

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Bohuslava Hillebrandová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

# **PROBLEMATIKA STRACHU A ÚZKOSTI PACIENTA**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

(!!)

**Záměrný vakát** → Tuto stranu ve vazbě nahradit oficiálním zadáním BP s razítkem!

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne:

.....

vlastnoruční podpis

## **Poděkování**

Děkuji magistře Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Rovněž děkuji týmu zdravotnických pracovníků na traumatologickém oddělení v Chomutově za umožnění a uskutečnění výzkumu. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Hillebrandová Bohuslava

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika strachu a úzkosti pacienta

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran - číslované: 49

Počet stran - nečíslované (tabulky, grafy): 0

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: strach, úzkost, pacient, komunikace, nemoc, hospitalizace

### **Souhrn:**

V bakalářské práci zpracovávám subjektivní pocity pacientů během primárního ošetření, po operaci či dalších léčebných intervencích. V teoretické části jsou rozpracovány poznatky z oblastí, které se nejvíce dotýkají mé práce. Obecně je zde popsán strach a úzkost pacienta, komunikace s pacientem a pacient jako komplexní celek. Praktická část bakalářské práce je provedena pomocí kvalitativního výzkumu formou tří případových studií. Rozhovory a pozorování v případových studiích mi umožnily blíže poznat subjektivní prožívání pacientů.

## **Annotation**

Surname and name: Hillebrandová Bohuslava

Department: Nursery and Midwifery

Title of thesis: Problematic of patient's fear and anxiety

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages - numbered: 49

Number of pages - unnumbered (tables, graphs): 0

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 21

Keywords: fear, anxiety, patient, communication, illness, hospitalisation

### Summary:

I am processing, in bachelor thesis, patient's subjective feelings during primary treatment, after surgery and/or after other treatment interventions. In theoretic part are elaborated finding from scopes which are at most dealing with my thesis. There is commonly described fear and anxiety of patient, communication with him(her) and patient from angle of view as complex whole piece. Practical part of thesis is made as qualitative research in the form of three case studies. Interviews and observations in case studies allowed me more discover subjective experience of patients.



# Obsah

<b>ÚVOD</b>	<b>10</b>
<b>Teoretická část</b>	<b>11</b>
<b>1 Strach</b>	<b>11</b>
1.1 Vývoj strachu . . . . .	13
1.2 Rodina pacienta a strach . . . . .	13
1.3 Model sebeřízení . . . . .	13
1.4 Teorie krize a zvládání těžkostí . . . . .	14
<b>2 Úzkost</b>	<b>15</b>
2.1 Úzkost jako choroba . . . . .	16
2.1.1 Nejčastější úzkostné poruchy . . . . .	20
<b>3 Pacient</b>	<b>21</b>
3.1 Pacient jako osobnost . . . . .	22
3.2 Vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem . . . . .	23
3.2.1 Vztah sestry a pacienta . . . . .	24
3.2.2 Pohled pacienta na zdravotnický personál . . . . .	24
3.3 Postoj pacienta k nemoci . . . . .	25
3.4 Problémový pacient . . . . .	26
<b>4 Komunikace</b>	<b>27</b>
4.1 Verbální komunikace . . . . .	28
4.2 Neverbální komunikace . . . . .	28
4.3 Problémy v komunikaci . . . . .	29
4.3.1 Vyšetření a kontakt s malými dětmi . . . . .	29
4.3.2 Vyšetření stařších pacientů (věk nad 70 let) . . . . .	29
4.3.3 Vyšetření handicapovaných pacientů . . . . .	30
4.3.4 Vyšetření osob trpících duševním onemocněním . . . . .	30
4.3.5 Vyšetření cizinců a specifických skupin (např. sekt) . . . . .	30
4.4 Komunikační dovednosti . . . . .	30

4.4.1	Naslouchání . . . . .	30
4.4.2	Empatie . . . . .	31
4.4.3	Projev porozumění . . . . .	31
4.4.4	Výklad . . . . .	31
4.4.5	Zájem, podpora, mlčení . . . . .	31
4.4.6	Rady . . . . .	32
<b>Praktická část</b>		<b>33</b>
<b>5</b>	<b>Formulace problému</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>Cíl výzkumu</b>	<b>33</b>
6.1	Dílčí cíle . . . . .	33
6.2	Druh výzkumu a výběr metodiky . . . . .	33
6.2.1	Metoda . . . . .	34
6.2.2	Výběr případu . . . . .	34
6.2.3	Způsob získávání informací . . . . .	34
<b>7</b>	<b>Respondent číslo 1</b>	<b>35</b>
7.1	Anamnéza . . . . .	35
7.2	Přepis rozhovoru . . . . .	35
7.3	Shrnutí . . . . .	40
<b>8</b>	<b>Respondent číslo 2</b>	<b>41</b>
8.1	Anamnéza . . . . .	41
8.2	Přepis rozhovoru . . . . .	42
8.3	Shrnutí . . . . .	46
<b>9</b>	<b>Respondent číslo 3</b>	<b>47</b>
9.1	Anamnéza . . . . .	47
9.2	Přepis rozhovoru . . . . .	48
9.3	Shrnutí . . . . .	53
<b>10</b>	<b>Analýza a interpretace případových studií</b>	<b>54</b>
10.1	Vyhodnocení dat z období příjmu . . . . .	54
10.2	Vyhodnocení dat z období po operaci (vyšetření) . . . . .	54
10.3	Subjektivní prožívání pacientů . . . . .	55

<b>11 Diskuse</b>	<b>56</b>
<b>Závěr</b>	<b>59</b>
<b>Seznam zdrojů</b>	<b>60</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>62</b>

# ÚVOD

Lidský život je plný emocí a jejich projevů. Určitě k nim patří i strach. Na světě existuje tolik věcí a situací, že snad nelze nalézt člověka, který by se nebál. Tématem pro mou bakalářskou práci je problematika strachu a úzkosti pacienta, což je pro mnohé velmi nepříjemné, pro jiné triviální téma k rozhovoru. Právě toto téma by mělo vzbuzovat pozornost druhých. Dnešní nevěšmavost je dána dobou? Zrychleným životním tempem? Nebo je to jen o lidech? Faktorů, které spouští u spousty lidí nepříjemné biomechanismy zvané „úzkosti“ je celá řada.

Ve zdravotnictví pracuji přes 2 desítky let a přesto mě neustále překvapuje rozmanitost nových reakcí pod vlivem strachu a úzkosti. Dle mého názoru je nutné řešit a dořešit všechna vnitřní napětí, bez kterých snad ani nejde existovat. Toto téma jsem si vybrala, protože mě zajímá pacient jako celostní bytost. Pracovat s člověkem jako celkem je velmi namáhavé, ale snaha o porozumění a komunikaci přináší výsledky a má smysl, přestože jsme opakovaně odmítáni. Pacient je nám poté neskonale vděčen za čas, který jsme mu věnovali. Dle mého názoru, vidět opravdu spokojeného pacienta by mělo být motivací veškerého zdravotnického personálu. Neboť 70% nemocí je psychického charakteru.

Pacienti všech věkových skupin, nebo dokonce zdravotník v roli pacienta, každý si zaslouží rovnocenné jednání. Je velmi smutné až ponižující vidět v myšlenkách bloudícího pacienta, který se bojí na cokoli zeptat. Proč ho utvrzovat v jeho obavách před něčím co třeba není pravdou a leckdy milných informacích na právě naše zdravotnické zařízení, ve kterém pracujeme. Vžyt se neznáme, nikdy nevíme čím dotyčný procházel, prochází ve svém životě. Tak proč ho nevnímat při prvním kontaktu?

## Teoretická část

Nejdříve definujeme strach úzkost, seznámíme se z jejich charakteristikami a funkcí. Strach a úzkost jsou pocity a stavy, s nimiž se běžně v životě setkáváme a známe je z vlastní zkušenosti se sebou. Zdravotnický personál je s nimi denně konfrontován při kontaktu s nemocnými a jejich příbuznými, protože se vyskytují všude tam, kde se cítí člověk nějak ohrožen a vnímá ať již oprávněně, nebo neoprávněně-nebezpečí. Pacienti se obávají vyšetření a vůbec zákroků, které vyvolávají obavy z bolesti, obávají se utrpení, dalšího negativního vývoje svého onemocnění, bojí se nemocí nevléčitelných vedoucí ke smrti atd. Příbuzní prožívají strach, že jejich blízký bude trpět a špatně onemocnění a léčbu snášet Lidé mívají obavy, že druhému nebudou moci pomoci, tedy z vlastní bezmocnosti v souvislosti s utrpením. Samozřejmý je strach ze ztráty blízké osoby. Protože pracujeme s lidmi a každý člověk je jiný, musíme více rozvést i to, jak se člověk v roli pacienta chová a jakým způsobem komunikuje. Protože pouze díky objektivnímu zhodnocení a náhledu na celou situaci, můžeme dané téma správně pochopit.

### 1 Strach

Podle Praška: strach můžeme definovat jako emoční fyziologickou reakci na konkrétní nebezpečí. Strach má tedy na rozdíl od úzkosti konkrétní objekt. Intenzita strachu může být různá. Může se projevit jen mírnou nepohodou, nebo nervozitou na druhé straně je stavem hrůzy a paniky. (*Praško 2005, s. 13*) Podle Vymětala: strach může mít racionální (druhými pochopitelný, případně i sdílený, přirozený) nebo iracionální pro druhé (nepochopitelný, nepřiměřený). (*Vymětal, 2000, s.20*) Je tedy reakcí na poznané nebezpečí má signální a obrannou funkci. Ohrožení může být vnější (provoz na ulici) či vnitřní (např. obava, že na něco nestačím). (*Vymětal, 1994, s.136*) Dle Zacharové: strach můžeme vyjádřit jako situaci, kdy prožíváme strach z něčeho konkrétního, ať už z předmětu, osoby nebo události. Záleží na tom, jak člověk vnímá situaci, která strach vyvolává, jak ji hodnotí. Strach vyvolává i pouhé očekávání, že budoucí situace může být nebezpečná. V průběhu reakce strachu dochází k fyziologickým změnám, ale také k různým projevům v chování, k úniku ze situace nebo zabránění tomu, co ve vás strach vyvolává.

Za užitečný považujem takzvaný priměřený strach, který nás chrání před zbytečným rizikem. Opakem je nadměrný strach, někdy označovaný jako panický strach, který vede člověka ke škodlivým reakcím, ukvapenému neúčelnému jednání, kdy jedinec vnímá nepřesně, mnohdy dělá věci, za které se stydí nebo pro které má pocit viny. Strach vede k mobilizaci organismu, zvlášt ke zvýšení krevního tlaku, což nám dodává energii při obraně.

Předmětem strachu bývá především bolest, kterou člověk zná z předchozích onemocnění, dále potom ztráta životních možností, kdy se člověk bojí neschopnosti pracovat, bavit se a strach se o rodinu. Přidává se odloučení od svých nejbližších, ke kterému dochází pobytem v nemocnici, člověk se bojí o to, jak bude vypadat, bojí se, že nemoc přijde trvale. Obávaným faktorem je i nutnost změny způsobu života, kdy se pacient bojí vyřazení z dosavadního způsobu života a ze společnosti. Ani strach ze smrti a umírání nestojí v pozadí i lehčích forem nemoci, protože lidé si některá onemocnění nedovedou vysvětlit a bojí se, jaké komplikace mohou vzniknout. Na posledním místě zmíním strach z léčení, jež má každý nemocný člověk. Jedná se zde především o různá nepříjemná vyšetření, kdy strach může být silnější než nemoc samotná. Psychický stav nemocného může být někdy umocněn i nevhodnou atmosférou čekárny/ambulance.

Strach vyvolávají signály ohrožení a těch je u nemocí celá řada. Jedná se o takzvané příznaky, které na sobě pozorujeme, ať už jsou to kožní změny, příměsi v moči, stolici. Signálem ohrožení může být i nepříznivá zpráva lékaře.

