

**Jiho česká univerzita v českých Budějovicích**

**Zdravotní sociální fakulta**

**Vnímání zdravotnické praxe studentem oboru všeobecná sestra ošetřujícího pacienta**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce :  
Mgr. Alena Polanová**

**Autor práce:  
Marie Šífková**

**2011**

## ***Abstract***

The topic of the thesis is "Patient's perception of nursing practice provided by students of nursing. Nursing practice during the study is an important factor helping make a good nurse from a student. It is the combination of theory and practice in general nursing students which is essential for the educational process improvement. In nursing practice, it is important to interact with patients. Everything happens through interaction and communication, which is significant in terms of the professional conduct every medical staff member should learn during the study. This ability leads to the establishment and development of contacts with the patient and greatly affects the way the patient perceives the nurse.

The aim of thesis is "To find out how the patient perceives the students performing nursing practice in hospital. Therefore, the following hypotheses were stated: Hypothesis 1: "I assume the patients respect the students in nursing practice," which was confirmed, Hypothesis 2: "I assume that patients are scared of some nursing procedures provided by students," cannot be confirmed, and Hypothesis 3: "I assume that younger patients are more critical to practicing students than older patients," cannot be confirmed. The second aim of the thesis is "To find out how the patient perceives the students practicing in hospital. This relates to Hypothesis 4: "I assume that patients are satisfied with the nursing students' practice," which was confirmed. Another part of the thesis was answering the stated research questions. 1st research question was "What leads the patients to refuse a nursing procedure provided by students?" These were mainly the lack of the students' experience, the patients' distrust of the students and the patients' pain and shame. 2nd research question was "Are the patients informed that there are students performing nursing practice in this ward?" 2 of 4 patients were informed about this fact.

To obtain the necessary data both the qualitative and quantitative research were used. The qualitative research was carried out through non-standardized interviews. The quantitative research method was a questionnaire survey. The questionnaires were designed for patients at the departments where the general nursing students' practice takes place. The questionnaire survey and non-standardized interviews were conducted in eské Bud jovice Hospital, plc.

## Prohlášení

Prohláuji, že svoji bakalářskou práci na téma: Specifika péče o pacienta na chronické resuscitaci jednotce jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky kolektivu a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11.11.2019

\_\_\_\_\_  
..

Podpis studenta

**Pod kování:**

Děkuji Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení mé bakalářské práce, podmětně  
připomínky a rady.

## Obsah

Úvod.....	3
<b>1 Sou asný stav .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 O-et ovatelství.....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Charakteristika o-et ovatelství .....	4
1.1.2 Cíle o-et ovatelství.....	4
1.1.3 Rysy a znaky o-et ovatelského povolání.....	5
1.1.4 Kvalita o-et ovatelské pé e .....	6
<b>1.2 Výchova a vzd lávání v oblasti o-et ovatelské pé e.....</b>	<b>6</b>
1.2.1 Historie o-et ovatelství.....	6
1.2.2 Sou asnost o-et ovatelství .....	9
<b>1.3 Osobnost sestry a pacienta .....</b>	<b>13</b>
1.3.1 Osobnost .....	13
1.3.2 Temperament.....	13
1.3.3 Charakter.....	14
1.3.4 Sestra .....	15
1.3.4.1 Osobnost sestry .....	15
1.3.4.2 Vlastnosti sestry .....	16
1.3.4.3 Sestra jako poskytovatel o-et ovatelské pé e .....	17
1.3.4.4 Povinnosti sester .....	18
1.3.4.5 Etický kodex sester .....	18
1.3.4.6 Týmová práce.....	19
1.3.5 Pacient.....	19
1.3.5.1 Pot eby pacienta .....	19
1.3.5.2 Ochota pacienta poslouchat zdravotního pracovníka.....	20
1.3.5.3 Typologie pacient .....	21
1.3.5.4 Pacient v nemoci a faktory p sobící na jeho osobnost .....	22
1.3.5.5 Práva pacient a Charta práv nemocných .....	23
<b>1.4 Komunikace .....</b>	<b>23</b>
1.4.1 Komunikace a komunika ní model.....	23
1.4.2 Verbální a neverbální komunikace.....	24
1.4.3 Specifika komunikace ve zdravotní profesi.....	25

1.5	<i>Vztah zdravotního pracovníka a pacienta</i> .....	26
2	<b>Cíl práce a stanovené hypotézy</b> .....	28
2.1	<i>Cíle práce</i> .....	28
2.2	<i>Výzkumné otázky</i> .....	28
2.3	<i>Hypotézy</i> .....	28
3	<b>Metodika</b> .....	29
3.1	<i>Metodika a technika -et ení</i> .....	29
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	29
4	<b>Výsledky</b> .....	31
4.1	<i>Rozhovory</i> .....	31
4.1.1	<i>Výsledky kvalitativního -et ení</i> .....	36
4.2	<i>Výsledky kvantitativního -et ení</i> .....	38
4.2.1	<i>Grafy</i> .....	38
5	<b>Diskuse</b> .....	63
6	<b>Záv r</b> .....	72
7	<b>Seznam poufitých zdroj</b> .....	74
8	<b>Klí ová slova</b> .....	78
9	<b>P ílohy</b> .....	79

## Úvod

Vývoj lidstva doprovází i zmínky o lidském utrpení, nemocech a zraněných. A díky tomu jsou zmínováni i lidé, kteří se toto utrpení snaží zmírnit. V nalezených spisech se sice přímo o ošetřovatelství nemluví, ale je jasné, že lékaři k sobě přitahovali pomocníky. A tak máme hořké příběhy o sestrách obstarávajících o základní potřeby chudých, nemocných a o Anežce Přemyslovné, zakladatelce zdravotnictví v českých zemích nebo o anglické ošetřovatelce Florence Nightingalové, zakladatelce organizovaného ošetřovatelství.

Není však důležité, zda se setra stane šlavnou, ale to, jaká je doopravdy. Nejlépe pokud splňuje požadavky dle formulace Virginie Hendersonové, která v roce 1996 formulovala nezastupitelnou úlohu sester takto: „Pomáhat člověku k zdravému a nemocnému ve výkonu činností poskytujících ke zdraví, uzdravení nebo pokojné smrti, které by vykonal sám, kdyby neměl nezbytnou sílu, vědomí nebo znalosti.“ (6, s. 7).

Významným faktorem k tomu, aby se ze studenta stala právě taková to sestra, je výkon ošetřovatelské praxe během studia. Právě spojení teorie a praxe student oboru všeobecná sestra je nezbytné pro zkvalitnění vzdělávacího a výchovného procesu. Studentská praxe je proto nedílnou a důležitou součástí studia. Význam má nejen z hlediska výuky, ale i pro budoucí zapojení studenta do ošetřovatelského procesu. V ošetřovatelské praxi je významná interakce s nemocnými. Ve které dle ní se odehrává formou interakcí a komunikace, která je podstatná z hlediska profesionálního chování, které by si měl každý zdravotník osvojit již během studia. Tato schopnost slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem a značně ovlivní, jak je sestra pacientem vnímána.

Úkolem studenta není tedy dosáhnout proslulosti Florence Nightingalové. Úkolem studenta je, aby byli vnímáni omezi pacienta dle formulace Virginie Hendersonové.

## 1 Současný stav

### 1.1 O-et ovatelství

#### 1.1.1 Charakteristika o-et ovatelství

Dle Ministerstva zdravotnictví je postavení o-et ovatelství nezastupitelné v péči o zdraví člověka (16).

Existuje mnoho charakteristik o-et ovatelství. Pochylá například uvádí, že o-et ovatelství je chápáno jako šamostatná vdecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. (20, s. 8). Dle Věstníku 9/2004 Ministerstva zdravotnictví se o-et ovatelskou péčí rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivce, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi (16).

O-et ovatelská péče je poskytována jak v rámci integrované péče, tak i v rámci péče paliativní. Její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti (20). O-et ovatelství v sobě zahrnuje systém o-et ovatelských činností, které se týkají jednotlivce, rodin nebo skupin/komunit. Je především zaměřeno na podporu a udržení zdraví a rozvoj soběstačnosti. O-et ovatelské činnosti mají směřovat ke zmírování utrpení nevyléčitelně nemocných, zajištění klidného umírání a smrti (15).

#### 1.1.2 Cíle o-et ovatelství

Mezi hlavní cíle o-et ovatelství patří udržet a upevnit zdraví, rozvíjet soběstačnost (29) systematicky pečovat o potřeby člověka, které se mění v různých fázích a zdravotních situacích (15), poskytovat odbornou péči nemocným, kteří se léčí ve zdravotnických zařízeních (25), a komplexně a systematicky uspokojovat potřeby člověka a to s respektem k individuální kvalitě života a zmírovat fyzické a psychické bolesti v průběhu umírání (20).

Dle Konceptu českého o-et ovatelství je cílem o-et ovatelské péče oekávaný konkrétní výsledek o-et ovatelské péče, která je plánovaná v rámci o-et ovatelského procesu. Konceptu českého o-et ovatelství rozlišuje cíl dlouhodobý a krátkodobý. Cílem dlouhodobým se rozumí cíl, který je plánován na určité delší časové období a



týká se především upevnění zdraví, dodržování správného léčebného režimu a dosažení maximální soběstačnosti vinnostech denního života. Cíl krátkodobý představuje cíl naplánovaný na prvních několika hodin a dní, jedná se například o plán v průběhu hospitalizace (4).

Dalšími cíli ošetřovatelství je podpora a upevnění zdraví a podílet se na jeho navrácení (20). Dále se jedná o pomoc při předcházení (prevenci) nemocí. To se může uskutečnat například pomocí besed a přednášek zaměřených například na téma zdravé výživy, hygieny prostředí, osobní hygieny, zdravého režimu dne, tj. vyváženost práce a odpočinku, předcházení vzniku infekčních chorob apod. Mezi cíle ošetřovatelství se řadí i získávání spolupráce aktivní ústí na péči o vlastní zdraví. Při každé příležitosti je nutné je přesvědčovat, že k upevnění svého zdraví může přispět každý jedinec sám. Významným krokem k upevnění zdraví a prevenci proti nemoci je aktivní přístup jedince. Pokud dojde ke vzniku nemoci, tak může nemocný přispět k jejímu zdárnému léčení svou vůlí a snahou uzdravit se. Cílem ošetřovatelství je také účastnit se na snižování negativního vlivu nemoci na celkový stav organismu nemocného, péče o to, aby byli nemocní dobře ošetřeni a aby nenastaly různé komplikace, které léčení prodlužují. Pomáhat lidem, kteří jsou tělesně a duševně postiženi. S takovými lidmi se sestrami může setkat v běžném životě i při jejich ošetřování. A zejména, jak jim pomoci, najde, pokud pozná problematiku jejich postižení a bude mít pro ně pochopení (25).

Při dosahování těchto cílů je ošetřovatelský personál spojen s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky a musí se s nimi úzce spolupracovat (20).

### *1.1.3 Rysy a znaky ošetřovatelského povolání*

Ošetřovatelství si v ústavní, ambulantní i komunitní péči vytvořilo vlastní pole působnosti, ve kterém ošetřovatelský personál pracuje výrazně samostatně nejen v letech minulých (20). Mezi charakteristické rysy ošetřovatelství patří širší individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklých nebo pozmeněných onemocnění (16).

Dle Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR charakteristickými rysy ošetřovatelství jsou poskytování aktivní ošetřovatelské péče, poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu, poskytování ošetřovatelské péče na základě

v deckých poznatkách podložených výzkumem, holistický přístup k nemocnému, preventivní charakter péče a poskytování péče ošetřovatelským týmem složeným z různých kvalifikovaných pracovníků (vícestupový způsob) (16).

#### *1.1.4 Kvalita ošetřovatelské péče*

Dle Konceptu českého ošetřovatelství se kvalitou ošetřovatelské péče rozumí shoda mezi jejími existujícími kritérii optimální péče a skutečně poskytovanou ošetřovatelskou péčí (ošetřovatelské standardy). V jednotlivých standardech jsou stanovena objektivní kritéria, jimiž lze měřit úroveň kvality. Výraz škvalita ošetřovatelské péče je někdy chápán také v širším kontextu jako šelkové zkvalitnění ošetřovatelské péče (4, s. 34).

Z kapitoly 1.1.2 šCíle ošetřovatelství vyplývá, že základním cílem současného ošetřovatelství je kvalitní ošetřovatelská péče. Její kvalitu určují ošetřovatelské standardy, které zároveň stanovují její měřitelná kritéria. Pod pojmem ošetřovatelský standard se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Standardy jsou vydávány buď jako právní předpisy (zákony, vyhlásky), metodická opatření Ministerstva zdravotnictví zveřejněná ve Věstníku MZ, anebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením, profesní organizací apod. (20).

Organizace, které obhajují práva pacientů, se samozřejmě musí také zabývat otázkami kvality zdravotní péče. Kvalita zdravotní péče se tak stále více dostává do popředí zájmu ve společnosti i zdravotníků. Na procesu zajištění kvality se musí podílet také sestry a právony musí stát v ele při definování kvality ošetřovatelské péče. Přitom se soustředí především na rozvoj nových typů ošetřovatelských služeb (například komunitní ošetřovatelství), zavedení individualizované péče pomocí ošetřovatelského procesu, systému skupinové péče a systému primární sestry. Dále se soustředí na lepší pochopení potřeb pacientů ošetřovatelským personálem a otázky výkonnosti a efektivnosti ošetřovatelské péče (5).

## **1.2 *Výchova a vzdělávání v oblasti ošetřovatelské péče***

### *1.2.1 Historie ošetřovatelství*

Vývoj historie lidstva vždy doprovází i zmínky o lidském utrpení, nemocech a zraněných. A zároveň se zmiňují i o lidech, kteří se snaží tato zranění i nemoci zmírnit.

Neví se přesně, kdy vzniklo lékařství jako takové, ale vypadá to, že to bylo již mnoho let před Kristem. V nalezených spisech se sice píší o ošetřování nemocných, ale když je jasné, že tehdejší lékaři i potřebovali ke své činnosti pomocníky. Tyto pomocníky si vybírali ve většině případů z otroků a zavázali si je pro určitá úkony (25).

V českých zemích se zprávy o začínajícím organizovaným ošetřováním nemocných objevují až v 10. století. Na území Prahy vznikaly jakési útulky pro chudé a nemocné, dnes tzv. hospice. Tyto útulky zakládaly křesťanské řády a pracovaly v nich, jak řádové sestry, tak i zavázané civilní sestry. Staraly se hlavně o základní potřeby chudých a nemocných, především o to, aby měli teplo, místo na vyhrazeném lůžku a jídlo. Za zakladatelku zdravotnictví v českých zemích lze považovat Anefku Přemyslovnu (25). Anefka Přemyslovna byla zakladatelkou několika klášterů, u kterých byly zřízeny nemocnice.

Zakladatelkou organizovaného ošetřování se stala anglická ošetřovatelka Florence. Narodila se 12. 5. 1820 a zemřela 13. 8. 1910. V polovině 19. století v zanedbaném prostředí turecké nemocnice se jako první porvala s téměř stovčím systémem ošetřování, s pěstováním veškerosti a postavila ošetřování na vyšší úroveň. Datum jejího narození si připomínáme jako Mezinárodní den sester. Zasloužila se o moderní představení ošetřování (10). Florence Nightingalová se v 31 letech definitivně rozhodla vnovat oboru a od roku 1864 pracovala na projektech domácích a ošetřovatelství péče, porodnice a vojenských kasáren. Její práce Poznámky o ošetřování (1859) se stala na dlouhá léta stěžejním dílem v ošetřovatelství literatuře (35). V Londýně v roce 1860 založila první ošetřovatelkou školu na světě.

Na této ošetřovatelství škole trvalo studium ošetřování jeden rok, studentky prošly teoretickou výchovou a praxí v nemocnici a to pod vedením zkušené ošetřovatelky. Po absolvování školy mohly pracovat v nemocnici nejprve jako ošetřovatelky na zkoušku. Byly ve službách školy, nosily školní uniformu a dostávaly malý plat. Teprve až po čtyřech letech od vstupu do školy mohly odejít jako dobře vyškolené ošetřovatelky do praxe (14).

O organizovanou přípravu sester se zasloužil ruský chirurg a pedagog N. I. Pígorov (1810–1881). Při Krymské válce přivedl na bojiště skupinu sester a naučil je, jak se mají starat o raněné vojáky (25). Jeho zásluha spočívá také v tom, že podporoval práva žen.

™výcarský kupec Henri Dunant navrhl plán, jak postupovat p i o-et ování zraněných. Jeho snaha vedla afl k založení Mezinárodní organizace červeného kříže v Ženevě v r. 1864. Československý červený kříž byl založen v roce 1919 (25). Ten založil také o-et ovatelskou školu, a tím pomáhal zmír ovat kritický nedostatek školených pracovníků po válce. Tato škola byla zřízena vedle státních o-et ovatelských škol, jejichž byla v tina.

O-et ovatelská škola byla dvouletá, zápisné obnášelo 50 Kč a měsíční poplatek v externím internátu činil 700 Kč. V prvním ročníku bylo 40 afl 42 vyučovacích týdnů, teoretických hodin 580 (tj. 15 hodin teorie týdně v odpoledních hodinách) a praxe měla 1 200 hodin (tj. 30 hodin týdně). Praxe byla připravena jednotlivým studentkám a u každé převažoval ten obor, kterému se chtěla po absolvování školy vnovat. Studium bylo náročné a u většiny předmětů byla požadována aktivní spolupráce posluchaček (14). Škola končila diplomovou zkouškou. Výuka v o-et ovatelských školách byla odlišná od výuky na zdravotnických školách. Na o-et ovatelských školách se využívalo pouze odborným předmětem, na zdravotnických školách k předmětem odborným přibývaly i předměty vzdělávací. V prvním pololetí prvního ročníku se využívalo základním odborným předmětem (anatomie, fyziologie, patologie, bakteriologie, hygiena a o-et ovatelská technika). V druhém pololetí a ve druhém ročníku postupně přibývaly chirurgie, gynekologie, interna, porodnictví, pediatrie, oční, kožní, ušněšnosní-krční, neurologie a infekční. Odborné předměty využívaly většinou primární a o-et ovatelskou techniku školní sestry (24).

Podmínkou pro přijetí do dvouletých o-et ovatelských škol a škol pro porodní asistenty byla především věková hranice vymezená 18 afl 30 lety. Další podmínkou byl dobrý zdravotní stav. Uchazečky se musely podrobit zdravotní prohlídce a zároveň úspěšně složit psychotechnickou zkoušku. Přijetí bylo dáváno především svobodným uchazečkám (24).

První o-et ovatelská škola vznikla v Praze roku 1874. O její existenci se zasloužily především spisovatelky Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. Ve škole se vzdělávaly o-et ovatelky pod vedením českých lékařů. Škola zanikla po několika letech z národních i finančních důvodů (25). Po dobu své existence škola fungovala nepravidelně a doba vyučování se pohybovala mezi třemi afl sedmi měsíci. Výuka se skládala z teoretické i praktické části. V teoretické části byla probírána teorie o-et ování, tělověda, zdravotní péče, o-et ování dětí, obvazová chirurgie, první pomoc p i

úrazech a náhlých onemocněních a lůžkové obsluha. První absolventky pracovaly jako ošetřovatelky v domácnosti. Pro nemocní sloužily v nemocnicích formou tzv. vyučování. Kurz byl zakončen zkouškou a absolventky obdržely diplom. Poplatek za studium byl pouze 1 zlatý. Tímto také chtěla nabízet moderní ošetřovatelské vzdělání dle Florence Nightingalové (14).

V roce 1916 byla v Praze otevřena česká Státní dvouletá ošetřovatelská škola. Po první světové válce vznikly v Československu další ošetřovatelské školy. Na konci studia skládaly absolventky zkoušku a získaly titul diplomovaná sestra. V roce 1928 vznikl Spolek diplomovaných sester a díky němu se zlepšila i sociální situace sester. Dvouleté ošetřovatelské školy byly v období druhé světové války zrušeny, ale po jejím skončení byly opět obnoveny. Po roce 1948 se sloučily s rodinnými a sociálními školami a byly přejmenovány na Vyšší sociálně zdravotní školy. Studium bylo prodlouženo na 3 a poté 4 roky. V roce 1954 byl název školy změněn na Státní zdravotnickou školu. V roce 1946 byla v Praze otevřena Vyšší ošetřovatelská škola, která připravovala sestry pro pedagogickou činnost. Zrušena byla roku 1960, kdy bylo zřízeno i Filozofické fakultě Univerzity Karlovy vysokoškolské studium pro učitelky SZ (25).

Do zdravotnických škol byly přijímány dívky po ukončení základní školy a úspěšném složení přijímacích zkoušek. Ty se skládaly z písemné zkoušky z českého jazyka, matematiky a ústního pohovoru. Zároveň musel odpovídat požadavkům psychologického a fyzického stavu uchazeček (24).

### *1.2.2 Současnost ošetřovatelství*

V souvislosti s přijetím nových vzdělávacích programů, které mají společný charakter pro všechny členské státy EU, se změnil systém odborné přípravy na budoucí povolání pro lékařské zdravotnické pracovníky. Tento krok přispěl k nastavení stejných pravidel pro zařazení různých kategorií zdravotnických pracovníků a zároveň přispěl k uznávání rovných možností této profese i v ostatních členských státech EU (17).

Vzdělávání sester se v České republice řídí dle zákona 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu lékařských zdravotnických

povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Tento zákon vstoupil v platnost 1. 4. 2004 a výrazně ovlivnil a změnil dosavadní studium zdravotnických povolání. Podle § 5 se odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním:

- nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester;
- nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vybraných zdravotnických fakultách;
- vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - zdravotní pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelské odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004;
- tříletého studia v oboru diplomovaná dietetická sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vybraných zdravotnických fakultách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004;
- studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004;
- studijního oboru zdravotní sestra, dietetická sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, flešská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997;
- tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vybraných zdravotnických fakultách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 (27).

Pokud všeobecná sestra získala odbornou způsobilost podle výše uvedených požadavků, tak může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Povinnost podle výše uvedené se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získání odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium zdravotnického zaměření (27)

Zákon č. 96/2004 Sb. rozlišuje tyto i kategorie zdravotnických pracovníků. Je to zdravotní pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, zdravotní pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti, zdravotní pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem, zdravotní pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání jiného odborného pracovníka (31).

Ve vzdělávání sester došlo k významné změně, která se týkala především oboru všeobecná sestra. Výuka tohoto oboru začala v roce 1949 a v roce 2004 prošla nejdrastičtějším přeměnou. V roce 2007 ho absolvovali poslední studenti. Původní obory byly nahrazeny tzv. šasistentskými obory vzdělávání, které vychovávají zdravotnické pracovníky, kteří vykonávají činnost pod odborným dohledem nebo pod řízením vedením sestry či lékaře. Obor všeobecná sestra byl nahrazen oborem zdravotnický asistent, obor zubní technik nahradil asistent zubního technika, obor zdravotní laborant byl nahrazen oborem laborantní asistent a obor farmaceutický laborant byl zrušen bez náhrady. Ve školním roce 2004/2005 nastoupili do 1. ročníku první studenti asistentských oborů. V prvním a druhém ročníku převládají jazykové, přírodovědné a společenské předměty a ve třetím a čtvrtém ročníku je převaha odborných předmětů. Mezi profilové předměty patří ošetřovatelství, ošetřování nemocných, psychologie, komunikace a první pomoc. Velkou část výuky představuje také praktická výuka na klinických pracovištích. Studium je ukončeno maturitou, která musí zahrnovat povinné předměty jako je ošetřovatelství, somatologie nebo psychologie, komunikace a praktická zkouška ošetřování nemocných (14). Podle ministerstva zdravotnictví je osoba zdravotnického asistenta kategorií, která v našich podmínkách pro poskytování kvalitní zdravotní péče velmi dlouho chyběla a zavedení studijního programu zdravotnického asistenta také napomohlo k řešení situace s nedostatkem všeobecných sester (17).

Se změnou tohoto systému vzdělávání se zároveň zvykne také po et letech potřebovat k získání vzdělání v oboru všeobecná sestra s odbornou způsobilostí k výkonu povolání ze 4 let na 7. (28).

Obor všeobecná sestra se nyní studuje v bakalářské formě studia. V bakalářském studijním programu ošetřovatelství se studují mimo obor všeobecná sestra také obory porodní asistentka, fyzioterapie, radiologický asistent a další. (14). Forma studia oboru

všeobecná sestra je uskutečňována formou se specificky odborným charakterem, které zahrnuje nejméně 3 roky studia a minimálně 4 600 hodin teoretické výuky a praktického vyučování, z toho minimálně 2 300 hodin a maximálně 3 000 hodin praktického vyučování. Nebo se může jednat o jinou než formu studia, jejíž celková doba výuky není kratší než v formě a není dotena úrovně jejího vzdělání (31).

Podmínkou studia oboru všeobecné sestry je získání teoretických znalostí v oborech, které tvoří základ potřebný pro poskytování všeobecné ošetrovatelské péče. Mezi tyto obory patří anatomie, fyziologie, patologie, mikrobiologie, biofyzika, biochemie, radiační ochrana, ochrana veřejného zdraví, epidemiologie, prevence nemocí, zdravotní výchova, farmakologie a základní znalosti zdravotnických prostředků. V ošetrovatelských a klinických oborech sem patří historie, charakter a etika ošetrovatelství, obecné zásady péče o zdraví, komunitní péče, ošetrovatelství ve vztahu k praktickému lékařství a dalším lékařským oborům, v sociální a dalších souvisejících oborech sem patří základy sociologie, psychologie, základech pedagogiky a edukace, právní předpisy ve vztahu k sociální problematice, základy informatiky, statistiky a metodologie vědeckého výzkumu (31). V rámci studia na vysoké škole je také kladen důraz na vzdělávání v oblasti etiky v ošetrovatelství (viz více v podkapitole 1.3.4.5).

Kromě získání teoretických dovedností musí absolvent oboru všeobecná sestra získat i praktické dovednosti. A to především ve vztahu k praktickému lékařství a dalším lékařským oborům. Tyto dovednosti se získávají pod dohledem kvalifikovaných sester a v některých případech jiných zdravotnických pracovníků oprávněných k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (31). V souladu s vyhláškou č. 39/2005 Sb., § 4, odstavec 1 se odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry získává absolvováním akreditovaného studijního programu nebo akreditovaného vzdělávacího programu. Podle odstavce 2 písmeno a) studium v těchto programech probíhá šv formě studia se specificky odborným charakterem, které zahrnuje nejméně 3 roky studia a nejméně 4 600 hodin teoretické výuky a praktického vyučování, z toho nejméně 2 300 hodin a nejvýše 3 000 hodin praktického vyučování (26). Podle § 3 studium dále obsahuje teoretickou výuku v oborech, které tvoří základ potřebný pro poskytování všeobecné ošetrovatelské péče a praktické vyučování, které poskytuje dovednosti a znalosti v ošetrovatelství ve vztahu k praktickému lékařství a dalším lékařským oborům (26).



Po ukončení bakalářského studia je možné pokračovat v navazujícím magisterském programu a případně v doktorandském studijním programu. U bakalářské formy studia jsou základními předmety medicínské a ošetřovatelské. V magisterském studiu jsou již studenti směřováni k určité specializaci (14).

### **1.3 Osobnost sestry a pacienta**

#### *1.3.1 Osobnost*

V mnoha ohledech se lidé mezi sebou liší a každý jedinec je určitou individualitou, osobností. V psychologii termínem osobnost zpravidla oznaujeme šlova se vztahující k jeho psychickým, biologickým a sociálním znakům (2, s. 23). Termín osobnost máme použít také v určitém významu a to v označení společenské významné i historicky slavné osoby (státníci, vojáci, umělci, atd.) (23).

