

„Nechtěný“ pacient

Martina Holbová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina HOLBOVÁ**
Osobní číslo: **H10324**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **"Nechtěný" pacient**

Zásady pro vypracování:

Nastudování odborné literatury.
Vymezení pojmů v dané oblasti, stanovení cílů práce.
Příprava metodiky pro průzkumnou část práce.
Realizace průzkumu (rozhovory, dotazníkové šetření).
Vyhodnocení a zpracování výsledků šetření.
Interpretace výsledků šetření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. Vyd. 6. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-2472-069-2.

MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. Základy psychologie. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978-80-2460-841-9.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

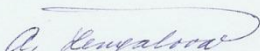
Datum zadání bakalářské práce:

7. února 2013


Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 7. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně *kl. Buzina 2013*

kl.

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Hlavním tématem bakalářské práce je seznámení s pojmem zdraví, s tím, jak je pojem zdraví chápán. Bakalářská práce se dále zabývá otázkou „Co je to nemoc?“ a popisuje proces nemoci a reakce nemocného člověka na tuto nepříznivou životní situaci. Dalším tématem práce je etika. Práce definuje pojem etika, vyjadřuje její důležitost a hloubku. Neméně podstatné části práce jsou pohled na pacienta – na člověka, kterého navštívila nemoc, soustředění se na jeho potřeby, na prožívání jeho situace, a také pohled na všeobecnou sestru, která pacienty ošetřuje. Důležitou rolí při ošetřování je komunikace. Práce poukazuje na důležitost a efektivnost komunikace při každodenním kontaktu ošetrovatelského personálu s pacientem. Poslední část práce se zabývá syndromem vyhoření.

Praktická část práce se zabývá analýzou dat, která byla kvantitativním šetřením shromážděna ve zdravotnickém zařízení. Dotazníkové šetření zjišťuje, jaký typ pacientů považují všeobecné sestry za „nechtěný“, jaké dosavadní zkušenosti mají s takto vnímanými pacienty, a jaké reakce jsou nejčastější při jejich ošetřování.

Klíčová slova:

„nechtěný“ pacient, vztah, etika, komunikace, přístup, ošetřování

ABSTRACT

The main issue of the bachelor thesis is introduction of the concept of health, as it is understood. The bachelor thesis is further concerned with the question: "What is an illness?" It describes the illness process and an ill person response to this adverse life situation. Another issue of the thesis is ethics. The ethics definition, its importance and depth expression. Not less essential parts are the view of a patient - a person encountered with illness, focus on their needs, their experiencing the situation and also the view of a general nurse, who cares about the patients. Crucial and important role in care is communication. The thesis points at the importance and effectivity of communication at the everyday contact of the nursing team with the patient. The last theoretical part concerns the burn-out syndrom.

The practical part of the thesis looks at the analysis of data which were collected in the clinic using a quantitative research. Survey finds what type of patients are considered "unwanted" by nurses, what experience they have had with such patients so far and what reactions have been the most frequent during their treatment.

Keywords:

“unwanted” patient, relationship, ethics, communication, attitude, treatment

„Láska k bližnímu, přátelskost a bratrský soucit je trpícím často potřebnější než všechny léky.“ Fjodor Michajlovič Dostojevskij

Děkuji paní doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za trpělivost, odborné vedení a cenné rady, díky kterým jsem zpracovala tuto bakalářskou práci. Dále děkuji vedení Krajské nemocnice Tomáše Bati, a. s., kde mi bylo umožněno realizovat kvantitativní šetření a zdravotnickým pracovníkům, kteří mi poskytli informace, které byly potřebné k realizování mé praktické části práce. A také děkuji své rodině za podporu a dodávání sil při studiu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZDRAVÍ A NEMOC	12
1.1 DESET KROKŮ KE ZDRAVÍ.....	12
1.2 REAKCE ČLOVĚKA NA SVÍZELNOU SITUACI.....	13
1.3 REAKCE ČLOVĚKA NA NEMOC	15
1.4 ETAPY PROCESU BOJE S NEMOCÍ.....	16
2 ETIKA	18
2.1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE	18
2.2 PACIENT	19
2.2.1 Potřeby člověka	19
2.2.2 Typologie klienta	20
2.3 VŠEOBECNÁ SESTRA.....	21
3 KOMUNIKACE	23
3.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	23
3.2 PODMÍNKY KOMUNIKACE	23
3.3 DRUHY KOMUNIKACE.....	24
3.3.1 Verbální komunikace	24
3.3.1.1 Druhy rozhovoru.....	25
3.3.1.2 Fáze rozhovoru	25
3.3.2 Neverbální komunikace	26
3.4 FUNKCE KOMUNIKACE	27
4 BURN-OUT SYNDROM	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
5 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	30
6 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	31
6.1 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	32
7 DISKUZE	56
8 ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	61
SEZNAM TABULEK	62
SEZNAM GRAFŮ	63
SEZNAM PŘÍLOH	64

ÚVOD

Bohužel ne všechno na světě je jednoduché a krásné, jak jsme si představovali, když jsme byli dětmi. V životě se objevují chvíle nelehké, kdy se člověk musí poprat s realitou života. Do našich životů přicházejí obavy, strachy, starosti a také nemoci.

Snad každý se někdy ocitl v situaci, kdy byl hospitalizován v nemocničním zařízení on sám nebo se do rukou zdravotnického personálu dostal jeho příbuzný či blízký. V té chvíli si samozřejmě dotyčný přeje, aby s ním samotným nebo s jeho blízkým bylo zacházeno co nejlépe, aby mu byla poskytnuta co nejkvalitnější péče. Nikdo by si nepřál, aby se na něj nebo na jeho blízkého zdravotnický personál díval „přes prsty“, odmítal s ním komunikovat, odmítal o něj pečovat, vnímal ho jako „nechtěného“.

Vnímání pacienta jako „nechtěného“ mohou někteří lidé brát jako neetické. V tichosti svého svědomí si však my, zdravotníci, můžeme odpovědět, kdy jsme se s „nechtěným“ pacientem za svou praxi setkali. Ale nejen zdravotníci, každý člověk si může odpovědět, jestli se ve svém životě setkal s druhou osobou, kterou vnímal jako „nechtěnou“.

Když se však zdravotníků nebo jiné osoby zeptáme, jaký mají důvod pro takovéto označení lidské bytosti, která má právo na důstojnost a ohleduplnou komunikaci, často udávají, že konkrétní osoba je nepříjemná, náladová, že je něčím odlišná od ostatních.

Pokud ale v sobě najdeme zájem o tuto problematiku a najdeme si čas zjistit, jaký je prvotní důvod toho, jak se který pacient nebo osoba chová a jaký má důvod pro to, že je taková, jaká je, může být ošetřování a komunikace s takovou osobou nabýt jiných rozměrů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVÍ A NEMOC

Každý si pod pojmem „zdraví“ vybaví něco jiného. Pro lékaře znamená pojem „zdraví“ nepřítomnost nemoci nebo úrazu, humanista vidí jako „zdravého člověka“ toho, který se dokáže pozitivně vyrovnávat s životními úkoly, které ho během života postihnou, sociolog si pod tímto pojmem vybaví osobu, která dokáže fungovat v sociálních rolích, které jí jsou dány a pro idealistu je to takový člověk, kterému je na světě dobře - tělesně, duševně, duchovně i sociálně. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 15)

Od roku 1947 je v ústavě Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) zakotvena tato definice zdraví: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ V roce 1984 WHO zveřejnila definici upravenou: „Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti.“ (Zacharová, Šimíčková-Čížková, Littva, 2010, s. 112)

1.1 Deset kroků ke zdraví

Klinický psycholog Fiore (1984, cit. podle Křivohlavý, 2002, s. 108) naznačil „nadějně kroky“ v procesu zvládnání nemoci. Sám Fiore byl postižen rakovinou, tyto kroky tedy upozoroval sám na sobě. Tyto kroky jsou:

Kognitivní očista jako zbavení se falešných představ, například o zázračném léku. Nemocný by měl dosáhnout poznání, že člověk je smrtelný.

Dále rozlišení dvou skutečností: toho, co se změnit nedá, a toho, co se změnit dá.

Dále pokračuje soustředěním se na to, co se změnit dá, a stanovením si reálného cíle nebo cílů a zaměřením se na ně.

Rozčlenění si času na své cestě za dosažením cílů. Nejdříve by se člověk měl věnovat cílům dílčím a až poté cílům konečným.

Dále definice kritérií pro zvládnutí prvního kroku a realizace prvního kroku k cíli nebo cílům.

Vydržení a realizace kroku druhého. Dále se zaměřovat vždy jen na jeden další krok a ten realizovat.

Zvládnutí rozhovoru sama se sebou.

Učení žít se svým postižením. Vhodné je vytvoření si nového životního stylu s ohledem na dané postižení nebo chorobu.

Žítí života pouze v přítomnosti. Nemocný by se neměl vracet k tomu, jaké to bylo před jeho onemocněním, nebo jaký by mohl vést život, kdyby k onemocnění nedošlo.

Prožívání radosti z každého okamžiku, z každé maličkosti.

Slovo „nemoc“ můžeme jednoduše nazvat poruchou zdraví, odchylkou od zdraví. Nemoc má nejednu definici. Nemoc vzniká působením ať už zevních nebo vnitřních příčin.

U každé z nemocí rozlišujeme tři roviny: somatickou (biologickou), psychologickou a sociální. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 17)

Pokud se díváme na nemoc z hlediska organického (patofyziologie), dochází k poškození, oslabení a snížení aktivity určité fyziologické činnosti. Z pohledu funkčního stavu přichází na řadu neschopnost pracovat, dochází k celkové nestabilitě. Z roviny sociálního stavu se může jednat o člověka handicapovaného, znevýhodněného vůči ostatním lidem. (Křivohlavý, 2002, s. 16)

Nemoc je osobní vztah, ve kterém se osoba necítí být zdráva (Staňková, 1997, s. 4, cit. podle Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 17).

Nemoc se dá také chápat jako porucha systému člověk - prostředí. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, Littva, 2010, s. 112)

1.2 Reakce člověka na svízelnou situaci

Kolikrát je lékem na podrážděnou náladu a nechuť k životu to, že se osoba sebere a jde někomu udělat radost. Ať už je to jen maličkostí, stačí se usmát, prohodit vlídné slovo, nebo jinak dát najevo pochopení a lásku. (Svatošová, 1995, cit. podle Křivohlavý, 2002, s. 105)

Nemoc je v životě člověka změnou, které se musí přizpůsobit. Celý organismus se musí adaptovat na danou změnu. Reakce jsou různé, u každého člověka zcela individuální.

Pojem „pacient“ je odvozený od latinského slova „patiens“ - to v latinském jazyku znamená trpělivý, trpící od „patior“ - trpět. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, Littva, 2010, s. 116)

Čechová, Mellanová, Rozsypalová (1995, s. 69, cit. podle Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 56-59) a Nakonečný (1997, s. 224, cit. podle Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 56-59) uvádí ve své literatuře patnáct reakcí člověka na svízelnou situaci. Těmito reakcemi jsou: agrese, negativismus, regrese, fixace, projekce, racionalizace, únik, identifikace, kompenzace, rezignace, represe, disociace, egocentrismus, izolace a opačné reagování.

Agrese se projevuje formou křiku, afektů zlosti, záchvatů vzteku, vyhrožování, fyzického násilí. Existuje několik druhů agrese: přímá agrese, kde je zahrnuto ničení, bití, přenesená agrese, kde se centrum zloby přenesse na jiné předměty a kdy později dochází k vandalismu a ničení. Dalším druhem agrese je autoagrese, kde se agrese přenesse na vlastní osobu, dochází k trestání sebe sama, časté jsou sebevražedné sklony. Posledním druhem agrese je zadržaná agrese, kde dochází ke slovnímu násilí, nikoli však fyzickému projevu.

Negativismus se projevuje snahou o soběstačnost a samostatnost. Člověk vykonává pravý opak, než se po něm žádá. Negativismus můžeme rozdělit na aktivní a pasivní.

Regrese je forma reakce na nemoc, kdy se člověk upíná k primitivnímu chování, i když stupeň vývoje člověka tomu neodpovídá. Může se jednat o stav, kdy klient odmítá stravu, odmítá vykonávat hygienu, brát léky, podstupovat vyšetření.

Fixace se projevuje nepřizpůsobením se na aktuální životní situaci. Ve fixační reakci na svízelnou situaci dochází ke stagnaci stavu, myšlení a chování člověka.

Projekce je takový typ reakce na svízelnou situaci, kdy může u klienta dojít k vymizení úzkosti. V této formě klient „svaluje“ vinu na své okolí, přisuzuje druhým lidem své motivy, názory a chyby, a tím svou osobu „osvobozuje“.

Racionalizace dokáže snížit napětí, pocity neúspěchu a viny tím, že si člověk přikrášluje motivaci. Jde o rozumové vysvětlení neúspěchu nebo problému.

Únik představuje vzdání se boje ještě předtím, než nastane problém, v tomto případě nemoc. Máme několik druhů úniku: odchod z nemocnice na revers, verbální únik, únik do nemoci, sebevražedné jednání, únik do narkotizace - drogy, alkohol, únik do fantazie, únik do literatury.

Identifikace je jinak nazývána ztotožnění se. Tato forma bývá nejčastěji u nejistých nemocných, kteří zdůrazňují svoji osobu a své společenské postavení.

Kompenzace znamená vyvážit a nahradit. Nemocný si nahrazuje své nedostatky v oblasti zdraví a soustřeďuje se na jinou oblast svého života. Nemocný člověk se snaží vyniknout v jiné oblasti.

Rezignace představuje ústup od boje. Nemocný se vzdává v boji se svou nemocí. Tato reakce člověka je doprovázena negativitou, lhostejností a pasivitou.

Represe je stav, kdy nemocný potlačuje své potřeby a myšlenky. Někteří nemocní mají problémy plnohodnotně komunikovat se svou rodinou i se zdravotnickým personálem.

Disociace představuje rozpad nebo narušení jednoty osobnosti. V této situaci konkrétní činnost nemocného nahrazuje mluva.

Egocentrismus je stav, kdy nemocný ve své situaci není schopen vnímat situaci okolní. Nemocný je soustředěn jen na své onemocnění a na svoje problémy.

