako k ostatním pacientům?

R: *Troufám si říct a věřím tomu, že se ke mně chovali líp, ale vůbec asi nevím, jestli to můžu posoudit, já jsem byl na pokoji sám a z pokoje jsem se nedostal během hospitalizace*

Q: Jak probíhala komunikace mezi vámi a zdravotníky? Byla komunikace dostatečná?

R: *No třeba od jednoho lékaře, co si vzpomínám, tak určitě nebyla, protože když mi sundával krytí, tak mi ani neřekl, abych se na to připravil, nějakým způsobem a pěkně to zabolelo a zaštipalo, když mi to vzalo všechny chlupy z ruky a co se týče sester, tak jo a když mi přišlo že ne, tak jsem se doptával.*

Q: Jaké byly vaše zkušenosti s přístupem všeobecných sester?

R: *asi, já si myslím žetakhle, já jsem byl na příjmu na ambulanci, tam to bylo tak 50 na 50, protože jsem byl z jednoho kolegy nadšenej s z druhý kolegyně jsem byl nešťastnej a když jsem byl na oddělení na hospitalizaci, tak tam jsem ty holky taky znal, takže úplně v pohodě jako, přístup fajn*

Q: Jaké byly vaše zkušenosti s přístupem lékařů?

R: *Přístup na operačním sále, anesteziologa, nebo anestezioložky, teď už nevímtak to bylo fajn a pak ortoped, který mi revidoval ránu a který mi vyndával dreny, tak to mi přišlo jako neprofesionální*

Q: V jakém smyslu?

R: *No, nedostatečná informovanost o tom úkonu, který se chystal provést, já věděl, co přijde a taky jsem věděl, že se mám nadechnout a při výdechu by prostě měl vytahovat ten drén, ale to prostě neproběhlo vůbec a pak ještě to, že mi bude sundávat to (krytí), tak to bylo takový neosobní, bylo to prostě takový šup šup jdem na dalšího pacoše, takový z toho jsem měl dojem*

Q: Jaké byly vaše zkušenosti s přístupem ostatního personálu? Sanitáři, ošetřovatelé?

R: *úplně v pohodě s nima na tykačku a úplně pohoda, když je člověk pozdraví, tak oni jsou šťastný a když se k nim chová člověk slušně a že jsou na stejné úrovni jako sestry a lékaři, což jsou, tak prostě to je úplně v pohodě*

Q: Všiml jste si během hospitalizace nějakého pochybení ze strany personálu během ošetřovatelské péče?

R: *Tak teď umývat zadek svým kolegům to je supertak takový drobnosti asi no, jako holky mají hodně práce, což je asi plošně v celý republice, že ty sestry jsou přetěžovaný, mají spoustu pacientů na starosti, tak jako tím, že se ty úkony u těch pacientů musí zrychlit, aby pokryly jako nároky všech těch pacientů, tak jsou některý ty postupy osekány a určitě to, co vás učí ve škole není pravda a neshoduje se to s realitou. Takže prostě dezinfekce některých těch vstupů a nebo právě ta komunikace s tím pacientem a tak*

Q: a nějaké takovéto pochybení bylo během vaší hospitalizace jako nějaká chyba jo ?

R: *Co se týče tý dezinfekce těch vstupů no*

Q: Uvědomil jste si během hospitalizace vaše dřívější profesní chyby?

R: *Ne, já jsem od začátku dokonalej a ke všem těm pacientům přistupuji velice prostě osobitě, osobně a snažím se s nima prostě najet na nějakou takovou tu rovinu přátelskou a empaticnost využívám dost a takže.....ehm určitě, je prostě potom vidět, může to člověk srovnat, jestli jako se choval stejně dřív, nebo jestli se choval líp, takže poučení to je vždycky*

Q: Které věci hodnotíte pozitivně po prodělané hospitalizaci? A myslíte si, že měly velký vliv na zotavování?

R: *Pozitivně hodnotím to, že jsem objevil, že tramal, tramadol mi dělá moc dobře a funguje dlouho, takže, to je pozitivní a pozitivní bylo taky, že operatér odvedl tu operaci dobře, z čehož jsem měl strach, aby prostě... jednou jsem měl zlomeninu klíčku, tak aby to nesrostlo nějakým špatným způsobem a nemusel jsem jít na reoperaci nebo nějaký lámání, takže to bylo fajn, uspávání bylo tak fajn, probuzení už bylo takový horší a když jsem se po probuzení hned ptal, to mi vyndávali vlastně kovy*

Q: Jestli třeba chování hodnotíte pozitivně, jakože to mělo vliv pro to zotavování nebo?

