



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Důvody devalvace člověka zdravotnickým personálem

Vypracoval: Bc. Ivona Sívková
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Diplomová práce zkoumá důvody devalvace pacienta zdravotnickým personálem. Devalvační chování je chování, které snižuje vnímání osobnosti a sebedůvěru pacienta, ignoruje jeho potřeby, názory a požadavky. Cílem práce je objasnit důvody devalvace a shrnout dosavadní poznatky o devalvačním chování v nemocničních zařízeních.

Stanovili jsme si v práci čtyři cíle, čtyři hypotézy a čtyři výzkumné otázky. Cíl první má zjistit, zda dochází v průběhu hospitalizace člověka k devalvaci zdravotnickým personálem. Druhý cíl má za úkol vysledovat, zda devalvace je způsobena poskytováním přímé péče nebo nevhodně vedenou komunikací. Cíl třetí zjišťuje důvody vedoucí k devalvačnímu chování zdravotnických pracovníků. A konečně čtvrtý cíl má odhalit, zda věk nemocného má vliv na devalvační chování zdravotnického personálu.

Zaměřili jsme se na vymezení jednotlivých charakteristik a aspektů tohoto všeobecně známého rizika chování, postihující především pomáhající profese. Zásadní poznatky o daném tématu jsou uvedeny v teoretické části, která uceluje znalosti o devalvaci i evalvaci známé z dosavadních výzkumů.

Průzkumné šetření bylo provedeno v kombinaci dvou metod. První bylo kvantitativní statistické šetření, ve kterém oslovený zdravotnický personál odpovídal na otázky v nestandardizovaném dotazníku. Výstupem tohoto šetření bylo zpracování odpovědí do tabulek s následným převedením do výsečových a sloupcových grafů. Druhou výzkumnou metodou byl kvalitativní výzkum formou rozhovoru s pacienty hospitalizovanými na lůžkovém oddělení. Při zpracování rozhovoru byly výpovědi respondentů přepsány a formulovány kategorie, podle níž byly výsledky dále zpracovány do diagramů.

Stanoveny byly čtyři hypotézy.

H1: Většina zdravotnického personálu se již setkala s devalvačním chováním vůči pacientovi.

H2: K devalvací člověka v průběhu hospitalizace dochází častěji poskytovanou přímou péčí než nevhodně vedenou komunikací.

H3: Důvodem devalvačního chování zdravotnických pracovníků k pacientům je především pocit nedostatku času.

H4: Častěji se s devalvačním chováním setkávají nemocní starší 60ti let.

Provedeným kvantitativním výzkumem jsme zjistili, že žádná námi stanovená hypotéza se nepotvrdila. H1: Většina zdravotnického personálu se již setkala na svém pracovišti s devalvačním chováním na svém pracovišti k pacientům, zamítáme. H2: K devalvací pacienta dochází častěji poskytovanou přímou péčí, než nevhodně vedenou komunikací, rovněž zamítáme. H3: Nebylo prokázáno, že by důvodem devalvačního chování měl být pocit nedostatku času. A konečně H4: Nepotvrdila, že by nemocní starší 60ti let měli být častěji devalvováni.

U první hypotézy jsme očekávali, že většina zdravotnického personálu se setkala na svém pracovišti s devalvujícím chováním k pacientům. V důsledku nepotvrzení hypotézy můžeme předpokládat, že devalvace není tak častým jevem, jak jsme původně předpokládali. Druhá hypotéza nám zamítá způsob devalvace poskytování přímé péče jako častější formu vyjádření devalvačního chování a vystupuje otázka, zda komunikace zdravotnického personálu je dostatečně dobře vedená a nejsou chyby devalvace spojeny právě s ní. Ostatně jak uvádíme v teoretické části s odkazem na autorky Špatenková, Králová (2009) je komunikace ve zdravotnictví členěna do tří kategorií – sociální, specifická (strukturovaná) a terapeutická a každá z těchto komunikací má ve zdravotnictví nezastupitelnou roli. Hypotéza třetí nepotvrdila, že hlavním důvodem devalvačního chování je nedostatek času pro poskytování péče pacientům. Nabídka možných odpovědí zněla takto: pracovní vytížení zdravotnického personálu, charakter zdravotnického personálu, nedostatečné vzdělání, pocit nedostatku času, nedostatečná motivace, špatná organizace práce, nedostatek personálu, špatné pracovní prostředí, syndrom vyhoření, neochota spolupráce pacientů. Nejvíce odpovědí respondentů bylo zastoupeno dvěma položkami a to: nedostatek personálu uvedlo 32% respondentů, a v druhém bodě pracovní vytížení zdravotnického personálu označilo 17%

dotazovaných. Je tedy zřejmé, že zdravotní personál za největší problém shledává nedostatek členů v týmu a s tím související nárůst pracovních povinností. Nabízí se otázka únosnosti míry zatěžování zdravotnického personálu ve spojitosti s devalvací. Ačkoliv se nyní nepotvrzuje devalvační chování jako častý jev, je možné do budoucna předpokládat, že nepoměr těchto faktorů se v chování zdravotníků k pacientům nějakým způsobem odrazí. Poslední hypotéza dále pak nepotvrzuje, že věk má vliv na devalvační chování.

V kvalitativním šetření byly stanoveny čtyři výzkumné otázky:

1. Jak se devalvační chování projevuje?
2. Jaké jsou důvody devalvace člověka při hospitalizaci?
3. Jaké jsou důsledky devalvace člověka během hospitalizace?
4. Jak konkrétně vypadá devalvace člověka během hospitalizace?

Výsledky byly zpracovány do přehledných diagramů, z nichž jasně vyplývá následující. Důvody devalvace, které vnímají respondenti, byly kategorizovány do skupin: administrativní překážky, neochota sester, špatná komunikace, nedostatečná motivace sester, pracovní přetížení zdravotnického personálu. Z pohledu respondentů pacientů je zřejmé, že vnímají práci zdravotnického personálu v celé šíři. Dokazuje to uvědomění si, že zdravotní sestry jsou zatíženy administrativními povinnostmi mnohdy na úkor pacientů. Stěžejním výsledkem je pak důvod devalvace, který označili ve formě špatné komunikace a pracovního vytížení zdravotnického personálu. To nás úzce spojuje s odpověďmi v kvantitativním šetření zdravotnického personálu, kde výstupy byly totožné. I když se v našich podmínkách s devalvačním chováním v nemocničních zařízeních nesečkáváme často, je důležité uvědomit si, že přesto toto chování existuje a může se dále rozvíjet. Jak pro zdravotnický personál, tak pro pacienty by výstupem této práce mělo být uvědomění, že vztah sestry a pacient je důležitý ve společném cíli, navrátit a udržet zdraví. Včasným eliminováním důvodů devalvačního chování můžeme společně předejít důsledkům.

Přínosem této práce je zejména ucelení poznatků o devalvaci a hlubší rozpracování tohoto problému. Celkově práce sbírá poznatky z různých českých i zahraničních zdrojů a popisuje kompletně a přehledně rizika a důsledky devalvace.

Klíčová slova – člověk, pacient, zdravotní personál, komunikace, potřeby, devalvace

Abstract

This thesis looks into reasons for devaluation of patient by medical staff. Main objective of the paper is to point at risk factors and summarize present knowledge about devaluation in hospitals. Devaluation manner is behavior, which decreases patient personality and his self-confidence, ignores his needs, opinions and requirements.

We had four main tasks, four hypothesis and four research questions. First task is to find out, if there is actual devaluation during staying in hospital. To find out, if patients are more devaluated by mistakes in direct medical care and more specifically, if they are more often victims of denying taking care about their biological needs and if older patients are more frequently devaluated than others. Also what are reasons to devaluation manners due to medical staff.

I focus on demarcation of single characteristics and aspects of this well known risk in behavior, mainly occurred by secondary medical staff. Essential knowledge of this topic are in the theoretical part, which assign attainment about devaluation and evaluation from other researches.

Exploration survey was done by two methods. First was statistical research, in which medical staff answers about questions in non-standardized questionnaire. Outcome of this survey was making of tables and after their elaboration into column and sector graphs. Second research method was directed structured interview with hospitalized patients. Interviews was rewritten and answers of respondents were summarized into graphs.

There were four hypothesis.

H1: Most of the medical staff has already met with devaluation behavior to the patient.

H2: There are more devaluation issues due to communication than due to direct medical care.

H3: Main reason for devaluation in eyes of medical staff is feeling of lacking time.

H4: People older than 60 years are more devaluated than others.

Thanks to kvantity research we find out, that all hypothesis are invalid. We reject H1: Most of medical staff have experiences with devaluation. We also reject H2: There are more devaluation issues due to communication than due to direct medical care. We have no proof, that main reason for devaluation in eyes of medical staff is feeling of lacking time. And, ultimately, greater H4: not confirmed, that would be sick older 60 years you be more devaluated.

With the first hypothesis we anticipate that most of the medical staff have experiences with devaluation at their work. However we can expect that the devaluation is not so common as we expected. Second hypothesis rejects devaluation by mistakes in direct medical care as more common form of devaluation and question to be asked is, if communication of medical staff is properly lead and if mistakes of devaluation are not due to it. Moreover, how we present in theoretical part with reference for authors Špatenková and Králová. Communication is in medical care divided into three parts – social, specific and terapeutical. Every part has its irreplaceable role. Third hypothesis did not confirm, that main reason of devaluation manners in lack of time for taking care. Offer of answers was: overworking medical staff, ethos of employes, bad work organization, lack of personell, bad working enviroment, lack of motivation, wrong education, feeling of lacking time, burn out syndrome, not cooperationg patient. Most answers were two: lack of personell (32%), and overworking of medical staff (17%). It is obvious, that biggest problém is lack of team members and higher member of working duties. There is question to ask about line of acceptance of staff overworking in connection with devaluation. However nowadays is devaluation not so common, it is more than presumable that inbalance of these factors will reflect in medical staff behaviour to patients. Last hypothesis does not confirm that older patients are more devaluated than others.

In qualitative reserarch were established three questions:

1. How to devaluation behavior?
2. What are reasons to devaluate person during hospitalization?
3. What are results of devaluating patient during hospitalization?

3. How devaluation looks during hospitalization?

Results were transferred into diagrams from which we can describe this. Reasons of devaluation, which are perceived by the respondents were categorized into groups: administration snags, sister unwillingness, wrong communication, lack of motivation, overworking of medical staff. From the view of patients is obvious, that they perceive work of medical staff in whole scale. Recognition of administration overload proves it. Main result is reason for devaluation. That connects us with answers in quantitative research of medical staff. Results were similar. Even we did not have experiences with devaluation so often, it is important to recognize, that this behaviour is there and can be developed. For both of them, medical staff and patients should be result of this thesis, that relationship nurse and patient is important due to common task, return and keep people healthy. Well timed elimination of reasons to devaluation can prevent results.

Benefit of this thesis is mainly completion of knowledge about devaluation and deeper look into this problem. Overall thesis collects information from different Czech and foreign resources and completely and clearly describes risks and consequences of devaluation.

Keywords – human, patient, medical staff, communication, needs, devaluation

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných 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 školitele 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 18.5.2015

.....

Bc. Ivona Sívková

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní PhDr. Marii Trešlové, PhD. za odborné vedení diplomové práce. Poděkování náleží i respondentům, kteří se podíleli na výzkumném šetření. Dále děkuji mé rodině a příteli, za trpělivost a morální podporu během studia.

Obsah

Abstrakt.....	2
Abstract.....	6
Obsah.....	11
Seznam použitých zkratek.....	13
Úvod.....	14
Teoretická část.....	16
1 Současný stav.....	16
1.1 Zdraví a nemoc.....	16
1.2 Prožívání nemoci.....	17
2 Člověk pacientem.....	20
2.1 Práva a povinnosti pacienta.....	20
2.2 Potřeby pacienta.....	21
2.2.1 Bariéry v naplnění potřeb.....	22
2.2.2 Proces naplnění potřeb ve zdraví.....	23
2.2.3 Proces naplnění potřeb v nemoci.....	23
2.2.4 Význam ošetrovatelské péče z hlediska uspokojování potřeb.....	24
2.3 Lidské potřeby v souvislosti s právy pacientů.....	25
3 Komunikace ve zdravotnictví.....	29
3.1 Profesionální komunikace ve zdravotnictví.....	30
3.2 Komunikační bariéry ve zdravotnictví.....	30
3.2.1 Komunikační bariéry ze strany sestry.....	31
3.2.2 Komunikační bariéry ze strany pacienta.....	32
4 Devalvace a evalvace.....	34
4.1 Devalvace ve zdravotnictví.....	34
4.2 Faktory ovlivňující devalvační chování.....	34
4.2.1 Faktory ovlivňující chování ze strany pacienta.....	35
4.2.2 Faktory ovlivňující chování ze strany zdravotnického personálu.....	37

4.3	Evalvace ve zdravotnictví	39
5	Devalvační chování a důsledky.....	40
5.1	Devalvace pacienta zdravotnickým personálem	40
5.2	Důsledky devalvačního chování	41
	Výzkumná část	43
6	Cíle práce, hypotézy, výzkumné otázky	43
6.1	Cíle práce	43
6.2	Hypotézy	43
6.3	Výzkumné otázky.....	43
7	Metodika	44
7.1	Metodika práce	44
7.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	45
8	Výsledky kvantitativního výzkumu	46
9	Výsledky kvalitativního výzkumu	60
10	Diskuse	69
11	Závěr	76
12	Seznam použitých zdrojů	78
13	Seznam grafických znázornění	83
14	Seznam tabulek	84
15	Seznam diagramů	85
16	Seznam příloh	86

Seznam použitých zkratk

atd.	a tak dále
apod.	a podobně
čl.	článek
ČR	Česká republika
H1, 2, 3, 4	hypotéza 1, 2, 3, 4
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
např.	například
ORL	otorhinolaryngologie (ušní, nosní, krční)
R1 - 8	respondent 1 - 8
popř.	popřípadě
př.	příklad
tj.	to je
tzv.	tak zvaně
UPV	umělá plicní ventilace
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Téma diplomové práce jsem si vybrala zejména proto, že devalvace je ve skutečnosti málo diskutované veřejné tajemství. Mnoho lidí si je vědomo určitých problémů při péči v nemocnici. Sestra není dostatečně vstřícná, lékař naopak nerad důkladně vysvětluje všechny podrobnosti o zdravotním stavu. Avšak málokdo ví, že se v těchto případech setkávají s devalvačním chováním. Všeobecně mezi zdravotníky je mnohdy toto rizikové chování vžito jako standard při komunikaci s pacientem. Zejména v dnešní době, kdy se začínají množit žaloby pro zanedbání péče je zásadní, aby se výskyt devalvace snížil na minimum. Vnímání pacienta je totiž mnohdy ve fázi, kdy čeká jen na chybu zdravotníka. Považuji tedy za důležité jak zdravotnický personál, tak pacienty s devalvačním chováním minimálně seznámit, aby se těmto nepříjemným okamžikům obě strany vyhnuli. Téma práce je tedy nesporně v dnešní době aktuální.

Hlavním cílem práce bylo co nejvíce zjistit o zkušenostech s tímto chováním a to jak ze strany zdravotnického personálu tak pacientů a snažit se odhalit rizika a možné důsledky devalvace. V teoretické části jsem si vytyčila cíl posbírat co nejvíce informací a to jak z domácí tak zahraniční literatury a tím vytvořit souvislý kompletní přehled dosavadního výzkumu v dané oblasti. Dílčími cíli práce, které mi měli pomoci dosáhnout cíle hlavního, byly stanoveny čtyři. Cíl první má zjistit, zda dochází v průběhu hospitalizace člověka k devalvacím zdravotnickým personálem. Druhý cíl má za úkol vysledovat, zda devalvace je způsobena poskytováním přímé péče nebo nevhodně vedenou komunikací. Cíl třetí zjišťuje důvody vedoucí k devalvačnímu chování zdravotnických pracovníků. A konečně čtvrtý cíl má odhalit, zda věk nemocného má vliv na devalvační chování zdravotnického personálu. Podle těchto cílů byly vyčleněny i hypotézy. Avšak důležitá část výzkumu byli i rozhovory s pacienty, kde přispívám jejich zkušenostmi s devalvačním chováním. Zároveň se snažím i analyzovat právě výše zmíněné příčiny a důsledky devalvace. Obecně je práce strukturována do několika částí.

Teoretická část informuje o dosavadních zjištěných faktech v tomto oboru zkoumání. Jelikož je nutné na téma nahlížet ze širšího kontextu je do teoretické části

zahrnuto i uvedení do problematiky komunikace a péče jako takové. Bylo využito i zahraničních zdrojů, což se v dosavadních pramenech nestávalo. Ve výzkumné části nejdříve graficky zpracovávám odpovědi zdravotnického personálu z nestandardizovaného dotazníku, který měl za úkol určit jak častý a závažný problém devalvace je z jejich hlediska. Dále v diagramech vyplývajících z rozhovorů s pacienty třídím názory a zkušenosti pacientů při hospitalizaci. V diskusi potom uvádím a obhajuji výsledek výzkumu. V závěru je celá práce i s jejími výsledky shrnuta.

Teoretická část

1 Současný stav

Pojetí a význam zdraví se v průběhu staletí měnil a vyvíjel, v období antiky byla pozornost věnována moudrému způsobu života – „žít zdravě“ znamenalo „žít moudře a dobře“ (27 s. 30). Filozofové té doby definovali i výraz uzdravovat – „sothein“, které vyjadřovalo: zachránit člověka, který se ocitl v nebezpečí života; pomoci člověku, aby byl celým člověkem a uzdravit nemocného. Smyslem zdraví bylo naplnit vnitřní klid a mír a zachovat celost a neporušenost jedince, to vše promítnuto do sféry tělesného, duševního a duchovního celku, které směřovalo k zachování schopnosti uskutečňování toho, co si jedinec předsevzal (27).

Dnes, v 21. století, se setkáváme s různorodým chápáním pojmu zdraví, avšak historický podklad zůstává stejný. Klíčovým se stal směr, který popisuje zdraví a péči o něj z širšího hlediska, tzv. *holismus* (slovní základ pochází z řečtiny: holos – celý, neporušený). Původ má zakořeněný v idealismu, zdůrazňuje celostnost a pokládá celek za něco vyššího než souhrn součástí, vyzdvihuje vztah mezi nimi, jejich vzájemnou ovlivnitelnost. Tímto smýšlením se medicína posunula k vnímání biopsychosociálního a spirituálního způsobu života člověka. Jedinec je současně vybízen k aktivní spolupráci na procesu uzdravení a péči o své zdraví (16, 27, 31, 32).

1.1 Zdraví a nemoc

Zdraví představuje v životě člověka nejvýznamnější a současně existenciálně nezbytnou podmínku, která je rozhodující při dosahování životních cílů a celkové radosti a spokojenosti. Udržení a prohloubení zdraví je pro člověka zcela zásadní. Vyžaduje, aby jedinec posiloval a pečoval o své zdraví a tímto předcházel nemoci a ohrožoval tak kvalitu svého života (34).

Nejnámější definici zdraví stanovila a publikovala Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1946, jež říká: „*Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto*

dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“ (27, 55).

Požádáme-li však o vyjádření pojmu zdraví osoby odlišného profesního zaměření, vymezují jej následovně: *Lékař* zdravím chápe nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu; *Sociolog* vnímá zdravého člověka za toho, který je schopen dobře fungovat ve všech sociálních rolích; *Humanista* označuje za zdravého jedince takového, jež se dokáže pozitivně vyrovnat s životními úkoly, které před ním vyvstanou a *Idealista* charakterizuje zdravého člověka v oblasti tělesné, duševní, duchovní a sociální (27).

Ať je již pohled na zdraví formulován různými definicemi je nutno brát na vědomí, že zdraví člověka nepředstavuje samozřejmý a přirozený stav. Jedná se o hodnotu, o níž je zapotřebí individuálně i kolektivně pečovat neboť je podmínkou pro kvalitní život a dává základ pro úspěšné životní seberealizace (34, 41).

Nemoc je přirozenou, ačkoliv všeobecně nežádoucí součástí lidského života. Každá nemoc zasahuje celého člověka. Jednotlivce často vyřazuje z běžného života a přináší mnohé zásadní změny, které jsou spojeny s pocity bolesti, utrpení, strachu či úzkosti. Představuje také výzvu k zamyšlení se nad hodnotou zdraví, kvalitou a smyslem lidského života. Probíhající onemocnění testuje člověka na jeho adaptabilitu a zvyšuje nároky na tělesné a psychické síly. Definice nemoci je často uváděna jako stav opaku zdraví nebo je vyjadřována jako biopsychosociální reakce člověka na škodlivé podněty vnitřních či vnějších okolností (30, 34).