Zdroje strachu jsou různorodé. Vrozená přecitlivělost na prudší a silnější zevní podněty, Úzkostlivá hyperprotektivní výchova rodičů, přehnané zdůrazňování zdravotních rizik, vyprávění stašidelných historek, především před spaním (zvláště u dětí). Rovněž tak sledování nevhodných filmů, strašení lékařem, injekcemi, pobytem v nemocnici, nevhodným, nebo nevhodně načasovaným popisováním lékařských úkonů, sdělování nepříjemných zážitků a zkušeností se zdravotnickým personálem a léčbou. (*Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007s. 4 9,50*)

## 1.1 Vývoj strachu

O diferencovaném strachu, lze mluvit, až v druhé polovině prvního roku života dítěte. Do té doby reaguje na nelibé podněty pláčem, odtažením, křikem. Známý je strach osmiměsíčních dětí, jež většinou reagují ustrašeně a pláčem na přítomnost a zvláště obličej neznámého člověka. Strach dětí předškolního věku souvisí s jejich bohatou fantazií, bojí se pohádkových bytostí, mnohdy zvířat, tmy, obavy ze separace. Matka, která je hlavním zdrojem jistoty dítěte. Jeli pro ně nespolehlivá (např. často odchází), je vystaveno úzkosti a strachu (separační úzkost). U dětí školního věku se setkáváme se školní fobií, která vede ke vzniku pocitů méněcennosti. Kulminují v době dospívání. Doba dospívání sebou přináší těžkosti ve vztahu k sebepojetí/obraz sebe sama, sebehodnocení - hledání vlastní identity. Pubescenti a adolescenti jsou zvláště citliví na tělesný vzhled, který je pravidelně zdrojem utrpení - obličej, postava atd. . . Dospívající člověk se u sebe a ve světě setkává s podněty, které jsou pro ně nové a neví si s nimi rady. Při vyrovnávání se s těmito dosud neznámými zkušenostmi - např. oblast sexuality a navazování eroticky laděných vztahů najednou prožívá zvýšenou úzkost, případně strach. Dospělý věk a stáří zná celou řadu obav a starostí, které jsou doprovázené nejistotou, strachem, ale i úzkostí. Např. existenční obavy, starosti o děti, pocity samoty, strach ze smrti. Strach, který je intenzivní a trvá delší dobu, pak vytváří neurozy. (*Vymětal, 2003, s. 237-238*)

## 1.2 Rodina pacienta a strach

Někdy má rodina pacienta pocit, že její názor není akceptován, nebyl jí poskytnut dostatek informací. Strach a obava o člena rodiny, může vyústit až ke stížnostem na skutečnou či domnělou chybu zdravotnického personálu. Citlivým tématem je bolest, protože rodina a pacient ji mohou vnímat jinak než zdravotnický personál. Rodina není někdy schopna přijmout nepříznivou zprávu, také pokud zdravotnický personál nemůže splnit velká očekávání a nelze již jinak pomoci, rodina „hledá viníka“ (*Beran a kol., 2010, s. 121-122*) .

## 1.3 Model sebeřízení

Každý pacient má svou představu o onemocnění. O tom pojednává **model sebeřízení**. Tento model popisuje interpretaci situace (1) a samotný boj s nemocí (2). V prvním bodu hledáme smysl co se děje, co pacient vnímá. Prvním krokem k zvládnutí je poskytnutí informace zdravotnickým personálem. Tuto informaci můžeme podat percepcí (popisujeme

příznaky a podáváme informace, nebo je pacient sám získá, ze všech přístupných zdrojů. Další možností je sociální komunikace, pokud pacient chce získat informace (validní informace), získává informace z dostupných zdrojů. V tento okamžik se pacient rozhoduje, jestli navštíví lékaře (má pocit, že je nemocen), nebo vyčká (domnívá-li se, že se jedná o planý poplach). Pokud je pacientovi sdělena diagnóza, prožívá pocity úzkosti, deprese, cítí se ohrožen. Po překonání prvotních pocitů úzkosti, musí mít pacient představu o nemoci a motivaci k vyléčení (například rodinu, zaměstnání, radost ze života).

Ve fázi vlastního boje s nemocí volí někteří pacienti aktivní strategii, kdy přímo útočí (verbálně i neverbálně), jsou egocentriční, negativističtí a agresi obrací proti sobě, nebo se snaží o obejití překážky tím, že si zvolí náhradní cíl jako kompenzaci a zafixují se na něj. Jiní pacienti volí únikovou strategii, zde dochází k regresi, úniku do fantazie, izolace, bagetelizaci problémů a rezignaci. Takoví pacienti nezřídka podepisují negativní reverz a před nemocí zavřou oči.

Boj s nemocí probíhá v určitých etapách, začíná šokem, pokračuje usebráním (pacient je negativistický, má neuspořádané myšlenky, nenachází se v normálním mentálním stavu, prožívá zlost, strach, smutek, bezmoc, bývá citlivý a vzrušivý), další etapa je stažení ze hry, kdy vědomě odchází do mentálního osamění a to mu vytváří příležitost k vypracování dalšího plánu. Poslední etapou je řešení krize, kdy pacient souhlasí s léčením, přijímá diagnózu.

Faktory stěžující psychický stav pacienta zahrnují nepředvídatelné změny, nejasnosti v diagnostice, postoje lékařů (na chorobu nebo pacienta), nejasnosti v etiologii vzniku, v průběhu a možných následcích, nutnost rychlého rozhodování pacienta, nezkušenost pacienta (déle váhají).

## **1.4 Teorie krize a zvládání těžkostí**

Při zvládání krize sledujeme, jak pacient krizi a zvládá. Dojde buď k maladaptaci (pacient situaci nevládá, prohlubuje se u něj beznaděj a bezmoc), což svědčí o osobní nezralosti. A nebo k zdravé akceptaci, což je důkazem vnitřního klidu pacienta, který přijímá aktuální stav.



Pacienti zvládají těžkosti různým způsobem (styly). Pokud se pacient cítí soběstačný, domnívá se, že situaci zvládne sám, bude hrdina pro okolí, hovoříme o autismu. Robinzonstvím rozumíme styl, kdy pacient řeší situaci, ve které se dosud neocítl, snaží se jí řešit (způsobem pokus-omyl), a pokud se mu to povede, roste mu sebevědomí a pro okolí se stává rovněž hrdinou. Pacient, který si místo původně naplánovaného cíle zvolí jiný, pro něho dosažitelný, a stabilizuje tím svojí psychiku, užívá stylu kompenzace (náhrady). Vyvíjejí-li pacienti, kteří jsou např. po úrazu a jejich původní funkce se jim mohou vrátit po rehabilitaci, na sebe přehnané nároky, sahají až na dno svých sil a nechtějí si připustit, že by jejich postižení mohlo pro ně být zneschopňující - překompenzovávají ztrátu. Dalším stylem je dobrovolné podstupování rizika a utrpení, kdy se pacient dobrovolně rozhodne pro něco, co je rizikovější, bolestivější (např. se nechá operovat i když to není úplně nutné). Dalším stylem je směna, kdy pacienti mezi sebou vyměňují informace o tom, co vyřešilo jejich potíže. Ti, co se otvírají druhému člověku a to i ve skupinách, získají informace a zkušenosti od druhých a vypovídají se (katarze), vedou - dialog.

## 2 Úzkost

Úzkost dle Vymětala: Úzkost je nepříjemný prožitek a stav. Na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které jí vyvolávají. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je horší než událost sama, je-li jasně poznána. Úzkost běžně přechází ve strach a naopak. Nelze je přesněji od sebe oddělit, protože se navzájem podminují a splývají. (*Vymětal, 2003, s. 236*). Úzkost dle Kennerleyové: Je to nezbytná reakce na stres a připravuje jedince, který se ocitl tvářící v tvář nějakému nebezpečí, na nebezpečnou reakci. Při mnoha příležitostech je tato reakce smysluplná a mnohdy životně důležitá. Při reálném nebezpečí se tělo připravuje na stres tak, že do krve uvolní adrenalin a tím vznikají tělesné pocity úzkosti. Reakce na stres má zlepšovat tělesnou i psychickou výkonnost, při překročení určité hranice se však tato výkonnost naopak zhoršuje. Organismus je plně připraven k útěku nebo k boji, neboť adrenalin zvýšil zásobení svalů krví, napětí ve svalech, zrychlil dýchání, srdeční činnost a zvýšil pocení, aby se tělo ochladilo. Avšak zároveň tím, že je krev odvedena z pokožky, mohou být vyvolány pocity mravenčení, dlouhodobě zvýšené napětí ve svalech vede k bolesti, zrychlené dýchání může navodit příznaky hyperventilace, zrychlené bušení srdce a pocení může vyvolat znepokojení a obavy. Výkon člověka, kterého

jeho tělesná reakce na stres znepokojí, se pak spíše zhorší než zlepší. Při reakci na stres dochází i ke změnám v psychice, zvyšuje se bdělost a soustředěnost. Úzkost ovlivňuje řadu aspektů činnosti těla i mysli-od vnímání, učení a paměti po chut k jídlu, sexuální funkce a spánek. Pocit úzkosti je vyvolán předcházejícími podněty nebo spouštěcími událostmi. Tyto podněty mohou pocházet z vnějšího prostředí (setkání, pobyt ve výšce, cestování), nebo mohou být vnitřní například náhlá znepokojící myšlenka. (*Kennerleyová, 1998, s. 20, 21, 22*) .

Úzkost je spojena se zvýšením pozornosti a vnímavosti k většímu počtu podnětů, s lepším a rychlejším zapamatováním mnoha detailů a jednotlivostí. Většinou si pamatujeme věci, které jsme se naučili, těsně před zkouškou. Úzkost také oživuje staré paměťové stopy: v naléhavé situaci si vybavíme daleko více vzpomínek než v pohodlném lenošení. Stejně tak i zvyšuje výkonnosti v tělesné sféře, protože somatická složka úzkosti je spojena s celkovým nabuzením organismu, pohotovostí. Úzkost je jednou z nejčastějších potíží, s nimiž se setkáváme v životě. Je jedním z nejrozšířenějších symptomů v psychiatrii.

## 2.1 Úzkost jako choroba

Chorobnou se stává, jestliže její intenzita výrazně přesahuje potřeby, které odpovídají vyvolávajícím podnětům, přetrvává příliš dlouho po původním podnětu., podněty, které vyvolává, v celkovém úhrnu výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života, dostavuje se v záchvatech neovladatelné paniky, jsou zcela nevinné a u většiny lidí úzkost neprovokují. Úzkost je psychosomatický stav. To znamená, že její příznaky probíhají, jak v úrovni tělesné tak psychologické. Nešťastné dělení člověka na “tělo a duši „vnáší do popisu lidských stavů a do jejich pochopení více zmatku a nejasností než přehledu a řádu. Projevy jsou stejné jako u strachu. Subjektivně: bývají prožívané jako pocit sevření, tísně, vnitřního napětí, a neklidu, člověk se cítí být ohrožen, projevuje obavy, prožívá bezradnost, a vlastní bezbrannost. Vystupňovaná bázeň ústí v paniku a děs. Velmi často jsou úzkost a strach doprovázené depresivními prožitky a únavou a lehčí závratí. Výrazná úzkost a strach někdy vedou k výrazné derealizaci a depersonalizaci, což lze z psychologického hlediska posoudit jako formu obrany před úzkostí.

V oblasti fyziologických změn se projevují úzkost a strach spíše nespecificky a zasahují prakticky všechny orgány a funkční systémy. Bývá zrychlená činnost srdce-tachykardie, dýchání shledáváme rychlejší či zpomalené-zatajování dechu, hyperventilace. V ústech

je pocitováno sucho, naopak vyrůstá potivost kůže, zvyšuje se svalové napětí. Na první pohled mívá výrazně úzkostný jedinec vyděšený výraz, jeho mimika je málo diferencovaná, v obličejí je bledý, celkově působí dojmem strnulosti a tenze, jeho pohyby bývají hůře koordinované, nepřesné (*Vymětal, J, 2003, s. 237*).

