UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021 Gabriela Hubková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Komunikace ve zdravotnictví aneb kdy se pacient cítí v pasti

Gabriela Hubková

2021 Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Gabriela Hubková**
Osobní číslo:	**Z18252**
Studijní program:	**B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Téma práce:	**Komunikace ve zdravotnictví aneb kdy se pacient cítí v pasti**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce**.**

Rozsah pracovní zprávy:	**35 stran**
Rozsah grafických prací:	**dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce:	**tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

KAČOROVÁ, Jana. *Komunikace ve zdravotnictví I* [online]. Opava: Slezská univerzita, 2010 [cit. 2020-09-29]. ISBN 978-80-7248-578-9.

NEŠPOR, Karel. *Léčivá moc smíchu: smích a zdraví, smích a vztahy, smích a práce, smích a výchova*. Vydání páté. Ilustroval Václav HRADECKÝ. V Praze: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-826-4.

SVATOŠOVÁ, Marie a Aleš PALÁN. *Neboj se vrátit domů*. Druhé vydání. Praha: Kalich, 2019. ISBN 978-80-7017-278-0.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

Vedoucí bakalářské práce:	**Mgr. Lucie Chrudimská, DiS.** Katedra ošetřovatelství
Datum zadání bakalářské práce:	**1. prosince 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce:	**6. května 2021**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Komunikace ve zdravotnictví aneb kdy se pacient cítí v pasti“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 7. 4. 2021

……...

Gabriela Hubková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Lucii Chrudimské DiS, za přátelský přístup a odborné konzultace, které vedly k vytvoření této práce.

Upřímně a srdečně bych chtěla poděkovat své rodině a nejbližším za ohleduplnost a pochopení, za jejich respektování mého rozhodnutí a projevy velké opory nejen při psaní bakalářské práce, ale po celou dobu mého studia při zaměstnání.

ANOTACE

Bakalářská práce poukazuje na problematické situace pacientů, kteří vstupují do komunikace se zdravotníky ve zdravotnickém prostředí.

První, teoretická část se zabývá pravidly komunikace mezi přicházejícím nemocným a zdravotnickým pracovníkem. Zaměřuje se na důležitost komunikace v obou směrech, profesionální přístup a uvědomění si lidských hodnot, v každé situaci.

Druhá, průzkumná část mapuje kvalitu zdravotnické péče, kde a proč se pacienti setkávají s negativní komunikací ze strany zdravotníků. Jak negativní komunikační zážitek ze zdravotního prostředí ovlivní pacienty do budoucna, jaká mají k dispozici řešení.

KLÍČOVÁ SLOVA

Komunikace, lékař, nemocniční prostředí, pacient, vliv, vnímání, zdravotnický pracovník, zdravotník

TITLE

Communication in healthcare, or when the patient feels trapped

ANNOTATION

The bachelor thesis point out the problematic situations of patients who enter into communication with health professionals in the medical environment.

The first, theoretical part deals with the rules of communication between an incoming patient and a health worker. It focuses on the importance of communication in both directions, a professional approach and an awareness of human values in every situation.

The second, exploratory part maps the quality of health care, where and why patients encounter negative communication from healthcare professionals. How a negative communication experience from the health environment will affect patients in the future, what solutions are available to them.

KEYWORDS

Communication, doctor, hospital environment, patient, influence, perception, healthcare worker, paramedic

OBSAH

ÚVOD ... 12
1 CÍL PRÁCE ... 14
2 TEORETICKÁ ČÁST ... 15
2.1 Komunikace v obecné rovině ... 15
2.1.1 Nerovnoměrný pokrok medicíny a komunikace ... 15
2.1.2 Rogersovský přístup ... 16
2.1.3 Komunikační chyby a omyly v klinické praxi ... 16
2.1.4 Čas – náš přítel, nebo nepřítel ... 17
2.2 Pravidla a zásady správné komunikace ... 18
2.2.1 Požadavky na lékaře ... 18
2.2.2 Základní požadavky na sestru při komunikaci ... 19
2.2.3 Požadavky na pacienty ... 19
2.2.4 Zásady správné komunikace v ordinaci ... 20
2.3 Naše zdravotnictví – týmová spolupráce a její mezery ... 21
2.3.1 Komplexní léčba ... 21
2.3.2 Rodiče a děti v primární zdravotní péči ... 22
2.4 Nemoc a potřeby pacientů ... 22
2.4.1 Odmítnutí zákroku ... 22
2.4.2 Pochopení informací ... 22
2.4.3 Evalvace ... 23
2.4.4 Smích a pozitivní emoce ... 23
2.5 Základní pocity neuspokojených potřeb ... 23
2.5.1 Pasivita a odevzdání ... 24
2.5.2 I negativní emoce jsou užitečné ... 25
3 PRŮZKUMNÁ ČÁST ... 26
3.1 Průzkumné otázky ... 26
3.2 Metodika průzkumu ... 27

3.2.1 Metoda průzkumu ... 27
3.2.2 Průzkumný vzorek ... 27
3.2.3 Nástroje pro sběr dat ... 27
3.2.4 Průběh průzkumného šetření ... 28
3.3 Technika hodnocení získaných dat ... 28
3.4 Analýza dat ... 29
4 DISKUZE ... 51
5 ZÁVĚR ... 58
6 POUŽITÁ LITERATURA ... 60
6.1 Literární zdroje ... 60
6.2 Internetové zdroje ... 61
6.3 Legislativní zdroje ... 62
6.4 Kvalifikační práce ... 62
7 PŘÍLOHY ... 64

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Negativní komunikační zážitek ve zdravotnictví……..29

Obrázek 2: Důvod poskytnutí zdravotní péče 30

Obrázek 3: Kde proběhla negativní komunikační zkušenost ve zdravotnictví 31

Obrázek 4: Popis negativního zážitku ze zdravotnictví..... 32

Obrázek 5: Spokojenost pacientů při první komunikaci ve zdravotnictví..... 33

Obrázek 6: Známkování úrovně komunikace zdravotníků s respondenty 34

Obrázek 8: Přítomnost pocitu strachu u respondentů při zeptání se lékaře..... 36

Obrázek 9: Důvody obav respondentů, proč se neptají lékařů..... 37

Obrázek 10: Snaha o zjištění informací od zdravotních sester..... 38

Obrázek 11: Spokojenost respondentů s odpovědí sestry 39

Obrázek 12: Komfort v případě ošetření nebo hospitalizace 40

Obrázek 13: Pocit bezpečí ve zdravotnickém prostředí 41

Obrázek 14: Spokojenost s komunikací během ošetřovatelského výkonu..... 42

Obrázek 15: Důležitost vhodně zvoleného tématu komunikace 43

Obrázek 16: Jak působí komunikace zdravotníků mezi sebou mimo respondenty..... 44

Obrázek 17: Dotaz zdravotníka na komfort respondenta během ošetření..... 45

Obrázek 18: Představil se službu konající zdravotník?..... 46

Obrázek 19: Působení neverbálních projevů zdravotníků..... 47

Obrázek 20: Jednají zdravotníci s respondenty jako se sobě rovnými? 48

Obrázek 21: Vliv negativního zážitku na respondenty do budoucna 49

Obrázek 22: Možnost vyhledání jiného zařízení respondentem..... 50

Tabulka 1: "Pocity neuspokojených potřeb" (Mastiliaková 2014, s. 25) 24

Tabulka 2: Vyjádření osobních prožitků respondentů..... 35

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
atd.	a tak dále
atp.	a tak podobně
apod.	a podobně
např.	například

ÚVOD

„Zdravotnictví definitivně uzdravilo jen mého otce! A co mu bylo? Ale, byl optimista!“

Každý rok je v České republice ošetřeno velké množství pacientů. K prvnímu kontaktu mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem dochází zpravidla v čekárně, v ambulanci, v ordinaci nebo při příjezdu záchranné služby. „Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno“ praví staré indické přísloví. Pravidel, jak se člověk k člověku má chovat, nalezneme nepřeberně, v pravidlech slušného chování, v etických normách, v zákonech, v desateru přikázání. Kdo chce nalezne, nebo pravidla podvědomě cítí, kdo nechce, hledat nebude. Nerozumí empatii, nebo ji někde v životě postupně ztratil.

Vybrala jsem si pro své téma bakalářské práce komunikační pasti pacientů, do kterých se dostávají nedobrovolně a nebyli pod vlivem žádných návykových látek. Mají svou negativní zkušenost s komunikací se zdravotnickými pracovníky a nesou si na celý život velmi nepříjemný a mnohdy silný emoční zážitek.

Jsem původní profesí nezdravotník – ekonom, proto vkročení do světa zdravotnictví v dospělém věku pro mě bylo a je neustálým překvapením. Na svých praxích jsem se mnohokrát setkávala s velmi nepříjemnými okamžiky jednání zdravotníka a pacienta. Sama jsem se ve stejné situaci ocitla jako doprovod zraněné, nebo nemocné osoby. Dobře vím, co je to bezmoc a zoufalost pacientů, na které není čas, nebo přišli zkrátka nevhod z různých důvodů.

Mám teď možnost vidět všechno z druhé strany často přetíženého zdravotnického personálu. Přesto se těžko smiřuji s každým negativním zážitkem pacientů, kteří ve chvílích pro ně nejtěžších se pomoci sice dočkali, ale po dlouhém čekání, nepříjemné komunikaci, nebo po zjednání nápravy jinými osobami. Nejhorší je, že v těchto úzkostných chvílích jsme každý sám. Bojujeme s vlastní bolestí a nemáme sílu se bránit tak, jak bychom byli schopni v plném zdraví.

Statistiky uvádějí především spokojenost pacienta s ošetřením, s hospitalizací, s úspěchem léčby. Ale i v těchto zprávách nalezneme nemalé procento těch, kteří spokojení nejsou. Téměř každý má za svůj život nějaký nepříjemný zážitek ze zdravotnictví.

Ze článku MEDICAL TRIBUNE CZ (2019) vyplývá, že *„v českém zdravotnictví problémy existují, ale krize ne.“* Dále se můžeme dočíst: „*V současnosti je legislativní a politickou mantrou dostupnost zdravotní péče, ale není řešena kvalita poskytované péče, která je regionálně velice rozdílná.“*

Kancelář veřejného ochránce práv eviduje za rok 2019 celkem 271 stížností na úsek zdravotnictví (Kancelář veřejného ochránce práv, statistické údaje o činnosti, 2019).

Na základě výše zmíněného se domnívám, že je potřeba hrubé chování člověka k člověku neustále připomínat, upozorňovat na to co je špatné, abychom všichni nezapomněli na naše dobré vychování, na dobré mravy. Z našich příkladů roste nová generace zdravotnického personálu a svým chováním můžeme navždy ovlivnit životy druhých, kteří v nás v danou chvíli bezmezně věří a doufají v naši pomoc. Nemůžeme přeci všechno zlé skrýt pod roušku profesionálního vyhoření, nebo nedbalost. Každý má přeci možnost své povolání změnit, pokud cítí, že ho nenaplňuje. Nemůže v něm setrvat, pokud má návaznost na další lidské bytosti, kterých se jeho činnost přímo dotýká a ovlivňuje, nebo dokonce přetrvá v podobě negativního zážitku po celý zbytek života. Všechno se totiž rázem změní, pokud je „ve hře“ život našich blízkých, nebo nás samotných.

Neodpustím si citát na závěr: „Úsměv stojí méně než elektřina a dává daleko více světla.“ (Archibald Joseph Cronin)

Práce je rozdělena na část teoretickou a průzkumnou. V první části pomocí studia odborné literatury a dostupných článků a dalších zdrojů přibližuji čtenáři pravidla správné a obousměrné komunikace, oč jde v komunikaci s pacientem. Zaměřuji se na oblast komunikace jak verbální, tak neverbální. Její projevy a dopady na pacienta v prvním kontaktu ve zdravotnickém zařízení. Nástrojem pro získání dat pro průzkumnou část práce je dotazník vlastní tvorby, díky němuž mi respondenti pomocí zodpovězených otázek, poskytli nahlédnutí do jejich negativních komunikačních zážitků ve zdravotnickém prostředí ve svém životě.

Dále průzkumná část obsahuje podrobný rozbor průzkumných otázek a je zakončena vyhodnocením nasbíraných informací, polemikou o výsledcích dotazníkového šetření, doporučeními pro zlepšení současné situace a závěrem.

1 CÍL PRÁCE

Hlavní cíl

Zjistit, kde a proč se cítí pacienti v komunikačních pastích ve zdravotnictví

Dílčí cíle

1. Zjistit místa a důvody proč k negativní komunikaci ve zdravotnictví dochází.
2. Zjistit koho a na co se respondenti během ošetření ptají a jak jsou s odpověďmi spokojeni.
3. Zjistit dopad negativní komunikace ve zdravotnictví na psychiku pacientů do budoucna.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Komunikace v obecné rovině

*„Kdybych psala takovou knížku před sto lety, nazvala bych ji ‚Pane doktore, na slovíčko!' Začalo se třetí tisíciletí, všechno se valem mění, a tak místo slovíčka máme raději najednou všechno pohromadě ve všeobjímajícím slově – komunikace. Jenomže s tímto lidským pokladem hospodaříme každý podle přirozenosti své vlastní individuality a zapomínáme se řídit nutnými pravidly, i když víme, že žít můžeme život jen ve společnosti" (*Linhartová, 2007, s. 9).

Jak uvádí Zacharová (2016, s. 8) člověk je tvor sociální a od jiných živočichů na zemi se odlišuje schopností využívat řeč jako nástroj dorozumívání a myšlení. Jedná se o přímý regulátor úrovně mezilidských vztahů a zároveň je podmínkou každého sociálního systému. Žádná sociální skupina bez komunikace nedokáže existovat. Přispívá k uspokojování potřeb sociálního styku jedince a je zároveň prostředkem sociálního začlenění jednotlivce do skupiny.

Komunikace je v obecné rovině definována jako informační sdělení prostřednictvím různých signálů a prostředků, jimiž jsou sdělení ústní, písemné, mimika, gesta a další neverbální chování, především mezi dvěma či více lidmi, ale také pomocí tisku, rozhlasu či jiných médií. De facto jde o způsob spojení = dorozumění, či možné spojenectví, a proto by se v praxi mělo jednat o spojení zdravotníka a pacienta na společné cestě k uzdravení (Honzák, 1997, s. 11).

2.1.1 Nerovnoměrný pokrok medicíny a komunikace

Medicína se stále vyvíjí a zdokonaluje, zlepšují se jednotlivé metody, laboratorní a přístrojové techniky vyšetření, které upřesňují diagnózu, získávají se nové a nové poznatky o příčinách vniku nemocí, vylepšuje se farmakoterapie, zdokonalují se chirurgické zákroky do lidských organismů a tím vším dochází k záchraně mnoha životů pacientů. Naopak z hlediska komunikace jde ale o pokrok medicíny nerovnoměrný, neboť chronických nemocí neubývá a stresové situace mezi lékaři-pacienty-zdravými lidmi nemizí, a to zvláště v případech, kde nemoc není dobře viditelná. Komunikace mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem se s mohutným rozvojem diagnostických metod nezlepšuje, spíš naopak. Pacient se tak ocitá v nejedné komunikační pasti-pro nemožnost se podrobně svěřovat se svými potížemi a zkušenostmi (Irmiš, 2014, s. 5).

2.1.2 Rogersovský přístup

Přístup zaměřený na člověka, zakladatelem této teorie je Carl Rogers (1902-1987), představitel humanistického přístupu, který kladl především důraz na terapeutický vztah, zranitelnost pacienta, autenticitu, nepodmíněné pozitivní ocenění, empatii. Každá zkušenost nás osobnostně rozvíjí a vzniká potřeba pozitivního ocenění. Důležité je tedy umět naslouchat, zůstat sám sebou a být autentickým. Být si vědom vlastních prožitků a umět je vyjádřit, být schopen respektování a přijetí druhého. Prostřednictvím ocenění pozitivně povzbuzovat pacienty, pro jejich osobní růst a rozvoj. Empaticky vnímat pacienty tak, jako bychom byli na jejich místě i ve stejném emocionálním stavu (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 15).

„Pravidla rogersovského rozhovoru shrnul do základních bodů Vymětal (1996):

- *Mluvíme přirozeným jazykem a dbáme na to, aby nám druhý rozuměl.*
- *Používáme kratší věty, které neodvádějí pozornost od obsahu.*
- *Vyhýbáme se cizím slovům a odborným výrazům.*
- *Mluvíme konkrétně a jednoznačně.*
- *Ponecháme dostatek prostoru druhé straně* “

2.1.3 Komunikační chyby a omyly v klinické praxi

Jak uvádí Linhartová (2007, s. 7) většina stížností nemocných na naše zdravotnictví tkví ve špatné, nebo zcela nedostatečné komunikaci mezi nemocnými, jejich blízkými a zdravotnickým personálem. Mnozí pacienti označují komunikaci za špatnou, nedostatečnou, hrubou, zlehčující, nepřiměřenou situaci vůči sobě, až po absolutní netečnost zdravotnického pracovníka. Vadí jim i nevhodná komunikace v prostorech čekárny mezi ostatními pacienty.

Zde bychom měli mít vždy na mysli ochranu osobních údajů (Zákon č. 101/2000 sb., §1 - §48).

S velkým rozvojem vědy a techniky se některým zdravotníkům jeví rozhovor s nemocným zbytečným, obtížným, velmi náročným na čas, kterého máme čím dál méně. Důsledkem toho jsou pak zbytečné obavy nedostatečně poučených pacientů z následného vyšetřování a léčení, odmítání těchto postupů pacienty, falešné naděje či přehnaná očekávání. Z pacienta se bez komunikace stává jen jakýsi objekt, věc, na které se provádí – v lepším případě – medicína založená na důkazech s velmi pochybnými závěry. A tak se stává, že sebelepší léčba se bez

správné komunikace může míjet účinkem, zatímco tlumením obtíží při kvalifikované komunikaci docílíme spokojenosti pacienta bez pocitů frustrace (Linhartová, 2007, s. 7).

Nespornou důležitost má v klinické praxi i tzv. slovní iatrogenie, neboť reakce na nemoc je u každého člověka jiná a stejně tak jiná může být reakce na slova zdravotní sestry či lékaře. Oslabený a chorobou ohrožený pacient vnímá všechno daleko citlivěji, slova, pohledy, nepochopení než člověk zdravý (Irmiš, 2014, s. 9).

Jak Zacharová (2016, s. 105) ve své knize uvádí, že k umění léčit, tj. k odborné kvalifikovanosti patří i umění komunikovat a většina zdravotníků si myslí, že to umí. Opak je však pravdou, nebo je komunikace kvalitní jen částečně. Svědčí o tom mnohé negativní zkušenosti, soudní žaloby a spory, kritiky a stížnosti pacientů.