1.2 Prožívání nemoci

Člověk, který onemocní, se již od počátku zaobírá myšlenkou na svůj změněný zdravotní stav. Snaží se uvědomit si své příznaky nemoci, zjistit příčiny, uvažuje o rozsahu postižení, o léčbě a případných následcích onemocnění. Významnou roli na prožitcích představuje osobnost pacienta a míra jeho informovanosti o aktuálním zdravotním stavu. Vnímání nemoci je ovlivněno emocionálním stavem jedince, negativní rozpoložení může vyvolávat obranné mechanismy, které mohou vyústit k ignoraci a potlačení svého stavu. Což má často za následek pozdní zahájení léčby a

vznik komplikací v průběhu terapie. Oproti tomu kladný postoj ke zdraví a nemoci dává pacientovy předpoklady dobrého zvládnání procesu uzdravování. Nelze opomenout ani předchozí zkušenosti člověka s onemocněním. Ty mohou výrazně ovlivňovat očekávání o současném změněném zdravotním stavu a spolupodílí se tak na myšlenkovém zpracování o vyhledání včasné odborné lékařské pomoci. Tímto přístupem jedinec vyjadřuje rozhodnutí o aktivním zvládnání své nemoci a stává se tak partnerem v léčbě a péči o zdraví. V opačném případě si může zvolit formu pasivního úniku, čímž se připravuje o adekvátní zahájení terapie (26, 34).

K prožívání nemoci patří i stav psychické krize, který bývá nejčastěji vyvolán zjištěním závažné diagnózy. Probíhá v etapách, zahrnujících šok, popírání, intruzi, vyrovnání a smíření. Fáze *šoku* bývá odstartována zjištěním, že se u jedince objevilo onemocnění a odezvou je prožívání úzkosti, strachu, zmatku či strnulosti. Navazuje druhá etapa *popírání* nemoci, během níž se projevuje emocionální útlum, apatie a dochází ke snížení motivace nemocného. Člověk se v této fázi pokouší o jediné, vytěsnit z vědomí vše, co se jakkoliv vztahuje k jeho onemocnění. Toto plynule přechází do další etapy *intruze*, což označuje ony vtíravé myšlenky, které se nemocnému stále opakují a vztahují se pouze k prožitku nemoci, mnohdy natolik zatěžují psychiku člověka, že narušují i jeho spánek a ovlivňují uspokojování základních biologických potřeb. Čtvrtou fází představuje *vyrovnávání* se s nemocí. V tomto období se jedinec adaptuje na změněné životní podmínky způsobené onemocněním. Mezi ně řadíme i osobní potíže související s lékařskými vyšetřeními, navazování interpersonálních vztahů v nemocničním prostředí, či udržení sociální opory blízkých osob. Proces adaptace plynule přechází ve *smíření*, během něhož je pacient schopen uvažovat o své nemoci bez výrazných záporných emocionálních projevů, a v níž svůj zdravotní stav přijímá (25, 34).

Zvláštní skupinou jsou stárnoucí lidé, kterým jsou nemoci přisuzovány jako důsledek celého životního děje. Stárnutí se promítá do všech úrovní – nejvíce znatelná je biologická oblast následována poklesem psychických a kognitivních funkcí a patrné jsou změny i v emocionální oblasti. V kombinaci s onemocněním má pacient sklon

často projevovat negativní pocity a ke svému zdravotnímu stavu přistupuje jako ke své jediné prioritě, která mu zajišťuje bytí. Spolupráce se stárnoucími nemocnými bývá těžká už jen ze samotného důvodu, že tito lidé jsou zvyklí na své rituály a časem vypěstovanou rutinu jak v běžném životě, tak v péči o sebe sama (26).

Člověk je tvor přizpůsobivý, ale jsou okamžiky, kdy i jeho proces adaptace je pozvolný. To zejména v případě, kdy jedinec náhle ztratí svou jistotu. Stav nemoci je jednou z těchto nejistot, který vzniká náhle z úplného zdraví. Jedinec přijímá roli pacienta a jsou mu nastavena nová pravidla v péči o sebe. Současně se učí spolupracovat se zdravotnickým personálem a vnímat vlastní potřeby, o čemž pojednává následující kapitola.

2 Člověk pacientem

Pacientem se obvykle nerodíme, ale stáváme se jím v průběhu života. Jedinec je vystaven a často donucen změnit a přizpůsobit se nové roli. Ze zdravého a zcela soběstačného, aktivního člověka se stává nemocný a mnohokrát nesoběstačný pacient. Ovlivněna bývá psychika jedince, kdy je mezi zjištěním existence příznaků negativně změněného zdravotního stavu postaven před rozhodnutí, zda jít či nejít k lékaři, případně odevzdat se do rukou zdravotnického personálu v nemocničním zařízení a tak se dočasně vzdát svého životního stylu a sociálních vztahů. Nemocný je seznámen s právy a povinnostmi pacienta, s nemocničním řádem a je mu představena organizace práce oddělení, kterému se musí přizpůsobit. Náhle se o jeho základní biologické potřeby zajímají lékaři, sestry, ošetřovatelé a podílí se na zvládnání jejich uspokojení. Změna role je pro některé velkou zátěží a proto by poskytovatelé ošetrovatelské péče měli ke každému jedinci přistupovat trpělivě a ohleduplně (19, 26).

2.1 Práva a povinnosti pacienta

Práva pacientů jsou podmíněna etickým kodexem (příloha 1), jehož úkolem je sledovat a dodržovat stanovené cíle. Historicky první etický kodex práv pacientů v ČR byl vyhlášen Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 25. 2. 1992 a vznikal v návaznosti na Listinu základních práv a svobod. Vyzdvihuje především respektování práva na život, zachování ochrany důstojnosti a úcty k člověku. V současné době se do popředí dostává podpora humanizace a holistického přístupu poskytování zdravotní péče. Ustanovení Listiny základních práv a svobod se snaží o vyjmenování všech obecně platných složek týkajících se kvalitního a bezpečného života společnosti. Dokument má právní charakter a je součástí ústavního zákona. Plnění jednotlivých článků Listiny základních práv a svobod je soudně vymahatelné. Práva pacientů mají závaznost morální normy a byla sestavena na ochranu nemocných. Porušení některých práv může být předmětem soudní žaloby, ale pouze v návaznosti na čl. 10 Listiny základních práv a svobod, nikoliv jako porušení práva pacienta (6, 36, 42).

Méně známé, avšak neméně důležité je stanovení cílů povinností pacienta, které k etickému kodexu rovněž náleží a slouží k ochraně pacientů i zdravotnického personálu. Ministerstvo práce a sociálních věcí české republiky (MPSV ČR) je uvádí takto: Dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas; řídit se vnitřním řádem zdravotnického zařízení; uhradit poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mu byly poskytnuty s jeho souhlasem; dále zde náleží pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb; poslední bod hlásá nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetření za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek (36).

2.2 Potřeby pacienta

Lidská potřeba je projevem chybění něčeho, či naopak přebytku, jehož odstranění je žádoucí. Prožívání stavu nedostatku či nadbytku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, a tím se zásadně spolupodílí na vytváření chování jedince. Potřeby velmi úzce souvisí se zachováním kvality života. Vyjadřují jednotu vnitřního s vnějším, tj. s okolním světem. Každá potřeba je potřebou něčeho a vztahuje se k něčemu v prostředí. Ačkoli všichni lidé mají společné základní potřeby, je důležité si uvědomit, že každý jedinec je vyjadřuje a uspokojuje svým vlastním způsobem. Primárním úkolem zdravotnického personálu během poskytování ošetrovatelské péče by tudíž měla být spolupráce s nemocným, aby ty které potřeby byly efektivně pacientem zvládnuty a nebránily mu v dalším procesu uzdravování. Poskytovatel ošetrovatelské péče by měl mít také na paměti, že se potřeby ovlivňují navzájem a to ve všech oblastech – biologické, psychologické, sociální a duchovní.

Nejnámější organizovaný systém potřeb je tzv. pyramida potřeb dle Maslowa (příloha 2). Důležité jsou rovněž faktory, které se podílejí na množství a intenzitě prožívaných potřeb. Hodnotíme pohlaví a věk jedince, kulturní a společenskou úroveň. Výrazný vliv má také prostředí, ve kterém člověk vyrůstal a ve kterém žije nyní. K dalším činitelům patří inteligence osoby, pojetí a vnímání zdravotního stavu a dosavadní životní zkušenosti. Každý člen ošetrovatelského týmu by měl tyto faktory respektovat a snažit se maximálně vyjít nemocnému vstříc v jejich naplnění (22, 42, 47).

2.2.1 Bariéry v naplnění potřeb

Naplnění potřeb může být ovlivněno řadou faktorů, které znemožňují, znesnadňují či popř. mění způsob uspokojování potřeb nemocného. Pro zdravotnický personál je přínosné znát a umět vnímat tyto bariéry, neboť jejich včasné rozpoznání může napomoci předcházet jejich vzniku. Rozlišujeme: *osobní bariéra* – vyjadřuje stav, kdy nemocný není schopen přesně pojmenovat, co mu chybí či čeho má nadbytek, je ostýchavý vyslovit své přání, ať z pocitu nedůvěry ve zdravotnický personál či z obavy ze zklamání; *psychická bariéra* – se odvíjí od neschopnosti přijmout pomoc při naplňování té které potřeby, přičemž výrazný podíl na vzniku této bariéry má osobnost člověka a uvědomění si svých potřeb; *jazyková bariéra* – ve většině případů se jedná o prosté nepochopení toho, co si vzájemně říkáme, tj. příčinou může být nevhodně zvolené či nesrozumitelné slovo (odborná terminologie), či „informační šum“; *fyzilogická bariéra* – příčinou bývá tělesný dyskomfort, který, když je odstraněn, napomůže k odstranění této bariéry; *bariéra z prostředí* – na každého jednotlivce působí změna prostředí, každý nemocný se jinak vyrovnává s potřebami v domácí péči a jinak při hospitalizaci v nemocničním zařízení; *neporozumění sdělovanému* – stejně jako u jazykové bariéry je nevhodně použité odborné pojmenování. Nemocný se ostýchá ptát, co které odborné slovo vyjadřuje, což má často za následek, že ošetřující personál se může mylně domnívat, že poskytované informace byly náležitě vysvětleny a pochopeny. Pro předcházení nedorozumění by úkolem zdravotníka mělo být

automatické poskytnutí zpětné vazby a cíleně se doptat, zda vše řečené bylo srozumitelné (42, 47).

K usnadnění definování potřeb, které by mohly pacienta sužovat, je vhodné ze strany zdravotnického personálu nabídnout pomoc přímým dotazováním a tím také prokázat upřímný zájem o nemocného, př. pokládání cílených dotazů (Špatně jste se vyspal?/Máte bolesti?/Máte hlad?/Trápí Vás něco?). Důležitost včasného uspokojení potřeb předchází psychickým (neklid, úzkost, nesoustředěnost) či somatickým (poruchy v naplnění základních fyziologických potřeb – spánek, výživa, vyprazdňování) problémům, které vznikají dlouhotrvající nedostatečnou saturací potřeb (42).

2.2.2 Proces naplnění potřeb ve zdraví

Zdravý jedinec bývá zpravidla schopen sám docílit uspokojení svých základních potřeb, mezi něž řadíme: schopnost najíst se, umýt se, dojit si nakoupit apod. A to vše zvládnout bez nutnosti potřeby pomoci druhých lidí. Rovněž potřebu být bez bolesti vnímá člověk při občasném pocitu jako nevýznamnou a přechodnou záležitost. Při uspokojení základních potřeb může jedinec dále naplňovat potřeby vyšší, které se odvíjí od jeho schopností, vědomostí a dovedností. Jestliže je člověk zdravý, má možnosti i síly dosáhnout toho o čem usiluje v případě, že má vůli. Své nároky může snížit či zvýšit, ale v každém případě jeho snažení nebude omezováno a negativně ovlivňováno nemocí (42, 47).

2.2.3 Proces naplnění potřeb v nemoci

Pro pochopení a naplnění lidských potřeb v nemoci je pro zdravotníka důležité, aby zvládal správně zmapovat osobnost jedince před onemocněním a mohl tak pacientovi individuálně přizpůsobit poskytovanou ošetrovatelskou péči. Při vyhodnocení využívá následující kritéria: pohlaví a věk jedince; vzdělání a vliv prostředí, ve kterém člověk vyrůstal a ve kterém žije nyní; určit typ osobnosti; rozlišit temperament – jedná-li se o introverta nebo extroverta; seznámit se s hierarchií osobních potřeb nemocného; zjistit pohled jedince na jeho zdravotní stav a rozsah jeho uvědomění; vysledovat pacientovu

péči o sebe např. v dodržování preventivních prohlídek. Na nemocného působí i zkušenost v léčbě předchozích onemocnění. Zde by poskytovatele ošetrovatelské péče mělo zajímat, o jakou formu onemocnění se jednalo, jakými diagnostickými a léčebnými zákroky pacient v minulosti prošel, a o kterých má tudíž povědomí, a jak se s nimi vyrovnával. Dále se soustřeďuje na informace o úspěšnosti léčby a především o zkušenosti s přístupem zdravotnického personálu.

K vyhodnocení potřeb, které mohou pacienta sužovat, patří kromě vymezení kritérií výše jmenovaných i v praxi nejvíce využívaný hodnotící test – Barthelův test základních všedních činností. Podle něhož můžeme posoudit zdravotní stav nemocného a tím následně stanovit další kroky ošetrovatelského procesu. Test shrnuje základní potřeby a vyjadřuje je bodovým ohodnocením, které v konečném součtu vyhodnotí zvládnutí činností v nejnútnejší sebeobsluze nemocného. Plné znění Barthelova testu (příloha 3). Pro efektivní a dostatečné naplnění potřeby v nemoci jedince je důležitá spolupráce a aktivní předcházení jejich vzniku. Zdravotnický personál v poskytování ošetrovatelské péče by měl aktivně vyhledávat způsoby naplnění biologických potřeb, tj. nabízet tekutiny, snažit se vytvořit vhodné prostředí ke spánku nebo nabídnout tišící léky na bolest (22, 42, 47).

2.2.4 Význam ošetrovatelské péče z hlediska uspokojování potřeb

Charakteristickým rysem moderního ošetrovatelství je hodnocení, plánování a naplnění všech primárních i sekundárních potřeb v rozsahu, jak je nemocný člověk prezentuje a současně je schopen je akceptovat. K uspokojení potřeb nemocného využívají sestry ošetrovatelského procesu, do něhož by pacient měl mít možnost aktivně se zapojit. Pro dosažení hodnotných cílů je dobré požádat též o spolupráci a podporu rodinné příslušníky. Sestra by měla vycházet z teorie o holistickém přístupu. Jedince by měla chápat jako celek, tedy bytost biopsychosociální a o péči se s nemocným podělit. Základem dobře poskytované péče a naplňování potřeb pacienta je správná a dostatečná informovanost, která přináší průběžnou kontrolu nemoci. Je-li pacient informován o své

nemoci, léčbě, o plánovaných vyšetřeních, pak svůj zdravotní stav přijímá klidněji (37, 42, 43).

Zdravotnický personál by za každých okolností měl respektovat autonomii nemocného člověka. Autonomie vyjadřuje potřebu zachování schopnosti vést život dle vlastních pravidel. Být autonomní znamená zůstat svým vlastním pánem a mít možnost ovlivňovat i nadále způsob svého života. V pojetí pacientovy autonomie se jedná o zachování identity, kdy nemocného nestavíme nesmlouvavě do role pacienta, avšak necháváme mu prostor na vyjádření toho kým je a kým chce být. Právě potřeba autonomie bývá ošetřujícím personálem často narušována. Nemocný se tak často dostává do podřízené role. Účinným prostředkem, jak předcházet narušení této potřeby je, aby se pacient aktivně podílel na plánování své léčby a měl možnost rozhodnout o dalších diagnostických či terapeutických úkonech. Opakem autonomie je heteronomie, kdy je člověk ve zdraví či nemoci kontrolován a veden a nemá možnost se spolupodílet na dané situaci (42).

2.3 Lidské potřeby v souvislosti s právy pacientů

Naplnění práv pacientů v souvislosti uspokojení potřeb nemocných mají význam pro obecnou morálku. Slouží k posílení sebevědomí pacienta a stran zdravotnického personálu jsou vizitkou naplnění profesních slibů. Návaznost potřeb k právům pacientů je vyjádřena:

Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Nemocný by měl být podporován ve své potřebě pocitu bezpečí, jistoty, ohleduplnosti a respektu ke své osobě.

Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny a s přáteli. Omezení takového způsobu návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

Znát jména členů zdravotnického týmu dává pacientovi pocit naplnění potřeby sounáležitosti a příslušnosti. Rovněž možnost zvolit si nadstandardní pokoj dává nemocnému potřebu soukromí, přijímání návštěv či naplnění svých kulturních potřeb bez nezbytných ohledů na ostatní pacienty.

Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena.

Tímto právem saturujeme potřebu respektu k názoru nemocného a tudíž respektu jeho autonomie. Rovněž mu dáváme najevo, že jsme ochotni naplnit jeho potřebu bezpečí poskytnutím vhodných informací.

Pacient má právo v rozsahu, který povoluje zákon, odmítnou léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

Je-li to možné, měli bychom pacientovi umožnit konzultace se všemi, kteří mohou být nemocnému nápomocni. Vyplňujeme tímto potřebu bezpečí a jistoty, dále potřebu sounáležitosti a příslušnosti k té které skupině.

V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

V současné době pacienti, kteří jsou přijímáni do fakultních zařízení, podepisují souhlas s nahlížením do dokumentace studentům a členům zdravotnických týmů v rámci komplexní péče. Všichni tito jmenovaní jsou vázáni mlčenlivostí. Tímto je saturována potřeba soukromí a respektu k autonomii. Rovněž je zastoupen sociální kontext – zachování důvěrnosti a důvěryhodnosti.

Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

Uspokojování potřeb respektu osobnosti a její autonomie.

Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

Potřebu bezpečí a jistoty lze zabezpečit vhodnými informacemi o organizaci, kam bude nemocný předán. Při jakémkoliv přesunu by měla být respektována potřeba soukromí nemocného.

Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude další péče.

Naplňuje potřebu informovanosti, poskytuje pocit bezpečí a jistoty.

Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

Uvedené právo pacienta je zcela individuální záležitostí, kterou by měl lékař i celý zdravotnický tým respektovat a projevit potřebu empatie a porozumění.

Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

Naplnění duchovní potřeby by zde mělo být samozřejmostí, pokud pacient o tuto službu žádá. Také návštěvy rodiny a blízkých by měly být postoupeny přání nemocného, jedná se o potřebu autonomie.

Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Naplnění potřeby sounáležitosti a příslušnosti ke skupině (13, 36, 42).

3 Komunikace ve zdravotnictví

Komunikace v běžném životě zpravidla podléhá normám, pravidlům a etice. Ošetrovatelská praxe klade důraz na schopnost interakce a především komunikace jak mezi kolegy tak s nemocnými. Dovednost komunikovat s pacientem by měla být prioritním profesionálním vybavením každé sestry. Během poskytování ošetrovatelské péče často zdravotnický personál vstupuje do intimní zóny nemocného, odhaluje a dotýká se jednotlivých částí těla, a to pro mnoho pacientů není příjemné. Důležité proto je, aby všichni zdravotníci již od prvního kontaktu s nemocným dokázali navodit příjemnou atmosféru, která by zajišťovala pacientovu potřebu jistoty a bezpečí. Vytvoří-li se již na začátku příjemné ovzduší, vede to k příležitosti vzniku důvěryhodného vztahu mezi nemocným a zdravotnickým týmem (8, 40, 49).