Izolace je vystupňovanou formu úniku, která nemocnému umožňuje vyhnout se mnohým zátěžím, zklamáním a neúspěchům.

Opačné reagování nemocného představuje obavu projevit své pravé emoce vůči sobě i ostatním.

1.3 Reakce člověka na nemoc

Jobánková (1992, s. 124, cit. podle Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 20-21) rozdělila reakce člověka na nemoc podle toho, jakou má choroba u člověka hodnotu.

Jsou to tyto postoje:

Normální postoj k nemoci je postoj přirozený, „normální“. Jde o postoj, který odpovídá stavu nemocného. Nemocný je adaptován na svou nemoc, je připraven na nemoc reagovat a bojovat s ní.

Bagatelizující postoj je stav, kdy nemocný podceňuje závažnost svého onemocnění, nedodrží léčbu a vyhýbá se návštěvám lékaře. Často však za tímto postojem stojí strach, strach z bolesti, z obtíží, ze ztráty sociálních rolí.

Repudiační postoj představuje stav, kdy se nemocný snaží svou nemoc zapudit. Nebere svou nemoc vůbec na vědomí. Snaží se ignorovat nejen nemoc, ale i potíže spojené s onemocněním.

Disimulační postoj se u nemocného projeví tím, že nemocný zkresluje své obtíže, popírá problémy, neinformuje lékaře, zatajuje důležité informace o svém zdravotním stavu.

Nozofóbní postoj je stav, kdy jde o nepřiměřenou obavu z nemoci. Nemocný až přespříliš kontroluje svůj zdravotní stav. Každé své menší obtíži přiděluje velký význam a nechává se opakovaně vyšetřovat.

Hypochondrický postoj je situace, kdy klient vidí i za sebemenšími obtížemi závažnou chorobu. Své potíže prožívá velmi zaujatě. Se svými obtížemi nebojuje a podléhá jim.

Nozofilní postoj představuje „příjemný prožitek nemoci“. Tento postoj k nemoci u nemocného probíhá proto, že jako nemocný bude v očích společnosti viděn jako „hrdina“, bude na něj brán větší ohled. Pacient má pocit, že bude mít z přítomnosti nemoci jisté výhody.

Účelový postoj je takový postoj, kdy můžeme říci, že se jedná o vystupňovaný nozofilní postoj nemocného. Nemocný získá díky svému onemocnění u druhých osob soucit a bude na něj brán větší ohled. Účelové reakce na nemoc jsou vědomé či nevědomé.

Zacharová, Šimíčková-Čížková, Littva (2010, s. 118) rozlišují agravaci, simulaci a repudiaci. Agravace znamená přehánění příznaků. Může se jednat o agravaci nevědomou nebo vědomou. Při nevědomé agravaci například pacient přehání své potíže z důvodu, aby nebyl sám, chce být v něčí společnosti. Naopak při vědomé agravaci jde o účelné přehánění svých potíží například proto, aby nemocný zůstal déle v pracovní neschopnosti. Simulace je vědomé předstírání nemoci a jejích příznaků. K této situaci dochází zejména proto, aby simulant (osoba, která simuluje) dosáhl nějakých výhod. Poslední pojem repudiace je často označován za nevědomou disimulaci.

1.4 Etapy procesu boje s nemocí

Shontz (1975, cit. podle Křivohlavý, 2002, s. 36-37) představuje tyto etapy procesu boje s nemocí: šok, „usebrání“, stažení ze hry, tvorba programu k řešení krize.

Šok přichází ve chvíli, kdy se k nemocnému dostane informace, že je nemocen, že je postižen chorobou nebo těžkým úrazem. V této fázi se u nemocného střídají dvě formy šoku: ustrnutí a zděšené chování. Nemocný není duchapřítomný, je plně fixován na svou nemoc.

„Usebrání“ je taková etapa procesu boje s nemocí, kdy se nemocný vrací do reality a je schopen fungovat. Nejedná se ale o navrácení plnohodnotné. Nemocný prožívá velmi

negativní emoce. Jsou přítomny takové emoce, jako jsou strach, žal, zármutek, pocit bezmoci.

Stažení ze hry je situace, kdy nemocný vědomě přechází do únikového osamění v mentálním slova smyslu. V osamění dochází k popírání choroby a tím k úlevě. Na stranu druhou dává tato etapa nemocnému možnost vypracovat plán jeho dalšího postupu a chování.

Tvoření programu k řešení krize představuje situaci, kdy nemocný řeší svou životní situaci.

2 ETIKA

Etika je jednou ze základních disciplín filozofie. Svůj původ má etika v řeckém slově „ethos“, což v překladu do češtiny znamená „mrav, zvyk, obyčej“. Jedná se o učení, které se zabývá lidským jednáním a chováním. Hlavními zájmy etiky jsou otázky a problematika povinností a hodnot člověka. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 12-13)

Ve zdravotnictví se zabýváme etikou, jelikož je velmi důležité přidat do jakéhokoliv kontaktu s druhou osobou jemnost a citlivost. (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 350)

2.1 Základní terminologie

Mezi základní pojmy, které se v etice užívají, patří: empatie, důstojnost, morálka, mrav, mravnost a svědomí.

Empatie se dá z obecného hlediska popsat jako umění zacházet s emocemi, chápat, vžít se do druhé osoby, číst i neverbální projevy nemocného. (Hartl, Hartlová, 2008, cit. podle Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 48)

Důstojnost je úcta vůči své a druhé osobě. Každý člověk má svou důstojnost. Podle Munzarové (2005, s. 12) má člověk důstojnost už jen proto, že jest člověkem a nemůže ji ztratit kvůli jakékoliv nemoci.

Morálka je pojem odvozený od latinského slova „mos“, což znamená „mrav, zvyk, obyčej“. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 20) Morálka nás kontroluje, morálka nám hodnotí, jaké chování je dobré, a jaké chování už není ve spojení s morálním jednáním.

Mrav vyjadřuje způsob nebo zvyk, který je ve společnosti žádán. Mravy jsou různé. Mravy se odlišují podle země, kultury a společnosti. Tento pojem je součástí morálky a mravnosti. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 21)

Mravnost vyjadřuje způsob života, který vede každý člověk. Je to takový způsob života, který je v souladu s danými zákony a normami. Jedná se o pojem abstraktní, za konkrétnost můžeme považovat způsob jednání. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 21)

Svědomí popisuje Jankovský (2003, s. 31) jako pozoruhodný fenomén lidského vědomí, který je sám o sobě výjimečným jevem.

Tento pozoruhodný fenomén umožňuje člověku hodnotit své chování a postoje. Ve zdravotnictví, ve vztahu zdravotnického pracovníka vůči pacientovi, se velmi úzce vztahuje k zásadě „Primum non nocere“ (Především nepoškodit).

Domníváme se, že Haškovcová (2000, s. 25) dává dohromady velmi výstižné mravní desatero:

1. Hleď svého zdraví, neboť národ tvůj i lidstvo potřebuje zdravých mužů a zdravých žen.
2. Vzdělávej svůj rozum, abys pomohl národu svému poznávati Pravdu.
3. Zušlechťuj svůj cit, aby ses stal šířitelem Krásna ve vlasti své.
4. Zvykej svou vůli chtít Dobro, neboť národ i lidstvo potřebuje šlechtných jedinců.
5. Pečuj o svou rodinu, jejíž jsi částí, neboť štěstím tvé rodiny podmíněno jest štěstí tvé vlastní.
6. Starej se o zdraví svých spoluobčanů, neboť nemocemi svého okolí utrpíš sám i tvá rodina.
7. Pečuj o vzdělání, zušlechtění a umravnění svých spoluobčanů, neboť jejich nevzdělanost, hrubost a zlá vůle přinese tobě i tvé rodině škody nesčetné.
8. Miluj svou vlast a starej se pilně o její rozkvět a blaho, neboť tvůj vlastní vzrůst závisí na rozkvětu jejím.
9. Lidstvo celé se skládá z národů, a proto pěstuj cíle všelidské, neboť jen jimi může i národ tvůj dosíci nerušeného rozvoje.
10. Přispívej k splnění úkolu lidstva na této planetě a k jeho povinnostem k tvorstvu ostatnímu, neboť jen rovnováha života na zeměkouli může i životu lidskému zaručiti nerušené trvání a pokrok.

2.2 Pacient

2.2.1 Potřeby člověka

Každý člověk, nejen nemocný, má své potřeby, které pokud nebudou uspokojeny, tak u něj nenastane celková rovnováha a harmonie těla. Hlavní představitel humanistické psychologie Abraham Maslow (1908-1970) rozdělil potřeby do hierarchické pyramidy, kde je jasně vidět, které potřeby jsou základní a které potřeby jsou vyšší.

Výsledkem působnosti mezi organismem a prostředím je potřeba. Podoba potřeby, kterou má nemocný člověk, je závislá na nemoci a jejím charakteru, na pacientovi a na sociálních poměrech, ve kterých nemocný žije. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 22)

Bártlová (2003, cit. podle Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 22-24) rozděluje potřeby člověka na:

- potřeby, které se působením nemoci nemění
- potřeby, které se působením nemoci obmění
- potřeby, které působením nemoci vznikají

Potřeby, které se působením nemoci nemění, jsou potřeby, jaké má i zdravý jedinec. Pro příklad je to potřeba vzduchu, spánku, výživy, vyprazdňování se. V období nemoci ale dochází ke zdůrazňování a zintenzivnění těchto potřeb. Při hospitalizaci jsou tyto potřeby uspokojovány za pomoci zdravotnického personálu. Potřeby, které se působením nemoci obmění, jsou ty potřeby, které jsou velmi individuální a proměnlivé. Pro příklad, potřeba aktivity se v této fázi, ve fázi nemoci, přesouvá do aktivního souboje s nemocí. Dále jsou to potřeby například kulturní, které se odvíjejí velmi často podle prostředí pacienta. Potřeby, které působením nemoci vznikají, závisí na mnoha faktorech: na přítomnosti nemoci, osobnosti nemocného, vztahu a chování okolí. Zde se řadí potřeby jako: odstranění bolesti a navrácení zdraví. Nemocný bývá při přítomnosti nemoci omezen v řadě činností, které mohou jeho psychický stav velmi ovlivnit. Patří sem například omezení v cestování, omezení styku s přáteli, často je to omezení kouřit nebo jíst oblíbená jídla.

Každý zdravotník by měl mít na paměti, že každý nemocný je lidská bytost, která potřebuje sociální kontakt, porozumění, pochopení a pomoc, bezpečí a jistotu. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 23-24)

2.2.2 Typologie klienta

Můžeme říci, že pacient, který je „dobrý“, je ten, který je ochotný, dodržuje předepsaný režim, nedělá zdravotnickému personálu ani menší, ani větší problémy. (Křivohlavý, 2002, s. 53)

V práci se zabýváme otázkou - kdo je „nechtěný“ pacient. Bez konkretizování by to mohl být každý pacient, který se liší od ostatních pacientů tím, že má zvýšené nároky na péči, je s ním zhoršená komunikace z různých důvodů, je něčím odlišný. Ale má zdravotník vymezen pojem co je a co není „normální“?

Kutnohorská, Cichá, Goldmann (2011, s. 139) představují tyto „typy“ klientů:

Hostilní (nepřátelský) klient se chová nepřátelsky, mnohdy až agresivně. Vede spory o způsobu léčby a jednání personálu, většinou se nepodílí na spolupráci s personálem.

Zdravotnický pracovník jako profesionál by měl chápat situaci, v níž se takovýto klient nachází. Velmi důležité je zjistit, zda původ klientovy agresivity je opodstatněný. Někdy i takovýto pacient může mít zcela reálný a střízlivý pohled na věc.

Závislý klient se na zdravotnický personál obrací s každou sebemenší žádostí, dokonce i s osobními problémy. Na počátku kontaktu s takovýmto klientem se může zdát, že půjde o velmi dobře spolupracujícího klienta. Zdravotnický personál by měl odhalit, v čem spočívá klientova závislost a z jakého důvodu závislost existuje. Mnohokrát může jít o osamocení, sociální nouzi nebo stárí. V rámci možností je ale velmi dobré vést klienty k samostatnosti. Je to v zájmu nejen zdravotních pracovníků, ale hlavně v zájmu klientů.

Perfekcionistický, rigidní, kompetitivní klient je takový klient, u kterého vyvolává všechno dění ve zdravotnickém zařízení pocit ohrožení. V jeho jednání pozorujeme směs úzkosti a nepřátelství. Takovýto klient vidí zdravotnický personál jako neschopné, málo inteligentní. Zdravotnický pracovník by se měl zachovat profesionálně, rozmlouvat s klientem bez agresivity a nedávat mu najevo svou nadřazenost.

Seduktivní (svádějící) klient se snaží být klientem „neobyčejným“. Klient zastává názor, že mu intimní vztah se zdravotníkem pomůže. Zdravotnický pracovník by měl včas rozpoznat toto záměrné chování klienta. Při jeho odmítnutí by ale měl zdravotník dbát na jeho důstojnost.

2.3 Všeobecná sestra

Podle Kopřivy (2011, s. 21) je úkolem každé osoby, která pracuje v pomáhajících profesích pochopit každého klienta bez rozdílu. Zdravotnický pracovník má každého klienta chápat, zajímat se o něj, vcítit se do něj, mít ho rád a hlavně vidět v něm ty dobré stránky, které jiným většinou unikají.

Haškovcová (2000, s. 5) představuje všeobecnou sestru jako reprezentantku zdravotnické kategorie. Udává, že všeobecná sestra je pro pacienta nejen osobou, která mu odborně pomáhá, ale hlavně osobou lidsky blízkou.

Zdravotnické povolání patří do skupiny povolání velmi fyzicky i psychicky náročných, ať už z hlediska odborné přípravy k vykonávání této profese, tak kvůli následné pracovní činnosti.