Dále si Zacharová (2016, s. 105) klade otázku: „*Kdo připravuje a vychovává pacienta na kontakt s odborníkem, který bude v daném čase řešit jeho problémy a vstupovat do intimní sféry jeho bytostné Já?*“ Pacienti, kteří vstupují do zdravotnických zařízení jsou odlišných profesí, nejrůznějších povah, mentálně či tělesně postižení či zdraví a rozličného věku. Veškerá zdravotnická osvěta může být nedostačující pro toho, či onoho pacienta. Proto je nutné počítat s tím, že takový člověk přichází naprosto nepřipraven, ale bude kontrolovat veškerou realizovanou péči.

2.1.4 Čas – náš přítel, nebo nepřítel

Nedostatek času mnohdy vyvolává velký psychický tlak a záleží jen na vůli lékaře či zdravotní sestry jaký způsob jednání a zacházení s pacientem zvolí. Nedostává se času na edukační rozhovory o prevenci a životním stylu, která je základním pilířem dobrého zdravotního stavu, ani na hovor s rodinou pacienta a zodpovězení, či případné vysvětlení všech otázek pečujících o osobu nemocnou (Zacharová, 2016, s. 104).

Pacienti s psychosomatickou nemocí často nenacházejí v rutinní medicíně nejen pochopení ale ani léčbu. Ta se často redukuje na pouhé předepsání v současné době moderních antidepresiv. Stále více se však zapomíná u všech nemocných na empatický přístup, holistické přijetí nemocného a jeho životní příběh (Irmiš, 2014, s. 77).

2.2 Pravidla a zásady správné komunikace

Při komunikaci s lidskými bytostmi je zcela zásadní si uvědomit určité zákonitosti, bez kterých bude vzájemná komunikace váznout. Naopak dodržení některých známých principů může vzájemné komunikace velmi usnadnit (Honzák, 1997, s. 11).

2.2.1 Požadavky na lékaře

Lékař by měl při komunikaci s pacientem dodržovat tyto základní požadavky:

1. Musí vědět co chce říct.
2. Rozhodnout se, kdy je vhodné informaci sdělit.
3. Pro sdělení informací vybrat správné místo.
4. Zvolit ten nejvhodnější způsob, jak informaci podat.
5. Vždy mít na paměti, že informace jasné pro lékaře, nemusí být jasné pro pacienta.
6. Sdělení ničím nekomplikovat a mluvit zřetelně.
7. Umět zvolit vhodné přiměřené tempo řeči a důležitý je i odpovídají tón řeči.
8. Zaznamenávat reakce pacienta, všímat si jeho projevů zmatku, úzkosti, hněvů.
9. Umožnit pacientovi, aby se mohl dostatečně vyjádřit.
10. Svým projevem nesmí pacienta dráždit a neznekliďovat.
11. Zkontrolovat si, zda pacient informace přijal a pochopil.

(Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 59-60).

Položme si otázku, proč vlastně kdysi volali lidé uprostřed noci doktora, který jim nemohl nabídnout ani paliativní, natož kauzální léčbu? A proč chtějí opět lékaře dnes, v době, kdy je medicína plná moderních technologií, počítačů a robotů? Odpověď je zcela jasná, neboť lékař vždy byl, je a vždy bude útěchou duše a těla. Lékaři nesmí přestat být pacientům přáteli a důvěrníky. Nesmí se soustředit víc na nemoc než na osobnost. Lékař totiž může vyléčit někdy, často může zmírnit utrpení, ale vždy může utěšit (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2015, s. 40).

2.2.2 Základní požadavky na sestru při komunikaci

Tutková (2007) ve svém článku zdůrazňuje důležitost umění naslouchat pacientovi, aktivně vnímat co říká a sledovat jeho neverbální projevy s citem, umět se dívat na svět z pohledu toho druhého, umět dát najevo schopnost porozumění, cítit úctu k člověku, respektovat práva nemocného, schopnost podávat jednoznačné rady bez povýšenosti, nezklamat důvěru pacienta, naučit se respektovat individuální potřeby nemocného.

Jak uvádí ve své knize Zacharová (2016, s. 108-109), vztah mezi sestrou a pacientem patří ke vztahům základním. Navazuje jej každý pacient, nebo žadatel o ošetřovatelskou péči. Nepříjemnosti, invektivy, kritika, nedorozumění a nepochopení spouští kaskádu napětí, vzájemné nepohody a nevrhají dobré světlo na profesionalitu zdravotníků. Samozřejmě nesoudnost a neobjektivnost některých pacientů je rovněž výsledkem oboustranné nespokojenosti a mnohých krizových okamžiků.

Obě strany si musí uvědomit své nedostatky, aby došlo ke snížení výskytu vypjatých situací, možných chyb a omylů v praxi.

2.2.3 Požadavky na pacienty

„Vaši pacienti se je nikde nedočtou, proto jim je musíte sdělit sami, je to možné i formou letáku v čekárně“ (Honzák 1997, s. 9,10).

Jak uvádí ve své knize Honzák (2011, s. 20), je vhodné si připravit tzv. komunikační manuál před vstupem k lékaři.

1. Připravit si pár otázek, které považuji za klíčové.
2. Mám-li problém, o kterém se mi nebude chtít příliš mluvit, napíšu jej na lístek a řeknu, že toto chci projednat, jen nevím, jak začít.
3. Jestliže mám obtíže, připravím si a popíšu, jak začínají, kdy se zhoršují, co si o nich já sám myslím a co mi dělá starost.
4. Jestliže lékař říká cokoliv pro mě nesrozumitelného, na rovinu řeknu, že nerozumím.
5. Na otázky kolem životního stylu, neupravuji svou pravdu a všechno poctivě řeknu.
6. Než odejdu od lékaře, raději nahlas přeříkám, co mám dělat do další návštěvy.

7. Pokud předepsaný lék nesedí, nečekám do další návštěvy, zatelefonuji a vysvětlím problém.

V okamžiku sdělení diagnózy se pacient a poté i blízký doprovod pacienta ocitá ve značném šoku a snaží se postupně se zorientovat. Pacient informace vstřebává v útržcích, tak, jak si je zapamatuje z rozhovorů s lékařem a obohacuje je svými domněnkami. Proto je lepší si v klidu sednout a popřemýšlet nad otázkami, které obě strany zajímají. Průběh léčby, alternativy, nutnost hospitalizace, prognóza, jak připravit rodinné příslušníky, jak ovlivní nemoc rodinné příjmy a výdaje, jaké budou léky, doplatky, participace úhrad ze strany zdravotní pojišťovny atd.

(Andrysek, Astl, Bartošová, Hauserová, Jenšovská, Karešová, Konsoláta, Pafko, Vaněček, Virostková, 2011, s. 22-23).

2.2.4 Zásady správné komunikace v ordinaci

Mezi zásady správné komunikace v ordinaci rozhodně patří následující:

- Pozdravení s pacientem, případné podání ruky, nošení vizitky na viditelném místě.
- Pacienta zásadně oslovujeme jménem, popřípadě titulem, v naší zemi je to zvykem.
- Je důležitý oboustranný oční kontakt v průběhu celé návštěvy, lékař by neměl na pacienta hledět skrz počítač, ani přes žádnou jinou překážku, monitor počítače by měl být natočen tak, aby na něho viděl i pacient.
- Na pacienta se podíváme, nebo se k němu alespoň trochu natočíme, aby bezpečně poznal, že je mluveno právě na něho.
- Během rozhovoru s pacientem nepřijímáme žádné soukromé telefonáty a za služební, které vyřídíme co nejrychleji, se nezapomeneme omluvit.
- Předepisujeme-li léky, vysvětlujeme jejich užívání, dobu užití a popřípadě upozorníme na vedlejší účinky.
- Vhodnými dotazy kontrolujeme, zda nám pacient rozumí, vedeme s pacientem rozhovor, nikoliv monolog.
- V našem hlase musí být slyšet spoluúčast a vlídnost, pacient nesmí poznat naši časovou tíseň.
- Pacienta nekritizujeme a respektujeme jeho soukromí.
- Dbát musíme i na svůj zevnějšek, osobní hygienu a celkově musíme vzbuzovat dobrý dojem, který má vliv na atmosféru celé návštěvy i na pacientovu důvěru k nám. (Linhartová, 2007, s. 64)

2.3 Naše zdravotnictví – týmová spolupráce a její mezery

Všichni máme své duchovní mělčiny, ale i hloubky. V české společnosti bychom při své práci a usilování měli tyto veličiny brát vážně. Pokud chceme v našem zdravotnictví něco významného udělat a změnit ve prospěch pacientů a potažmo nás všech, protože všechno spolu úzce souvisí, musíme vycházet z reality. Peněz bude ve zdravotnictví vždycky méně, než by bylo potřeba. Smiřme se s tím a nechme na bedrech ekonomů a politiků. Zkusme zlepšit především to, co sami můžeme vlastními silami, lidskostí a osobitým přístupem k našim nemocným (Svatošová, 2012, s. 2).

V knížečkách Deníčky Mammahelpek se uvádí, že zdravotnictví v onkologii s okamžitou psychickou první pomocí a podporou nepočítá od prvního sdělení všude. Péče o duše onkologických pacientů tak zřejmě ještě dlouho bude velkým dluhem našeho zdravotnictví. Podpůrné organizace by přitom mohly suplovat úlohu lékařů a ulehčit jim tak práci, pacientům vhodně nastínit, jak upravit svůj život a připojit radu odborníka z oblasti psychosociální (Astl, 2011, s. 17).

V této souvislosti je důležité zmínit postavení pacientů v návaznosti na poskytování zdravotnických služeb (Zákon 372/2011 Sb., §28-§44a).

Komunikace je zásadním kamenem úspěchu, je nutné pacienta posunout do středu zájmů všech zúčastněných stran, aby zvyšování zdravotnické péče nebylo pouhým statistickým ukazatelem, jak bylo uvedeno v článku Desatero aktivit bezpečnosti pacientů (Hřib, 2007).

2.3.1 Komplexní léčba

Často zmiňovaná, ale kdo ji ve skutečnosti umí? Někdo disponuje pohledem biologickým z různých úhlů, někdo přístupem psychosomatickým, který zahrnuje i biopsychosociální pohled. Medicína jako taková spoléhá na specializace. Takže každý specialista hledí na pacienta převážně svým odborným pohledem. „*Na pokoji č. 3 leží plíce, v čekárně je ještě žlučník.“* Jenomže plíce i žlučník mají souvislost s celým organismem v rámci pacientova prostředí, a tak je na stole praktického lékaře souhrn nálezů specialistů bez vzájemné spojitosti (Irmiš, 2014, s. 90).

2.3.2 Rodiče a děti v primární zdravotní péči

Náš psychologický guru prof. Zdeněk Matějček nazýval náladou čekárny stav, který významně odráží to, co se bude dít v ordinaci. Nervózní matka či otrávená sestra plná invektiv jsou předzvěstí nepříjemného napětí. Čekárna musí být pro děti hernou, a rozhodně se nesmí dlouho čekat, což lze docílit dobrou organizací práce (Ptáček, Bartůněk a kol., 2015, s. 108).

2.4 Nemoc a potřeby pacientů

Jak uvádí ve své knize Astl (2010, s. 9), nemoc je stavem těla, duše a mysli tvořící jednotu. Je tedy teoreticky možné ovlivnit nemoc našimi vnitřními postoji a činy. Záleží na tom, co se svým tělem, psychickým stavem, a nakonec i se svým životem provádíme sami. Naše fyzické zdraví je pod vlivem toho, co do svého vlastního těla pustíme, ať je to v podobě toho, co jíme, pijeme a dýcháme, ale také jak velkému stresu dokážeme odolávat.

Nesmíme se zajímat však pouze o tělesné potřeby našich pacientů a dělat, že to ostatní nás zdravotníky nezajímá. Týká se nás to všechno, protože je to náš pacient! Úspěšné zvládnutí holistického přístupu k pacientovi je důvod proč pracovat týmově. Bude se nám to hodit i v našem životě. Všichni se přeci potřebujeme vzájemně doplňovat a obohacovat, a to v běžném životě i na pracovišti (Svatošová, 2012, s. 21).

2.4.1 Odmítnutí zákroku

V listině základních práv a svobod (usnesení č. 2/1993 Sb., čl. 5-23) je zaručena nedotknutelnost osoby, všechny prováděné zákroky jsou možné provést pouze se souhlasem dotčené osoby. Forma odmítnutí zákroku musí mít podobu písemného reversu, jinak se jedná o vysoce riskantní záležitost, pacient se může obrátit na soud a vyžadovat po nemocnici odškodnění.

2.4.2 Pochopení informací

Nejen poskytnutí informací, ale také jejich pochopení je stejně důležité. Informace podávané v době, kdy je pacient pod tlakem stresu a strachu, mohou být pochopeny špatně. Lékař má povinnost zajistit pacientovo porozumění, pomocí jasných otázek, tištěných materiálů, videosekvencí, edukačních programů. A zvláště sestry mohou informace doplňovat a zlepšovat (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019, s. 61).

2.4.3 Evalvace

Opravdovým uměním v každé době je lidem nezištně pomáhat a zastat se jich, pokud jsou v právu. Pro práci zdravotníků je nesmírně důležité, aby empatií a ochotou druhým pomáhat přímo hořeli. Svým chováním, ať chtějí, nebo ne, verbálně či neverbálně sdělují pacientům určitou míru vážnosti, úcty i pokory. Slovo evalvace je tedy ekvivalentem pro úctu a vážnost ve vzájemném styku (Kelnarová, Matějková, 2009, s. 20).

2.4.4 Smích a pozitivní emoce

Když se smějeme, nic nás to nestojí, ale naopak dostáváme, my i všichni naším smíchem obdarovaní. Zvyšuje se tepová frekvence a tím se prokrvuje pokožka, rozšiřují se nám povrchní cévy, je nám teplo a pěkně zrůžovíme. Dochází k sníženému secernování kortikoidů, a naopak k vzestupu imunoglobulinu A, který nás brání před infekcemi horních cest dýchacích a posiluje celkovou imunitu. Dále smích zvyšuje odolnost vůči bolesti, zvyšuje schopnost organismu bránit naše tělo před infekcemi a nádory (Nešpor, 2017, s. 26-27).

2.5 Základní pocity neuspokojených potřeb

Příklad negativní komunikace uvádí Konečná, Slouková a Mardešić (2012, s. 42-43) v životním příběhu přijaté paní v depresivní náladě na oddělení interny. Snažila se spolupracovat, ale kromě návštěvy syna ji nedokázalo nic potěšit. Všichni k ní přistupovali citlivě, ale paní se velmi těžko smiřovala s tím, že půjde do domova, kde čekání na umístění bylo dlouhé. Uvědomovala si však, že sama doma být nezvládne a syn zase nemůže přestat pracovat. Paní se zahojila jizva po amputaci druhé končetiny, její zdravotní stav dle laboratorních výsledků byl kompenzován.

Ošetřující lékař ji při každé vizitě upozorňoval na tlak na obsazená lůžka, že ji musí propustit a že tu není od toho, aby za ní doma cokoliv zařizoval, a hlavně nikdy si nenašel čas ji zcela vyslechnout. Paní začala záhy zvracet, odmítala jídlo a téměř nespala. Lékař nepovažoval žádná vyšetření za nutná, za vše si paní může sama, občas naordinoval infuzi fyziologického roztoku, nic víc. Syn byl ze zhoršeného stavu nešťastný. Dotyčný lékař odjel na dovolenou a místo něho nastoupila nová lékařka. K paní si přisedla, vzala ji za ruku a trpělivě jí naslouchala. Naordinovala pouze jednu tabletku Omeprazolu a přislíbila jí, že až se obtíže zmírní, přistoupí k dalšímu vyšetření. Pacientka se velmi na paní lékařku těšila a ta pro ni vždy měla vlídná slova. K velké radosti syna i ošetřovatelského personálu, obdržela paní záhy i termín k nástupu do domova. „Jistě se jazyku v medicíně lze vyhnout, ale stane se to, až pacient a zdravotník nebudou lidmi“ (Konečná, Slouková a Mardešić,2012, s. 42-43).

Tabulka 1: "Pocity neuspokojených potřeb" (Mastiliaková 2014, s. 25)

Fyziologické potřeby	Fyziologické pocity
Dýchání, hydratace, výživa, vyprazdňování, teplo, aktivita, pohyb, hygiena, spánek, odpočinek, tělesná pohoda (být bez bolesti), sexuální potřeby	Nedostatek vzduchu (dušnost), žízeň, hlad, nucení na močení, nucení na stolici, zima, ztuhlost, nečistota a lepkavost, svědění, zápach, bolest, únava, ospalost, sexuální touhy
Psychosociální potřeby	Psychosociální pocity
Bezpečí a jistota Vyhnutí se ohrožení (únik), boje s ohrožením (agrese), zdraví, informace o sobě (o svém zdravotním stavu), informace o prostředí (nemocnice, oddělení), soběstačnost, klid, mír, spokojenost, ochrana, důvěra, naděje	Nejistota, úzkost, strach, ohrožení, agrese, nedůvěra, beznaděj
Láska a sounáležitost Láska (pozitivní vztah k člověku), společnost (kontakt s více lidmi), rodina, přátelé, komunikace, péče o druhé lidi, dominance (vedení), submise (podřízení, závislost)	Osamělost, smutek, zbytečnost, deprese
Sebevědomí a sebeúcta Uznání sebe samotné/ho, neudělat ostudu, úspěch, poznání, intimita	Méněcennost, komplexy, selhání, zklamání, stud

Mareš, Vachková (2010) popisují specifické změny v souvislosti s potřebami u nemocného člověka. Nemocný většinou ztrácí schopnost své potřeby uspokojovat sám, některé z nich si uvědomuje mnohem intenzivněji, než když byl zdráv. Mění se priorita jejich uspokojování, jejich změny jsou různorodé, dle každého nemocného individuální, ovlivněné druhem, fází a závažnosti pacientova stavu (Mareš, Vachková, 2010, s. 32).

2.5.1 Pasivita a odevzdání

Pasivita a odevzdání je běžně vídána u pacientů, kteří putují z jedné nemocnice do druhé, bez znalostí vyšetření, která podstupují, za účelem, po kterém se ani neptají a výsledky neznají. Jsou přesvědčeni, že je to práce lékaře a oni tomu stejně nerozumí. Tím vkládají do rukou lékařů

moc nad svými životy a zdravím. Ve šťastnějších případech se pacientovi dostane odpovědi vágní nebo žádné. Setkáme se i s lékařem rozzlobeným, uraženým po každé, když se pacient na cokoliv zeptá (Klímová, Fialová, 2015, s. 215).

2.5.2 I negativní emoce jsou užitečné

Přiměřený smutek nad ztrátou čehokoliv je emoce, která do budoucna chrání naše zdraví. Kdysi už Freud zcela jasně řekl, že deprese je daň za náš neodžitý smutek. Když se přes něj přeneseme nepřiměřeně v čase nebo v intenzitě, můžeme dospět do chorobné nálady. Navíc trvalé napětí velmi často vede k bolestem hlavy, zad, opotřebení pohybového aparátu, narušuje funkci trávicího systému. Je tedy nesmírně důležité naše ztráty a zažité utrpení kompenzovat něčím pěkným a potěšitelným, tak jak nám velí naše vnitřní malé dítě, které chce obejmout a pohladit. Tedy snažit se zapomenout nepříjemné okamžiky a s láskou se mít rád. Tento postoj je nejdůležitější v pasti naší vlastní nemoci, ale i ve všech pastech strastiplných okamžiků našeho života. „*Nikdo na nás nemůže být horší, než to dokážeme my sami. Dívejme se na svět očima Malého prince a hledejme to pěkné. To blbé přijde samo“* (Honzák, 2013, s. 64-67).