Přestože všichni nemocní s úzkostnými obtížemi mají pocit, že v nejbližších chvílích omdlí, jen malá část opravdu, upadá do krátké mdloby. Dále bolesti hlavy, většinou vyvolané nepřiměřeným svalovým napětím. Jeví se jako reálné nebezpečí, že se hlava roztrhne, že nám nesnesitelný tlak rozdrťí mozek. U lidí s chronickou úzkostí, a tedy chronickým svalovým napětím, se objevují trvalé bolesti hlavy. Nejčastěji přirovnávané k svírající obruči kolem hlavy. Bolesti dolní části zad mohou být akutní reakcí na bezprostřední prožitek úzkosti. Zažívací a trávicí potíže/nauzea zvracení, průjmy, přisun potravy, obtížné polykání/ jsou nepříjemné a ze společenského hlediska mnohdy svízelnější. Postižení si nechtějí připustit, že viníkem jejich současného stavu mohou být pouhé nervové potíže. Raději podstupují mnohdy strastiplnou cestu za náročnými, nepříjemnými i bolestivými vyšetřeními. Kožní příznaky jsou především nepříjemné. Jedná se hlavně o zvýšenou potivost, a to bez ohledu na teplotu prostředí. Pokožka úzkostných lidí bývá trvale chladnější. Zvláště chladné bývají ruce, což spolu se zvýšeným pocením způsobuje společenské rozpaky. Na kůži se objevují červené skvrny.

Neuropsychické obtíže patří k těm, které v nás vyvolávají největší nejistotu týkající se naší osobní a osobnostní sebejistoty. Z poměrně nevinných příznaků můžem na prvním místě jmenovat zvýšenou pohotovost a dráždivost nervového systému, která se v záporné podobě projeví jako zvýšená nervozita.

Úzkost narušuje i spánkový cyklus, tím že ho zkracuje. Snižuje procento hlubokého i REM stádia, čímž brání organismu k dostatečné regeneraci, jak psychických tak fyzických sil. „Prášky na spaní“ neboli hypnotika nám sice zajistí lepší spánek, mají však také své nevýhody. Rovněž úzkost ovlivňuje aktivitu sexuální, kde není žádná porucha v anatomii, ani cévním zásobením reprodukčních orgánů, má své kořeny v úzkosti (*Honzák, R, 1995, s. 28-35*).

Pro vyrovnání se se stavy úzkosti je třeba ji především pochopit. Pacient se může utvrzovat ve své správnosti (pozitivní myšlení, jsem chytrý, úspěšný, jsem milován, jsem dobrý člověk), může užívat relaxační cvičení (dechová cvičení, svalová relaxace), může

meditovat (způsob, jak pročistit myšlení a zbavit se úzkosti a starostí - joga, dých.cv.). Věnovat se obecně příjemným a prospěšným činnostem (uklidit si svůj pokoj, připravit uklidňující prostředí - svíčky, relaxační hudba, horká koupel, kvalitní kniha). Pacient si může psát deník. Rovněž tak strava a cvičení, svižná procházka, aerobic, skákání přes švihadlo, tanec, plavání mohou pomoci. Některé potraviny, stres tlumí a jiné zvyšují. Mezi potraviny, které snižují odolnost vůči úzkosti patří kofein, cukr a pšeničná mouka. Potraviny, které přinášejí zklidnění zahrnují krůtí maso, nízkotučné mléčné výrobky, zelenina s tmavozelenými listy a celozrnné pokrmy. Alkohol, nikotin a drogy svou podstatou úzkost prohlubují i když se zdá, že se dočasně uleví nepříjemným stavům. Někomu pomáhají překonávat úzkost vitamín B, kalcium nebo železo v tabletkách. Užívají se ve dnech, kdy opravdu pocítujete úzkost (*Maloney, 1996, s. 50-67*).

Jak správně jednat s pacientem ve strachu a úzkosti? Způsob, jak jednat s nemocným, který prožívá strach a úzkost není jednoduchý. Vždy záleží na profesionálním přístupu, chování a jednání zdravotnického personálu, ale i rodinných příslušníků. Základem je psychologická péče o nemocného, která se týká rozptýlení strachu a úzkosti, a to jak osobní přítomností zdravotnického personálu, vlídností, trpělivostí, klidem, tak takovým jednáním, kterým si získáme důvěru nemocného. Velmi účinný je dobře vedený rozhovor, kdy dáváme najevo, že máme pro nemocného člověka pochopení, nepohrdáme jím, povyšujeme se, dáme mu možnost, aby o svém strachu mluvil, protože tak se uvolní a dochází k úlevě. Mnohé problémy vyplývají často z neinformovanosti jak o diagnostických, tak terapeutických metodách, o jejich významu a účinku. Správné informace snižují v nemocném úzkost z budoucnosti. Zdravotnický personál ovšem musí vědět, které informace poskytne všeobecná sestra (dále jen sestra) a které patří do kompetence lékaře. Vhodné zaměstnání snižuje strach a orientuje myšlenky jiným směrem. Skutečností ovšem zůstává, že nemocný, i přes snahu personálu odpoutat jej od reality, obrací svoji znovu a znovu k obtížím a zvláště pak k obavám. Vysílání TV, rozhlasu a četbu nevnímá. Velké problémy se vyskytují u nemocných upoutaných na lůžko, kteří daleko intenzivněji prožívají obavy a strach už proto, že naprostá nečinnost a pohybu duševní a fyziologický stav zhoršují. Významnou roli v omezení strachu a úzkosti hraje i takzvaná psychologie čekárny, kde nemocný čeká na vyšetření, ošetření, přijetí do zařízení. Zkracováním čekací doby formou objednávek na určitou hodinu, volbou pořadového čísla a kladným jednáním sestry můžeme tyto problémy ovlivnit. S pacienty, kteří patří do obzvláště rizikové skupiny mimořádně úzkostných a bázlivých, jednáme se zvýšenou trpělivostí. Chováme se profe-

sionálně a nikdy nedáme najevo nechuť, netrpělivost, rozladění, které v nás jejich projevy strachu vzbuzují.

Podnětem k úzkosti, obavám, a depresivním prožitkům nemocného mohou být různé nevhodné výroky zdravotnického personálu před nemocným, chybné postupy při stanovení diagnózy či léčbě. Škodlivé psychické působení zdravotníka na nemocného bývá označována jako psychická iatrogenie. Její příčinou bývá malá znalost psychologických faktorů a zákonitostí v jednání s nemocným, nedostatek vcítění a nezkušenost zdravotníka. Emoční reakce se v průběhu nemoci jsou různě intenzivní, ale neznamená to, že jsou vždy úměrné závažnosti onemocnění. Úzkost a strach výrazně ovlivňují emoční projevy i celkový průběh onemocnění a zhoršují prožívání bolesti.

Úzkost a strach člověka doprovázejí celý život, ovšem jejich forma a intenzita se mění vlivem řady okolností, včetně věku. Předpokládá se, že dispozice k úzkosti a strachu jsou vrozené a v extrémních případech do značné míry určené dědičné (např. u obsedantní neurozy), i když je lze modifikovat vlivy prostředí, jako je výchova či psychoterapie. O úzkosti a strachu víme, že nemusí být vždy situací přiměřené a funkční potom se stávají samy problémem a důvodem terapeutické intervence (*Zacharová, Hermanová, Šrámková, s.51-52*).

### 2.1.1 Nejčastější úzkostné poruchy

<b>Fobické</b>	Agorafobie	Přestavuje strach z rozličných situací, kterým se pacient vyhýbá. Původně byla agorafobie termínem pro úzkost z otevřených prostranství, nyní pojímáme agorafobii širěji. Jako úzkost z opuštění domova, nakupování v obchodech, pobytu v uzavřených prostorech (Klaustrofobie). Objevuje se úzkost pobývat mimo domov, ale i být doma sám. Jedním z klíčových znaků těchto situací je nemožnost okamžitého úniku aniž by byl únik ze situace obtížný či ponižující. Úlevu přináší vyhnutí se fobické situaci nebo přítomnost blízké osoby.
	Sociální fobie	Převažuje strach ze zkoumavých pohledů jiných lidí, případně obavy ze situací, v nichž je třeba podat výkon. porucha je buď generalizovaná (když se obavy týkají všech sociálních kontaktů), nebo izolovaná, kdy je vázaná pouze na některé situace. Typickými situacemi je vystupování na veřejnosti, výkonová situace (přednášení, absolvování zkoušky...), nebo sociálně obvyklá situace (jíst s druhými lidmi, psát před ostatními, jít na schůzku...). Pacienti se bojí zejména kritiky, ztrapnění a ostudy.
	Specifické (izolované)	Jde o přetrvávající iracionální strach ze specifického objektu nebo situace, kterým se pacient snaží vyhnout. Dělíme je na situační fobie (strach z výšek, blesků), fobie ze zvířat (pavouci, myši) a fobie z poranění (injekce, stomatolog, pohled na krev).
<b>Jiné</b>	Panická	Náhle vznikající opakované a nepředvídané ataky těžké úzkosti, které nejsou omezeny na žádnou specifickou situaci. Typický je náhlý začátek záchvatu, palpitace, pocení, třes, obtížné dýchání, pocity nevolnosti. Strach ze ztráty kontroly, smrti ze zešílení. Panické ataky trvají obvykle několik minut a vyskytují se v proměnlivé frekvenci.
	Generalizovaná	Základním rysem je trvalá úzkost, která není vyvolána žádnou vnější okolností nebo podnětem. Její projevy jsou nejméně specifické a plynule přecházejí do obrazu jiných poruch. Mezi symptomy patří projevy úzkostného očekávání, předtucha neštěstí, obtíže s koncentrací, nervozita, bolesti hlavy atd.
	Smíšená úzkostně depresivní	U této poruchy jsou přítomny symptomy jak úzkosti, tak deprese, přičemž žádný z nich nepřevládá. Potíže oslabují fungování pacienta v některé z významných životních oblastí.

<b>Obsedantně kompulzivní</b>		Je obtížně léčitelná a invalidizující. Základním rysem jsou opakovaně se vyskytující obsedantní myšlenky nebo nutkavé akty. Přičemž funkce obsesí a kompulzí je obranou proti úzkosti. Obsese jsou opakující se myšlenky či představy, které se vtírají do mysli pacienta proti jeho vůli, kompulzivní akty či rituály jsou opakující se úkony, které pacient musí udělat podle určitých pravidel.
<b>Reakce na závažný stres</b>	Akutní reakce na stres	Vzniká jako bezprostřední reakce na výjimečný fyzický nebo psychický stres. Projevy jsou různé, zahrnují typicky úvodní stav šoku se zúženým vědomím, dezorientací a jakoby neschopností chápat podněty. Stav může pokračovat k uzavření se do sebe, nebo může nastat agitovanost a hyperaktivita.
	Posttraumatická stresová porucha	Vzniká jako opožděná a protrahovaná odpověď na traumatickou událost či situaci, která je neobvykle hrozivá a pravděpodobně by u každého vyvolala pronikavou tíseň. Mezi okruhy symptomů patří znovuprožívání či ožívování traumatů ve snech či vzpomínkách, pocity necitlivosti a emočního otupení, vyhýbání se situacem a činnostem, které připomínají trauma. Vegetativní hyperaktivace spojená se zvýšenou dráždivostí či poruchami spánku. Pocity viny či studu.
	Porucha přizpůsobení	Vznikají jako reakce na významnou životní změnu, či jako následek stresové životní situace. Projevy jsou různé, jako např. depresivní nálada, úzkost, obavy, že jedinec není schopen se se zátěžovou situací vypořádat.