Jak zdokumentovala ve svých zápiscích Florence Nightingalová: ošetřování je ošetřovatelce jediným úkolem. (Kutnohorská, 2010, s. 37)

K výkonu funkce zdravotnického povolání jsou nezbytné osobnostní předpoklady. Dostatečná sebekritičnost a kritičnost, míra empatie, trpělivost, sebeovládání. Mnohdy je na místě smysl pro humor, který ale nesmí hraničit s ironií. Dále se kvalitní zdravotník vyznačuje hodnotovou orientací a v neposlední řadě humánním vztahem k nemocnému, který je zároveň projevem vyrovnané a klidné osobnosti zdravotníka. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 62-63)

Sestra zastává ve svém povolání několik rolí. Sestra je brána jako pečovatel, edukátor nemocného a jeho rodiny, jako obhájce (advokát) nemocného, jako koordinátor a sestra jako asistent. (Staňková, 2002, s. 11-12)

Pacient vnímá všeobecnou sestru, která o něj pečuje, jako člověka, který poskytuje oporu a porozumění, jako člověka, který je prostředníkem mezi ním a lékařem, jako člověka, který snižuje mezi těmito osobami napětí, jako člena zdravotnického týmu, který upevňuje důvěru nemocného v léčebný proces a v neposlední řadě jako prvek, který pečuje o emocionální stav nemocného. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 66-67)

Aby mohla sestra úspěšně plnit tuto svou roli, je zapotřebí, aby byly realizovány tři přístupy. Těmito přístupy jsou kolektivní orientace, univerzalismus a emocionální neutralita. Kolektivní orientace znamená, že všeobecná sestra upřednostňuje potřeby nemocného před potřebami svými. Univerzalismus předpokládá, že všeobecná sestra bude ke všem nemocným přistupovat bez rozdílu, aniž by někoho upřednostňovala. A emocionální neutralita znamená předpoklad, že všeobecná sestra je schopna podřídit svoji emocionalitu rozumové kontrole. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 67)

3 KOMUNIKACE

Zacházení lékaře s nemocným a postoj a chování nemocného a jeho příbuzných k nemoci a umírání bylo již ve středověku určeno sedmi ctnostmi: víra, naděje, láska, moudrost, spravedlnost, statečnost a skromnost. (Haškovcová, 2000, s. 17)

Vágnerová (2004, s. 297) poukazuje na to, že komunikace není „pouze“ výměna informací, ale zahrnuje také sdílení, prožívání a hodnocení dané situace.

Křivohlavý (2002, s. 75) k tomu doplňuje, že umění komunikovat má dvě stránky: „umění mluvit“ a „umění naslouchat“.

3.1 Vymezení pojmů

Zacharová, Hermanová, Šrámková (2007, s. 86) vymezují tyto pojmy komunikace: komunikátor, komunikant, komuniké, autokomunikace, zpětná vazba.

Komunikátor je mluvčí v komunikačním procesu. Od komunikátora většinou přichází impulz zahájení komunikace a vychází od něj určité sdělení.

Komunikant v komunikačním procesu představuje příjemce. Komunikant se snaží zprávě, kterou mu komunikátor vyslal, porozumět.

Komuniké rozumíme vysílanou zprávu.

Autokomunikace je vnitřní monolog, jde o rozhovor k sobě samému.

Zpětná vazba umožňuje zdravotnickému personálu zjistit, zda byl výklad klientovi jasný.

Komunikace je proces vzájemného předávání informací v kontaktu s druhou osobou. Osvojili jsme si ji v prvních letech života každého z nás.

Komunikace je důležitou součástí ošetrovatelské péče a spolupráce mezi zdravotnickým personálem navzájem.

3.2 Podmínky komunikace

Podmínky, aby komunikace vůbec vznikla, jsou velmi jednoduché. Avšak aby byla komunikace kvalitní a produktivní, je třeba dodržet pár postupů, které ke kvalitní a produktivní komunikaci vedou.

Mellanová (1997, s. 26) definovala tři krásná slova, která by měla vést k vysoké kvalitě komunikace: *chtít, umět a moci*.

Chtít komunikovat přichází hlavně ze strany nemocného, který se na zdravotníka chce obrátit se svým problémem. Často je to zdravotník, který komunikovat nechce, nebo dokonce odmítá. Odmítat může z různých důvodů, například kvůli nedostatku času, nezájmu o pacienta, únavě, syndromu vyhoření nebo nevědomosti.

Mellanová (1997) se dále domnívá, že mnozí zdravotníci si nevědí rady s informací, kterou jim poskytne nemocný. Proto s ním následně omezí kontakt, a tak i komunikaci.

Když se sestra nedozvídá, nemusí reagovat, nemusí pomáhat, nemusí nic řešit (Mellanová, 1997, s. 27).

3.3 Druhy komunikace

Komunikační proces je to, k čemu při komunikaci dochází, probíhá formou přijímání a sdělování informací. Tato komunikace je nazývána sociální, jelikož probíhá mezi lidmi. Člověk je tvor společenský, proto je pro něj zcela přirozené komunikovat. Známé pořekadlo platí už po několik desítek i stovek let: sdílená radost je dvojitá radost, kdežto sdílený smutek stává se polovičním.

Jankovský (2003) pod pojmem „nekomunikovat“ vidí jasná negativa: *Přestane-li člověk komunikovat, je to zpravidla zřetelný projev jeho rezignace* (Jankovský, 2003, s. 72).

Ve zdravotnické profesi je velmi důležité si správnou komunikaci osvojit.

3.3.1 Verbální komunikace

Symboly této komunikace jsou slova a řeč.

Rozhovor je plánovaná komunikace nebo konverzace, která se uplatňuje ve všech fázích ošetrovatelského procesu (Kristová, 2004, s. 56, cit. podle Zacharová, Šimíčková-Čížková, Littva, 2010, s. 187).

Aby došlo ke kvalitní verbální komunikaci, je zapotřebí dodržet základní kritéria účinné komunikace. Měli bychom dbát na jednoduchost, stručnost, zřetelnost, přesné vyjádření, používat běžných srozumitelných slov. Komunikátor by měl hovořit tak, aby se příjemce informace dozvěděl vše, co potřebuje, aby věděl. Komunikátor by měl dbát na pomalost a jasnost mluveného slova a v neposlední řadě na zřetelnou výslovnost. Dále hraje roli i správné načasování, přizpůsobivost a také důvěryhodnost. (Kozier a kol., 1995 cit. podle Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 83)

3.3.1.1 *Druhy rozhovoru*

Čížková (2000, cit. podle Zacharová, Hermanová, Šrámková, s. 88) rozděluje rozhovor takto:

Standardizovaný rozhovor má přesně určenou formulaci otázek i jejich pořadí, ale je vymezena také role tazatele. Předností tohoto druhu rozhovoru je velmi kvalitní srovnatelnost získaných dat a spolehlivost. Nevýhoda je však nemožnost klást upřesňující otázky.

Nestandardizovaný rozhovor určuje pouze soubor cílů nebo okruh informací. Otázky, ať už jejich pořadí nebo formulace, jsou přizpůsobeny osobnosti dotazovaného. Výhodou tohoto typu rozhovoru je přirozenost, naopak nedostatkem je menší možnost srovnání získaných výsledků.

Volný rozhovor má stanoven konkrétní cíl, ale prostředky k jeho dosažení jsou zcela libovolné, nejsou předem stanoveny. Často dochází k pozměnění témat a směrů rozhovoru.

Individuální rozhovor je vhodný především k získávání soukromých údajů a informací, týkajících se soukromého života. K problémům může dojít při špatném vysvětlení interpretovaného sdělení.

Skupinový rozhovor představuje skupinovou diskuzi. Při tomto typu rozhovoru se velmi dobře poznává psychická atmosféra ve skupině. Účastníci rozhovoru velmi často opravují chyby, které předešlá osoba sdělila. Na povrch se dostávají informace, o kterých by se za jiných okolností nevědělo.

Diagnostický rozhovor má odhalit taková fakta a informace, které se týkají dotazované osoby. Tento rozhovor je nejčastěji využíván ve zdravotnické praxi.

Terapeutický rozhovor je využíván v lékařské psychologické i psychoterapeutické praxi. Je zaměřen na utišení, uklidnění, povzbuzení a nalezení optimálního řešení problémové situace pacienta. Tento druh rozhovoru je realizován profesionály.

3.3.1.2 *Fáze rozhovoru*

Zacharová, Hermanová, Šrámková (2007, s. 88-89) představují tyto čtyři fáze rozhovoru:

1. Úvod by v sobě měl obsahovat motivaci a sdělení účelu rozhovoru. Komunikátor by měl v oslovené osobě vzbuzovat důvěru a empatii.
2. Vzestup a pokračování navazuje na problematiku rozhovoru. Nejdříve se využívá obecnějších témat a postupně se k oslovenému přibližuje. Při rozhovoru je třeba být

trpělivý, příliš nezasahovat do mluvy osloveného. Sdílnost a spontánnost vůči oslovené osobě se přibližuje pomocí pomlk, parafrázování nebo objasňování.

3. Vrchol a rozuzlení, které jsou považovány za podstatu rozhovoru, hrají velmi důležitou roli. Při zjištění potřebných informací nesmí komunikátor zapomenout na ověření si získaných dat.
4. Závěr rozhovoru by měl obsahovat uklidnění, že zjištěné informace nebudou vůči oslovené osobě zneužity. Rozhovor by měl být ukončen tak, aby se v něm dalo kdykoli pokračovat a s dotazujícím dále spolupracovat. Komunikátor by neměl zapomínat na to, že klidná a příjemná atmosféra vede ke vhodné a kvalitní komunikaci.

3.3.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikací rozumíme řeč těla, mimoslovní projev. Tento typ komunikace často projevuje pocity a smýšlení člověka více, než komunikace verbální – pomocí slov. Tyto projevy si uvědomujeme daleko méně než slova vyřčená. Jsou přirozenější, často i pravdivější.

Verbálně vyjádřené slovo je neverbální komunikací podpořeno, upřesněno a akcentováno. Nejčastějším vyjádřením neverbální komunikace bývají emoce, ale také postoj a vztah ke komunikačnímu partnerovi nebo konkrétně sdělené informaci. (Vágnerová, 2004, s. 299)

Zacharová, Hermanová, Šrámková (2007, s. 84-86) popisují tyto neverbální projevy: chůze a držení těla, vzdálenost, postoj, mimika, pantomimika, haptika a zrakový kontakt.

Chůze a držení těla představují ukazatele sebehodnocení, zdraví a momentální nálady.

Vzdálenost (proxemika) informuje o vztahu dvou lidí. Rozlišujeme tyto vzdálenosti:

- Intimní (soukromá) vzdálenost je od 15 cm do 30 cm, jedná se o velmi osobní kontakt, je přítomen haptický dotek, a jsou sdělovány důvěrné informace.
- Osobní (přátelská) vzdálenost je udávána od 45 cm do 120 cm, jedná se o zónu dotyku.
- Sociální (pracovní, formální) vzdálenost se udává od 150 cm do 350 cm, tato vzdálenost umocňuje pocit vlastního bezpečí.
- Veřejná (lhostejná) vzdálenost se udává okolo 800 cm a slouží k veřejnému vystupování.

Postoj (posturitika) poukazuje na postoj těla a držení všech částí těla. Postoj dvou lidí, kteří spolu vedou rozhovor, by měla být pokud možno v souladu.

Mimika je výraz obličeje. Pomocí mimiky se sděluje nespočetné množství emocí. Horní polovina obličeje projevuje takové emoce, jako jsou strach, úzkost a bolest. Dolní polovina obličeje prozrazuje uvolnění a klid.

Zdravotníci by měli pamatovat na to, že úsměv je nejlevnějším lékem. (Mellanová, 1997, s. 28) A v některých případech i neúčinnějším.

Pantomimika (gestikulace) vyjadřuje řeč rukou.

Haptika (tělesný kontakt) všeobecně sestře umožňuje projevit empatii vůči nemocnému, a to držením rukou nebo pohlazením.

Zrakový kontakt bývá obvykle prvním prostředkem pro navázání kontaktu.

Do neverbálních aspektů řeči patří tón, hlasitost hlasu, akcenty, odmlky. To všechno slouží k upřesnění slovního projevu. (Vágnerová, 2004, s. 301)

3.4 Funkce komunikace

Podle toho, jakého zaměření komunikace je, rozlišuje Vágnerová (2004, s. 297) tyto funkce komunikace:

Funkce informační má za cíl předat informaci druhé osobě.

Funkce instruktivní má za cíl druhou osobu naučit.

Funkce přesvědčovací má za cíl druhou osobu ovlivnit nebo dokonce až zmanipulovat. (Vybíral, 2000, cit. podle Vágnerová, 2004, s. 297)

Funkce podpůrná má za cíl vyjádřit druhé osobě svou náklonnost, ochotu, oporu a zájem.

Funkce relaxační má za cíl druhou osobu pobavit a rozptýlit.

4 BURN-OUT SYNDROM

Syndrom vyhoření je chápán jako tělesné a duševní vyčerpání, které je popisováno u pomáhajících profesí. Příčin vzniku je několik. Jsou to individuální, profesní a organizační faktory. Mezi faktory individuální patří například neschopnost požádat druhou osobu o pomoc, stres nebo konfliktní napětí. K faktorům profesním patří nedostatek autonomie nebo nedostatečná pozitivní zpětná vazba. A k faktorům organizačním řadíme například akutní příjmy na pracovišti, přesčasy nebo směnný provoz. (Staňková, 2002, s. 72)

Termín syndrom vyhoření byl poprvé použit v roce 1974, kdy pojem „burn-out“ začal používat H. J. Freudenberger. (Bartošíková, 2006, s. 20)

Mezi hlavní projevy syndromu vyhoření patří ztráta radosti ze života, ztráta vůle se angažovat v práci, ztráta pocitu zodpovědnosti. Mezi jeho fyziologické projevy patří poruchy spánku, nechutenství, unavenost nebo oslabení imunity. Dále jsou přítomny také emocionální problémy, agresivita, náladovost, netrpělivost, nervozita, deprese a psychické poruchy. Někdy se objevuje potřeba pití alkoholu a užívání drog. (Staňková, 2002, s. 72-73)

Syndrom vyhoření je procesem plíživým, může trvat i několik let. Staňková (2002, s. 73) popisuje tyto fáze:

Fáze nadšení je popisována, když sestra přichází s pocitem pomáhat druhé osobě a poskytovat ji co nejlepší péči.

Fáze stagnace je fáze, kdy se motivace sestry otupí a sestra začíná ustupovat od názoru, že chce každému pacientovi poskytnout tu nejlepší péči.