Všichni na sobě musíme systematicky pracovat, uvádí Svatošová (2018, s. 261), a nejde to hned, trénink musí být soustavný. Není třeba vymýšlet nic zvláštního, protože každý den nabízí velké množství drobných a nepatrných příležitostí, na kterých můžeme naši vůli trénovat a neustále posilovat. O tom, že se to vyplatí, není sporu, jinak by člověk nebyl svobodný ale závislý. A neplatí to pouze o návykových látkách, protože člověk dokáže být závislý na čemkoliv. Na pochvale, uznání, obdivování, děkování atd.

.

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

V této části bakalářské práce bude následovně popsána metoda průzkumu a interpretace výsledků.

3.1 Průzkumné otázky

1. Kde bude nejčastěji docházet k negativní komunikaci ve zdravotnictví?
2. Jaké důvody povedou k negativní komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem?
3. Budou pacienti spokojeni s chováním a přístupem zdravotníků?
4. Bude mít negativní komunikační zážitek dopad na respondenty?
5. Ovlivní negativní zážitek respondenty do budoucna?

3.2 Metodika průzkumu

3.2.1 Metoda průzkumu

Průzkum proběhl kvantitativní metodou, která umožnila efektivní shromáždění dat většího počtu osob. Využitím otevřených otázek se naskytla i možnost respondentů vyjádřit se podrobně a vlastními slovy.

3.2.2 Průzkumný vzorek

Průzkumný vzorek byl tvořen respondenty, kteří splnili následující kritéria:

1. Měli zájem zúčastnit se dotazníkového šetření.
2. Byli starší 18 let včetně.
3. Byla jim v průběhu života poskytnuta jakákoliv zdravotnická péče

Dotazníků bylo vytištěno a rozdáno celkem 80 (100,0 %). Navrátilo se celkem 75 (94,0 %) dotazníků, z nichž pouze 9 (12 %) respondentů uvedlo, že nezažili za svůj život žádný negativní komunikační zážitek ze zdravotnictví. Do dalšího průzkumného šetření tedy bylo zahrnuto pouze 66 (88 %) respondentů.

3.2.3 Nástroj pro sběr dat

Pro realizaci průzkumné části byl vybrán kvantitativní způsob šetření. Na podkladě prostudované odborné literatury a článků byl vytvořen za účelem tohoto šetření, anonymní dotazník vlastní konstrukce. Jeví se jako vyhovující pro daný průzkum z hlediska subjektivního posouzení jednotlivých zkoumaných osob, ale také dostačující pro následné zhodnocení stanovených cílů. Jedná se o vícerozměrný dotazník sledující a měřící více aspektů, názorů, preferencí a postojů (Vévodová, Ivanová a kolektiv, 2015, s. 56). Před samotným průzkumným šetřením byl proveden předvýzkum rozdáním 6 dotazníků, z důvodu zpětné vazby ohledně srozumitelnosti předložených otázek. Byly odstraněny drobné nesrovnalosti tak, aby každá otázka byla co nejjednodušší a vyplynula z ní jednoznačná odpověď (Giddens, 1999, s. 516). V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s autorem, s důvodem realizace průzkumného šetření v rámci zvoleného tématu a návodem, jak správně dotazník vyplnit. Respondenti odpovídali na 22 otázek, typu otevřených, uzavřených a polootevřených. 3 otevřené otázky popisovaly subjektivní prožitky respondentů při negativní komunikaci ve zdravotnictví. Polootevřených 7 otázek odhalovalo nedostatky v komunikaci se zdravotnickým personálem a případnou možnost zvolení jiného zdravotnického pracoviště. Uzavřené otázky typu dichotomické, filtrační a výčtové se zabývaly pocity respondentů, ohodnocením úrovně

komunikace mezi zdravotníky a dotázanými. Další uzavřené polytomické otázky byly směřovány na prostor, kde k negativnímu zážitku došlo, na vliv nestranné komunikace zdravotníků, na negativní dopady na psychiku pacientů do budoucna.

3.2.4 Průběh průzkumného šetření

Sběr a zaznamenávání dat probíhalo v období od září do října 2020. Metodou náhodného výběru v mém okolí, přičemž byla splněna základní kritéria výběru-respondent byl starší 18 let, měl zájem zúčastnit se dotazníkového šetření a byla mu v průběhu života poskytnuta jakákoliv zdravotnická péče. Každému jedinci bylo mnou přiděleno pomyslné číslo a každému třetímu jedinci, ochotnému anonymně spolupracovat, byl předložen dotazník (Giddens, 1999, s. 517). Respondenty jsem ujistila, že vyplnění dotazníku je zcela anonymní a poslouží výhradně k mé průzkumné části bakalářské práce na zvolené téma. Poprosila jsem je, aby ve svých zážitcích velmi subjektivně popsali vše objektivním pohledem, protože jedině tak bude můj výzkum směrodatný a hodnotný. Respondenti měli dvě možnosti doručení vyplněných dotazníků, a to prostřednictvím zaslání na e-mail, který jsem pro tento účel založila a také měli možnost vyplněné dotazníky vhazovat osobně do připravené schránky, přičemž byli ubezpečeni o anonymitě získaných dat. Každému respondentovi byla tedy zcela ponechána svobodná vůle, zda dotazník vyplní, nebo nevyplní a zašle, nebo doručí osobně do schránky v místě mého bydliště.

3.3 Technika hodnocení získaných dat

Ke zpracování dat byly použity programy Microsoft Office Word 2016 a Microsoft Office Excel 2016.

Každá otázka z dotazníku je vyhodnocena samostatně formou grafu.

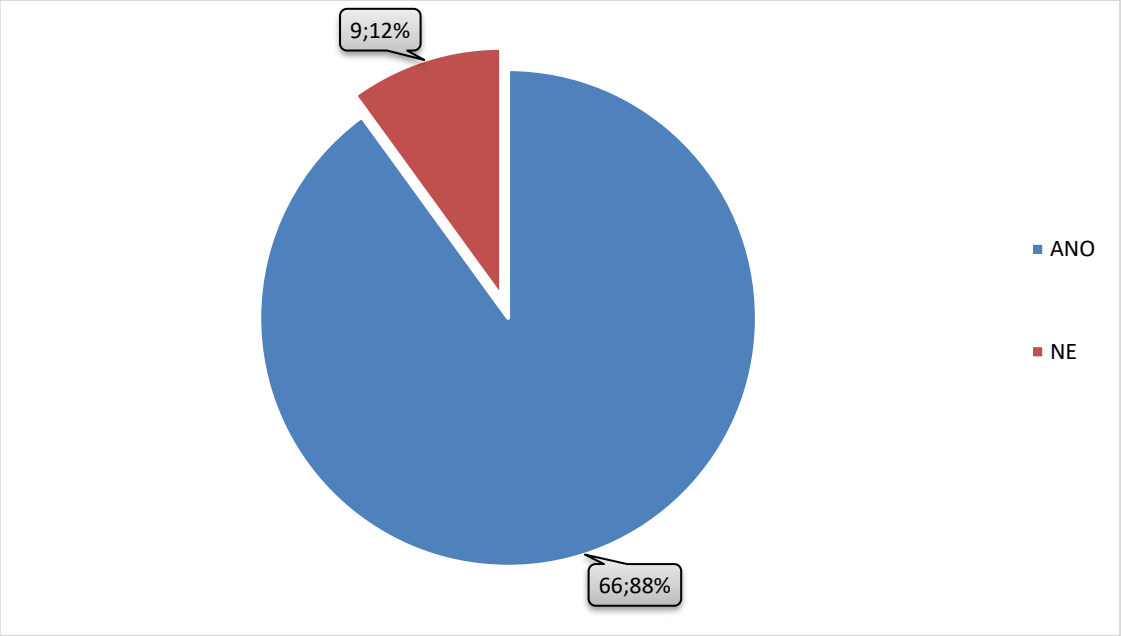
Výsledky jsou prezentovány v absolutní četnosti (tj. celkový počet odpovědí) a v relativní četnosti (tj. procentuální zastoupení). Součástí tohoto vyhodnocení je i slovní popis uvedený v absolutních a relativních četnostech.

3.4 Analýza dat

Otázka č. 1: Zažil jste nějakou negativní komunikační zkušenost z pobytu nebo ošetření v nemocnici (v ambulanci) či u lékaře, ať už jako pacient, nebo doprovod jiné osoby?

a) Ano.

b) Ne, prosím dál ve vyplňování dotazníku nepokračujte.



Obrázek 1: Negativní komunikační zážitek ve zdravotnictví

Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 75 (100 %) respondentů nemělo 9 (12 %) dotázaných dosud žádný negativní zážitek z komunikace ve zdravotnictví, oproti 66 (88 %) dotázaných, kteří již nějaký negativní zážitek během svého života zaznamenali. Dále se tedy cíleně zaměříme na zážitky 66 respondentů, kteří podrobněji popsali svůj negativní zážitek ve zdravotnictví. Zbývajících 9 odpovědí respondentů, kteří odpověděli na otázku 1 b) do dalšího průzkumného šetření nebylo zahrnuto.

Otázka č. 2: Jaký byl důvod poskytnutí zdravotnické péče?

a) Porod.

b) Vyšetření.

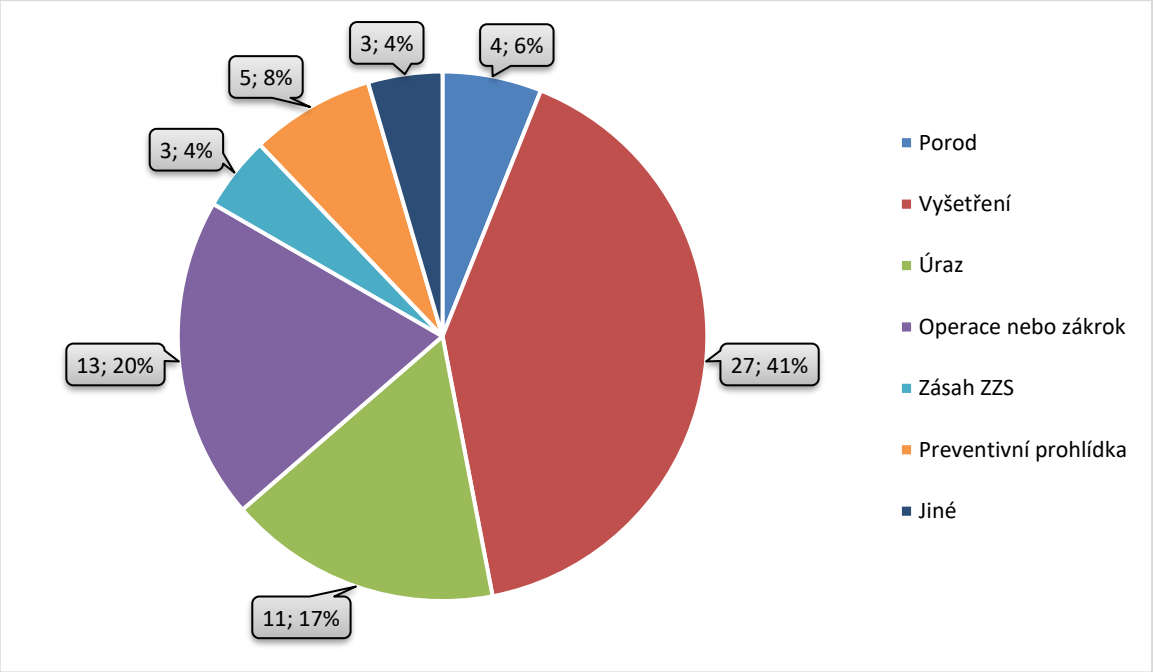
c) Úraz.

d) Operace nebo zákrok (hospitalizace).

e) Zásah zdravotnické záchranné služby.

f) Preventivní prohlídka, nebo kontrola u praktického lékaře.

g) Jiné …….



Obrázek 2: Důvod poskytnutí zdravotní péče

Tento graf prozrazuje, že negativní zážitek z komunikace ve zdravotnictví prožili 4 (6 %) respondenti během porodu, 27 (41 %) respondentů při vyšetření, 11 (17 %) respondentů během ošetření po úrazu, 13 (20 %) respondentů během předoperační a pooperační péče, 3 (4 %) respondenti při přivolání ZZS, 5 (8 %) respondentů během prohlídky u praktického lékaře a 3 (4 %) měli negativní zkušenost z jiných vyšetření, např. logopedie, dětská ambulance atp.

Otázka č. 3: K negativní komunikaci v rámci zdravotní péče došlo:

a) V čekárně.

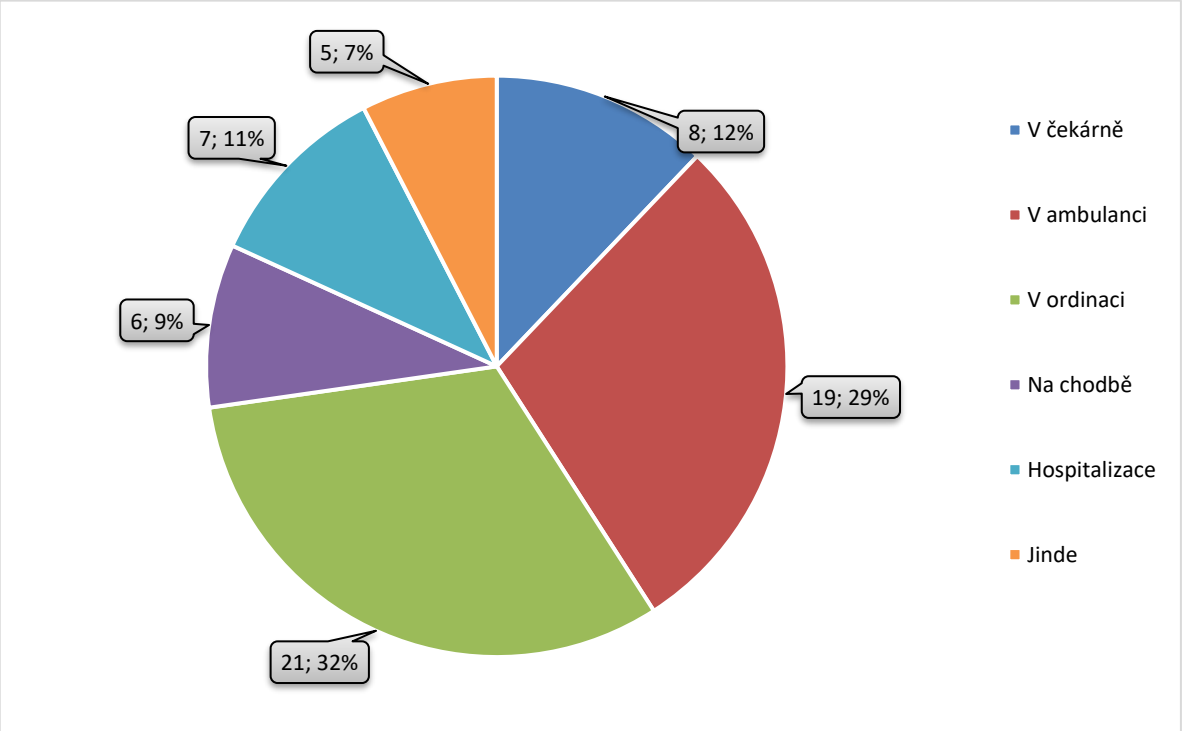
b) V ambulanci.

c) V ordinaci.

d) Na chodbě.

e) Během hospitalizace

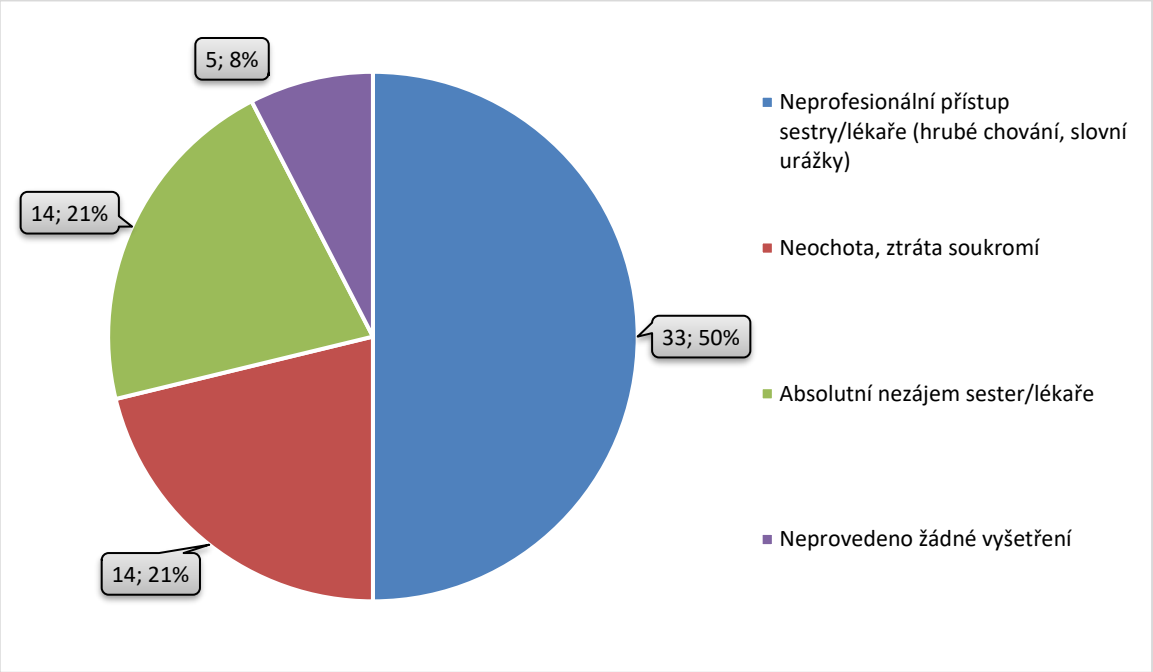
f) Jinde, napište kde: ……



Obrázek 3: Kde proběhla negativní komunikační zkušenost ve zdravotnictví

Z celkového počtu 66 (100 %) respondentů, kteří negativní zážitek z komunikace ve zdravotnictví někde prožili, jich uvádělo 8 (12 %) v čekárně, 19 (29 %) v ambulanci. 21(32 %) v ordinaci praktického lékaře, 6 (9 %) na chodbě, 7 (10 %) během hospitalizace a 5 (7 %) měli negativní zkušenost jinde, např. na recepci, nebo v domově důchodců.

Otázka č. 4: Jestliže jste odpověděl(a) u otázky č. 1 a) Ano, popište, co se stalo, Váš pohled na vzniklou situaci.