### 3 Pacient

Definice slova pacient, dle Hartla: PATIENT nemocný, osoba, která je v péči lékaře či zdravotnického personálu, osoba která je příjemcem zdravotní péče či terapie, klient (Hartl, 2010, s. 381). Dle WHO: Pacient je osoba, která je příjemcem zdravotní péče. Dle slovníku cizích slov: Pacient je osoba trpící, nemocná, zraněná, která je v lékařské péči nebo ji potřebuje. (ABZ.cz). Dle mého názoru je každý pacient osoba, kterou musíme brát jako osobnost se zcela individuální péčí. Osobnost, která má svá práva a emoce. A kterému se vlivem nemoci a hospitalizace mění jeho potřeby sociální, tělesné, psychické.

Psychologie osobnosti představuje jedno z nejdůležitějších vědeckých odvětví psychologie. Poznatky psychologie osobnosti můžeme uplatnit např. při poznávání lidí, při běžném jednání s lidmi, při různých personálních činnostech, při řešení interpersonálních konfliktů, při výchově apod.

Osobnost je konkrétní člověk formující se v přírodních, historických a společenských podmínkách. Pro psychologii osobnosti je osobností každý člověk jako integrovaný a integrující, organizovaný a organizující biopsychosociální celek se všemi svými relativně stálými individuálními vlastnosmi.

**Často bývá osobnost definována jako to:**

- co člověk chce (pudy, potřeby, zájmy, hodnoty)
- co člověk může (schopnosti, vlohy, nadání)
- co člověk je (temperament, charakter)

Celkovou problematiku psychologie osobnosti jako bio-psycho-sociálního systému si můžeme rozdělit na tři základní okruhy:

- struktura osobnosti
- dynamika osobnosti
- vývoj, ontogeneze zkoumá charakteristické chování a prožívání člověka v jednotlivých životních fázích, tedy vertikálně. O osobnosti se často z vývojového psychologického hlediska hovoří až od tří let, kdy se dítě začíná označovat první osobou singuláru (já). (*Kohoutek, 2002, s.49-50*).

### **3.1 Pacient jako osobnost**

Každá osoba z aspektu psychologie je vnímána jako osobnost plná nálad a různých forem emocí. Mezi základní charakteristiky forem emocí patří:

- Afekty jako silné emocionální stavy jako např. zuřivost, hrůza, žal.
- Nálady jako déle trvající, t.j. hodiny, týdny či měsíce, emocionální stavy, jimž dominuje určitá kvalita, např. smutek, veselost, vážnost, skleslost.



- Citové vztahy jako komplexní a trvalejší city zejména vůči osobám.
- Vášeň jako silné afektivní vztahy vůči lidem, ale i vůči objektům a činnostem kupříkladu sport, umění, gamblerství, sběratelství.
- Vyšší city rozumíme tím vývojově vyšší city jako etické-dobro, intelektuální-pravda, estetické-krása, náboženské.

Za základní emoce (někdy se tím rozumí také vrozené emoce) jako reakce na významné životní situace lze u dospělých osob pokládat následující emocionální reakce:

Radost	Reakce na zisk
Smutek	Reakce na ztrátu
Strach	Reakce na hrozbu
Hněv	Reakce na překážku a poškození
Překvapení	Reakce na neočekávané
Hnus	Reakce na odporné
Úzkost	Reakce na cizost okolí či ztrátu jistoty
Starost	Reakce na nejistou budoucnost
Žárlivost	Reakce na to, když milovaná nebo významná osoba dává přednost někomu jinému než subjektu
Rozpačitost	Reakce na zvýšenou pozornost sociálního okolí vůči subjektu
Naděje	Očekávání něčeho příjemného
Obava	Očekávání něčeho nepříjemného
Zklamání	Reakce na ztrátu naděje
Závist	Touha vlastnit něco, co má druhý
Vina	Reakce na vědomí morálního selhání
Škodolibost	Potěšení z újmy, škody druhého

### 3.2 Vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem

Vzájemný vztah mezi zdravotnickým personálem a nemocným vyžaduje od zdravotnického personálu nejen psychologické znalosti, ale také schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost. Chování zdravotnického personálu by mělo být vymezeno pevnými pravidly. Zdravotnický personál a pacient se setkávají ve zvláštní a vypjaté situaci to, jak svou sociální roli zvládnou, určuje další vzájemný kontakt. Dobrý osobní kontakt a komunikace zabraňuje konfliktům, zvyšuje účinnost terapie a v důsledku příznivě ovlivňuje průběh nemoci. Vzájemné vztahy by měly být založeny na důvěře a respektu. Zdravotnický personál musí uznávat celkovou osobnost pacienta, každý nemocný má právo

na informace, ale každý může reagovat jinak, a proto musí tyto skutečnosti sdělovat lékař. Ostatní zdravotnický personál sleduje reakce pacienta, které mohou být různé. Klid, zdánlivý klid, obavy, strach, deprese, agrese, panika, či sebevražedné tendence. (Haškovcová, 1997, str. 78) C

### 3.2.1 Vztah sestry a pacienta

Objektem práce sestry je člověk. Mezi základní povinnosti sester dle etického kodexu patří podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví či zmírnění utrpení. Povinnost poskytovat pomoc člověku, který ji potřebuje. Jednat s maximální úctou k lidské důstojnosti, t.j. nenechat se ovlivnit negativně věkem, pohlavím či osobností pacienta. Jednat tak, aby ochránila pacienta a veřejnost v případech, kdy je zdravotní péče a bezpečí narušeno neoprávněnými zákroky. Hájit pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy. (Haškovcová, 1997, str. 78)

Postavení sestry je ve vztahu k nemocnému ještě o to složitější, že ji pacient vnímá jako součást zdravotnického týmu, ale i samostatně. Sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávkou taktu a trpělivosti, je zasvěcována do problémů a starostí nemocného, jeho nálad, depresí či osobních zvláštností. Její role vyžaduje více porozumění, pochopení i laskavosti. (Haškovcová, 1997, str. 78)

### 3.2.2 Pohled pacienta na zdravotnický personál

Pacient se na zdravotnický personál neobrací s nemocí jako něčím, co lze léčit a ošetřovat bez vztahu k jeho osobnosti, nýbrž v určité životní krizi. Čím více je člověk přesvědčen o vážnosti a nebezpečí své choroby, tím psychologicky komplikovanější jeho vztah ke zdravotnickému personálu.

Vztah nemocného k zdravotnickému personálu je složitý a plný rozporů, je to tzv. ambivalentní vztah. Na vytváření jejich vzájemného správného vztahu se podílí celá řada okolností:

- Zážitky nemocného z předchozího léčení, kde se odráží léčba, prostředí, tak i interpersonální vztahy zdravotnického týmu.
- Aktuální psychický stav nemocného.

- První dojem.
- Dodržování společenských pravidel chování.
- Umožnění psychické ventilace stesků a potíží.
- Získání důvěry nemocného pochopením jeho stavu, potřeb a odbornou pomocí.

Nemocný vnímá sestru jako osobu poskytující oporu a porozumění, prostředníka mezi lékařem a nemocným. Sestra je tím, kdo upevňuje důvěru nemocného, léčebný proces, je uklidňující prvek pečující o emocionální vztah nemocného (*Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, str. 64-67*) .

### 3.3 Postoj pacienta k nemoci

Každý pacient přistupuje ke svému onemocnění jinak. Ale v zásadě se dá tento postoj rozdělit do těchto skupin:

Normální	Pacient je na nemoc adaptován a jeho postoj odpovídá realitě.
Bagatelizující	Nemocný zlehčuje chorobu a neléčí se, podceňuje svůj zdravotní stav a možné důsledky z toho vyplývající.
Repudiační	Zapuzení nemoci, nemocný nebere nemoc na vědomí, neléčí se, jde o nevědomou disimulaci.
Disimulační	Pacient záměrně zkresluje potíže (popírá je) či poskytuje mylné informace.
Nozofóbní	Nepřiměřená obava z nemoci, při níž se nemocný nechává opakovaně vyšetřovat, střídá lékaře, přeceňuje drobné obtíže. Svého jednání si je většinou vědom.
Hypochondrický	Pacient se domnívá, že trpí vážnou nemocí, přehání potíže a také jim podléhá.
Nozofilní	Pacient je spokojen s příjemnými stránkami nemoci, t.j. nemusí pracovat, je o něj postaráno.
Účelový	Vystupňovaný nozofilní postoj, který má vést k získání soucitu, ohledů, určitých hodnot či výhod. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agravace - přehánění (zveličování) - vědomá i nevědomá</li> <li>• Simulace - vědomé předstírání příznaků</li> <li>• Repudiace - účelové zastírání nemoci (někdy označována za nevědomou disimulaci)</li> </ul>

### 3.4 Problémový pacient

Nemoc klade velký nárok na adaptační mechanismy pacienta, který mnohdy reaguje jinak, např. agresivně nebo konfliktně, čímž zastírá svůj strach a úzkost. Agresivních pacientů přibývá zejména na úrazových chirurgiích. Agresivita může mít různou podobu, má vrozený základ, ale intenzita a forma jsou osvojené během života. Proto zkušený personál musí sledovat signály, které pacient vysílá a přizpůsobit se jeho stavu.

Mezi problémové pacienty patří:

Agresivní pacient = zde zdravotnický personál hraje roli empatického a altruistického člověka, přičemž pacient je agresivní a tím vzniká konflikt. V tomto případě je potřeba zachovat klid, uvědomit si, že pacient nás chce pouze vyprovokovat a že i on má na agresi někdy právo. Nepostupovat a nejednat s takovým pacientem příliš rychle. Sestra musí využít své empatie a dbát zvýšené pozornosti, aby nedošlo k iatropatogenii. Neboli k slovnímu poškození pacienta zdravotnickým personálem. Agrese může mít různou formu. Verbální, brachiální (útok rukama), destrukce předmětů, hostilita (nepřátelství maskované ledovou zdvořilostí). Podle místa projevu dělíme agresivitu na vnější (zaměřená vůči druhým nebo předmětům) a vnitřní (sebedestrukce). Formy agrese jsou různé. Např. přímá agrese, transformovaná agrese (v praxi nejčastější), zadržování negativních projevů či instrumentální agresivita.

Úzkostný pacient = Jedná se o pacienta, který má zvětšené prožívání pocitů, dožaduje se bezpečí a jistoty. Tomuto pacientovi musíme snížit úzkost, chránit ho před frustrací, používat vlídný a pevný přístup. Pacient má dětské reakce a zdravotnický personál je ten, co má zachovat vážnost a chovat se dospěle. Těmto pacientům je třeba podat co nejvíce informací o nemoci a následných intervencích. Rovněž je důležité udržovat oční kontakt, dát zpětnou vazbu. Pacient potřebuje cítit uznání a povzbuzení. Pokud u pacienta nastane hysterie, je nutné na něj hovořit ich-formou, což znamená „teď si sednu, nebojím se vydržím to“. Domluvené signály s pacientem jsou také nezbytné. Třeba stiskem ruky. Je to další možnost jak snížit úzkost pacienta.

Úzkostný pedant = Je kombinací agresivního a úzkostného pacienta, touží po vlídnosti, ale zároveň chce mít navrch (být nad věcí) „řekni mi to tak, jak to chci slyšet“. Ve své podstatě je se vším stále nespokojen, vytváří záznamy, které klidně použije proti personálu. Jeho stížnostem je třeba věnovat zvýšenou pozornost a shrnout jeho názory

„...pokud jsem vám dobře rozuměla, tak máte na mysli že...” nebo „...věřím vám, co si myslíte, že by vám pomohlo, co vám dělá dobře?”.

Depresivní pacient = U tohoto pacienta je potřeba dát najevo pochopení, jelikož u něj převládá smutek, pesimismus, bezmoc a beznaděj. Chybou je povzbuzování. Je zde riziko sebevražedných tendencí, proto je nutné s ním hovořit o jeho myšlenkách, problémech. Částečným řešením je tzv. suicidální smlouva. Jedná se o jakýsi příslib pacienta, který slíbí, že nepodnikne nic, čím by ohrozil své zdraví, dřív než vyhledá pomoc.