R: *Jo takhle, chování, těch sester?*

Q: Ano

R: *Mě to asi neovlivnilo nijak*

Q: Co byste doporučil do budoucna změnit, aby bylo poskytování péče na lepší úrovni?

R: *Doporučil bych celému managementu nemocnic a ministerstva, aby se soustředil na to, aby byl dostatek personálu, a když bude dostatek personálu a dostatek peněz, tak se ty sestry budou mít čas věnovat těm pacientům víc a dávat jim podepisovat ty informovaný souhlasy a domovní řády nemocnic a takový věci.*

Q: Ovlivnila hospitalizace váš profesní postoj? Pokud ano, mohl byste mi říct jak?

R: *Asi že se snažím nezapomínat na ten kontakt s pacientem, iniciální doteky a takový ty věci, který vás v tý škole fakt učí a jsou dobrý a prostě spousta lidí to nedělá, protože to třeba vnímají, že to zdržuje tu práci, ale prostě patří to k tomu profesionálnímu přístupu v práci a myslím si, že to je jakoby na západě standardem a u nás tolik zatím ne, protože se to prostě...je to tady v těch starších sestřích a vrchních a staničních vrytý a oni to nevnímají prostě jako potřebu, takže to neučej ani ty mladý a ty mladý si to přinesou ze školy a když prostě nejsou dost otrlý, tak se to pak smázne těma staršíma sestrama a jejich zkušenostma a jde to dál.*

Příloha H: Článek do odborného časopisu

Zdravotnický záchranář v roli pacienta

Paramedic in the role of the patient

Autor: Lucie Ondráčková, Mgr. Zuzana Paukertová

Abstrakt

Článek je zaměřen na zkušenosti zdravotnických záchranářů s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení, které se následně mohou do budoucna projevit v profesním životě. Zjištěná data vychází z bakalářské práce, ve které bylo osloveno osm respondentů. Článek se konkrétně zabývá zkušenostmi dotazovaných se zdravotnickým personálem, který byl přítomen během jejich hospitalizace, zjištěním problémových oblastí, které se během hospitalizace vyskytly a následná doporučení respondentů pro následující ošetrovatelskou péči.

Klíčová slova: nemoc, zdraví, hospitalizace, zdravotnický záchranář, komunikace, pacient, zdravotník

Abstract

The article focuses on the experience of paramedics with hospitalization in a medical facility, which may subsequently be reflected in professional life in the future. The data obtained are based on a bachelor's thesis in which eight respondents were addressed. The article specifically deals with the experiences of respondents with medical staff who were present during their hospitalization and subsequent recommendations of respondents for subsequent nursing care.

Keywords: disease, health, hospitalization, paramedic, communication, patient, nurse

Úvod

Práce zdravotníků je vysoce kvalifikovaná a časově náročná. Zdravotníci mnohdy nemají dostatek odpočinku, čímž dojde k vyčerpání organismu, které může vyústit až v nemoc. Mít na oddělení hospitalizovaného zdravotníka může ošetřovatelský personál snadno rozhodit. Může to vést ke změnám chování ošetřujícího personálu, nervozitě při výkonech, i zbytečným chybám.

Cíle práce

1. Zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta se všeobecnými sestrami.
2. Zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s lékaři.
3. Zjistit zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s dalším personálem.
4. Zjistit problémové oblasti zdravotnických záchranářů v roli pacienta, se kterými se setkávali při poskytování péče.
5. Zjistit doporučení zdravotnických záchranářů v roli pacienta pro poskytování péče.

Výzkumné otázky

1. Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta se všeobecnými sestrami?
2. Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s lékaři?
3. Jaké jsou zkušenosti zdravotnických záchranářů v roli pacienta s dalším personálem?
4. Jaké jsou problémové oblasti zdravotnických záchranářů v roli pacienta, se kterými se setkávali při poskytování péče?
5. Jaká jsou doporučení zdravotnických záchranářů v roli pacienta pro poskytování péče?

Metodika výzkumu

Výzkumná část byla provedena kvalitativní metodou, zvolenou technikou byl polostrukturovaný rozhovor. Respondenti byli zdravotničtí záchranáři z výjezdových stanic Královehradeckého a Libereckého kraje. Rozhovory byly nahrány na mobilní telefon, přepsány a následně kódovány pomocí metody tužka-papír. Získaná data byla analyzována, ze kterých byl vyvozen závěr a doporučení pro praxi.

Výsledky

Bakalářská práce se zabývala tématem zdravotnického záchranáře v roli pacienta. V teoretické části jsme se věnovali podrobnému vysvětlení pojmů, jako jsou nemoc, zdraví či komunikace. Více jsme se zaobírali vztahy, které se v rámci hospitalizace tvoří mezi zdravotnickým personálem a pacientem.