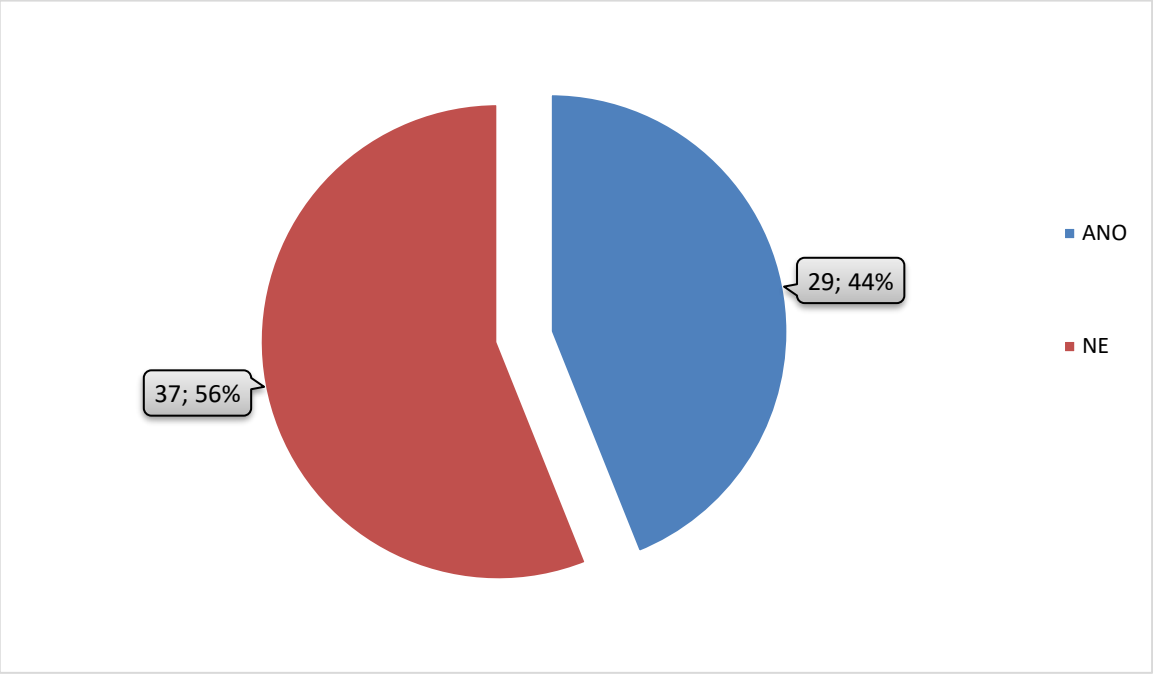
Obrázek 4: Popis negativního zážitku ze zdravotnictví

Zde lze vidět, že negativní zážitek z komunikace ve zdravotnictví si odnášelo 5 (8 %) respondentů, kteří neabsolvovali žádné vyšetření a museli se tedy obrátit na jiné zdravotnické zařízení vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, dále 14 (21 %) respondentů pro neochotu, nebo ztrátu vlastního soukromí, stejně tak 14 (21 %) respondentů pro absolutní nezájem ze strany sester či lékaře a nakonec 33 (50 %) respondentů pro zcela neprofesionální přístup lékaře či sestry, kteří užili hrubého chování nebo slovních urážek na adresu respondentů.

Otázka č. 5: Měl(a) jste pocit, že se Vám zdravotnický personál věnoval dostatečně dlouho?

a) Ano.

b) Ne, jaká je Vaše časová představa: …….

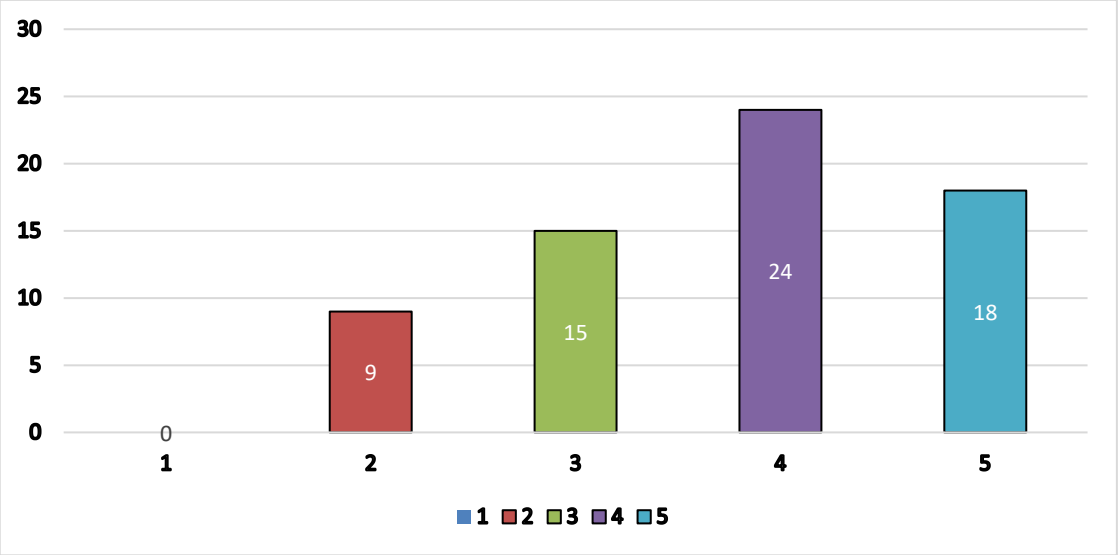


Obrázek 5: Spokojenost pacientů při první komunikaci ve zdravotnictví

Tento obrázek mapuje spokojenost pacientů při první komunikaci ve zdravotnictví z hlediska času. Prezentuje tak 29krát spokojenost respondentů (44 %) s časem a péči, která jim byla věnována, a naopak 37krát nespokojenost respondentů (56 %). Písemným vyjádřením respondenti uvedli, že čas v tomto případě nehrál pro ně žádnou důležitou roli. Nepočítali minuty, ale vnímali intenzivně pro ně velmi nepříjemné chvíle.

Otázka č. 6: Jak byste tedy ohodnotil(a) úroveň komunikace na základě Vašeho zážitku ve zdravotnickém zařízení? Oznámkujte jako ve škole:

- 1 – nejlepší
- 2
- 3
- 4
- 5 – nejhorší



Obrázek 6: Známkování úrovně komunikace zdravotníků s respondenty

Obrázek č. 6 nám znázorňuje známkování úrovně komunikace ve zdravotnictví při prvním kontaktu s pacientem. 9 (14 %) respondentů hodnotilo známkou 2. 15 (23 %) hodnotilo známkou 3. 24 (36 %) ohodnotilo známkou 4 a 5 si zasloužilo za špatné chování 18 (27 %) zdravotníků dle známkování respondentů. Známkou 1 neohodnotil nikdo z celkových 66 (100 %) dotázaných respondentů.

Otázka č. 7: Co jste v sobě prožíval po první negativní zkušenosti při komunikaci se zdravotnickým personálem? Možné zaškrtnout více odpovědí.

- Bezmoc.
- Zoufalost.
- Pláč.
- Stud.
- Vztek.
- Agresivitu.
- Netečnost.

Bezmoc	Zoufalost	Pláč	Stud	Vztek	Agresivitu	Netečnost
42	**27**	**18**	**18**	**30**	**0**	**12**

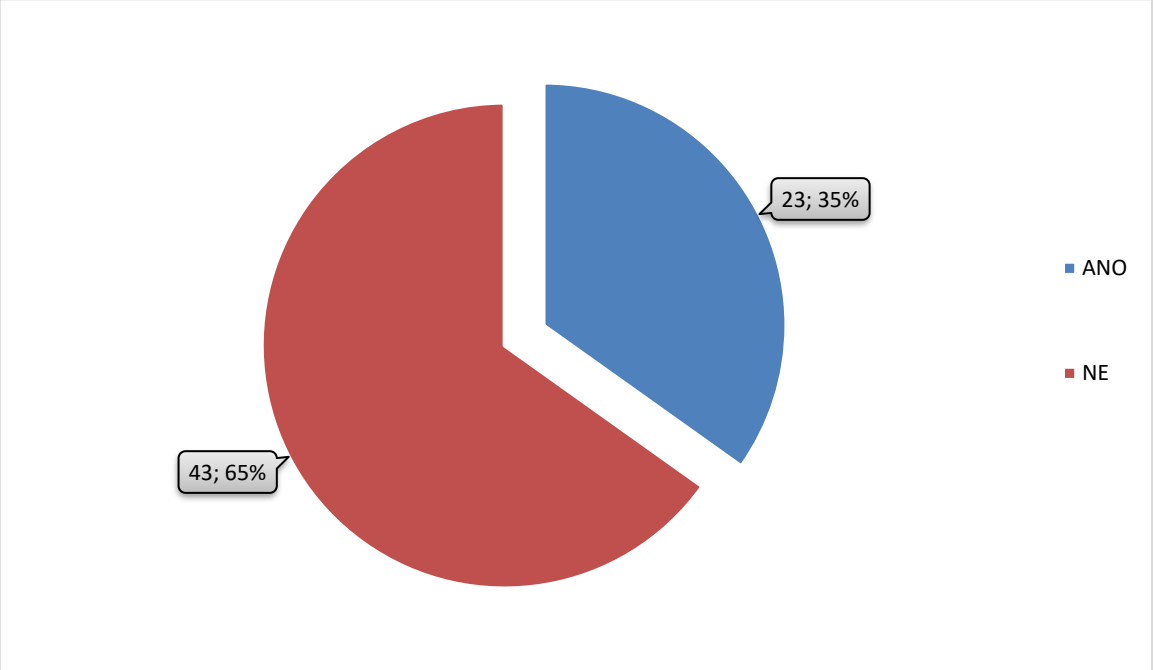
Tabulka 2: Vyjádření osobních prožitků respondentů

Z tohoto obrázku vyčteme negativní prožitky oslovených respondentů při neprofesionální komunikaci ze strany zdravotníků a lékařů. 12 (8 %) respondentů pociťovalo netečnost ze strany personálu, 18 (12 %) prožívalo stud a do pláče bylo rovněž 18 (12 %) respondentům. Zoufalost zažívalo 27 (18 %) respondentů a vztek skrývalo celkem 30 (21 %) respondentů. K bezmoci se přiznalo celkových 42 (29 %) respondentů. Žádný respondent z celkových 66 (100 %) neuvedl ani jednou agresivitu.

Otázka č. 8: Bál (a) jste se během ošetření či hospitalizace na cokoliv zeptat lékaře?

a) Ano.

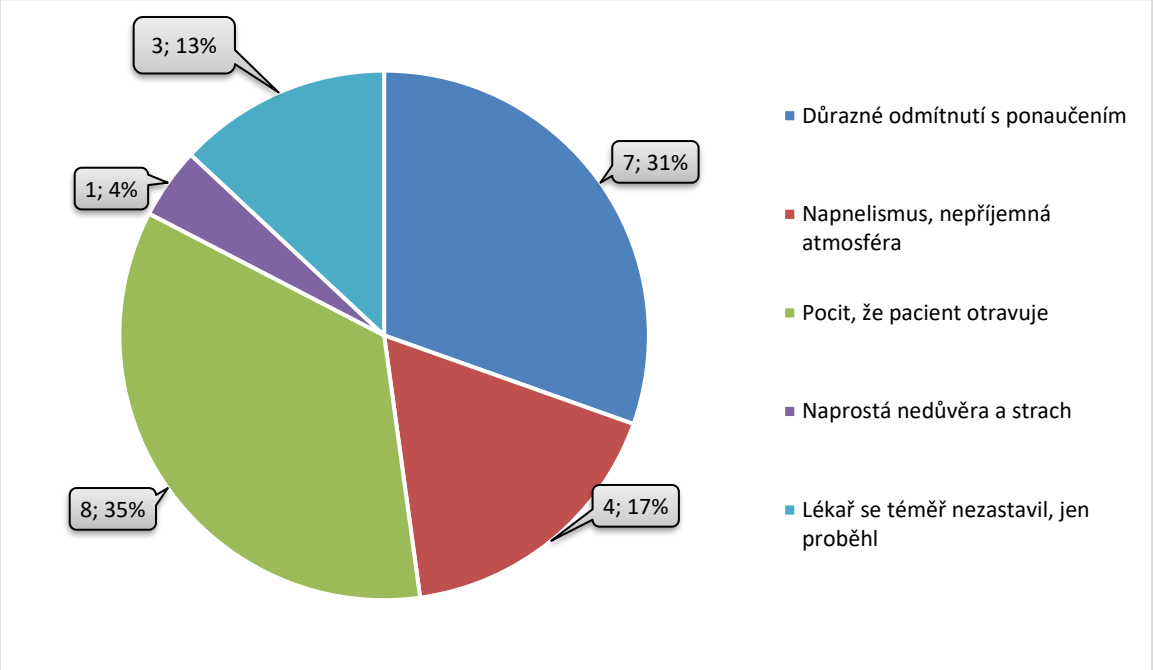
b) Ne.



Obrázek 7: Přítomnost pocitu strachu u respondentů při zeptání se lékaře

Z obrázku jasně vyplývá, že respondenti neměli strach se lékaře zeptat. Z celkového počtu 66 (100 %) uvedlo 43 (65 %) respondentů, že žádný strach neprožívali, oproti 23 (35 %) respondentům, kteří se pro různé obavy raději lékaře na nic nezeptali.

Otázka č. 9: Pokud jste odpověděl(a) u otázky č. 8 a) Ano, popište proč:



Obrázek 8: Důvody obav respondentů, proč se neptají lékařů

Z celkového počtu 23 (100 %) respondentů, kteří v otázce č. 8 uvedli, že měli strach se lékaře během ošetření či hospitalizace na cokoliv zeptat uvedlo jako své důvody:

1 (4 %) respondent uvedl naprostou nedůvěru a strach.

3 (13 %) respondenti uvedli, že lékař jen proběhnul, ani se téměř u nich nezastavil.

4 (17 %) respondenti uvedli nepříjemnou atmosféru, „napětí“ ve vzduchu.

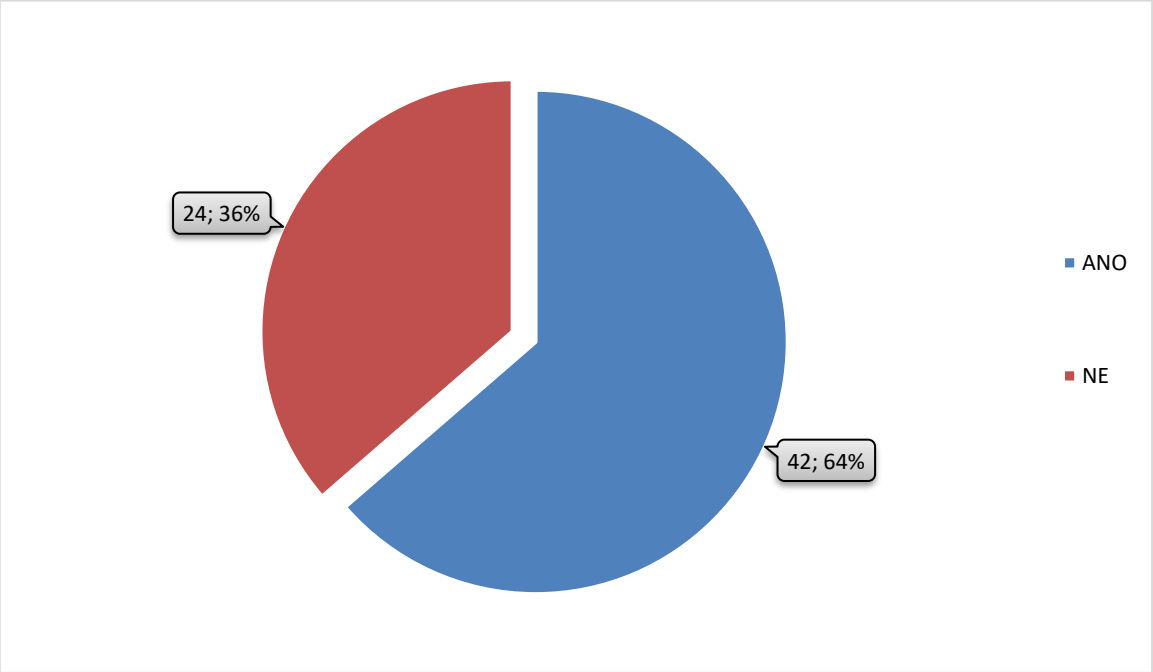
7 (31 %) respondentů uvedlo jako důvod důrazné odmítnutí s ponaučením od lékaře.

8 (35 %) respondentů zažilo pocit, že přišli nevhod, že lékaře otravují.

Otázka č. 10: Snažil(a) jste se během ošetření nebo hospitalizace zjistit informace od zdravotní sestry nebo pomocného personálu?

a) Ano.

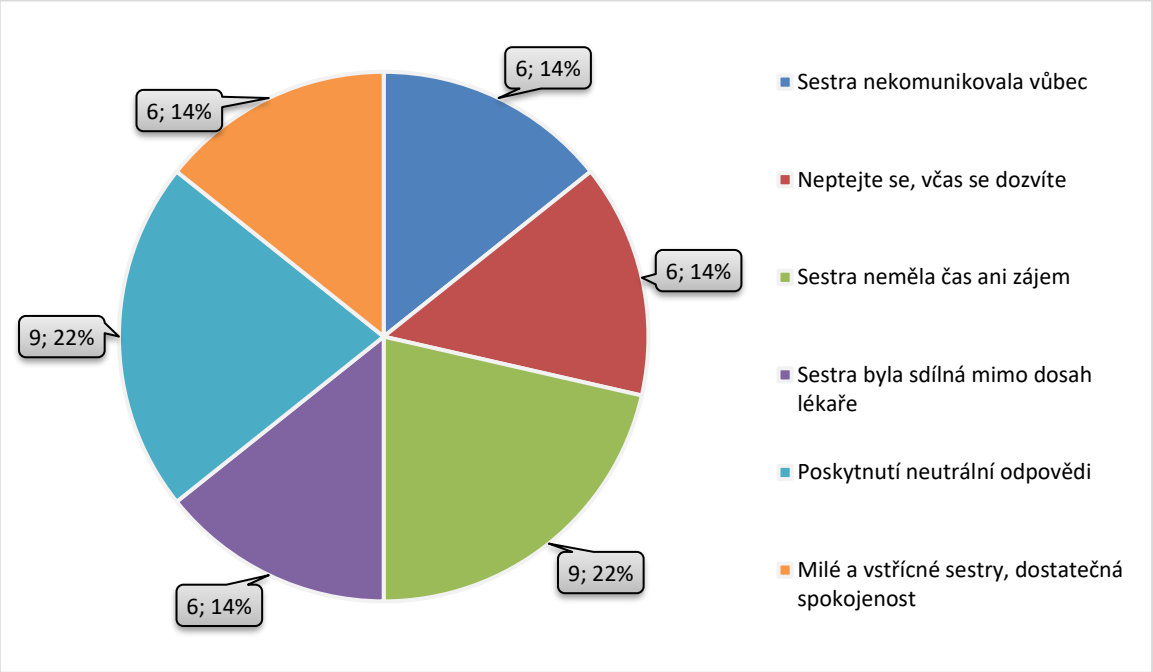
b) Ne.