Narcistický pacient = Má vysokou dávku sebevědomí a stále se musí povzbuzovat jeho dokonalost. Neustále sekýruje, stále si stěžuje a s ničím není spokojen. Práce s takovýmto pacientem vyžaduje hodně úsilí. Zde je velmi důležité od personálu sebezapření a dát pacientovi najevo, že je opravdu výjimečný.

Kverulující pacient = Často si bez důvodu stěžuje, má útočné chování. Žádá si odškodnění, sankce. Záměrně vyvolává konflikty se spolupacienty a žárlí. Personál se musí chovat profesionálně, vytvořit solidární přístup personálu, nepostupovat agresivně.

Seduktivní pacient = Jedná se o svádívého pacienta, který si může zjistit adresu člena zdravotnického personálu a obtěžovat ho. Zde je třeba prodiskutovat vzájemný vztah, aby bylo jasné, že spolupráce zůstane pouze na profesionální úrovni.

Zdroj: *(Kroupová-přednáška z oboru psychologie, FZS Plzeň 2014)*

## 4 Komunikace

Komunikace je součástí našeho každodenního života. Správná komunikace je základem pro správné pochopení našeho jednání i toho, jak jednají ostatní. Komunikovat můžeme pomocí mluveného, či psaného projevu, nebo můžeme informace sdělovat neverbálně, t.j. mluvou těla. Na účelné a kvalitní komunikaci často závisí úspěch léčby.

## 4.1 Verbální komunikace

Při verbální komunikaci dochází ke sdělování informací pomocí slov. Využití mluveného (psaného) slova se různí člověk od člověka podle jeho sociálně ekonomického postavení, kultury, věku či vzdělání.

Mezi základní kritéria účinné komunikace patří především jednoduchost a stručnost (používáme běžná a srozumitelná slova, vyvarujeme se zavádějících zkratk). Dále zřetelnost (přesně vyjadřujeme význam toho, co chceme sdělit, hovoříme pomalu a zřetelně vyslovujeme). Správnou načasovanost a závažnost (informace sdělujeme ve správném okamžiku s ohledem na důležitost sdělení). Dynamicky měníme obsah sdělení dle reakce příjemce, pacienta (přizpůsobivost). A na závěr důvěryhodnost, kde uplatňujeme znalost problematiky a dostupnost údajů, věrohodnost a přesvědčivé podání.

Řeč má pro člověka nejen velký význam, ale i řadu funkcí, sdělujeme jí myšlenky, přináší nové informace, obohacuje o nová fakta a ovlivňuje náš postoj k věcem a lidem. U řeči můžeme sledovat, jak obsahovou stránku řeči (prvky slovního projevu a jeho obsah, členění a pomlky v řeči, intonaci, tak i neobsahovou čili paralingvistickou stránku řeči (vnímání intenzity hlasu, barvu hlasu, délku hovoru, rychlost řeči, přestávky či chyby v řeči). Znalosti a zkušenosti z paralingvistické oblasti mají velký význam ve zdravotnické praxi, protože mohou být právě tím důležitým signálem, kterým nemocný vyjadřuje svůj psychický a emocionální stav. *(Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, str. 83-84)* .

## 4.2 Neverbální komunikace

Je možno říci, že mimoslovní sociální komunikace je „nejpřirozenějším“ komunikačním kanálem pro sdělování citových stavů a emocí. Často tuto komunikaci nazýváme řečí těla. Pocity člověka zprostředkuje někdy lépe než slova, protože neverbální projevy si uvědomujeme méně než verbální.

Rozlišujeme následující prvky neverbální komunikace:

Výraz obličeje - mimika, např. úsměv, výsměšek. Psychické stavy člověka se odrážejí ve výrazech jeho obličeje. Proxemika - přiblížení a nebo odtažení od těla druhých osob. Vyjadřuje míru náklonnosti či odporu. V ošetrovatelské péči musíme dbát mimořádného taktu a citlivosti. Haptika - dotek (tělesný kontakt). Kontakt hmatem, například podání ruky, či objetí. Tělesný kontakt u nemocných patří ke každodenní činnosti personálu, ale ne

vždy je pro obě strany příjemný. Posturitika - postoj těla, držení a vzájemnou konfiguraci všech částí těla. Tělesnou polohou svému okolí sdělujeme jak nám je. Kinezika - pohyby těla v sociální interakci a jejich koordinace. Z pohybových vzorců lze vysledovat např. zdravotní stav osoby. Pantomimika - gesta - (řeč rukou). Je v interakci dvou lidí zásadně důležitá. Pohled. Sdělení pohledem a zvláště pak pohledem z očí do očí. Řeč pohledů je často první řečí ještě před mluveným projevem. Směr pohledu, těkání očí, mrkání, délka pohledu, to vše má svojí vypovídací hodnotu. Paralingvistika - tón, hlasitost, modulace a intonace řeči. Paralingvistické složky mluvy pomáhají jednak vyjádřit a zdokumentovat pravost sdělované informace, tak i správně dešifrovat význam sdělení a postoj pacienta. Úprava zevnějšku - oblečení, úprava vlasů. Rozumí se příslušnost k určité sociální skupině - subkultuře (např. EMO styl, bohémové, snobi)

*(Křivohlavý, 1988, str. 32)*

### **4.3 Problémy v komunikaci**

Každý pacient, který se ocitá v péči zdravotnického personálu, prožívá ve větší či menší míře strach či úzkost. V průběhu vyšetření, zdravotních úkonů či jiných nezbytných činností spojených s pobytem v nemocničním zařízení, se snaží jak zdravotnický personál, tak i pacient efektivně a účelně komunikovat, aby ubylo napětí a negativních pocitů. V některých případech, je to ale těžké z důvodu komunikačních bariér.

#### **4.3.1 Vyšetření a kontakt s malými dětmi**

Probíhá vždy za přítomnosti jeho doprovodu, nejčastěji rodičů. Lékař se snaží dítě uklidnit, vyšetřit ho rychle a efektivně. Relevantní informace získává převážně od doprovodu, dítěti pokládá doplňující otázky, pokud dítě spolupracuje. Vlastní komunikace s dítětem vychází z jeho aktuální vývojové úrovně, zdravotní problematiky i jeho stavu.

#### **4.3.2 Vyšetření starších pacientů (věk nad 70 let)**

U starších pacientů musíme vyšetření přizpůsobit, často opakovat otázky, ujasnit si, zda všemu opravdu rozumí. Tito pacienti mívají problémy se sluchem, nebo reagují celkově pomaleji. Někdy jen mají potřebu si tzv. více popovídat. Pozor na infantilizaci nemocného, která může vést k regresi, pasivitě či vzdorovitosti.

### **4.3.3 Vyšetření handicapovaných pacientů**

Zde je nutno přizpůsobit vyšetření tomu, jaké má pacient zdravotní omezení. Největší problém je u kombinovaných smyslových a mentálních defektů. Tam jsme odkázáni víceméně na komunikaci jen s doprovodem. U smyslově postižených (zrak, sluch) se zdravotnický personál obrací na pacienta přímo a vysvětluje přesně, co potřebuje a co se bude dít. Doprovod či asistent může pomoci např. tlumočení do znakové řeči apod.

### **4.3.4 Vyšetření osob trpících duševním onemocněním**

Vždy záleží na aktuálním stavu a konkrétním typu jejich onemocnění. Někteří nejsou schopni komunikovat (z důvodů mutismu, deprese či bludů) vůbec či nejasně, ale vnímají, alespoň většinou, co se kolem děje. Údaje získáváme od doprovodu či ošetřujícího psychiatra. Někdy pacient komunikuje pouze v přítomnosti doprovázející osoby.

### **4.3.5 Vyšetření cizinců a specifických skupin (např. sekt)**

Těchto pacientů i u nás přibývá, zdravotnický personál by s tím měl také počítat a být na to připraven. Nutno dbát a respektovat jejich odlišné kulturní, etnické či náboženské zvyklosti a odlišnosti (např. nahota u věřících muslimů). Pokud neovládáme dostatečně řeč cizince, musíme volat tlumočnicka.

*(Vymětal, 2003, Str. 121-122)*

## **4.4 Komunikační dovednosti**

Znalost komunikačních dovedností přispívá k navázání a rozšíření kvalitnějšího kontaktu s pacientem. Komunikační dovednosti mají verbální a neverbální složku. Mají příznivý vliv na interpersonální jednání zúčastněných stran.

### **4.4.1 Naslouchání**

Nasloucháním rozumíme aktivní vnímání pacienta, nejen to, co říká - co slyšíme, ale i jak to slyšíme a jaká gesta ve svém projevu pacient používá. Všímáme si i neverbálních znaků a jeho celkového postoje. Součástí naslouchání je i respekt a úcta k pacientovi jako člověku.



#### **4.4.2 Empatie**

Snaha o vcítění se do prožívání druhého. Být empatický znamená poznat vnitřní svět toho druhého a být schopen dívat se na svět z jeho pohledu. Prostřednictvím tohoto vcítění má lékař možnost lépe poznat pacienta. Jeho identifikace s ním však omezuje jeho objektivní pohled na pacienta, proto na identifikaci navazuje racionální zpracování poznatků o pacientovi.

#### **4.4.3 Projev porozumění**

Díky schopnosti empatie můžeme pacienta lépe poznat a poskytnout mu zpětnou vazbu, která je projevem porozumění jeho stavu. Vše samozřejmě s taktem a úctou. Porozumění můžeme vyjádřit různě. Můžeme přikyvovat, nabízet alternativní názor (konfrontovat), shrnout celý problém, ozřejmit souvislosti a vztahy u pacienta (klarifikovat). Dále můžeme některá fakta v rozhovoru záměrně zdůraznit a naznačením výkladu vztahů zkoumat, zda je pacient schopen správného náhledu na svou situaci.

#### **4.4.4 Výklad**

Při výkladu se snažíme pacientovi ozřejmit a interpretovat význam událostí a vztahů v jeho životě, které souvisí s jeho zdravotním stavem. Pacient musí cítit podporu lékaře, lékař musí brát v úvahu množství dalších faktorů a neformulovat své závěry kategoricky. Snahou by mělo být, aby pacient byl sám již blízko tomu, aby situaci rozuměl a také svému podílu na ní. Přijetí výkladu dané situace může poté vést k uvolnění napětí, pocitu úlevy či k dalšímu doplnění výkladu samotným pacientem.

#### **4.4.5 Zájem, podpora, mlčení**

Zájem o pacienta můžeme projevit různě, přikyvováním, pohledem, přikloněním se k pacientovi a podobně. Podporu vyjadřujeme tím, že mu připomeneme kladné aspekty jeho života, vyzdvihneme, pokud to lze, to, co je na jeho situaci pozitivní. Rozhodně nenarušujeme pacientovu vnitřní rovnováhu. Mlčení je také forma komunikace, říkáme tím například, že sdílíme pacientovu bolest po vylíčení vypjaté události, podporujeme ho tím atd. Jindy je ale mlčení známkou nedůvěry a nespolupráce.

#### 4.4.6 Rady

V případě, že lékař předepisuje léky, nařizuje konkrétní povinnosti pacientovi, musí být vše jasné a jednoznačné. Pokud jde o pomoc při zvládnutí nějaké situace v životě, snažíme se o to, aby se v ní sám pacient zorientoval a sám našel řešení a rozhodl se podle toho jedna.