Pod *biologickými znaky* chápeme vzhled šlova (barva očí, postava, vlnění apod.). Pokud hovoříme o jeho povolání, kole, rodině i kamarádech, tak hovoříme o jeho *společenských charakteristikách*. Podle toho zda reaguje rychle i pomalu, zda je klidný nebo se rychle rozzlobí, máme odvodit jeho *temperament*. A jeho vlastnosti *charakteru* poznáme z chování k druhým lidem, zda je vytrvalý, svobodný, poádný atd. (2).

Dle Rozsypalové a kol. lze souhrnně *pojmem osobnosti* vymezit takto: Šosobnost je šlova se vztahující k svým biologickým, psychickým a sociálním znakům. Jednotlivé vlastnosti jsou navzájem spojeny a uspoááány určitým způsobem, navzájem na sebe působí a tím vytvářejí celek osobnosti. Psychické vlastnosti osobnosti jsou nedílně spjaty s jejími vlastnostmi biologickými a společenskými. Zároveň pojem osobnost vyjaduje i odlišnost jedince od ostatních lidí (individuální a typologické rozdíly) (23, s. 38).

#### *1.3.2 Temperament*

Všeobecným poznatkem o lidské typologii odpovídá typologie podle temperamentu. Temperament je soustavou psychických vlastností, které se projevují způsobem reagování, chování a prožívání šlova, zvlášt tím, jak snadno vznikají city, jak jsou silná a jak fliv se projevují navenek, jak rychle se stídají (2, s. 37).

Pokud nemá zdravotník dostatek času a možností k racionálnímu poznání pacienta, je pro něj výhodná základní znalost rozdílů mezi hosty z hlediska temperamentu, což znamená druh a způsob emocionální a racionální dráždivosti, jejich rychlost a rytmus, intenzita psychických procesů a motorických projevů (18, s. 16).

Pro všeobecný styk mezi zdravotníkem a pacientem stačí základní členění dle Hypokrata na sangvinik (mohl být typický pro zdravotnického pracovníka), choleric, flegmatik a melancholik. V příloze 3 je uvedeno schéma tohoto rozdělení.

*Sangvinik* (sanguis = krev) je člověk klidný, veselý, společenský a nestálý. *Cholericem* (cholē = žluč) označujeme člověka dráždivého, vzteklého, snadno rozhořčeného, ale obvykle se dokáže rychle uklidnit. *Flegmatik* (flegma = hlen) je člověk klidným a lhostejným, netepečným, pomalým, ale spolehlivým. Za *melancholika* (melan cholē = černá žluč) považujeme člověka, který má převážně smutnou náladu, je pomalý, s menším množstvím citových projevů, jeho city jsou hluboké a trvalé (23).

### 1.3.3 Charakter

Charakter je slovo řeckého původu charassein a znamená vyryt nebo vytisknout. A způsob chování lidí je dán především jejich charakterem (18). Řečová a Rozsypalová uvádí, že charakter označuje tu část osobnosti, která řídí jednání člověka podle společenských a morálních požadavků. Charakter je těsně spjat s ostatními složkami osobnosti a to hlavně s temperamentem. Působením výchovy a dalších společenských vlivů je charakter formován (2).

Dle Parmové se charakterem rozumí systém relativně stabilních duševních vlastností (vlastnost = soubor znaků, které tvoří osobnost člověka), jež se odrážejí v jeho vnímání života, způsobu života, vztahu k sobě samému nebo vykonané práci, k ostatním lidem nebo k celému světlu. Poznatky o charakterových vlastnostech umožní užívat velmi úspěšně odpovědět, jakým způsobem se bude jedinec chovat v různých situacích. Charakterové vlastnosti nejsou dány jednou provždy, naopak jsou velmi proměnlivé, a je možno je změnit výchovou (18, s. 19).

Chování člověka se vyznačuje určitými vlastnostmi či rysy. Rozlišují se rysy pozitivní nebo negativní a podle toho, které rysy převládají, je člověk více nebo méně prospěšný společnosti, společností přijímaný, přehlížený či dokonce odmítaný (23).

Nelze o nikom říci, že je bez charakteru, jelikož charakter má každý člověk. Pouze je otázkou, zda popisují pozitivní i negativní charakterové rysy. Podle chování. Dle charakteristických rys lze pacienty rozlišit na typy s rizikovým chováním a nerizikové typy. Rizikové chování je ovlivněno negativními charakterovými vlastnostmi, například ještnost, flárlivost, nenávisť, bezohlednost a též plachost, uzavřenost, pesimismus atd. (18). S ohledem na dobu interakce mezi zdravotníkem a pacientem má i tato typologie význam.

#### *1.3.4 Sestra*

##### *1.3.4.1 Osobnost sestry*

V roce 1996 Virginia Hendersonová formulovala nezastupitelnou úlohu sester takto: ŠPomáhat člověku zdravému i nemocnému ve výkonu činností potřebujících ke zdraví, uzdravení nebo pokojné smrti, které by vykonal sám, kdyby neměl nezbytnou sílu, vědomí nebo znalosti. (6, s. 7).

Zdravotnické povolání patří mezi povolání náročná a to jak z hlediska odborné přípravy, tak i konkrétního profesionálního výkonu. Zdravotní sestra neobjevuje a neléčí jen nemocný orgán lidského těla, ale s nemocným člověkem rovněž pracuje a působí na něj odbornými zákroky, svou osobností, svým vztahem k němu, úrovní svých profesionálních vlastností, způsobilostí a mírou profesionální adaptace (7).

Očekává se, že zdravotník zvládne odbornou činnost, práci s moderní technikou, fyzickou zátěž, administrativní práce, proflívání a jednání nemocných a je také samozřejmě schopen vypořádat se s pracovními i rodinnými problémy a to včetně i v těsném provozu. Všechny tyto požadavky jsou náročné na osobu člověka, jeho profesionalitu, styl práce, způsobilost i duševní stabilitu. K výkonu funkce zdravotníka jsou důležitými i osobní předpoklady. Jedná se například o tvrdost, sebekritičnost, empatii, porozumění problémům nemocných, klidné a nepovýšené vystupování, smysl pro humor, ale ne přehnaný optimismus, hodnotovou orientaci, humánní vztah k nemocnému a vyrovnaná osobnost (36).

K dotváření osobnosti sestry napomáhají také vhodné odborné, fyzické a psychické předpoklady. Důležitý prvek v systému vzdělávání zaujímá i sociální komunikace, která se stává nezbytným prvkem v procesu realizace zdravotelské péče. V systému zdravotelské péče má své místo také motivace. Ta vede sestru k větší

profesionalit a odbornému rozvoji. Motivace je pro sestru dleffitá, ale mohou jí ohrořovat různé faktory, které ovlivují pracovní prostředí, profesionální spokojenost sester a korelují s kvalitou jejich práce (37).

Jako u v t-iny povolání, tak i u povolání sestry m fle p i del-ím výkonu dojít k profesionální deformaci. Ta se v sesterském povolání projevuje ztrátou lidské ú asti, zájmu o nemocného, vznikem citové lhostejnosti, otup losti i egoizmu v i nemocnému a vyhasnutím pot eby chápat ho jako trpícího lov ka. O jisté mí e profesionální deformace hovo íme, pokud se osobnost sestry vyhraní do n kterého z nefládoucích typ . Mezi nefládoucí typy pat í typ rutinní, velitelský, herecký a nervózní.

*Typ rutinní* se vyzna uje vysokou odborností a p ísností, ve vztahu k pacient m mu v-ak uniká lidská stránka. P íkladem m fle být to, pokud sestra vzbudí spícího nebo odpo ívajícího pacienta, jen aby mu podala hypnotikum. *Velitelský typ* charakterizuje despotizmus, agresivita, vojenské vyřadování kasárenského po ádku, vysoké sebev domí, rozhodnost, energi nost a nekompromisnost bez lidské ú asti. Jedná se nap íklad o takovou sestru, která nepustí náv-t vu k t fce nemocnému pacientovi mimo náv-t vní hodiny, t ebafe to o-et ující léka dovolil. Dal-ím typem sestry je *typ herecký*. Tento typ se vyzna uje dal-ím úsilím ukázat se d leffitým, ud lat na pacienta co nejv t-í dojem i afektovaným vystupováním. P íkladem je sestra, která vyzdvihuje sv j význam p i p id lení jednol íkového pokoje, i kdyfl pacientovy tento pokoj p íslu-í kv li jeho diagnóze. *Nervózní typ* charakterizuje podrážd nost, nervozita, soustavná únava a pocit, fle pacienti její úsilí dostate n neoce ují. Jako p íklad lze uvést sestru, která nap . k i í na pacienta, který se na ni obrátil n kolikrát b hem dne se stejnou prosbou, nebo se zlobí na pacienta, protofe nesplnil to, co od n j vyřadovala (7).

#### 1.3.4.2 Vlastnosti sestry

Mezi základní vlastnosti sestry pat í empatie, um ní pacientovi naslouchat, zájem a úcta. Naslouchání a empatie pat í k neverbální komunika ním dovednostem a zvy-ují profesní etický kredit sestry. Empatie je um ní pochopit vnit ní sv t druhého a dívat se na v c z jeho úhlu pohledu. To je velmi d leffitý p edpoklad pro zdravotníka a od sester se vyřaduje, aby byly empatické (13).

Dal-ím p edpokladem úsp -né práce sestry je pacientova d v ra v í ní. Tuto d v ru si získávají vlastnostmi, kterými lze obecn ě charakterizovat dobrého lov ka.

Tento člověk je estný, poctivý, schopný sebekritiky, sná-enlivý, sv domitý, ob tavý, ochotný, ohleduplný, velkodu-ný, pozorný, jemný, slu-ný, vlídný, citlivý, soucitný, shovívavý, srde ný, taktní v jednání, up ímný, pravdomluvný a má schopnost vytvá et dobré mezilidské vztahy se spolupracovníky. Samoz ejm povolání sestry vyžaduje i zdravé sebev domí, které charakterizuje sebed v ra, sebeúcta, solidnost, p im ená váflnost a skromnost. Z profesionálních vlastností sestry se jedná hlavn o odborné pracovní vlastnosti, s nimiž souvisí i takové slufební povinnosti, jako je poskytnutí první pomoci a povinná ml enlivost ve slufebních záleflitostech (7).

#### *1.3.4.3 Sestra jako poskytovatel o-et ovatelské pé e*

Adaptovat se na povolání sestry znamená p ekonat po áte ní hluboké a flivé proflívání mnohých zat flujících událostí, s nimiž se sestra denn setkává ve své práci. Pat í sem například utrpení, flal, bezmocnost, ale také smrt. Tyto události je t eba proflívat s p im eným odstupem, bez traumatizujícího vlivu a depresí, aby nenaru-ovaly pracovní, odborné výkony. Sestra musí získat jistý stupe emocionální odolnosti a nem fle se ztotofl ovat s pacientem natolik, aby sama proflívala citové ztráty. Pokud sestra jen lehce proflívá to, jak pacient vnímá zdravotnické prost edí, jak proflívá bolest, strach i nejistotu, ale p esto má blízko k psychice nemocného, je to projevem úsp -né adaptace (7).

Tento pohled na sestru jako poskytovatele o-et ovatelské pé e je brán spí-e z psychologického hlediska a p ístupu sestry ke svému povolání. Dal-ím hlediskem je hledisko právní. Sestra musí poskytovat šo-et ovatelskou pé i v souladu se svou pracovní náplní a podle pokynu nad ízeného zam stnance dle své kvalifikace bez dozoru nebo pod dohledem. O-et ovatelskou pé i poskytuje lege artis, což v praxi znamená v souladu s p edpisy, které upravují poskytování zdravotní pé e, a se standardy upravujícími konkrétní postup p i provád ní konkrétního o-et ovatelského výkonu. Sestra je oprávn na odmítnout provést výkon, jehofl ordinace je ne íitelná, nebo který je ve z ejmém rozporu s postupem lege artis nebo který by pacienta evidentn po-kodil nebo pokud je lék chybn ordinován.õ (33, s. 11).

#### 1.3.4.4 Povinnosti sester

Dle Zákona č. 201/1966 Sb., mají zdravotní pracovníci povinnost vykonávat zdravotnické povolání s povětí a s hlubokým lidským vztahem k oběma stranami v domě odpovědnosti ke společnosti.

Každý zdravotnický pracovník je zejména povinen vykonávat své povolání v rozsahu a způsobem určeným Ministerstvem zdravotnictví, převzít a plnit i mimořádné zdravotní úkoly uložené mu do osobního zájmu, poskytovat první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen život nebo vážně poškozeno zdraví, dále se vzdělávat ve svém oboru a řádně vést zdravotnickou dokumentaci (4).

Další povinností sestry je mlčenlivost. Sestra je ze zákona povinná nezveřejňovat dříve informace bez souhlasu pacienta. Ke zveřejnění informací může dojít v následujících případech: se souhlasem pacienta; bez souhlasu pacienta, pokud zveřejnění vyžaduje zákon i nařízení soudu; náhodně; bez souhlasu pacienta, pokud je zveřejnění považováno za nezbytné ve veřejném zájmu (22).

#### 1.3.4.5 Etický kodex sester

Etický kodex je základním standardem pro jednání sestry s nemocným, jeho rodinou, komunitou i ve společnosti. Určuje obecná pravidla, která vyjadřují, jaké hodnoty a morální představení by měla sestra ve své profesi uznávat (5).

Hlavní etické zásady ošetovatelského povolání vypracovala Mezinárodní rada sester (ICN) a v roce 1953 poprvé přijala Mezinárodní etický kodex sestry. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován. Poslední revize proběhla v roce 2000. Sestry z České republiky se k těmto zásadám hlásí prostřednictvím svých profesních organizací jako je ČSS a AS. Pro ně byl etický kodex ICN východiskem pro zpracování vlastních kodexů.

Dle etického kodexu mají sestry tyto základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení (3). Potřebou ošetovatelské péče je všeobecná a její neodmyslitelnou součástí je respektování lidských práv (právo na život, důstojnost, zacházení s úctou apod.). Poskytnutí ošetovatelské péče nesmí být omezeno v věku, barvou pleti, vyznáním, kulturními zvyklostmi, postifněním nebo nemocí, pohlavím, národností, politickým představením, rasou nebo společenským

postavení pacienta. Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a své služby koordinují se službami jiných oborů (3).

Etický kodex sestry připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování. Články kodexu jsou: Sestry a spoluobčané, Sestry a jejich zdravotelská praxe, Sestry a profese a Sestry a jejich spolupracovníci (3).

#### 1.3.4.6 Týmová práce

Péče o člověka je péčí týmovou a celostní. Každý člen zdravotnického týmu má svou úlohu a úlohy členů týmu se prolínají. V týmu zdravotnických pracovníků bývá zejména zastoupena profese lékaře a farmaceuta, sestry, zdravotel/ozdratelky a sanitář. Další členové týmu jsou například psychologové, učitelé, sociální pracovníci, fyzioterapeuti a duchovní (30).

Sestry v lékařských zařízeních poskytují zdravotnickou péči především dvěma základními způsoby. Jedná se o skupinovou péči a péči diferencovanou. Při *skupinové péči* má sestra na starosti skupinu pacientů na celém oddělení a ona se komplexně stará. Pro *diferencovanou péči* je charakteristické, že určitá sestra se stará o jednotlivé výkony. Jedná se například o podávání léků, péči na celém oddělení apod. (30).

#### 1.3.5 Pacient

Pacientem je osoba trpící, nemocná, zraněná, která je v lékařské péči nebo jí potřebuje (1). Dle Kivohlavého je pacientem šlehcí se nemocný člověk (12, s. 11).

Člověk se pacientem v životě nerodí, ale stává se jím. Proces, který ukazuje změnu relativně zdravého člověka v pacienta, má svou fyziologickou a patofyzickou stránku (12). A samozřejmě nelze opomenout ani stránku psychologickou.

##### 1.3.5.1 Potřeby pacienta

V psychologii potřeby charakterizujeme jako švlastnosti organismu, které mu dávají podnět k vyhledávání podmínek nezbytných k životu a vyhýbání se podmínkám, které by ho poškodily (25, s. 90).

Pokud budeme vycházet z Maslowovy hierarchie potřeb (viz příloha 4), patří mezi základní potřeby potřeby fyziologické. Teprve po uspokojení těchto potřeb můžeme dojít k uspokojení potřeb následujících. Jak řekl sám Maslow šim trvaleji jsou potřeby uspokojovány, tím více ztrácejí na své motivační síle pro nějaké jednání, a tím silněji

se jeví pot eba dosáhnout úrovn vy—í, která se p edtím nejevila tém v bec poci ována jako naléhavá kategorie.õ (18, s. 9).

Pokud se u lov ka vyskytují významné dysfunkce v t lesných pot ebách, stanou se pro lov ka po ur itou dobu dominantní. Rozsypalová a <sup>TM</sup>fránková rozd lují pot eby na dv skupiny ó základní a druhotné. Základní (primární) pot eby jsou pot ebami vrozenými. Jedná se o pot ebu kyslíku, potravy, spánku, pot eba vyprazd ování, pot eba ochrany p ed nebezpe ím, pot eba pohybu, odpo inků, zachování rodu, sexuální pot eba. Do druhé skupiny se adí druhotné (sekundární) pot eby, které jsou vývojov mlad-í ó získané b hem flivota. Mezi n pat í nap . pot eba klidu a pohody, flivotní jistoty, pot eba sebeúcty, pot eba poznávat, pot eba být uznáván, respektován, pochopen, pot eba n komu pat ít, n koho mít rád, pot eba uplatnit se ve spole nosti atd (25).

U nemocných lidí se základní a druhotné pot eby vzájemn prolínají a podmi ují. St flejní pot ebou je být zbaven co nejd íve nep íjemných p íznak , které nemoc p iná-í a být dob e lé e a o-et ován. V tom je zahrnuta ada díl ích pot eb, na jejichfl uspokojení se m fle a má sestra podílet. Nemocného je t eba získat ke spolupráci a zárove ho p esv d ovat, fle nejen práce zdravotník , ale i jeho aktivní p ístup a úsilí p isp je k úsp -né lé b (25).

Rozsypalová a <sup>TM</sup>fránková dále uvád jí hlavní pot eby nemocného, ten pot ebuje p edev-ím být laskav p íjat a získat d v ru ve zdravotnický personál, lefet v pohodlném a ístém l flku, být ístý a upravený, být chrán n p ed nákazami, p íjímat stravu úm rnou svému onemocn ní, mít zaji-t né vhodné ovzdu-í, pravideln se vyprazd ovat, dostate n se vyspat, být zbaven bolesti nebo poci ovat její zmírn ní, získat dostate né a srozumitelné informace o svém zdravotním stavu, být d kladn a -etn vy-et en, být lé en co nejú eln ji, dostávat v as dávky lék v ordinované form a být v kontaktu s rodinou nebo se známými (25).

#### *1.3.5.2 Ochota pacienta poslouchat zdravotního pracovníka*

V p echázející kapitole 1.3.3. Charakter byla jifl zmín na d leflitost charakteru na typologii pacient . K ivohlavý hovo í o pacientech šdobrýchõ a š-patnýchõ. Jako šdobrýõ pacient bývá obvykle ozna ován pacient, který je trp livý, civilizovaného chování, na moc se neptá, poslu-n koná, co je mu na ízeno, dodrfluje stanovený reffim, neodchyluje se od toho, co se od n ho o ekává a ned lá zdravotnickému týmu



problémy. Za špatného pacienta se obvykle považuje ten pacient, který klade zdravotnickému personálu mnoho zvládnutých otázek, má mnohé připomínky k tomu, co se s ním děje, problematizuje, je moc zvědavý a zvládnutý a dost tvrdě vyžaduje odpovědi na své otázky (12).

Toto chování špatných pacientů bylo vysvětleno psychologickými pokusy, kdy se ukázalo, že člověk, který je zbaven možnosti řídit běh svého života, se dostává do frustrace. To se projevuje zlostí a neokávanou a agresivní aktivitou. Jde o snahu pacienta vzít život do vlastních rukou. Proto například někteří pacienti studují ve dostupné o vlastní nemoci a jiní si zase upravují pobyt v nemocnici dle svého. Podobné psychologické testy byly provedeny i u šedobřích pacientů. Ukázalo se, že jejich trpělivost a poslušnost nemusí být autentická. Může jít jen o potlačení toho, co se staví proti stanovenému řádu, ale zůstává to v podvědomí pacienta. A ve skutečnosti to, co navenek vypadá jako trpělivé přijímání nezmenitelného, může být projevem deprese a pocitu bezmoci (12).

### 1.3.5.3 Typologie pacient

Nyní budeme ještě více rozvíjet téma typologie pacientů, které bylo již naznačeno v předcházející podkapitole. Dle Bláhy a Staňkové můžeme rozlišovat několik typů pacienta. Jedná se o typ úzkostný, úzkostně-agresivní, narcistně-agresivní, bezohledně-agresivní, pedantní, nepřístupný a typ histriónský.

Charakteristickým znakem pro *úzkostný typ* je schoulené držení těla, tklavý pohled, klopení zraků, nejistá gesta, váhání, nerozhodnost. Strategií na zvládnutí pacienta úzkostného typu je například hovořit pomalu a klidným hlasem a podat mu veškeré informace.

*Úzkostně-agresivní typ* se vyznačuje tlhlou postavou, stojem i sedem ke ovis vzpřímeným, nesdílností, pocitu újmy, klivdy a ústrk, odmítáním projevů pomoci a péče i útočností za každou cenu. Zvládnací strategií je například signalizovat pohledem ochotu, avšak sami si musíme určit vzdálenost při jednání.

*Narcistně-agresivní typ* často sleduje a upravuje si vlastní zevnějšek, dkl stojně, sebevdomě a okázale vystupuje, rád se poslouchá a bklíná péče a pozornost zrakuje jeho sebeúctu. Mezi zvládnací strategie patří: vyjít mu vstříc jako první, zpomalit a zastavit se ve vzdálenosti asi 1,3 m, vyvarovat se tónu poučovat a mentorovat, nejednat podbízivě i poníženě.

Znakem *bezohledn -agresivního typu* je robustní postava, nemenný, nechápavý, nepřátelský výraz obličeje, nepohotové, pomalé myšlení, podezřivost a vztahovost, nekultivované jednání, nespisovný jazyk, nepřátelské postoje vůči obecně uznávaným hodnotám. Zvládací strategie: Jako první zvolte vzdálenost 0,7 m vodorovně z očí do očí a tuto pozici neměňte, hovořte pomalu, plynule, nevzrušeně a srozumitelně, snažte se uvolnit, gestikulujte pomalu a plynule.

*Pedantní typ* se vyznačuje pevným držením těla, zodpovědným výrazem obličeje, přísným pohledem, disciplinovaně uspořádanými gesty, střízlivým oblečením, poslušným a precizně provedeným se sebou konáním v cíli, poádkumilovností, jednosměrným, přísně logickým myšlením a nemennými zásadami. Zvládací strategie: Při setkání postupujte spolu s ním do vzdálenosti asi 0,9 m, hleďte přímo do obličeje, jednejte uspořádaně, klidně, včasně, střízlivě, signalizujte názorovou přibuznost.

Pro *nepřístupný typ* je typická klidná, pomalá chůze, zdrženlivé reakce a pohyby, odměnost, nevyhledává fyzickou přítomnost druhých, oblečením a gesty demonstruje odlišnost, ironizuje druhé, vyjadřuje se v narážkách, nadsázkách a paradoxech. Zvládací strategie: Nepřístupujeme k němu jako první, jednejte neosobně, klidně a důstojně, nenechme se vyvést z míry jeho mlčením.

*Histrionický typ* charakterizuje rychlá chůze, prudká gesta, flivá mimika vyjadřující emoce, pacient je reflešem a hercem v jedné osobě, teatrální projevy, do hry vtahuje i ostatní, chování má podobu expresivně vyjádřeného zoufalství a flánu, egocentrického hnutí, teatrální roztomilosti apod., jeho výjev se často stává emociálním výlevem. Zvládací strategie: Snížíme možnost pohybu a gestikulace uvedením do těsnějšího prostoru, jednání v sedě apod., odvedeme jednání mimo pozornost dalších osob, budeme vstřícní a chápaví, rozhodní, autoritativní a přátelští (5).

#### *1.3.5.4 Pacient v nemoci a faktory působící na jeho osobnost*

Nejen v důsledku vlastního chorobného procesu, ale vlivem i dalších psychologických a sociálních faktorů, které z onemocnění vyplývají, se nemocný člověk ocitá ve zvláštní situaci. Tato situace má poté vztah k vlastnosti nemocného, jeho jednání a i samotný průběh nemoci. Na průběh nemoci mají vliv různé faktory. Mezi ně patří psychický stav nemocného, jeho nálada, obavy, naděje, znalost a neznalost průběhu choroby, jeho osobnostní charakteristiky, působení rodiny, okolí, pracovníci zdravotnických pracovníků a spolupracovníků (36).

Zacharová uvádí tři faktory působící na zdraví nemocného. Prvním faktorem je *situace psychologický faktor* o míra, v jaké pacient prožívá závažnost své situace jako celku i jednotlivých stránek nemoci. Za druhý faktor je označován *samotný chorobný proces* o n které nemoci, jejich průběh a následky mohou vyvolat přímo osobnostní změny (například změny po úrazech hlavy, psychických onemocněních). Dochází zde ke změnám v centrálním nervovém systému, a s tím je spojená disharmonie osobnosti. A tímto faktorem jsou *sekundární vlastnosti onemocnění* o jedná se o délku nemoci, chemický průběh, bolestivost, následky operativních zásahů, amputace, ohrožení životů atd. Všechny tyto faktory ovlivňují: emocionální prožitky jedince, hodnotovou hierarchii osobnosti, životní perspektivy nemocného (36).

#### 1.3.5.5 Práva pacient a Charta práv nemocných

První charta práv nemocných byla vyhlášena již v roce 1972 v USA. Česká definitivní verze Práv pacientů, která respektuje česká specifika. Tato charta vznikla na základě výsledků široké diskuze odborné veřejnosti. Byla formulována a vyhlášena dne 25. února 1992 Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR (5).

Práva pacientů dle Charty práv pacientů jsou uvedena v příloze číslo 6. Uvedená práva obsahují také povinnosti jednat s ohledem na zdraví druhých a respektování stejných práv.

Mimo práv má pacient samozřejmě i své povinnosti. Mezi ně například patří dodržovat léčbu, pokud k ní užil souhlas, dbát na doporučenou životní správu, seznámit se s provozním řádem zdravotního zařízení a tento řád dodržovat (13).

## 1.4 Komunikace

### 1.4.1 Komunikace a komunikační model

Komunikace je důležitým spojovacím článkem mezi klientem a zdravotníkem. Pokorná komunikace ve zjednodušené podobě charakterizuje jako šproces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Š a dále jí definuje jako šproces sdělování (také sdílení) informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity, jako jsou zboží, formy chování, umělecké výtvoary apod. (21, s. 9).

Dle Plavky škomunikování na-e vzájemné vztahy i osobnost nejen odráží, nýbrž je též spoluutváří. Pokud tedy člověk chce své vztahy s ostatními lidmi změnit i

utvá et, tak je nezbytné znát a používat um ní komunikace. To znamená kvalitn ji komunikovat, slovy, intonací, gesty i mimikou (19).

Pro zdravotníka je dovednost komunikace podstatnou sou ástí profesionálního vybavení. Tato schopnost mu pom fle k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Samoz ejm se v o-et ovatelské praxi nejedná pouze o komunikaci s pacientem, ale také zaujímá významné postavení v interakci s kolegy. D leflité je i si uv domit, fle ve-keré d ní uvnit i styk s okolím se odehrává formou interakcí a komunikace. Rozdíl mezi interakcí a komunikací spo ívá v tom, fle interakce je reagování lidé navzájem a dá se íci, fle probíhá tém neustále a o komunikaci se jedná v p ípad , fle dojde k vým n informací (32).