Obrázek 9: Snaha o zjištění informací od zdravotních sester

Tento graf nám znázorňuje, že z celkového počtu 66 (100 %) respondentů oslovilo zdravotní sestru s nějakou otázkou ohledně své diagnózy 42 (64 %) respondentů a naopak se 24 (36 %) respondentů sester neptalo, stačilo jim vyjádření lékaře.

Otázka č. 11: Pokud jste o otázky č. 10 odpověděl(a) a) Ano, byl(a) jste spokojen(a) s odpovědí?



Obrázek 10: Spokojenost respondentů s odpovědí sestry

Z obrázku 11 vyplývá, že z celkového počtu 42 (100 %) respondentů, kteří se snažili zjistit informace od zdravotní sestry nebo pomocného personálu bylo spokojeno s odpovědí sester 6 (14 %) respondentů a jako důvod nespokojenosti s odpovědí sestry uvádějí respondenti následující:

6 (14 %) respondentů uvedlo, že s nimi sestra nekomunikovala vůbec.

6 (14 %) respondentů si vyslechlo odpověď sestry: „Neptejte se, včas se dozvíte!“.

9 (22 %) respondentů uvedlo, že sestra neměla čas, ani nejevila žádný zájem.

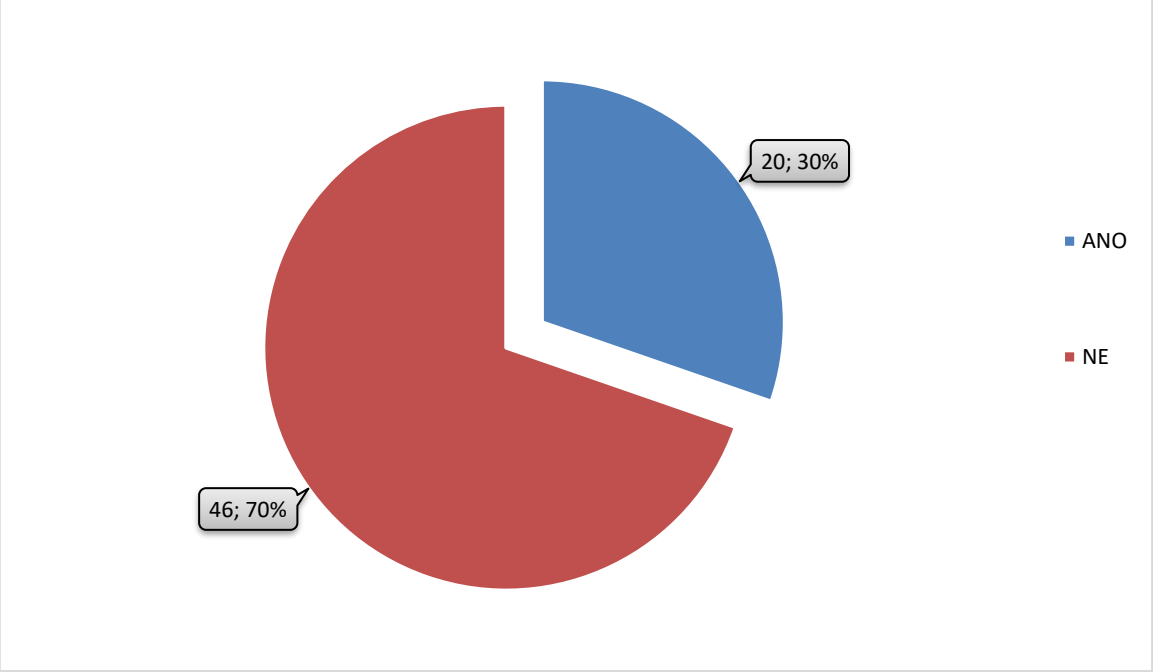
6 (14 %) respondentů uvedlo, že sestra byla sdílná pouze po odchodu lékaře.

9 (22 %) respondentů obdrželo neutrální a vyhýbavou odpověď.

Otázka č. 12: Cítil(a) jste se během ošetření, nebo v případě hospitalizace komfortně?

a) Ano.

b) Ne, důvod: ……



Obrázek 11: Komfort v případě ošetření nebo hospitalizace

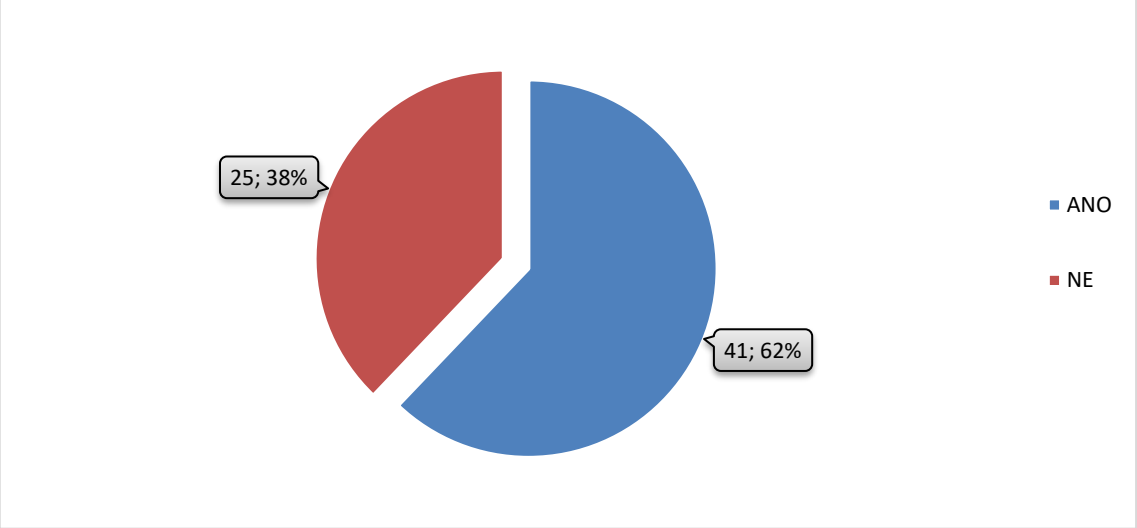
Na otázku uspokojení komfortu během ošetření nebo hospitalizace odpovědělo z celkových 66 (100 %) respondentů odpovědí a) 20 (30 %) respondentů a odpovědí b) 46 (70 %) respondentů. Byla zde možnost vepsání důvodů proč se respondenti necítili dostatečně komfortně.

Ocitli se bez pomoci a s holí si měli „vyskočit na lehátko“, prožívali nezájem personálu, sester i lékařů, kteří je nedokázali uklidnit, nebrali ohled na jejich stav. Zažívali beznaděj a vztek z komunikace, ztráceli soukromí v plné čekárně lidí, kde pacient má hodnotu „čehosi“ na běžícím pásu. Jedna pacientka se ocitla sama v tmavé chodbě, kam ji zavezla ZZS, začala zvracet, lékař se jen ohlédl a odešel. Naprostý pocit ponížení v přeplněných pokojích, kde jim bylo přivezeno pojízdné WC s příkazem vykonat svou potřebu mezi ostatními pacienty. Někteří se cítili špatně z pocitu viny, který se v nich snažil lékař vyvolat z prvotního rozhovoru. Cítili nepřátelství a lhostejnost sester. Místo ošetření zranění byla na prvním místě očista krví potřísněné židle v čekárně a chybějící karta pojištěnce. A v poslední řadě stálá přítomnost porodnic, kde jsou děti matkám odebírány a vizity probíhají před plným pokojem klientek.

Otázka č. 13: Cítila(a) jste se ve zdravotnickém prostředí bezpečně?

a) Ano.

b) Ne, bylo by pro mě bezpečnější, kdyby …….



Obrázek 12: Pocit bezpečí ve zdravotnickém prostředí

Ve zdravotnickém prostředí se cítí bezpečně 41 (62 %) respondentů a naopak 25 (38 %) z celkových 66 (100 %) respondentů se vyjádřilo k tomu, co k jejich pocitu bezpečí chybělo:

- Cítili by se bezpečněji, kdyby věděli, co s nimi bude, jaké měli další možnosti léčby, co dělat.
- Kdyby je alespoň někdo uklidnil, povzbudil.
- Někde byla znát přetíženost personálu a pacienti vnímali, že na ně není čas.
- Neochota, nezájem, přezíravost a nekomunikace byla velkým důvodem proč chyběl pocit bezpečí.
- Stejně tak i situace, kdy sestra podávala pacientovi lék, o kterém nevěděla proč jej podává a neznala jeho název.
- Jestliže se zavřely dveře ambulance se slovy lékaře: „zavolejte si záchranku “, když pacientka mezitím omdlévala v čekárně, nebo byl pacient ošetřen až poté, co si očistil od krve potřísněnou židli v čekárně, nemohlo být zdravotnictví vnímáno jako bezpečné pro nejednoho respondenta.
- A v současné situaci Covid-19 považovali respondenti za nejbezpečnější nechat si pacienta doma, pokud to zdravotní stav jen trochu umožnil, zdůrazňovali tak fakt-nemožnost návštěv svých blízkých.

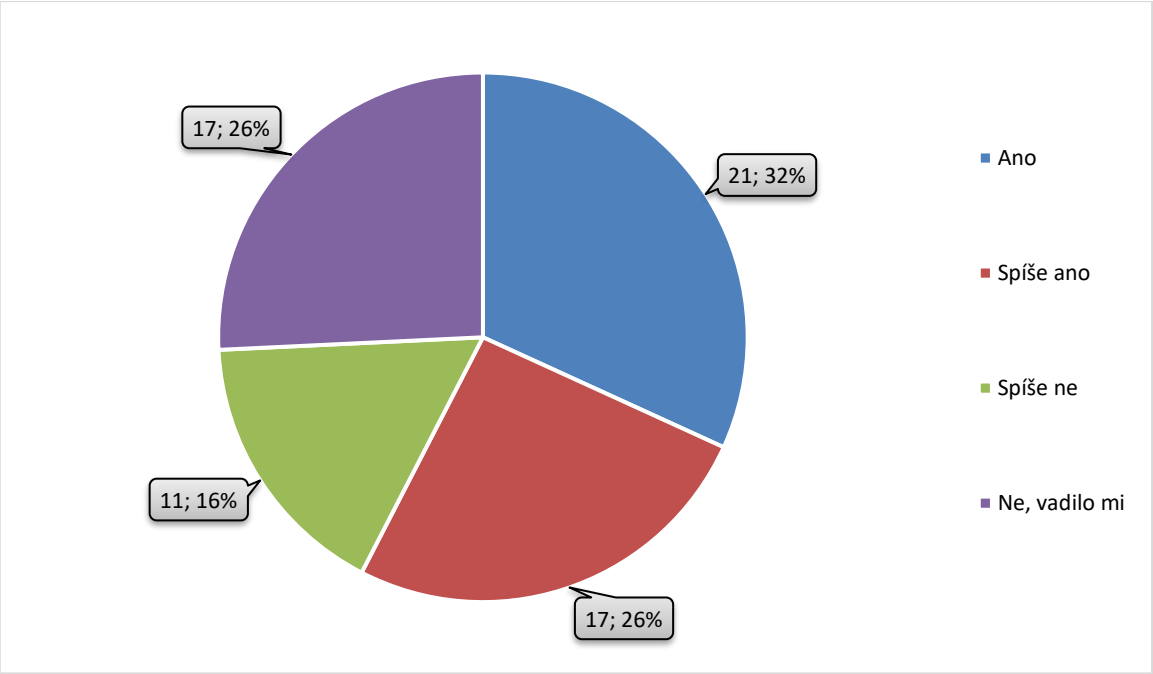
Otázka č. 14: Byl(a) jste spokojen(a) s komunikací během ošetřovatelského výkonu se zdravotníkem, který Vás ošetřoval, popřípadě co Vám vadilo?

a) Ano.

b) Spíše ano, občas jsem se musel(a) doptávat na informace o prováděném výkonu.

c) Spíše ne, nebyl(a) jsem seznámen s výkonem, který byl prováděn

d) Ne, vadilo mi ……



Obrázek 13: Spokojenost s komunikací během ošetřovatelského výkonu

S komunikací během ošetřovatelského výkonu bylo z celkového počtu 66 (100 %) dotázaných respondentů skutečně spokojeno 21 (32 %) respondentů, spíše ano 17 (26 %) respondentů a spíše ne uvádělo 11 (16 %) respondentů. Nespokojeno bylo 17 (26 %) respondentů z různých důvodů. Jako důvody nespokojenosti s komunikací uvedli například (vybrané odpovědi):

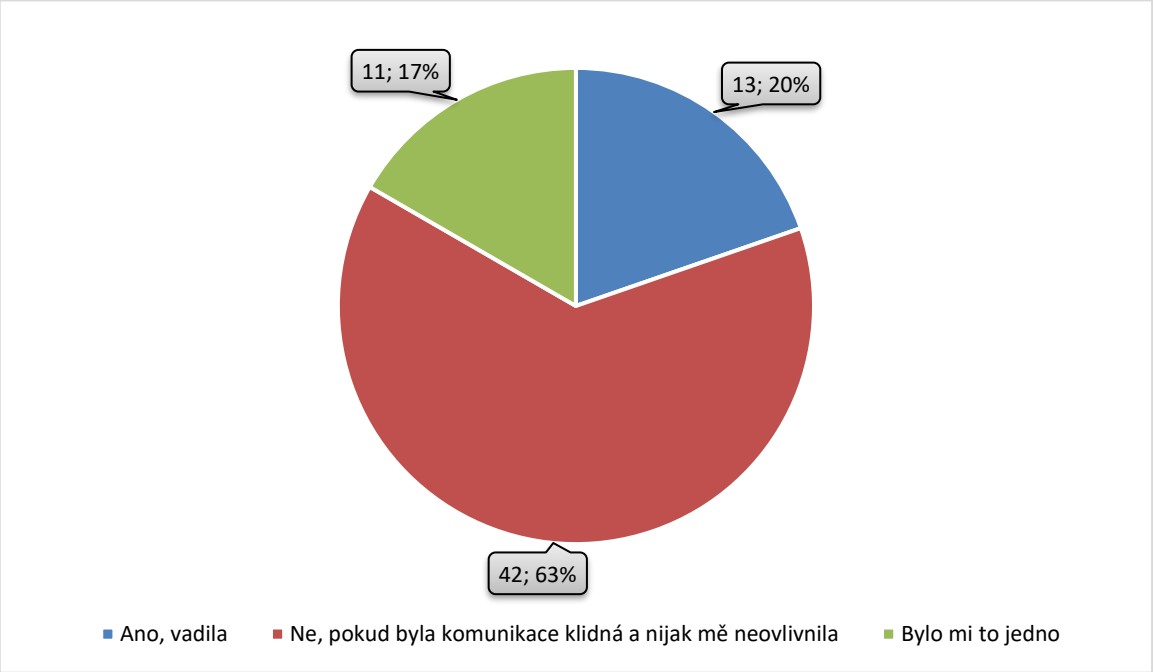
- Zcela odlišná komunikace po zjištění totožnosti pacienta nebo doprovázející osoby - přístup by měl být ke všem stejný a hned.
- Tón sestry, s jakým mluvila, výraz, že byla obtěžovaná a křičela. Lékař se nebavil vůbec.
- Hrubé, arogantní chování sestry.
- Nedostatečné vysvětlení, žádná empatie, ignorace, neochota komunikovat.
- K ošetření nedošlo vůbec, musel jsem vyhledat jiné pracoviště

Otázka č. 15: Vadila Vám komunikace ošetřovatelského personálu během Vašeho ošetřování, která se Vás tématem vůbec netýkala, např. jejich osobní problémy, pracovní atp.?

a) Ano, vadila.

b) Ne, pokud byla komunikace klidná a nijak mě neovlivnila.

c) Bylo mi to jedno.



Obrázek 14: Důležitost vhodně zvoleného tématu komunikace

Z tohoto obrázku zjistíme, že komunikace ošetřovatelského personálu během ošetření vadila 13 (20 %) respondentům. Pokud byla komunikace klidná a nijak respondenty neovlivňovala, nevadila 42 (63 %) respondentům a 11 (17 %) respondentům to bylo jedno z celkových 66 (100 %) respondentů.

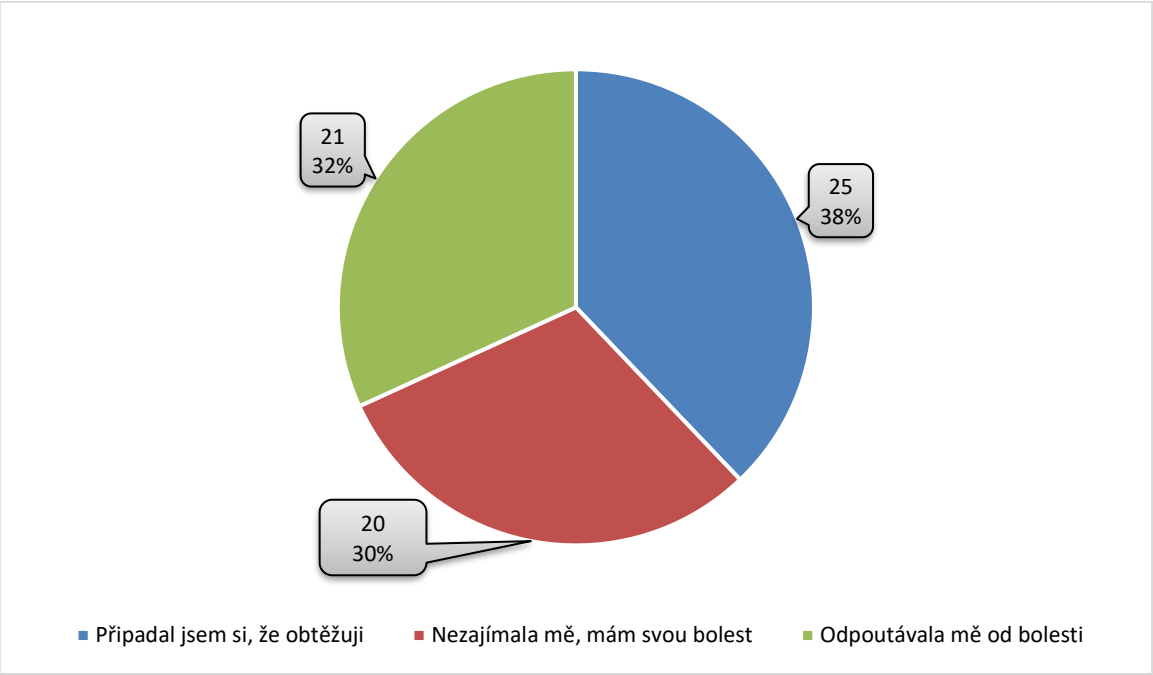
Otázka č. 16: Jak na Vás působila komunikace zdravotnického personálu, popř. lékaře, mezi sebou během Vašeho ošetření?

a) Nevhodně, připadal jsem si jako ten, kdo obtěžuje.

b) Nezajímala mě, soustředil(a) jsem se na svou bolest.

c) Odpoutávala mě pozornost od vlastní bolesti, pomáhala mi.