*(Beran a kol., 2010, str. 52-58)*

# Praktická část

## 5 Formulace problému

Problém, kterým se zabývám ve své bakalářské práci je prožívání pacientů při primárním kontaktu se zdravotnickým personálem, dále po operacích, vyšetřeních a během hospitalizace. Snažila jsem se zjistit, do jaké míry ovlivňuje dostatečná informovanost pacienta jeho úzkost či strach, protože tím můžeme výrazně ovlivnit i další léčbu. Jsou zde vypracovány tři případové studie pomocí kvalitativního výzkumu. Na podkladě rozhovorů s pacienty je provedena analýza jednotlivých případů. Výsledky jednotlivých rozhovorů pomohou více přiblížit pacientův psychický stav a případně mohou ovlivnit přístup zdravotnického personálu.

## 6 Cíl výzkumu

Analýza strachu a úzkosti pacientů při příjmu, po operacích, před a po invazivních vyšetřeních.

### 6.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, jakým způsobem zdravotnický personál přijímá pacienta v našem nemocničním zařízení.
2. Jak pacienti vnímají zdravotnický personál během příjmu a hospitalizace po operaci
3. Zjistit jakým způsobem byl pacient informován o svém zdravotním stavu a plánování dalších možných lékařských intervencí.
4. Zjistit nejčastější příčiny strachu a úzkosti pacientů.

### 6.2 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro získávání informací do mé odborné práce jsem si vybrala kvalitativní metodu výzkumného šetření, která, umožňuje volně respondentovi vyjadřovat své názory, detailně přiblížit, jak lidé chápou daný problém. Zmíněná metoda mi umožňuje, interpretovat jejich pohledy včetně vyrovnávací strategie s úzkostí a strachem. Dále pomáhá získat a zachytit emoce v období příjmu a po operacích, a abych se hloubkově zajímala pouze o malý počet re-

spondentů. Téma mé bakalářské práce je vysoce individuální a potřebuji podrobný popis problematiky. To vše mi zajistí tento druh výzkumu.

### **6.2.1 Metoda**

V odborné práci popisuji stav pacientů rozličných věkových skupin. Nejvíce kladu důraz na emoční vnímání, které jsou důležité pro nastavení celého individuálního plánu. Neopomím ani na anamnézy.

### **6.2.2 Výběr případu**

Výběr případu byl záměrný, protože pro problematiku, o kterou se zajímám, bylo nejvhodnější, abych si vybrala pacienty, kteří se anxiózně projevují a jsou psychomotoricky neklidní již při prvních chvílích hospitalizace. Je velice důležité zapojit ihned pacienta do ošetrovatelského procesu po přijetí na oddělení. Jedině tímto způsobem umožníme pacientovi v určité míře se adaptovat na změny. K mému výběru jsem zřadila tři ženy, které byly akutně přijímány, věk zde nebyl relevantní. Zároveň jsem chtěla zjistit, jak se jejich rodina bude podílet a spolupracovat. Patientky, které byli hospitalizováni na traumatologickém oddělení tyto požadavky splňovaly a souhlasili s výzkumem. Rodina u adolescentní pacientky také souhlasila s výzkumem.

### **6.2.3 Způsob získávání informací**

Informace do odborné práce jsem získávala polostrukturovaným rozhovorem. Při jednom rozhovoru jsem oslovila i matku pacientky. Všichni dotazovaní podepsali informovaný souhlas, ve kterém se zmiňuji i o absolutní anonymitě a výhradním použití informací jen pro mou bakalářskou práci. Informovaný souhlas naleznete v příloze. Rozhovory jsem prováděla na oddělení, v denní místnosti personálu, kde je klid a soukromí. Před zahájením rozhovoru jsem informovala o tom, že pokud bude nějaká otázka nepříjemná, nemusí odpovídat. Objektívni pocity dotazovaných jsem si zaznamenávala na papír. Setkání trvalo jednu hodinu, kdy jsem se snažila pokládat především otevřené otázky. Výzkum probíhal přibližně 5 měsíců. Po každém rozhovoru jsem pacientům poděkovala. Další formou, jak získat informace bylo pozorování. Sledovala jsem psychomotorické tempo, vzhled (řeč, myšlení), spolupráci, forii. Vytvořila jsem záznam (tabulku), kde jsem průběžně vyplňovala reakce pacienta, ale i měnící se fyziologické funkce.

## 7 Respondent číslo 1

### 7.1 Anamnéza

Respondentka Blanka.Š., 83 let, žijící sama v Chomutově v panelovém domě v garsoniéře. Pacientka přijata pro komunitivní frakturu distálního konce radií l. dx. Přijata k operační intervenci k naložení zevního fixátoru.

Osobní:	Arteriální hypertenze, oboustranná srdeční dekompenzace, chronická gastritis, hypercholesterolemie, hyperkalemie, stav po lehké CMP/2012/, námahová angina pectoris, jinak pacientka prodělala běžné dětské nemoci.
Rodinná:	Má dva syny, jsou kteří zdraví. Jeden již v důchodu. Má sestru, která je zdravá. Otec zemřel již v raném dětství pacientky v průběhu druhé světové války na následky zranění. Matka zemřela věkem. Bylo jí 84 let.
Farmakologická:	Pacientka pravidelně užívá Furosemid F, Betaloc ZOK, Prestarium Neo, Torvacard, Detralex, Frontin
Gynekologická:	Menarché 15-57 let, 2x porod v termínu, 1x abortus, UPT O
Alergologická:	Neudává
Abusus:	Nekouří alkohol svátečně.
Pracovní:	Důchodkyně 30 let pracovala na dráze jako hradlařka. Práce jí bavila. Měli, jak sama udává dobrý kolektiv.
Sociální:	Pacientka je podruhé vdova. Žije sama v panelovém domě v garsoniéře. Na stejném patře, žije i její mladší sestra s manželem. Poblíž se nachází i vnučka a jeden ze synů. Všichni jsou nápomocni s domácností a s péčí o pacientku. Národnost klientky je česká.

### 7.2 Přepis rozhovoru

Období příjmu:

1. Jak jste prožívala nečekaný nástup do nemocnice?

*„Byla jsem podrážděná asi i trochu mimo. Jedno zakopnutí a změní se vám všechno. Nečekala jsem, že to bude „tolik“ zlomené. Jedno zakopnutí a všechno bolí ach jo. Na ambulanci u příjmu mi toho moc nepověděli, jen že půjdu na operaci a to tak neurčitě dnes nebo zítra. Zápěstí mi zkoušeli natahovat, ale nešlo to. Pan doktor říkal něco, že tyhle zlomeniny nejdou jen tak narovnat, prý jsou velmi pohyblivé.“ Asi jste myslela nestabilní? „No ano to je to slovo. Měla jsem strach, mám nemocné srdce. Bála jsem se uspání. Na samotu jsem už dlouho zvyklá, ale najednou to bylo ještě víc. Sestřička mně brala krev a nemohla se trefit. Vím, že mám špatné žíly. Alespon mi během „napichování“ všechno pověděla asi tu pracuje dlouho. Moc se mi líbilo, jak mi všechno vysvětlila. Říkala mi, že půjdu na internu a tam mě vyšetří to moje srdíčko.“*

## 2. Vyprávějte mi, jak se Vám to stalo?

*Ale šla jsem dolu do schránky a výtah byl sjetý moc dolu, tím tam vzniknul schod a já si toho nevšimla. Zakopla jsem a spadla. Pak jsem tam ležela, dokud nešel soused. Nemohla jsem se bolestí ani hnout. Ten pak zavolal synovi. Naložili mě do auta a před ambulancí už na mě čekala vnučka je také sestřička. Pak to šlo už ráz na ráz.“*

## 3. Jak se změnila Vaše psychika při nástupu do nemocnice?

*„No byl to pro mě šok. Bylo to velmi rychlé a nečekané. Měla jsem pocit, že to nemůže být pravda a k tomu ukrutná bolest ruky. Asi jsem vypadala, že nic nechápu. Byla jsem hodně rozhozená. Víte já jsem normálně hodně citlivá. Jak „mládnou“ tak se to zhoršuje. Mé rozpoložení nebylo zrovna akurátné. Byla jsem podrážděná, plná strachu.“*

## 4. Podal Vám lékař dostatek informací o dalších plánech v nemocnici?

*„No trochu při příjmu na ambulanci a pak za mnou přišel jiný, myslím, že říkal, že mě bude operovat. Takový ten s vousy.“ Asi myslíte traumatologa? „Hmm, ten mi povídal hodně. Vše co mě čeká a bude čekat. Byl velice hodný. Povídal o tom, jak je důležité použít tu konstrukci skrz ruku. Prý kdybych se nenechala operovat, tak s rukou nebudu vůbec hýbat. No říkal toho hodně. Pak mi kontrolovali srdce na interně, to jsem se opravdu bála, protože se s ním léčím. Jak jsem se vrátila z interny už na mě čekala paní doktorka co uspává. Je ta byla milá a zase mě ujišťovala, že bude vše dobré. No myslím, že jsem věděla vše, co jsem potřebovala.“*

5. Trpíte syndromem bílých pláštů?

*„Je doktorů se nebojím na to už jsem příliš stará.”*

6. Trpíte pocity svírání a bušení srdce?

*„To se mi občas stává. To je od nervů. Všechno moc prožívám, jsem outlocitná. Když se mi to stane, tak si беру prášek. Frontin se jmenuje a ten mi pomáhá.”*

7. Míváte někdy strach, aniž víte z čeho?

*„Stává se mi to. Víte bydlím sama jen tak mi někdo nerozptýlí.”*

8. Jak hodnotíte Váš příchod na lůžkové oddělení ?

*„Byla jsem celá nesvá, ale hned se mě tu ujali a byla jsem jak v bavlnce. Já byla podrážděná a sestry tak hodné. [dlouhá pomlka v řeči] Snažily se mě konejšit, jak jen to šlo. Bylo vše rychlé tak jsem se nestačila ani rozkukat a jela jsem na operaci.”*

9. Jak jste se cítila těsně před operací?

*„Jé tam se mě ujal takový mladý šuhaj. Myslíte už na sále? Ano. Přikryl mně takovým lajntuchem, nasadil čepici. Pak přišla sestra a dávala mi hadičku do ruky a pak už nic nevím. Ale sestřičky i když měly určitě hodně práce tak se usmívaly. Přišel tam vlatně druhý doktor co mně operoval, představil se, kouknul mi ruku a pak mě dokonce pohladil po čepici a usmál se. Jo pamatuju si jeho krásné zuby. A já se na něj zasmála bezzubá, ty mé odpočívaly někde ve skleničce.”*

10. Jak jste byla spokojena s počátečním ošetřením na ambulanci?

*„Mají to tam, jak na běžícím páse. A ještě jim přijede bába co potřebuje narovnat ruku... [smích] No asi se snažili, tahali mi teda hodně za tu ruku, to jo. Hele bála jsem se hodně a bolelo to. Najednou mě šoupli na tom vozejku na chodbu dveře se zavřely a už je nic nezajímalo. Čekala jsem až mě odvezou sem na oddělení. Doufala jsem, že vnučka*

*bude celou dobu se mnou, ale nemohla.”*

11. Jak reagovala Vaše rodina na Váš úraz?

*„No byli vystrašení, báli se toho „uspání” stejně jako já. Dokonce vnučka tu seděla celou dobu, než mě vrátili ze sálu. Holka moje hodná. Po návratu mi tu stála taková obrovská květina ve váze. Jsou na mě hodní, vážím si toho.”*

12. Prožíváte stres z odloučení od rodiny?

*„Chybějí mi to víte, že si raději s nim povídám doma. Takhle jsem jim přidělala akorát starosti.”*

13. Trpíte návaly vzteku?

*„No jéje, to je asi dobou. Nebo nic neposlouchat a na nic nekoukat, vždycky, když zapnu rozhlas nebo televizi. [pousmála se] ”*

Období po operaci:

14. Jak se cítíte nyní?

*„Jako by mi někdo zbil, asi mám odražené maso. Ale ruka je v pořádku skoro necítím žádnou bolest. Víc mě bolí záda po tom pádu. A řekla jste to lékaři? No u vizity. Byla jsem na RTG a prej je to v pořádku. Jen mám nějaké odvápnění kostí. Tak jsem dostala hned velkou cucací tabletu. To už budu muset užívat do smrti asi.”*