Pojem komunikace tvoří základ veškeré zdravotnické a ošetrovatelské péče. Komunikace patří k dovednostem, kterou lze rozvíjet kdykoliv v životě člověka. Existují již i výukové programy a tréninky věnující se rozvoji profesionální komunikace v pomáhajících profesích. Zvládnutí odborné komunikační dovednosti patří mezi nejdůležitější dovednosti zdravotnického personálu. Je nezbytné, aby si každý člen ošetrovatelského týmu osvojil schopnosti účelné a sociální komunikace, jež je neoddělitelnou součástí procesu zaměřeného na podporu a prevenci zdraví člověka. Při vzájemné komunikaci mezi sestrou a nemocným je zapotřebí navodit ovzduší důvěry, které by omezovalo vzniku obav. Základním požadavkem úspěšné komunikace je individuální přístup. To, co se jednomu pacientovi zdá samozřejmé, druhý jedinec může považovat za nepřijatelné až devalvující chování. O možných příčinách devalvace pojednávají další podkapitoly o komunikaci. Cílem komunikace ve zdravotnictví je pro zdravotníky spokojený pacient, který je ochoten spolupráce v péči o své zdraví. Když je zdravotnický pracovník přátelský, podává nemocnému úplné informace, naslouchá, jedná s pacientem jako s rovnocenným partnerem, povzbuzuje jej k dotazům a projevuje o něj nepředstíraný zájem, pak spokojenost pacienta roste. Zvládnutí problematiky komunikace napomáhá sestře rozvíjet kvalitní vztah, jak s nemocným, tak i ve vztazích uvnitř ošetrovatelského týmu (3, 8, 49, 56).

3.1 Profesionální komunikace ve zdravotnictví

V práci zdravotnických pracovníků zaujímá komunikace s nemocným důležité místo. Ve zdravotnické praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, přičemž všechny tři mají svůj nezastupitelný význam a zákonitosti.

Sociální komunikace představuje běžný rozhovor při kontaktu s nemocným. Pacient trpí v domácím i nemocničním prostředí na omezení sociálních vztahů, což má za následek, že aktivně vyhledává rozhovor s ošetřujícími pracovníky. Je-li nemocnému poskytnuta a zajištěna potřeba sociální komunikace, prohlubuje se i vzájemný vztah a usnadňuje to spolupráci v péči o zdraví pacienta. Rozhovor lze zavést na rodinu a zájmy nemocného.

Specifická (strukturovaná) komunikace vyjadřuje oblast komunikace sloužící ke sdělování důležitých skutečností. Má za úkol motivovat nemocného k další léčbě a efekt má i edukační, kdy nemocnému má poskytnout informace o postupu vyšetření, či možných rizicích. Zdravotnický personál by měl zvolit přijatelnou formu sdělení, vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta a dbát především na srozumitelnost poskytovaných informací. V závěru by mělo následovat ověření, zda pacient řečenému rozuměl a akceptuje jej.

Terapeutická komunikace se odehrává velmi často formou rozhovorů. Při každém kontaktu s nemocným je snahou zdravotníků poskytovat oporu, pomoc v těžkých chvílích rozhodování nebo přijímání nepříjemných skutečností. Podpůrná terapeutická komunikace je hodnocena jako klíčová dovednost, kterou by měl ovládat celý zdravotnický tým (45, 46, 49).

3.2 Komunikační bariéry ve zdravotnictví

Během komunikace se všichni setkáváme s problémy, překážkami, které působí rušivě a zásadně mohou průběh komunikace komplikovat. Nevhodné je tyto překážky neustále překonávat v průběhu rozhovoru sestry a pacienta, kdy často důležité informace mohou být zkreslovány a negativně ovlivňovány. Bariéry mohou být interní, to znamená, že jsou dány osobnostními problémy komunikujícího nebo mohou být

externí, kdy rušivé elementy vycházejí z prostředí. K interním překážkám patří kupříkladu obava z neúspěchu, kdy se komunikující obává selhání a protistrana mu neustále komplikuje skákáním do řeči. K dalším rušivým vlivům patří tzv. čtení myšlenek, kdy účastník myslí na odpověď, místo toho, aby naslouchal, co druhý říká. Překážkou jsou i postojové bariéry, při kterých jeden z účastníků hovoru druhému vyjadřuje neúctu, povýšenectví nebo nesympatii. Toto vše lze také hodnotit jako devalvační chování, kterému by se měl zdravotnický tým v rozhovoru s nemocným vyhnout. K externím bariérám patří hluk; vizuální rozptylování; přítomnost velkého množství lidí v místnosti, které se může rovněž odrážet v neefektivní komunikaci mezi sestrou a pacientem. Předjít neefektivní komunikaci lze včasným uvědoměním si bariéry a správně zvoleným postupem, jak překážku překonat nebo se jí vyhnout (5, 7, 33, 38).

3.2.1 Komunikační bariéry ze strany sestry

Během poskytování ošetrovatelské péče nemocným je nucen zdravotnický tým s pacientem komunikovat, podávat informace. A již zde se objevují první překážky ze strany sester, sanitářů, kdy správně nedovedou pacientovi vysvětlit postupy a prováděné činnosti. Často jsou v průběhu pracovní směny situace, kdy je pozornost sestry rozptylována. Zdrojem rozptýlení může být například vyzvánění telefonu a nutnost vyřízení hovoru, nebo alarm signalizačního zařízení u jiného nemocného. Všechny tyto rušivé prvky na sestru i pacienta působí stresově. Skrývá se za tím časová tíseň, jak všechnu nedokončenou práci zvládnout. Důsledkem těchto podnětů může být nedostatečná ochota sestry si s nemocným popovídat a vyslechnout jeho prosby a trápení. Výše jmenované vlivy z prostředí také mohou provázet vnitřní bariéry, kdy sestra řeší své osobní problémy na poli pracovním. Může docházet k zatěžování pacienta soukromými záležitostmi, nebo neochotou s jedincem hovořit. Další bariérou jsou pracovně zatížené sestry, kdy v komunikaci s nemocným nesvedou udržet obsah hovoru a v myšlenkách se vrací k nesplněným úkolům, to však vyvolává dojem, že sestra neumí pacientovi naslouchat. Množství komunikačních bariér zahrnuje také

přílišné užívání odborné terminologie s nedostatečným či žádným vysvětlením. Překážkou, která ústí v tolik diskutovaný příznak syndromu vyhoření podléhají sestry, které vykonávají tuto náročnou profesi několik let a mohou projevovat nedostatek empatie k potřebám nemocných. Jejich jednání je lhostejné a někdy hraničí až s apatií. Syndrom vyhoření je způsobován fyzicky a psychicky náročnou prací a vyčerpaností sester. Ačkoli je tento stav pochopitelný je s povoláním v oblasti pomáhající profese neslučitelný. Bývá otázkou času, kdy v jeho důsledku dojde k závažnému pochybení a ohrožení pacienta. Prevencí je včasná změna pracovní pozice (7, 38, 24).

3.2.2 Komunikační bariéry ze strany pacienta

Komunikační překážky vznikají i ze strany pacienta. Ve zdravotnické praxi jsou běžné situace, kdy pacient v důsledku svého zdravotního stavu nemůže komunikovat. Příkladem jsou nemocní na umělé plicní ventilaci (UPV) či po operacích v oblastech dutiny ústní na odděleních otorhinolaryngologie (ORL). Méně časté jsou situace, kdy pacient komunikovat neumí či nechce. Problémy v komunikaci mohou být zapříčiněny mentálním postižením pacienta nebo aktuálním psychickým rozpoložením. Dalším důvodem proč pacient nekomunikuje, je to, že se jedná o cizince a nerozumí jazyku. A bohužel zdravotnický personál, často neovládá světový jazyk angličtinu. Zprostředkovaná komunikace pak bývá přes lékaře, nebo není žádná a je snaha o dorozumění pomocí piktogramů či ukázkou činností. Toto je však náročné na čas a prostor, proto je to k vidění na odděleních minimálně. Většina sester pak volí u pacienta strategii o rychlém provedení úkonu a bez jakékoliv snahy o komunikaci a dorozumění. Nejběžněji se v komunikaci stran nemocného vyskytuje bariéra zapříčiněná nedůvěrou a ostychem ke zdravotnickému personálu. Komunikační bariéru může způsobit také negativní postoj pacienta ke změně svého zdravotního stavu, což se dále projevuje odmítavým postojem k získání informací a lhostejným vystupováním. Nesoustředěnost pacienta zásadně narušují psychické pocity strachu, úzkosti, bezmoci apod. Bariérou jsou také vnitřní i vnější vlivy, které byly nastíněny v předcházející kapitole 3.2.1

Z dalších lze kupříkladu uvést: nadměrný hluk, zima či teplo, žízeň či hlad nemocného. Toto vše upoutává pacientovu pozornost a tím narušuje plynutí rozhovoru (7, 24, 45).

4 Devalvace a evalvace

Pojem devalvace je v povědomí mnoha lidí spíše jako ekonomický termín, týkající se financí, než označení spojující lidskou důstojnost. Devalvace vyjadřuje snižování hodnoty druhého člověka a může být projevována přímým činem či verbální, neverbální komunikací (45).

Opakem je evalvace, kterou se rozumí vyjádření pozitivního vztahu k druhé osobě. Aby došlo k vytvoření kladného vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, je zapotřebí projevit respekt a uznání a zachovat ovzduší důvěry. Zdravotničtí pracovníci, kteří ve svém chování a komunikaci projevují evalvací, bývají nemocnými vnímáni jako milí, laskaví a přátelští (23, 38, 46).

4.1 Devalvace ve zdravotnictví

Devalvačních prvků, se kterými je možno se ve zdravotnictví setkat je spousta. Projevy necitlivého chování, neuctivé jednání zdravotnického personálu nejsou nijak neobvyklé. Často se devalvace projevuje v oslovování nemocného, a popisem jednotlivých částí těla zdobněle či přiblížením dětským pojmenováním. Zdravotníci by měli být obeznámeni s tím, že takto vedená komunikace narušuje status dospělého člověka a snižuje potřebu autonomie (18, 28, 39).

Z dalších velmi běžných chování je neopětování pozdravu pacientovi, nezúčastněný postoj ke stížnostem a potřebám nemocného. Za nevhodné je považováno vést rozhovor s druhou sestrou v průběhu ošetřování jedince. Každou z těchto situací vnímá pacient jako projev devalvace a zdravotnický personál by si měl být vědom svého jednání a vyvarovat se mu (45).

4.2 Faktory ovlivňující devalvační chování

Pro pochopení a omezení devalvačního chování je důležité se snažit vyčlenit určité faktory, které jsou pro devalvací pacienta ze strany zdravotnického personálu predisponující. Díky výzkumu v oblasti vztahu pacienta a personálu při hospitalizaci ve

zdravotnickém zařízení, můžeme jisté faktory určit. Pro lepší orientaci je rozdělíme na činitele, kterými k devalvačnímu chování predisponuje pacient a ty, jež jsou dány ze strany zdravotnického týmu.

4.2.1 Faktory ovlivňující chování ze strany pacienta

Jednou z nejčastějších příčin devalvace danou pacientem je jeho věk. Setkat se s ním můžeme jak ve věkové skupině 15-25 let tak i u lidí starších 60ti let. Joanne Coyle uvádí příklad pacientky (22let) s bronchiálním astmatem: *"Bylo to jako, že mě neslyší (sestra). Jednou jsem musela prostě brečet. Vůbec na nic mi neodpověděla. Nechácala jsem co se mi děje a připadala si jako méněcenná lidská bytost (4)"*. Pacientka udávala, že příčinou tohoto chování byl právě její nižší věk.

Dalším případem je infantilizace (zdětinštění) pacientky (22let), která přišla kvůli testu těhotenství na gynekologickou kliniku: *"Šla jsem na kliniku společně s tím, že jsem si myslela, že mohu být těhotná. Přišla se mnou i osoba, která za to mohla být zodpovědná. Měla jsem opožděnou menstruaci. Sestra, která mi sdělovala výsledky vyšetření, mi řekla, že těhotná nejsem, ať jdu domu za maminkou a zamyslím se nad svým životem. A můj přítel ať radši neprovádí věci, kterým nerozumí. Řekla o mě, že jsem hloupá a nezodpovědná. Připadala jsem si neskutečně trapně (4)"*.

Při stejném výzkumu došla Joanne Coyle k závěru že další skupinou lidí, kteří bývají ignorováni, je populace s těžším přístupem ke zdravotnické péči. Mluvíme o lidech důchodového věku, nezaměstnaných a lidech vykonávající práci s nižším finančním ohodnocením. Udává příklad pacienta pana Bryana, který nebyl zapsán na pořadník operace srdečního bypassu. *"Zdravotní asistent mi řekl, že mě nemohou dát přesný termín operace. Řekl jsem, že mi to nevadí. Budu v kontaktu a počkám až se nějaké místo na zákrok uvolní. Asistent mi odpověděl: „Kdo ví, kdy to bude, pro Vás možná až za dlouho.“ Připadal jsem si, že mám menší cenu než čtyřicátníci s rodinou (4)"*.

Pacienti s chronickým onemocněním důchodového věku, které určitým způsobem omezuje jejich životní komfort, rovněž pociťují devalvaci na základě jejich stavu.

Lékaři a ošetřující personál často ignoruje jejich žádost o pomoc při nacvičování základních dovedností v péči o sebe sama. Mají za to, že pacient se o sebe v budoucí době nepostará a tudíž těmto požadavkům nevěnují pozornost. U starších lidí bývají rovněž přehlíženy jejich bolesti a pocity. Vysvětlením jím bývá, že bolesti a pocity nemoci jsou normální pro starší věk, že není důvod se tím zabývat a bude to už jenom častější. Konkrétně je často odpovídáno větou: A co čekáte ve Vašem věku?

Příčinou problémů může být i nedostatečné uspokojení pacienta léčebným procesem a chabým vysvětlením celého průběhu léčby. Pacienti mnohdy vnímají průběh léčby jako příliš pomalý a neuspokojivý. Je uveden názor pacientky po četných hospitalizacích (76let): *"Když mě propustili, připadala mi hospitalizace jako ztráta času. Necítila jsem se ani lépe ani dostatečně informována o dalším průběhu nemoci (4)."*

Predisponující skupinou lidí jsou rovněž imigranti. Podle výzkumu vědců ze severního Švédska jsou hlavními problémy odlišnosti v kultuře jiných národností. Hlavní příčinou bývá neochota přistupovat individuálně k jiným vzorcům chování a etiky, kterými přistěhovalci disponují. Hlavními odlišnostmi dle výzkumu jsou předsudky, že cizinci mají nižší úroveň vzdělání a menší zájem o svůj zdravotní stav. Tento předsudek může ústit v nedostatečné poučení pacienta o jeho zdravotním stavu a zkreslené informace o jeho onemocnění. Další odlišností může být jiné vnímání genderového seskupení rodiny a rozdíly v postavení muže a ženy. Švédští lékaři po předchozích zkušenostech často mluví nejdříve s manželem nemocné. A to i v případech těžkých a špatně léčitelných nemocí. Špatně ovlivnitelným faktorem může být i jazyková bariéra. Pacienti uváděli, že jim někdy byl předáván pouze zlomek informací vzhledem k neznalosti švédského jazyka. Stejný problém byl pozorován i při přizvání tlumočnicka, jelikož neznal některé obraty v mateřském jazyce dotyčného. Ve výzkumu je uvedena zkušenost lékaře: *"Poučoval jsem pacienta o neštovicích. Z úst tlumočnicka jsem ale zaslechl slovo, které znělo jako tuberkulóza. Zeptal jsem se, proto zda opravdu mluví o tuberkulóze, přičemž já vysvětloval rizika spojené s neštovicemi. Odpověděl mi, že nezná obrat pro neštovice. Řekl jsem, ať radši neříká nic (17)."*

Odlišné náboženské vyznání bylo taky příčinou devalvujícího přístupu ošetrovatelské péči o pacienta. Věci, které mohou změnit model péče, jsou například dodržování ramadánu u muslimů, či nedůvěra ve složení léku, jelikož některé složky léku mohou být pro dané náboženství zakázané. Neochota přistupovat jednotlivě k daným potřebám věřících pacientů mnohdy vedla k chybám v ošetrovatelském procesu a následné nedůvěře z obou stran (17).

Skupina pacientů zažívající podobné problémy jsou také bývalý trestanci. Jelikož je to heterogenní skupina, ve které může hrát roli i jejich etnická příslušnost, věk a další faktory. Byl proveden výzkum, který dokazuje jejich stigmatizaci a predispozici k devalvačnímu chování právě díky jejich odsouzení. Mnohdy i s ohledem na to, jaký trestný čin spáchali. Ze vzorku 173 trestaných mužů udávalo 72 zkušenost s diskriminačním chováním ze strany ošetrujícího a lékařského personálu a to včetně devalvačního chování (9).

Pacienti s diagnózou duševního onemocnění rovněž čelí častým případům nestandardního chování při hospitalizaci. I v případech, kdy jsou schopni plně porozumět všem informacím a doporučením ohledně svého zdravotního stavu jsou vystaveni devalvací a jinému dehonestujícímu (urážka, pomluva, znectění) chování. Je rovněž dokázáno, že celkově se jim dostává při léčbě jiných než psychiatrických onemocnění nižšího stupně péče. Často jsou ošetrovatelským personálem záměrně přehlíženi a není brán ohled na jejich otázky a požadavky (50).

4.2.2 Faktory ovlivňující chování ze strany zdravotnického personálu

Prvním faktorem může být objektivizování pacientovy diagnózy. Dle výzkumu Joanne Coyle se velké procento pacientů setkalo s devalvačním až diskriminačním chováním ze strany jak lékařů, tak sester z důvodu, jež zahrnovali pacienty se stejnou kmenovou diagnózou pod stejný vzorec při poskytování komplexní zdravotnické péče. Pro příklad uvádí jednání s pacientem se zjištěným kolorektálním karcinomem. Kvůli sebejistotě v určení onemocnění bylo s pacientem zacházeno s přehlížením. Nebyly brány jeho poznámky k vyšetřením a ignorovány byly i jeho dotazy. Konkrétně pacient

udává: „Jsem nespokojen s péčí v nemocnici St. Matthews. Po odběru krevních vzorků a koloskopii jsem se zeptal, proč nebyl proveden rutinní rentgen hrudníku z důvodu vyloučení metastáz. Moje otázka byla přehlížena. Po určité době byl rentgen na mé naléhání proveden a byly zjištěny mnohočetné útvary na plíci. Bylo mi argumentováno tím, že to nešlo kvůli papírování (4).“ V tomto případě čelíme objektivizaci nemoci a jejímu oddělení od individuálního přístupu k pacientovi.

K pochybení může vést nepersonální přístup k nemocnému. Nemocný je vnímán pouze jako souhrn životních funkcí a jejich poruch. Pociťují necitlivý přístup k jejich emocím, potřebám a názorům. Osobní zkušenost uvádí pacientka po hospitalizaci na interním oddělení (76let): *"Připadám si je jako číslo, složka v šanonu. Někdy když přijdete k doktorovi, připadáte si jako lidská bytost, ale jakmile je váš problém řešený, cítíte se ignorována. Když se mnou doktor mluví, hledí jenom do složky. Ani se na mě nepodívá (4)."*

K porušování komunikačních pravidel dochází zejména ze strany lékařů. Přílišná familiárnost a snaha o co nejkratší rozhovor vede často k nedorozumění a pocitům méněcennosti u pacienta. Jsou ovlivňovány základní principy vztahu. Nehledí se na hranice intimity, realita bývá podávána až brutálním způsobem, není nasloucháno pacientovi, bývá často přerušován. Pacientka (76let) mluví o své zkušenosti s tímto jednáním: *"Lékař při vizitě přišel a jen tak řekl, že mám rakovinu a nemohou mě vyléčit. Právě jsem byla po vážné operaci. Byla jsem zaskočena nedostatkem péče a absolutním nezájmem. Nepřipadala jsem si jako lidská bytost (4)."*

Rovněž se setkáváme s devalvujícím chováním v případech, kdy z důvodu časové tísně, zdravotníci nedostatečně pečují a zanedbávají vyšetření pacienta. Konkrétně je ve výzkumu popsán příklad, kdy po negativním výsledku vyšetření a návštěvě lékaře s přetrvávajícími problémy, lékař odbyl pacientku jednoduchým vyšetřením hybnosti a poslal jí domů s další negativní zprávou. Pacientka viděla důvod právě v nedostatku času lékaře (4).

Dle výzkumu Laurenta G. Glance můžeme považovat za další faktor nedostatečné personální obsazení lůžkových oddělení ošetrovatelským personálem. Oddělení s nižším

než standardním počtem zdravotníků udávají o 30% více stížností na špatné zacházení při nemocniční péči na traumatologických odděleních a to včetně devalvace nemocných (11).

Zdrojem devalvačního chování je dle výzkumu Petera H. Koehna rovněž nedostatečná edukace a nepřipravenost v péči o etnické minority. Pramení to z nedostatečné znalosti zvyklostí a kulturních odlišností. Mnoho etnicky odlišných pacientů se v dnešní době potýká s problémy, jako jsou nedostatečná komunikace, diskriminace zdravotním personálem a celkově špatně vnímají průběh hospitalizace. Jako možnou příčinu sami uvádějí jejich příslušnost k jiné národnosti či kultuře (21).