Komunikace jsem se snažil(a) zúčastnit.



Obrázek 15: Jak působí komunikace zdravotníků mezi sebou mimo respondenty

25 (38 %) respondentů si během komunikace personálu připadalo nevhodně a jako ti, kteří obtěžují. 20 (30 %) respondentů se soustředilo především na svou bolest.

Na 21 (32 %) respondentů působila komunikace personálu jako odpoutání se od vlastní bolesti a pomáhala jim, z celkového počtu 66 (100 %) dotázaných respondentů.

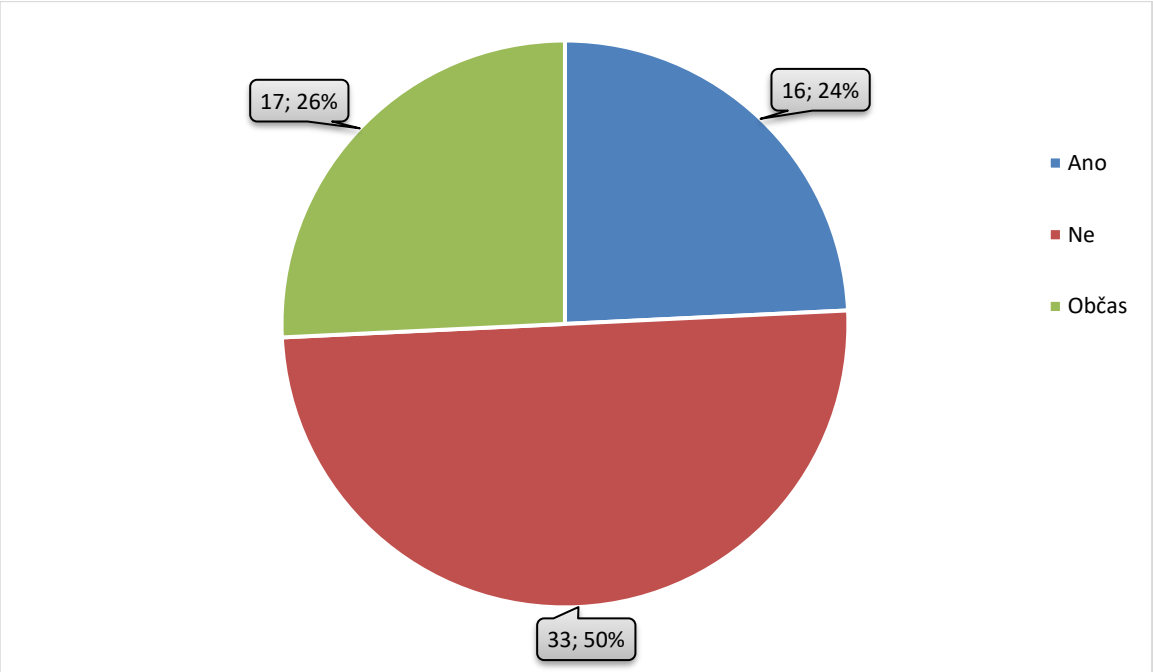
Z grafu je tedy zřejmé, že komunikace zdravotnického personálu, která se týkala pouze jich samotných, během ošetření pacientů, vyhovovala pouze třetině dotazovaných lidí, kteří měli tendenci rozhovoru se zúčastnit, aby je hovor odpoutal od jejich vlastní bolesti.

Otázka č. 17: Dotazoval se Vás zdravotní pracovník na Vaše potřeby a komfort během ošetření nebo hospitalizace?

a) Ano.

b) Ne.

c) Občas.



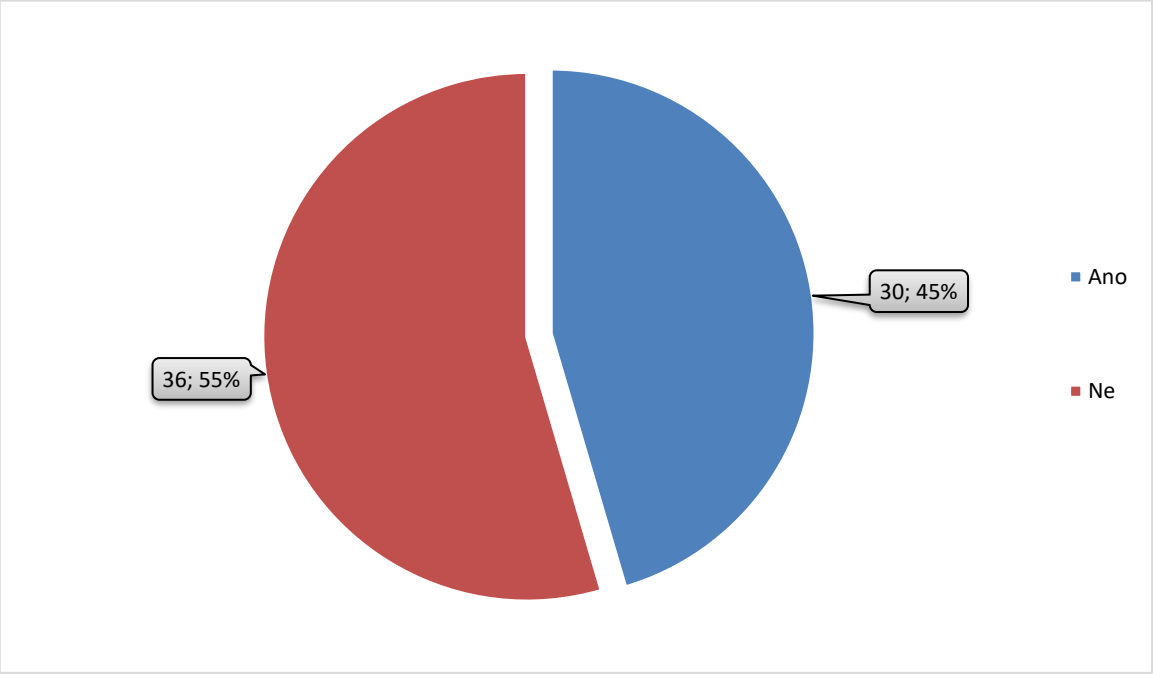
Obrázek 16: Dotaz zdravotníka na komfort respondenta během ošetření

16 (24 %) respondentů uvedlo, že se jich zdravotní pracovník během ošetření zeptal na jejich potřeby a komfort během výkonu. Naopak 33 (60 %) respondentů uvedlo, že se jich během vyšetření nikdo na nic nezeptal. Občas se na něco zeptali u 17 (26 %) respondentů.

Otázka č. 18: Představil se Vám a pozdravil Vás službu konající zdravotník, který Vás přijímal, ošetřoval?

a) Ano.

b) Ne.



Obrázek 17: Představil se službu konající zdravotník?

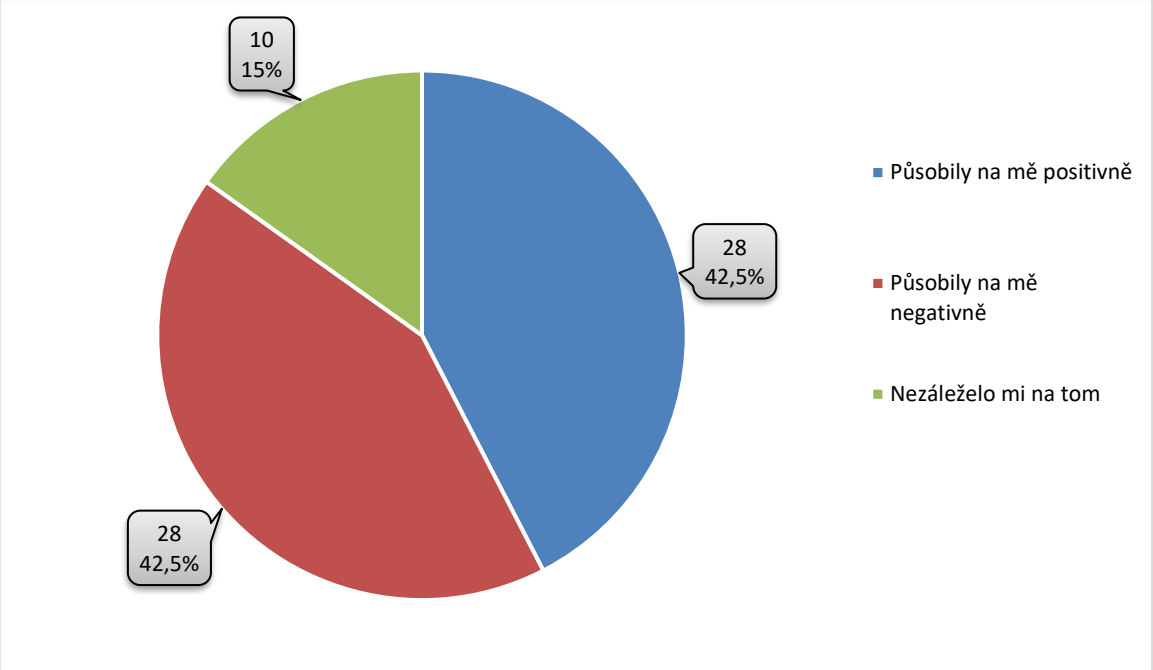
Z celkového počtu 66 (100 %) dotazovaných respondentů, se představilo 30 (45 %) zdravotníků a 36 (55 %) zdravotníků se respondentům nepředstavilo.

Otázka č. 19: Působily na Vás neverbální projevy zdravotníka (úsměv, mračení, doteky...), popřípadě co byste uvítal(a):

a) Působily na mě positivně, v tomto směru jsem byl spokojen(a).

b) Působily na mě negativně, uvítal(a) bych ……

c) Nezáleželo mi na tom.



Obrázek 18: Působení neverbálních projevů zdravotníků

Kladně odpovědělo 28 (42,5 %) respondentů a záporně také 28 (42,5 %) respondentů. Z celkových 66 (100 %) respondentů nezáleželo na neverbálních projevech 10 (15 %) respondentům.

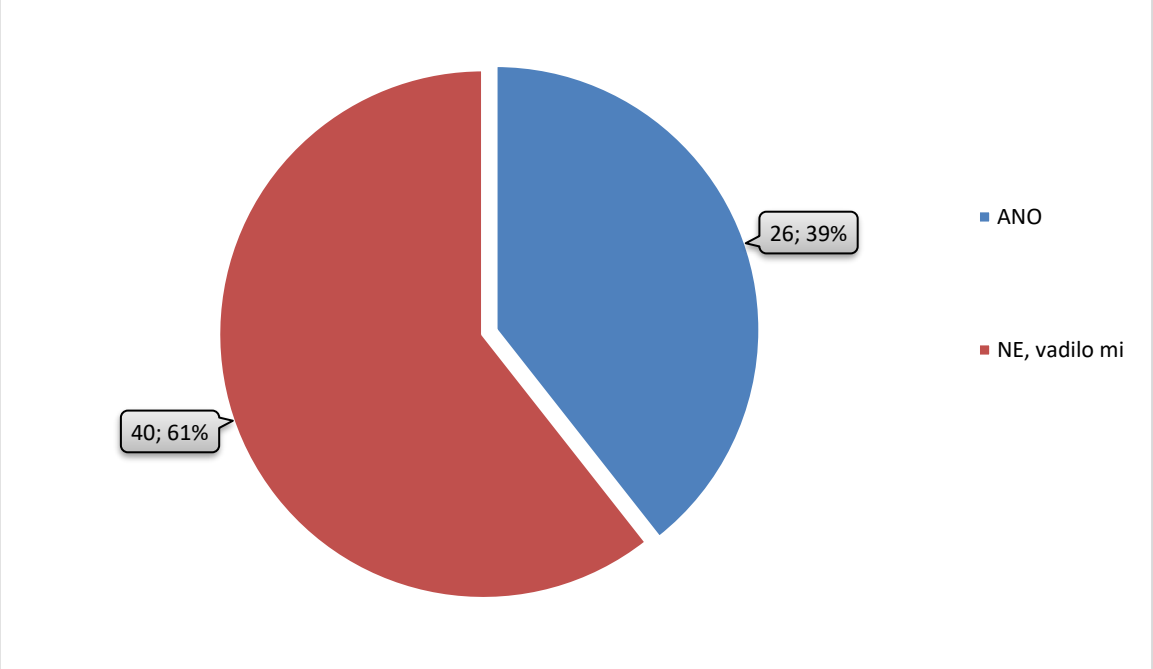
K odpovědi b) Působily na mě negativně, měli prostor pro vyjádření svých důvodů:

- Rozhodně neužívat úsečnost.
- Více empatie k pacientům, dodržovat respekt.
- Zájem o vysvětlení a nemít pocit, že je člověk obtěžuje.
- Více úsměvů a projevení zájmu.
- Kdyby mě lékař neztrapňoval.
- Kdyby na mě sestra během ošetření alespoň promluvila.

Otázka č. 20: Měl(a) jste pocit, že s Vámi zdravotníci jednali jako se sobě rovnými, popř. co Vám v této oblasti vadilo?

a) Ano.

b) Ne, vadilo mi …….



Obrázek 19: Jednají zdravotníci s respondenty jako se sobě rovnými?

Z celkového počtu dotázaných respondentů 66 (100 %) zvolilo kladnou odpověď pouze 26 (39 %) respondentů, oproti záporné odpovědi 40 (61 %) respondentů, kteří využili možnosti doplňující odpovědi:

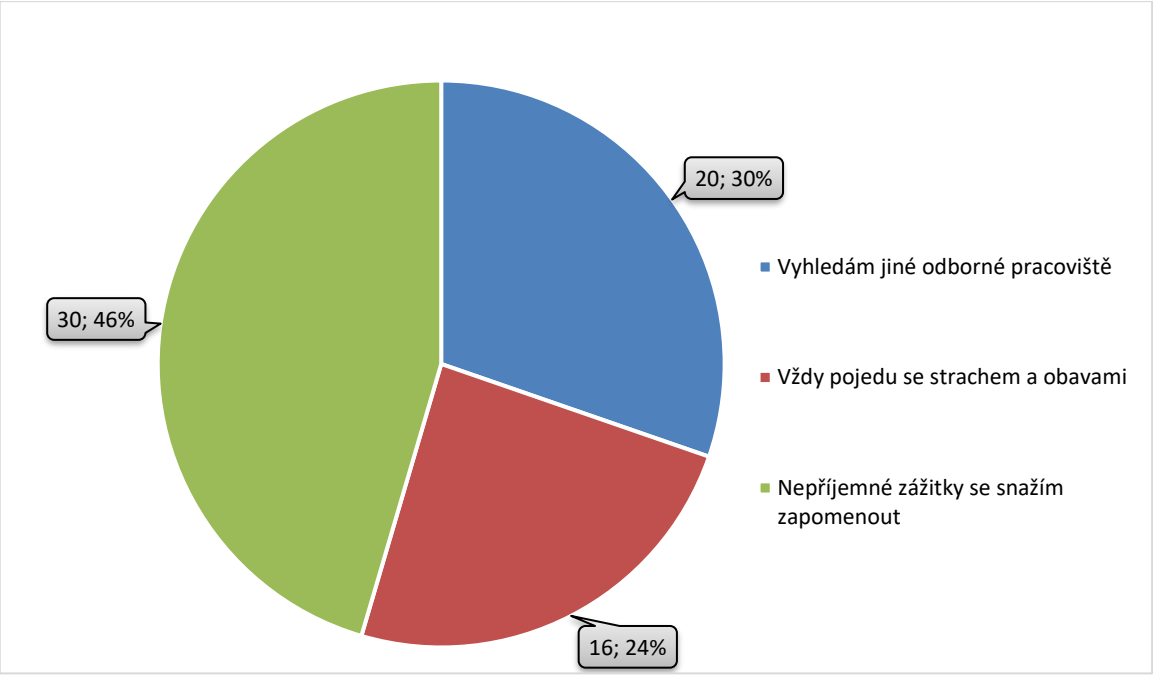
- Dělali ze mě simulanta.
- Věnovali se mi, až po zjištění totožnosti mého doprovodu.
- Dávali mi najevo, jak je svou přítomností obtěžuji, přezíravé chování.
- Nekomunikovali se mnou, nic nevysvětlili, byli arogantní a nadřazení.
- Cítila jsem se jak výrobek v tovární lince, neosobní přístup.
- Sestra se mnou jednala jak s malým dítětem.
- Povyšování a zesměšňování sestry, vyhrožovala mému dítěti: “Jestli to neřekneš dobře, vezmu si Tě domů!“.
- Lékař se na mě za celou dobu nepodíval, vyjma zraněné ruky, sestra se chovala velmi povýšeně.
- Nedbali na moje přání, i když vše probíhalo v pořádku.

Otázka č. 21: Jak Vás Vaše negativní zkušenost s komunikací ve zdravotnictví do budoucna ovlivnila?

a) Vyhledám jiné odborné pracoviště, do stejného zařízení už nepojedu.

b) Vždy pojedu se strachem a obavami a až to bude nevyhnutelně nutné.

c) Nepříjemné zážitky se budu snažit zapomenout.



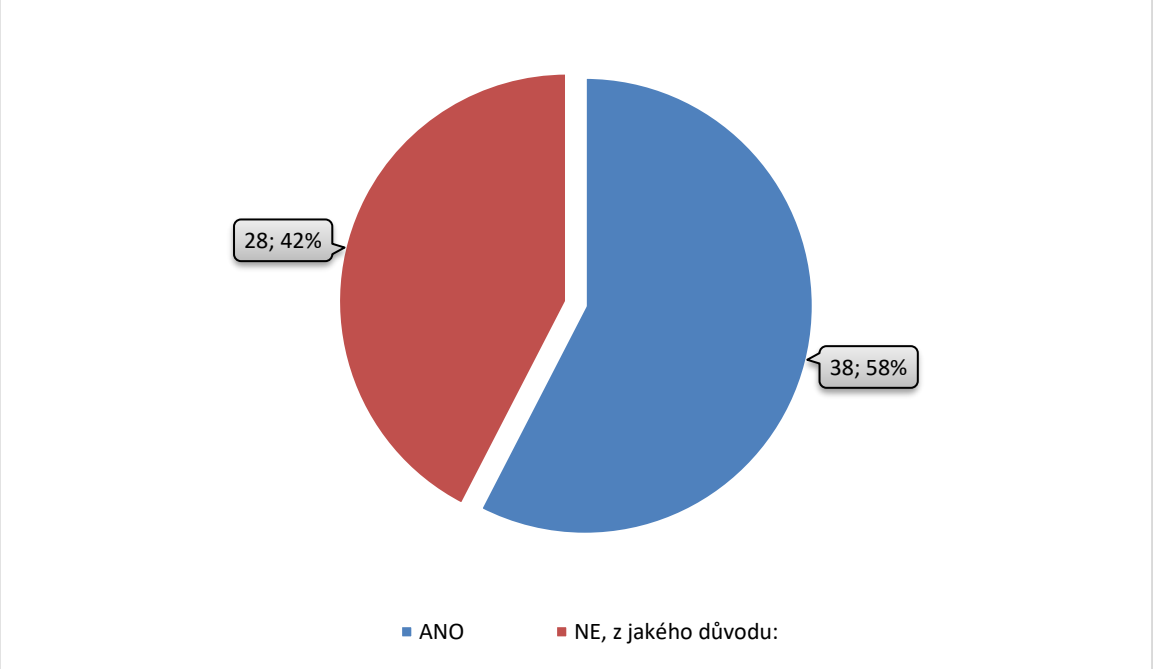
Obrázek 20: Vliv negativního zážitku na respondenty do budoucna

Z tohoto obrázku vyplývá, že negativní zážitek ze zdravotnictví povede 20 (30 %) respondentů k vyhledání jiného odborného pracoviště, dalších 16 (24 %) respondentů pojede do zařízení se strachem a obavami a až to bude nevyhnutelně nutné a 30 (46 %) respondentů se bude snažit na nepříjemné zážitky zapomenout z celkových 66 (100 %) dotázaných respondentů.