Proces komunikace tvo í r zné lánky. Ten, kdo má d vod ke komunikaci, my-lenky, zám ry a informace, se nazývá komunikátor. Tyto my-lenky musí p ívést do systematického souboru symbol (kódování). Výsledkem tohoto kódovacího procesu jsou práva. Nositelem zprávy je prost edek. P íjemce zprávy na základ vlastních zku-eností a referen ního obsahu zprávy zprávu dekóduje a reakce p íjemce na sd lení se nazývají zp tnou vazbu. Samoz ejm ve-keré lánky komunika ního procesu mohou být naru-eny tzv. -umem. Cofl jsou v-echny moflné faktory m nící zám r zprávy a její pochopení. Schéma komunika ního modelu je uvedeno v p íloze . 5 (21).

#### *1.4.2 Verbální a neverbální komunikace*

Komunikaci rozli-ujeme verbální, neverbální a písemnou.

Verbální komunikací chápeme sd lování informací prost ednictvím slov. Janá ková a Weiss definují mluvení jako švyjad ování my-lenek artikulovanou e í konkrétním jazykem.õ e povafluje za jednu z nejd leflit j-ích forem sociální komunikace a je to schopnost ur ítého spole enství dorozum t se ur ítým jazykem (9).

Dalo by se íci, fle verbální komunikace je d leflit j-í nefl komunikace neverbální. P esto opak m fle být pravdou. Neverbální komunikace šp edstavuje druh sd lení, p i kterém si p edáváme informace beze slov.õ Touto komunikací lov k sd luje své emoce (pocity, nálady), nazna uje zájem (pop . nezájem), vytvá í dojem o tom, kdo je a jak p sobí na své okolí, ovliv uje postoj komunika ního partnera a ídí chod vzájemného styku. Podle Janá kové a Weise pat í mezi neverbální komunika ní dovednosti pozorování, naslouchání, empatie, projev zájmu a respekt. Mezi moflnosti

neverbální komunikace se zabývá sdělováním pohlížením i oddálením, dotykem, výrazem obličeje i gesty (9). Zacharová a kol. do neverbální komunikace řadí chůzi a držení těla, postoj, mimiku, tělesný kontakt, gesta a zrakový kontakt (36).

Na základě srovnání verbální i neverbální komunikace vidíme, že je nejen důležité jak zdravotník s pacientem mluví, ale i jak se při tom chová, gestikuluje i jakou používá mimiku. Významným faktorem je i umění aktivního naslouchání.

#### *1.4.3 Specifika komunikace ve zdravotní profesi*

V současné době se vříté úlohy pacienta a lékaře posouvají do úrovně partnerského stavu. Tento posun napomáhá i rozvinutí umění komunikace. Schopnost umět dobře komunikovat patří k jedním z nejdůležitějších schopností zdravotníka a sociální kontakt se stává nenahraditelnou součástí zdravotnické profese. Je téměř nemyslitelná kvalitní ošetřovatelská péče bez zvládnutí komunikace mezi sestrou a nemocným člověkem. Komunikace je samozřejmě důležitým aspektem pro všechny pracovníky ve zdravotnictví, ale pro sestry má ještě větší význam. Sestra, která úspěšně komunikuje, je úspěšnou iniciátorkou změn zaměřených na upevnění zdraví, snáze vytváří důvěrný vztah s pacientem a může předjet problémům spojených s ošetřovatelskou praxí. Sestra by měla mít neustále na paměti, že rozhovor s nemocným člověkem má pro něj stejný význam jako ošetřovatelská péče i lékařská pomoc. Sestra by měla umět pacienta naslouchat, ale nejen jejich slovy, ale zároveň je vnímat zrakem a srdcem, což v praxi znamená lépe jim rozumět a efektivněji pomáhat (8).

Prostřednictvím rozhovoru zdravotníka s pacientem zdravotník pacienta ovlivňuje a získává potřebné informace. K úspěšnosti rozhovoru je třeba dodržovat následující předpoklady: klidné prostředí, zvlášť sled otázek, jít před tím navázat kontakt odpovídající individuálními vlastnostmi dotazovaného, otázky formulovat jasně, stručně, přehledně a srozumitelným jazykem, být trpělivý a taktický a podobně (36).

V dnešní době se zdravotníci také setkávají s pacienty, kteří pocházejí ze zemí za hranicemi Evropy. Zdravotníci jsou tedy nuceni přizpůsobovat svou práci kultuře klienta. Od zdravotníka se vyžaduje ovládnutí dovedností a schopností komunikace se z cizím jazykem. Tato komunikace bere zřetel nejen na ovládnutí cizích jazyků,

ale také na specifika jako jsou konvence, zvyky, tradice a rituály p íslu-ník jiných kultur (8).

K o-et ovatelské praxi pat í t i druhy komunikace a to komunikace sociální, strukturovaná a terapeutická. Sociální komunikace je neplánovaná a odehrává se p i neformálních setkáních. Strukturovaná komunikace má oproti tomu ur itou plánovanou nápl . Jedná se například o rozhovor o poopera ní pé i s nemocným p ed operací. Terapeutická (lé ebná) komunikace je definována jako šproces, který pomáhá p ekonávat p echodný stres, dob e vycházet s lidmi, p izp sobit se nezm nitelným skute nostem a sou asn p ekonávat psychické p ekáfky, které stojí v cest k seberealizaci.õ (36, s. 90). Sestry této komunikace vyuffívají například p i pomoci nemocného s vyrovnáním se se sd lením diagnózy.

Zacharová a kol. uvád jí také ur ité specifické komunika ní techniky a dovednosti. Jedná se o naslouchání, podn cování a stimulování hovoru, cofl je zapot ebí u n kterých pacient , dále o zrcadlení jako sou ásti zp tné vazby, sumarizování a ml ení. Um ní ml et musí um t sestra zvládat jako jednu ze základních komunika ních technik (36).

Z vý-e uvedených informací vidíme, že komunikace v o-et ovatelství není jednoduchá a je složitým procesem. A jak uvedla Hor áková a Tefková setra musí naslouchat nejen slov m pacienta, ale zárove ho vnímat zrakem a srdcem.

### ***1.5 Vztah zdravotního pracovníka a pacienta***

Jak ufl bylo e eno, nemocný lov k se ocitá ve zvlá-tní situaci a to nejen v d sledku vlastního chorobného procesu, nýbrfl i vlivem dal-ích psychologických a sociálních faktor , které z onemocn ní vyplývají. Tato situace m že poté zp tn p sobit na vlastnosti nemocného, jeho jednání a i samotný pr b h nemoci. Zdravotník je zpravidla zam en p edev-ím na správnou diagnostiku a terapii a pro zna ný po et pacient se v t-inou nezabývá do hloubky jejich individuálními problémy. A m že se stát, že v n kterých okamffících si uv domuje pouze objektivní stránku nemoci, ale ufl si neuv domuje, že nemoc má i stránku subjektivní a osobnostní (36).

Proto by nemalou míru ve vzd lávání sester m la zaujímat i sociální komunikace. Ta se v sou asnosti stává nezbytným prvkem v procesu realizace o-et ovatelské pé e ve vzájemných interpersonálních vztazích. Bez vzájemné komunikace mezi léka em,

sestrou a pacientem nelze rozvíjet vzájemný pozitivní vztah mezi sestrou, lékařem a pacientem a úspěšně plnit ošetovatelský proces (37).

Z tohoto vyplývá, že vztah sestry k pacientovi je velmi významný, protože sestra je s ním mnoho času v přímém kontaktu, a pacient u ní hledá oporu, porozumění a pomoc. Zatímco lékař ve vztahu k pacientovi přebírá jakoby funkci otce, sestra do jisté míry přebírá úlohu matky. U pacienta se nelze jen choroba, léčí se celý člověk. Proto je velmi důležitý psychologický a individuální přístup (7, s. 8).

Na druhou stranu je důležité uvědomit si, že každý fungující celek musí mít stanoveny i zetelné hranice. Hranicí mezi dvěma lidmi je určité vymezení pravomocí. Je to podobné jako hranice mezi dvěma státy. Co se stane na území jednoho státu, podléhá jeho zákonům a druhý stát nemůže dojde- ení takové události přímě vstupovat. Je zdravé držet se zásad platných v mezinárodních vztazích i ve vztazích mezilidských, nevyjímaje vztah mezi pomáhajícím a pacientem. Hlavním problémem při pomáhání je splývání, kdy pracovník bere záležitost pacienta za svou vlastní. Proti splývání se může pracovník chránit nete- ností, ale to může představovat další problém. Další starostí je, jak uhájit svou hranici vůči manipulaci ze strany klienta. Zde přichází ke slovu asertivita (11).

Zde vidíme, že vztah zdravotního pracovníka a pacienta je komplikovaný. Závisí na osobnostech obou stran i konkrétní situaci. Důležitou vlastností zdravotního pracovníka je odlišit svůj soukromý život a své poslání.

## **2 Cíl práce a stanovené hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

V bakalářské práci byly stanoveny dva hlavní cíle a to:

Cíl 1: Zjistit, jak pacient vnímá studenty na ošetřovatelské praxi v nemocnici.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s ošetřovatelskou péčí studentů při ošetřovatelské praxi v nemocnici.

### **2.2 Výzkumné otázky**

V bakalářské práci byly stanoveny dvě výzkumné otázky a to:

Výzkumná otázka 1: Co vede pacienty k odmítnutí ošetřovatelského výkonu od studentů?

Výzkumná otázka 2: Jsou pacienti informováni o tom, že studenti na oddělení vykonávají ošetřovatelskou praxi?

### **2.3 Hypotézy**

V bakalářské práci byly stanoveny čtyři hypotézy a to:

Hypotéza 1: Domnívám se, že pacienti respektují studenty při ošetřovatelské praxi.

Hypotéza 2. Domnívám se, že pacienti mají z nich některých výkonů prováděných studenty strach.

Hypotéza 3: Domnívám se, že mladší pacienti jsou ke studentům kritičtější než starší pacienti.

Hypotéza 4: Domnívám se, že pacienti jsou spokojeni s ošetřovatelskou praxí studentů.



### 3 Metodika

#### 3.1 Metodika a technika –et ení

K získání potřebných dat byla použita kvalitativní i kvantitativní metoda –et ení.

Kvalitativní –et ení bylo realizováno formou nestandardizovaného rozhovoru s pacienty. Tyto rozhovory navazovaly na dotazníkové –et ení a byly vedeny se čtyřmi vybranými pacienty. Tito pacienti byli vybráni na základě doporučení staniční sestry. Rozhovor byl veden formou nestandardizovaného rozhovoru. To znamená, že je připraven okruh otázek, ale tazatel se nemusí držet schématu. Pořadí, formulace a obsah otázek závisí na dané situaci.

Kvantitativní metodou výzkumu bylo dotazníkové –et ení. Dotazníky byly určeny pro pacienty na odděleních, kde absolvují praxi studenti oboru všeobecná sestra. Na oddělení bylo rozdáno 130 dotazníků. Z těchto dotazníků se navrátilo 102 vyplněných dotazníků. To znamená, že návratnost činila 78,47 %. Z navrácených dotazníků byly vyjmuty dotazníky respondentů, kteří se při své hospitalizaci nesečkali s péčí studenta. Ze 102 (100 %) respondentů se 9 (9 %) respondentů nesečkalo při své hospitalizaci s péčí studenta. Proto těchto 9 dotazníků nebylo zahrnuto do zpracovávaného souboru a v práci je pracováno s 93 (91 %) správně a zcela vyplněnými dotazníky. Tyto 93 dotazníků je tedy ve vyhodnocení otázek z dotazníku bráno jako 100 %.

Na které otázky z dotazníkového –et ení jsou vyhodnocovány i podle věku respondentů. Za mladší pacienty jsem brala pacienty do 36 let a za staršího pacienta jsem brala pacienty starší 36 let a více. Ze zkoumaného souboru 93 respondentů se jedná o 66 respondentů spadajících do kategorie starších pacientů a o 27 respondentů spadajících do kategorie mladších pacientů (viz graf 2).

Dotazníkové –et ení bylo prováděno v období května a června. Vzor dotazníku je uveden v příloze 1.

#### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily hospitalizovaní pacienti na odděleních, kde absolvují praxi studenti oboru všeobecná sestra. Jednalo se o oddělení chirurgické, traumatologické, interní, neurologické, následné péče a ortopedické Nemocnice české Budějovice, a. s.

Byly uskutečněny 4 nestandardizované rozhovory s pacienty r zného v ku. Pacienti byli vybíráni dle doporučení staničních sester. U nestandardizovaných rozhovor byl respondentovi před zahájením rozhovoru představen tazatel, d vod náv-t vy a respondent byl uji-t n o poskytnutí anonymity.

Celý výzkum prob hl se souhlasem hlavní sestry nemocnice, vrchních i staničních sester daného odd lení.

## 4 Výsledky

### 4.1 Rozhovory

#### 1. rozhovor

*pacient: 35 let*

*oddělení: Ortopedické*

*délka hospitalizace: 4. den*

V době rozhovoru byl pacient v dobré náladě a byl také rád, že si s někým popovídá a díky tomu mu rychleji uteče čas strávený v nemocnici. Má manželku a syna a jak dodává, říká klidný život. S odpověďmi na otázky neměl problém a řekl, že to není jeho první rozhovor tohoto typu. Díky hospitalizacím v minulosti má s rozhovory i dotazníky zkušenosti.

Po dobu hospitalizace se se studenty a studentkami oboru všeobecná sestra setkává každý den a setkával se s nimi i před minulých hospitalizacích. Nebyl informován o tom, že tam praxi vykonávají studenti oboru VS, nikdo osobně mu to nesdělával, ani si není vědom toho, že by šel co takového podepisoval, zároveň však dodává: „Souhlasí stejně tu, rovnou je podepíšu, abych nezdrfoval.“ Sice mu nikdo nic neřekl, ale je mu nepříjemné, když se na něho řeká. O studentech samozřejmě ví, vědom si toho. Jeho slovy šlo nelze přehlédnout. Je rád, že zde studenti vykonávají praxi, protože jsou velmi komunikativní, obzvláště studentky. Nikdy neměl problém, pokud byl ošetřován studenty. Zdají se mu velmi slušní. U studentů se neseťkal se špatně provedeným výkonem, samozřejmě vidí, že někteří jsou např. u odběru krve nejistí, zapomenou si pomůcky a podobně. Ale tvrdí: „To je přeci normální, kdyby neměl vůbec strach, bylo by to tak špatně.“ Všeobecně si myslí, že studenti umí moc hezky přistupovat k lidem a u vykonávání praktických činností se snaží. Nemají sice tolik zkušeností a možná právě díky tomu jsou opatrnější.

Nerozlišuje mezi ošetřením od studenta nebo studentky. Ale jak říká: „špičková je česká.“ Zároveň uznává, že studenti mají větší sílu a ve zdravotnictví jsou jistě potřební. U studentů má problém s jejich oslovením, je rád když mu studenti nabídnou tykání. Mezi studenty samotnými vidí rozdíl v přístupu k práci. Jak řekl: „Některé studentky spí–hrajou dámu a neřemeslo.“ Rozdíl vidí v pracovitosti a chuti či nechuti

do n kterých úkon , kterou dle jeho slov: šJsou mofná n komu pod úrove .õ Na druhou stranu podle n ho mají studenti lep-í p ístup nefl stálý personál. Jako d vod uvádí v t-í vytíflenost stálého personálu. Je si v dom, fle personál jist nemá tolik asu na komunikaci s pacienty. Ale musí uznat, fle stálý personál si je samoz ejm více jistý v provád ných úkonech.

Neodmítl nikdy fládný výkon od studenta a ani v budoucnu to neplánuje. Ví, fle studenti n které výkony musí vykonávat pouze pod dohledem kvalifikovaného pracovníka. Sám se setkal s p ípadem, kdy výkon provedl kvalifikovaný pracovník, protofle se studentka necítla p ipravená výkon provést. Jednalo se a zavád ní periferní flilní kanyly.

Studentskou praxi považuje za nutnost. Jak sám íká šBez praxe to nejde a teorie bez praxe nemá význam.õ

## **2. rozhovor**

*pacientka: 45 let*

*odd lení: Traumatologické*

*hospitalizace: 3. den*

Pacientka byla sama na pokoji a byla ráda, fle nemusí vypl ovat dotazník a m fle si popovídat. Dotazník by prý vyplnila, ale díky zran ní ruky h e pí-e. Na tomto odd lení je pacientka hospitalizována poprvé, ale v minulosti jifl byla hospitalizována na gynekologickém odd lení. Tam se se studenty nesetkala, ale zde je s nimi v kontaktu od druhého dne hospitalizace. Na traumatologii se jí líbí více, sama neví, jestli to je tím, fle jifl nemá doma malé d ti, a proto o n nemusí mít strach, nebo tím, fle je zde lep-í personál. O tom, fle na odd lení vykonávají praxi studenti, byla informována. Sd lila jí to sama stani ní sestra, i samotní studenti se jí p i prvním kontaktu p edstavili. Myslí si, fle podle oble ení a podle cedulky, které si v-ímla, by to nejspí-e stejn poznala, i kdyfl n kte í studenti na ní spí-e p sobí jako dokto i.

S prací student je velmi spokojená. Je s nimi v kontaktu od druhého dne a na jejich p ístup ani pé i si nem fle st flovat. íká, fle jsou milí a -íkovní. Up ednost uje o-et ení od studentek. Jak sama íká: šJednoho chlapa mám doma, tak si ráda popovídám se flenskou.õ Rozhodn si nemyslí, fle by studenti byli mén zru n j-í, nebo m li mén odborných znalostí, ale dodává, fle p ed studenty ó chlapeci se p eci jen

trochu stydí. Musí však přiznat, že se za dobu své hospitalizace se setkala pouze se dvěma studenty. Když jí student nabídne pomoc s hygienou tak odmítá: št eba bych záda umýt pot ebovala, ale nebudu se tu přece před takovým mladým chlapem svlékat.

Studenty nekritizuje, spíše naopak říká: Šlítají tu, jak –pinavé prádlo a osobně jsem se setkala s tím, že dostali vynadáno za to, že si se mnou před minutou povídali. Myslím si, že je dleffité, když si studenti povídají s pacienty. Jednak to pot –í pacienty, jednak se studenti mohou vflít do role pacienta, a tím pochopit jeho jednání, které nemusí vfldy př sobit kladně .

Ráno jí studentky nabíraly glykemií. Př í-la s nimi i jiná sest í ka, která je kontrolovala. Ale i pokud by př í-ly samy, neodmítla by je. Sice tento úkon není př íjemný, ale myslím si, že studenti jsou zru ní. A a koliv jim to n kdy t eba déle trvá, strach z nich ur ít nemá.

Její názor na praxi student ů je: šNení jim co vytknout a i kdyby jim n co ne-lo (n jaký úkon), tak se jej praxí nau í. Hlavní je jejich pozitivní př ístup k pacient m. Šeho by m la strach, je to, že se studenti po nastoupení do pracovního procesu mohou šzkazit. Dodává: šUr ít je to o osobnosti lov ka, o tom jak se kdo nechá strhnout kolektivem. Myslím si, že v nemocnici mohou nasbírat nejvíce zku –eností.

### **3. rozhovor**

*pacient: 24*

*odd ělení: Interní*

*hospitalizace: 5. den*

Jedná se o první hospitalizaci pacienta. O př ítomnosti student ů na odd ělení nebyl oficiálně informován, ale s př í student ů se př í své hospitalizaci setkal. Myslím si, že by byla slu –nost, aby pacienti o př ítomnosti student ů byli informováni a mohli se rozhodnout, zda souhlasí s jejich o –et ováním. On sám by př í-t o –et ování studenty odmítl. Př íjde mu to sice trochu hloupé v í student ů m a nechce šd lat problémy, ale prost ě jim ned v ůje.

Studenti mu sice př íjdou ochotní a snafliví a nemá problém s jejich př ístupem, ale př íli – jim nev í. Oce ůje jejich snahu a ochotu, ale př íjde mu, že nemají dostatek praktických ani teoretických zku –eností. Poznal to, jak říká: šna vlastní k flí. Š Studentka mu m la vyndat zavedený mo ový katétr. Když si v –iml cedulky, poznal, že se jedná o

studentku, ale p i-la sama, a proto se domníval, že úkon zcela ovládá a nic ne říkal. Nejprve se studentka musela dvakrát vracet pro nějaké pomůcky, omluvila se, ale jak říká: šmoc mě to nepovzbudilo, že samotného úkonu jsem měl strach a pak si sama ani nev dala rady, proto si je-t do-la pro kolegyni. Samotnému mi bylo trapn , když tam tak na mě obě koukaly. P sobily nejist ů. Nakonec to zvládly, ale od té doby (od v erej-ka) tedy o-et ení od student ů odmítá. Bandáž mu nevádí, ale stejně se rad jí vždy je-t zeptá sest i ky, jak dlouho je mě fle mít atd. Výkony, u kterých má strach z bolesti nebo cítí možnost ohrožení zdraví, odmítá. I kdyby p i-la sest i ka se studentkou, tak by výkon od studenta odmítl. Zároveň, ale dodává: šN kde se to nau it musí. ů Je si v dom, že praxe je pot ebná, v í tomu, že studenti se v-e jist nau í, ale sám šnemá odvalu. V-íml si, že když odmítá úkon od studenta, tak se studenti tvá í uražen , ale dodává: šMofná je to jen m j subjektivní pocit, právo na odmítnutí mám. ů

Rozdíl mezi studenty vidí v jejich povaze a osobnosti. N kte í se mu zdají pro boj j-í. Nerozli-uje, zda se jedná o studentku í studenta. Ned v uje jim. Musí v-ak p iznat, že u n ho rozhoduje i v k. Pokud se jedná o star-ího studenta, tak má u n ho v t-í pocit jistoty, p íjdou mu zku-en j-í a zru n j-í. Rozdíl mezi studenty a stálým personálem vidí ve v t-í zru nosti stálého personálu. Jak říká: šJsou to rutinní ky. ů

O praxi student říká: šBohužel osobn s ní spokojen nejsem, ale samoz ejm pot ebují nabrat zku-enosti, i když je to nemocnice, tak je to praxe jako každá jiná a funguje to v-ude stejně , sestra nebo í-ník ů praxi pot ebuje každý, a kde jinde by jí m l nabrat krom nemocnice nebo hospody. ů

#### **4. rozhovor**

*pacient: 76*

*odd lení: Neurologické*

*hospitalizace: 8. den*

Pacient p sobil smutn , proto jsem ho nejd íve necht la obt fovat rozhovorem. Ale jemu rozhovor nevádil, souhlasil a rozhovor se mnou ud lal. Nebyl tak komunikativní jako p edchozí pacienti a vždy po kal na kladenou otázku, na kterou stru n odpov d l. U pacienta se jedná jífl o t etí hospitalizaci na tomto odd lení. Jífl dvakrát se setkal se studenty vykonávajícími na odd lení praxi, a proto pro n ho

přítomnost studentů nebyla překvapivím. O studentské praxi byl informován od studentů, kteří se mu představili. Praxi vnímá jako nutnost, proto by ošetření od studentů neodmítal. Je rád, že zde studenti vykonávají praxi, myslí si, že to ocení i stálý personál, který je podle něho dost vytížený.

O studentech říká, že jsou ochotní, slušní a šejchů přítomnost o i starce osvítí. Student má dříve, nemá dříve jim neděvat, s jejich péčí nikdy neměl problém. Samozřejmě vidí rozdílnost mezi jednotlivými studenty a stálým personálem a jak sám říká: ŠDlehlit je, že pomohou, kdyžlovka n co bolí. Proto moc nerozlišuje, kdo ho ošetřuje. K tomuto ještě dodal: ŠA v rámci vzorné péče oddělení, vím, že jsou studenti pod stejnou vzornou kontrolou. Je přesvědčen, že kdyby si studenti nebyli u ně kterého výkonu jisti, nepoučli by se do něho. Proto by fládný výkon od studentů neodmítal. Mezi studentkami a studenty nerozlišuje, ale musí přiznat, že s péčí student se ještě nesešel. Prozatím se o něho staraly pouze studentky.

U stálého kvalifikovaného personálu vidí jistotu v prováděných úkonech, je znát i to, že pracují rychleji, ale zároveň na něj působí ostřejší studenti. říká: ŠJe vidět, že toho mají hodně, nemají tolik času se vnovat každému hodinu, ale důstojnost a lidskost se musí zachovávat i tak. Myslím, že ně které sestry nemají ve zdravotnictví co dělat. Proto u studentů oceňuje vší snahu v přesnosti a poctivost. říká: ŠJsou to takový poctivý nezkažený holky. Díky tomuto klade na tým srovnatelnou úroveň stálý personál a studenty. ŠPál bych studentkám, aby jim jejich přístup a snaha vydržela i do doby, kdy budou zapojeni ve stálém pracovním procesu.

Je spokojený s ošetřovatelskou praxí studentů, bere ji jako švelké plus. Považuje jí za důležitou součást studia a dále dodává: ŠDíky studentům je také více pracovní síly, která je v nemocnici třeba a pomůže personálu. Myslím si, že každý student pozná teprve v nemocnici, zda toto povolání chce a zároveň může vykonávat. Studenty bych rozdělval rovnou na oddělení, ke kterým mají blíže, protože každý na všechno není, ale určit to má velký smysl i takto, o tom nemělu rozhodovat.

#### 4.1.1 Výsledky kvalitativního -et ení

**Tabulka 1 Rozhovory ó pohlaví pacient**

Respondenti	Pohlaví	
	muž	žena
1. pacient	x	
2. pacient		x
3. pacient	x	
4 pacient	x	
Počet odpovědí	3	1

Mezi 4 pacienty, se kterými byly vedeny nestandardizovaného rozhovory, jsou 3 muži a 2 ženy.

**Tabulka 2 Rozhovory ó informování pacienta o výkonu praxe student oboru V-eobecná sestra na odd lení**

Respondenti	Informování	
	ano	ne
1. pacient		x
2. pacient	x	
3. pacient		x
4 pacient	x	
Počet odpovědí	2	2

Ze 4 pacient , u kterých probíhal rozhovor, byli 2 informování o výkonu praxe student oboru v-eobecná sestra na odd lení a 2 pacienti tuto informaci nedostali.

**Tabulka 3 Rozhovory ó osobní spokojenost pacienta s praxí studenta**

Respondenti	Spokojenost	
	ano	ne
1. pacient	x	
2. pacient	x	
3. pacient		x
4 pacient	x	
Počet odpovědí	3	1

Ze 4 pacient , se kterými probíhal rozhovor, jsou 3 spokojení s praxí student a 1 je nespokojen.



**Tabulka 4 Rozhovory o odmítnutí ošetření a jakého výkonu od studenta**

Respondenti	Odmítnutí ošetření	
	ano	ne
1. pacient	x	
2. pacient	x	
3. pacient		x
4. pacient	x	
Počet odpovědí	3	1

Ze 4 pacientů, u kterých probíhal rozhovor, 3 pacienti dosud neodmítli žádný výkon od studenta a 1 pacient ho již odmítl.