4.3 Evalvace ve zdravotnictví

V chování, jednání i v komunikaci zdravotnického pracovníka lze evalvací projevit mnoha způsoby. Pro kladné vztahy mezi zdravotníky a pacienty je důležité vnést důvěryhodné a příjemné ovzduší, to lze zajistit kupříkladu vřelým pozdravením nemocného, nasloucháním, aktivním dotazováním na jeho potřeby a problémy. O pacienta by měl být projevován opravdový zájem. Evalvujícím projevem je také volba přístupu jako k partnerovi, jen tak lze zajistit dobrou spolupráci (38, 45, 49).

5 Devalvační chování a důsledky

Devalvační chování ve zdravotnickém zařízení je chováním, které je pro mnohé neznámým termínem. Definujeme jej jako jednání, které snižuje hodnotu druhé osoby. Ovlivňuje sebedůvěru pacienta, ignoruje jeho potřeby, názory a požadavky. Možnosti devalvace se projevují nejčastěji v komunikaci a poskytované přímé péči. Důsledky tohoto chování mohou být různého rozsahu a každý jedinec na ně reaguje jinak. Projevy mohou vyústit v nedůvěru ke zdravotnickému personálu, dále se pacient může chovat pasivně či agresivně v dalším jednání se zdravotním personálem. Nebo obavy z dalšího devalvačního chování mohou zahnat pacienta k uzavření se do sebe a nespolupráci v dalším ošetrovatelském procesu (12, 44).

5.1 Devalvace pacienta zdravotnickým personálem

Jednání, projevy a činy, které snižují hodnotu druhého člověka. Devalvace zdravotnickým personálem znamená přítomnost takových prvků, kterými si ti, kteří spolu komunikují, vyjadřují neúctu, nerespektují se a neváží si jeden druhého. Taková komunikace zhoršuje kvalitu sociální interakce, snižuje sebevědomí a sebeúctu partnera. V oblasti neverbální komunikace může jít například o vyjádření hněvu nebo o neschopnost udržet zrakový kontakt při vedení rozhovoru. Do této oblasti nesporně patří i celková úprava zevnějšku, kterým prezentujeme svůj postoj k druhé osobě. Všeobecně lze konstatovat, že devalvační projevy v neverbální komunikaci zraňují víc než mluvené slovo. Ve verbální komunikaci si přítomnost devalvačních prvků uvědomujeme víc než v neverbální. A to proto, že jsou výsledkem vědomého použití nebo nezvládnutí situace. Při analýze paralingvistických aspektů řeči příkladem devalvačních prvků může být nadměrná síla hlasu; dominantní projev; popření; používání odborných slov, kterým pacient nerozumí.

Příklady devalvace: nebrat druhého na vědomí; skákat druhému do řeči; osočít, obvinít někoho; nastolovat v řeči vždy vlastní téma; s pohrdáním zamítnout myšlenku, nápad, návrh; vyslovit podezření bez dostatečných podkladů; odbýt někoho; chovat se, jako bych jen já všemu rozuměl; jednat s někým povýšeně; ostentativně někoho

ignorovat; podceňovat někoho; chovat se k někomu s opovržením; jednat ironicky, výsměšně; urážet někoho; zpochybňovat něčí odbornost; napadnout někoho slovem, činem; zahanbit někoho před druhými; zneužít něčí důvěry; chovat se povýšeně, slovy, skutky; nedodržet pravidla hry ve chvíli, kdy je to pro mě výhodné; chovat se necitlivě; někoho přetížít úkoly a pak mu vyčítat, že to nezvládá; dělat někomu naschvál potíže; chlubit se něčím, co ten druhý nemá, nemůže mít a tím jej ponižovat; pomlouvat někoho; nepomoci ve chvíli, kdy mohu nebo kdy jsem o to výslovně požádán; záměrně neříkat celou pravdu; dávat záměrně falešnou informaci; někoho nerespektovat, obejít, přeskočit; nedovolit něco, na co je nárok; bagatelizovat myšlenky, návrhy; veřejně proklamovat o někom špatné mínění bez zdůvodnění; urážet někoho gesty, slovy, činy (44).

Přímé příklady devalvace uvádí podkapitola 4.2 Faktory ovlivňující devalvační chování. Shrnuje výčet zahraničních příkladů, které v dosahu literárních zdrojů byly nejčastěji udávány. V českých podmínkách se to o mnoho neliší. Pacienti nejvíce poukazují na nedostatečnou komunikaci, při níž dochází k chybám o přehlížení nemocného, když si sestry mezi sebou povídají či ošetřující zdravotnický pracovník s pacientem nemluví při prováděných činnostech a neinformuje jej. Z dalších často uváděných je povýšené až arogantní chování zdravotnického personálu. Pochybení, která mohou vést k devalvací nemocného je nutno si včasné uvědomit a vyvarovat se jim. Ošetřující personál by měl být proškolen o významu a především prevenci devalvačního chování.

5.2 Důsledky devalvačního chování

Jelikož výzkum této problematiky není příliš obsáhlý je proto nesnadné určit přesné důsledky devalvačního chování ze stran zdravotnického personálu. Obecně můžeme však stanovit několik možných následků devalvace.

Přijmutí devalvované role jako takové může být první důsledek rizikového chování. Pacient se začne chovat, tak jak mu určuje devalvace. To znamená, že se bude chovat dětinsky; hloupě; nevzdělaně; s neschopností se o sebe postarat. Tato možnost ovšem

nastává velice zřídka. Spíše se setkáváme s částečným přesmykem chování do výše zmíněných vzorců. Neméně důležitým následkem nevhodně vedené komunikace může být též špatná nálada pacienta, která může vést až k depresi. Je nezbytné si uvědomit, že devalvačním chováním pacienta značně dehonestujeme a tím dáváme podklad k nízkému sebevědomí pacienta ústící v jeho depresi a následnou rezignaci ohledně jeho zdravotního stavu a léčení. Stejně chování vede k vnímání zdravotnického personálu jako osob, které nad pacientem mají absolutní moc. Pacient se tedy naprosto podřizuje lékařům a sestřám a zcela chybí jeho zapojení do procesu, ale i zájem o informace relevantní vzhledem k jeho stavu. Stává se prakticky otrokem nemoci, kdy přijímá skutečnost, že jeho život je absolutně v rukou zdravotníků. Na druhou stranu může však toto chování v pacientovi vyvolat i odpor k dalšímu postupu v péči o něj ba dokonce i k odmítnutí hospitalizace či ambulantní péče. Chování znevažující pacientovu osobnost je velice rizikové z hlediska jeho přístupu k samotnému ošetřovatelskému procesu. Není tedy běžné, že pacienti, kteří se v minulosti setkali s devalvačním chováním k jejich osobě, jsou nedůvěřiví, ba se dokonce bojí další konfrontace se zdravotnickým personálem.

Obecně vzato devalvační chování prokazatelně vede k problémům v následné péči. Je proto důležité, aby se zdravotnický personál co nejvíce vyvaroval tohoto rizika vzhledem k pacientově důvěře a jeho budoucí spolupráci a zájmu o vlastní zdravotní stav (12).

Výzkumná část

6 Cíle práce, hypotézy, výzkumné otázky

6.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda dochází v průběhu hospitalizace člověka k devalvaci zdravotnickým personálem.

Cíl 2: Zjistit, zda devalvace je způsobena poskytováním přímé péče nebo nevhodně vedenou komunikací.

Cíl 3: Zjistit důvody vedoucí k devalvačnímu chování zdravotnických pracovníků.

Cíl 4: Zjistit, zda věk nemocného má vliv na devalvační chování zdravotnického personálu.

6.2 Hypotézy

H1: Většina zdravotnického personálu se již setkala s devalvačním chováním vůči pacientům.

H2: K devalvaci člověka v průběhu hospitalizace dochází častěji poskytovanou přímou péčí, než nevhodně vedenou komunikací.

H3: Důvodem devalvačního chování zdravotnických pracovníků k pacientům je především pocit nedostatku času.

H4: Častěji se s devalvačním chováním setkávají nemocní starší 60ti let.

6.3 Výzkumné otázky

1. Jak se devalvační chování projevuje?
2. Jaké jsou příčiny devalvace člověka při hospitalizaci?
3. Jaké jsou důsledky devalvace člověka během hospitalizace?
4. Jak konkrétně vypadá devalvace člověka v průběhu hospitalizace?

7 Metodika

7.1 Metodika práce

Pro zpracování empirické části diplomové práce byla využita metodologie kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Hlavní výzkumnou metodou u kvantitativního výzkumu byla metoda originálního nestandardizovaného dotazníku (příloha 5), který byl vytvořen s ohledem na jeho validitu a objektivnost. Dotazník byl konstruován do celkového počtu 15 uzavřených otázek s možnou nabídkou odpovědí. V úvodu jsme respondenty seznámili s účelem šetření. Vzhledem k povaze jednotlivých položek jsme respektovali důvěrnou povahu informací a zvolili anonymní dotazování. Současně jsme se tímto přístupem snažili získat podrobnější, pravdivější údaje a docílit profesionální etiky při získávání dat. Otázky jsou sestaveny s ohledem na získání potřebných výstupů pro zhodnocení stanovených cílů a hypotéz diplomové práce. Získaná data byla následně zpracována do tabulek a grafů. Otázky přímo se vztahující ke stanoveným hypotézám H1, H2, H3, H4 byly statisticky vyhodnoceny pomocí Pearsonova Chí-kvadrát testu.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(X_i - Np_i)^2}{Np_i}$$

Samotná distribuce nestandardizovaných dotazníků probíhala v rámci záměrného výběru výzkumného vzorku respondentů z řad zdravotnického personálu. Dotazníkové šetření bylo realizováno na přelomu listopadu 2014 a února 2015. Každý dotazník byl vložen do zalepovací obálky, aby se zachovala anonymita a validita získaných výsledků, kdy jsme omezili možnost nahlížení do již vyplněných dotazníků.

Kvalitativní sběr dat probíhal technikou rozhovoru pomocí předem připraveného souboru otázek (příloha 6). Otázky byly sestaveny v souladu s výzkumnými otázkami. Dotazováno bylo celkem 8 respondentů, jež byli hospitalizováni na lůžkových odděleních. Během rozhovoru jsme se snažili zajistit maximální soukromí a klid.

Dotazování probíhalo bez přítomnosti jiných osob. Před každým rozhovorem jsme se vždy seznámili s účastníkem šetření. Vysvětlili jsme smysl, účel, cíl šetření a využití získaných informací. Respondenti byli vždy ujištěni o zachování anonymity. Současně jsme každého účastníka rozhovoru požádali o souhlas s provedením nahrávky na diktafon. Rozhovor byl zahájen pomocí úvodních otázek, po nichž následovaly otázky mapující problematiku tématu devalvačního chování. Získané odpovědi z diktafonu jsme doslovně přepsali a následně zpracovali do diagramů. Kvalitativní šetření probíhalo v březnu 2015.

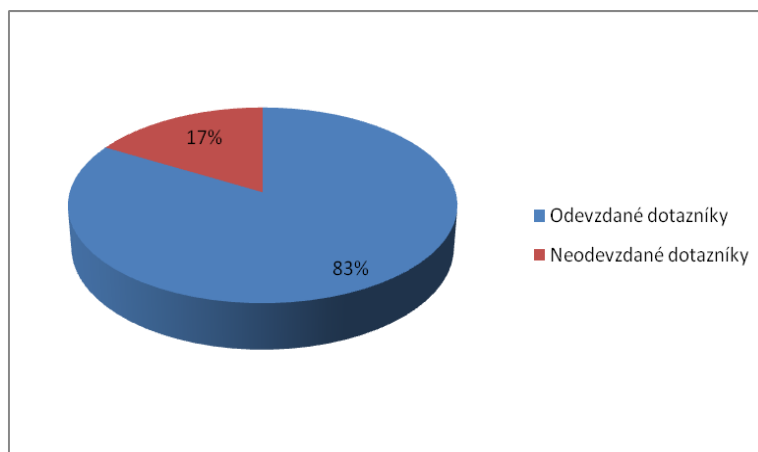
7.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek kvantitativního šetření tvoří celkem 204 respondentů z řad zdravotnického personálu pracujícího na lůžkových odděleních. Celkem bylo rozdáno 245 formulářů nestandardizovaného dotazníku, přičemž návratnost činila výše zmíněných 204 respondentů. Před samotnou distribucí dotazníků jsme vždy oslovili jako kontaktní osoby vrchní a následně staniční sestry a požádali je o spolupráci. Dotazníky jsme předali osobně na příslušná lůžková oddělení. Šetření probíhalo v rámci dvou zdravotnických zařízení v časovém horizontu listopad 2014 až únor 2015. Oslovena byla Ústřední vojenská nemocnice – vojenská fakultní nemocnice Praha a Fakultní nemocnice v Motole. Po uplynutí výše zmíněného času jsme si dotazníky všech pracovišť osobně vyzvedli. Z provedeného šetření se nám vrátilo celkem 204 relevantně vyplněných dotazníků, jež bylo možné dále zpracovat do výzkumu. Dotazníky byly vyplněny dobrovolně a anonymně.

Zkoumaným výzkumným souborem kvalitativního šetření bylo 8 pacientů lůžkových oddělení rovněž ze zdravotnických zařízení uvedených výše. Pacienti byli vybíráni po domluvě se staničními sestrami jednotlivých lůžkových zařízení. Respondenti byli osloveni a požádáni o spolupráci na průzkumném šetření. Tři takto osloveni odmítli z různých důvodů odpovídat.

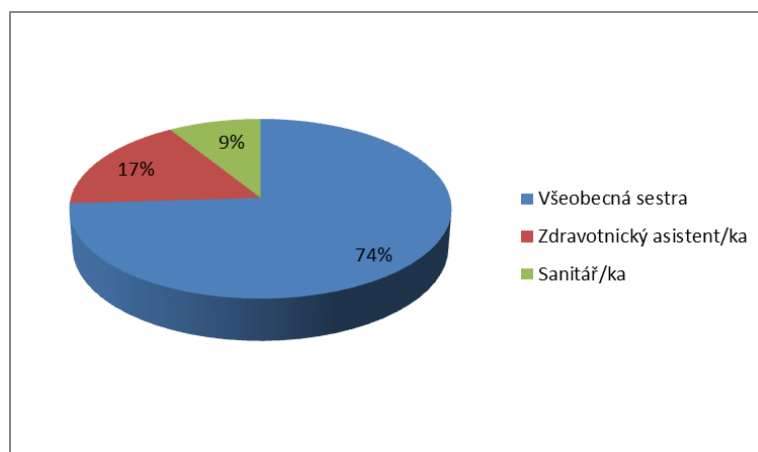
8 Výsledky kvantitativního výzkumu

Graf 1 Návratnost formulářů nestandardizovaného dotazníku



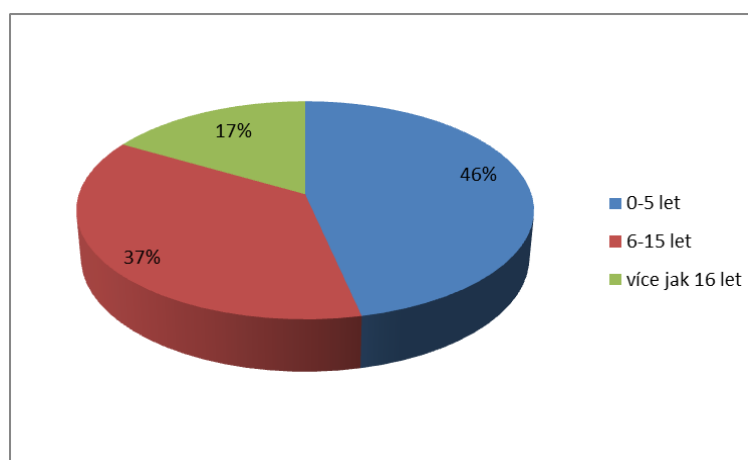
Z počtu 245 dotazníků bylo odevzdáno 204, které byly následně statisticky zhodnoceny. Neodevzdaných dotazníků tedy bylo 41 (17%), odevzdaných a kompletně vyplněných 204 (83%).

Graf 2 Pracovní pozice zdravotnického personálu



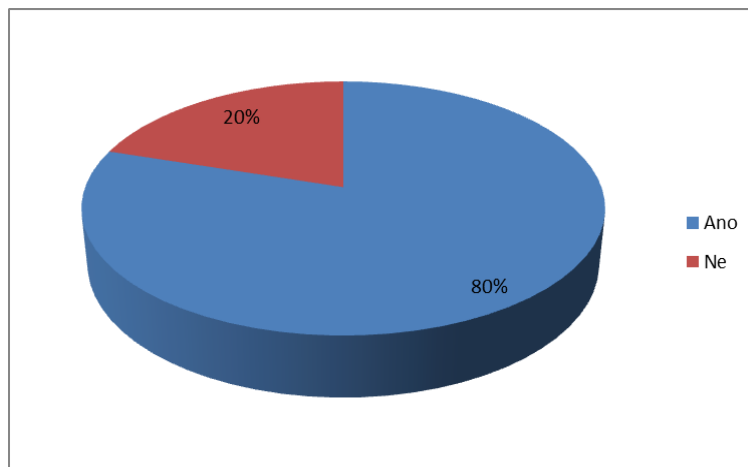
Z 204 dotazovaných respondentů pracovalo v zařazení všeobecné sestry 151 (74%). Dále pak odpovídalo 35 (17%) zdravotnických asistentů/tek a 18 (9%) sanitářů/tek.

Graf 3 Délka praxe zdravotnických pracovníků



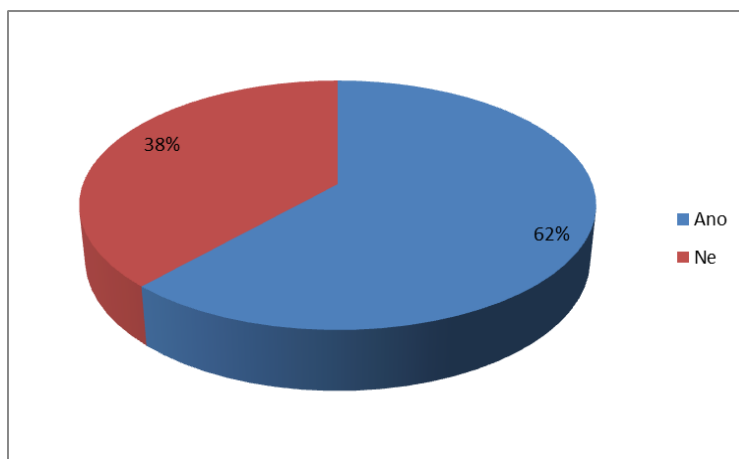
Z 204 respondentů odpovědělo 95 (46%), že pracují ve zdravotnictví 0-5 let. Délku praxe 6-15 let uvedlo 75 (37%) zdravotnických pracovníků a pracujících déle jak 16 let vyplnilo dotazník 34 (17%) zaměstnanců nemocnic.

Graf 4 Znalost pojmu devalvační chování



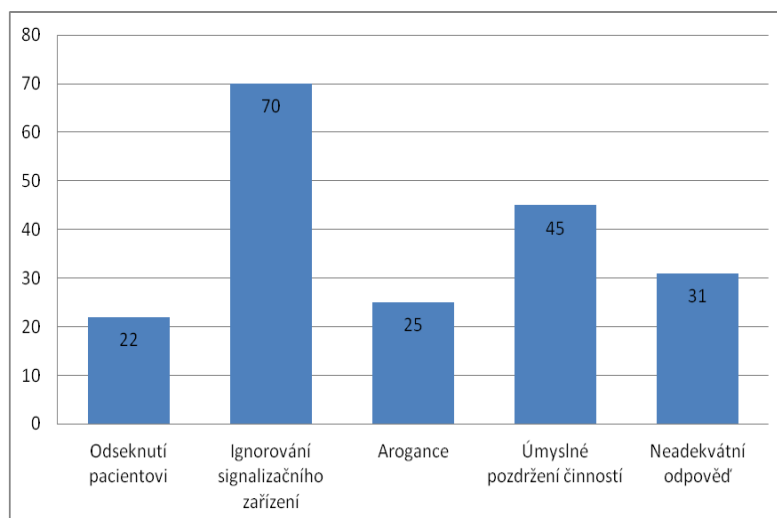
S pojmem devalvace se setkala 163 (80%) účastníků výzkumu. Naopak neznalost termínu udává 41 (20%) dotazovaných.