15. Cítíte se psychicky vyčerpaná?

*„Asi ne to bych tady s Vámi asi nebyla. [dlouhý hlasitý smích]”*

16. Užíváte pravidelně analgetika?

*„Ano, ale ani kvůli ruce, ale kvůli záďům. No pravidelně. Spíše na noc, abych se vyspala.”*



17. Máte zkušenosti s jinou hospitalizací?

*„To víte, že mám. Docela často polehávám na interně, ale tam se mi to vůbec nelíbí. Tam si vás celý den nevšimnou. Jen udělají práci co potřebují.“*

18. Co Vás trápí nejvíce během Vaší hospitalizace?

*„To ranní vstávání a vizita. Všechno je hned po ránu a pak se celý den nic neděje.“*

19. Nemáte problémy se spolubydlícími?

*„Myslím, že ne paní je hodná, dobře se mi s ní povídá. Jen obě chrápe, tak se střídáme kdo dřív usne. A to jde? Já se třeba jdu projít a nechám jí tu v tichoučku.“*

20. Kdo Vás nejčastěji navštěvuje?

*„Vnučka a syn a to i doma.“*

21. Kolik máte dětí?

*„Dva syny. Jeden jezdí s kamionem a druhý je už dlouho v invalidním důchodu, von má problém s nohama.“*

22. Je k Vám vstřícný personál i nyní po operaci?

*„Sestry a ostatní jsou tu milé vše mi nosí pod nos a i mě krmí. Já se levou rukou nenajím. To musím natrénovat. Pan doktor chodí několikrát za den jestli něco nepotřebuju. Minule mi vysvětloval, že s tou konstrukcí půjdu i domů. Prý se to nechává kolem 6ti týdnů. Kristova noho, takovou dobu!“*

23. Máte strach o své zdraví nebo o svůj život?

*„To víte, že mám. Každou chvíli mě bolí u srdce a brní ruka. To by se polekal asi každéj. Když se to stane tak si myslím, že umřu a hodně se bojím.”*

24. Chcete se ještě na něco zeptat?

*„Ano, bolí to, když se to vyndává?”*Myslíte zevní fixátor? Myslím, že ne, doposud si žádný pacient příliš nestěžoval. Pan doktor si Vás bude zvat na kontroly, ještě budete mít několik kontrolních RTG a pak dle nálezu na snímku Vám to odstraní. Zhruba po 6 ti týdnech. Toho se nemusíte bát, to není příliš cítit. *„To mi budou sundávat bez uspání?”*Ano. Pak budete mít ruku chvíli obvázanou, než se Vám zatáhnou ty otvůrky po drátech. Už teď to chce cvičit, hýbat s prsty co to jde, několikrát za den, samozřejmě do bolesti. A podle potřeby si ruku zavěste nad lůžko a ledujte si ruku. Uvidíte modřina časem zmizí. *„Tak jste mi to hezky vysvětlila.”*

### 7.3 Shrnutí

Paní Blanka zažívala velké pocity strachu před operací. Strach z operace se u ní projevil třesem rukou, grimasováním, zvýšeně se potila, když o tom mluvila. Bála se celkové anestezie, jelikož se léčí se srdcem. Po operaci se jevila jako zcela adaptovaný pacient. Byla veselá působila smířeným dojmem ze svého úrazu. Žádné komplikace po operaci nenastaly. Mezi neshody při příjmu uvádí pouze rychlé odbavení z ambulance, t.j. měla pocit, že jí lékař nedostatečně informoval. To, co chtěla vědět, to jest, co bude dál, jí vysvětlila sestra při odběru krve. Ale následovně byla s personálem naprosto spokojena. Vše jí bylo včas vysvětleno a ošetrovatelská péče prováděna s dopomocí. Z předešlých hospitalizací na interním oddělení měla pocit nedostatečné péče stran středoškolského personálu. Paní Blanka žádala více informací ohledně budoucnosti s fixátorem (sebeběče). Zde se potvrzuje, že u těchto pacientů, je nutno informace stále opakovat. Pacientka se během rozhovoru několikrát smála, snažila se být nad věcí, užívala sarkasmů. Při sběru dat pacientka aktivně komunikovala, působila pozitivně. Měla jsem pocit, že je ráda, že si s ní někdo povídá, projevuje zájem, cítila se být užitečná.

Fyziologické funkce	Na začátku rozhovoru	Během rozhovoru	Na konci rozhovoru
TK [torr]	160/90	170/100	165/95
Puls[n/min.]	90	90	78
Dech[n/min.]	20	20	16
Pozorování	Orientace ++, Bledost ++, Grimasování +++, Opocenost +		

Tab. 1 - Tělesné funkce a pozorování respondenta č. 1

## 8 Respondent číslo 2

Dalším respondentkou, kterou jsem zvolila je pacientka Petra K., v roli zdravotníka coby pacienta. 38 letá, narozena v Chomutově. Rozvedená, žije s 15 letou dcerou v panelovém domě v Chomutově. Přijata pro fracturu trimalleolaris l.sin.

### 8.1 Anamnéza

Osobní:	Dosud bez úrazu, hysterectomie/2009/, jinak zdravá běžné dětské nemoci. S ničím dalším se neléčí.
Rodinná:	Matka po hysterectomii, jinak zdravá. Otec po prodělaném I-F bypassu, hypertonik, diabetik, kuřák. Dcera zdravá jen běžné dětské nemoci.
Farmakologická:	Bez trvalé medikace.
Gynekologická:	Prodělala hysterectomii v roce 2009, pro rozsáhlý myomatosní nález, 1x porod v termínu záhlavím, 1x abortus. Chodí na pravidelné gynekologické prohlídky.
Alergologická:	Neudává.
Abusus:	Pacientka nekouří.
Pracovní:	Pacientka pracuje jako staniční sestra na oddělení ARO
Sociální:	Pacientka rozvedená, bydlí s dcerou a přítelem v bytě.

## 8.2 Přepis rozhovoru

Období příjmu:

1. Jak jste prožívala nečekaný nástup do nemocnice?

*„Byla jsem rozčarovaná, bolavá a měla jsem strach co bude následovat. Dcera šla ráno do školy a nic nevěděla. Máme mezi sebou silné pouto, tak jsem se bála i jejích reakcí. Nyní si pár dní pobude u babičky. Ale vratme se k Vašemu příjmu? Zažívala jsem pocit bezmocnosti. Najednou je vše nalinkováno jinak a vy s tím nemůžete nic dělat. Noha bolí a navíc v práci najednou chybíte. Hlavně jsem nechápala, jak malý je krok k úrazu. Na chirurgickou ambulanci mě přivezl sanitář na sedačce. Následovalo vyšetření lékařem a rtg kotníku. Verdikt byl jednoznačný fraktura kotníku a přetržení vazů, přiložili mi sádrou dlahu. Pomyslela jsem si to je konec a hlavně dlouhé odpočívání. Bolest byla dost velká a začalo to hrozně otékat, neuvěřitelně rychle. Někde z dálky jsem zaslechla, jak tam někdo prohlásil, že operační program je dlouhý. To jsem se zhrozila podruhé. Naštěstí byl zde volný nadstandartní pokoj. Uložili mě na lůžko, odebrali krev, a hlavně jsem dostala analgetika a zázračný led na nohu. I hned jsem byla poučena, jak je důležitá elevace končetiny a klid na lůžku. Byli všichni milí a myslím, že stejně překvapení jako já. Následovalo interní vyšetření, kde mě prohlásili za zdravou, tedy způsobilou k operaci. Jen v tom byl háček, čas běžel a můj ošetřující lékař, když se podíval na mou nohu pravil, operaci z důvodu velkého otoku musíme odložit. Ted budete odpočívát, napíšu Vám léky, které zmírní Váš otok a bude se čekat.”*

2. Vyprávějte mi, jak se Vám to stalo?

*„No cestou do práce, těsně před vchodem jedna schovaná louže a já se hned ocitla na zemi. No je zima. Tak to budete mít alespoň pracovní úraz? No to asi ne, jelikož se to stalo v areálu nemocnice. To je pech.”*

3. Jak se změnila Vaše psychika při nástupu do nemocnice?

*„No myslím, že jsem byla hodný pacient, ale řádně vyplašená. Když jsem nemyslela na nohu, tak na dceru. Hrozně to bolelo a zároveň mě děsil otok, který rostl. Asi se mě zmocnila melancholie. Byla jsem plná strachu a rozpaků.”*

4. Podal Vám lékař, dostatek informací o dalších plánech v nemocnici?

*„Myslím, že ano. S tím nebyl žádný problém. A s něčím tedy byl problém? Ne ne to je nedorozumění, nebyl s ničím problém, jen s tím mým otokem.“*

5. Trpíte syndromem bílých pláštů?

*„Nikdy jsem si to nemyslela, ale asi na tom něco bude. Momentálně při hovoru s lékařem se cítím nejistě a při příjmu mi naměřily hrůza tlak. Kolik? 170/100. To mohlo být od bolesti, hm to je možné. Tak asi nemám syndrom bílých pláštů-smích.“*

6. Trpíte pocity bušení a svírání srdce?

*„Velmi zřídka, ale při vyčerpání, únavě se to občas přihodí.“*

7. Míváte někdy strach, aniž víte z čeho?

*„Hm, divnými pocity nespokojenosti asi trpí v dnešní době asi hodně lidí. Ano mívám neopodstatněný strach. Četla jsem, že to nastává při únavě. A to já jsem téměř pořád.“*

8. Jak hodnotíte váš příchod na lůžkové oddělení?

*„To bylo takové řeknu to asi divně hezké, jako by přijela princezna. Měli radost, že mě vidí. Většina je mých bývalých kolegyn, tak jsem se cítila dobře, bolavě.“*

9. Jak jste se cítila těsně před operací?

*„Měla jsem různé myšlenky, hlavně strach, neuměla jsem si představit do čeho jdu, pracuji na ARU, tam je práce úplně jiná. Vždyt jste říkala, že jste byla náležitě edukována a poučena o lékařských intervencích? To samozřejmě ano. Ale ze svého pohledu se v tomto hodnotím jako plašan a hysterik. Realita je, ale jiná a ještě, když se to týká mě samotné. Né že bych něco vyváděla, ale je to ve mně. Prostě jsem byla plná strachu a svíral mě divný pocit na hrudi.“*

10. Jak jste byla spokojena s počátečním ošetřením na ambulanci?

*„Určitě ano, jen to bylo vše moc „rychlé“? A ta sádrová dlaha najednou taková tíha a palčivá nekončící bolest.“*

11. Jak reagovala Vaše rodina na Váš úraz?

*„Dcera mi nevěřila a pravila, že apríl je až za dlouho. Asi puberta. Potom, když mě viděla tak smutná byla a cítila se mnou. Miluju ty její úvahy, to si to nemůžeš sama vyléčit? V sádře to máš tak co. Asi nebude pracovat ve zdravotnictví. smích. A rodiče? No to bylo: „No Petulo“ spíš takové „počující“, jako bych si tu louži tam dala sama. Paní učitelka se nezapře. Pak samozřejmě mě litovala, ale až poté asi profesionální deformace.“*

12) Prožíváte stres na odloučení od rodiny?