**Tabulka 5 Rozhovory o je praxe studentů důležitá**

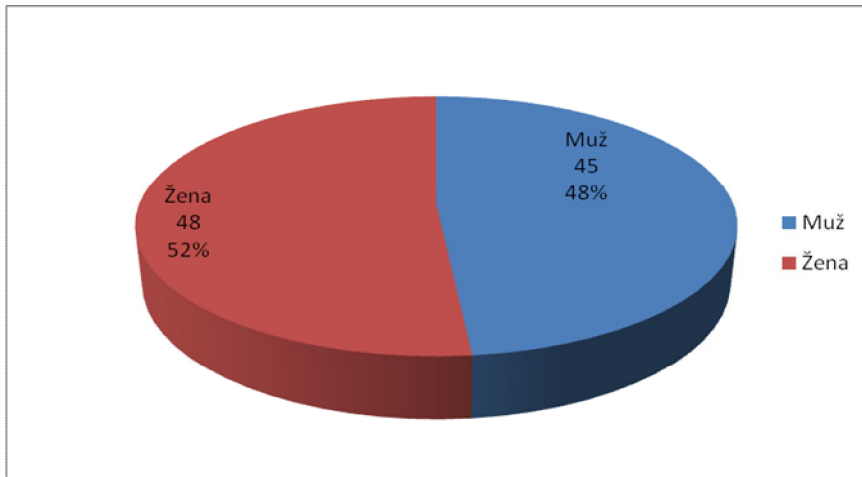
Respondenti	Důležitost praxe	
	ano	ne
1. pacient	x	
2. pacient	x	
3. pacient	x	
4. pacient	x	
Počet odpovědí	4	0

Všechni 4 pacienti, se kterými probíhal rozhovor, jsou přesvědčeni o důležitosti praxe pro studenty.

## 4.2 Výsledky kvantitativního -et ení

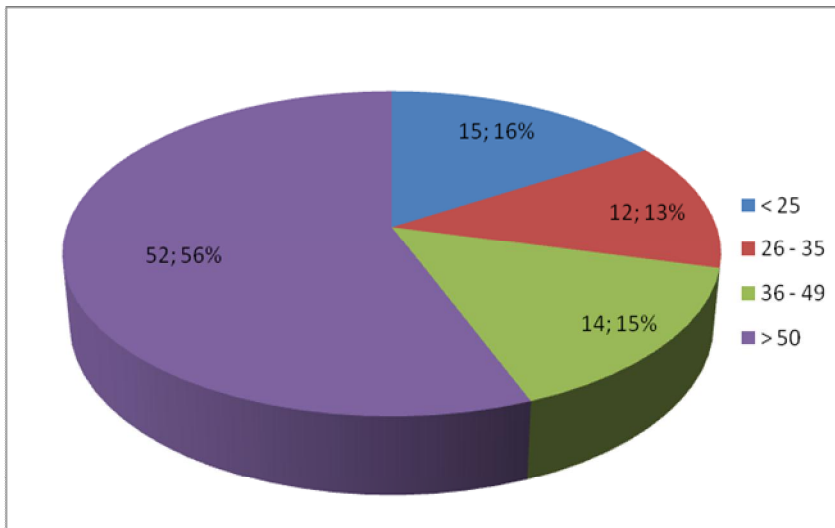
### 4.2.1 Grafy

**Graf 1 Pohlaví**



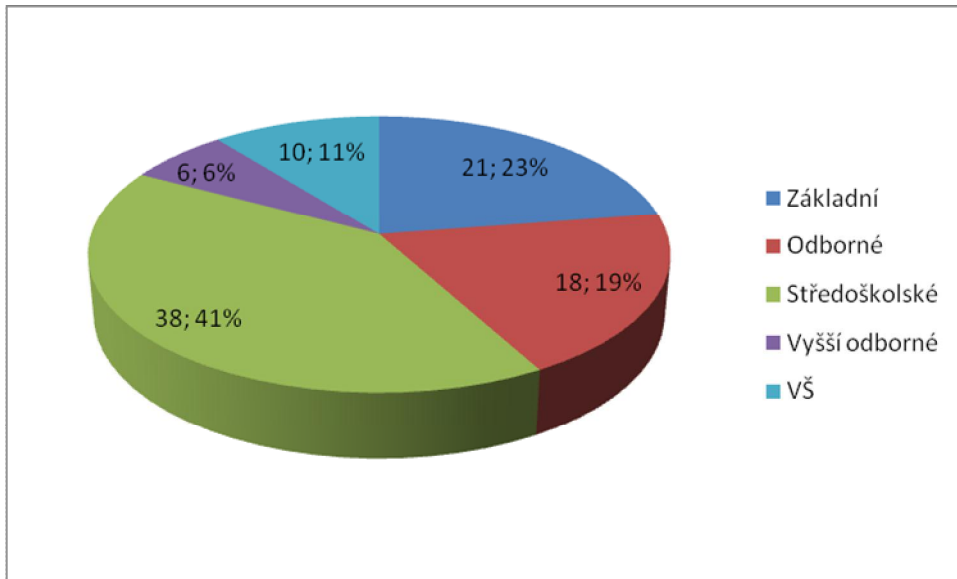
Z 93 (100 %) respondent bylo 50 (49 %) fien a 52 (51 %) mufl .

**Graf 2 V ková skupina**



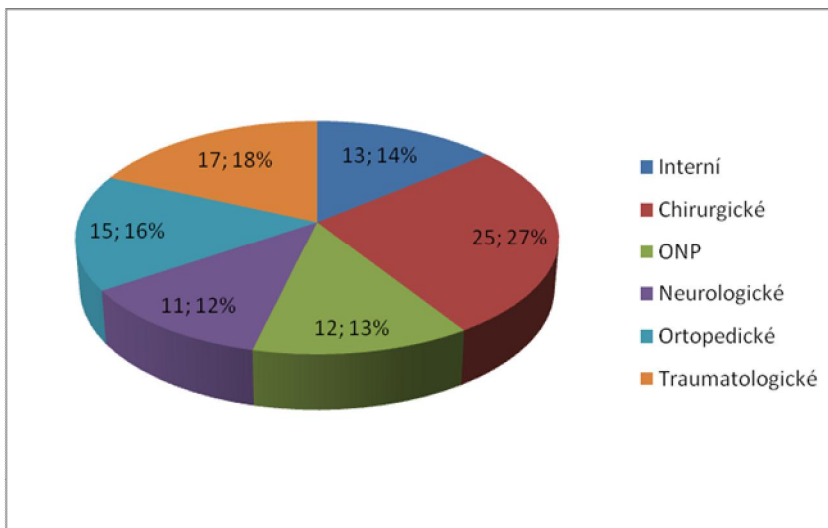
Z 93 (100 %) respondent nejv t-í v kovou skupinu zaujímají pacienti star-í 50 let. Tuto v kovou skupinu tvo í 52 (56 %) respondent . 14 respondent (15 %) se nachází ve v kové skupin 36 ó 49 let. 12 respondent (13 %) spadá do v kové skupiny 26 ó 35 let a 15 respondent (16 %) se nachází ve v kové skupin mén nefl 25 let.

**Graf 3 Vzdlání**



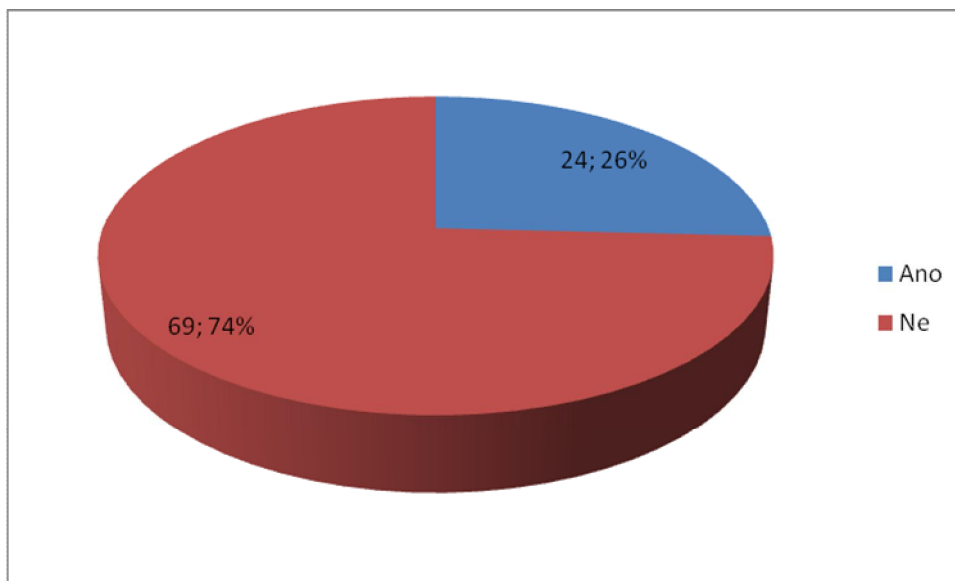
Z 93 (100 %) respondentů má 21 (23 %) vzdělání základní, 18 (19 %) odborné vzdělání a 38 (41 %) středoškolské vzdělání. 6 (6 %) respondentů má vyšší odborné vzdělání a 10 (11 %) respondentů dosáhlo vzdělání vysokoškolského.

**Graf 4 Oddělení hospitalizace**



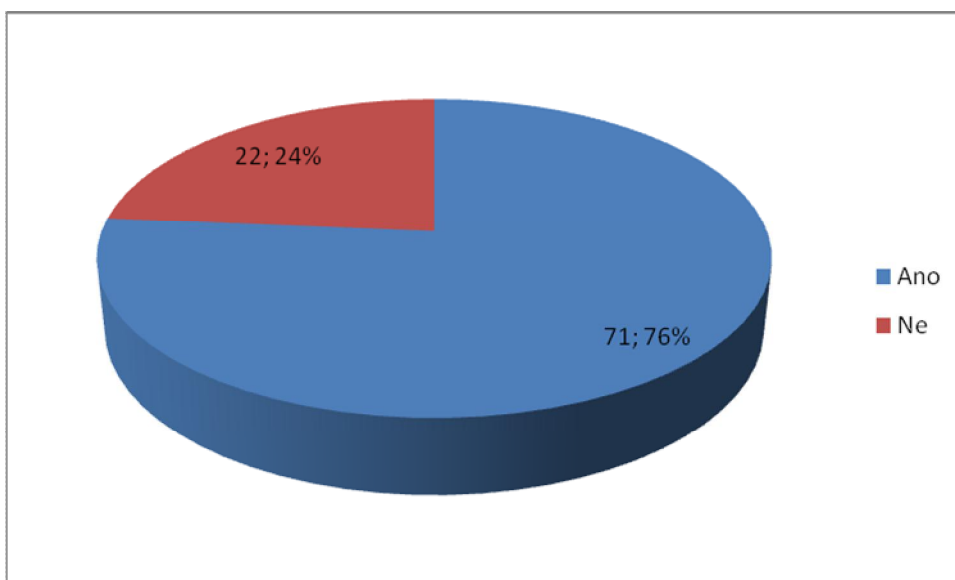
Z 93 (100 %) správně vyplněných dotazníků bylo 13 (14 %) dotazníků vyplněno na interním oddělení, 25 (27 %) na chirurgickém oddělení, 12 (13 %) na ONP, 11 (12 %) na neurologickém oddělení, 15 (16 %) ortopedickém oddělení a 17 (18 %) na traumatologickém oddělení.

**Graf 5 První hospitalizace**



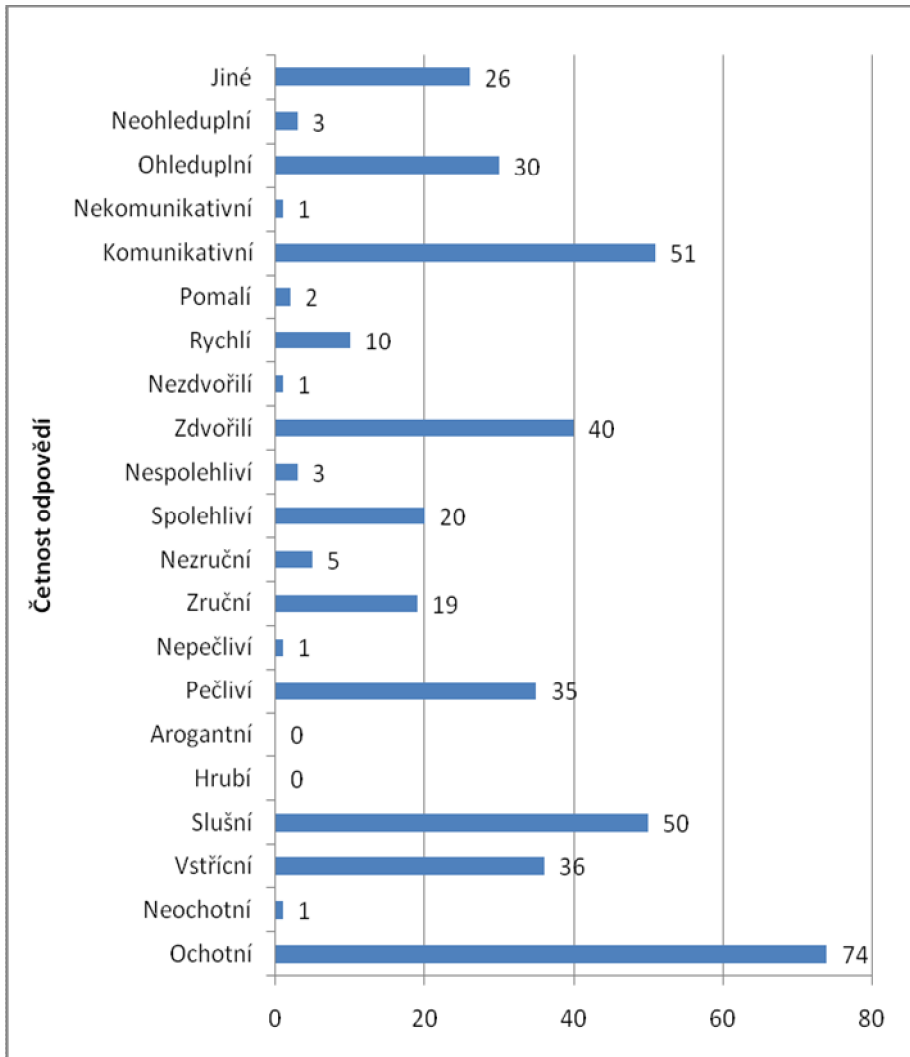
Z 93 (100 %) respondent jde u 69 (74 %) respondent o více než jednu hospitalizaci. U 24 (26 %) respondent se jedná o první hospitalizaci.

**Graf 6 Informování pacienta o vykonávání praxe studenty oboru VS**



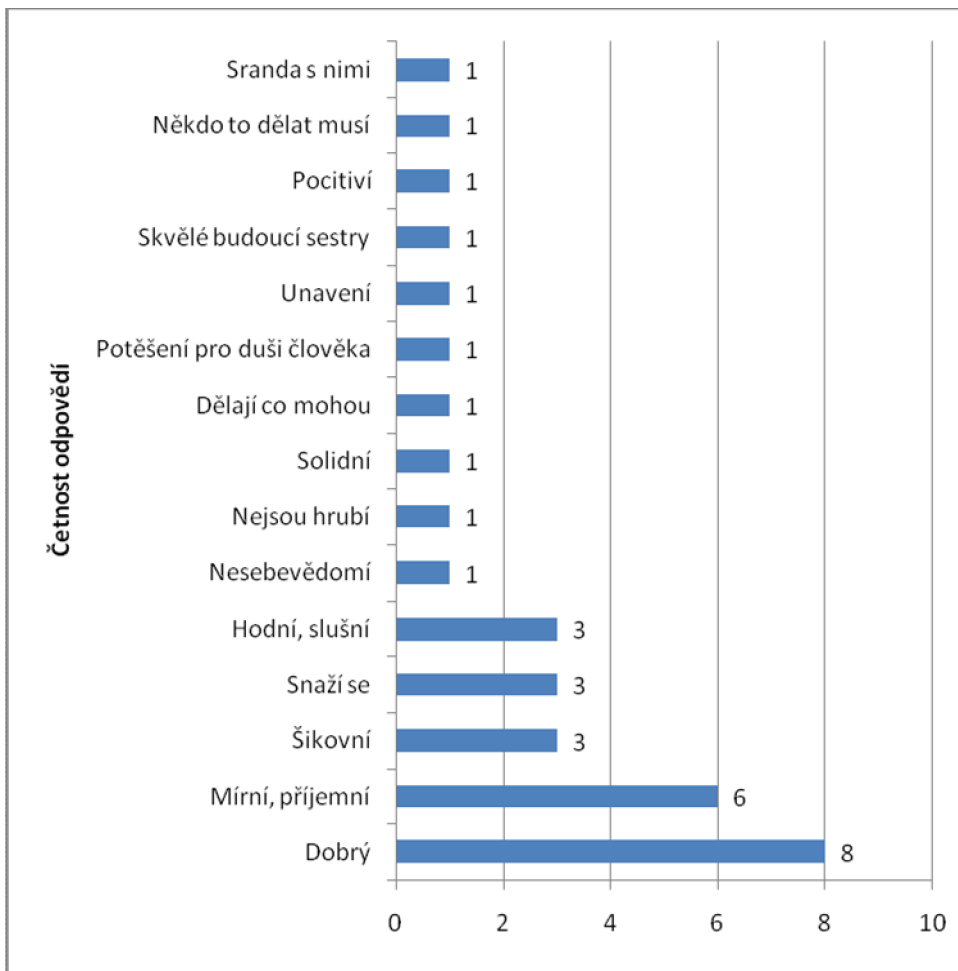
Z 93 (100 %) respondent bylo 71 (76 %) pacient informováno o výkonu praxe studenty oboru V–eobecná sestra. 22 respondent (24 %) informováno nebylo.

**Graf 7 P sobení student na pacienty**



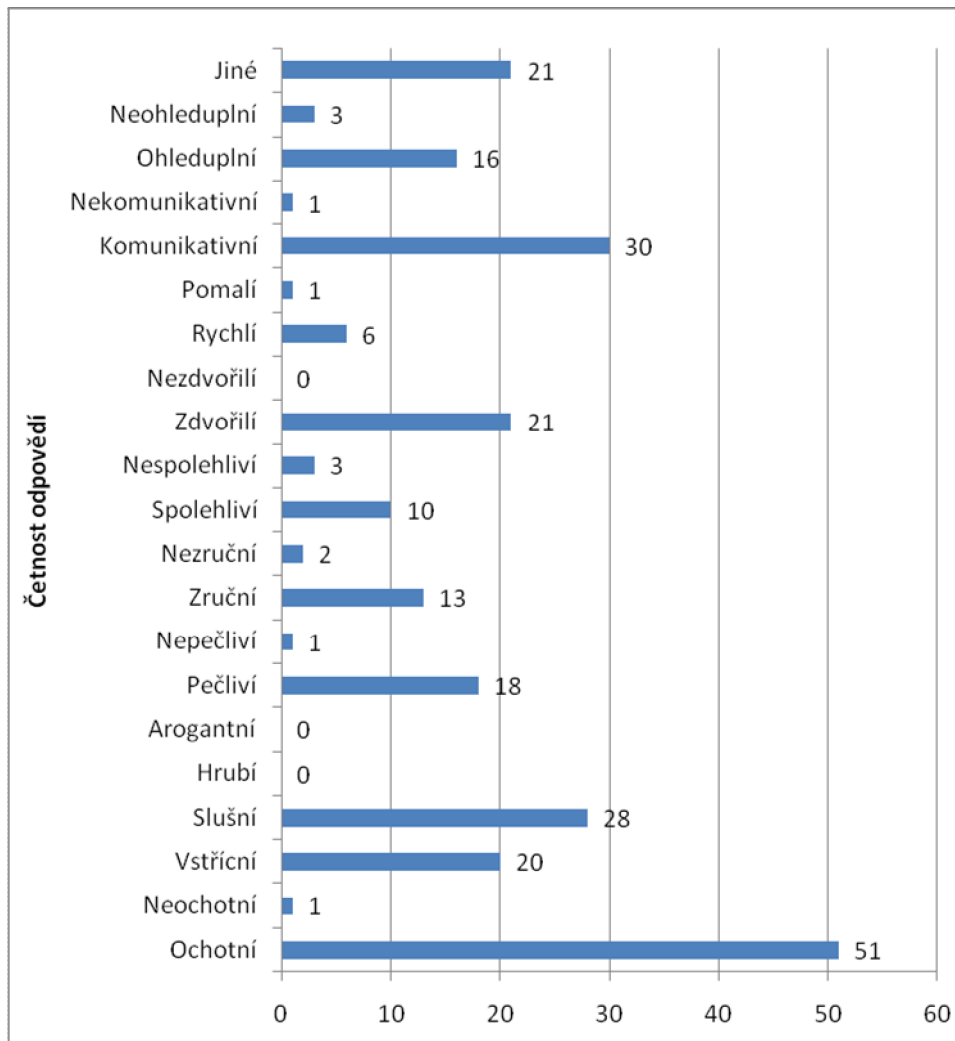
U otázky *Jak p sobí studenti na pacienty?* mohli pacienti za–krtnout více mořností. Mořnost ochotní byla za–krtnuta 74krát, neochotní 1krát, vst řící 36krát, slu–ní 50krát, hrubí a arogantní neza–krtnuto, pe liví 35krát, nepe liví 1krát, zru ní 19krát, nezru ní 5krát, spolehliví 20krát, nespolehliví 3krát, zdvo ilí 40krát, nezdvo ilí 1krát, rychlí 10krát, pomalí 2krát, komunikativní 51krát, nekomunikativní 1krát, ohleduplní 30krát, neohleduplní 3krát, mořnost jiné byla za–krtnuta 26krát.

**Graf 8 P** sobení student na pacienty ó zpracované mofnosti šJinéõ



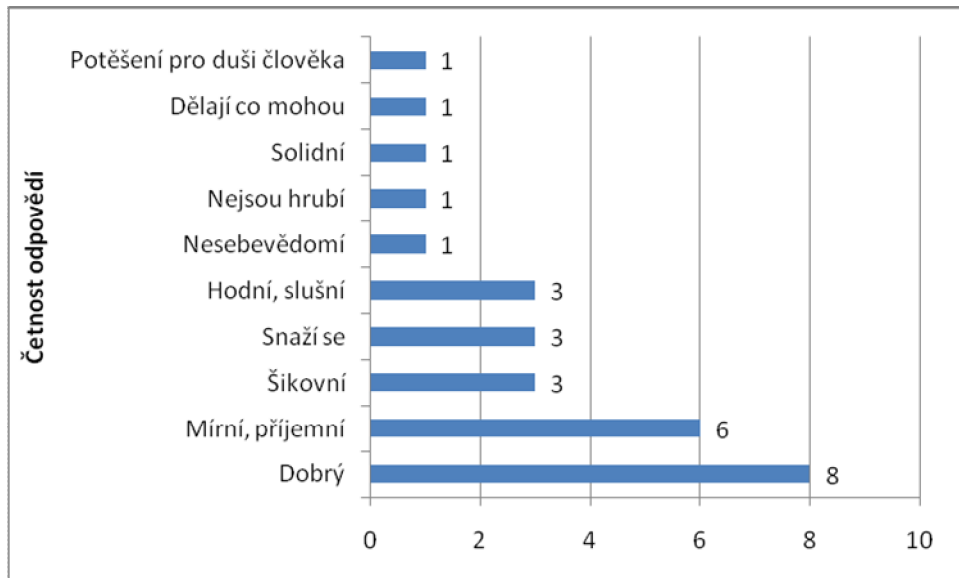
26 respondent vybralo mofnost šJinéõ. U mofnosti Jiné byli studenti ohodnoceni jako dobrý 8krát, mírní a příjemní 6krát, šikovní, snaží se a hodní, slušní 3krát, nesebevědomí, nejsou hrubí, solidní, dělají co mohou, potěšení pro duši člověka spolu s úctou ke stáří, unavení, skvělé budoucí sestry, poctiví, někdo to dělat musí a sranda s nimi 1krát.

**Graf 9 P sobení student na pacienty ve v kové skupin 36 let a více**



Na otázku *Jak p sobí studenti na pacienty?* ve v kové skupin 36 let a více odpov d lo 66 (100 %) respondent . Respondenti m li mořnost za–krtnout více odpov d í. Mořnost ochotní byla za–krtnuta 51krát, neochotní 1krát, vst řící 20krát, slu–ní 28krát, arogantní a hrubí neza–krtnuta, pe liví 18krát, nepe liví 1krát, zru ní 13krát, nezru ní 2krát, spolehliví 10krát, nespolehliví 3krát, zdvo řilí 21krát, nezdvo řilí nez–krtnuto, rychlí 6krát, pomalí 1krát, komunikativní 30krát, nekomunikativní 1krát, ohleduplní 16krát, neohleduplní 3krát a mořnost jiné byla za–krtnuta 21krát.

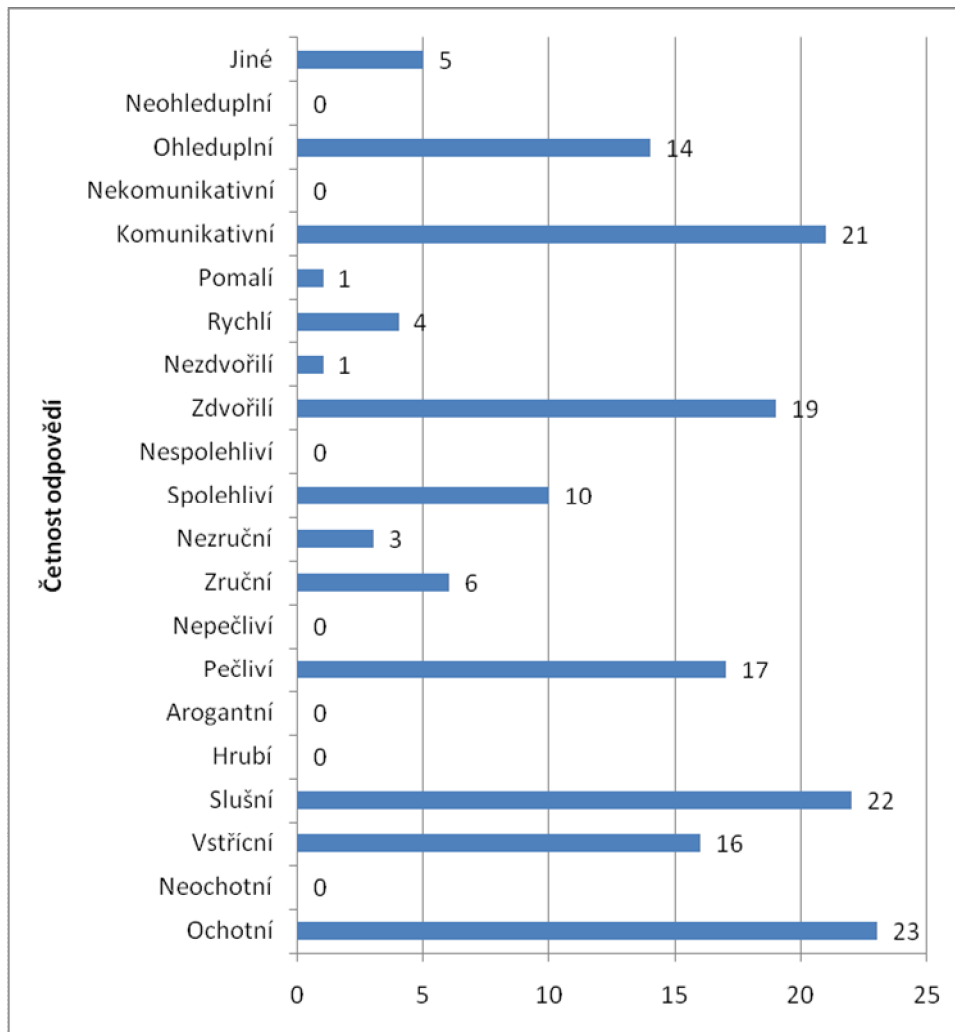
**Graf 10** Postavení studentů na pacienty ve věkové skupině 36 let a více  
 zpracované moštností šJinéů



Moštnost šJinéů byla označena 21krát. Postavení respondentů byly různé a některé respondenti napsali k této moštnosti více názorů. Studenti byli ohodnoceni jako dobří 8krát, mírní a příjemní 6krát, šikovní, snaží se, hodní, slušní 3krát, nesebevědomí, nejsou hrubí, solidní, dělají, co mohou a potěšení pro duši člověka spolu s úctou ke stáří 1krát.