Fáze frustrace poukazuje na stav sestry, která je svým povoláním zklamána.

Fáze apatie představuje sestru, která v této fázi provádí jen to, co je nezbytně nutné, často s pacientem nekomunikuje, nezajímá se o něj jako o bio-psycho-sociální jednotku.

Fáze vyhoření se projeví naprostou lhostejností sestry vůči zaměstnání, ale také jejími psychickými i somatickými potížemi.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

1. Zmapovat, jaký osobnostní „typ pacienta“ je pro všeobecné sestry považován za „nechtěný“.
2. Zjistit, zda všeobecné sestry dodržují etické zásady u pacientů, kteří jsou označeni jako „nechtění“.
3. Zmapovat, jakým způsobem nejčastěji dochází k porušování etických zásad ze strany všeobecných sester.
4. Zhodnotit, jakým způsobem předcházejí všeobecné sestry syndromu vyhoření.

6 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro zpracování této práce byla zvolena kvantitativní forma průzkumu. Průzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření. Respondenty tohoto průzkumu byly všeobecné sestry na standardních ošetrovatelských jednotkách.

Dotazníkové šetření probíhalo v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a. s. ve Zlíně. Při tomto průzkumu bylo rozdáno 100 dotazníkových formulářů (100,0 %) na interní, geriatrická a traumatologická oddělení. Dotazníkový formulář obsahoval 15 otázek, jak uzavřených, tak otevřených. Vráceno bylo celkem 73 vyplněných dotazníkových formulářů (73,0 %).

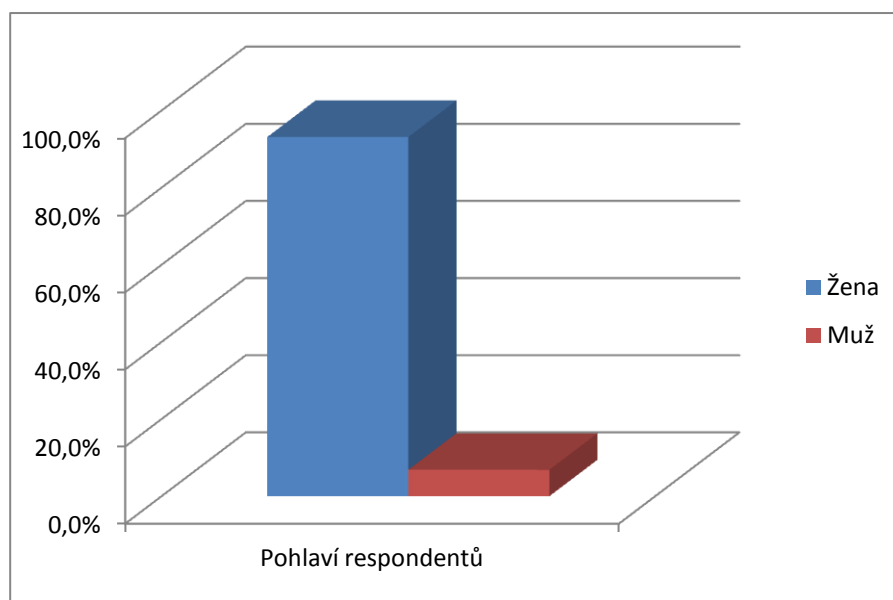
Všechna data, která byla získána pomocí dotazníkového šetření, byla zpracována do přehledných tabulek a grafů. Tato zaznamenaná data byla zpracována v absolutní a relativní (%) četnosti.

6.1 Výsledky průzkumného šetření

1. Pohlaví respondentů.

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	68	93,2 %
Muž	5	6,8 %
Celkem	73	100,0 %



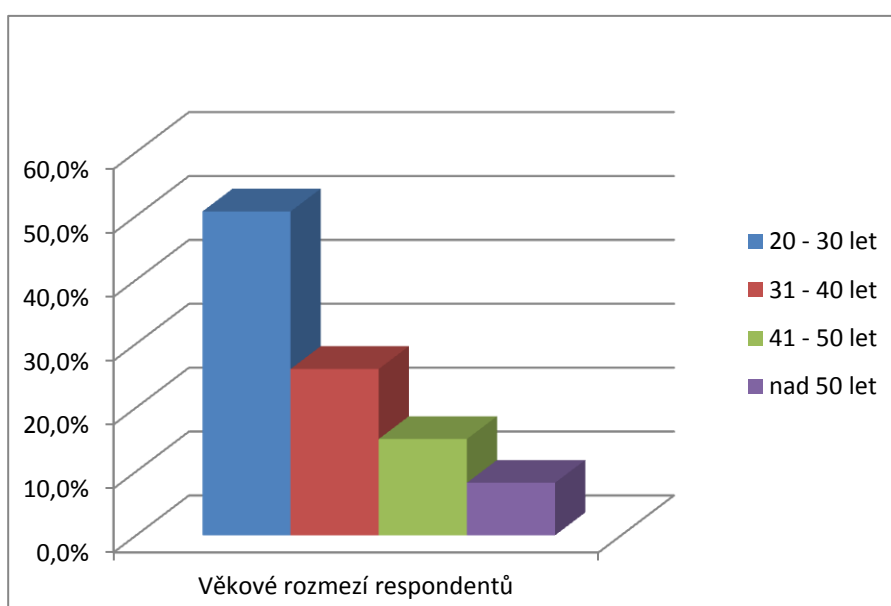
Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

Položka 1 v dotazníkovém šetření nám oznamuje pohlaví respondentů. Celkem se výzkumu zúčastnilo 73 respondentů (100,0 %). Z grafu jasně vyplývá, že u respondentů silně převažovalo ženské pohlaví. Tohoto dotazníkového šetření se zúčastnilo 5 mužů (6,8 %) a 68 žen (93,2 %).

2. Kolik je Vám let?

Tabulka č. 2 – Věkové rozmezí respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
20 - 30 let	37	50,7 %
31 - 40 let	19	26,0 %
41 - 50 let	11	15,1 %
Nad 50 let	6	8,2 %
Celkem	73	100 %



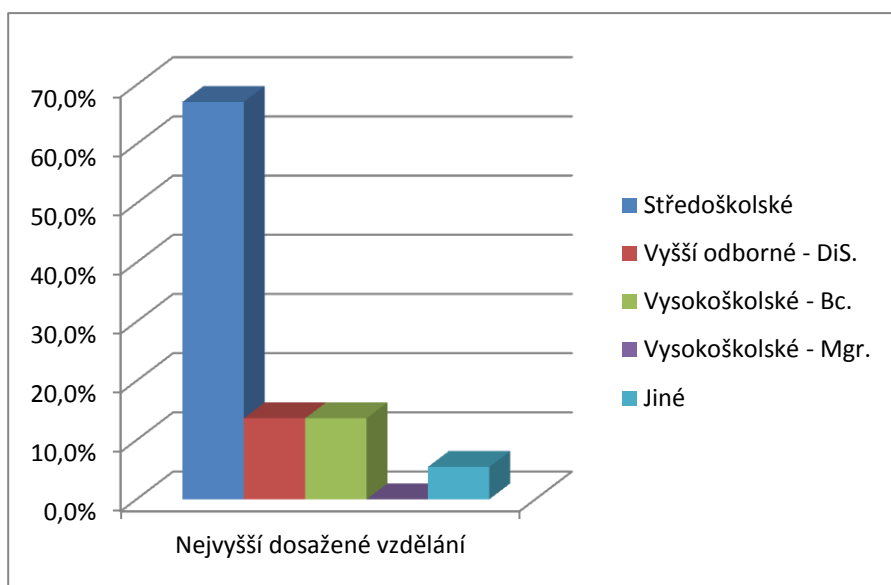
Graf č. 2 – Věkové rozmezí respondentů

Z položky č. 2 jasně vyplývá, že nejvíce zastoupenou věkovou kategorií v tomto dotazníkovém šetření byli respondenti ve věku od 20 do 30 let. Těchto respondentů bylo 37 (50,7 %). Dále byla silně zastoupená skupina respondentů ve věku od 31 let do 40 let, zde je počet respondentů 19 (26,0 %). 11 respondentů (15,1 %) pak bylo ve věku od 41 let do 50 let. Nad 50 let bylo v dotazníkovém šetření zúčastněno 6 respondentů (8,2 %).

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní činnost
Středoškolské	49	67,1 %
Vyšší odborné - DiS.	10	13,7 %
Vysokoškolské - Bc.	10	13,7 %
Vysokoškolské - Mgr.	0	0,0 %
Jiné	4	5,5 %
Celkem	73	100 %



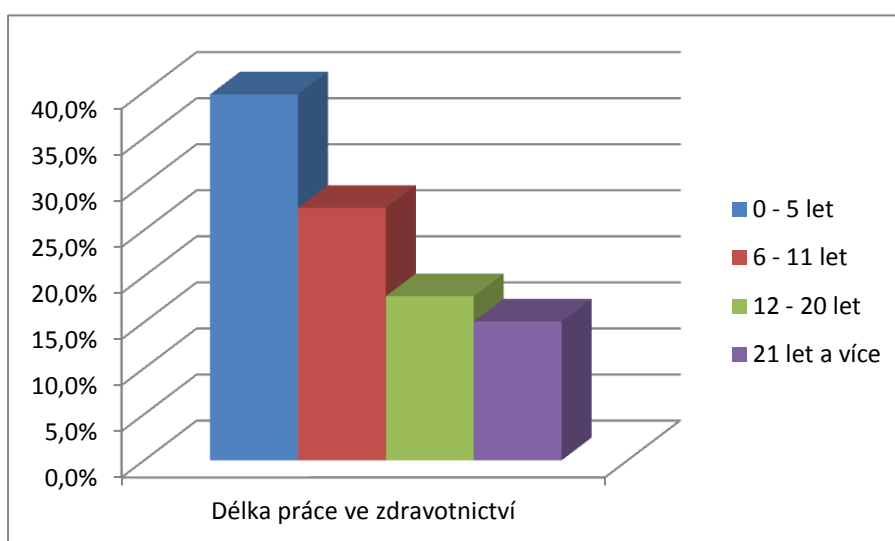
Graf č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Jako nejvyšší dosažené vzdělání u všeobecných sester v tomto dotazníkovém šetření bylo nejčastěji vzdělání středoškolské. Středoškolské vzdělání má 49 respondentů (67,1 %). Vyšší odborné studium má za sebou 10 respondentů (13,7 %), stejně tak vysokoškolské bakalářské 10 respondentů (13,7 %). Magisterské vzdělání nemá ani jeden respondent. 4 respondenti (5,5 %) zaznačili, že mají jiné nejvyšší dosažené vzdělání. Respondenti uvedli tyto údaje o jejich studiu: 2 respondenti uvedli pomaturitní specializační studium (dále jen PSS studium), 1 respondent uvedl inženýrské studium managementu ve zdravotnictví a 1 respondent uvedl jako své nejvýše dosažené vzdělání speciální studium Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (dále jen NCONZO).

4. Jak dlouho již pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 4 – Délka práce ve zdravotnictví

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 - 5 let	29	39,7 %
6 - 11 let	20	27,4 %
12 - 20 let	13	17,8 %
21 let a více	11	15,1 %
Celkem	73	100 %



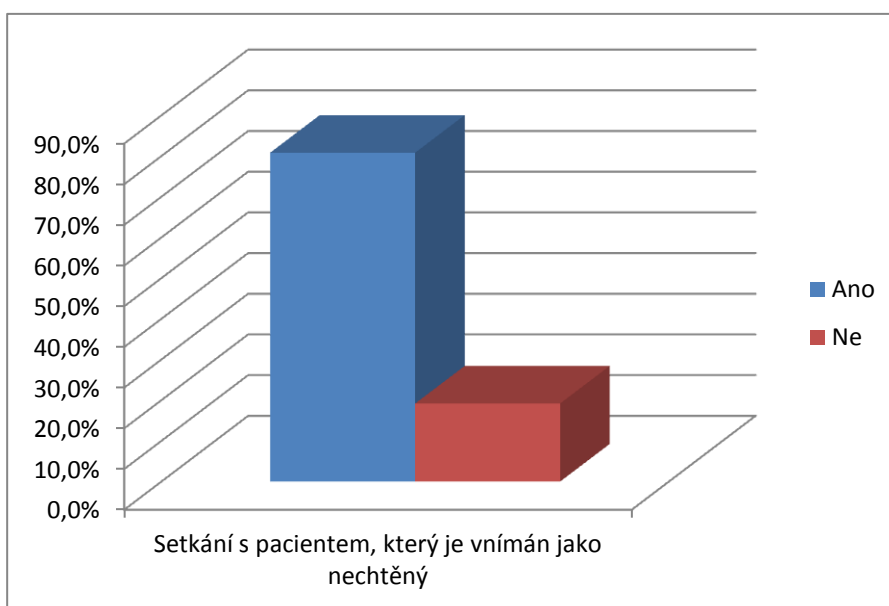
Graf č. 4 – Délka práce ve zdravotnictví

Položka č. 4 odhaluje, jak dlouho pracují respondenti ve zdravotnictví. Nejvíce zastoupenou skupinou byli ti respondenti, kteří pracují ve zdravotnictví v rozmezí 0 až 5 let. Těchto respondentů bylo 29 (39,7 %). Dále následovali respondenti, kteří pracují ve zdravotnictví 6 až 11 let. Takových respondentů bylo v našem šetření 20 (27,4 %). Následovala skupina o počtu 13 respondentů (17,8 %), kteří ve zdravotnictví pracují v rozmezí 12 až 20 let. A nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti, kteří ve zdravotnictví pracují více než 21 let. Těchto respondentů bylo 11 (15,1 %).