Otázka č. 22: Pokud se Vám přístup ve zdravotnickém prostředí nelíbil, byl(a) jste schopen(schopna) vyhledat jiné zařízení, jinou odbornou pomoc?

a) Ano.

b) Ne, z jakého důvodu: …….



Obrázek 21: Možnost vyhledání jiného zařízení respondentem

Z celkového množství respondentů 66 (100 %) uvedlo kladnou odpověď 38 (58 %) respondentů a zápornou 28 (42 %) respondentů, kteří využili i možnost doplňující odpovědi:

- ZZS vždy musí dovézt pacienta do přidělené nemocnice pro dané místo.
- Poměrně důrazně jsem si zjednal nápravu, aby se situace už víckrát neopakovala.
- Specializovaných odborníků je v regionu omezený výběr, jeden lékař vlastní i více rehabilitačních středisek najednou.
- Velká vzdálenost, nevlastnění automobilu, věk respondenta.
- Nemocnice v místě bydliště a není jistota, že jinde by bylo lepší.
- Není a nejspíš ani nikdy nebude jiná možnost volby, lékařů je málo.
- Fakultní nemocnice je pro mě zárukou kvality, jen bych uvítala jiný ošetřující personál – vše je v lidech.

4 DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo zjistit kde a proč se cítí pacienti v komunikačních pastích ve zdravotnictví. Aby tohoto cíle bylo dosaženo, bylo nutno vytvořit 5 průzkumných otázek. Výsledky těchto průzkumných otázek budou dále popisovány v této kapitole.

Průzkumná otázka č. 1: Kde bude nejčastěji docházet k negativní komunikaci ve zdravotnictví?

Podle Zacharové (2016, s. 104-106) pacienta vůbec nezajímají důvody, proč jsou sestra, nebo lékař ke svému špatnému chování vedeni, jestli je to jejich přirozenost, nebo momentální reakce na čistě své osobní důvody. Komunikační zkušenost získává pacient až v přímém kontaktu se zdravotníkem, přichází tedy zcela nepřipraven. Vnímá pouze jednání a chování personálu, jejich chyby a omyly, a právě o nich pak mluví mimo zařízení. Právě tyto stížnosti jsou medializovány, stížnosti, které nesměřují k léčebnému procesu, ale jsou označeny jako nevhodné chování, nedostatečná informovanost, zlehčování problémů, ponižující zacházení, vulgárnost a hrubost, nerespektování studu, bolesti, natož vyslechnutí názoru pacienta samotného.

První průzkumná otázka tedy mapovala místa ve zdravotnickém prostředí, kde dochází k prvotní komunikaci mezi respondenty a zdravotníky. Z tohoto důvodu byly vytvořeny otázky v dotazníku č. 1, č. 2 a č. 3. Otázka č. 1 byla třídící, byla položena tak, aby došlo k zjištění nějakého negativního zážitku. Pakliže respondent žádný negativní zážitek neprožil a odpověděl b) Ne, dál ve vyplňování dotazníku nepokračoval. Abychom získali relevantní výsledek, potřebovali bychom nasbírat mnohem větší počet dat od respondentů napříč celou naší populací. Nicméně, ze 75 (100 %) odevzdaných dotazníků, pouze 9 (12 %) respondentů uvedlo fakt, že během svého života neprožili žádný negativní zážitek ve zdravotnictví. Naopak většina 66 (88 %) dotázaných negativní zážitek prožila.

U otázky č. 2 uváděli respondenti své důvody proč jim byla zdravotnická péče poskytnuta a následně u otázky č. 3 specifikovali, v kterých prostorách zdravotnického prostředí. Z grafu č. 2 vyplývá, že nejčastěji dochází k negativní komunikaci mezi pacienty a zdravotníky ve 27 (41 %) případech při vyšetřeních, ve 13 (20 %) případech během předoperační a pooperační péče v nemocnicích a v 11 (17 %) případech během ošetření po úrazu. Na tyto skutečnosti navazují odpovědi na otázku č. 3, v kterých prostorách k negativní komunikaci došlo. Respondenti uvedli, že nejčastěji 21 (32 %) v ordinaci praktického lékaře, 19 (29 %) v ambulanci a 8 (12 %) v čekárně. Tyto odpovědi tedy potvrzují fakt skutečnosti stížností, které

slýcháváme často v médiích a realitu stížností pacientů evidovaných u ombudsmana, konkrétně za rok 2020 činí počet stížností 290 na samotný úsek zdravotnictví (Kancelář veřejného ochránce práv, statistické údaje o činnosti, 2020).

Bakalářská práce *Management kvality ošetřovatelské péče* (Hrdá, 2012) se zabývá kvalitou ošetřovatelské péče z pohledu klienta a jeho rodiny, vyzdvihuje důležitost vstřícného přístupu a profesionalitu personálu.

Mě tato zjištění nepřekvapila vzhledem k tomu, že jsem se v podobných situacích sama ocitla, buď jako pacient, nebo doprovod nemocné osoby. Mnohdy stačí jen přisednout do přeplněných čekáren ambulancí nemocnic nebo ordinací praktických lékařů a být zcela nezúčastněným pozorovatelem mnoha příběhů, kde hlavní role zosobňují pacient a zdravotník.

Průzkumná otázka č. 2: Jaké důvody povedou k negativní komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem?

K zjištění výsledků této průzkumné otázky vedlo vytvoření otázek č. 4, č. 7, č. 8, č. 9 a č. 10. Hned u otázky č. 4 zjišťujeme, že 33 (50 %) respondentů odchází ze zdravotnického prostředí se zážitkem zcela neprofesionálního přístupu lékaře nebo sestry, kteří užili hrubého chování nebo slovních urážek na adresu respondentů. Ve 14 (21 %) případech se jednalo o neochotu, nebo ztrátu vlastního soukromí a rovněž ve 14 (21 %) případech o absolutní nezájem ze strany lékaře či sestry. Tedy opět shoda s názorem uvedeným v Zacharová (2016). Pocity, pod jejichž vlivem jednáme velmi ovlivňují naši další komunikaci ať kladným, či záporným směrem. Mezilidské kontakty nám poskytují specifické podněty, na jejichž základě se rozvíjí a kultivuje naše psychika, včetně vědomého Já – Ega. Úspěch, nebo naopak neúspěch v naplnění či nenaplnění v určitém sociálním prostředí nás velmi ovlivní, zda budeme do dalších vztahů vstupovat s důvěrou nebo se strachem (Klímová, Fialová, 2015, s. 98). S tímto vyjádřením koresponduje výsledek u otázky č. 7. Z celkového počtu dotázaných, kteří měli možnost uvést více možností odpovědí v rámci pocitů, které zažívali během komunikace ve zdravotnictví uvedlo 30 respondentů pocit bezmoci, 30 pocit zlosti, 27 respondentů bylo zoufalých. 18 respondentů zažívalo pocity studu a 18 respondentům bylo do pláče.

Je však velmi dobrým zjištěním, že u otázky č. 8 uvedlo celkem 43 (65 %) respondentů, že se nebáli lékaře na cokoliv zeptat, a pouze 23 (35 %) respondentů uvedlo určité obavy, a tak se lékaře raději na nic nezeptali. Výsledky tak potvrdily vyjádření uvedené v knize Honzák (2013, s. 16), že ostýchavý pacient neušetří čas lékaři, když se nezeptá a zvolí tak chybný postup léčby. Bude je to oba stát hodně nervů a nemocného někdy velmi zajímavé problémy!

Na otázku č. 9 odpovědělo 23 (100 %) respondentů, že měli určité obavy lékaře se zeptat a zároveň měli možnost zdůvodnit proč, takže v 8 (35 %) případech uvedli pocit, že přišli nevhod a že lékaře otravují, dále 7 (31 %) uvedlo, že byli důrazně napomenuti a ponaučeni, takže zůstali ticho a ve 4 (17 %) byli ticho hned z důvodu nepříjemné atmosféry, vysloveného napnelismu ve vzduchu. Tyto obavy plynou z mezilidských kontaktů, které nebyly z jedné nebo z druhé strany naplněny úspěchem a vedly k frustraci a oboustranným problémům do budoucna.

Domnívám se, že i důvody proč se respondenti ptali sester či jiného personálu na svůj zdravotní stav se vztahují k negativní komunikaci, neboť z tohoto aktu je možné cítit určitou nedůvěru v lékaře. Z grafu č. 10 můžeme vyčíst, že sestru oslovilo s nějakou otázkou ohledně své diagnózy 42 (64 %) respondentů. 24 (36 %) uvedlo, že se neptalo sester a stačilo jim vyjádření lékaře. Zde bychom mohli zdůraznit, jak důležitý je vztah mezi lékařem a jeho pacienty. Jak uvádí Honzák (2013, s. 14) vztah důvěry, kde lékař věří tomu, co pacient sděluje a čemu jeden z nich nerozumí, si vzájemně doplňují a upřesňují. Ovšem i k těmto závěrům bychom potřebovali mnohem větší množství dat k celkovému posouzení v rámci populace.

Marcela Nábělek (2014) ve své práci s názvem *Význam komunikace ve zdravotnictví,* zformulovala zajímavě otázku pro své respondenty, zda se dokáží prosadit, pokud nastane konfliktní, nebo sporná situace. Její respondenti v 73 % uvedli, že nikdy do otevřeného konfliktu nešli a 23 % uvedlo, že se těmto nepříjemným situacím velmi často vyhýbá.

Průzkumná otázka č. 3: Budou pacienti spokojeni s chováním a přístupem zdravotníků?

Holistické pojetí nemocného člověka ostře kontrastuje s pohledem odborných specialistů. Nutné je si uvědomit, že každý orgán v našem těle reaguje trochu jinak a zároveň má souvislost s celým organismem i prostředím, tolik uvádí Irmiš (2014, s. 90). S tímto konstatováním můžeme porovnat výsledky u otázek č. 5, č. 6, č. 11, č. 12, č. 13, č. 14, č. 15, č. 17 a č. 18. Spokojenost respondentů rozhodně patří do holistického přístupu k pacientům. Odpovědi na otázku č. 5 mapovaly spokojenost respondentů s časem, který jim byl při ošetření věnován. 29 (44 %) respondentů tedy uvedlo, že byli spokojeni, oproti 37 (56 %), kteří spokojeni nebyli s prvotní komunikací ve zdravotnictví. Naproti tomu Adéla Morongová (2015) ve své bakalářské práci zabývající se *Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetřovatelskou péčí* zjistila, že s přístupem sester k pacientovi bylo z 200 respondentů 40,5 % respondentů spokojeno, spíše ano 42,5 % a nespokojeno bylo 17 % respondentů.

K otázce č. 6, ohodnocení komunikace při prvotním setkání ve zdravotnictví se vyjádřili respondenti takto: Známku 1 nedali nikomu, známku 2 dali 9 (14 %) zdravotníkům, známkou 3 ohodnotili 15 (23 %) zdravotníků, známku 4 předali 24 (36 %) zdravotníkům a 5 si odneslo za špatné chování 18 (27 %) zdravotníků.

Spokojeni s odpovědí v případě otázky č. 11 bylo pouze 6 (14 %) respondentů z celkových 42 (100 %), kteří se zdravotní sestry, nebo někoho z pomocného personálu zeptali na cokoliv ohledně jejich diagnózy. Jako důvody uváděli, že sestra byla sdílná pouze po odchodu lékaře, neměla čas a ani nejevila žádný zájem cokoliv sdělovat, nebo poskytla neutrální a vyhýbavou odpověď, pokud tedy komunikovala nějak vůbec. Mnozí si také vyslechli větu „Neptejte se, včas se všechno dozvíte!“ Sestra by v této fázi měla pomoci pacientovi analyzovat jeho laickou diagnózu, protože právě v těchto chvílích se komunikace dostává do slepé uličky z hlediska kompetencí a je důležité se zaměřit na celou oblast psychosociální osobnosti pacienta a ne pouze na část biologickou (Zacharová, 2016, s.84).

U polootevřených otázek č. 12, č. 13 a č. 14 se respondenti vyjadřovali ke komfortnosti, bezpečnosti a spokojenosti v oblasti komunikace všeobecně v rámci svého ošetření. 46 (70 %) respondentů se v této oblasti necítilo komfortně, měli si s holí „vyskočit“ na lehátko, nebyli uklidnění ani sestrou, ani lékařem o tom, co se s nimi bude dít dál, nebyl brán ohled na jejich stav, ani soukromí. Dostatek informací mělo, a tudíž v bezpečí se cítilo 41 (62 %) respondentů, oproti 25 (38 %) respondentům, kteří opět uváděli, že by se cítili mnohem bezpečněji, kdyby necítili neochotu, nezájem, přezíravost, aroganci zdravotníků, nebo např. jim byl podán lék bez znalosti jeho názvu a účinku. Se samotnou komunikací během přímého ošetření zdravotnickým pracovníkem však byla spokojena naprostá většina, odpověď k otázce č. 14, sečteme-li ano a spíše ano, tedy souhrnně 38 (58 %) respondentů. Tyto výsledky opět odpovídají přítomnosti oprávněných stížností, tak jak uvádí Zacharová (2016), ne na samotný léčebný proces, ale na špatné chování zdravotníků.

U otázky č. 15 bylo zjištěno, že komunikace, která se respondentů vůbec netýkala, byla vedena klidně, je ve většině případů také vůbec nezajímala 42 (63 %), 13 (20 %) naopak vadila. Je tedy na místě, zamýšlet se nad volbou vhodně zvoleného tématu vedení rozhovoru. A to proto, že i tento rozhovor se týká pacientova ošetření a může být hodnocen všemi jeho smysly. K tomuto tématu je možné připojit výsledek z otázky č. 17, kde 16 (24 %) respondentů uvedlo, že se jich zdravotník během ošetření na jejich potřeby a komfort zeptal, naopak 33 (60 %) respondentů se nikdo na nic nezeptal. A v poslední řadě z otázky č. 18 doplníme, že 36 (55 %) respondentům

z celkových 66 (100 %) se zdravotník nepředstavil. Zde musíme zmínit, že představení zdravotníků zásadně patří do holistického pojetí člověka a jeho nemoci, je to naprostý základ slušného chování vždy a všude, a to by si všichni zdravotníci měli pokaždé uvědomit. Jak uvádí ve své bakalářské práci *Vliv nemocničního prostředí a chování zdravotníků na pacienta* (Hubková, 2018), je překvapivým zjištěním, že největší problém ze stran zdravotníků je již začátek komunikace, tedy představení se pacientovi a pozdravení pacienta. Ve své práci došla k závěru, že 57 % zdravotníků se představilo a 43 % se nepředstavilo dotázaným respondentům.

Průzkumná otázka č. 4: Bude mít negativní komunikační zážitek dopad na respondenty?

K této průzkumné otázce byly vytvořeny otázky č. 16, č. 19 a č. 20. Už samotné působení vedení komunikace během ošetření, může pacienta ovlivňovat do té míry, že se může cítit být tím, který personál obtěžuje, jako se to stalo u 25 (38 %) respondentů. Dále byla také velká skupina 20 (30 %) respondentů, která se soustředila pouze na svou bolest a zbylých 21 (31 %) respondentů, kteří se snažili komunikace zúčastnit, protože je samotný hovor odpoutával od jejich bolesti, takže byl pro ně samotné kladným přínosem. Polootevřené otázky č. 19 a č. 20 zjišťovaly míru dopadu vlivu personálu, ohledně neverbálních projevů a zdali umožnili respondentům zažít pocit jednání rovného s rovným. Zde byly odpovědi vcelku vyrovnané, ať už kladným, tak záporným směrem. Neverbální projevy působily negativně na respondenty, kteří by uvítali, aby se rozhodně nepoužívala úsečnost ve větách, bylo projeveno více empatie směrem k pacientům, kdyby byl dodržen respekt vůči pacientům, poskytnuto vysvětlení a dán najevo pocit, že člověk personál neobtěžuje. Kdyby byl projeven o pacienty větší zájem, vědomí nutnosti neztrapňovat je, alespoň občas na ně promluvit a věnovat jim více úsměvů. Nešpor (2017) zmiňuje důležitost smíchu, který zvyšuje odolnost vůči bolesti, pacienti to tedy vnímají velmi obdobně. Rozesmáté oči sestřiček a vlídný pohled lékaře může být tou nejlepší náplastí téměř na všechno.

Poněkud hůře dopadla odpověď na otázku č. 20, kde z celkových 66 (100 %) respondentů nemělo pocit jednání rovného s rovným 40 (61 %) respondentů, oproti kladné odpovědi 26 (39 %) respondentů. Zde opět vyvstaly problémy mezilidských kontaktů, které zůstaly z těchto okamžiků do budoucnosti nenaplněny. Respondenti měli pocit, že z nich dělají simulanty, dávali jim najevo, jak je svou přítomností obtěžují, chovali se přezíravě, nekomunikovali, nic nevysvětlili, byli arogantní a nadřazení. Respondenti se cítili se jako výrobek v tovární lince, silně pociťovali neosobní přístup, s některými bylo jednáno jako s malým dítětem. Lékař se během ošetření na některého z respondentů ani nepodíval, někomu

se věnovali až po zjištění totožnosti doprovodu. Tyto výsledky bychom mohli přirovnat k řádkům článku MEDICAL TRIBUNE CZ (2019), a sice, že „V současnosti je legislativní a politickou mantrou dostupnost zdravotní péče, ale není řešena kvalita poskytované péče, která je regionálně velice rozdílná."

Ve své bakalářské práci Martina Junková (2015) vyzdvihuje důležitost naplněné komunikace a pozitivního ovzduší. Pacientovi by měly být uspokojovány bio-psycho-sociální potřeby, neboť rozrušený pacient ovlivněný nemocí je více zranitelný, trpí úzkostí a depresemi.