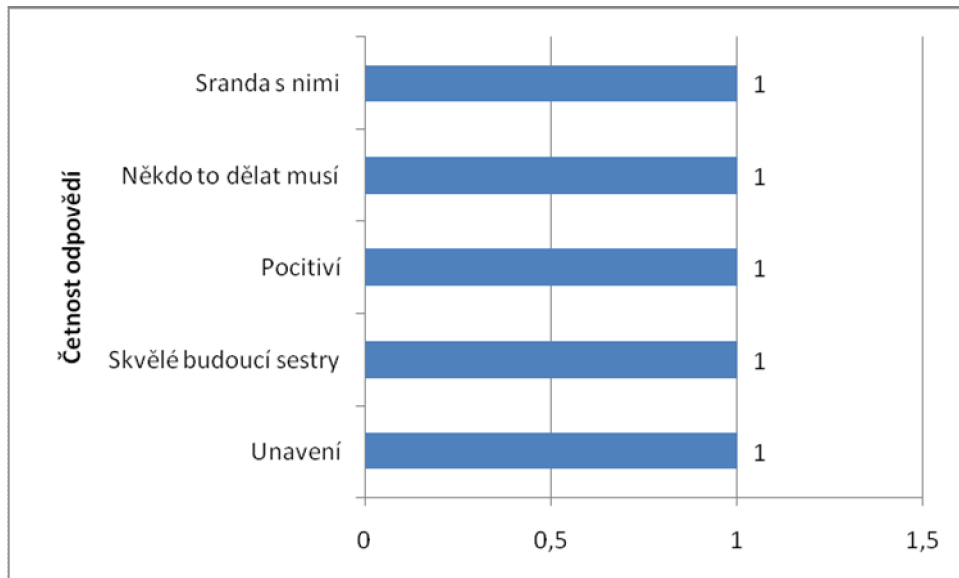


**Graf 11 P sobení student na pacienty ve v kové skupin do 36 let**



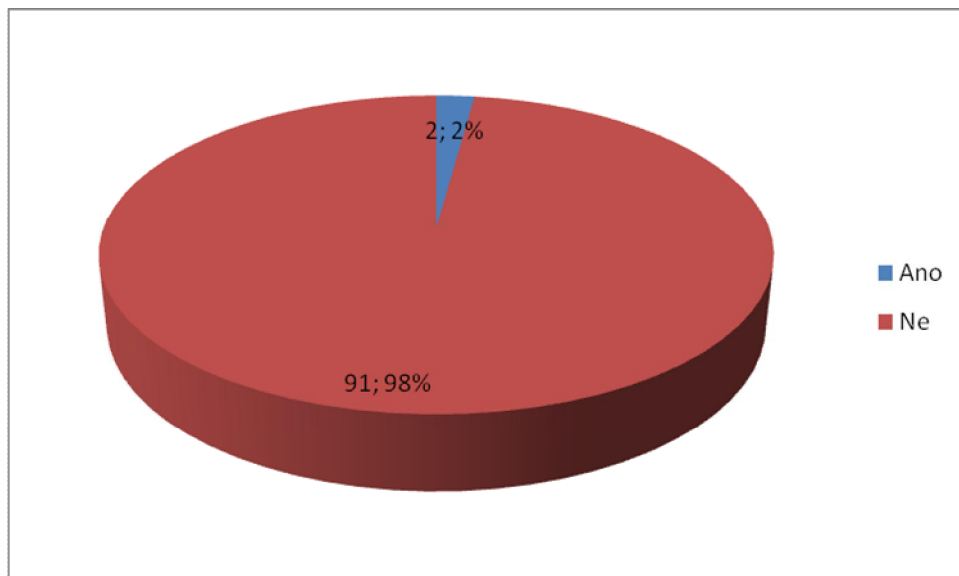
Na otázku *Jak p sobí studenti na pacienty?* ve v kové skupin do 36 let odpov d lo 27 respondent . Respondeti m li mofnost za–krtnout více odpov dí. Mofnost ochotní byla za–krtnuta 23krát, neochotní neza–krtnuta, slu–ní 22krát, hrubí a arogantní neza–krtnuta, pe liví 17krát, nepe liví neza–krtnuta, zru ní 6krát, nezru ní 3krát, spolehliví 10krát, nespolehliví neza–krtnuta, zdvo ilí 19krát, nezdvo ilí 1krát, rychlí 4krát, pomalí 1krát, komunikativní 21krát, nekomunikatvní neza–krtnuto, ohleduplní 14krát, neohleduplní neza–krtnuto, jiné 5krát.

**Graf 12 P sobení student na pacienty ve v kové skupin do 36 letó zpracované mofnosti šJinéó**



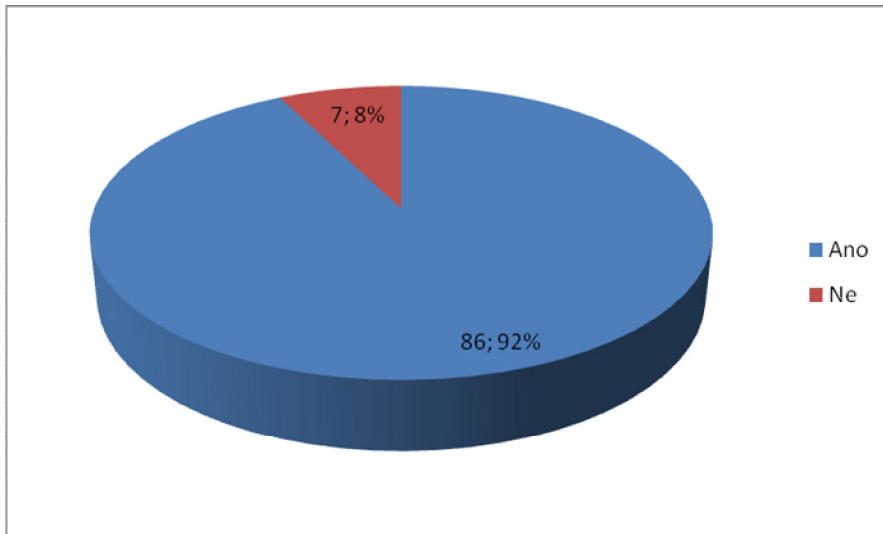
Mofnost Jiné byla ozna ena 5krát. Studenti byli ohodnoceni jako unavení 1krát, skvělé budoucí sestry 1krát, pocitiví 1krát, někdo to dělat musí 1krát, sranda s nimi 1krát.

**Graf 13 Pacienti, kte í jiflskute n odmítli o-et ení od studenta**



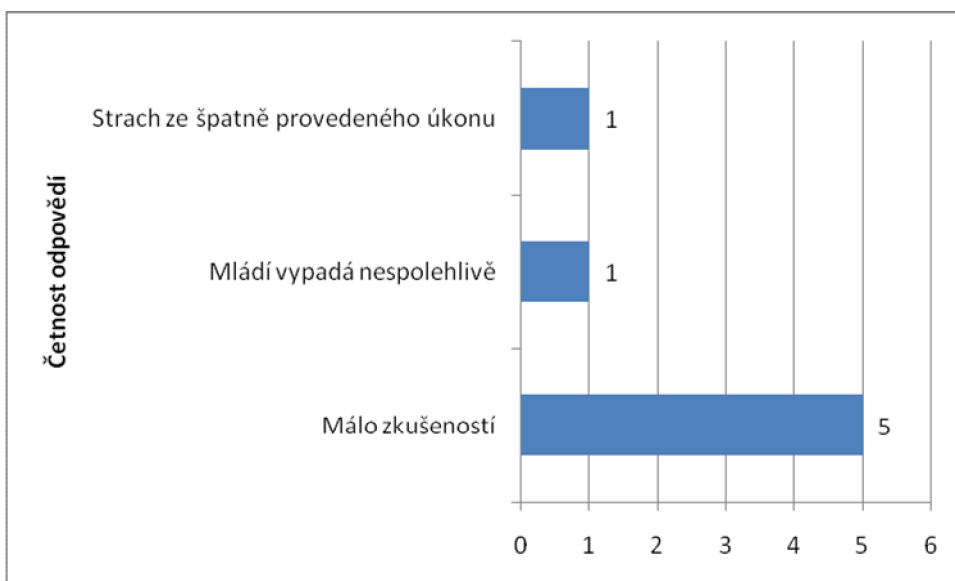
Z 93 (100 %) respondentů 2 (2 %) odmítli o-et ení od studenta. D vod šnezvládnul toó byl uveden 1 krát a d vod šned v oval jsem jimó byl uveden 1krát.

**Graf 14 D v ra pacienta ve studenty**



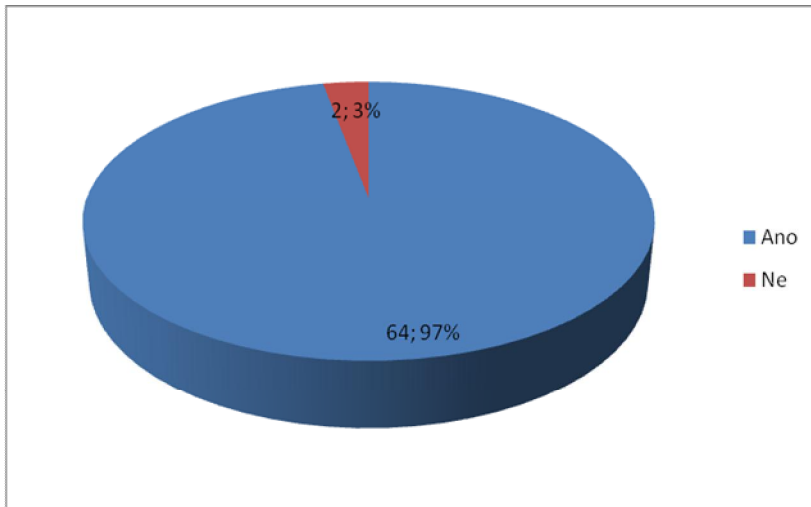
Z po tu 93 (100 %) pacient 86 (92 %) pacient d v uje student m a 7 respondent (8 %) jim ned v uje.

**Graf 15 D v ra pacienta ve studenty ó d vody ned v ry**



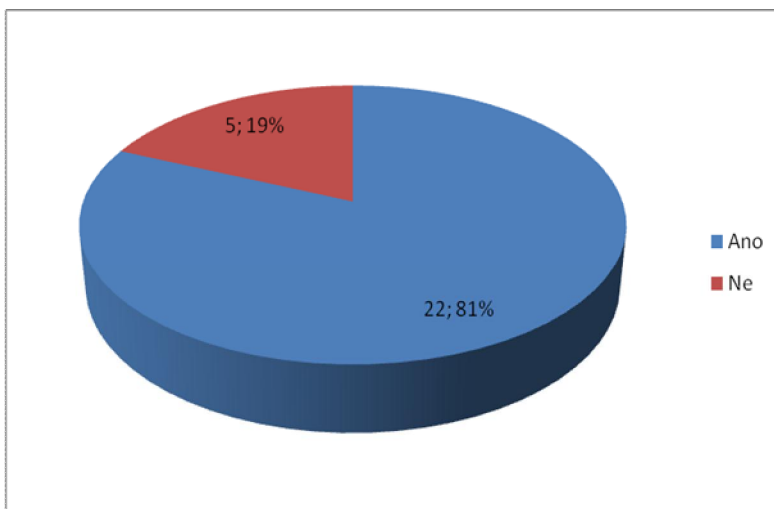
Otázka, u které se ptáme na d v ru pacienta ve studenty byla zodpov zena 7 respondenty. Po schrnutí jejich odpov dí vyplynulo, fle v-eobecným d vodem ned v ry je málo zku-eností studenta. Tento d vod byl uveden v r zných obm nách 5krát. Dále bylo 1krát uvedeno šmládí vypadá nespolehliv ō a šstrach ze -patn provedeného úkonu.õ

**Graf 16 D v ra pacienta (nad 36 let) ve studenty**



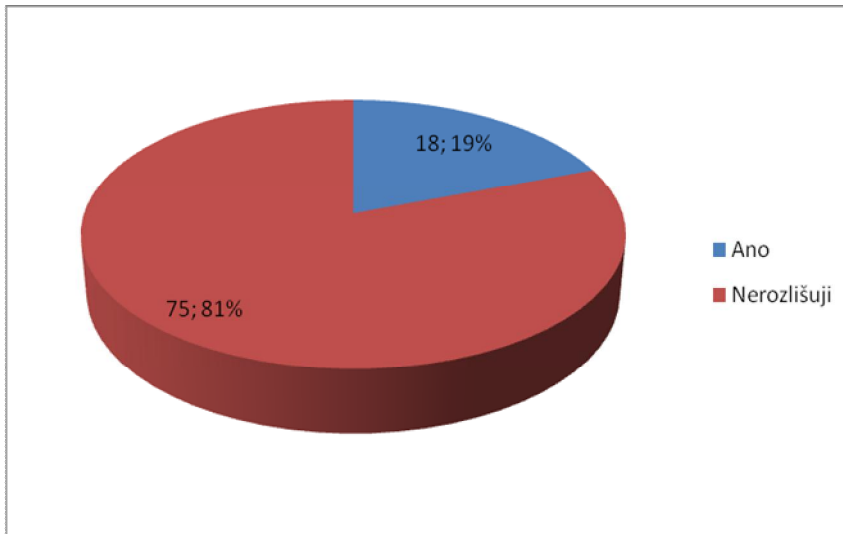
Z 66 (100 %) dotazovaných pacient 64 pacient (97 %) má d v ru v práci studenta. 2 pacienti (3 %) tuto d v ru nesdílí z d vodu šmládí, vypadá nespolehliv ō a šstrach ze –patn provedeného úkonu.õ

**Graf 17 D v ra pacienta (do 36 let) ve studenty**



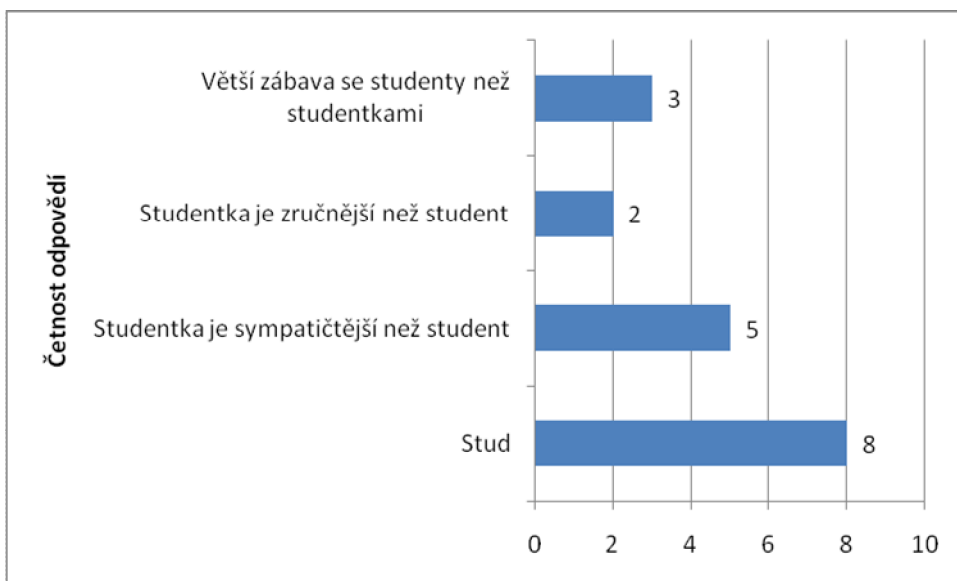
Z 27 (100 %) dotazovaných pacient 22 (81 %) pacient má d v ru v práci studenta. 5 pacient (19 %) tuto d v ru nesdílí.

**Graf 18 Je podstatné, zda se jedná o studentku i studenta**



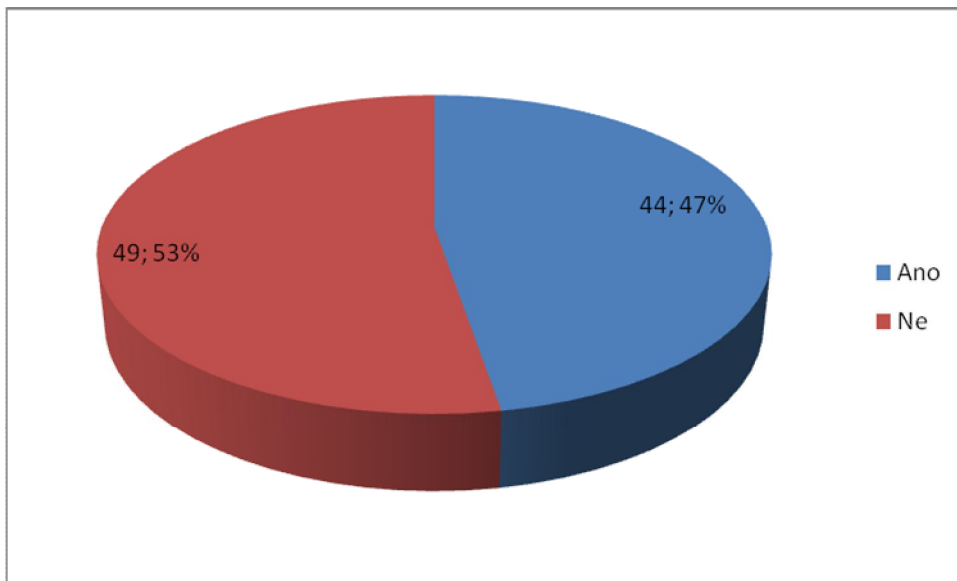
Z celkového počtu 93 (100 %) 75 respondentů (81 %) nerozlišuje rozdíl mezi studentem a studentkou. 18 respondentů (19 %) rozdíl vidí.

**Graf 19 Je podstatné, zda se jedná o studentku i studenta o d vodu rozli-ení**



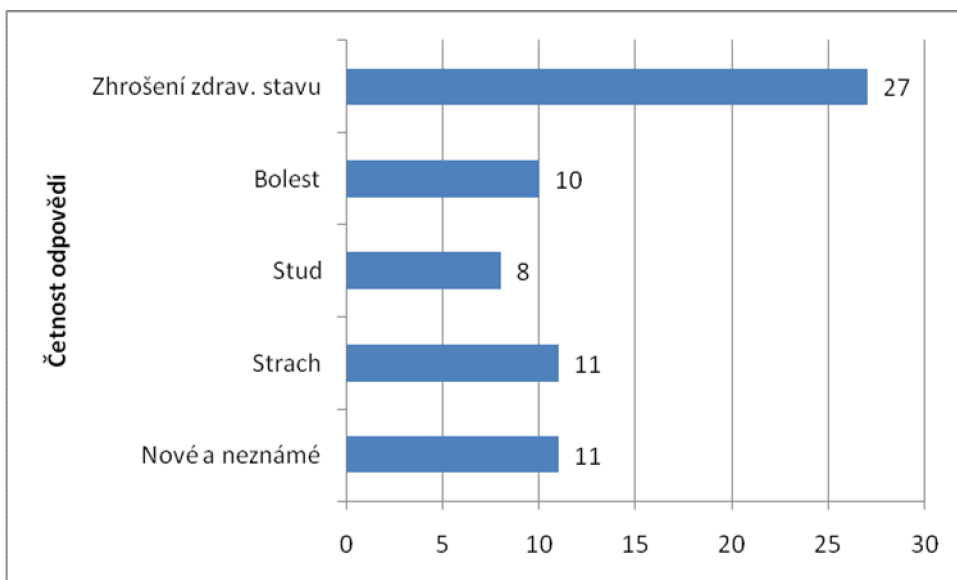
U otázky *Je podstatné, zda se jedná o studentku i studenta o d vodu?* mohli pacienti zakrtnout více odpovědí. Možnosti byly zodpovězeny 18krát. D vod student je uveden 8krát, studentka je sympatičtější než student 5krát, studentka je zručnější než student 2krát, v t-í zábava se studenty než studentkami 3krát.

**Graf 20 Odmítnutí provedených úkon studentem od pacienta**



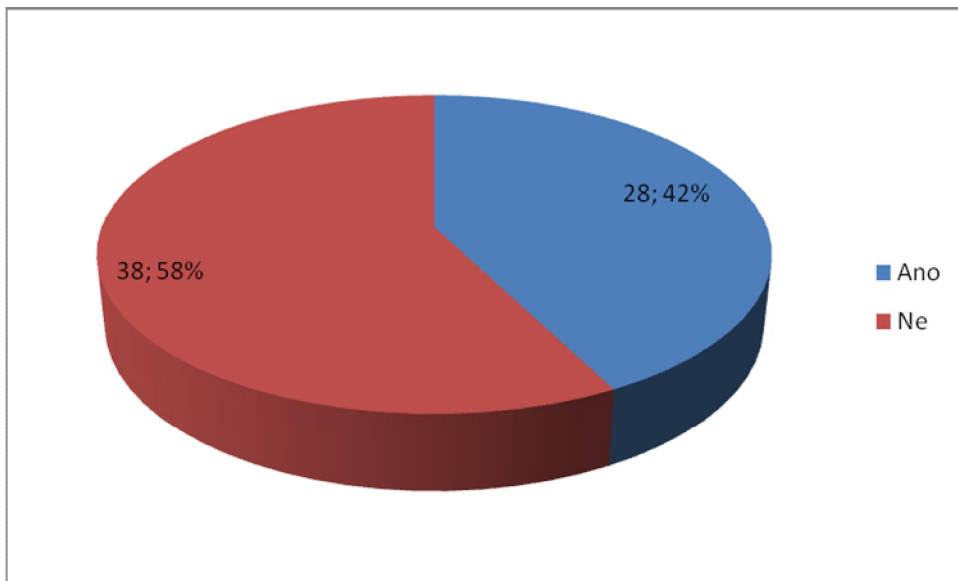
Z 93 (100 %) pacient by 49 (53 %) z nich úkon od studenta neodmítlo. 44 (47 %) pacient by výkon odmítlo.

**Graf 21 Odmítnutí provedených úkon studentem od pacienta ó zpracované d vody odmítnutí provedení úkon studentem od pacienta**



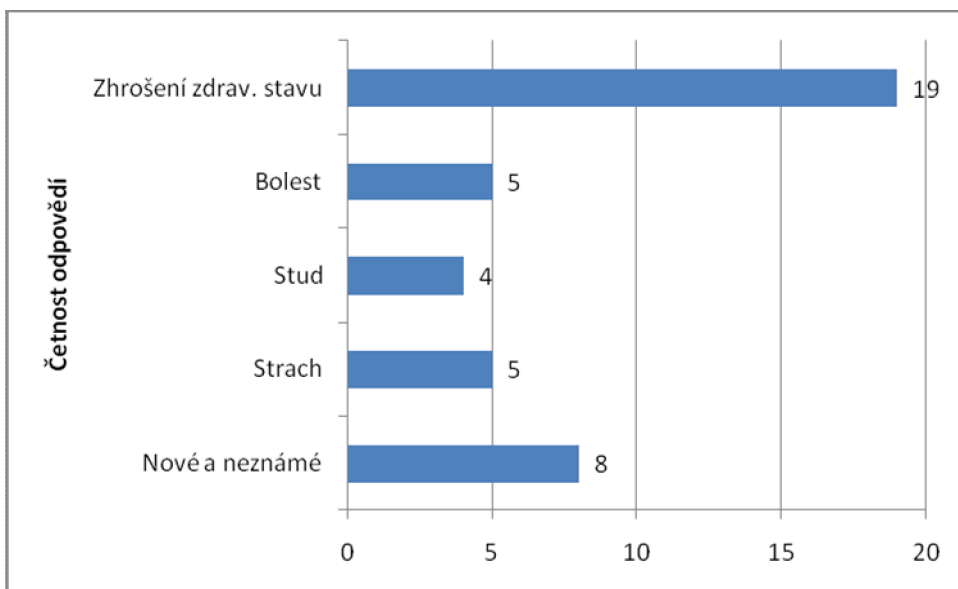
U této otázky bylo možno za-krtnou více odpov dí. D vod odmítnutí zhor-ení zdravotního stavu byl vybrán 27krát, bolest 10krát, stud 8krát, strach 11krát a nové a neznámé 11krát.

**Graf 22 Odmítnutí provedených úkon studentem od pacienta (nad 36 let)**



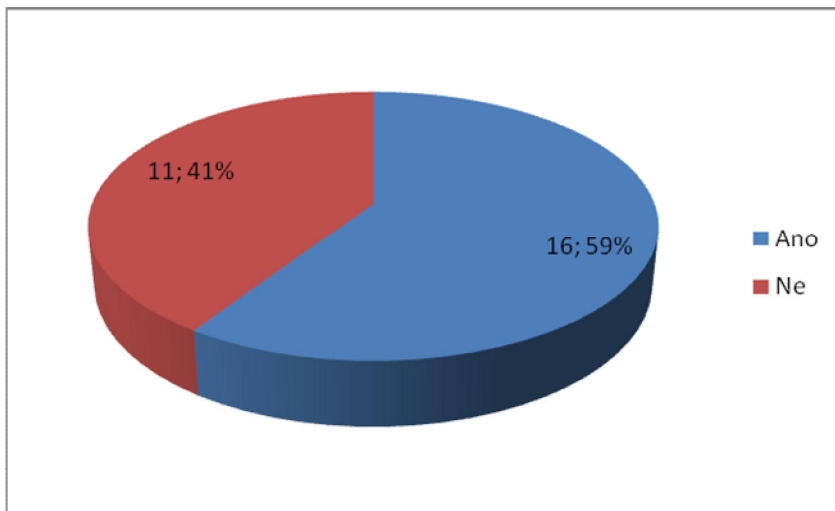
Z 66 (100 %) pacient starších 36 let by 38 (58 %) pacient výkon od studenta neodmítlo. 28 (42 %) pacient by výkon odmítlo.

**Graf 23 Odmítnutí provedených úkon studentem od pacienta (nad 36 let) ó zpracované d vody odmítnutí provedení úkon studentem od pacienta**



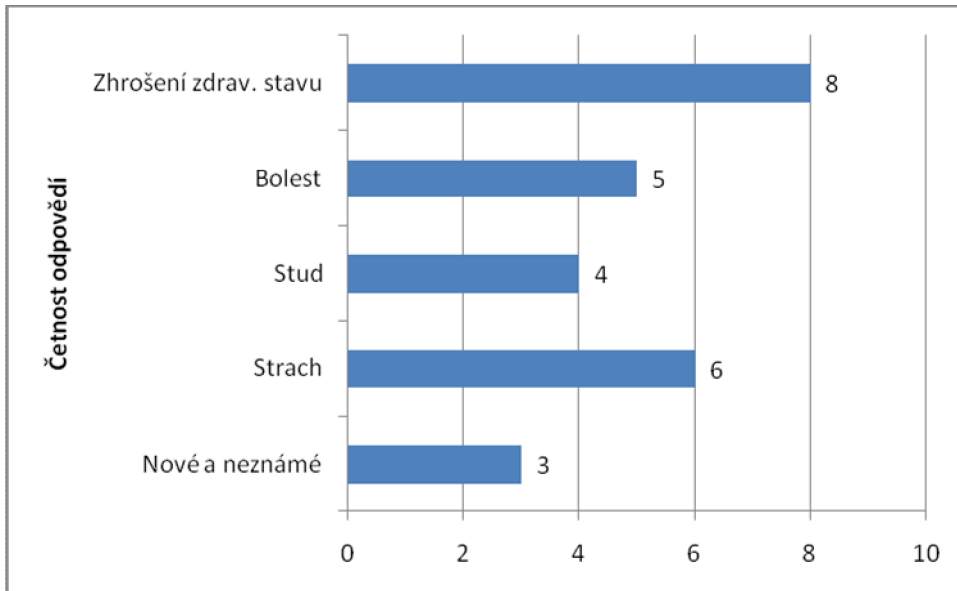
U této otázky byl d vod odmítnutí výkonu za-krtnut 28krát. D vod odmítnutí jako zhor-ení zdravotního stavu byl vybrán 19krát, bolest 5krát, stud 4krát, strach 5krát a nové a neznámé 8krát.