Ve výzkumné části bylo stanoveno pět výzkumných otázek, na které jsme se pomocí kvalitativní metody technikou polostrukturovaného rozhovoru snažili získat odpovědi. Rozhovor jsme prováděli se zdravotnickými záchranáři z výjezdových základen Libereckého a Královehradeckého kraje. Pro každou výzkumnou otázku byly vytvořeny kategorie obsahující několik otázek z rozhovoru. Prvním výzkumným cílem bylo **zjistit zkušenosti ZZ v roli pacienta s všeobecnými sestrami**. Dozvěděli jsme se, že většina respondentů měla na všeobecné sestry kladné ohlasy. Přístup sester byl bezproblémový až na dva dotazované, kteří však uvedli, že záleželo na charakteru sestry. Druhým výzkumným cílem bylo **zjistit zkušenosti ZZ v roli pacienta s lékaři**. Zde už respondenti nebyli tolik spokojeni. Někteří uvedli jako negativum nezájem o kontakt ze strany lékařů, nulová komunikace a žádná informovanost před výkony. Třetím výzkumným cílem bylo **zjistit zkušenosti ZZ v roli pacienta s dalším personálem**. Jako příklad dalšího personálu jsme uvedli sanitáře, či ošetřovatele. Na to dotazovaní odpověděli, že s dalším personálem byl bezproblémový, kladný přístup. Někteří respondenti akorát poukázali na nedostatek, co se týče rozlišení tohoto personálu od všeobecných sester či úplné nepřítomnosti na oddělení. Čtvrtým výzkumným cílem bylo **zjistit problémové oblasti ZZ v roli pacienta, se kterými se setkávali při poskytování péče**. Dle odpovědí respondentů jsme jako problémové oblasti uvedli podávání informací v rámci informovaného souhlasu a komunikaci. Respondenti ovšem uvedli, že tento problém pozorovali hlavně ze strany lékařů. Hospitalizovaní ZZ dostávali stručné informace, lékaři s nimi skoro nekomunikovali a prováděli výkony bez předchozí informovanosti. Pátým výzkumným cílem bylo **zjistit, jaká jsou doporučení ZZ v roli pacienta pro poskytování péče**. Respondenti se víceméně shodli na stejných věcech. Jako doporučení uvedli lepší finanční ohodnocení sester, zlepšit přístup personálu, navýšit stavy, aby bylo všude dostatek sester a zajistit dostatek odpočinku pro zdravotnický personál.

Pro všechna získaná data byla vytvořena schémata, která byla podrobně popsána, a poté vše bylo vyhodnoceno v analýze. Následovala diskuze, kde jsme zjištěná data

porovnali s teorií. Po pečlivém zhodnocení si můžeme dovolit poznamenat, že stanovené výzkumné cíle bakalářské práce byly splněny.

Návrh doporučení pro praxi

Na základě zanalyzovaných dat z výzkumné části bakalářské práce jsme zjistili, že zkušenosti se zdravotnickým personálem měli respondenti z větší části pozitivní. Jediné negativu představovali lékaři, kteří s pacienty nekomunikovali a nedostatečně je informovali. Právě komunikaci jsme uvedli jako problémovou oblast. Proto bychom doporučili uspořádat školení pro lékaře, ale i sestry, na kterém by se probírala důležitost komunikace. Jako další nedostatek jsme zjistili slabou informovanost. Tímto bychom chtěli doporučit sestavení edukačních týmů, kteří by se zcela věnovali pacientům, nebo bychom doporučili vylepšení, které navrhla Česká lékařská komora a tj., aby informovaný souhlas obsahoval potvrzení, že pacient byl dostatečně informován, mohl vést s lékařem rozhovor a po rozhovoru nemá již další otázky. To by musel následně lékař stvrdit svým podpisem a datem. Nakonec jsme se respondentů ptali, jaká mají doporučení pro následující ošetrovatelskou péči. Z odpovědí, kde respondenti doporučují zvýšení platu, navýšení stavů, více odpočinku pro personál a zlepšení přístupu, jsme pouze doporučili možnost dopřát personálu více odpočinku. Jako návrh jsme uvedli zajistit pro ošetřující personál lázně či jinou možnost využití relaxačních služeb, nebo týden dovolené navíc.

Závěr

Stanovili jsme si 5 výzkumných cílů, které jsme na základě analýz splnili. Díky zjištěným výsledkům jsme dále navrhli několik doporučení pro práci, které by mohly zlepšit zjištěné nedostatky, se kterými se hospitalizovaní setkali v rámci ošetrovatelské péče a tím celkově ošetrovatelskou péči udělat kvalitnější.