Graf 5 Zkušenost zdravotnických pracovníků s devalvačním chováním vůči pacientovi



S devalvací vůči pacientovi se setkala 126 (62%) respondentů a 78 (38%) pracovníků ošetrovatelské péče zamítá zkušenost s devalvačním chováním.

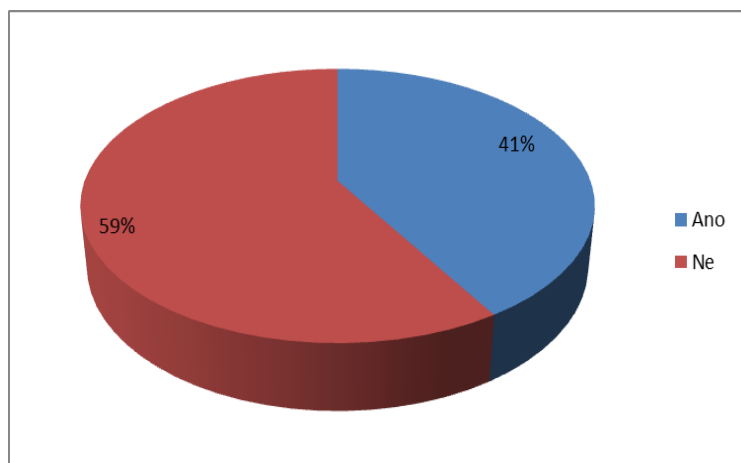
Graf 6 Projevy devalvačního chování



Předchozích 126 odpovídajících, kteří odpověděli kladně, v případě setkání se s devalvačním chováním vůči pacientovi odpovídalo metodou mnohočetného výběru na otázku, jakým způsobem se toto chování projevovalo. Odseknutí pacientovi bylo uvedeno 22 krát. V případě ignorování signalizačního zařízení byla tato odpověď

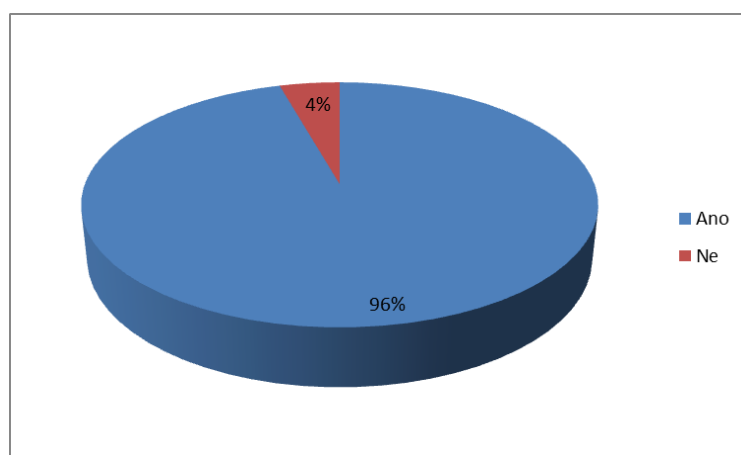
využita 70 krát. Arogance byla uvedena jako projev devalvačního chování 25 krát. Úmyslné pozdržení činnosti s pohnutkou čekání pacienta bylo vyškrtáno v dotazníku 45 krát a neadekvátní odpověď byla označena 31 krát.

Graf 7 Četnost případů devalvačního chování



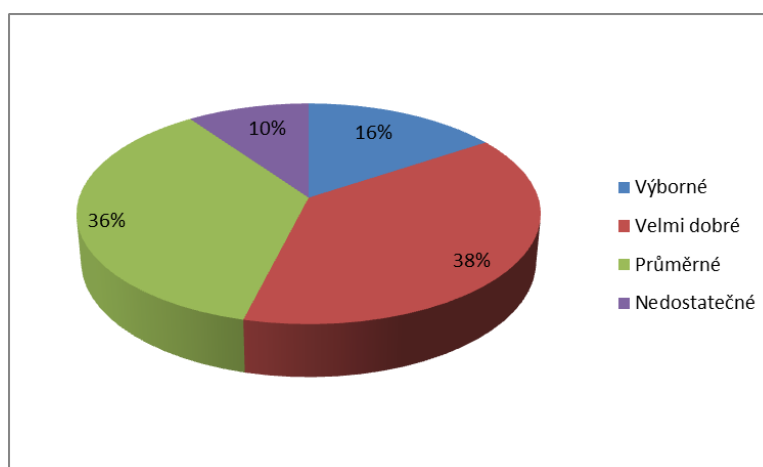
Jako ojedinělý případ na pracovišti uvedlo předchozí zkušenost s devalvací 52 (41%) respondentů. Častější výskyt devalvace potvrdilo 74 (59%) odpovídajících.

Graf 8 Kvalita komunikace



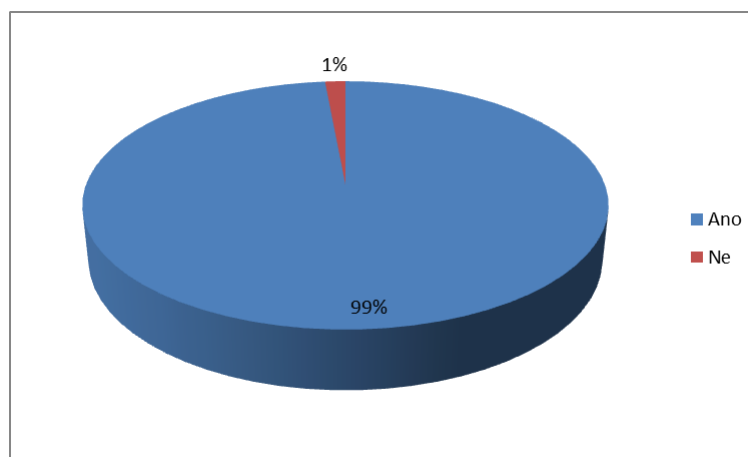
Kvalitní komunikaci vnímá 195 (96%) ze všech dotazovaných. Naopak nespokojenost s komunikací uvádí 9 (4%) pracovníků.

Graf 9 Hodnocení úrovně komunikace pracovníků



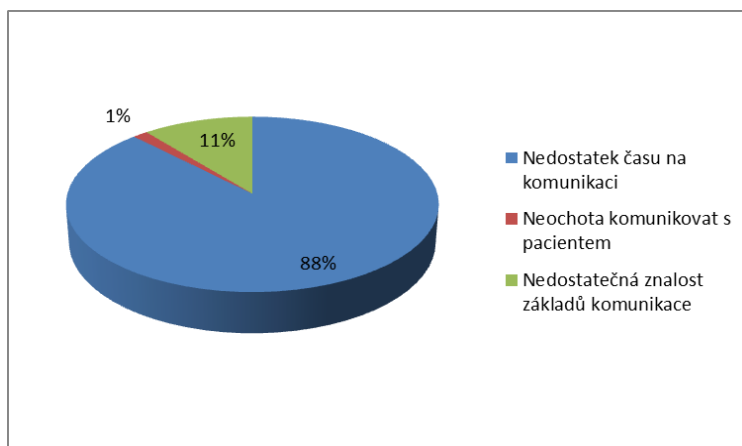
Komunikační dovednosti personálu hodnotí výborně 32 (16%) dotazovaných. Velmi dobře pak 78 (38%) a průměrně komunikační schopnosti hodnotilo 74 (36%) pracovníků. Za nedostatečně zvládnutou komunikaci se přihlásilo 20 (10%) účastníků výzkumu.

Graf 10 Dostatečnost podávaných informací



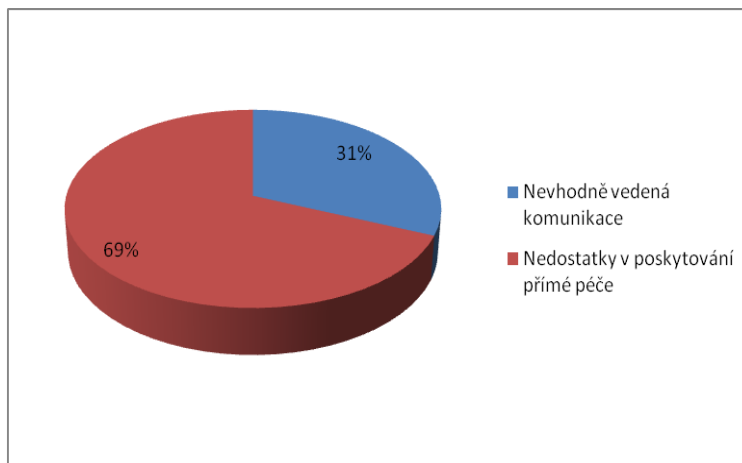
Podávané informace mají dostatečnou hodnotu podle 201 (99%) ošetrovatelských pracovníků. Nedostatečně podávané informace udávají 4 (1%) respondenti.

Graf 11 Důvody nevhodně vedené komunikace



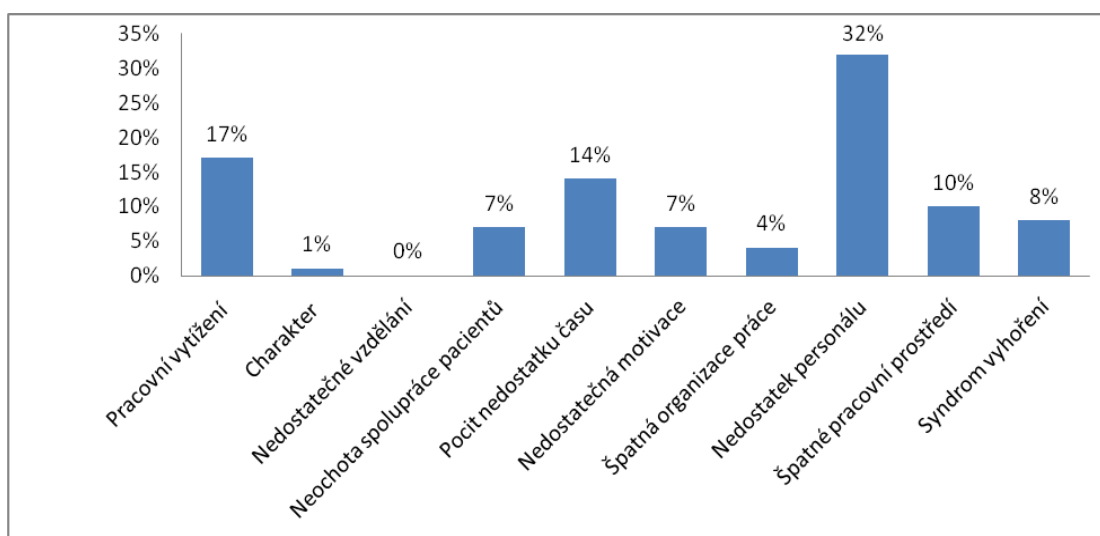
Za hlavní důvod nevhodně vedené komunikace označilo 179 (88%) dotazovaných nedostatek času na komunikaci. Neochota komunikovat s pacientem byla udávána ve 3 (1%) případech. A nedostatečná znalost základů komunikace byla uvedena jako důvod nevhodně vedené komunikace u 22 (11%) dotazovaných.

Graf 12 Častější forma devalvace



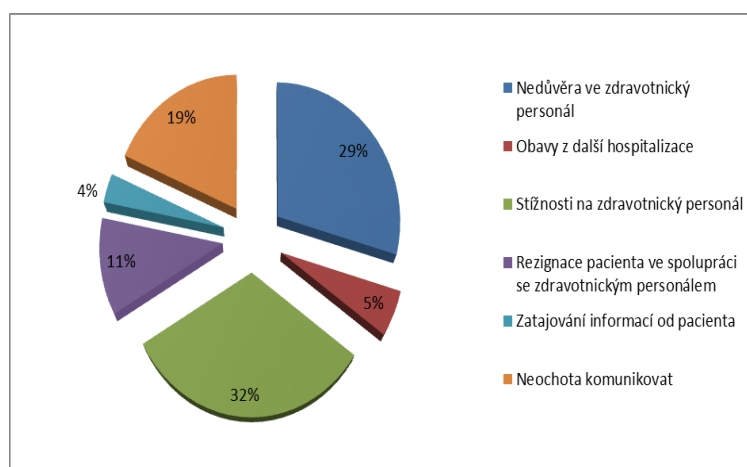
Celkem 64 (31%) dotazovaných odpovědělo, že častější forma devalvace je způsobena nevhodně vedenou komunikací. Naproti tomu 140 (69%) účastníků vyjádřilo názor, že problém je především v nedostatečném poskytování přímé péče.

Graf 13 Hlavní důvody devalvačního chování



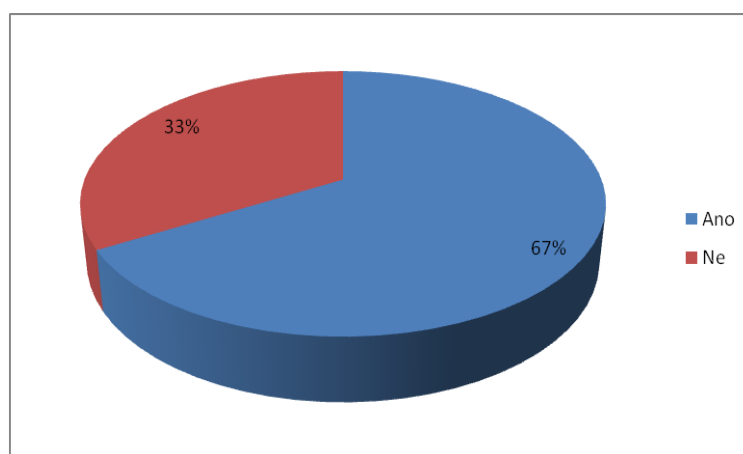
35 (17%) účastníků vnímá za hlavní důvod pracovní vyčerpání zdravotnického personálu. Dále pak 2 (1%) odpovídajících uvedlo charakter zdravotnického personálu, neochotu spolupráce pacientů odpovědělo 15 (7%) pracovníků. Pocit nedostatku času vnímá jako hlavní důvod devalvace 28 (14%) odpovídajících, nedostatečnou motivaci uvádí 14 (7%) členů skupiny, špatnou organizaci práce označilo 8 (4%) respondentů. Nedostatek personálu uvedlo jako hlavní důvod 65 (32%) účastníků, naproti tomu špatné pracovní prostředí vnímá jako hlavní důvod 20 (10%) zdravotníků a syndrom vyhoření 17 (8%) odpovídajících.

Graf 14 Hlavní důsledky devalvačního chování



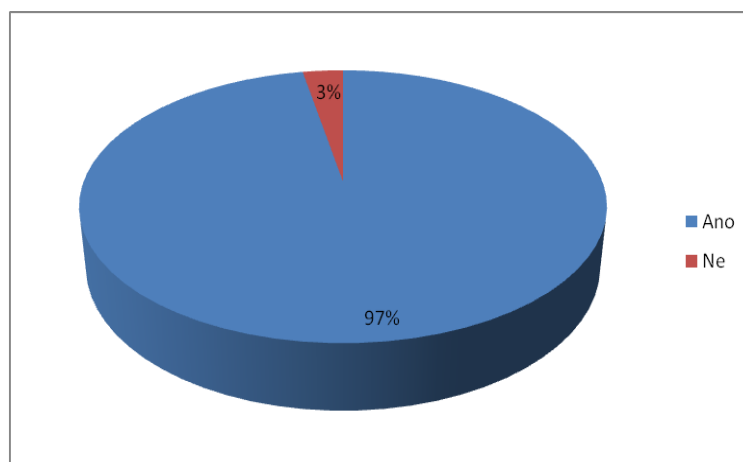
Nedůvěru ve zdravotnický personál ze strany pacienta uvedlo jako nejčastější problém 60 (29%) respondentů. Obavy z další hospitalizace označilo 11 (5%) odpovídajících, stížnosti na zdravotnický personál vnímá jako hlavní důsledek 65 (32%) řešitelů a rezignaci pacienta ve spolupráci se zdravotnickým personálem zvolilo 23 (11%) členů výzkumu. V 7 (4%) případech byla označena odpověď zatajování informací od pacienta a v 38 (19%) dotaznících respondenti uvedli jako hlavní důsledek neochotu komunikovat.

Graf 15 Osoby starší 60ti let jako častější účastníci devalvačního chování



Kladně odpovědělo 136 (67%) pracovníků a 68 (33%) odpovídajících popřelo, že by věk 60ti let byl rozhodujícím faktorem pro devalvační chování.

Graf 16 Ošetrovatelská péče bez projevů devalvace



Celkem 198 (97%) pracovníků uvedlo, že je možné poskytovat ošetrovatelskou péči, aniž by docházelo k devalvačnímu chování a za nemožnou označilo tuto představu 6 (3%) odpovídajících.

Testování hypotéz

H1: Většina zdravotnického personálu se již setkala s devalvačním chováním vůči pacientovi.

H0: S devalvací se setkává 75% pracovníků v ošetrovatelské péči

Hypotézu jsme testovali položkou 5, tedy otázkou zda se pracovníci již setkali s devalvačním chováním k pacientům. Odpovědět mohli ano nebo ne.

Tabulka 1 Zkušenost zdravotnických pracovníků s devalvačním chováním vůči pacientovi

Zkušenost s devalvací	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	126	61,80%	153	75%	<0,01%
Ne	78	38,20%	51	25%	
Celkem	204	100%	204	100%	

Tabulka uvádí pozorované četnosti odpovědí na otázku, zda se zdravotničtí pracovníci již setkali s devalvací vůči pacientovi. Z celkového počtu 204 jsme předpokládali, že 75% (153) odpoví kladně a 25% (51) odpoví záporně.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově Chí kvadrát testu je menší než 5%, proto tedy H0: S devalvací se setkává 75% pracovníků v ošetrovatelské péči, zamítáme. Počty se liší od očekávaných tím, že odpověď ano je méně častá než jsme předpokládali.

Stanovenou H1: Většina zdravotnického personálu se již setkala s devalvačním chováním vůči pacientovi, zamítáme.

H2: K devalvací pacienta v průběhu hospitalizace dochází častěji poskytovanou přímou péčí, než nevhodně vedenou komunikací.

H0: Častější formou devalvace jsou nedostatky v přímé péči v 75 procentech případů.

Hypotézu jsme testovali položkou 12, tedy otázkou jaká je podle respondentů častější forma devalvace. Mohli vybírat ze dvou možností.

Tabulka 2 Častější forma devalvace

Častější forma devalvace	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Nedostatky v přímé péči	140	68,63%	153	75%	3,35%
Nevhodně vedená komunikace	64	31,37%	51	25%	
Celkem	204	100%	204	100%	

Tabulka uvádí pozorované a očekávané výsledky šetření. Předpokládali jsme, že 75% respondentů uvede jako častější formu devalvace nedostatky v přímé péči.

Dosažená hladina významnosti je nižší než 5% dle Pearsonova Chí kvadrátu při předpokladu 75:25. Proto tedy H0: Častější formou devalvace jsou nedostatky v přímé péči v 75 procentech případů, neplatí. Pozorované počty od očekávaných se liší především proto, že nedostatky v přímé péči jako hlavní projev devalvace nebyla tak často označena.

Stanovenou H2: K devalvací pacienta v průběhu hospitalizace dochází častěji poskytovanou přímou péčí, než nevhodně vedenou komunikací zamítáme.

H3: Důvodem devalvačního chování zdravotnických pacientů k pacientům je především pocit nedostatku času.

H0: Pocit nedostatku času je důvodem k devalvačnímu chování v 50 procentech případů.

Hypotézu jsme testovali otázkou číslo 13. Respondenti měli na výběr z deseti možností, z toho měli zvolit jednu, která nejvíce vyjadřuje jejich názor.

Tabulka 3 Důvody devalvačního chování

Důvody devalvačního chování	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta	
Pracovní vytížení zdravotnických o personálu	35	17%	11,32	5,55%	<0,01%
Charakter zdravotnických o personálu	2	1%	11,32	5,55%	
Nedostatečné vzdělání	0	0%	11,32	5,55%	
Pocit nedostatku času	28	14%	102	50%	
Nedostatečná motivace	14	7%	11,32	5,55%	
Špatná organizace práce	8	4%	11,32	5,55%	
Nedostatek personálu	65	32%	11,32	5,55%	

Špatné pracovní prostředí	20	10%	11,32	5,55%	
Syndrom vyhoření	17	8%	11,32	5,55%	
Neochota spolupráce pacientů	15	7%	11,32	5,55%	
Celkem	204	100%	204	100%	

Tabulka obsahuje očekávaná a pozorovaná data testu. Předpokládali jsme zastoupení odpovědi, že hlavním důvodem k devalvačnímu chování je pocit nedostatku času v 50 procentech případů.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově Chí kvadrát testu je nižší než 5% proto tedy H_0 : Pocit nedostatku času je důvodem k devalvačnímu chování v 50 procentech případů neplatí. Četnost odpovědí byla nižší, než jsme předpokládali.