**Graf 24 Odmítnutí provedených úkon studentem od pacienta (do 36 let)**



Z 27 (100 %) pacient mladších 36 let by 11 (41 %) pacient výkon od studenta neodmítlo. 16 (59 %) pacient by výkon odmítlo.

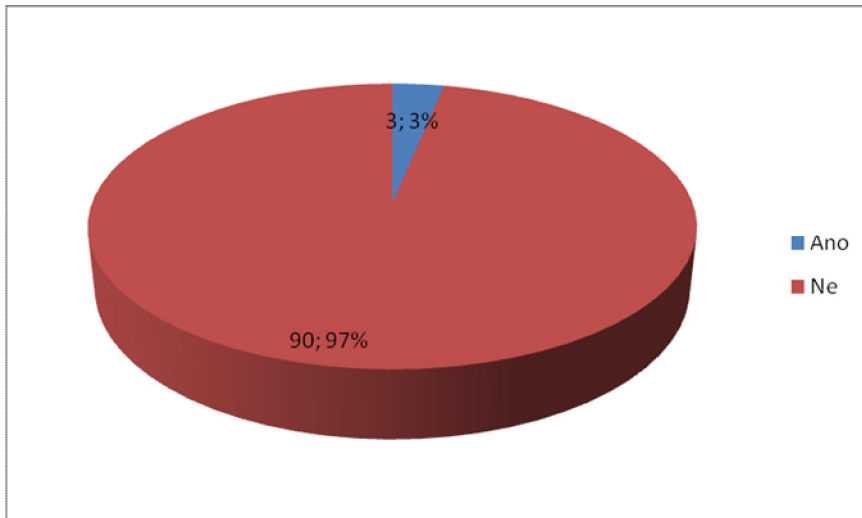
**Graf 25 Odmítnutí provedených úkon studentem od pacienta (do 36 let) a d vodu odmítnutí provedení úkon studentem od pacienta**



U této otázky byl důvod odmítnutí výkonu uveden 16krát. Důvodem odmítnutí bylo zhoršení zdravotního stavu byl vybrán 8krát, bolest 5krát, stud 4krát, strach 6krát a nové a neznámé 3krát.

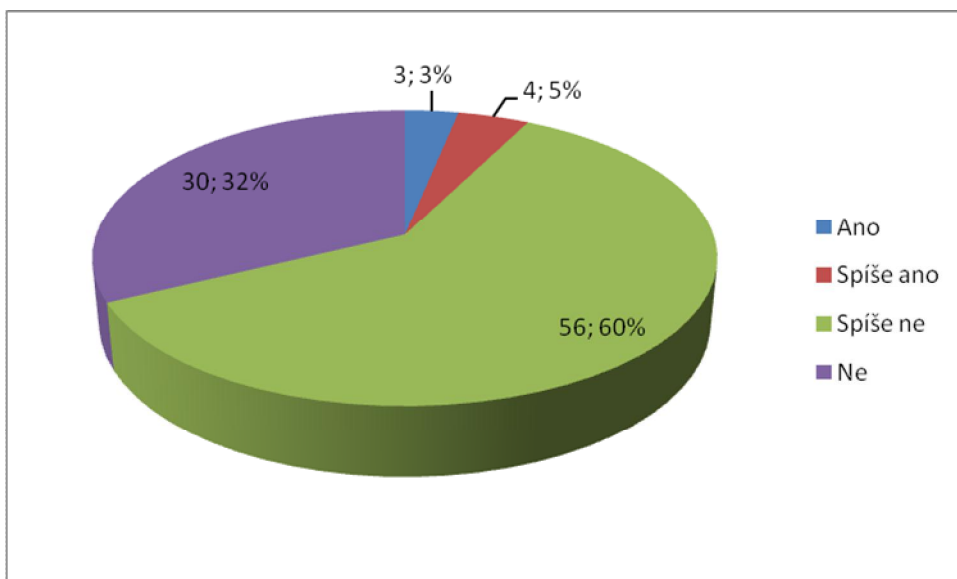


**Graf 26 Odmítnutí poskytnutí požadované péče studenty**



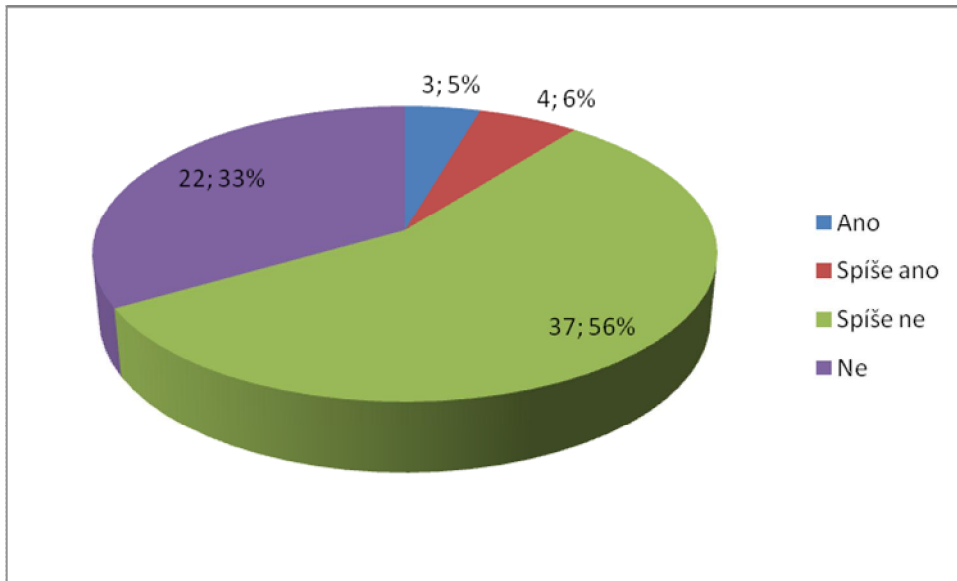
Z 93 (100 %) pacientů se 90 (97 %) pacientů nesešlo s odmítnutím péče ze strany studenta. S tímto problémem se setkali 3 (3 %) pacienti z dotazovaných. Jednalo se o odmítnutí výkonu cévkování.

**Graf 27 Pocit ohrožení zdraví pacienta výkony student**



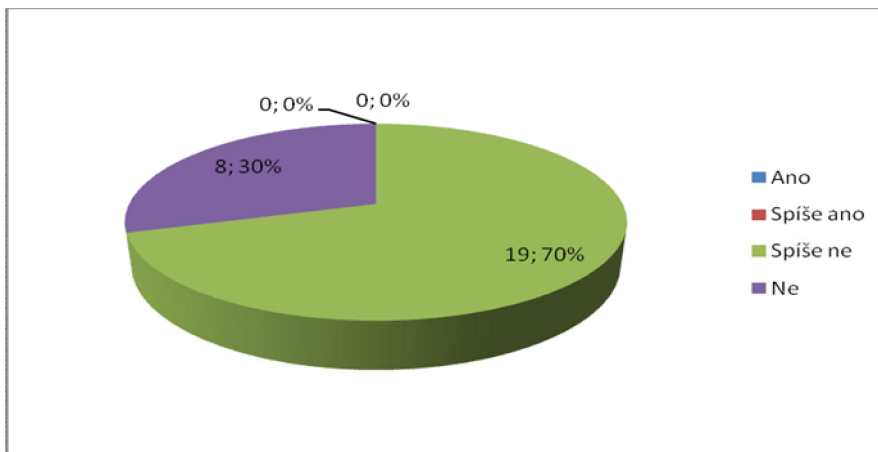
Z 93 (100 %) respondentů 30 (32 %) pacientů volí odpověď ne, 56 (60 %) pacientů odpověď spíše ne, 4 (5 %) pacienti odpověď spíše ano a 3 (3 %) pacienti odpověď ano.

**Graf 28 Pocit ohrožení zdraví pacienta (nad 36 let) výkony student**



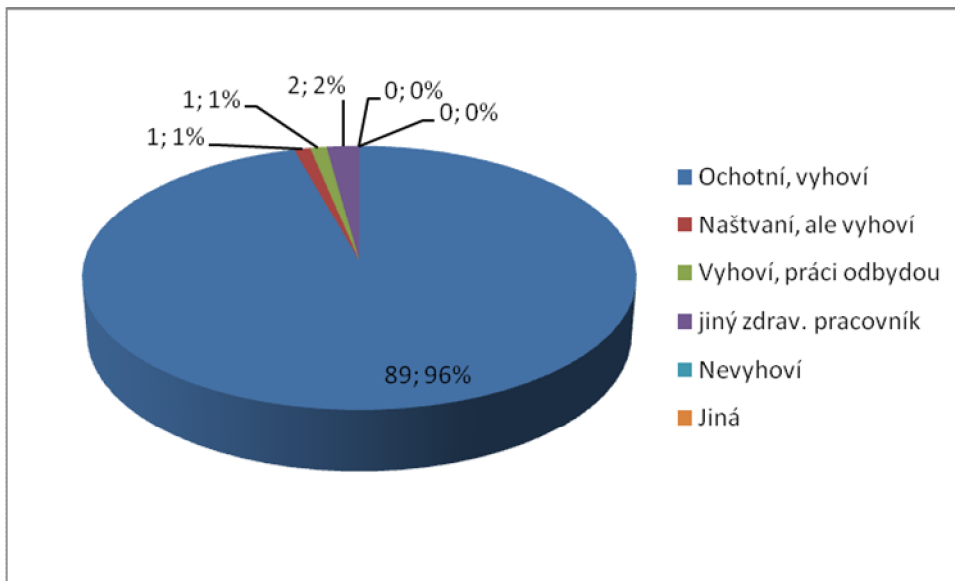
Z celkového počtu 66 (100 %) dotazovaných pacientů volí 37 (56 %) volí odpověď spíše ne, 22 (33 %) pacientů odpověď ne, 3 (5 %) pacienti odpověď ano a 4 (6 %) pacienti volí odpověď spíše ano.

**Graf 29 Pocit ohrožení zdraví pacienta (do 36 let) výkony student**



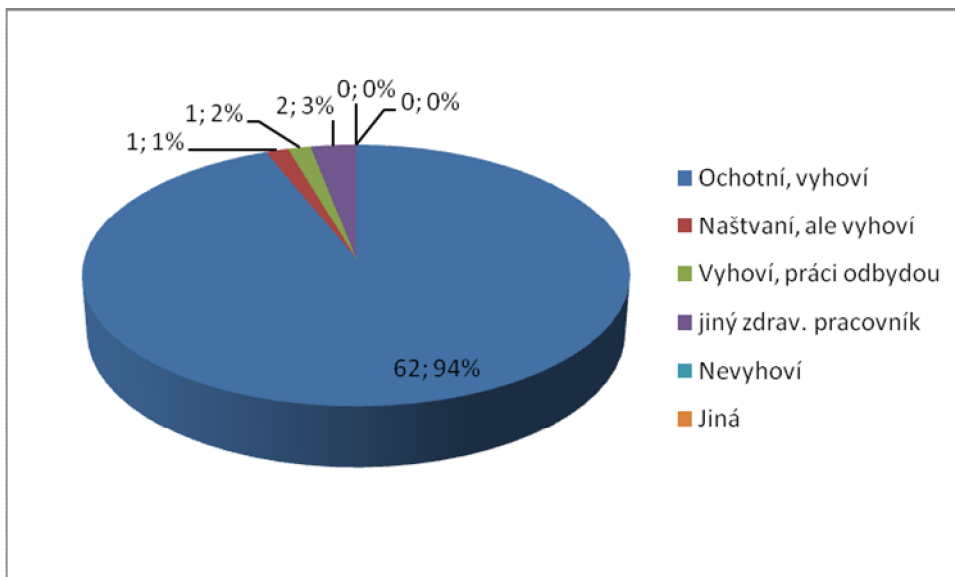
Z 27 (100 %) dotazovaných pacientů mladších 36 let volí 8 (30 %) pacientů odpověď ne, 19 (70 %) pacientů odpověď spíše ne. Odpověď spíše ano a ano zvolena nebyla.

**Graf 30 Reakce student na požadavky pacient**



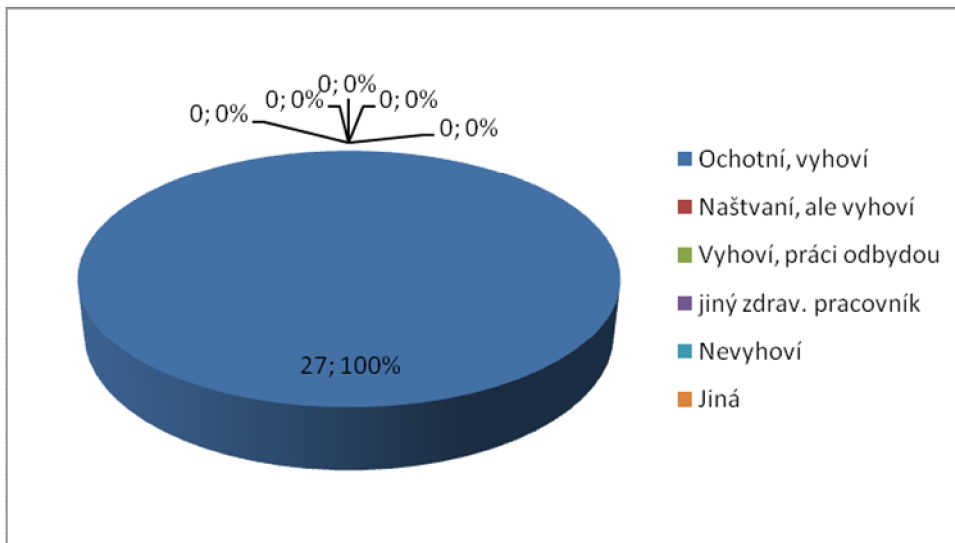
Z po tu 93 (100 %) dotazovaných pacient se 89 (96 %) pacient setkala s ochotou student jim vyhov t jim, pokud to bylo v rámci jejich mořností. U jednoho z pacient byl student na-tvaný, ale vyhov l. U druhého také vyhov l, ale práci odbyl. S nevyhov ním ani s řádnou jinou reakcí se nikdo z dotazovaných pacient nesetkal.

**Graf 31 Reakce student na požadavky pacient (nad 36 let)**



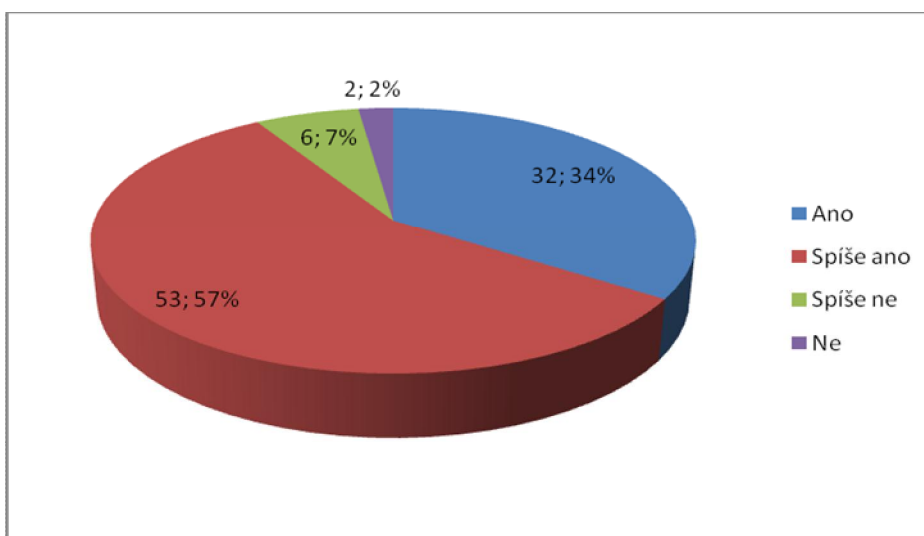
Z celkového po tu 66 (100 %) pacient nad 36 let se 62 (94 %) pacient setkala s ochotou student jim vyhov t a u 4 (6 %) pacient byla práce odbyta nebo student byl p i pln ní požadavk na-tvaný.

**Graf 32 Reakce student na požadavky pacient (do 36 let)**



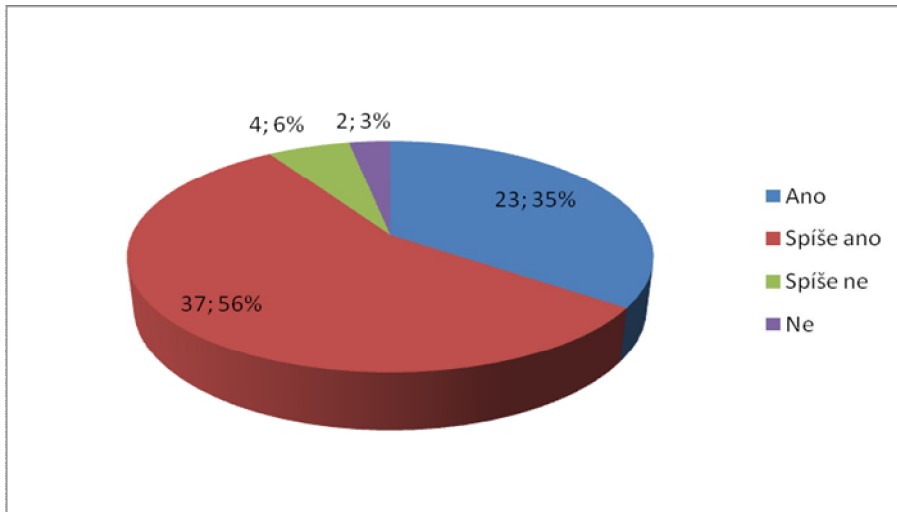
Všech 27 (100 %) dotazovaných pacientů do 36 let se setkala s ochotou studentů vyhovět jejich požadavkům.

**Graf 33 Důvěra pacienta v praktické dovednosti studenta**



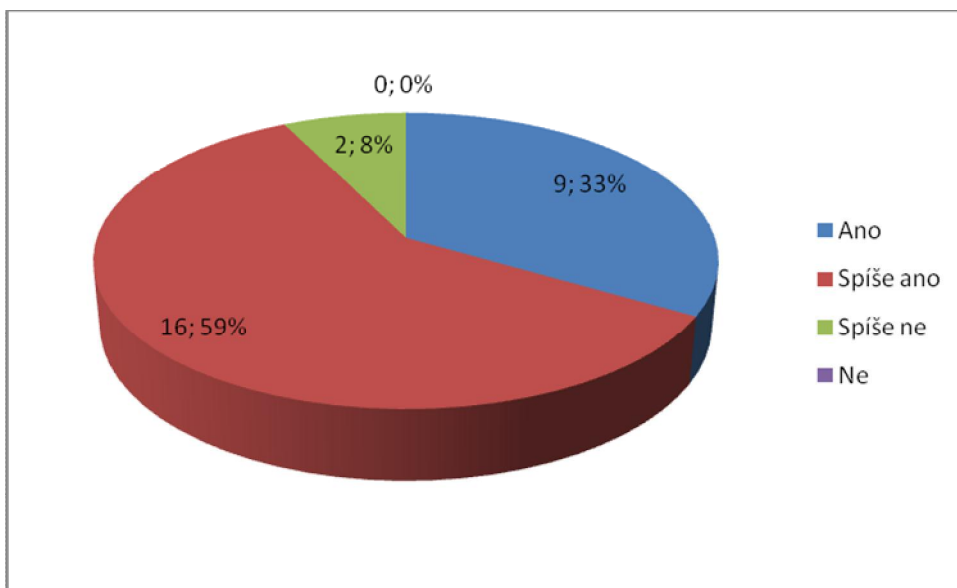
Z celku 93 (100 %) dotazovaných nemají 2 (2 %) pacienti důvěru v praktické dovednosti studenta, spíše ne volilo 6 (7 %) pacientů. 53 pacientů (57 %) volilo možnost spíše ano a 32 (34 %) má důvěru v praktické dovednosti studenta.

**Graf 34 D v ra pacienta (nad 36 let) v praktické dovednosti studenta**



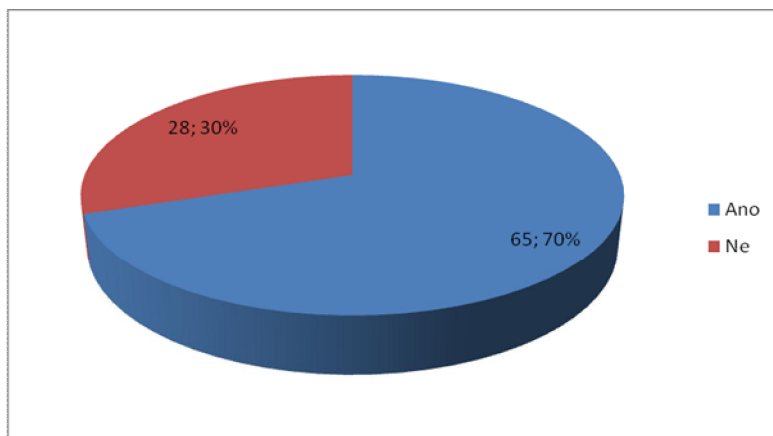
Z 66 (100 %) pacient starších 36 let nemají 2 (3 %) d v ru v praktické znalosti studenta, 4 (6 %) volili odpov spí-e ne. Odpov spí-e ano zvolilo 37 (56 %) pacient a d v ru v praktické znalosti studenta chová 23 (35 %) pacient .

**Graf 35 D v ra pacienta (do 36 let) v praktické dovednosti studenta**



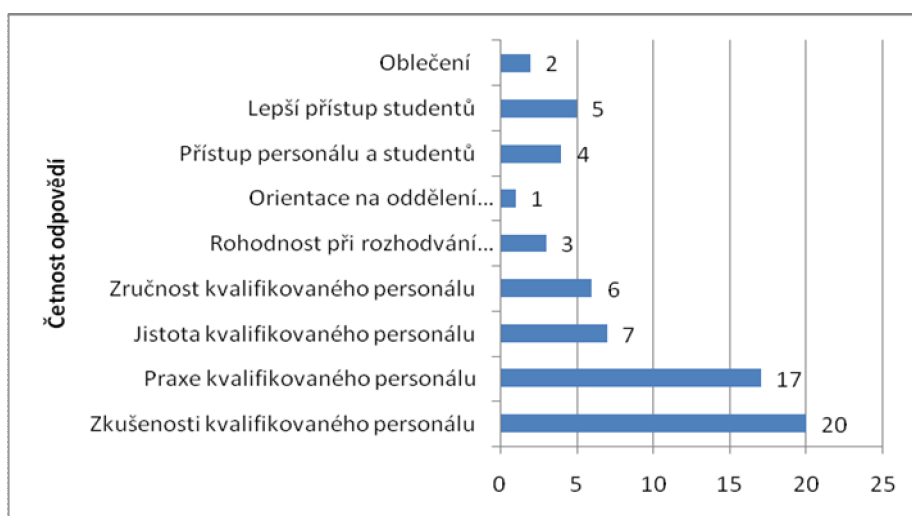
U 27 (100 %) pacient mladších 36 let nezvolil nikdo odpov ne. 2 pacienti (8 %) zvolili odpov spí-e ne a 9 (33 %) odpov spí-e ano. 16 (59 %) pacient má d v ru v praktické znalosti studenta.

**Graf 36 Rozdíl mezi studentem a personálem pracujícím na daném oddělení**



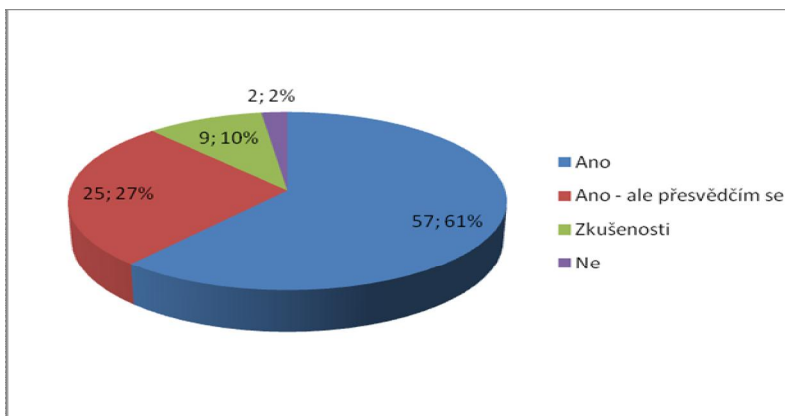
Z počtu 93 (100 %) dotazovaných 28 (30 %) pacientů rozdíl nevnímá rozdíl mezi studentem a personálem pracujícím na daném oddělení nevnímá. 65 (70 %) dotazovaných tento rozdíl vidí.

**Graf 37 Rozdíl mezi studentem a personálem pracujícím na daném oddělení o zpracované d vody rozlišení**



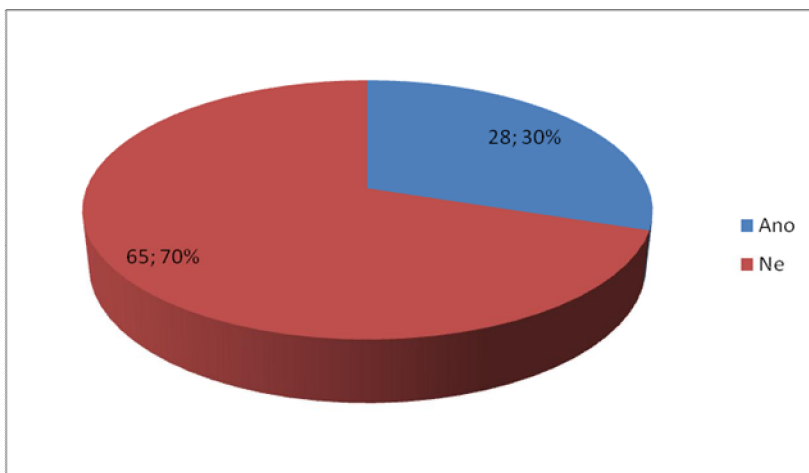
Nejmá rozdíl mezi studentem a personálem pracujícím na daném oddělení vidí pacienti ve vztá k zkušenostem kvalifikovaného personálu. Tato možnost byla vybrána 20krát. 17krát bylo poukázáno na vztá k praxi kvalifikovaného personálu, a s tím souvisí i 7krát uvedená jistota, 6krát zručnost, 3krát rozhodnost při rozhodování a 1krát orientace na oddělení. Rozdíl v přístupu personálu pracujícím na oddělení a student je viděn 4krát. 5krát je přístup student lepší a dále je uvedeno, že na něm mají více asistentů než stálý personál. 2krát je viděn rozdíl v oblečení.

**Graf 38 Ochota pacienta provést zadaný úkon na doporučení studenta**



Z 93 (100 %) respondentů je 57 (61 %) z nich ochotno provést úkony na doporučení studenta. 25 (27 %) respondentů se nejdříve přesvědčí o správnosti úkonu u zkušeného personálu. 9 (10 %) respondentů provádí pouze ty úkony, se kterými mají již zkušenosti a 2 (2 %) nejsou ochotni úkony na doporučení studenta provádět.