5. Už jste se setkal/a ve Vaší praxi s pacientem, kterého byste označil/a jako „nechtěného“?

Tabulka č. 5 - Setkání s pacientem, který je vnímán jako „nechtěný“

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	59	80,8 %
Ne	14	19,2 %
Celkem	73	100 %



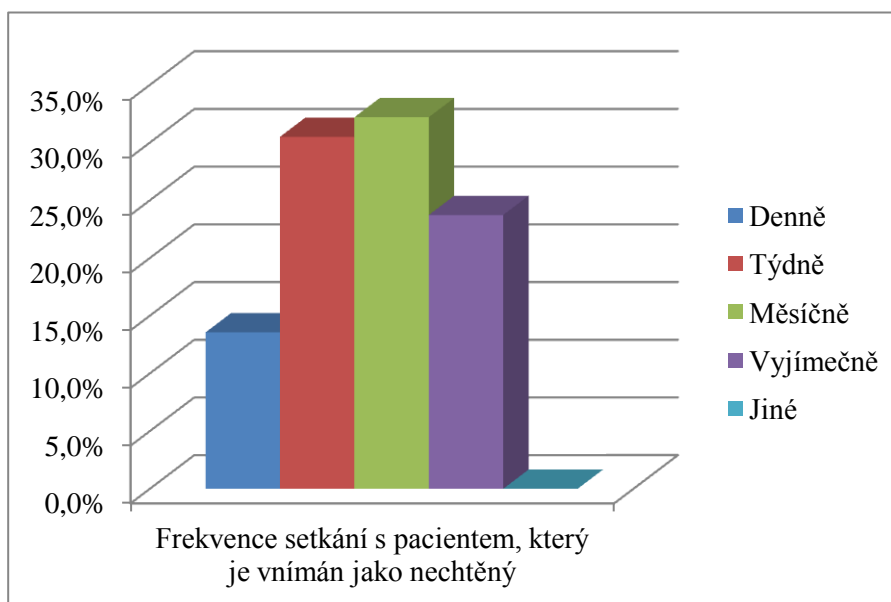
Graf č. 5 - Setkání s pacientem, který je vnímán jako „nechtěný“

Otázka č. 5 zjišťuje, zda se všeobecné sestry za svou praxi setkaly s pacientem/klientem, kterého vnímaly jako „nechtěného“. Z grafu vyplývá, že 59 všeobecných sester (80,8 %) se za svou praxi s takto vnímaným pacientem setkalo. Zbýlých 14 všeobecných sester (19,2 %) udává, že se s pacientem, kterého by vnímaly jako „nechtěného“, nesetkaly.

6. Jak často se setkáváte s pacienty tohoto typu?

Tabulka č. 6 - Frekvence setkání s pacientem, který je vnímán jako „nechtěný“

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	8	13,6 %
Týdně	18	30,5 %
Měsíčně	19	32,2 %
Výjimečně	14	23,7 %
Jiné	0	0,0 %
Celkem	59	100 %



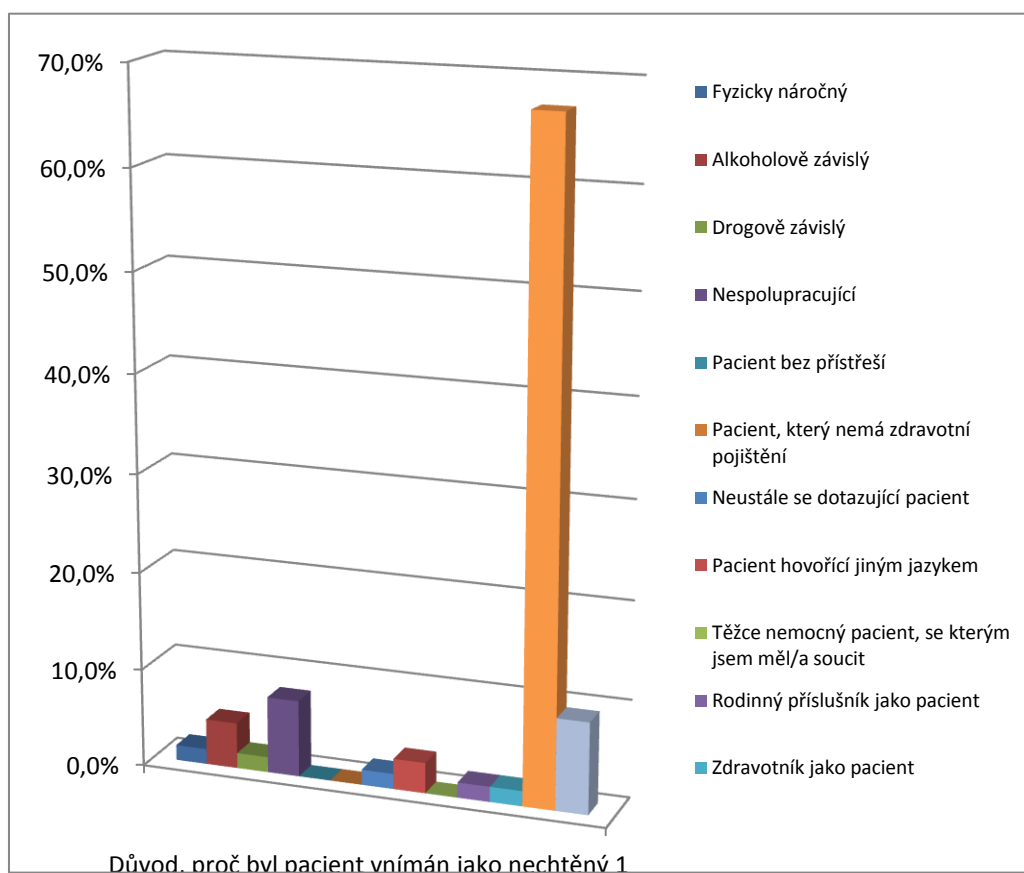
Graf č. 6 - Frekvence setkání s pacientem, který je vnímán jako „nechtěný“

8 respondentů (13,6 %) na tuto otázku odpovědělo, že se s pacientem, kterého vnímají jako „nechtěného“, setkávají denně. Že se s „nechtěným“ pacientem setkávají přibližně týdně, odpovědělo 18 respondentů (30,5 %). O jednoho respondenta více, tedy 19 respondentů (32,2 %) udává, že se setkávají s takovýmto pacientem cca 1x měsíčně. A 14 respondentů (23,7 %) udává, že se s takto vnímaným pacientem setkávají výjimečně. Ani jeden respondent ne zvolil možnost „jiné“.

7. Z jakého důvodu pro Vás byl pacient „nechtěný“?

Tabulka č. 7 - Důvody, proč byl pacient vnímán jako „nechtěný“ 1

Odpověď	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Fyzicky náročný	1	1,6 %
Alkoholově závislý	3	4,7 %
Drogově závislý	1	1,6 %
Nespolupracující	5	7,8 %
Pacient bez přístřeší	0	0,0 %
Pacient, který nemá zdrav. pojištění	0	0,0 %
Neustále se dotazující	1	1,6 %
Pacient hovořící jiným jazykem	2	3,1 %
Těžce nemocný	0	0,0 %
Rodinný příslušník	1	1,6 %
Zdravotník	1	1,6 %
Kombinace několika typů	43	67,2 %
Jiné	6	9,4 %
Celkem	64	100 %

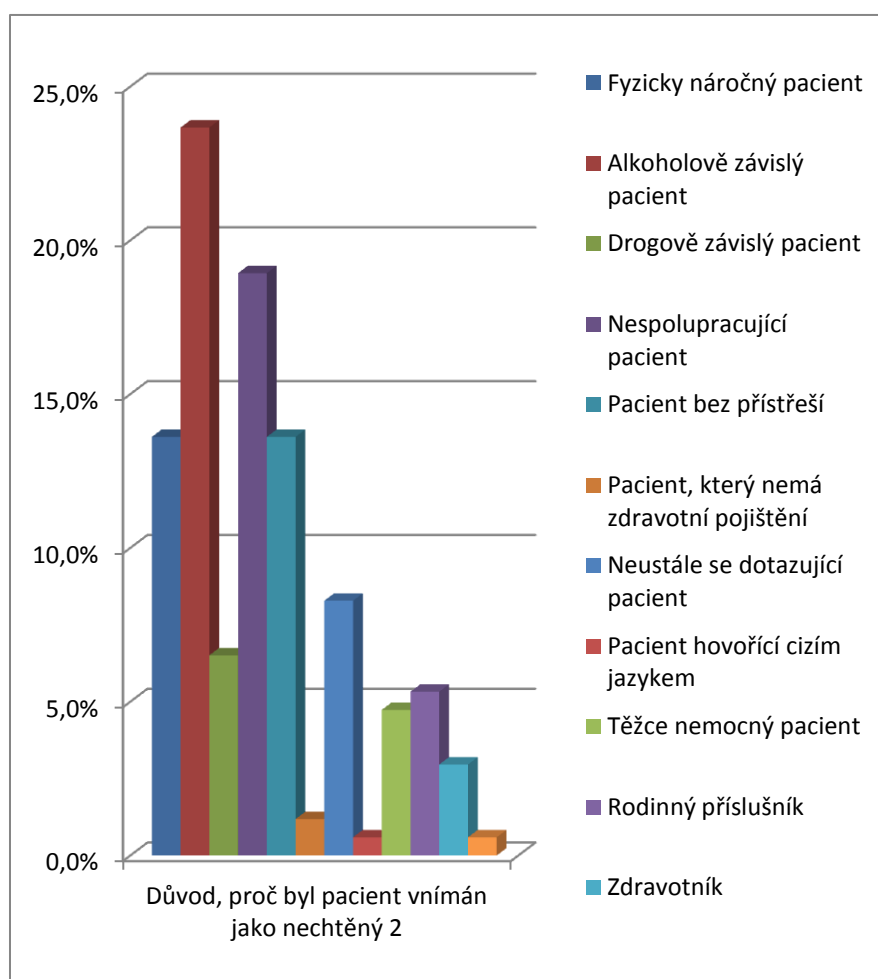


Graf č. 7 - Důvody, proč byl pacient vnímán jako „nechtěný“ 1

Na tuto otázku odpovědělo celkem 65 respondentů (100,0 %). 1 respondent (1,5 %) odpověděl, že jako „nechtěného“ pacienta vnímal fyzicky náročného pacienta. Alkoholově závislého pacienta označili jako „nechtěného“ 3 respondenti (4,6 %). 1 respondent (1,5 %) označil jako „nechtěného“ drogově závislého pacienta. 5 respondentů (7,7 %) vnímá jako „nechtěného“ pacienta nespolupracujícího, který například odmítá vyšetření, péči nebo odmítá komunikovat. Žádný z respondentů neoznačil jako „nechtěného“ pacienta bez přístřeší a pacienta, který nemá zdravotní pojištění nebo nedostatek financí. 1 respondent (1,5 %) označil jako „nechtěného“ toho pacienta, který se na něco neustále dotazuje, popřípadě, kdy se zdravotníků dotazuje pacientova rodina. 2 respondenti (3,1 %) vnímají jako „nechtěného“ takového pacienta, který hovoří cizím jazykem. Žádný respondent nezaznačil možnost, že by pro něj byl „nechtěný“ těžce nemocný pacient, se kterým by měl zdravotník soucit. Rodinného příslušníka jako „nechtěného“ pacienta vnímá 1 respondent (1,5 %), stejně jako 1 respondent (1,5 %) zaznačil, že vnímá jako „nechtěného“ pacienta, který je sám zdravotníkem. Nejvíce zaznačenou možností byla kombinace několika typů odpovědí, tuto možnost zaznačilo 43 respondentů (66,2 %). Této možnosti odpovědi se budeme věnovat v následujícím grafu. Možnost „jiné“ zaznačilo 6 respondentů (9,2 %). Jako „jiné“ těchto 6 respondentů uvedlo: přehnaně bolestivý pacient, dementní pacient, seduktivní pacient, agresivní pacient, pacient používající vulgarismy, a pacient, který zemřel.

Tabulka č. 8 - Důvody, proč byl pacient vnímán jako „nechtěný“ 2

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyzicky náročný pacient	23	13,6 %
Alkoholově závislý pacient	40	23,7 %
Drogově závislý pacient	11	6,5 %
Nespolupracující pacient	32	18,9 %
Pacient bez přístřeší	23	13,6 %
Pacient, který nemá zdravotní pojištění	2	1,2 %
Neustále se dotazující pacient	14	8,3 %
Pacient hovořící cizím jazykem	1	0,6 %
Těžce nemocný pacient	8	4,7 %
Rodinný příslušník jako pacient	9	5,3 %
Zdravotník jako pacient	5	3,0 %
Jiné	1	0,6 %
Celkem	169	100 %



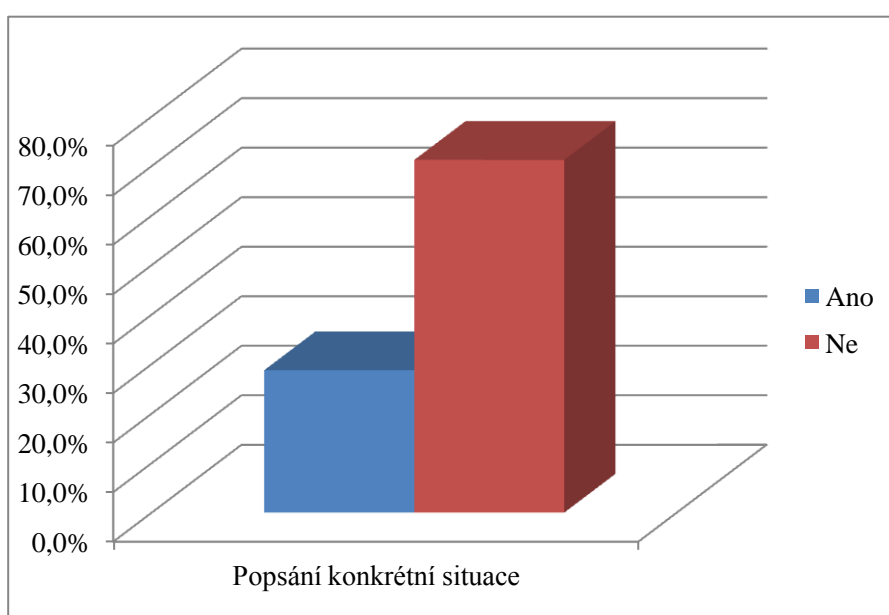
Graf č. 8 - Důvody, proč byl pacient vnímán jako „nechtěný“ 2

Grafické znázornění navazuje na graf č. 7. V této otázce byla možnost „Kombinace několika typů“. Toto grafické znázornění zobrazuje kombinaci odpovědí v dotazníkové otázce č. 7. Grafické znázornění zobrazuje, jaký typ pacientů vnímá zdravotnický personál jako „nechtěný“. Pro 23 respondentů (13,6 %) je jako „nechtěný“ vnímán fyzicky náročný pacient. Nejvíce respondentů, a to 40 (23,7 %), udává, že nejvíce vnímá jako „nechtěného“ pacienta toho, kdo je alkoholově závislý. Drogově závislí jsou vnímáni jako „nechtění“ 11 respondenty (6,5 %). Nespolupracující klient je „nechtěný“ pro 32 respondentů (18,9 %) a pacient bez přístřeší pro 23 respondentů (13,6 %). Pouze 2 respondenti (1,2 %) vnímají jako „nechtěného“ pacienta, který nemá zdravotní pojištění, popřípadě dostatek financí na úhradu pobytu v nemocnici. Ale neustále se dotazujícího pacienta vnímá jako „nechtěného“ respondentů 14 (8,3 %). Pacient, který hovoří cizím jazykem, byl zaznačen 1 respondentem (0,6 %). Těžce nemocný pacient, se kterým měl zdravotník soucit, byl zaznačen u 8 respondentů (4,7 %). Rodinného příslušníka jako „nechtěného“ pacienta vnímá 9 respondentů (5,3 %) a zdravotníka, který je v nemocničním zařízení jako pacient, vnímá jako „nechtěného“ 5 respondentů (3,0 %). Možnost „jiné“ zaznamenal 1 respondent (0,6 %). Současně uvedl, že jako „nechtěného“ vnímá pacienta, který vyžaduje okamžitou „posluhu“ kolem své osoby.