Stanovenou H_3 : Důvodem devalvačního chování zdravotnických pacientů k pacientům je především pocit nedostatku času, zamítáme.

H4: Častěji se s devalvací setkávají lidé starší 60ti let.

H0: Lidé starší 60ti let se setkávají s devalvací v 75% případů.

Hypotézu jsme testovali položkou 15, tedy otázkou zda jsou častěji konfrontováni s devalvací lidé starší 60ti let. Respondenti mohli odpovídat ano nebo ne.

Tabulka 4 Osoby starší 60ti let jako častější účastníci devalvačního chování

Vliv věku na četnost devalvace	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	136	66,67%	153	75%	0,5%
Ne	68	33,33%	51	25%	
Celkem	204	100%	204	100%	

Tabulka obsahuje očekávaná a pozorovaná data testu sledované v položce 15 z dotazníkového šetření. Předpokládali jsme, že 75% respondentů odpoví na otázku kladně a zbytek záporně.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově Chí kvadrát testu je 0,5%, což je nižší než 5%, proto tedy hypotézu H0: Lidé starší 60ti let se setkávají s devalvací v 75% případů, zamítáme.

Stanovenou H4: Častěji se s devalvací setkávají lidé starší 60ti let, zamítáme.

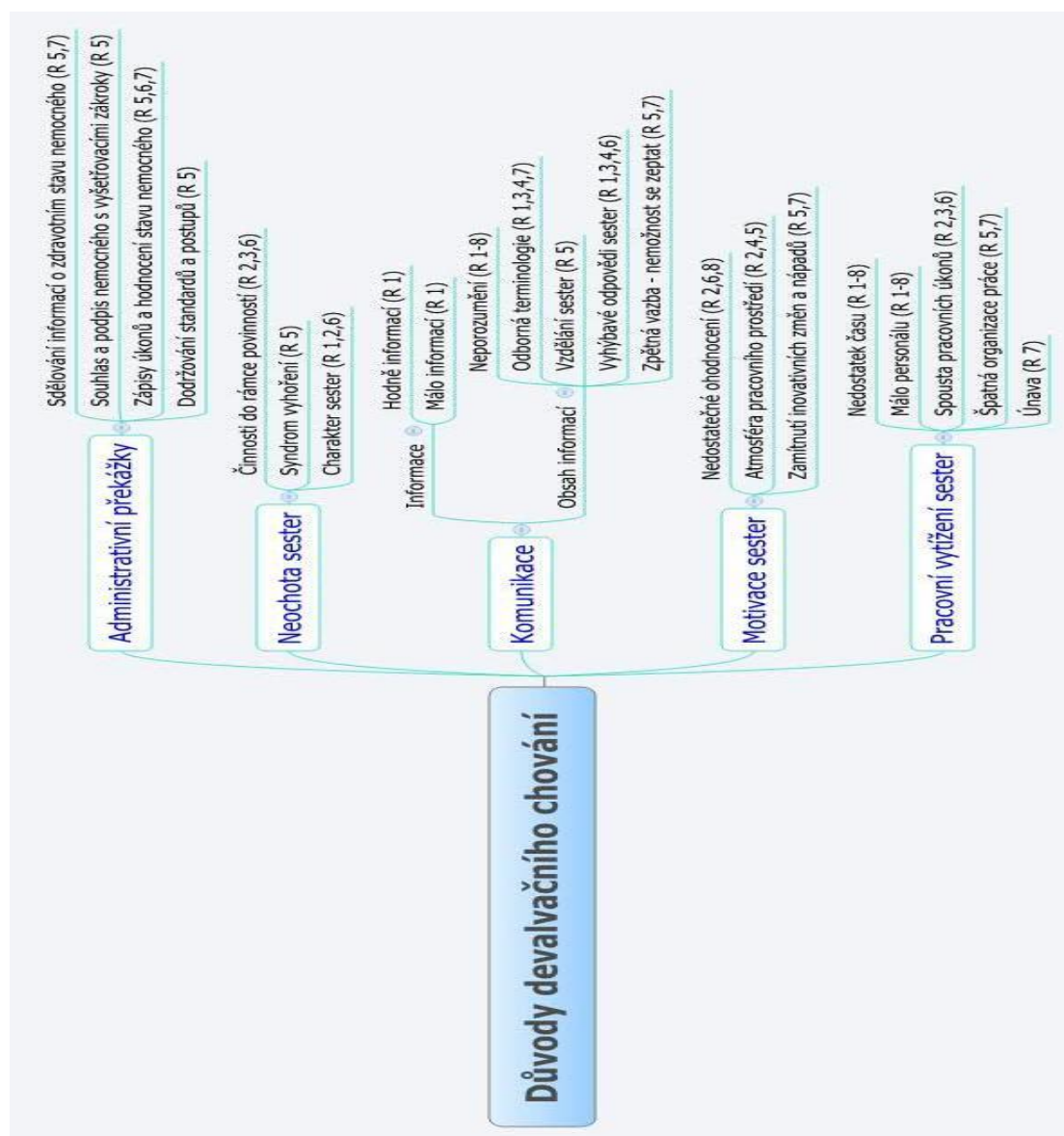
9 Výsledky kvalitativního výzkumu

Diagram 1 Projevy devalvačního chování



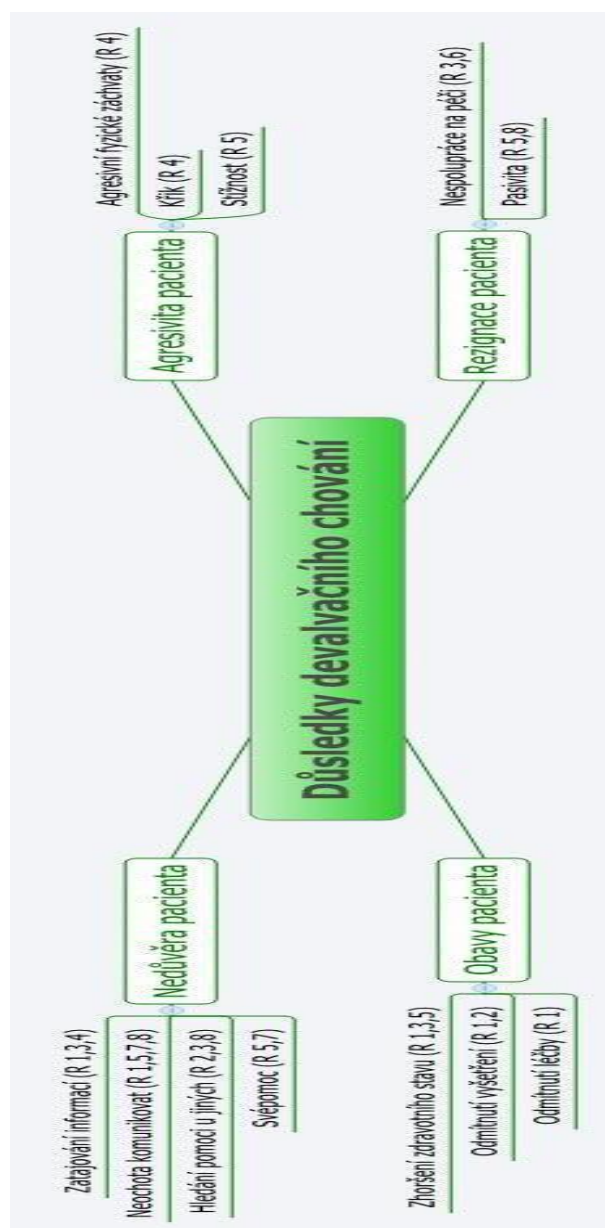
Odpovědi respondentů na projevy devalvačního chování jsou zastoupeny položkami: arogantní chování (R 5,7); vytýkání neúspěchu (R 4); narušení intimity (R 6); bolestivá manipulace (R 6); nejasné informace (R 5,7); ignorace požadavků (R 5,7); odsekávání v komunikaci (R 2,4); posměch (R 3); nedostatečná pomoc (R 6,8); dlouhé čekání (R 1,3,6); neochota komunikace (R 1-8).

Diagram 2 Důvody devalvačního chování



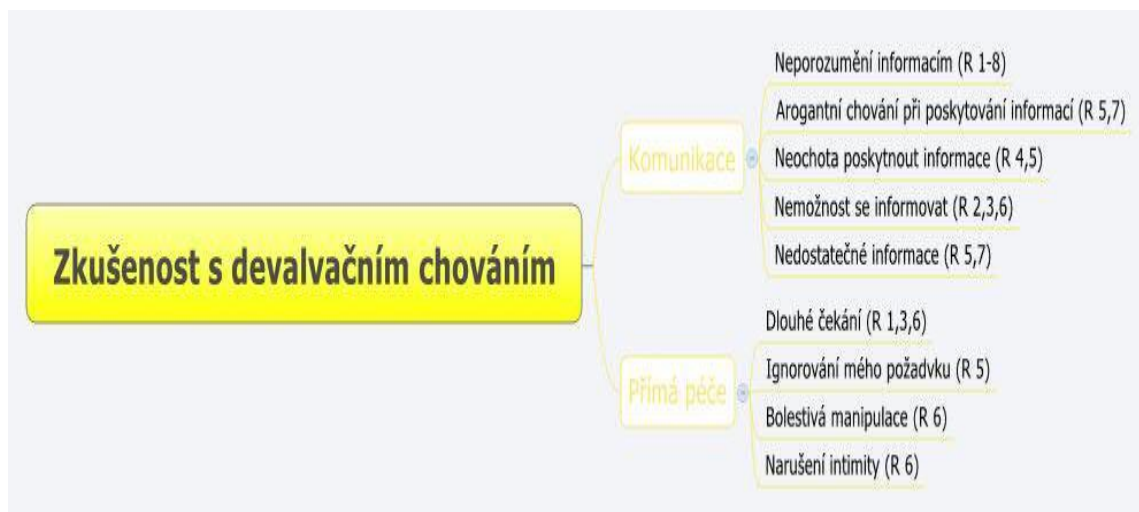
Příčiny devalvačního chování byly po zpracování rozhovorů kategorizovány do 5 skupin, kde každá skupina vyjadřuje stanovisko odpovědi dotazovaných. První kategorie administrativní překážky v zastoupení (R 5,6,7); neochota sester (R 1,2,3,5,6); k položce komunikace se v rozhovoru vyjádřili všichni respondenti (R 1-8); motivace sester (R 2,4,5,6,7,8); poslední kategorie pracovní vytížení sester uvedli opět všichni respondenti (1-8).

Diagram 3 Důsledky devalvačního chování



Důsledky devalvačního chování byly rozděleny do 4 kategorií. Každá z této skupiny dále upřesňuje odpovědi respondentů. Kategorie první nedůvěra pacienta je v odpovědích zastoupena (R 1,2,3,4,5,7,8); k druhé kategorii se vyjádřili (R 1,2,3,5); agresivita pacienta (R 4,5) a poslední skupina nazvaná jako pasivita pacienta (R 3,5,6,8).

Diagram 4 Zkušenost s devalvačním chováním



Zkušenosti s devalvačním chováním byly dle získaných odpovědí respondentů kategorizovány do dvou skupin a to: zkušenosti s devalvací prostřednictvím komunikace a poskytováním přímé péče. V první kategorii komunikace se vyjádřili všichni dotazovaní (R 1-8) a u poskytované přímé péče mají zkušenost (R 1,3,5,6).

Přepis rozhovorů

Respondent 1

S devalvačním chováním se setkal a chápe jej jako: „*zneuctění člověka*“. K projevům devalvace přiřadil chyby v komunikaci – především neochota komunikovat stran zdravotnického personálu a dále dlouhé čekání, se kterým má vlastní zkušenost. S devalvačním chováním se respondent během hospitalizace setkal jednou a situaci popisuje takto: „*Žádal jsem sestřičku o doprovod na toaletu, kde mě ochotně odvedla a řekla mi, že až budu hotov, mám zazvonit na signalizační zařízení. To jsem pak také učinil, ale nikdo pro mě po prvním zazvonění nepřišel. Zvonil jsem ještě dvakrát, než mi přišla sestra pomoci. Čekal jsem tam nejméně 10 minut. Řekla jen, že dříve nemohla.*“ Situaci s devalvačním chováním k jinému pacientu neuvádí. Jako důvody devalvace zdravotnického personálu vidí v pracovním vyčerpání sester, kde přesněji uvádí: „*Vidím, jak ty holky kmitají po oddělení a snaží se toho hodně stihnout. Je jich na tolik práce strašně málo*“. Další příčinu shledává v komunikaci, kdy narazil při poskytování informací na překážku v neporozumění odborné terminologii a vyhýbavé odpovědi zdravotních sester. S komunikací je všeobecně spokojen a většinu rozhovorů se zdravotnickým personálem hodnotí vstřícně. Na péči, která je mu poskytována by nic neměnil. Uvádí, že při současných podmínkách je mu poskytována až nadstandardní péče. K otázce o důsledcích devalvačního chování se respondent vyjádřil: „*Já jsem občas až moc citlivý a když mě takto někdo zklame, mám sklony uzavírat se do sebe a nic dál neprozrazovat o tom, jak mi je. Bojím se, že bych mohl zajít až tak daleko, že pro samotné obavy bych si přivodil i další zdravotní potíže. Jsem někdy hlava tvrdá a nic se mnou nehne.*“

Respondent 2

Pojem devalvačního chování ve zdravotnictví již slyšel a během své hospitalizace se s ním setkal. Charakterizuje jej následovně: „*O devalvačním chování jsem slyšel a znám je jako zesměšňování a znevažování nemocného.*“ Z vlastní zkušenosti respondent uvádí, že zná komunikační devalvační chování, kdy neměl možnost se dostatečně

informovat a ještě mu bylo v odpověď odsekáno, že na podání informací se má obrátit na svého ošetřujícího lékaře. S tímto chováním se setkal jen jednou, a jak uvádí: „*doufám, že to bylo naposledy.*“ Důvody devalvace shledává v neochotě zdravotnického personálu a v pracovním vytížení. Komunikaci se zdravotníky vnímá jako důležitou a při svém osobním zážitku si ji považuje u vstřícných zdravotních sester. „*Starají se tady o mě hezky a myslím si, že lze poskytovat péči, aniž by pacient musel trpět nějakým postihem té devalvace.*“ Důsledkem devalvačního chování ke své osobě pacient uvádí ztrátu důvěry, která by mohla vyústit v odmítnutí léčby a hledání pomoci u jiného zdravotního zařízení.

Respondent 3

Respondent 3 se také setkal s pojmem devalvace a popisuje je jako: „*zesměšnění člověka*“. Za projevy devalvačního chování považuje posměch a dlouhé čekání. „*Byl jsem zesměšněn sestrou a bylo mi hodně trapně. Chtěl jsem mluvit s lékařem, protože jsem během vizity neměl možnost se zeptat na další postup léčby, až mě pustí domů. Tak jsem se ptal sestry, kde bych s doktorem mohl promluvit. Nasměrovala mě do pokoje lékařů na oddělení, a že mám chvíli počkat na chodbě, že tam teď vyšetřuje. Čekal jsem tam asi půl hodiny a bylo mi divné, že pořád nikdo nevychází. Ale chtěl jsem vědět, jak to se mnou bude dál, tak jsem ještě vydržel. Po dalších 10 minutách procházela kolem mě sestra se kterou jsem prvně mluvil a ptala se nač zde čekám. Odpověděl jsem, že na lékaře. A ona jen, klepal jste? Odpověděl jsem popravdě, že ne, neboť povídala, že tam doktor vyšetřuje. Pokývala jen hlavou a vešla se mnou dovnitř. Lékař tam byl sám a hned se mě ochotně ujal. Když jsem odcházel a šel zpět do pokoje kolem sesterny slyšel jsem, jak o mě mluví, že jsem tam stál na chodbě a ani nezaklepal. Smály se, že je tam ještě jeden východ z druhé strany a kdyby nešla náhodou kolem, tak tam stojím ještě teď.*“ U jiného pacienta žádné projevy devalvace nezaznamenal. Připouští však, že jeho hospitalizace byla krátká a soustředil se na vlastní zdravotní stav. S komunikací spokojený není, nerozumí tomu, jak jej mohla zdravotní sestra tak ponížit. Informace považuje dostatečné pouze od lékaře, kdy všemu rozuměl a mohl se zeptat na vše co potřeboval vědět. Příčiny devalvace shrnuje jako neochotu sester pomoci a komunikační

pochybení. S péčí je spokojen a myslí si, že ji lze vykonávat tak, aby nedocházelo k devalvačnímu chování.

Respondent 4

Pojem devalvační chování ve zdravotnictví neslyšel a jeho představa je, že se jedná o chování, které škodí pacientům. Jako projev devalvace respondent uvedl vytýkání neúspěchu. Není si jistý, ale myslí si, že se s devalvačním chováním setkal. (Poznámka – pojem devalvační chování bylo respondentovi před dalšími otázkami v rozhovoru vysvětleno). „*Víte, jak jsem tady a máte tu dlouhé dny, kdy se nic moc neděje, tak jsem odchytl sestru a chtěl jsem si povídat. Ona však nechtěla, říkala, že má práci a jestli potřebuji něco důležitého. Řekl jsem, že ne a tak mi řekla, ať jdu zpátky na pokoj nebo na společnou místnost, kde se můžu koukat na televizi.*“ Příčiny devalvačního chování vidí dotazovaný v pracovním vyčerpání sester a nedostatku času. S péčí je spokojen a nic by neměnil. Na otázku důsledky devalvace odpovídá: „*Já jsem fakt klid'as. Ale jako důsledek špatného chování bych reagoval patřičnou agresivitou. Ono když to jednou nejde po dobrém, tak to nepůjde ani podruhé. Někdy jsem hlasitý, ale to už odmala.*“

Respondent 5

Devalvační chování ve zdravotnictví zná a vyjadřuje jej: „*Devalvační chování je chování, které znevažuje hodnotu osobnosti člověka. Může se projevat ignorancí či arogancí, nechotou komunikovat a poskytovat informace.*“ Respondent se s devalvací již setkal, avšak v situaci u jiného pacienta. Popisuje ji takto: „*Kolega na pokoji žádal sestru o čistý ručník. Její odpověď zněla, že žádný momentálně nemají a poradila mu, ať si zavolá své rodině.*“ S komunikací zdravotních sester spokojen není, vnímá jejich častou omezenost v neschopnosti vyjádřit se. Informace bývají často nedostatečné a nepřesné. „*Nepopírám však, že poskytují dobrou ošetrovatelskou péči. Kdybych však zapřemýšlel, jistě bych nějaké výhrady ke své péči našel, ale v zásadě jsem spokojen.*“ Příčiny devalvace zdravotnického personálu vnímá v administrativě, ale především zdůrazňuje nedostatečnou motivaci sester pro práci. Důsledky hodnotí ve všech kategoriích nedůvěra a obavy pacienta, agresivita pacienta formou stížností a rezignace

ve formě pasivity. „*Ano, myslím si, že realizace ošetrovatelské péče jde ještě dále pozvednout. Hlavní problémy přesto vidím v nedostatečné komunikaci.*“