**Graf 39 Rozdíl mezi studenty poskytujícími ošetřovatelskou péči**



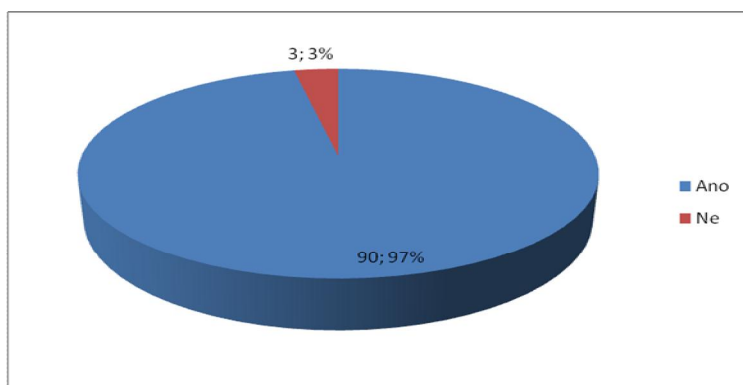
Z 93 (100 %) pacientů nevidí 65 (70 %) pacientů rozdíl mezi studenty poskytujícími jim ošetřovatelskou péči. 28 (30 %) tento rozdíl vidí.

**Graf 40 Rozdíl mezi studenty poskytujícími ošetřovatelskou péči o zpracované d vody rozlišení**



U otázky *Rozdíl mezi studenty poskytujícími ošetřovatelskou péči o zpracované d vody rozlišení* mohli pacienti zaznamenat více možností. Možnosti byly vypsány 28krát. 9krát byl zapsán rozdíl v přístupu a pacienti uváděli, že tento rozdíl je u každého studenta individuální. Rozdíl v přístupu, ale s dodatkem: „Snaží se všichni“, byl zapsán 5krát. Jeden z těchto pacientů tento rozdíl upřesňuje: „Všichni se snaží, ale někteří k tomu mají blíž“. Na rozdíl ve zručnosti a dovednostech jednotlivých studentů se poukazuje 4krát. Rozdíl v poctivosti a pečlivosti byl zaznamenán 3krát a komunikativnosti 2krát. 5krát je poukazováno na rozdíl v přístupu studentů na pacienty příjemněji, mileji a ochotněji než ostatní studenti.

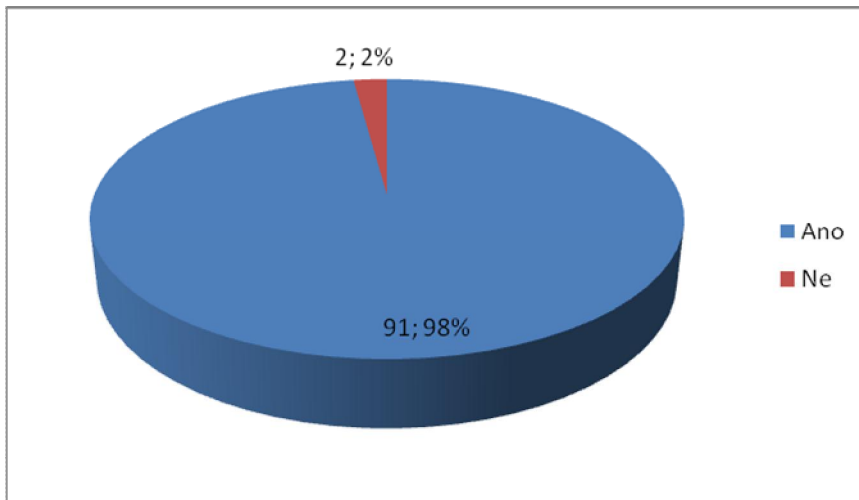
**Graf 41 Spokojenost pacientů s ošetřovatelskou péčí poskytovanou studenty**



Z celku 93 (100 %) dotazovaných je 90 (97 %) z nich spokojeno s ošetřovatelskou péčí poskytovanou studenty. 3 (3 %) dotazovaní nejsou s ošetřovatelskou péčí spokojeni.

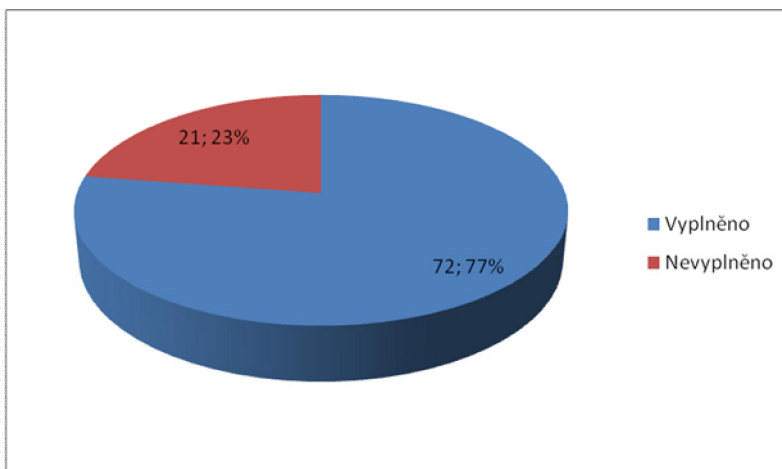


**Graf 42 Souhlas pacienta s dalším ošetřením od studenta při eventuální další hospitalizaci**



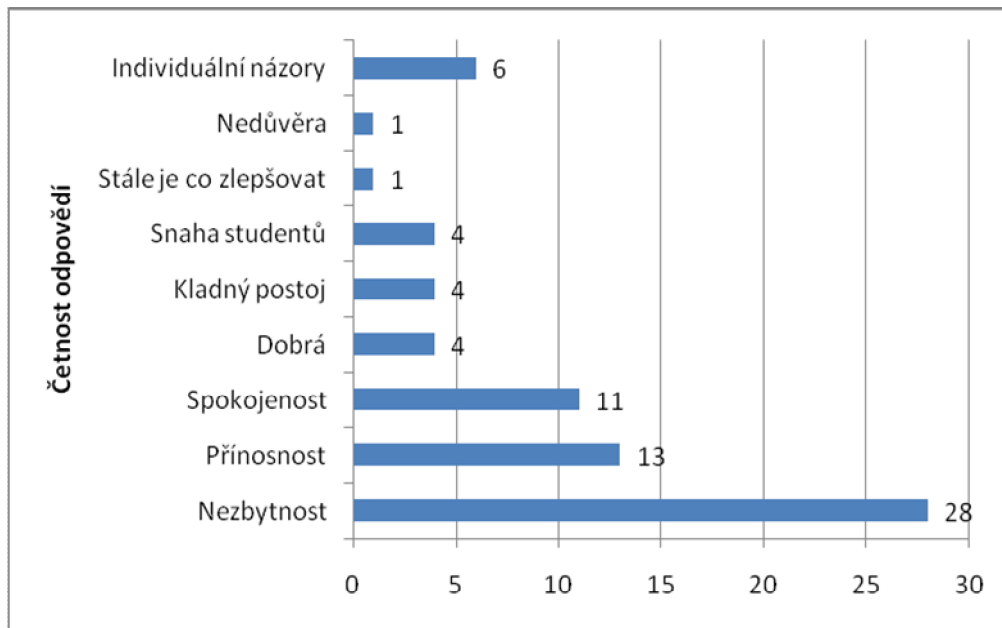
Z počtu 93 (100 %) respondentů z nichž 91 (98 %) souhlasilo s dalším ošetřením od studenta při další hospitalizaci. 2 (2 %) respondenti by nesouhlasili.

**Graf 43 Názor pacientů na ošetřovatelskou praxi studentů**



Z počtu 93 (100 %) dotazovaných svůj názor na tuto otázku napsalo 72 (77 %) dotazovaných a 21 (23 %) dotazovaných svůj názor nenapsalo.

**Graf 44 Názor pacient na ošetřovatelskou praxi studentů - zpracované názory**



Názory na praxi byly různé. 28krát je viděna praxe jako nezbytnost. Vyskytovaly se názory typu: „Bez praxe to nejde“, „Pouze praxí získají zkušenosti“, „Nezbytná pro výkon povolání“, „Naučí se postup k lidem, ví co je čeká“ a podobně. Dotazovaní 13krát poukazují na přínos praxe: „Praxe je přínosná vč, studenti získají praktické zkušenosti, pacienti mají dobrou náladu a optimismus a stálý personál získá pomoc studentů“. 11krát je u dotazovaných zapsána spokojenost s praxí studentů vykonávanou na oddělení a jeden z nich dokonce uvádí: „Byla jsem mile překvapena profesionální péčí studentů“. 4krát je praxe ohodnocena jako dobrá a jeden respondent neopoměl dodat „Přínosné studentky“. 4krát je zapsán kladný postoj k praxi. Další dotazovaní uvádí, že studenti se snaží, tato možnost byla zapsána 4krát. Jeden z nich zároveň dodává: „Nemám v ní praktickou důvěru“. Negativní názor na praxi studentů byl: „Stále je co zlepšovat, někdo tu nemá co dodat“ nebo „Přilížitě nedvěru“.

Dále se vyskytovaly individuální názory typu: „Ajdou vpřed, a se učí“, „Zamiloval bych je na oddělení, ke kterému mají bližší vztah“, „Aspoň je víc pracujících, já bych to nedělala“, „Nepemýřela jsem o tom“, „Když chce být lékař zdravotník, musí projít vším, každý se učí, i sestry, které tu pracují celý život“ nebo jen „Jsem rád, když přijdou“.

## 5 Diskuse

Tématem bakalářské práce je vnímání ošetřovatelské praxe student oboru všeobecná sestra o imá pacienta. Řešení této problematiky je velmi subjektivní. Vše zde závisí na lidském faktoru. Záleží na povaze a postupu pacienta, ale také na povaze a postupu studenta oboru všeobecná sestra k pacientovi. Nemocný člověk se ocitá ve zvláštní situaci a to v důsledku vlastního chorobného procesu a i vlivem dalších psychologických a sociálních faktor, které z onemocnění vyplývají. Tato situace může být pro něj pro sobě na vlastnosti pacienta. Zdravotník si musí uvědomit, že nemoc má stránku subjektivní i stránku osobnostní (36). Důraz je kladen na schopnost sociální komunikace. Bez vzájemné komunikace mezi lékařem, sestrou a pacientem nelze rozvíjet vzájemný pozitivní vztah mezi sestrou, lékařem a pacientem a úspěšně plnit ošetřovatelský proces (37). Z tohoto vyplývá, že vztah sestry k pacientovi je velmi významný, protože sestra je s ním mnoho času v přímém kontaktu, přičemž pacient u ní hledá oporu, porozumění a pomoc. Zatímco lékař ve vztahu k pacientovi přebírá jakoby funkci otce, sestra do jisté míry přebírá úlohu matky. U pacienta se nelze jen choroba, léčí se celý člověk. Proto je velmi důležitý psychologický a individuální přístup (7, s. 8). A právě studenti oboru všeobecná sestra by se měli naučit během své praxe v nemocnici stát se právě touto sestrou. Sestrou, u které pacient nalezne oporu a pomoc, a sestrou, která i při rutinních výkonech nebude zapomínat na lidskou důstojnost pacienta. Cílem bakalářské práce je tedy zjistit, jak pacient vnímá studenty na ošetřovatelské praxi v nemocnici a zda je spokojen s jejich ošetřovatelskou péčí. S tímto cílem souvisí i stanovené hypotézy, které budou v této diskusi potvrzeny i nepotvrzeny. Výzkum probíhalo v Nemocnici v Českých Budějovicích, a. s.

K výkonu funkce zdravotníka jsou důležité i osobní předpoklady. Jedná se například o tvrdý přístup, sebekritičnost, empatii, porozumění problému nemocných, klidné a nepovýšené vystupování, smysl pro humor, ale ne přehnaný optimismus, hodnotovou orientaci, humánní vztah k nemocnému a vyrovnanou osobnost (36). A toto vše by měli mít i studenti oboru všeobecná sestra. Z vlastní zkušenosti vím, že někteří studenti oboru všeobecná sestra během výkonu praxe zjistili, že tyto požadavky neumí splnit a ani je splnit nechtějí. Myslím si, že studenti, kteří si uvědomí, že nemohou tyto požadavky splnit, by měli raději obor všeobecná sestra opustit, protože právě díky této schopnosti jim pacienti důvěřují a respektují je a to vše je důležité pro správný chod

oddělení. Z 93 (100 %) dotazovaných pacientů má 32 (34 %) naprostou důvěru v praktické dovednosti studenta a 53 (57 %) pacientů volilo odpověď ano. Pouze 6 (7 %) zvolilo odpověď ne a jen 2 (2 %) pacienti z celkového počtu dotazovaných studentů vůbec nevědí (graf 33). Podle mého názoru záleží na osobnosti studenta a jeho zkušenostem s daným úkonem. A koliv nevěří pacienti důvěru studentovi, většina pacientů (91 %) sdílí důvěru v jejich praktické dovednosti (graf 33). Domnívám se, že také záleží na osobních zkušenostech pacientů s péčí studentů. 28 (30 %) pacientů nevidí rozdíl mezi studentem a personálem pracujícím na daném oddělení. 65 (70 %) pacientů tento rozdíl vidí (graf 36). Většina uvedla jako rozdíl v teoretické znalosti a praxi kvalifikovaného personálu, a s tím související jistotu, zručnost a rozhodnost. Ale někteří pacienti také uvádějí a dodávají, že postup studentů je někdy lepší nežli postup stálého personálu a studenti mají na něj více času (graf 37). S tímto stanoviskem souhlasí i další z pacientů, který dodává, že stálý personál na něj působí ostěji nežli studenti.

řeká: ŠJe vidět, že toho mají hodně, nemají tolik času se věnovat každému hodině, ale důslednost a lidskost se musí zachovávat i tak. Myslím, že některé sestry nemají ve zdravotnictví co dělat. Proto u studentů oceňuji v teorii snahu v přesnosti a poctivost.

řeká: ŠJsou to takové poctivé nezkažené holky. Díky tomu klade na tým srovnatelnou úroveň stálý personál a studenty. Dále k tomu je třeba dodávat: ŠDleříté je, že pomohou, když člověk něco bolí a nezáleží tedy na tom, zda se jedná o studentku, studenta nebo kvalifikovaný personál. (rozhovor 4) S tímto názorem příliš nesouhlasím, nemyslím si, že lze srovnávat studenta a stálý personál na oddělení. Praktické zkušenosti jdou získat pouze praxí a stálý personál má mnohem více zkušeností nežli student na praxi. Na druhé straně se domnívám, že i přes nedostatek času by stálý personál mohl v některých případech lépe postupovat k pacientům.

Nyní se dostáváme k problematice, zda je pro pacienta lepší, jestli ho ošetřuje studentka nebo student. Pro 75 (81 %) respondentů v tom rozdíl není. 18 (19 %) respondentů rozdíl vidí (graf 18). Hlavním důvodem je především stud. Pacientky se stydí před studenty a pacienti před studentkami (graf 19). S tím souhlasí i pacientka, která říká ŠPřed chlapci se stydím. A když jí chce student pomoci s hygienou, tak odmítá. Je třeba k tomu dodávat: ŠJednoho chlapa mám doma, tak si ráda popovídám se šněnskou. (rozhovor 2) Pro 5 respondentů je studentka sympatičtější nežli student (graf 19). 2 pacienti považují studentky za zručnější a 3 respondenti naopak uvedli: ŠSklukama je v teorii sranda nežli s dívkama. (graf 19) Osobně musím přiznat, že sama

v roli pacienta bych pociovala studp ed studentem, i kdyfl vím, fle se jedná o zdravotníka. Zajímavé je, fle pacienti (muffi) dávají p ednost sest e (flen ), ehofl jsem si v-ímla p i výkonu své praxe.

V-eobecn rozdíl mezi jednotlivými studenty v t-ína pacient (70 %) nevnímá (graf 39). Ostatní dodávají, fle tento rozdíl je individuální. Ale nejvíce se jedná o rozdílnost p ístupu jednotlivých student , ale s dodáním: šSnaflí se v-ichni.õ Jeden z pacient tento rozdíl up es uje: šV-ichni se snaflí, ale n kte í k tomu mají blífl.õ Podle slov dal-ího pacienta: šN které studentky spí-hrajou dámu a ne emeslo.õ (rozhovor 1) Dal-í rozdíl mezi studenty pacienti vidí v poctivosti, pe livosti a komunikativnosti (graf 40). Jak uvádí také Kutnohorská šmezi základní vlastnosti sestry pat í empatie, um ní pacientovi naslouchat, zájem a úctaõ (13, s. 46-47) a práv v t chto vlastnostech se studenti nejvíce li-í.

Úkon na doporu ení studenta by provedlo 57 (61 %) pacient . 34 (37 %) pacient by úkon provedlo, pouze pokud by se p esv d ilo o jeho správnosti u stálého personálu nebo pokud ufl by s ním m li zku-enosti. Pouze 2 (2 %) pacienti nejsou ochotni úkon na doporu ení studenta provád t (graf 38). 91 (98 %) pacient by souhlasilo s dal-ím o-et ením od student p i eventuální dal-í hospitalizaci (graf 42). S tímto souhlasí i Rozsypalová a TMfránková, které uvád jí jako jednu z hlavních pot eb nemocného šbýt laskav p íjat a získat d v ru ve zdravotnický personál.õ (25, s. 91). Osobn jsem se neselekala s odmítnutím úkonu od pacienta. asto se v-ak setkávám s pacienty, kte í jifl mají zku-enosti s provád ním ur ítého úkonu a pokud student úkon vykonává trochu jinak, zp tn se informují o jeho správnosti u stálého personálu.

Z vý-e uvedených výsledk m fleme íci, fle pacienti student m d v ují. Samoz ejm to závisí na povaze studenta a i osobních zku-enostech pacienta. Ale v t-ína pacient tuto d v ru má, je ochotna provád t úkony na doporu ení studenta a p i eventuální dal-í hospitalizaci by souhlasila s o-et ením od studenta. Na základ uvedených výsledk lze konstatovat, fle *hypotéza 1: Domnívám se, fle pacienti respektují studenty p i o-et ovatelské praxi* se potvrdila.

I kdyfl v t-ína pacient respektuje studenty p i o-et ovatelské praxi, dal-í otázkou je, zda pacienti mají obavy z n kterých výkon provád ných studenty. Z dotazovaných pacient si 59 (89 %) pacient nemyslí, fle by je výkony provád né studenty mohly ohrozit na zdraví. Pouze 7 (11 %) pacient zastává opa ný názor (graf 28) a ve skute nosti pouze 2 (2%) pacienti o-et ení od studenta jifl odmítli. U jednoho

pacienta d vodem bylo: šNezvládnul to.õ a u druhého: šNed v oval jsem jim.õ (graf 13). 86 (92 %) pacient student m v-eobecn d v uje. Ned v uje jim 7 (8 %) oslovených pacient (graf 14). Hlavním d vodem této ned v ry je, fle studenti mají málo zku-eností. Dal-í d vody jsou šmládí, vypadá nespolehliv õ nebo šstrach ze -patn provedeného výkonuõ (graf 15). 44 (47 %) pacient by od studenta odmítlo p edev-ím výkony, které by mu mohly zhor-ít zdravotní stav, dále výkony, které jsou pro n nové a neznámé a ze kterých mají strach, výkony, které jsou bolestivé a výkony, p i kterých by cítil stud (graf 21). P esto v t-ina pacient (49, 53 %) by fládný výkon od studenta neodmítla (graf 20). Osobn jsem se neseetkala s odmítnutím od pacienta, ale pacienti u n kterých výkon se sami uji- ují o mých praktických zku-enostech s daným výkonem. Druhou stranou této problematiky je, zda sami studenti n kdy odmítli poskytnout pacientovi pofladovanou pé i. Z dotazovaných pacient se s tímto problémem setkali pouze 3 (3 %) pacienti. U v-ech se jednalo o odmítnutí úkonu cévkování. 90 (97 %) pacient nemuselo tento problém nikdy e-ít (graf 12). Myslím si, fle studenty, kte í nemají dostatek praktických zku-eností s úkonem cévkování, odrazuje samotný strach pacient a u n kterých i bolest.

Z uvedených výsledk m fleme íci, fle jsou pacienti, kte í mají z n kterých výkon provád ných studenty strach. Jedná se p edev-ím o výkony, které by mohly zhor-ít jejich zdravotní stav, které jsou pro n nové, bolestivé i p i nich poci ují stud. P esto v t-ina pacient (53 %) by fládný výkon od studenta neodmítla (graf 20) a ani se neseetkala (97 %) s odmítnutím pofladovaného výkonu od studenta (graf 26). Dokonce 92 % pacient se nedomnívá, fle by je výkony provád né studenty mohly ohrozit na zdraví (graf 27). Z toho vyplývá, fle 2. *hypotézu: Domnívám se, fle pacienti mají z n kterých výkon provád nými studenty strach nelze potvrdit.*

Chování lov ka se vyzna uje ur ítými vlastnostmi ó rysy. Rozli-ují se rysy pozitivní nebo negativní a podle toho, které rysy p evládají, je lov k více nebo mén prosp -ný spole nosti, spole ností p íjímaný, p ehlíflený i dokonce odmítaný (23). Pacienti se od sebe li-í, jak svou individualitou, osobností, tak i v kem. P i výzkumu byly pacienti za azeni do ty v kových kategorií. Nejev t-í v kovou skupinu zaujímají pacienti star-í 50 let. Tuto v kovou skupinu tvo í 52 (56 %) respondent . 14 (15 %) respondent se nachází ve v kové skupin 36 ó 49 let. 12 (13 %) respondent spadá do v kové skupiny 26 ó 35 let a 15 (16 %) respondent se nachází ve v kové skupin mén

nehl 25 let (graf 2). Pro účely vyhodnocení výsledků terénního šetření jsem pacienty rozdělila do dvou věkových skupin a to na pacienty mladší 36 let a na pacienty starší 36 let a více. Toto rozdělení jsem si určila sama. Největší skupinu zaujímají pacienti starší 36 let a více starší 36 let (66, 71 %). Pacienti mladší 36 let tvoří výrazně menší skupinu (27, 71 %) (graf 2).

Zajímavé je položit si otázku, zda také věk pacientů ovlivňuje jejich mínění o studentech oboru všeobecná sestra. Z pacientů starších 36 let dává uje praktickým dovednostem studentů 60 (91 %) pacientů. Pouze 6 (9 %) tuto dává v ru nesdílí (graf 34). Z pacientů mladších 36 let jich 25 (92 %) dává uje studentů. 2 (8 %) pacienti zvolili možnost spíše ne. Naprostou nedává v ru v praktické schopnosti studenta nikdo z nich nezvolil (graf 35). Procentuálně vzato vidíme, že u obou věkových skupin většina respondentů má dává v ru v praktické schopnosti studenta.

Většina pacientů (59, 89 %) starších 36 let si nemyslí, že by je výkony prováděné studenty mohly ohrozit na zdraví. Pouze 7 (11 %) pacientů má pocit ohrožení zdraví u výkonů prováděných studenty (graf 28). U pacientů mladších 36 let se pocit ohrožení zdraví u výkonů prováděných studenty nevyskytuje. 8 (30 %) pacientů nemá pocit ohrožení zdraví a 19 (70 %) pacientů volilo možnost spíše ne (graf 29). Myslím si, že záleží především na důvodech osobních zkušenostech pacientů se studenty.

Většina pacientů má také všeobecnou dává v ru ve studenty. Z pacientů starších 36 let má 64 (97 %) dává v ru ve studenty. 2 (3 %) pacienti tuto dává v ru nesdílí. U těchto dvou pacientů se jednalo o důvodů šládlí, vypadá nespolehlivě a štrach ze špatně provedeného úkonů (graf 16). Z pacientů mladších 36 let má 22 (81 %) pacientů dává v ru v práci studenta. 5 (19 %) tuto dává v ru nemá a to z důvodu že student má málo zkušeností (graf 17). S tím i souhlasí další pacient mladší 36 let, kterému přijde, že studenti nemají dostatek praktických a teoretických zkušeností (rozhovor 3). Jiný pacient mladší 36 let k tomu ale dodává: „Nemají sice tolik zkušeností a možná díky tomu jsou právě opatrnější.“ (rozhovor 1) S problematikou dává v ru souvisí i otázka, zda by pacienti odmítli výkony prováděné studenty a které by to popřípadě byly. Z pacientů starších 36 let by 28 (42 %) pacientů od studenta odmítlo (graf 22) především výkony, které by jim mohly zhoršit zdravotní stav, dále výkony, které jsou pro ně nové a neznámé a ze kterých mají strach, výkony při nichž pociťují bolest a výkony při kterých by cítili stud (graf 23). U pacientů mladších 36 let by 16 (59 %) pacientů výkon

od studenta také odmítlo (graf 24). Hlavním důvodem je stejný jako u předchozí skupiny možné zhoršení zdravotního stavu. Pak následuje důvod strachu z prováděných výkonů, bolesti a studu. Na posledním místě jsou výkony nové a neznámé (graf 25). Zde si můžeme všimnout, že tyto výkony u starší generace stojí na prvním místě a pro mladší generaci jsou uvedeny až na spodních místech. Přesto u pacientů starších 36 let by většina pacientů (38, 58 %) fládný výkon od studenta neodmítla (graf 23). U pacientů mladších 36 let by fládný výkon od studenta neodmítla menšina pacientů (11, 41 %) (graf 24).

Ve většině případů se pacienti také setkávali s ochotnou reakcí studentů, pokud je o něco požádali. Z celkového počtu pacientů nad 36 let se 62 (94 %) pacientů setkala s ochotou studentů jim vyhovět. U 4 (6 %) pacientů byla práce odbyta nebo student byl úplně plně požadavkem natvaný (graf 31). U pacientů mladších 36 let se fládný z nich neseťkal s neochotou studenta vyhovět jejich požadavkům (graf 32). Spokojenost pacientů ovlivuje také to, jak na ně studenti působí. Zde respondenti starších 36 let 51krát považují studenty za ochotné, 30krát za komunikativní a 28krát za slušné. Z negativních charakteristik byli studenti 3krát označeni za nespolehlivé a neohleduplné, 2krát za nezručné a 1krát za neochotné. Možnost jiné zvolilo 21 respondentů (graf 9). Jejich postavy byly různé a někteří respondenti napsali k této možnosti více názorů. 5 pacientů volilo variantu názoru šdobrýō, 4 šmírný, příjemnýō, 2 š-ikovnýō, 2 šsnaffí seō, 2 šhodní, slušnýō. Jedenkrát se vyskytovaly názory jako šnesebev doměō, šnejsou hruběō, šsolidníō, šd lají, co mohouō nebo špot-ění pro dušilovkaō (graf 10) Z tohoto vidíme, že převládá kladné hodnocení studentů. To potvrzuje i pacient, který dodává: šJejich přítomnost o i starce osvítíō (rozhovor 4) Pacienti mladší 36 let vidí studenty také především jako ochotné, slušné, komunikativní a zdvořilé. Z negativních charakteristik uvádí pouze 3krát nezručné a 1krát nezdvorné a pomalé. Dalšími názory jsou: šskvělé budoucí sestryō, špocivíō, šněkdo to dlat musíō, šsranda s nimiō (graf 11, 12) Domnívám se, že bez ohledu na věk pacientů jsou studenti pacientům sympatičtí, proto že na ně mají více času a mohou se jim více věnovat.