8. Jste ochotný/á mi popsat konkrétní situaci, kterou jste prožil/a s tímto pro Vás „nechtěným“ pacientem?

Tabulka č. 9 – Popsání konkrétní situace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	21	28,8 %
Ne	52	71,2 %
Celkem	73	100 %



Graf č. 9 – Popsání konkrétní situace

Otázka č. 8 byla zaměřena na to, kolik respondentů je ochotných popsat svůj konkrétní příběh s takzvaným „nechtěným“ pacientem. 21 respondentů (28,8 %) si vybralo možnost ano, proto níže mohu uvést jejich vyjádření. Naopak 52 respondentů (71,2 %) se odmítlo o svou zkušenost podělit.

Respondent č. 1:

Pacientka měla osmdesát šest let. Pocházela z domova důchodců. Byla přivezena pro zhoršení stavu na naše oddělení. Pro transport byla použita sanitka pro převoz, pouze s řidičem. Během transportu pacientka upadla do agónie. Při příjezdu na naše oddělení

pacientka do pár minut umírá – u pacientky indikováno DO NOT RESUSCITATE. Převoz z domova důchodců považují za neadekvátní.

Respondent č. 2:

Pacient byl agresivní, pod vlivem alkoholu.

Respondent č. 3:

Na oddělení byl pán, který nás plácal po zadku, mluvil ve dvojsmyslech a dokonce i nabízel peníze za nějakou „službu“.

Respondent č. 4:

Pacient, který byl po složité operaci břicha, pár dní se jevil jako příjemný, trochu „bolestínek“, ale po tak velkém zákroku jsem to chápala. Postupně se jeho stav zlepšoval, vlastně i díky našemu starostlivému přístupu. Po několika dnech se pacient stal samostatný. Jenže daný pacient i nadále využíval naší dobroty – jednou chtěl vyvětrat, podruhé narovnat polštář, potřetí upravit košili. A tak to šlo po několik dní. I když byl už soběstačný, stále personál využíval.

Respondent č. 5:

Pacientka po operaci odmítala vstát, protože ji vše bolí, nechce pít, aby nemusela na toaletu, injekci od bolesti odmítá, protože její aplikace bolí, flexibilní jehlu v předloktí nechce, protože se s ní nemůže hýbat. Neustále si stěžuje.

Respondent č. 6:

Pacient – alkoholik, nespolupracující, agresivní. Na naše oddělení byl přijat v nočních hodinách, kdy jsem sloužila pouze se sanitárkou. Používal vulgarismy, fyzické násilí.

Respondent č. 7:

Opakovaně slovně agresivní na personál, problémový jak pacient, tak i jeho rodina, lhali, neprávem nás obviňovali a slovně napadali. Pacient i jeho rodina byli tímto „známí“ i na Policii ČR. Pacient u nás lehával opakovaně, z doslechu vím, že problémový byl i na jiných odděleních. Vymýšleli si různé věci, například že jim ošetřující personál ukradl peníze, volali i na Policii ČR, která sem i několikrát dorazila (podotýkám, že všechno si pacient i jeho rodinní příslušníci vymysleli).

Respondent č. 8:

Většina „nechtěných“ pacientů (hlavně alkoholově závislých) jsou vulgární, agresivní a nespolupracující. Takovým pacientům se snažím vyhýbat.

Respondent č. 9:

Pacient nalezen na zemi policisty, dovezen na ambulanci, kde se dožaduje propuštění. Je agresivní, pomočen, pokálen. Provedeny odběry, CT, RTG, ... Po čtyřech hodinách pacient sám odchází bez „rozloučení“.

Respondent č. 10:

Obecně mě nejvíce vytáčí alkoholici, kteří si neváží péče a opakovaně se k nám vrací se stupňujícími se zdravotními obtížemi, které my samozřejmě musíme řešit, což je za prvé velmi finančně náročné jak pro nemocnici, tak obecně pro stát. Stejně ti pacienti nepřestanou pít a nakonec zde zemřou. Jejich péče je psychicky i fyzicky náročná a někdy i nebezpečná a kolikrát pak díky nim není čas věnovat se pacientům, kteří si péči opravdu zaslouží! Nejhorší když ještě ke všemu mají konfliktní rodinu, která se neumí smířit s pacientovou smrtí (vlastní vinou) a viní z toho nás. Dokonce jsme již byli nazváni i vrahy!

Respondent č. 11:

Tento pacient mluvil pouze anglickým jazykem. Pro mě, která jsem ve svém vzdělání neměla, tak to pro mě bylo náročnější. Na noční jsem byla sama, dorozumívala jsem se tehdy s pacientem „rukama a nohama“. Nepovažuji však takovéhohota pacienta za „nechtěného“, ale označila bych ho spíše za obtížnějšího, než jsou ostatní pacienti.

Respondent č. 12

Pacient nespolupracoval, nekomunikoval, nepřizpůsobil se chodu oddělení.

Respondent č. 13:

Neumím žádný jazyk, proto se bojím setkání s pacientem, který nemluví česky.

Respondent č. 14:

Konfliktní pacient, obtížná domluva, natož spolupráce.

Respondent č. 15:

Pacient byl zavšivený, špinavý, pokálený, agresivní a vulgární.

Respondent č. 16:

Pacient bez přístřeší, který se k personálu choval jako ke služkám. Veškerý odpad házel po zemi a pod postel. Vulgární, nespolupracující.

Respondent č. 17:

Pacient přijat pro váhový úbytek, dyspeptické potíže a bolesti břicha. Hospitalizován k plánovanému výkonu (gastroskopie, koloskopie). Vše odmítá, neustále chce podat vysvětlení, proč je mu zle, ale naplánované vyšetření nechce absolvovat. Pacient zlý na personál.

Respondent č. 18:

Byla jsem na službě s kolegyní, která když zjistila, že pacient kouří a byl přijat na naše oddělení, protože byl dušný a zmatený, tak se k němu nechovala „v rukavičkách“. Pro mě nepříjemný pocit – nemáme soudit, nikdy nevíme, co je to za člověka a jaký byl jeho život.

Respondent č. 19:

Neporozumím tomu, když je člověk hospitalizován dobrovolně a následně odmítá léčbu, léky, vyšetření.

Respondent č. 20:

Agresivní pacient pod vlivem drog a alkoholu vyhrožuje personálu a rodině zabitím.

Pacienti, kteří si stěžují na věci, které nedokážeme splnit. Například vyprat prádlo, vyčistit boty, 5x denně teplou stravu, neustále si vymýšlí nesmysly, nikdy se mu nezavděčíme.

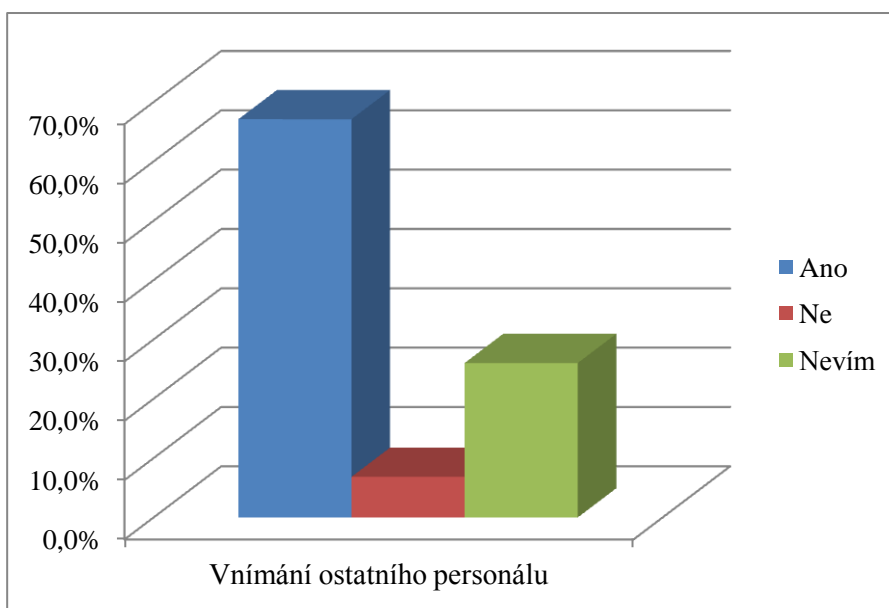
Respondent č. 21:

Nejednalo se přímo o „nechtěného“ pacienta, ale více náročného. Pacientka byla zdravotní sestra, bylo to na začátku mé praxe. Byla jsem před ní nervózní, nesvá a nejistá.

9. Viděl takového pacienta jako „nechtěného“ i ostatní personál?

Tabulka č. 10 - Vnímání ostatního personálu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	67,1 %
Ne	5	6,8 %
Nevím	19	26,0 %
Celkem	73	100 %



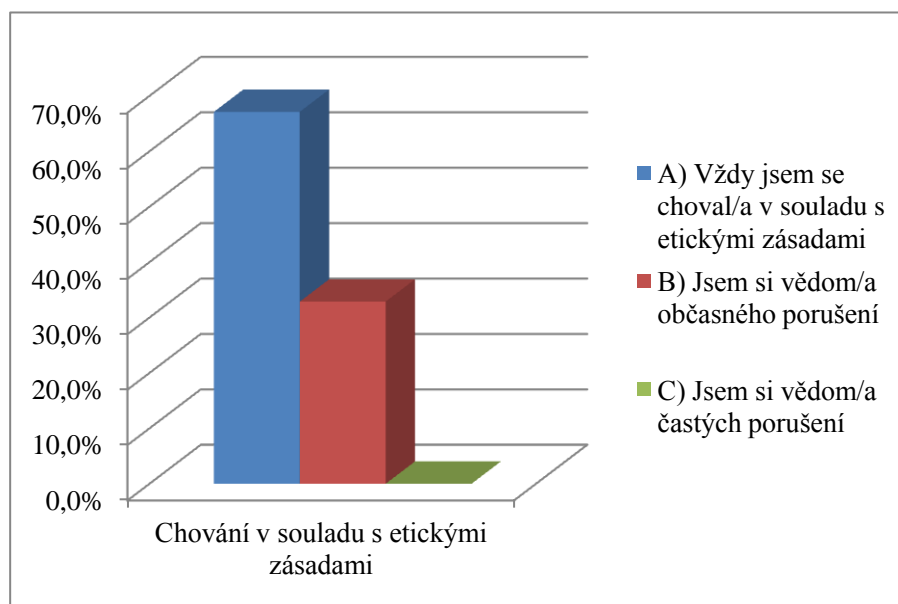
Graf č. 10 – Vnímání ostatního personálu

Tento graf nám znázorňuje vnímání ostatního personálu, pokud zdravotník chápal jako „nechtěného“ určitého pacienta. 49 respondentů (67,1 %) souhlasí s tím, že když on sám viděl jako „nechtěného“ určitého pacienta, tak že pacient byl takto vnímán i ostatním personálem. Nesouhlas vyjádřilo 5 respondentů (6,8 %) a možnost „nevím“ zvolilo 19 respondentů (26,0 %). Možnost „nevím“ zvolili respondenti, kteří se s „nechtěným“ pacientem nesetkali.

10. Choval/a jste se i takovémuto pacientovi (nebo k jakémukoliv pacientovi) dle etických zásad nebo jste si vědom/a porušení (menšího či většího) etického přístupu?

Tabulka č. 11 - Chování v souladu s etickými zásadami

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vždy jsem se choval/a v souladu s etickými zásadami	49	67,1 %
Jsem si vědom/a občasného porušení	24	32,9 %
Jsem si vědom/a častých porušení	0	0,0 %
Celkem	73	100 %



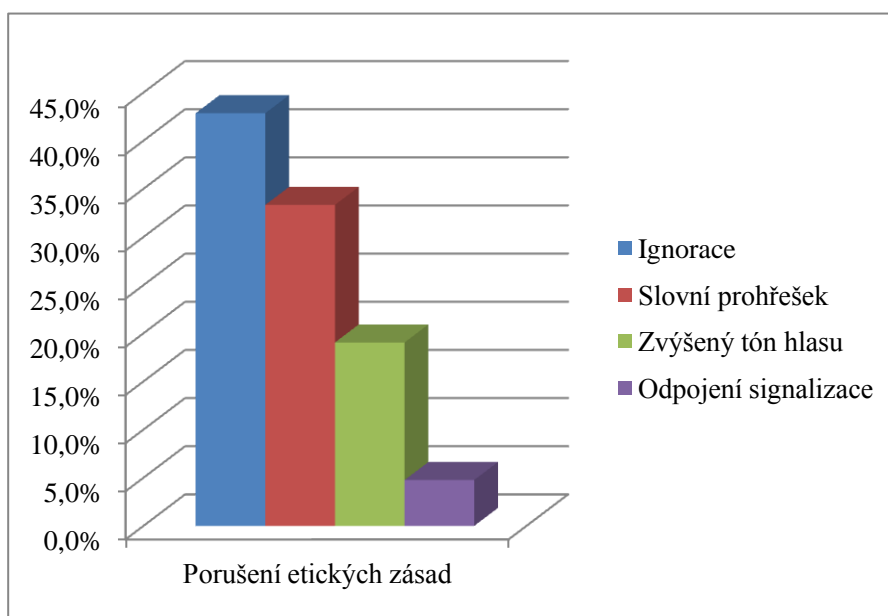
Graf č. 11 – Chování v souladu s etickými zásadami

Tato položka v dotazníkovém formuláři mírně podkryla chování všeobecných sester v souladu s etickými zásadami. 49 respondentů (67,1 %) udalo, že se vždy chovali v souladu s etickými zásadami. 24 respondentů (32,9 %) si je vědomo občasného porušení. Ani jeden respondent nezaznačil, že si je vědom častých porušení.