Respondent 6

S pojmem devalvace se setkala až při provádění výzkumného šetření, ale ihned konstatovala, že jej na vlastní osobě zažila. Jako projev devalvačního chování uvádí: „*rozhodně bolestivá manipulace.*“ Jednalo se o ojedinělé chování zdravotní sestry a více se s tímto chováním u jiných nesešla. Situaci devalvace popisuje: „*Byla jsem po operaci sotva první den a velmi mě bolelo sešité břicho. Říkala jsem to sestřičce a ta mi slíbila něco od bolesti a pak, že se podívá a převáže operační ránu. Asi za půl hodiny přišla jiná sestra, že mi jde provést převaz rány. Povídala jsem jí, že mě to velmi bolí a kolegyně mi slíbila nejdříve léky na bolest. Na to mi pověděla, že léky jsem již dostala a teď je čas provést ošetření rány. Opět jsem se opakovala a pověděla, že jsem nic nedostala a moc to bolí. Ona na mé prosby nedbala a pustila se do ošetření. Strhla bolestivě náplasti a čistila mi to peroxidem. Převaz jsem přestála v silných bolestech. Nevím, proč se tak chovala a netuším, kde byla sestra, která mi slíbila léky na bolest. Po zbytek dne jsem ji již neviděla.*“ Příčiny devalvace respondenta spatřuje v neochotě zdravotních sester pomoci i nad rámec svých povinností a myslí si, že je to způsobeno tím, že mají mnoho práce. „*Přesto, že toho mají na oddělení určitě spoustu na práci, nerozumím, proč mě nechaly trpět v bolestech.*“ Jako důsledek tohoto chování předpokládá nespokojenost pacientů. „*Sama jsem chvíli měla chuť nic nedělat a nespokojovat. Vím, že bych si tím však nepomohla. Bylo by to jen horší. Od toho incidentu, se o mě však starají hezky. Mluví se mnou a vysvětlují mi vše co potřebuji vědět.*“

Respondent 7

Pojem devalvačního chování dotazovaná zná a popisuje je jako znevážení osobního já druhou osobou. K projevům podle ní patří ignorace a arogantní chování, komunikační chyby v nejasném poskytování informací. S devalvací se setkala před plánovaným vyšetřením, kdy jí nebyly poskytnuty dostatečné informace, a zdravotní sestrou byl

ignorován požadavek na přítomnost lékaře, aby se mohla u něj informovat. Jednalo se o ojedinělý případ setkání s devalvačním chováním. Důvod devalvace respondentka spatřuje v komunikačním pochybení, nedostatečné motivaci sester pro práci a pracovní vytíženosti. *„Důsledky takového chování mohou dle mého názoru vyústit v nedůvěru pacientů ke zdravotnímu personálu. Myslím si, že nemocní pak mají často pocit méněcennosti a uzavírají se se svými problémy do sebe.“* S prací zdravotních sester po stránce ošetrovatelské je spokojena. Rozhovor uzavírá odpovědí: *„Myslím, že pokud člověk chce, tak se lze chovat tak, aby neškodil. A to bych u zdravotních sester očekávala.“*

Respondent 8

S pojmem devalvace se setkala, ale připouští, že přesnou definici vyjádření nezná. Za projev devalvačního chování považuje nedostatečnou pomoc zdravotnického personálu. S devalvací ke své vlastní osobě se nesetkala, ale zažila situaci u jiné pacientky, kdy došlo k nepochopení instrukcí od zdravotních sester před vyšetřením. *„Sestřička vysvětlovala paní na vedlejší posteli, jak má užít roztok před vyšetřením střev. Ta ji už během rozhovoru moc nerozuměla, alespoň mi přišlo podle jejího výrazu. Ale neměla asi odvalu se setry ptát, neboť byla taková rázná. Nevím, co se přesně stalo, ale paní na vyšetření odvezli a za pět minut byla zpět, že to nelze provést, neboť není dostatečně vyprázdněna.“* Osobně má zkušenosti s dobrou komunikací a informace jí poskytované byly vždy dostatečné. Nikdy se nebála zeptat na věci, kterým nerozuměla. Vždy jí bylo vše zodpovězeno. *„Sestřičky se o mě hezky starají, s péčí jsem naprosto spokojená. Mám všeho dost a neshledávám, že bych potřebovala něco měnit.“* Za příčiny devalvačního chování považuje pochybení v komunikaci – nepochopení informacím a dále pak pracovní vytíženost sester. Za projev důsledků označuje nedůvěru ve zdravotnický personál a rezignovanost pacienta na další průběh péče.

10 Diskuse

Úvodem diskuse práce k tématu: Důvody devalvace člověka zdravotnickým personálem. Diplomová práce má zachováno standardní členění na teoretické shrnutí poznatků a empirický výstup. V této kapitole rozpracujeme výsledky, které jsme získali průzkumným šetřením a které byly v předcházející kapitole vyjádřeny grafů, tabulek a diagramů. Data pro výzkumnou kvantitativní část byla získána formou nestandardizovaného dotazníkového šetření u zdravotnického personálu a výstup pro kvalitativní šetření probíhal formou rozhovoru v řadách hospitalizovaných pacientů. Pro práci tohoto tématu byly stanoveny cíle, hypotézy a výzkumné otázky.

Hypotéza první: Většina zdravotnického personálu se již setkala s devalvačním chováním vůči pacientům. Po zpracování statistického šetření z grafu 5 vyplývá, že 126 (62%) respondentů z řad zdravotnického personálu se s devalvačním chováním na svém pracovišti již setkala. Zápornou odpověď podalo 78 (38%) pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči. V testování hypotézy Pearsonově Chí kvadrátu jsme předpokládali, že z celkového počtu 204 respondentů odpoví kladně 75% (153) dotázaných a 25% (51) označí odpověď zápornou. Hypotézu proto musíme zamítnout z důvodu odchylky očekávaných výsledků, jejichž odpověď ano byla zastoupena menším počtem, než jsme mysleli. Ačkoliv se hypotéza nepotvrdila v předpokládaném rozsahu, je potřebné si uvědomit, že devalvační chování v nemocničních zařízeních existuje a může se dále rozvíjet. Jak pro zdravotnický personál, tak pro pacienty by mělo být alarmujícím výsledkem i malé množství prožitých situací s devalvačním chováním. Nabídkou jak předcházet situacím devalvace uvádí autorky Špatenková a Králová (2009), které označují za prevenci protikladné evalvační chování. Evalvace vystihuje kladné vztahy mezi zdravotníky a pacienty neboť vytváří důvěryhodnou a příjemnou atmosféru (38, 45).

Hypotéza druhá: K devalvaci člověka v průběhu hospitalizace dochází častěji poskytovanou přímou péčí, než nevhodně vedenou komunikací. Důvodem ke stanovení této hypotézy byla myšlenka nad českou i zahraniční literaturou, která se k danému tématu vztahuje a zabírá se převážně pochybením v komunikaci. Mikuláščík (2010)

rozděluje rušivé vlivy v komunikaci na externí a interní. Přičemž externí vycházejí z vnějšího prostředí a jsou většinou ovlivnitelné a interní jsou spjaty s osobnostními problémy komunikujícího. Rovněž množství zpracovaných výzkumů a šetření k problematice devalvace je zaměřeno jen jedním směrem, tj. znehodnocením pacientů formou verbálního projevu, kde přímé zkušenosti uvádí autor Kalengayi (2012) ve svém příspěvku. Cílem tedy bylo zjistit, zda devalvační chování prostřednictvím komunikace není upřednostňováno před poskytovanou přímou péčí. Průzkumem vyšlo najevo, že komunikaci označilo 64 (31%) respondentů a problém nedostatku v poskytování přímé péče 140 (69%) dotázaných. Předpokládali jsme, že 153 (75%) dotázaných uvede jako častější formu devalvace nedostatky v přímé péči. Pozorované výstupy však dosáhly 140 (69%) a stanovenou hypotézu proto zamítáme. Ačkoliv hypotéza nebyla potvrzena, poukázala na dva nejčastější faktory devalvačního chování. Venglářová a Mahrová (2006) rozdělují komunikaci do tří kategorií – sociální, specifická a terapeutická. Stejně tak uvádí i Špatenková a Králová (2009) a shrnují ji pod jednotný pojem profesionální komunikace, v jejímž pochopení a dodržování shledávají prevenci před pochybením v rozhovoru s nemocným. Druhý faktor nedostatky v přímé péči úzce souvisí s nespokojením základních biologických potřeb. Lidská potřeba, jak ji definuje Šamánková (2011) je projevem chybění něčeho, či naopak přebytku, jehož odstranění je žádoucí. Prožívání stavu nedostatku či nadbytku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, a tím se zásadně spolupodílí na vytváření chování jedince. Potřeby velmi úzce souvisí se zachováním kvality života. Význam zachování potřeb je ostatně počátečním pilířem k zajištění vyšších lidských funkcí, jak stanoví i Maslowova pyramida (příloha 2). Obě formy devalvace jsou pro nemocného zásadní a mohou se odrážet v dalším průběhu léčby. Jak následně uvádí hypotéza třetí, která se zabývá důvody devalvačního chování zdravotnického personálu vůči pacientům.

Hypotéza třetí: Důvodem devalvačního chování zdravotnických pracovníků k pacientům je především pocit nedostatku času. Otázka k této hypotéze byla stanovena ve znění: Co vnímáte jako hlavní důvod devalvačního chování k pacientům? Přičemž respondenti měli nabídku odpovědí, kde měli vybrat jednu položku, která nejvíce

odpovídá jejich názoru na tuto problematiku. Celkem 35 (17%) respondentů označilo pracovní vytížení sester, charakter zdravotnického personálu uvedli 2 (1%) respondenti, neochotu spolupráce pacientů zaškrtnulo 15 (7%) dotázaných pracovníků. Pocit nedostatku času vnímá, jako hlavní důvod devalvačního chování celkem 28 (14%) odpovídajících, nedostatečnou motivaci uvádí 14 (7%) členů týmů zdravotnického personálu, špatnou organizaci práce označilo 8 (4%) respondentů. Nedostatek personálu uvedlo 65 (32%) účastníků dotazníkového šetření, špatné pracovní prostředí vnímá, jako důvod 20 (10%) dotázaných a syndrom vyhoření zvolilo 17 (8%) odpovídajících. Hypotéza stanovená na předpoklad 50% odpovědí zvolených položkou nedostatek času se nepotvrdila. Četnost odpovědí byla nižší, než jsme původně předpovídali. Nejvíce odpovědí respondentů bylo zastoupeno ve dvou položkách, a to: nedostatek personálu uvedlo 65 (32%) respondentů, a v druhém bodě pracovní vytížení zdravotnického personálu označilo 35 (17%) dotázaných. Je tedy zřejmé, že zdravotní personál za největší problém shledává nedostatek členů v týmu a s tím související nárůst pracovních povinností. Nabízí se otázka únosnosti míry zatěžování zdravotnického personálu ve spojitosti s devalvací. Ačkoliv se nyní nepotvrzuje devalvační chování jako častý jev, je možné do budoucna předpokládat, že nepoměr těchto faktorů se v chování zdravotníků k pacientům nějakým způsobem odrazí.

Hypotéza čtvrtá: Častěji se s devalvačním chováním setkávají nemocní starší 60ti let. Průzkumným šetřením jsme zjistili následující. Kladnou odpověď zvolilo 136 (67%) zdravotnických pracovníků. Celkem 68 (33%) se vyjádřilo opačně a to, že věk nemá vliv na devalvační chování a zvolili odpověď ne, jak je patrné v názorném grafu 15. Dále pak tabulka 4 objasňuje statistické šetření Pearsonova Chí kvadrátu a dokazuje, že za předpokladu 153 (75%) kladných odpovědí respondentů je dosažená hladina významnosti 0,5%, což je nižší než 5% a proto stanovenou hypotézu musíme zamítnout. Přes očekávané výsledky a neplatnosti hypotézy je počet kladných odpovědí vysoký. Je otázkou ptát se dál, jaká plyne spojitost věku a vlivu na devalvační chování. Často jsou starší lidé přirovnávání k dětem a jejich sebezpečí je téměř totožná. V mnoha ohledech ke svému věku se o sebe nemohou dostatečně postarat a jsou odkázáni na pomoc

druhých. Dostanou-li se, do této situace je snadné zneužít jejich bezbrannou pozici a vystavit je devalvaci. Zdravotnický personál by měl respektovat lidskou důstojnost a i staršího člověka vnímat jako partnera v ošetrovatelské péči a léčebném úsilí.

Hlavním přínosem kvantitativního výzkumu bylo zjištění, že devalvační chování není ojedinělým jevem, nýbrž pochybením se kterým se setkává každý zdravotnický pracovník. Dotazník také pomohl definovat, jaká je častější forma devalvace a jak devalvaci vnímají sami zdravotničtí pracovníci. Zjistili jsme tedy, že častější formou devalvace je chybně vedená komunikace oproti méně častým nedostatkům v přímé péči.

V kvalitativním výzkumu jsme si stanovili čtyři výzkumné otázky.

1. Jak se devalvační chování projevuje?
2. Jaké jsou příčiny devalvace člověka při hospitalizaci?
3. Jaké jsou důsledky devalvace člověka během hospitalizace?
4. Jak konkrétně vypadá devalvace člověka v průběhu hospitalizace?

Byly zvoleny za účelem, aby se přímo vztahovaly k teoretické struktuře celé práce. Výsledky byly zpracovány do přehledných diagramů, z nichž jasně vyplývá následující. Důvody devalvace, které vnímají respondenti, byly kategorizovány do skupin: administrativní překážky, neochota sester, špatná komunikace, nedostatečná motivace sester, pracovní přetížení zdravotnického personálu. Z pohledu respondentů pacientů je zřejmé, že vnímají práci zdravotnického personálu v celé šíři. Dokazuje to uvědomění si, že zdravotní sestry jsou zatíženy administrativními povinnostmi mnohdy na úkor pacientů. Stěžejním výsledkem je pak důvod devalvace, který označili ve formě špatné komunikace a pracovního vytížení zdravotnického personálu. To nás úzce spojuje s odpověďmi v kvantitativním šetření zdravotnického personálu, kde výstupy byly totožné. I když se v našich podmínkách s devalvačním chováním v nemocničních zařízeních nesetkáváme často, je důležité uvědomit si, že přesto toto chování existuje a může se dále rozvíjet. Jak pro zdravotnický personál, tak pro pacienty by výstupem této práce mělo být uvědomění, že vztah sestra a pacient je důležitý ve společném cíli, navrátit a udržet zdraví. Včasným eliminováním důvodů devalvačního chování můžeme společně předejít důsledkům.

Diagram 1 Projevy devalvačního chování byl sestaven dle názorů respondentů, kdy byly při rozhovoru požádány o pojmy projevů devalvace. Většina respondentů uvedla, že čerpali z vlastních zkušeností. Nejlépe pojem a projevy devalvačního chování objasnil R 5, který uvedl: *„Devalvační chování je chování, které znevažuje hodnotu osobnosti člověka. Může se projevovat ignorancí či arogancí, neochotou komunikovat a poskytovat informace.“* Projev ignorace zmínil (R 5,7), odsekávání v komunikaci (R 2,4), posměch (R3), nedostatečná pomoc (R 6,8), dlouhé čekání na zdravotnický personál (R 1,3,6), neochota komunikovat (R 4,5), nejasné informace (R 5,7), bolestivá manipulace (6), kterou jasně stanovila slovy R 6: *„rozhodně bolestivá manipulace“*, jak bylo z dalšího rozhovoru patrné, mluvila přímo z vlastní zkušenosti. Vytýkání neúspěchu (R 4) a arogantní chování (R 5,7).

Diagram 2 Důvody devalvačního chování byl po rozhovoru s respondenty kategorizován do pěti položek, jakožto shrnující pojmy, které dále uvádějí přesné informace o důvodech devalvace poskytnutých respondenty. Zastává administrativní překážky, které zmínili (R 5,6,7), neochota sester (R 1,2,3,5,6), komunikace (R 1-8), nedostatečná motivace sester (R 2,4,5,6,7,8) a pracovní vyčerpání sester (R 1-8). R 1 doslova uvedl k pracovnímu vyčerpání sester: *„Vidím, jak ty holky kmitají po oddělení a snaží se toho hodně stihnout Je jich na tolik práce strašně málo“*.

Diagram 3 Důsledky devalvačního chování byl stejně strukturován do kategorií a podkategorií. Hlavní skupinu tvoří 4 pojmy a to spolu se zastoupením respondentů: nedůvěra ve zdravotnický personál (R 1,2,3,4,5,7,8), obavy (R 1,2,3,5), agresivní chování (R 4,5). R4 doslova k důsledkům devalvace říká: *„Já jsem fakt klid'as. Ale jako důsledek špatného chování bych reagoval patřičnou agresivitou. Ono když to jednou nejde po dobrém, tak to nepůjde ani podruhé. Někdy jsem hlasitý, ale to už odmala.“* Rezignace pacienta (R 3,5,6,8). R 1 uvedl na otázku o důsledcích devalvačního chování následující: *„Já jsem občas až moc citlivý a když mě takto někdo zklame, mám sklony uzavírat se do sebe a nic dál neprozrazovat o tom, jak mi je. Bojím se, že bych mohl zajít až tak daleko, že pro samotné obavy bych si přivodil i další zdravotní potíže. Jsem někdy hlava tvrdá a nic se mnou nehne.“*

Diagram 4 Zkušenost s devalvačním chováním vystihují jen dvě hlavní kategorie a to komunikace (R1-8). R5 uvádí situaci devalvačního chování, kterou zažil u pacienta, se kterým sdílel pokoj: „Kolega na pokoji žádal sestru o čistý ručník. Její odpověď zněla, že žádný momentálně nemají a poradila mu, ať si zavolá své rodině.“ Rovněž R 8 popisuje situaci u jiné pacientky, které však byla přítomna. Jasně hovoří o komunikační chybě devalvace. „Sestřička vysvětlovala paní na vedlejší posteli, jak má užít roztok před vyšetřením střev. Ta ji už během rozhovoru moc nerozuměla, alespoň mi přišlo podle jejího výrazu. Ale neměla asi odvalu se setry ptát, neboť byla taková rázná. Nevím, co se přesně stalo, ale paní na vyšetření odvezli a za pět minut byla zpět, že to nelze provést, neboť není dostatečně vyprázdněna.“ Přímá péče (R 1,3,5,6,7). Vlastní zkušenost s devalvačním chováním popisuje R 1: „Žádal jsem sestřičku o doprovod na toaletu, kde mě ochotně odvedla a řekla mi, že až budu hotov, mám zazvonit na signalizační zařízení. To jsem pak také učinil, ale nikdo pro mě po prvním zazvonění nepřišel. Zvonil jsem ještě dvakrát, než mi přišla sestra pomoci. Čekal jsem tam nejméně 10 minut. Řekla jen, že dříve nemohla.“ R 6 zase popisuje svůj zážitek následovně: „Byla jsem po operaci sotva první den a velmi mě bolelo sešité břicho. Říkala jsem to sestřičce a ta mi slíbila něco od bolesti a pak, že se podívá a převáže operační ránu. Asi za půl hodiny přišla jiná sestra, že mi jde provést převaz rány. Povídala jsem jí, že mě to velmi bolí a kolegyně mi slíbila nejdříve léky na bolest. Na to mi pověděla, že léky jsem již dostala a teď je čas provést ošetření rány. Opět jsem se opakovala a pověděla, že jsem nic nedostala a moc to bolí. Ona na mé prosby nedbala a pustila se do ošetření. Strhla bolestivě náplasti a čistila mi to peroxidem. Převaz jsem přestála v silných bolestech. Nevím, proč se tak chovala a netuším, kde byla sestra, která mi slíbila léky na bolest. Po zbytek dne jsem ji již neviděla.“

Kvalitativním výzkumem provedeným s pacienty jsme prokázali, že nemocní mají nezvykle bohaté zkušenosti s devalvací. Současně jsme s nimi během rozhovoru dokázali vyčlenit základní formy, možné příčiny a důsledky spojené s devalvačním chováním. Většina z dotazovaných pacientů se s tímto chováním osobně setkala. Při rozhovoru jsme určili základní formy devalvace, se kterými se dotazovaní setkali.

Jednalo se převážně o situace, kdy selhala komunikace se zdravotnickým personálem. Méně častou, ale i tak uváděnou formou bylo zanedbání péče pacienta. Mezi příčiny vyplývající z výzkumu můžeme zařadit z hlediska pacientů především neochotu sester vyjít vstříc požadavkům pacientů, vyčerpání zdravotního personálu a v neposlední řadě nedostatek času pro uspokojující provedení ošetrovatelských činností. Rozhovorem s respondenty jsme rovněž odhalili možné důsledky výše zmíněného chování. Zjištěnými důsledky byla nedůvěra ve zdravotnický personál, obavy, agresivní chování a rezignace pacientů. Jak tedy vyplývá ze závěrů kvalitativního výzkumu příčinám vedoucím k devalvačnímu chování lze poměrně snadno předcházet, pokud jsou dodrženy standardní ošetrovatelské a komunikační postupy. Důsledky devalvace mohou být velice vážnou překážkou v následné péči o pacienta a to by měla být pro zdravotnického pracovníka stěžejní informace ze souhrnu celé diplomové práce o devalvačním chování.