U obou věkových skupin jsou studenti hodnoceni především kladně a to ať už z pohledu důvěry ve studenty a jejich praktické znalosti, ochoty studentů vyhovět pacientům, nebo z hlediska působení studentů na pacienty. Proto 3. hypotézu:



*Domnívám se, že mladí pacienti jsou ke studentům na praxi kritičtější než starší pacienti nelze potvrdit.*

Mezi hlavní cíle ošetřovatelství patří systematicky poskytovat péči, která, které se mohou vyskytnout v různých životních a zdravotních situacích (15). A kromě získání teoretických dovedností musí absolvent oboru všeobecná sestra získat i praktické dovednosti. A to především ve vztahu k praktickému lékaři a dalším lékařským odborníkům (31). Z celkového počtu dotazovaných je 90 (97 %) pacientů spokojených s ošetřovatelskou péčí poskytovanou studenty. Pouze 3 (3 %) pacienti s ošetřovatelskou péčí studentů spokojeni nejsou (graf 41). Názory na praxi jsou různé. Ale v podstatě 28 dotazovaných vidí praxi jako nezbytnost. Vyskytovaly se názory typu: šbez praxe to nejde, špouze praxí získají zkušenosti, šnezbytná pro výkon povolání, šsnaučí se postupem k lidem, ví co je lékař a podobně (graf 44). 13 dotazovaných poukazuje na přínos praxe šPraxe je přínosná vč, studenti získají praktické zkušenosti, pacienti mají dobrou náladu a optimismus a stálý personál získá pomoc studentů. š (graf 44) S tím souhlasí i další z pacientů: šDíky studentům je také více pracovní síly, která je v nemocnici třeba a pomůže personálu š (rozhovor 4). 11 dotazovaných je spokojeno s praxí studentů vykonávanou na oddělení a jedna z nich dokonce uvádí: šByla jsem mile překvapena profesionální péčí studentů. š 4 dotazovaní hodnotí praxi jako dobrou a jeden neopoměl dodat: šPěkné studentky. š 4 dotazovaní mají kladný postoj k praxi. Další 4 dotazovaní uvádí, že studenti se snaží, ale jeden z nich zároveň dodává: šnemám vnitřní praktickou důvěru. š Negativnější názor na praxi studentů byl: šstále je co zlepšovat, někdo tu nemá co dělat. š nebo špřelí jim neděvej š (graf 44). Dále se vyskytovaly individuální názory typu ša jdou vpřed, a se učí, šzamil bych je na oddělení, ke kterému mají blížší vztah, šaspoje víc pracujících, já bych to nedělala, šněpřemýšlela jsem o tom, škdyf chce být lékař zdravotník, musí projít vším, každý se učí, i sestry, které tu pracují celý život šnebo jen šjsem rád, kdyf přijdou š (graf 44). I když 1 ze 3 pacientů, se kterými byl veden nestandardizovaný rozhovor, není spokojen s praxí studentů (tabulka 3), tak všichni pacienti se shodnou ve skutečnosti, že praxe je důležitá pro budoucí pracovní život studentů (tabulka 5). Dle mého názoru je praxe podstatnou součástí studia a díky ní se cítím více připravena na výkon svého budoucího povolání. Také díky praxi má student možnost uvědomit si, zda chce toto povolání skutečně vykonávat.

Na základ vý-e uvedených výsledk lze konstatovat, že 4. hypotéza: *Domnívám se, že pacienti jsou spokojeni s o-et ovatelskou praxí student* se potvrdila.

Na základ nestandardizovaných rozhovor lze zodpov d t 1. výzkumnou otázku: *Co vede pacienty k odmítnutí o-et ovatelského výkonu od student ?* Hlavními d vody odmítnutí o-et ovatelské pé e je, že studenti mají málo zku-eností a pacienti jim p íli- ned v ují (rozhovor 3) Pacient uvádí, že oce uje snahu a ochotu student , ale p ijde mu, že nemají dostatek praktických ani teoretických zku-eností. Poznal to, jak íká: šNa vlastní k íli.õ Významnou roli tu také hraje bolest a stud, které jsou dal-ím d vodem pro odmítnutí o-et ovatelského výkonu od studenta (rozhovor 2, 3). Av-ak ze 4 pacient , se kterými byl veden nestandardizovaný rozhovor, pouze 1 pacient jífl odmítl výkon od studenta (tabulka 4). D vodem byla -patná d ív j-í zku-enost se studenty. Studentka mu m la vyndat zavedený mo ový katétr. Když si v-íml cedulky, poznal, že se jedná o studentku, ale p í-la sama, a proto se domníval, že úkon zcela ovládá a nic ne íkal. Nejprve se studentka musela dvakrát vracet pro n jaké pom cky, omluvila se, ale jak íká: šmoc m to nepovzbudilo, že samotného úkonu jsem m l strach.õ Studentka si pak sama ani nev d la rady, proto si je-t do-la pro kolegyni. Ob p sobili nejist . Nakonec to sice zvládly, ale od té doby o-et ení od student odmítá (rozhovor 3). Ostatní pacienti jsou s praxí student spokojeni a výkony od studenta by neodmítli (tabulka 3, 4) Myslím si, že odmítnutí o-et ovatelského výkonu od student ovliv uje p edev-ím d ív j-ích osobní zku-enost pacienta. Dále jsem se setkala i s pacienty, kte í odmítají pé i od studenta, protože necht jí, aby student nahlédl do jejich dokumentace a byl informován o jejich zdravotním stavu. Jedná se nap íklad o pacienty, kte í se za svou chorobu stydí. Domnívám se, že pacienti o-et ení od studenta odmítat nemusejí, protože, jak kvalifikovaný personál, tak studenti jsou vázáni ml enlivostí.

2. výzkumnou otázkou je: *Jsou pacienti informováni o tom, že studenti na odd lení vykonávají o-et ovatelskou praxi?* P i nestandardizovaných rozhovorech bylo zji-t no, že dva pacienti nebyli informováni o výkonu praxe studenty (rozhovor 1, 3), ale jak jeden z nich dodává: šTo nelze p ehlédnout.õ (rozhovor 1), dal-í pacient byl o této skute nosti informován od student (rozhovor 4) a pouze jedna pacientka byla o výkonu praxe studenty informována p ímo od stani ní sestry (rozhovor 2). Z toho vyplývá, že 2 pacienti byli o této skute nosti informováni a 2 ne (tabulka 2). Pacienti p í p íjmu podepisují souhlas s o-et ováním od studenta, ale v t-ina pacient nemá as p í p íjmu si tento souhlas p e íst a souhlas automaticky podepí-ou. Myslím si, že pacienti

nejsou žádní informováni o přítomnosti studentů na oddělení a domnívám se, že by bylo vhodné pacienty o této skutečnosti je-ť ústně informovat. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že pacienti se dozvědí o přítomnosti studentů především pouze od studentů. V t-ínou se pacienti sami studenty zeptají, zda na oddělení vykonávají praxi. Z této výzkumné otázky by mohla vzniknout další hypotéza – Pacienti nejsou dostatečně informováni o probíhající praxi studentů na oddělení.õ

## 6 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku vnímání ošetřovatelské praxe studentů oboru všeobecná sestra ošima pacienta. Věcní této problematiky závisí na lidském faktoru jak studenta, tak pacienta, a proto je velmi subjektivní. Lze se na to dívat z pohledu důvěry pacienta ve studenta, v jeho práci a teoretické i praktické schopnosti. Dalším hlediskem je i samotná povaha studenta, jeho individualita a přístup k pacientovi a to, jak na něho působí. Neposlední kapitolou je celkový názor pacienta na ošetřovatelskou praxi studentů v nemocnici. Proto cíle a s nimi související hypotézy byly zaměřeny na tyto uvedené oblasti.

Prvním cílem bylo zjistit, jak pacient vnímá studenty na ošetřovatelské praxi v nemocnici. S tímto cílem souvisí hypotéza 1 „Domnívám se, že pacienti respektují studenty při ošetřovatelské praxi.“ Tato hypotéza byla potvrzena. Z dotazníkového věcní a z nestandardizovaných rozhovorů vyplynulo, že pacienti studentům důvěřují.

Další hypotézou vztahující se k prvnímu cíli je hypotéza 2 „Domnívám se, že pacienti mají z ně kterých výkonů prováděnými studenty strach,“ která se nepotvrdila. Sice někteří pacienti mají z ně kterých výkonů prováděných studenty strach. Jde především o výkony, které by mohly zhoršit jejich zdravotní stav a jsou pro ně nové, bolestivé a pociťují u nich stud. Ale většina pacientů (53 %) by výkon od studenta neodmítla.

Poslední hypotéza související s tímto cílem je hypotéza 3 „Domnívám se, že mladší pacienti jsou ke studentům na praxi kritičtější než starší pacienti.“ Tato hypotéza nebyla také potvrzena. Pro potvrzení nebo vyvrácení této hypotézy byli pacienti rozděleni do dvou věkových skupin a to pacienti mladší 36 let a pacienti ve věku 36 let a více. Obě věkové skupiny však hodnotí studenty především kladně a to a z pohledu důvěry ve studenty a jejich praktické znalosti, ochoty studentů vyhovět pacientům, a nebo z pohledu působení studentů na pacienty. Proto nelze říci, že mladší pacienti by byli kritičtější vůči studentům na praxi než starší.

Druhý cíl bakalářské práce měl za úkol zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s ošetřovatelskou péčí studentů při ošetřovatelské praxi v nemocnici. K tomuto cíli se vztahuje hypotéza 4 „Domnívám se, že pacienti jsou spokojeni s ošetřovatelskou praxí studentů,“ která byla na základě dotazníkového věcní potvrzena. Z celkového počtu dotazovaných bylo 90 (97 %) pacientů spokojených s ošetřovatelskou péčí

poskytovanou studenty. Názory na praxi byly různé, ale jedno měla většina společného, a to důraz na nezbytnost a přínos praxe. To samé bylo potvrzeno i z nestandarizovaných rozhovorů. Samozřejmě se vyskytly i negativní názory, ale ty se objevovaly ojediněle.

Další částí bakalářské práce bylo zodpovězení stanovených výzkumných otázek. 1. výzkumnou otázkou bylo šCo vede pacienty k odmítnutí ošetřovatelského výkonu od studentů? Zde lze říci, že hlavním důvodem je nedostatek zkušeností studentů, nedůvěra pacientů ve studenty a bolest a stud pacientů. 2. výzkumná otázka šJsou pacienti informováni o tom, že studenti na oddělení vykonávají ošetřovatelskou praxi? ukazuje, že pacienti nejsou dostatečně informováni o výkonu ošetřovatelské praxe studentů.

Výsledky a poznatky ze své bakalářské práce bych ráda nabídla k prezentaci na semináři. Myslím si, že je důležité vidět, jak pacient vnímá studenty. Z bakalářské práce vyplývá, že většina pacientů vidí studenty na praxi a praxi samotnou pozitivně. Přesto jsou někteří pacienti nespokojení s výkonem praxe studenty. Je vidět, že záleží především na jejich důvěrnosti osobních zkušenostech. Proto je důležité, aby se studenti poučili ze svých chyb a chyb svých kolegů. Vím, že tato bakalářská práce pomůže k lepší interakci a komunikaci studentů s pacienty a to také napomůže k lepšímu budoucímu zapojení studentů do ošetřovatelského procesu.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ABZ.cz ó slovník cizích slov 2006. *Pacient* [online]. [cit. 2011-01-22]. Dostupné z WWW: <[http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=pacient](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=pacient)>
2. ECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*. 4. vyd. Brno: IPDVPVZ, 1998. 105 str. ISBN: 80-7013-268-X.
3. česká asociace sester 2008. *Etický kodex ICN* [online]. [cit. 2011-01-22]. Dostupné z WWW: <[http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)>
4. české ošetřovatelství: *Praktická příručka pro sestry. Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 49 str. ISBN: 57-857-05.
5. české ošetřovatelství 2: *Zajištění kvality ošetřovatelství péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: IVPZ 2001. 47 str. ISBN: 80-7013-270-1.
6. DOENGES, M., MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 568 str. ISBN: 80-247-0242-8.
7. GULÁČKOVÁ, I. Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry. *Sestra*. 2004, ročník 14, číslo 6, str. 8-9. ISSN 1210-0404.
8. HORÁKOVÁ, A., TĚPKOVÁ, G. Specifika komunikace ve zdravotnické profesi. *Sestra*. 2009, ročník 19, číslo 5, str. 5, 30. ISSN 1210-0404.
9. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 str. ISBN: 978-80-7367-477-9.
10. KHEL, R. Komunikace českého ošetřovatelství. *Sestra*. 2005, ročník 15, číslo 5, str. 6-7. ISSN 1212-0404.
11. KOPÍVKA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 str. ISBN: 80-7178-429-x.

12. K IVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada., 2002. 200 str. ISBN: 80-247-0179-0.
13. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v o-et ovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 str. ISBN: 978-80-247-2069-2.
14. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie o-et ovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada ,2010. 208 str. ISBN 978-80-247-3224-4.
15. MARE KOVÁ, J. *NANDA ó International diagnostika v o-et ovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. 2006. 80 str. ISBN: 80-7368-109-9.
16. Ministerstvo zdravotnictví R 2010a. *PROKOPIUSOVÁ, D. V stník 9/2004* [online]. [cit. 2011-01-14]. [online]. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html)>
17. MZCR 2010. *Zp sobilost zdravotnických pracovník 05* [online]. [cit. 2011-01-14]. Dostupné z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/moje-dcera-vystudovala-szsnbsp-obor-zdravotni-asistent-na-\\_3368\\_1469\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/moje-dcera-vystudovala-szsnbsp-obor-zdravotni-asistent-na-_3368_1469_3.html)>
18. PARMOVÁ, D. *Provoz slufleb v cestovním ruchu*. 2. vyd. eské Bud jovice: J U v eských Bud jovicích, Zem d lská fakulta, 2003. 76 str. ISBN: 80-7040-611-9.
19. PLAVA A, I. *Pr vodce mezilidskou komunikací. P ístupy ó dovednosti ó poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada , 2005. 148 str. ISBN: 80-247-0858-2.
20. POCHYLÁ, K. *eské o-et ovatelství 1. Koncepce eského o-et ovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: NCONZO. 2005. 49 str. ISBN: 80-7013-420-8.
21. POKORNÁ, A. *Efektivní komunika ní techniky v o-et ovatelství*. 2. vyd. Brno: NCONZO. 2008. 100 str. ISBN 978-80-7013-466-5.
22. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 str. ISBN: 80-247-0932-5.

23. ROZSYPALOVÁ, M., ECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. *Psychologie a pedagogika*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 237 str. ISBN: 80-7333-014-18.
24. ROZSYPALOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍ KOVÁ, M. *Sestry vzpomínají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 88 str. ISBN: 80-247-1503-1.
25. ROZSYPALOVÁ, M., <sup>TM</sup>AFRÁNKVÁ, A. *O-et ovatelství 1*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 str. ISBN: 80-86073-96-3.
26. Sagit o nakladatelství ekonomické a právní literatury 2011. *Vyhlá-ka . 39/2005 Sb.* [online]. [cit. 2011-08-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?cd=76&typ=r&zdroj=sb05039>.>
27. Sagit o nakladatelství ekonomické a právní literatury 2011. *Zákon . 96/2004 Sb.* [online]. [cit. 2011-01-14]. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?cd=76&typ=r&zdroj=sb04096>.>
28. SITNÁ, D. *Jak se mají na-e š zdrávkyõ*. Sestra: 2006, ro . 16, . 7-8, str. 14-15. ISSN 1210-0404.
29. SZSMB o St ední zdravotnická a Vy—í odborná -kola zdravotnická Mladá Boleslav 2009. *TONDROVÁ, I. Charakteristika o-et ovatelství: Pojetí nového moderního o-et ovatelství* [online]. [cit. 2011-01-14]. Dostupné z WWW: <[http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/CHARAKTERISTIKA\\_OSE.pdf](http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/CHARAKTERISTIKA_OSE.pdf)>
30. <sup>TM</sup>AMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy o-et ovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 str. ISBN: 80-246-1091-4.
31. TÓTHOVÁ, V. *V-eobecná sestra pro absolventy vy—ích odborných -kol*. 1. vyd. eské Bud jovice: J U v eských Bud jovicích, Zdravotn sociální fakulta, 2008, 310 str.
32. VENGLÁ OVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 68 str. ISBN: 80-247-1262-8.



33. VONDRÁ EK, F., VONDRÁ EK, J. *Pochybení a sankce p i poskytování o-et ovatelské pé e II*. 1. vyd. Praha: Grada , 2006. 68 str. ISBN: 978-80-247-2068-5.
34. VO<sup>TM</sup>informa ních služeb 2010. *Komunikace* [online]. [cit. 2011-01-23]. Dostupné z WWW: < <http://web.sks.cz/users/ku/ZIZ/komunika.htmf>>
35. WICHSOVÁ, J. Florence Nightingalová ó dáma s lampou. *Sestra*. 2010, ro . 20, . 6. str. 14-16. ISSN 1210-0404.
36. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., TRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie ó Teorie a praktické cvi ení*. 1. vyd. Praha: Grada , 2007. 232 str. ISBN: 80-247-1919-3.
37. ZACHAROVÁ, E. Motiva ní faktory v sesterském povolání. *Sestra*. 2010, ro . 20, . 6, str. 30-31. ISSN 1210-0404.

## **8 Klíčová slova**

ošetřovatelská praxe

student

všeobecná sestra

pacient

vnímání

přístup

## **9 P ílohy**

1. Dotazník
2. Okruhy otázek nestandardizovaného rozhovoru
3. Typy temperamentu
4. Maslowova pyramida potřeb
5. Komunikační model
6. Práva pacient dle Charty práv pacient

## Příloha 1 – Dotazník

### Vnímání ošetřovatelské praxe studentů oboru všeobecná sestra o péči o pacienta DOTAZNÍK

Dobrý den, jsem studentka této školy v oboru všeobecná sestra zdravotní. Zdravotní sociální fakulty Jihočeské univerzity. Toto dotazníkové šetření uskutečňuji v rámci své bakalářské práce na téma „Vnímání ošetřovatelské praxe studentů oboru všeobecná sestra o péči o pacienta“. Informace, které získám, budou použity pouze pro účely vypracování mé bakalářské práce. U každé otázky prosím vyberte a zaškrtněte odpověď, která nejlépe odpovídá Vašemu názoru. Děkuji Vám za vyplnění.

Marie Šífková

#### 1) Pohlaví

- muž
- žena

#### 2) Do jaké věkové skupiny patříte?

- méně než 25 let
- 26 až 35 let
- 36 až 49 let
- 50 let a více

#### 3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- odborné
- střední odborné
- vyšší odborné
- vysokoškolské

#### 4) Na jakém oddělení jste hospitalizován?

- Interní
- Chirurgické
- ONP
- Neurologické / neurochirurgické
- Ortopedické
- Traumatologické

#### 5) Jedná se o Vaši první hospitalizaci?

- ano
- ne

#### 6) Byl/a jste informován/a o tom, že na tomto oddělení vykonávají odbornou praxi také studenti oboru všeobecná sestra (dále jen studenti)?

- ano
- ne

**7) Setkal/a jste se p i své hospitalizaci s pé í student ?**

- ano
- ne

*Pokud vyberete odpov š neõ neodpovítejte prosím na dal-í otázky*

**8) Jak na Vás studenti p sobí? (m fete za-krtnout více mofností)**

- ochotní
- neochotní
- vst ícní
- slu-ní
- hrubí
- arogantní
- pe liví
- nepe liví
- zru ní
- nezru ní
- spolehliví
- nespolehliví
- zdvo ilí
- nezdvo ilí
- rychlí
- pomalí
- komunikativní
- nekomunikativní
- ohleduplní
- neohleduplní
- jiné:

.....

**9) Odmítl/a, jste n kdy o-et ení od studenta?**

- ano,  
pro ?.....
- ne

**10) D v ujete student m ?**

- ano
- ne ó pro ?.....

**11) Je pro Vás p i o-et ování studenty podstatné, zda se jedná o studentku i studenta?**

- ano ó protofle: .....
- nerozli-uji mezi studentkou a studentem

**12) Odmítl/a byste n které výkony provád né studenty?**

- ano
- ne

**Pokud za–krtnete ano, o které úkony by se jednalo? (m flete za–krtnout více možností)**

- výkony, které jsou pro m nové a neznámé
- výkony, ze kterých mám strach
- výkony p i kterých bych se styd l/a
- výkony, které jsou nep íjemné a bolestivé
- výkony, které by m mohli po–kodit, zhor–it zdravotní stav

**13) Odmítli Vám n kdy studenti poskytnout pofadovanou pé í?**

- ano ó v jakém p ípad .....
- ne

**14) Domníváte se, fe by Vás výkony poskytované studenty mohly n kdy ohrozit na zdraví?**

- ano
- spí–e ano
- spí–e ne
- ne

**15) Pokud studenty o n co pofádáte, jaká je jejich reakce?**

- jsou ochotní a vyhoví mi, pokud je to v jejich možnostech
- tvá í se na–tvan / neochotn , ale vyhoví mi
- vyhoví mi, ale zadaný úkol neprovedou správn – šodbydouõ
- dojdou pro jiného zdravotního pracovníka
- odejdou a nevyhoví mi
- jiná .....

**16) Máte d v ru v praktické dovednosti studenta?**

- ano
- spí–e ano
- spí–e ne
- ne

**17) Vidíte rozdíl mezi studentem a personálem pracujícím na daném odd lení?**

- ano ó jaký?.....
- ne

**18) Jste ochoten/a provést zadaný úkon na doporu ení studenta?**

- ano, úkony na doporu ení student provádím
- ano, ale rad ji se p esv d ím o správnosti úkonu u zku–eného personálu pracujícím na daném odd lením
- provádím pouze ty úkony se kterými mám zku–enosti
- ne, na doporu ení student úkony neprovádím

**19) Vidíte rozdíl mezi jednotlivými studenty, kteří Vám poskytují ošetřovatelskou péči?**

- ano a jaký?.....
- ne

**20) Vyhovuje Vám ošetřovatelská péče poskytovaná studenty?**

- ano
- ne

**21) Kdyby eventuálně došlo k Vaší opakované hospitalizaci, souhlasil byste s dalším ošetřováním od studentů?**

- ano
- ne

**22) Uveďte prosím, jaký je Váš názor na ošetřovatelskou praxi poskytovanou studenty**

.....

.....

.....

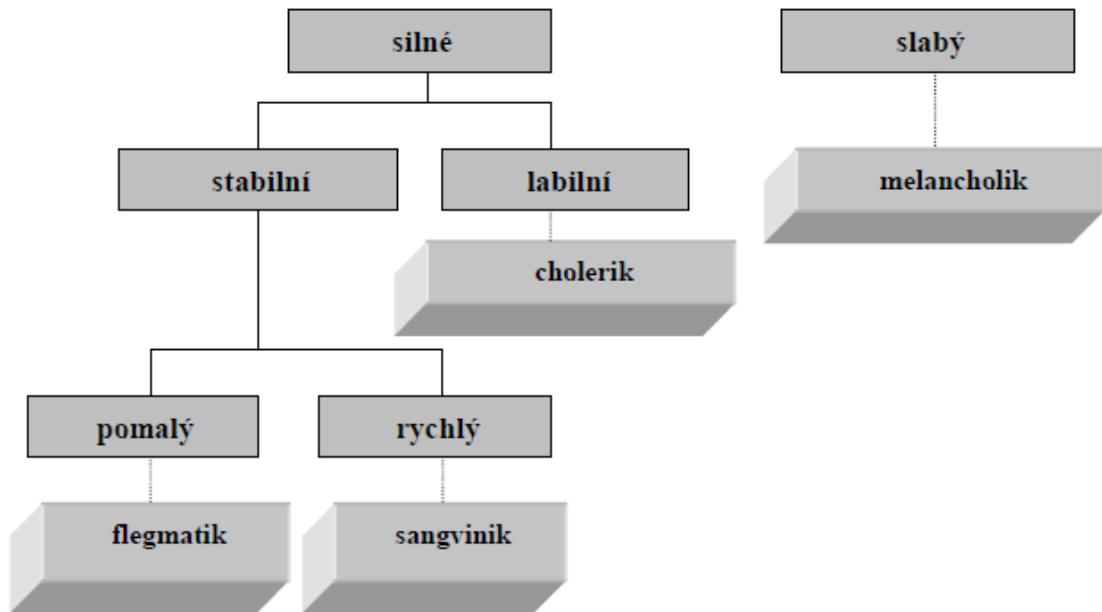
*Děkujeme Vám za Váš čas a přeji příjemný zbytek dne.*

## **Příloha 2 – Okruhy otázek nestandardizovaného rozhovoru**

- 1) Byl/a jste informován o vykonávání praxe studentů oboru Všeobecná sestra na oddělení?
- 2) Jste osobně spokojen/a s prací studentů oboru Všeobecná sestra na oddělení?
- 3) Odmítl/a jste někdy ošetření od studenta?
- 4) Jak na Vás studenti působí?
- 5) Máte strach z určitých výkonů prováděných studenty?
- 6) Co si myslíte o praxi studentů oboru Všeobecná sestra na odděleních?



### Příloha 3 o Typech temperamentu



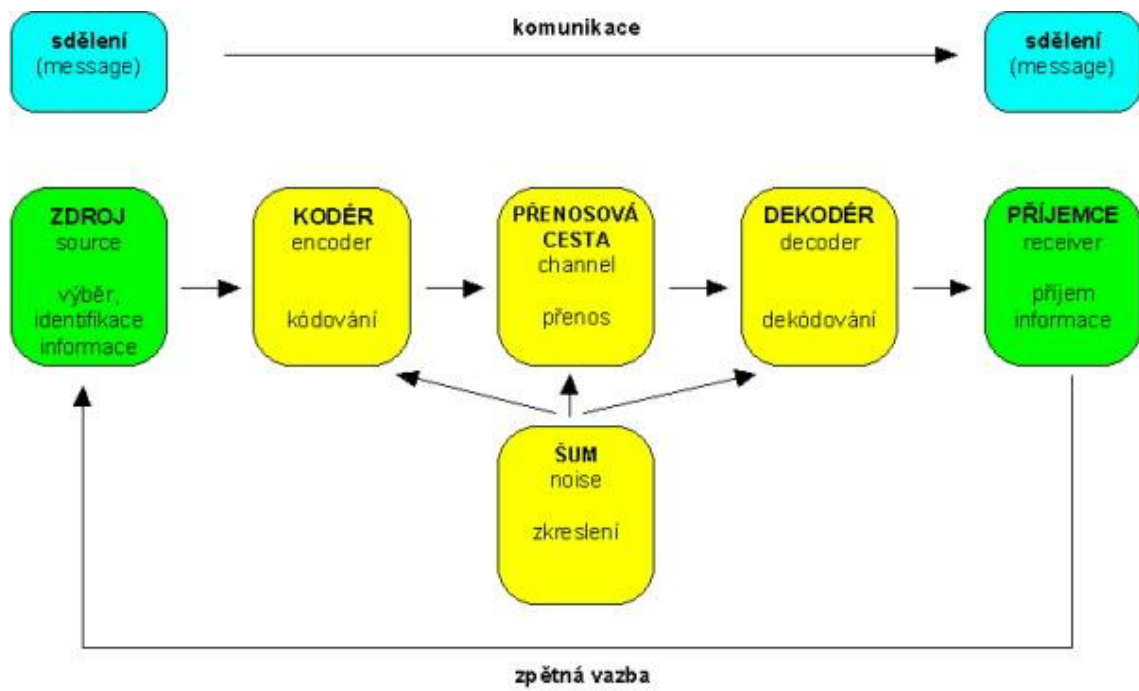
Zdroj: 18

**Příloha . 4 ó Maslowova pyramida potřeb**



*Zdroj: 18*

## Příloha 5 – Komunikační model



Zdroj: 34

## **Příloha 6 o Práva pacient dle Charty práv pacient**

Dle Charty práv pacient má pacient právo:

- na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči;
- znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetří;
- získat údaje od svého lékaře;
- odmítnout léčbu;
- maximální možná ohledy na jeho soukromí a studium v průběhu vyšetření, ošetření a léčby;
- očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné;
- očekávat, že nemocnice musí přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým potřebám o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění;
- očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou;
- na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu při experimentu;
- v zájmu života na citlivou péči všech zdravotníků;
- a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotní instituce, kde se léčí (5).

Dále má pacient právo na:

- rovnocennou, dostupnou a optimální zdravotní péči a léčbu;
- citlivou a úplnou informaci o chorobě;
- mlčenlivost ošetřujícího personálu o jeho zdravotním stavu;
- souhlas ke způsobům diagnostiky a léčby;
- zvláštní sociální péči a podporu danou zákonem;
- možnost návratu do pracovního zaměstnání (13).

Vše uvedené práva obsahují také povinnosti jednat s ohledem na zdraví druhých a respektování stejných práv.