11. Jakým způsobem si myslíte, že jste porušil/a etický přístup k pacientovi?

Tabulka č. 12 - Porušení etických zásad

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ignorance	9	42,9 %
Slovní prohřešek	7	33,3 %
Zvýšený tón hlasu	4	19,0 %
Odpojení signalizace	1	4,8 %
Celkem	21	100 %



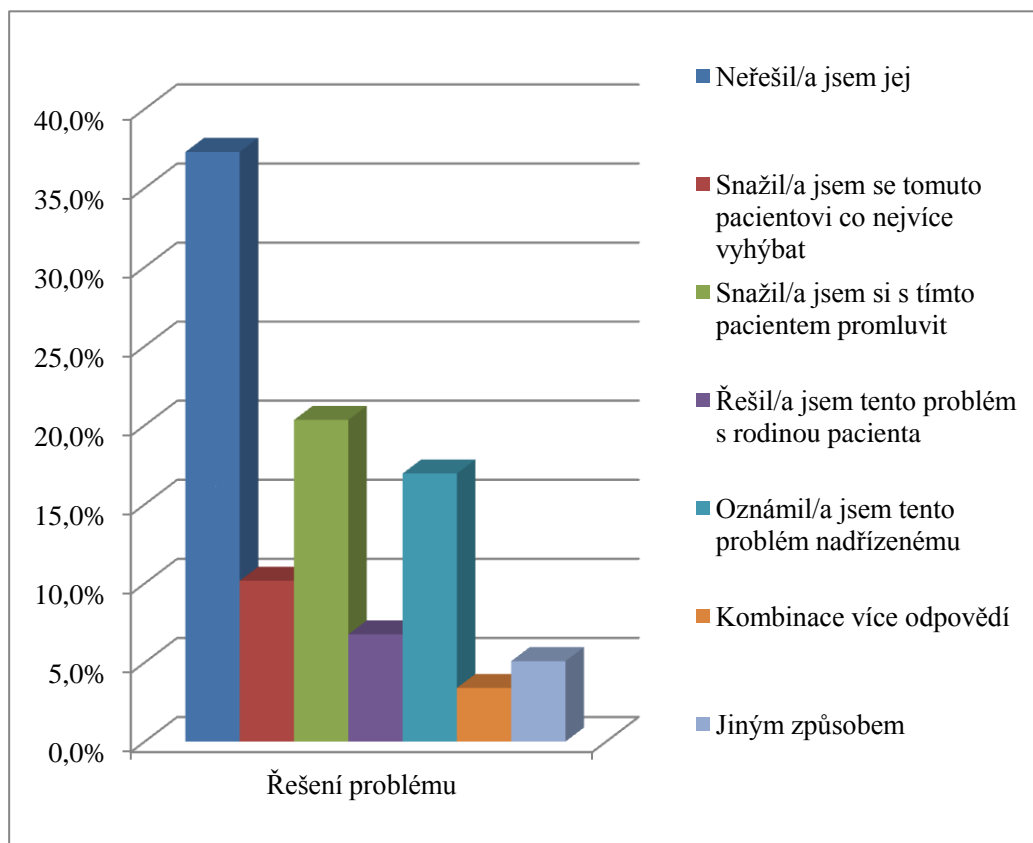
Graf č. 12 – Porušení etických zásad

Otázka byla otevřená, na tuto otázku odpovědělo pouze 21 respondentů (100 %). 9 respondentů (42,9 %) jako svůj prohřešek vůči pacientovi uvedlo ignoraci. Slovní prohřešek uvedlo 7 respondentů (33,3 %). Zvýšený tón hlasu vnímají jako svůj prohřešek 4 respondenti (19,0 %) a 1 respondent (4,8 %) uvedl, že etickou zásadu vůči pacientovi porušil odpojením signalizace.

12. Jak jste se snažil/a řešit tento problém?

Tabulka č. 13 – Řešení problému

Odpověď	Absolutní čet- nost	Relativní čet- nost
Neřešil/a jsem jej	22	37,3 %
Snažil/a jsem se tomuto pacientovi co nejvíce vyhýbat	6	10,2 %
Snažil/a jsem si s tímto pacientem promluvit	12	20,3 %
Řešil/a jsem tento problém s rodinou pacienta	4	6,8 %
Oznámil/a jsem tento problém nadřízenému	10	16,9 %
Kombinace více odpovědí	2	3,4 %
Jiným způsobem	3	5,1 %
Celkem	59	100 %



Graf č. 13 – Řešení problému

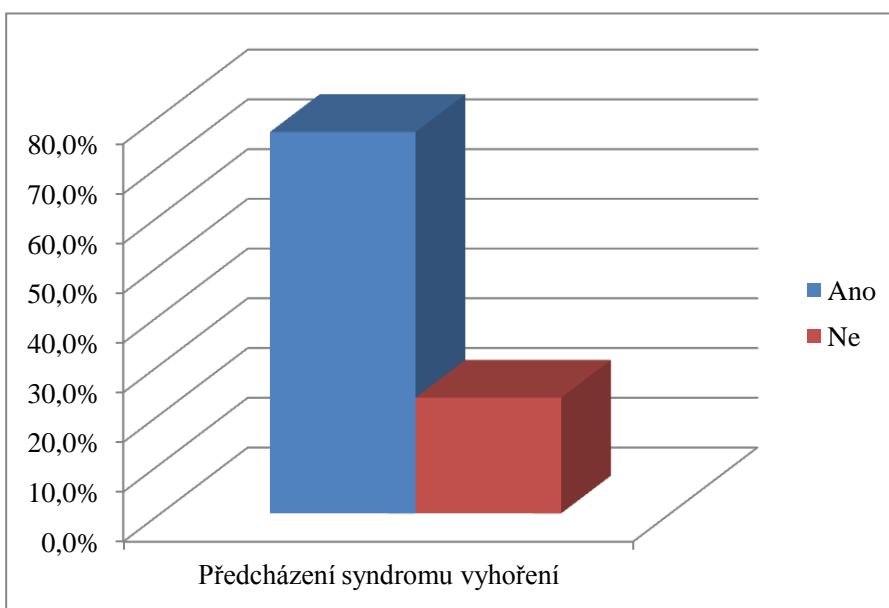
Graf č. 13 poukazuje na to, jak všeobecné sestry řešily problém, který s pacientem vznikl. 22 respondentů (37,3 %) uvedlo, že daný problém nijak neřešili. 6 respondentů (10,2 %) uvedlo, že se pacientovi snažili co nejvíce vyhýbat. Snaha promluvit si

s konkrétním pacientem se objevila u 12 respondentů (20,3 %). 4 respondenti (6,8 %) řešili konkrétní problém s rodinou pacienta, se kterým konflikt vznikl. 10 respondentů (16,9 %) oznámilo tuto situaci svému nadřízenému. Kombinaci více odpovědí zvolili 2 respondenti (3,4 %). U prvního respondenta byla tato kombinace odpovědí: A, B a C. U druhého respondenta byla kombinace odpovědí: C a D. Jiným způsobem řešili daný problém 3 respondenti (5,1 %). Tito 3 respondenti uvedli takovéto řešení problému: první respondent se snažil se o zvláštní přístup, druhý respondent zajistil přeložení pacienta na jiné oddělení a třetí respondent se snažil nedát najevo svou nervozitu a strach.

13. Předcházíte ve svém profesním životě burn-out syndromu (syndromu vyhoření)?

Tabulka č. 14 – Předcházení syndromu vyhoření

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	56	76,7 %
Ne	17	23,3 %
Celkem	73	100 %



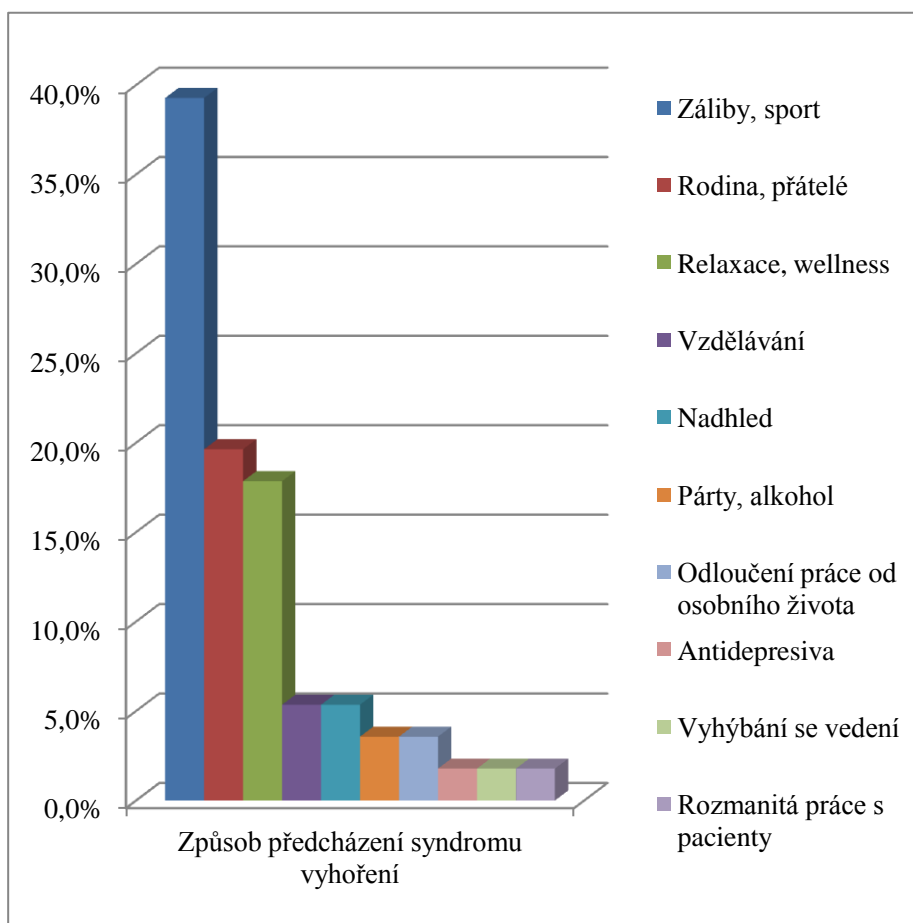
Graf č. 14 – Předcházení syndromu vyhoření

Položka č. 13 zjišťovala, jestli všeobecné sestry předcházejí syndromu vyhoření. 56 respondentů (76,7 %) uvedlo, že ve svém životě předchází syndromu vyhoření. Zbýlých 17 respondentů (23,3 %) uvedlo, že ve svém životě syndromu vyhoření nepředchází.

14. Jakým způsobem předcházíte syndromu vyhoření?

Tabulka č. 15 - Způsob předcházení syndromu vyhoření

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Záliby, sport	22	39,3 %
Rodina, přátelé	11	19,6 %
Relaxace, wellness	10	17,9 %
Vzdělávání	3	5,4 %
Nadhled	3	5,4 %
Párty, alkohol	2	3,6 %
Odloučení práce od osobního života	2	3,6 %
Antidepresiva	1	1,8 %
Vyhýbání se vedení	1	1,8 %
Rozmanitá práce s pacienty	1	1,8 %
Celkem	56	100 %



Graf č. 15 – Způsob předcházení syndromu vyhoření

Z grafu č. 15 vyplývá, že 22 respondentů (39,3 %) předchází syndromu vyhoření pomocí zálib a sportu. 11 respondentům (19,6 %) pomáhají v předcházení syndromu vyhoření jejich rodina a přátelé. 10 respondentů (17,9 %) udává jako způsob předcházení syndromu vyhoření wellness. Vzdělávání uvedli 3 respondenti (5,4 %), stejně jako nadhled nad danou situací, který zvolili také 3 respondenti (5,4 %). 2 respondenti (3,6 %) zvolili jako způsob prevence syndromu vyhoření párty a alkohol, další 2 respondenti (3,6 %) uvedli jako způsob prevence syndromu vyhoření odloučení práce od osobního života. 1 respondent (1,8 %) zaznačil jako svou prevenci antidepresiva, 1 respondent (1,8 %) udal, že se vyhýbá svým nadřizným a 1 respondent (1,8 %) zaznačil možnost, že předchází syndromu vyhoření pomocí rozmanité práce s pacienty.

15. Zcela volné vyjádření k čemukoliv, co se dané tematiky týká

Respondent č. 1:

Syndrom vyhoření v naší profesi asi nelze odstranit. Zaměstnání je fyzicky a hlavně psychicky náročné a tento syndrom můžeme spíše odsunout nebo zmírnit – mně osobně pomáhá studium a koníčky.

Respondent č. 2:

Bohužel jsem v práci pořád a nemám čas na učení se jazyků a navíc mé finanční ohodnocení neodpovídá tomu, abych do výuky jazyků investoval.

Respondent č. 3:

Myslím si, že se každý zdravotnický pracovník ve svém povolání setkal s „nechtěným“ pacientem a myslím si, že se mnoho z nich nechová dle etických zásad a často se takovému pacientovi vyhýbají.

Respondent č. 4:

Vím, že je zcela neprofesionální chovat se neeticky k „nechtěnému“ pacientovi, ale za léta mé praxe už mi přijde „nechtěný“ pacient každý!

Respondent č. 5:

Pevné nervy a trpělivost.