11 Závěr

Téma devalvace člověka zdravotnickým personálem a konkrétněji důsledky a důvody devalvace jsou problematikou velmi složitou a nedostatečně zastoupenou v uceleném pojednání odborných publikací a výzkumných šetření. Cílem, bylo sepsat práci, která bude čtenáři poskytovat teoretický náhled k tomuto tématu a výzkumné šetření má posloužit k pochopení devalvačního chování, přesněji k uvědomění příčin vzniku, projevů a důsledků. Je zde zakomponován úhel pohledu stran zdravotnického personálu a zvláště také odpovědi z rozhovorů pacientů. Po sestavení teoretického pozadí bylo přistoupeno k samotnému průzkumu.

Výstup kvantitativního šetření pomocí dotazníků u respondentů ošetrovatelského týmu mělo za cíl odpovědět na stanovené hypotézy. Průzkumem bylo zjištěno, že hypotéza první: Většina zdravotnického personálu se již setkala s devalvačním chováním vůči pacientům, se nepotvrdila. Ze statistického šetření vyplynulo, že 126 (62%) respondentů z řad zdravotnického personálu se s devalvačním chováním na svém pracovišti již setkalo a 78 (38%) nikoliv. Hypotézu zamítáme z důvodu odchylky očekávaných výsledků, jejichž odpověď ano byla zastoupena menším počtem, než jsme předpokládali. Hypotéza druhá: K devalvací člověka v průběhu hospitalizace dochází častěji poskytovanou přímou péčí, než nevhodně vedenou komunikací. Průzkumem vyšlo najevo, že komunikaci označilo 64 (31%) respondentů a problém nedostatku v poskytování přímé péče 140 (69%) dotázaných. Předpokládali jsme, že 153 (75%) dotázaných uvede jako častější formu devalvace nedostatky v přímé péči. Pozorované výstupy však dosáhly 140 (69%) a stanovenou hypotézu proto zamítáme. Třetí hypotéza Důvodem devalvačního chování zdravotnických pracovníků k pacientům je především pocit nedostatku času. Hypotéza stanovená na předpoklad 50% odpovědí zvolených položkou nedostatek času se nepotvrdila. Četnost odpovědí byla nižší, než jsme původně předpovídali. Nejvíce odpovědí respondentů bylo zastoupeno ve dvou položkách, a to: nedostatek personálu uvedlo 65 (32%) respondentů, a v druhém bodě pracovní vytížení zdravotnického personálu označilo 35 (17%) dotazovaných. Hypotéza čtvrtá: Častěji se s devalvačním chováním setkávají nemocní starší 60ti let.

Kladnou odpověď zvolilo 136 (67%) zdravotnických pracovníků. Celkem 68 (33%) se vyjádřilo opačně. Za předpokladu 153 (75%) kladných odpovědí respondentů je dosažená hladina významnosti 0,5%, což je nižší než 5% a proto stanovenou hypotézu musíme zamítnout.

Souhrnně se významem šetření dospělo k vyjádření, že v oblasti komunikace je potřeba zdravotnický personál vzdělávat, aby nedocházelo k pochybení během rozhovoru s nemocným a tím nebylo dále přiživováno devalvační chování. Ačkoli komunikace v četnosti odpovědí sesadila poskytovanou přímou péči na druhé místo, není toto vyjádřením, že během ošetřování nemůže být nemocný devalvován. Myslím si, že oba faktory jsou důležitým prostředkem, jak zajistit nemocnému plně potřebnou péči od uspokojení základních biologických potřeb k potřebám vyšším, kterým je právě dostatečná informovanost a vhodně vedený rozhovor. Nehledě na stav, kdy žádáme pacienta o spolupráci je toto základem pro navození důvěry ve vzájemném vztahu, jehož výstupem je navrácení nejcennější hodnoty zdraví.

Kvalitativním výzkumem jsme dokázali získat odpovědi na otázky přímo se vztahující k tématu práce, které jsou současně formulovány i do výzkumných otázek. Ptala jsem se na konkrétní zkušenost s devalvací, na příčinu a důsledek. V otázce přímé zkušenosti se pacienti potýkali s formou devalvace způsobené komunikační chybou tak i poskytovanou přímou péčí. Výsledek dokazuje, že obě složky, jak bylo již zmíněno výše, jsou propojeny a pacienti je vnímají. Za důsledky devalvace nemocní označili nedůvěru ve zdravotnický personál zapříčiněnou nedostatečnou pomocí a špatnou informovaností nemocných. To dále vyvolávalo rezignaci pacientů na spolupráci a obavy z opětovné hospitalizace.

Součtem všech faktorů je míněn výstup práce, který má za úkol obeznámit zdravotnický personál s problematikou devalvačního chování a zajistit prevenci v dalším pochybení při práci s nemocnými. Odkazem je dojít k jednání, které bude založeno na spolupráci a vztahu vzájemné důvěry.

12 Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÁ, B. A KOLEKTIV. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-247-1197-4.
2. BROWN, R. S. *Q Methodological Tutorial*.
<http://facstaff.uww.edu/cottlec/QArchive/Primer1.html> [online]. [citováno 2014-16-07].
3. CARNEGIE, D. *Jak správně myslet, jednat a mluvit*. Praha: Práh. 2010. ISBN 978-80-7252-294-1.
4. COYLE, J. *Exploring the meaning of „dissatisfaction“ with health care: the importance of personal identity threat*. *Sociology of Health & Illness* Vol. 21 No. 1 1999, 95-124, (cit. 18.7.2014).
5. CRAWFORD, P; BROWN, B; BOHNAN, P. *Communication in Clinical Settings*. Cengage Learning EMEA: United Kingdom. 2006. ISBN-10: 0-7487-9716-5.
6. ČAS: Neurologická sekce. *Práva pacientů*.
[http://neurologickasekce.webnode.cz/news/prava-pacientu-uverejnen-v-dubnu-vedeni-lekarske-praxe-/](http://neurologickasekce.webnode.cz/news/prava-pacientu-uverejnen-v-dubnu-vedeni-lekarske-praxe/) [online]. [citováno 2014-16-07].
7. ČECHOVÁ, V; MELLANOVÁ, A; ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2001. ISBN 80-7071-3342-2.
8. DE VITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.
9. FRANK, W. J. *Discrimination based on criminal record and healthcare utilization among men recently released from prison: a descriptive study*. *Health and Justice* 2014, 2:6, (cit. 16.7.2014).

10. GILLNEROVÁ, I; KEBZA, V; RYMEŠ, M. A KOLEKTIV. *Psychologické aspekty změn v české společnosti, člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-27-1.
11. GLANCE ET AL.: *The association between nurse staffing and hospital outcomes in injured patients*. BMC Health Services Research, 2012,12:247, (cit. 16.7.2014).
12. GLASBERG, R. *The Dynamics of Devaluation: The Spiritual Disease of Civilization*. Journal Religious Health 2012, 51:1278-1292, (cit. 18.7.2014).
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: A. Krtilová. 1996. ISBN 80-902-163-07.
14. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7367-040-2.
15. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton. 2008. ISBN 978-80-7287-179-6.
16. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV. 2000. ISBN 80-85866-55-2.
17. KALENGAYI ET AL.: „*It is a challenge to do it the right way*“: *an interpretive description of caregivers, experiences in caring for migrant patient in Northern Sweden*. BMC Health Services Research 2012, 12:433. (cit.16.7.2014).
18. KALVACH, Z; ČELEDOVÁ, L; HOLMEROVÁ, I; JIRÁK, R; ZAVÁZALOVÁ, H; WIJA, P. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
19. KAPR, J; KOUKOLA, B. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Slon 1998. ISBN 10-80-85850-49-4.
20. KLEVETOVÁ, D; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha. Grada. 2011. ISBN 978-80-247-2169-9.

21. KOEHEN, P. *Globalization, migration health, and educational preparation for transnational medical encounters*. *Globalization and Health* 2006, 2:2 (cit. 16.7.2014).
22. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum. 2005. ISBN 80-246-0845-6.
23. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Osvěta. 2004. ISBN 80-8063-160-3.
24. KRISTOVÁ, J; TOMAŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Osvěta. 2002. ISBN 80-8063-107-7.
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených: jak zlepšovat psychický stav nemocných*. Praha: Avicenum. 1985.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 2002. ISBN 80-247-0179-0.
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-774.
28. KŘIVOHLAVÝ, J; PEČENKOVÁ, J. *Dušení hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. 2004. ISBN 80-247-0784-5.
29. MACHOVÁ, J; KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
30. MANDINCOVÁ, P. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.
31. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2007. ISBN 978-80-701-3457-3.
32. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. Praha. Karolinum. 2002. ISBN 80-246-04-299.
33. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi I*. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.

34. MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity. 2007. ISBN 80-7368-035-1.
35. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
36. MPSV: Sociální práce a sociální služby. *Práva pacientů ČR*, <http://www.mpsv.cz/cs/840> [online]. [citováno 2014-16-07].
37. PLEVOVÁ, I. A KOLEKTIV. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
38. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2008. ISBN 978-80-7013-466-5.
39. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
40. PTÁČEK, R; BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
41. ROZSYPALOVÁ, M; STAŇKOVÁ, M. *Ošetrovatelství 1/1*. Praha: Informatorium. 1996. ISBN 80-85427-94-X.
42. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
43. ŠAMÁNKOVÁ, M; A KOLEKTIV. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 2006. ISBN 80-246-109-1-4.
44. ŠLAISOVÁ, I. *Evalvační a devalvační prvky v komunikaci*. *Sestra* 6/2009. <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/evalvacni-a-devalvacni-prvky-v-komunikaci-429761> [online]. [citováno 2014-17-07].
45. ŠPATENKOVÁ, N; KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace, komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

46. ŠULISTOVÁ, R; TREŠLOVÁ, M. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.
47. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2001. ISBN 80-701-332-44.
48. VEDEME.CZ: *Vybrané teorie motivace k vedení lidí*. <http://www.vedeme.cz/provedeni/kapitoly-vedeni/65-teorie-motivace/85-teorie-motivace.html> [online]. [citováno 2014-17-7].
49. VENGLÁŘOVÁ, M; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada: 2006. ISBN 978-80-247-1262-8.
50. VERHAEGHE ET AL.: *Stigmatization in Different Mental Health Services: A Comparison of Psychiatric and General Hospitals*. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 2007, 34:2. (cit. 16.7.2014).
51. VÉVODA, J. A KOLEKTIV. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
52. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf. 2011. ISBN 978-80-7345-262-9.
53. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Praha. Portál. 2000. ISBN 80-7178-291-2.
54. VYTEJČKOVÁ, R; SEDLÁŘOVÁ, P; WIRTHOVÁ, V. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
55. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2006. *Constitution of the World Health Organization –Basic Documents*, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.
56. ZACHAROVÁ, E. *Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi*. *Sestra*. 2010. č. 7-8; s. 28-29. ISSN 1210-0404.

13 Seznam grafických znázornění

Graf 1 návratnost formulářů nestandardizovaných dotazníků	46
Graf 2 Pracovní pozice zdravotnického personálu	46
Graf 3 Délka praxe zdravotnických pracovníků	47
Graf 4 Znalost pojmu devalvační chování	47
Graf 5 Zkušenost zdravot. prac. s devalvačním chováním vůči pacientovi	48
Graf 6 Projevy devalvačního chování	48
Graf 7 Četnost případů devalvačního chování	49
Graf 8 Kvalita komunikace	49
Graf 9 Hodnocení úrovně komunikace pracovníků	50
Graf 10 Dostatečnost podávaných informací	50
Graf 11 Důvody nevhodně vedené komunikace	51
Graf 12 Častější forma devalvace	51
Graf 13 Hlavní důvody devalvačního chování	52
Graf 14 Hlavní důsledky devalvačního chování	53
Graf 15 Osoby starší 60ti let jako častější účastníci devalvačního chování	54
Graf 16 Ošetřovatelská péče bez projevů devalvace	54

14 Seznam tabulek

Tabulka 1 Zkušenost zdrav. prac. S devalvačním chováním vůči pacientovi.....	55
Tabulka 2 Častější forma devalvace.....	56
Tabulka 3 Důvody devalvačního chování	57
Tabulka 4 Osoby starší 60ti let jako častější účastníci devalvačního chování.....	59

15 Seznam diagramů

Diagram 1 Projevy devalvačního chování	60
Diagram 2 Důvody devalvačního chování	61
Diagram 3 Důsledky devalvačního chování	62
Diagram 4 Zkušenost s devalvačním chováním	63

16 Seznam příloh

Příloha 1 Etický kodex pacientů	87
Příloha 2 Maslowova hierarchie potřeb	89
Příloha 3 Barthelův test základních všedních činností	90
Příloha 4 Dotazník pro zdravotnický personál	91
Příloha 5 Otázky pro kvalitativní výzkum - rozhovor	94

Příloha 1 Etický kodex pacientů

Zdroj: 55

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

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

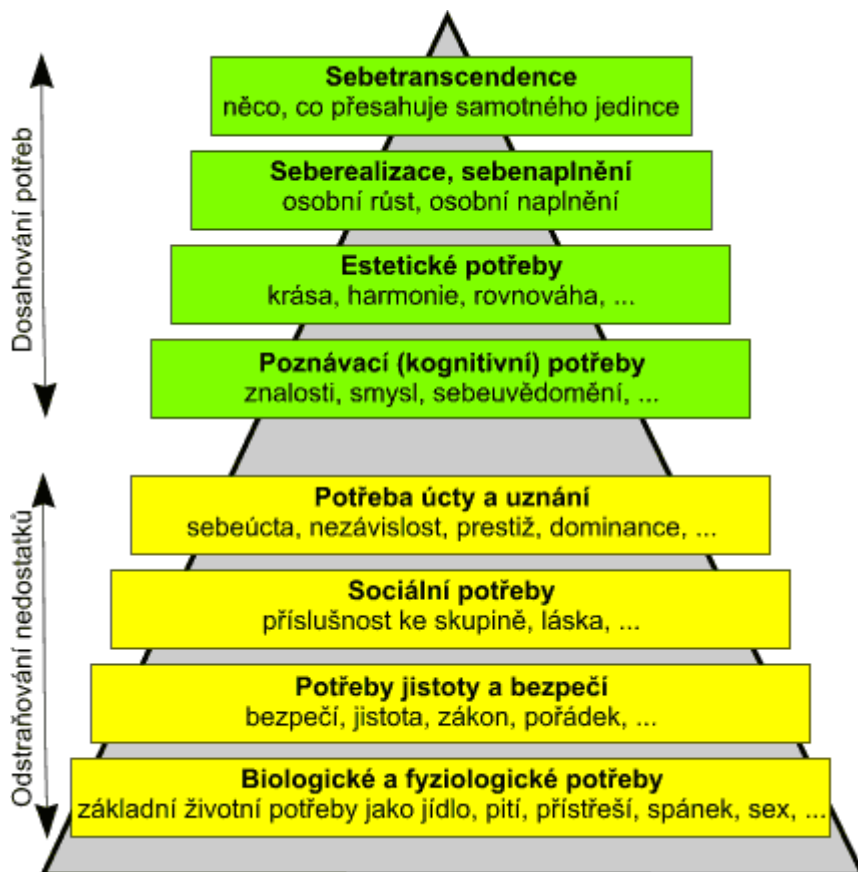
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

Příloha 2 Maslowova hierarchie potřeb

Zdroj: 48



Příloha 3 Barthelův test základních všedních činností

Zdroj: 20

<u>činnost</u>	<u>provedení činnosti</u>	<u>bodové skóre</u>
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Příloha 4 Dotazník pro zdravotnický personál

Dotazník k diplomové práci

Vážený respondente, ráda bych Vám představila dotazník, který je součástí výzkumu mé diplomové práce. Cílem dotazníku je pokud možno stanovit četnost, podobu a rizikové skupiny setkávající se s takzvaným devalvačním chováním v českém zdravotnictví. Devalvační chování je specifický typ chování, který se vyznačuje snižováním hodnoty osobního já. V konkrétním případě to znamená znevážení, pomluvy, výsměch, urážky či zlehčování vzdělanosti nebo výkonnosti určité osoby. Doufám, že mi s tímto důležitým výzkumem pomůžete a tím přispějete ke snížení devalvace pacientů ze strany zdravotnického personálu. Výzkum je anonymní.

Odpovědi, prosím kroužkujte, popřípadě pište do připravených polí.

1. Na jaké pozici pracujete?

Zdravotnický asistent/ka	Všeobecná sestra	Sanitář/ka
--------------------------	------------------	------------

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Méně než 5 let	6-15 let	Více než 16 let
----------------	----------	-----------------

3. Setkal/a jste se s pojmem devalvační chování ve zdravotnictví?

Ano	Ne
-----	----

4. Setkal/a jste se při výkonu svého povolání s nevhodným chováním zdravotnického personálu vůči pacientům?

Ano	Ne
-----	----

5. Odpověděl/a jste-li ano, projevilo se toto chování personálu? (prosím, označte jednu odpověď)

- Odseknutím pacientovi
- Ignorováním signalizačního zařízení
- Arogantním chováním
- Úmyslným pozdržením činností, aby pacient musel čekat

- Neadekvátní odpověď

6. Jednalo se o ojedinělý případ nevhodného chování?

Ano	Ne
-----	----

7. Vnímáte komunikaci s pacienty na Vašem pracovišti jako kvalitní?

Ano	Ne
-----	----

8. Jak by jste hodnotil/a komunikační dovednosti zdravotnického personálu? (prosím, označte jednu odpověď)

- Výborné
- Velmi dobré
- Průměrné
- Nedostatečné

9. Myslíte si, že poskytované informace pacientům jsou dostatečné?

Ano	Ne
-----	----

10. Čím si myslíte, že je způsobena nevhodně vedená komunikace?

Nedostatkem času na komunikaci	Neochota komunikovat s pacientem	Nedostatečné znalosti v oblasti komunikace
--------------------------------	----------------------------------	--

11. Jaká forma devalvace je podle Vás častější?

Nevhodně vedená komunikace	Nedostatky v poskytování přímé péče
----------------------------	-------------------------------------

12. Co vnímáte jako hlavní důvod devalvačního chování k pacientům? (prosím, označte jednu odpověď)

- Pracovní vytížení zdravotnického personálu
- Charakter zdravotnického personálu
- Nedostatečné vzdělání
- Neochota spolupráce pacientů
- Pocit nedostatku času
- Nedostatečná motivace
- Špatná organizace práce
- Nedostatek personálu

- Špatné pracovní prostředí
- Syndrom vyhoření

13. Jaké podle Vás mohou plynout důsledky devalvačního chování k pacientům?

- Nedůvěra ve zdravotnický personál
- Obavy z další hospitalizace
- Stížnosti na zdravotnický personál
- Rezignace pacienta ve spolupráci se zdravotnickým personálem
- Zatajování informací od pacienta
- Neochota komunikovat

14. Myslíte si, že se starší pacienti 60ti let setkávají častěji s devalvačním chováním?

Ano	Ne
-----	----

15. Myslíte si, že je možné realizovat ošetrovatelskou péči tak, aby nedocházelo k devalvačnímu chování?

Ano	Ne
-----	----

Velmi děkuji, za vyplnění dotazníku. Doufám, že Vás příliš nezdržel a přeji příjemný den.

Bc. Ivona Sívková

Příloha 5 Otázky pro kvalitativní výzkum – rozhovor

- Setkal/a jste se s pojmem devalvační chování ve zdravotnictví?
- Co podle Vás devalvační chování znamená?
- Jak si myslíte, že se devalvační chování projevuje?
- Během Vaší hospitalizace jste se setkal/a s nevhodným chováním zdravotnického personálu k Vaší osobě?
- Jak se toto chování projevilo?
- Jednalo se o ojedinělý případ tohoto chování, nebo jste jej zažila vícekrát po dobu Vaší hospitalizace?
- Zažila jste devalvační chování k jinému pacientovi?
- Jak se toto chování projevilo?
- Jaké si myslíte, že jsou důvody devalvačního chování?
- Jste spokojena s komunikací se zdravotnickým personálem?
- Myslíte si, že poskytované informace zdravotnickým personálem jsou dostačující?
- Rozuměla jste vždy informacím od zdravotnického personálu?
- Měla jste možnost se aktivně ptát na informace, které jste potřebovala vědět či jste jim nerozuměla?
- Jste spokojena s ošetrovatelskou péčí během Vaší hospitalizace?
- Jak by jste si představovala péči o svou osobu?
- Jaké podle Vás mohou plynout důsledky devalvačního chování?
- Myslíte si, že je možné realizovat ošetrovatelskou péči tak, aby nedocházelo k devalvačnímu chování?