Průzkumná otázka č. 5: Ovlivní negativní zážitek respondenty budoucna?

Ano, ovlivní. Dle samotného vyjádření respondentů jednoznačně vyhledá jiné zdravotní zařízení 20 (30 %) respondentů, ostatní budou téměř okamžitě trpět pocity strachu a obavami, anebo se budou snažit své nepříjemné zážitky s odstupem času zapomenout, půjde-li to vůbec. Ne vždy je totiž možnost zdravotní zařízení změnit, což prokazuje kladná odpověď u otázky č. 22, kde 38 (58 %) respondentů vyhledalo jinou odbornou pomoc a nevyhledalo naopak 28 (42 %) respondentů. Důvody jsou zřejmé, protože ZZS musí dovézt pacienta do přidělené nemocnice pro dané místo, specializovaných odborníků je v každém regionu omezený výběr, např. jeden lékař vlastní i více rehabilitačních středisek najednou. Velká vzdálenost, ne každý respondent vlastní auto, důvodem je i věk respondentů a zhoršená tělesná zdatnost. Nemocnice poblíž bydliště a nejistota, že jinde by to bylo lepší. Praktických i zubních lékařů je málo, jejich kapacita je přeplněná. Na závěr i poznatek jedné respondentky, že fakultní nemocnice je pro ni zárukou kvality, jen by uvítala jiný ošetřující personál, protože vše je jen v lidech.

Zde se opět s výsledky můžeme opřít o vyjádření Zacharové (2016, s. 108), která zdůrazňuje vhodnost a uvědomění si nedostatků pro obě strany (zdravotníků a pacientů) a tím odbourat bariéry ve vzájemném vztahu s cílem snížit výskyt případných chyb a omylů v klinické praxi. „Vzájemný vztah se musí nejen rozvíjet, ale i zdokonalovat."

Výsledky, ke kterým jsme dospěli, byly ovlivněny jistě celou řadou faktorů, které je zformulovaly právě do této závěrečné podoby. Velký vliv mohl mít u respondentů i časový odstup, od prožitého negativního zážitku, který pak mnohé nepříjemné věci zahladí. Průzkum také nezohledňoval jednotlivé věkové kategorie, aby celkové zhodnocení nezabíhalo do velké šíře posuzování z hlediska věku.

Již první dojem ze zdravotníka hraje v pohledu pacienta na jeho osobu zcela zásadní roli, proto je potřebné dbát na takové základy komunikace, jakými jsou představení se a pozdrav. Nepřítomnost právě takových základů vytváří komunikační bariéru, a vede k poškození sociální role zdravotníků.

Praktickým přínosem těchto zjištěných výsledků by mohlo být jejich použití jako cenných zdrojů v rámci hodnocení zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. Příležitosti pro zlepšení komunikace je potřeba směřovat do oblastí školení, interních auditů, jež by se zaměřovaly na interní hodnocení ze strany kolegů, na práci jednotlivých všeobecných sester a na další projekty zlepšování kvality péče. Podobnému tématu se věnuje i Disertační práce *Bezpečnost pacienta při poskytování ošetřovatelské péče* (Pokojová, 2015).

Eva Látalová (2018) ve své bakalářské práci *Komunikace ve zdravotnickém týmu* zmiňuje, že v zahraničí je velké množství publikovaných článků a studií týkajících se problematiky komunikace mezi členy zdravotnického týmu. Autoři článků se shodují na důležitosti efektivní komunikace při poskytování zdravotní péče a upozornili na fakt, že právě neefektivní komunikace v pozadí zdravotnických týmů má značně negativní dopad na zdravotní péči u pacientů. Mimo jiné i toto zjištění je důvodem nutného společného vzdělávání a školení v komunikaci. V České republice je velmi důležité se zaměřit nejenom na komunikaci mezi lékaři a sestrami, ale také na komunikaci mezi ostatními členy týmu, jako jsou ošetřovatelé a sanitáři.

5 ZÁVĚR

Bakalářská práce v teoretické části pojednává o smyslu, velkém významu a přístupu v oblasti komunikace ve zdravotnictví. Všeobjímající význam tohoto slova činit něco společným, sdíleným, něčím, co nás všechny spojuje, když si radíme, pomáháme, povídáme a jednáme. Dále popisuje pravidla a zásady správné komunikace s požadavky na lékaře, zdravotní sestry a pacienty. Včetně chyb a omylů, kterých můžeme být dnes a denně přímými svědky v klinické praxi. Výzkumná část pak analyzuje, jak pacienti komunikaci ve zdravotnictví skutečně vnímají.

Pro tuto bakalářskou práci byl vytyčen cíl hlavní a tři dílčí cíle.

Hlavním cílem bylo zmapovat kde a proč se cítí pacienti v komunikačních pastích ve zdravotnictví. Průzkumem bylo odhaleno, že největší a nejzrádnější pasti jsou právě ty, v mezilidských vztazích, ať už jsou pod vlivem nedostatku času, nejrůznějších emocí, bez přítomnosti empatie a citu.

V prvním z dílčích cílů byla mapována místa a popsány důvody, kde a proč k negativní komunikaci mezi pacienty a zdravotníky dochází. Z výsledků práce je patrné, že nejvíce času chybí, a tím úměrně stoupá množství chyb a omylů v komunikaci právě v ordinacích, ambulancích a v čekárnách. Výsledky naznačují, že pacienti, si nestěžují na samotný léčebný proces, ale jednoznačně na přístup a chování zdravotníků k nim.

Druhým dílčím cílem bylo zjištěno na co se respondenti během ošetření ptají, koho se ptají, jak jsou s odpověďmi spokojení a které projevy zdravotníků jim zajišťují komfort a bezpečnost ve zdravotnictví. Zde nám výsledky pozitivně naznačily, že 43 (65 %) respondentů se bez obav zeptá přímo svého lékaře a zdůraznily tak fakt důležitosti vzájemné důvěry mezi lékařem a pacientem. Ve 42 (64 %) případech z celkových 66 (100 %) dotázaných respondentů byly také osloveny zdravotní sestry, které sice nemají v kompetencích sdělovat informace ohledně léčby a diagnózy, ale mohou vhodnou formou převést komunikaci do charakteru ošetřovatelské péče.

U třetího dílčího cíle byla zhodnocena míra dopadu negativní komunikace ve zdravotnictví na psychiku pacientů do budoucna. Šetřením bylo zjištěno, že kdyby to bylo možné, respondenti by rádi vyhledali pro příště jiné zdravotní pracoviště, ale ne vždy je to možné z důvodu vzdálenosti, zdravotního stavu, věku, nedostupnosti specializovaných pracovišť a lékařů-odborníků, spádovosti a nedůvěře, že jinde bude personál lepší.

Výsledek nám ukázal, že negativní komunikační zážitek ve zdravotnictví za svůj život zažije mnohý z nás a jestliže je vzpomínkou velmi bolavou, při každé další příležitosti se nám vybaví v paměti v těch nejostřejších barvách. Ovlivní nás tak strach, nedůvěra, negativní předtuchy a obavy, které nejsou dobrým vstupem před žádnou životní situací, natož u zdravotních potíží.

Zjištěné výsledky mohou být přínosem pro lékaře, zdravotní sestry, ošetřovatelský personál, který komunikuje s pacienty v klinické praxi. Zdaleka se nejedná o nové a převratné objevy na úrovni moderní komunikace, protože problém je stále stejný a jak se zdá, velice těžko řešitelný, neboť se stoupající úrovní veškeré modernizace se lidská komunikace sice zrychluje, ale nezdokonaluje, ani nelepší. Je tedy na nás zdravotnících samých, abychom svými dobrými příklady byly vzorem pro nastupující generaci novou, která nás neustále pozoruje a učí se od nás, ale také pro pacienty, kteří v naši pomoc věří a naše projevy jim do jejich života zasahují mnohem víc, než si sami umíme v danou chvíli představit.

Výsledky mohou také posloužit při orientaci zvoleného povolání, jak uvádí ve své knize (Heřmanová, 2012, s. 9) „Všichni se chceme na konci služby podívat do zrcadla a říct si: Ano, této sestře bych určitě důvěřovala …. jako pacient, jako kolegyně/kolega, jako lékař.“

6 POUŽITÁ LITERATURA

6.1 Literární zdroje

ANDRYSEK, Oskar. Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978´80´7345-257-5.

ASTL, Jaromír. Nemoc jako výzva? Praha: Maxdorf, c2010. ISBN 978-80-7345-227-8.

GIDDENS, Anthony. Sociologie. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.

HEŘMANOVÁ, Jana. Etika v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

HONZÁK, Radkin. Jak přežít léčení: veselé čtení o bolestech. Praha: Jan Vašut, 2013. ISBN 978-80-7236-846-4.

HONZÁK, Radkin. Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-60-4.

IRMIŠ, Felix. Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-130-8.

JONSEN, Albert R., Mark SIEGLER a William J. WINSLADE. Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně. Přeložil Jaromír MATĚJEK. Praha: Stanislav Juhaňák-Triton, 2019. ISBN 978-80-7553-653-2.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2831-5.

KLÍMOVÁ, Jarmila a Michaela FIALOVÁ. Proč (a jak) psychosomatika funguje? Praha: Progressive consulting, 2015. ISBN 978-80-260-8208-8.

KONEČNÁ, Hana, Danica SLOUKOVÁ a Tonko MARDEŠIĆ. Medicína založená na důvěře: o nebohém pacientovi v postmoderní době. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-878-0.

LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. Pacientovo pojetí nemoci II. Brno: MSD, 2010. ISBN 978-80-7392-150-7.

NEŠPOR, Karel. Léčivá moc smíchu: smích a zdraví, smích a vztahy, smích a práce, smích a výchova. Vydání páté. Ilustroval Václav HRADECKÝ. V Praze: Vyšehrad, 2017. ISBN 978-80-7429-826-4.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty. Praha: Grada Publishing, 2015. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.

SVATOŠOVÁ, Marie a Aleš PALÁN. Neboj se vrátit domů. Praha: Kalich, 2018. Rozhovory (Kalich). ISBN 978-80-7017-249-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4770-4.

ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

6.2 Internetové zdroje

HŘIB, Zděnek, MUDr. Desatero aktivit pro bezpečí pacientů. Medical Tribune [online]. Praha: Medical Tribune CZ, s. r. o., 2007 [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/clanek/10249-desatero-aktivit-pro-bezpeci-pacientu

Kancelář veřejného ochránce práv. Ombudsman veřejný ochránce práv [online]. OMEGA design, b. r. [cit. 2021-02-05]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/zpravy-o-cinnosti/statisticke-udaje-o-cinnosti/

MEDICAL TRIBUNE CZ, 2019 [cit. 2020-10-27]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/clanek/45099-ceske-zdravotnictvi-problemy-existuji-ale-krize-ne

Studie kvality zdravotní péče v ČR – spolupráce s OECD. Https://www.mzcr.cz/studie-kvality-zdravotni-pece-v-cr/ [online]. 2014 [cit. 2020-10-27]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/studie-kvality-zdravotni-pece-v-cr/

TUTKOVÁ, Jitka. Komunikace sestra – pacient [online]. Stanice sociálních hospitalizací Městská nemocnice Ostrava, 10. 1. 2007 [cit. 2020-10-15]. Zdraví.Euro.cz. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-sestra-pacient-285309

6.3 Legislativní zdroje

Usnesení č. 2/1993 Sb. © AION CS, s.r.o. 2010-2020 | Pracuje na systému AToM3 [online]. [cit. 2020-10-19]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2

Zákon č. 101/2000 Sb. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2020 [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101

Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. ©AION CS, s.r.o. 2010-2020 [cit. 2020-10-15]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4

6.4 Kvalifikační práce

HRDÁ, Šárka. Management kvality ošetřovatelské péče [online]. 2012 [cit. 2020-12-26]. Dostupné z: https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/100708/. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Jana Novotná.

HUBKOVÁ, Kristýna. Vliv nemocničního prostředí a chování zdravotníků na pacienta [online]. 2018 [cit. 2020-12-26]. Bakalářská práce. Univerzita zdravotnických studií Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Markéta Paprštеinová.

JUNKOVÁ, Martina. \textit {Vztah, komunikace a spolupráce perioperační sestry s lékařem na operačním sále a negativní následky pro pacienta vyplývající z nesouhry operační skupiny} [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2020-12-27]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/5voac1/>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce PhDr. Marie Marečková, Ph.D.

LÁTALOVÁ, Eva. \textit {Komunikace mezi členy zdravotnického týmu při poskytování péče o pacienta} [online]. Olomouc, 2018 [cit. 2020-12-27]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/d6ke6g/>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.

MORONGOVÁ, Adéla. \textit {Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetřovatelskou péčí} [online]. České Budějovice, 2015 [cit. 2020-12-27]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7ijazx/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

NÁBĚLEK, Marcela. *Význam sociální komunikace ve zdravotnictví*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2013, 79 s. Dostupné také z: http://hdl.handle.net/10563/29156. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Katedra pedagogiky a psychologie. Vedoucí práce Sýkora, František.

POKOJOVÁ, Radka. \textit {Bezpečnost pacienta při poskytování ošetřovatelské péče} [online]. České Budějovice, 2018 [cit. 2020-12-26]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/5x2rob/>. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – dotazník ……...64

Příloha A - dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Gabriela Hubková a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který držíte v ruce.

Dotazník slouží jako podklad k průzkumné části mé bakalářské práce na téma:

„Komunikace ve zdravotnictví aneb kdy se pacient cítí v pasti“

Tento dotazník je zcela dobrovolný, data budou použita jen pro účely bakalářské práce a zaručuje naprostou anonymitu. Skládá se z 22 uzavřených i otevřených otázek, proto prosím o zakroužkování jedné odpovědi, pouze u otázky č. 7 je možnost zaškrtnout více odpovědí, popřípadě vypsání odpovědi do vyznačeného místa.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Zažil(a) jste nějakou negativní komunikační zkušenost z pobytu nebo ošetření

   v nemocnici (v ambulanci) či u lékaře, ať už jako pacient, nebo doprovod jiné osoby?

   a) Ano.

   b) Ne, prosím dál ve vyplňování dotazníku nepokračujte.

2. Jaký byl důvod poskytnutí zdravotnické péče?

   a) Porod.

   b) Vyšetření.

   c) Úraz.

   d) Operace nebo zákrok (hospitalizace).

   e) Zásah zdravotnické záchranné služby.

   f) Preventivní prohlídka, nebo kontrola u obvodního lékaře.

g) Jiné, vypište jaké: ……

3. K negativní komunikaci v rámci zdravotní péče došlo v:

a) V čekárně.

b) V ambulanci.

c) V ordinaci.

d) Na chodbě.

e) Během hospitalizace.

f) Jinde, napište kde: …….

4. Jestliže jste odpověděl(a) u otázky č. 1 a) ano, popište co se stalo, Váš pohled na vzniklou situaci: ...…….

……..…

5. Měl(a) jste pocit, že se Vám zdravotnický personál věnoval dostatečně dlouho?

a) Ano.

b) Ne, jaká byla Vaše časová představa: …….

6. Jak byste tedy ohodnotil(a) úroveň komunikace na základě Vašeho zážitku ve zdravotnickém zařízení? Oznámkujte jako ve škole:

- 1 – nejlepší
- 2
- 3
- 4
- 5 – nejhorší

7. Co jste v sobě prožíval po první negativní zkušenosti při komunikaci se zdravotnickým personálem? Možné zaškrtnout i více odpovědí.

- Bezmoc.
- Zoufalost.
- Pláč.
- Stud.
- Vztek.
- Agresivitu.
- Netečnost.

8. Bál(a) jste se během ošetření či hospitalizace na cokoliv zeptat lékaře?

a) Ano.

b) Ne.

9. Pokud jste odpověděl(a) u otázky č. 8 a) ano, popište proč:

……

……

……

10. Snažil(a) jste se během ošetření nebo hospitalizace zjistit informace od zdravotní sestry nebo pomocného personálu?

a) Ano.

b) Ne.

11. Pokud jste u otázky č.10 odpověděl(a) a) ano, byl(a) jste spokojen(a) s odpovědí?

…….

…….

12. Cítil(a) jste se během ošetření, nebo v případě hospitalizace, komfortně?

a) Ano.

b) Ne, důvod: …….

13. Cítil(a) jste se ve zdravotnickém prostředí bezpečně?

a) Ano, cítil(a) jsem se bezpečně.

b) Ne, bylo by pro mě bezpečnější, kdyby …….

…….

14. Byl(a) jste spokojen(a) s komunikací během ošetřovatelského výkonu

se zdravotníkem, který Vás ošetřoval, popřípadě co Vám vadilo:

a) Ano.

b) Spíše ano, občas jsem se musel(a) doptávat na informace o prováděném výkonu.

c) Spíše ne, nebyl(a) jsem seznámen s výkonem, který byl prováděn.

d) Ne, vadilo mi …….

15. Vadila Vám komunikace ošetřovatelského personálu během Vašeho ošetřování, která se Vás tématem vůbec netýkala, např. jejich osobní problémy, pracovní atp.?

    a) Ano, vadila.

    b) Ne, pokud byla komunikace klidná a nijak mě neovlivnila.

    c) Bylo mi to jedno.

16. Jak na Vás působila komunikace zdravotnického personálu, popř. lékaře mezi sebou během Vašeho ošetření?

    a) Nevhodně, připadal jsem si jako ten, kdo obtěžuje.

    b) Nezajímala mě, soustředil(a) jsem se na svou bolest.

    c) Odpoutávala mě pozornost od vlastní bolesti, pomáhala mi.

    Komunikace jsem se snažil(a) zúčastnit.

17. Dotazoval se Vás zdravotní pracovník na Vaše potřeby a komfort během ošetření nebo hospitalizace?

    a) Ano.

    b) Ne.

    c) Občas.

18. Představil se Vám a pozdravil Vás službu konající zdravotník, který Vás přijímal, ošetřoval?

    a) Ano.

    b) Ne.

19. Působily na Vás neverbální projevy zdravotníka (úsměv, mračení, doteky), popřípadě co byste uvítal(a):

a) Působily na mě positivně, v tomto směru jsem byl spokojen(a).

b) Působily na mě negativně, uvítal(a) bych …….

c) Nezáleželo mi na tom.

20. Měl jste pocit, že s Vámi zdravotníci jednali jako se sobě rovnými, popř. co Vám v této oblasti vadilo?

a) Ano.

b) Ne, vadilo mi ……

21. Jak Vás Vaše negativní zkušenost s komunikací ve zdravotnictví do budoucna ovlivnila:

a) Vyhledám jiné odborné pracoviště, do stejného zařízení už nepojedu.

b) Vždy pojedu se strachem a obavami a až to bude nevyhnutelně nutné.

c) Nepříjemné zážitky se budu snažit zapomenout.

22. Pokud se Vám přístup ve zdravotnickém prostředí nelíbil, byl(a) jste schopen vyhledat jiné zařízení, jinou odbornou pomoc?

a) Ano.

b) Ne, z jakého důvodu: …….

……

……