Respondent č. 6:

K pacientům se často chovám podle toho, jakou mám náladu. Myslím, že by to tak být nemělo, ale vzhledem k vytíženosti mého povolání je nad lidské síly být pořád milá a usměvavá.

Respondent č. 7:

Práci nekomentuji, mám ji ráda a nic jiného neumím. Vadí mi interpersonální vztahy, vyjadřování mých kolegyně o pacientech a práci, která kolem nich je, je dost často nepřipustná. Chovají se nadřazeně a myslí si, že jsou bezchybné. Probírat to s nimi nemá žádný význam a nikam to nevede. To je horší, než „nechtěný“ pacient. Ten odejde, ale neochotná kolegyně přijde zítra zase.

Respondent č. 8:

Pro zdravotnický personál by žádný pacient neměl být „nechtěný“.

7 DISKUZE

Prvním cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jaký typ pacienta je všeobecnými sestrami vnímán jako „nechtěný“. Kvantitativní šetření zjistilo, že všeobecné sestry nejvíce vnímají jako „nechtěného“ pacienta alkoholově závislého pacienta. Tuto informaci uvedlo celkem 43 respondentů z celkových 73 respondentů. Jako druhého nejvíce vnímaného „nechtěného“ pacienta označilo 37 respondentů z celkových 73 respondentů pacienta nespolupracujícího. Jako třetí nejčastěji vnímaný „nechtěný“ pacient byl označen pacient, který je fyzicky náročný 24 respondenty z celkových 73 respondentů. 23 respondentů z celkových 73 respondentů vnímá jako „nechtěného“ pacienta bez přístřeší. 15 respondentů z celkových 73 respondentů vnímá jako „nechtěného“ takového pacienta neustále se dotazujícího. Drogově závislého pacienta vnímá jako „nechtěného“ 12 respondentů z celkových 73 respondentů. Rodinného příslušníka hospitalizovaného v nemocničním zařízení vnímá jako „nechtěného“ 10 respondentů z celkových 73 respondentů. 8 respondentů z celkových 73 respondentů vnímá jako „nechtěného“ těžce nemocného pacienta, se kterým měli soucit. 7 respondentů z celkových 73 respondentů udává jiné pacienty, které vnímají jako „nechtěné“. Tito respondenti udali takového typy pacientů: přehnaně bolestivý pacient, demenční pacient, seduktivní pacient, agresivní pacient, pacient používající vulgarismy, pacient, který zemřel a pacient, který vyžaduje okamžitou „posluhu“ kolem své osoby. Zdravotníka jako pacienta vnímá jako „nechtěného“ 6 respondentů z celkových 73 respondentů. Pacienta, který mluví cizím jazykem, vnímají jako „nechtěného“ 3 respondenti z celkových 73 respondentů.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry dodržují etické zásady u pacientů, kteří jsou vnímáni jako „nechtění“. Z dotazníkového formuláře jsme se dozvěděli, že 49 respondentů (67, 1 %) z celkových 73 respondentů se vždy chová v souladu s etickými zásadami. 24 respondentů (32, 9 %) z celkových 73 respondentů uvedlo, že si jsou vědomi občasného porušení etických zásad. Ani jeden respondent nezaznačil možnost, že by si byl vědom častých porušení etických zásad vůči pacientovi.

Třetím cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jakým způsobem dochází k porušením etických zásad ze strany všeobecných sester. Bohužel z dotazovaných 73 respondentů jich na otázku dotazníkového formuláře zodpovědělo pouze 21 respondentů. Dotazníkové šetření odhalilo, že 9 respondentů (42, 9 %) z celkových 21 respondentů porušilo etickou zásadu ignorací pacienta. 7 respondentů (33, 3 %) z celkových 21 respondentů porušilo

etické zásady prostřednictvím slovního prohřešku. Zvýšený tón hlasu použili jako přestupek v etických zásadách vůči pacientovi 4 respondenti (19,0 %) z celkových 21 respondentů a 1 respondent (4,8 %) z celkových 21 respondentů odpojil pacientovi signalizační zařízení.

Čtvrtým a posledním cílem bylo zhodnotit, jakým způsobem předcházejí všeobecné sestry syndromu vyhoření. Z celkových 73 respondentů (100,0 %) 17 respondentů (23,3 %) odpovědělo, že syndromu vyhoření nepředchází. 56 respondentů (76,7 %) odpovědělo, že předchází syndromu vyhoření. Tito respondenti udávají: 22 respondentů (39,3 %) předchází syndromu vyhoření prostřednictvím svých zálib a sportu. 11 respondentů (19,6 %) předchází syndromu vyhoření pomocí rodiny a přátel. Relaxaci a wellness využívá jako prevenci syndromu vyhoření 10 respondentů (17,9 %). 3 respondenti (5,4 %) využívají jako prevenci syndromu vyhoření vzdělávání, stejně tak jako 3 respondenti (5,4 %) nadhled. Párty a alkohol považují jako prevenci syndromu vyhoření 2 respondenti (3,6 %), stejně tak jako 2 respondenti (3,6 %) používají jako prevenci odloučení práce od osobního života. 1 respondent (1,8 %) používá jako prevenci syndromu vyhoření antidepresiva, 1 respondent (1,8 %) se vyhýbá svým nadřizeným a 1 respondent (1,8 %) udává jako prevenci syndromu vyhoření rozmanitou práci s pacienty.

8 ZÁVĚR

„Nechtěný“ pacient mě provázel od 2. ročníku na oboru Všeobecná sestra. Již od zadání tématu jsem začala více vnímat všechny typy pacientů, které zdravotnický personál může vnímat jako „nechtěné“. Dívala jsem se na všechny pacienty, se kterými jsem se setkávala, trochu jiným způsobem. Začala jsem se hlouběji zajímat o jejich osobnost, o jejich život. Myslím, že pokud by si zdravotnický personál našel čas, že pokud by se podíval i na pacienty, které vnímá jako „nechtěné“, celistvým a hlubším pohledem, více by pochopil jejich chování, mnohdy něčím odlišné a nepochopitelné.

Ošetřování pacientů všeobecně je nelehkým úkolem pro všechny zdravotnické pracovníky. Jde o pomáhající profesi, která si zaslouží obdiv za svou práci a vynaložené úsilí. Jaké potom má být ošetřování pacientů, kteří potřebují mnohdy trochu „jiný“ přístup a péči? U pacientů, kteří jsou zdravotnickým personálem vnímáni jako „nechtěný“, mnohdy zdravotnický personál vyvine i dvojnásobné úsilí pro zvládnutí kvalitní ošetrovatelské péče. Často jsou přítomny překážky, ať už ze strany zmiňovaných pacientů, tak mnohdy hlavně předsudky zdravotníků. Domníváme se, že právě prevence syndromu vyhoření může všeobecným sestřám dopomoci k tomu, aby měly samy ze své práce radost. Jeden respondent v dotazníkovém šetření udal snad nejkrásnější způsob prevence syndromu vyhoření: prevence syndromu vyhoření je rozmanitá práce s každým pacientem.

Tak jako prohlásil Konfucius: „Zvolte si práci, kterou milujete, a nikdy nebudete muset pracovat!“ Všeobecná sestra není ani tak práce, není ani tak povolání, ale je to poslání, které nemůže vykonávat každý člověk. Každý člověk není připraven na obtížné situace, které vyžadují flexibilitu a proměnlivost chování, vyjadřování a přístupu. Každý člověk není připraven na roli obhájce, pečovatele, edukátora a pomocné ruky v jednom. Právě pacient, který je vnímán jako „nechtěný“ více než ostatní vyžaduje od všeobecné sestry tyto ušlechtilé prvky jednání.

Má bakalářská práce může být doporučena jako studijní materiál pro studium nelékařských zdravotnických oborů. Do práce budou mít možnost nahlédnout i manažeři ošetrovatelství zdravotnických zařízení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN: 80-7013-439-9.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-550-4.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o etice*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně pro Radu pro rozvoj ošetřovatelství MZ ČR, 2000. ISBN 80-7013-310-4.
4. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
5. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 6. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-2472-069-2.
10. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
11. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3224-4.
12. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
13. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství, Sestra – reprezentant profese, Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. ISBN: 80-7013-368-6.
14. VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978-80-2460-841-9.

15. ZACHAROVÁ, Eva, Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a Vladimír LITTVÁ. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. ISBN 978-80-7368-703-8.
16. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

1. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. In: *Česká asociace sester © 2008* [online]. 1953, 2005 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf
2. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky © 2010* [online]. 2004 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html
3. Práva pacientů ČR. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 25. února 1992, 27. dubna 2005 [cit. 2013-05-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a.s.	akciová společnost
Bc.	bakalář
cm	centimetr
č.	číslo
DiS.	Diplomovaný specialista
Mgr.	Magistr
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
s.	strana
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
%	procento

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů.....	32
Tabulka č. 2 – Věkové rozmezí respondentů.....	33
Tabulka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání	34
Tabulka č. 4 – Délka práce ve zdravotnictví	35
Tabulka č. 5 - Setkání s pacientem, který je vnímán jako „nechtěný“	36
Tabulka č. 6 - Frekvence setkání s pacientem, který je vnímán jako „nechtěný“	37
Tabulka č. 7 - Důvody, proč byl pacient vnímán jako „nechtěný“ 1	38
Tabulka č. 8 - Důvody, proč byl pacient vnímán jako „nechtěný“ 2.....	40
Tabulka č. 9 – Popsání konkrétní situace	42
Tabulka č. 10 - Vnímání ostatního personálu	46
Tabulka č. 11 - Chování v souladu s etickými zásadami.....	47
Tabulka č. 12 - Porušení etických zásad.....	48
Tabulka č. 13 – Řešení problému	49
Tabulka č. 14 – Předcházení syndromu vyhoření.....	51
Tabulka č. 15 - Způsob předcházení syndromu vyhoření.....	52

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů.....	32
Graf č. 2 – Věkové rozmezí respondentů	33
Graf č. 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	34
Graf č. 4 – Délka práce ve zdravotnictví	35
Graf č. 5 - Setkání s pacientem, který je vnímán jako „nechtěný“	36
Graf č. 6 - Frekvence setkání s pacientem, který je vnímán jako „nechtěný“	37
Graf č. 7 - Důvody, proč byl pacient vnímán jako „nechtěný“ 1	38
Graf č. 8 - Důvody, proč byl pacient vnímán jako „nechtěný“ 2	40
Graf č. 9 – Popsání konkrétní situace	42
Graf č. 10 – Vnímání ostatního personálu	46
Graf č. 11 – Chování v souladu s etickými zásadami	47
Graf č. 12 – Porušení etických zásad	48
Graf č. 13 – Řešení problému	49
Graf č. 14 – Předcházení syndromu vyhoření.....	51
Graf č. 15 – Způsob předcházení syndromu vyhoření.....	52

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů
- P II Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester
- P III Etický kodex Práva pacientů
- P IV Dotazníkový formulář pro kvantitativní šetření

PŘÍLOHA I: ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.

- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.

- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotní pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

Zdroj: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html

PŘÍLOHA II: ETICKÝ KODEX SESTER VYPRACOVANÝ MEZINÁRODNÍ RADOU SESTER

Úvod

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů.

KODEX ICN

Etický kodex sester připravený Mezinárodní radou sester (ICN) má čtyři hlavní články, které vymezují normu etického chování.

Články Kodexu

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinná realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinná účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

PŘÍLOHA III: ETICKÝ KODEX PRÁVA PACIENTŮ

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými zdravotníky.
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 lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou 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.

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

PŘÍLOHA IV: DOTAZNÍKOVÝ FORMULÁŘ POUŽITÝ PRO KVANTITATIVNÍ ŠETŘENÍ

Vážené a milé sestry,

jmenuji se Martina Holbová a jsem studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V letošním roce obhajuji bakalářskou práci s názvem „Nechtěný“ pacient. Obracím se na Vás s prosbou, zda byste si našly chvíli k vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, Vaše odpovědi mi umožní shromáždit informace potřebné pro praktickou část mé bakalářské práce. Moc si toho vážím, děkuji za Váš čas a za Vaši ochotu.

S pozdravem

studentka Martina Holbová

- 1) Pohlaví
 - a) Žena
 - b) Muž

- 2) Kolik je Vám let? (prosím doplňte).....

- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Středoškolské
 - b) Vyšší odborné – DiS.
 - c) Vysokoškolské – Bc.
 - d) Vysokoškolské – Mgr.
 - e) Jiné (prosím doplňte).....

- 4) Jak dlouho již pracujete ve zdravotnictví?
 - a) 0-5 let
 - b) 6-11 let
 - c) 12-20 let
 - d) Více než 20 let

- 5) Už jste se setkal/a ve Vaší praxi s pacientem, kterého byste označil/a jako „nechtěného“?
 - a) Ano
 - b) Ne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 9) Viděl takového pacienta jako „nechtěného“ i ostatní personál?
a) Ano
b) Ne
c) Nevím

- 10) Choval/a jste se i k takovému pacientovi (nebo k jakémukoliv pacientovi) dle etických zásad nebo jste si vědom/a porušení (menšího či většího) etického přístupu?
a) Vždy jsem se choval/a v souladu s etickými zásadami
b) Jsem si vědom/a občasného porušení
c) Jsem si vědom/a častých porušení

Pokud jste na otázku odpověděl/a B nebo C, prosím, odpovězte na otázku č. 11.

- 11) Jakým způsobem si myslíte, že jste porušil/a etický přístup k pacientovi?

Volná odpověď

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12) Jak jste se snažil/a řešit tento problém?

- a) Neřešil/a jsem jej
- b) Snažil/a jsem se tomuto pacientovi co nejvíce vyhýbat (popř. odmítl/a jsem o něj pečovat)
- c) Snažil/a jsem si s tímto pacientem promluvit
- d) Řešil/a jsem tento problém s rodinou pacienta
- e) Oznamil/a jsem tento problém nadřízenému
- f) Kombinace více odpovědí (prosím doplňte).....
- g) Jiným způsobem (prosím doplňte).....

13) Předcházíte ve svém profesním životě Syndromu vyhoření? (Burn-out syndrom)

- a) Ano
- b) Ne

*Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 13 **Ano**, prosím, odpovězte na otázku č. 14.*