*„Asi jako každý, přiměřeně, chybí mi dcera, máme mezi sebou, ale to už jsem říkala hodně blízký vztah.“*

13. Trpíte návaly vzteku?

*„[Smích] Jsem zdravotník né? To asi se nedá nějak obejít, bych řekla, že to patří k naší práci. No ano, ale jen vnitřně na nikoho se neohrazuji. Dokážu to zpracovat. Snad nepůsobím nějak zle.“*

Období po operaci:

14. Jak se cítíte nyní?

*„Zatím jenom ležím a občas dojdu na toaletu. Myslím, že jinak dobře. Noha se ozývá, ale to asi ještě dlouho bude.“*

15. Cítíte se psychicky vyčerpaná?

*„No nějaký den si jen ležím a to zrovna není můj šálek kávy. Už mi má vrchní přinesla i práci. Alespoň nějaké papíry vyplnit. To je tedy hezké. No musím to nikdo jiný neudělá.“*

*Neustále chodí nové a nové formuláře. Tak Vás to alespoň zaměstná jiným směrem.”*

16. Užíváte pravidelně analgetika?

*„Nyní ano, to musím. Jinak bych si nedošla ani na toaletu. Jak dám nohu dolu tak cítím, že gravitace funguje, prokrví se a ta palčivá bolest je nesnesitelná. A navíc jsem zlomená z berlí. To je něco tahat svou váhu. Až se rána zahojí tak můžete zvážit odlehčenou sádku nebo ortézu. Na to se pak zeptejte lékaře.”*

17. Máte již zkušenosti s nějakou hospitalizací?

*„Ano, na gynekologii před pár lety. Na to nerada vzpomínám. A tam byl strach opravdu obrovský a zároveň dlouhodobá úzkost z nenávratné operace. Nikomu nepřeji v tak mladém věku podstoupit tento výkon. Pocit nekončícího stesku, není příjemný. Personál byl asi jako tady, milý, usměvavý a nápomocen.”*

18. Co Vás trápí/ trápilo nejvíce během Vaší hospitalizace?

*„Asi ta má nemohoucnost. A ranní vstávání. Na noc si dávám injekci a ráno bych ještě spala. Já vím, že lékaři musí, jelikož na ně čekají na sále a ještě porada k tomu. Mají toho hodně.”*

19. Nemáte problémy se spolubyčícími?

*„Nemám, jsem na nadstandardu.”*

20. Kdo Vás nejčastěji navštěvuje?

*„Přítel, to by jeden neřekl i na rukách by mě nosil. Je zvláštní, jak chlapy zvláční a jsou najednou ochota sama. To si budu užívat. A nesmím to zapomenout.”*

21. Kolik máte dětí?

*„Bohužel jen dceru. Ale jsem za ní nesmírně ráda. Je to takový klasický pubescent. Samý smích a nejspíše poznámky? Tím jsme si asi prošel každý.“*

22. Je k Vám vstřícný personál i nyní po operaci?

*„Určitě, pomáhají mi se přemístit, přinesou jídlo, podají led, kontrolují mi nohu, podávají léky. Starají se o periferní žilní katetr, který proplachují a sledují, zda je funkční. Jestli nemám nějaké začervenání, nebo bolest v okolí vpichu. Já totiž nemám moc dobré žíly. Zároveň se ptají celkově na bolesti. Já jsem spokojená.“*

23. Máte někdy strach o své zdraví a svůj život?

*„Já nejsem hypochondr, snažím se myslet pozitivně.“*

24. Nechcete se na něco zeptat?

*„O možné odlehčené sádře a ortéze jste se již zmínila. Jak dlouho nebudu moci našlapovat? 6 týdnů minimálně. Vše se bude odvíjet od kontrolních rentgenů. Za nějaký čas cca půl roku přijdete na vyndání osteosyntetického materiálu a to už bude hospitalizace pouze na dva dny nebo možná v rámci jednodenní chirurgie. Otoky těch se zbavím? No ne až tak. Rána se Vám samozřejmě zhojí otoky a hematom opadnou, ale při delší zátěži to otékat bude. Popelka už nebudete.“*

### **8.3 Shrnutí**

Paní Petra při příjmu projevovala známky strachu a úzkosti. Projevovalo se to rychlou zadržávající se mluvou. Vše považovala za samozřejmé. Sama zdůrazňovala, že zpanikařila. I když konstatovala, že jí bylo vše řádně vysvětleno. Z aspektu své zdravotnické profese měla pocity různorodé. Strach a obavy z operace nastaly. Byla opocená, hypertenzní. Sama zdůraznila, že pracuje na oddělení, kde se setkává se zcela odlišným typem práce, proto jí pak vše překvapovalo. Po operaci měla zimnici a nauzeu. Zároveň byla ráda, že už je po výkonu. Operatér pacientku denně kontroloval, ta byla s jeho přístupem spokojená. Dle mého pozorování se pacientka jevila jako suverénní, výřečná a opakovaně se smála. Z její mimiky byla patrná bolest, přivírala oči a někdy si lehce ulevila sténáním. V tomto konkrétním případě se mi potvrdilo, že i když je pacientem zdravotnická personál, obava



a strach z operace se nedá zcela eliminovat.

Fyziologické funkce	Na začátku rozhovoru	Během rozhovoru	Na konci rozhovoru
TK [torr]	140/90	130/80	130/80
Puls [n/min.]	78	72	80
Dech [n/min.]	16	18	18
Pozorování	Orientace +++, Bledost +, Grimasování +, Opocenost +		

Tab. 2 - Tělesné funkce a pozorování respondenta č. 2

## 9 Respondent číslo 3

Na traumatologickém oddělení se nachází i dětský pokoj, dalším výběrem pro mou bakalářskou práci byla 17 letá dívka, Pavlínka H., která byla přijata s polymorfními potížemi, prošla řadou vyšetření. Do rozhovoru jsem zapojila i matku dívky.

### 9.1 Anamnéza

**Osobní:** Dívka prodělala běžné dětské choroby. Operace 0, dítě z druhé gravidity, porod v termínu záhlavím, kojena do 4 měsíce, hospitalizace zde již 8/14 VAS krční páteře. Dispenzarizace na imunologii v Jirkově pro sníženou buněčnou imunitu a mononukleózu, na dětské neurologii pro opakované bolesti hlavy zad, končetin, parestézie od malíku k lokti vlevo. V raném dětství často stonala, časté angíny, očkování dle kalendáře. Nejprve bolesti zad v oblasti kříže bilaterální v úvodu, bolest pouze lokální bez projekce. RTG: megatransversus L5 vlevo s neoartikulací křížové kosti. Doposud zjištěná laboratoř: mykoplazmata, chlamydie pneumoniae pozitivní, bez léčby?? Magnetická rezonance lumbosakrální části páteře, kde zmnožená tekutina fasetových kloubů L3/4 jinak nález v normě. Duření mízních uzlin, USG břicha: bez patologického nálezu, MRI C páteře s AG a CT CT páteře: normální obraz mozku.

**Rodinná:** Otec (\*1969) zdrav, matka poúrazově herniace disků LS páteře, jinak zdráva. Bratr (\*2002) kožní dermatitida, brýle cca 4,5 dioptrií na obě oči. Matka otce po operaci štítné žlázy. TTE.

Farmakologická:	HAK Lindynette, Zaldiar podle potřeby.
Gynekologická:	Pravidelně chodí na prohlídky.
Alergologická:	Mydocalm-exantémové projevy po těle.
Abusus:	Nekuřák, alkohol nepožívá
Pracovní:	Studentka, soustavně se připravující na budoucí povolání
Sociální anamnéza:	Žije v úplné rodině v rodinném domě na venkově, mají kocoura, oba rodiče nekuřáci. Studuje třetím rokem na gymnáziu v Chomutově, plánuje studium medicíny. Pacientka před onemocněním sportovec s občasnými bolestmi zad., hrála tenis, basketbal, vybíjenou, hraje na kytaru, klávesy a občas s bratrem na bubny. K dalším jejím zálibám patří jazyky (plynně hovoří dvěma) a biologie lidského těla.

## 9.2 Přepis rozhovoru

Období příjmu:

1. Jak jste prožívala nečekaný nástup do nemocnice?

*„Měla jsem velké bolesti LHK, strašně brněla a náhle mě začala znovu bolet hlava udělalo se mi špatně od žaludku nevěděla jsem, co si počít, volala jsem rodičům do práce. Po telefonu s rodiči lékařka z neurologie konstatovala, že musím do nemocnice jsem tady. Po domluvě na dětské neurologii a nedostatku míst na dětském oddělení jsem byla hospitalizována zde. Bylo mi řečeno, že mě čeká řada vyšetření a odběrů. Tak jsem nastoupila se zvědavostí a plna očekávání, že se mé obtíže zmírní.“* A co maminka? *„Chci, aby se dceři konečně ulevilo, její nekonečné bolesti a opakované brnění mě děsí.“*

2. Vyprávějte mi, jak se Vám to stalo?

*„Všechno začalo začátkem června roku 2014. Mezi prvotní obtíže patřila bolest hlavy a zad v křížové oblasti. Během několika málo dní se přidalo brnění levé horní končetiny – od lokte přes malíkový val do IV a V prstu. Postupně se brnění rozšiřovalo do celé levé*

poloviny těla. Z neurologického vyšetření jsem byla odeslána na RTG LS páteře. Byla mi zjištěna vrozená vývojová vada páteře, týkající se 5. bederního obratle. V září se přidala i pravá polovina těla. V tuto dobu se přidružila ostrá bolest Achillových šlach, což mě hodně omezovalo při chůzi. Následně jsem byla doporučena k okamžité hospitalizaci.”

3. Jak se změnila Vaše psychika při nástupu do nemocnice?

„Myslím, že nijak. Chtěla jsem se zbavit těch intenzivních dlouhotrvajících bolestí, které neustávaly, a tak pro mě hospitalizace nebyla žádnou psychickou zátěží. Ovšem, že jsem se těšila domů, ale zdraví je vždy na prvním místě.”

4. Podal Vám lékař dostatek informací o dalších plánech v nemocnici?

„Lékaři chirurgického oddělení mi informace nepodali žádné. Docházela za mnou na oddělení má dětská neuroložka, která mě důkladně seznámila s anamnézou a s plánovanými vyšetřeními během hospitalizace. Z počátku jsem měla obavy. Neměla jsem vůbec žádnou představu o tom, co všechno mě tu čeká.”

5. Trpíte symbolem bílých pláštů?

„Rozhodně ne.” Vysvětlíte mi to blíže? „Z doktorů a zdravotnického personálu nemám strach.”

6. Trpíte pocity svírání a bušení srdce?

„Ano, občas se to stává.”

7. Míváte někdy strach, aniž víte z čeho?

„Divné pocity mívá každý.”

8. Jak hodnotíte váš příchod na lůžkové oddělení?

„S personálem problémy nebyly žádné. Bylo mi přiděleno lůžko na dětském pokoji a já čekala na příchod dětského neurologa.”

## 9. Jak jste se cítila před vyšetřeními?

*„Měla jsem opravdu strach, především z plánované lumbální punkce, avšak EMG nebo evokované potenciály také nebyly zrovna bezbolestné. Lumbální punkce proběhla v ranních hodinách na vyšetřovně. Pan doktor mě požádal, abych se posadila na kraj lůžka a pořádně vyhrbila záda. Sestry mi řádně očistily záda dezinfekcí. Měla jsem hrozný strach. Pan doktor pečlivě nahmatal místo vpichu a punkci provedl. Cítila jsem, jak mi pomalu prostupuje jehla páteří až do páteřního kanálu. Po celou dobu jsem pociťovala obrovský tlak a bolest v zádech. Rovněž mi vystřelovala bolest až do plosek nohou. Po odběru nepřišla o nic lepší část dne. Musela jsem 24 hodin ležet na lůžku bez zvednutí hlavy. Cca po 4 hodinách se dostavil postpunkční syndrom projevující se obrovskými bolestmi mezi lopatkami, bolestí hlavy a nevolností. Postpunkční syndrom mě trápí stále.”*

## 10. Jak jste byla spokojena s počátečním ošetřením na ambulanci?

*„Prvotní vyšetření, bylo nijaké. Pan doktor nejevil moc nadšení, že mě nepřijímá jako chirurgického pacienta, ale jako neurologického. Ale pan primář z chirurgie s mou hospitalizací souhlasil. Tak mě mladý lékař přijal a já se s mamkou odebrala směr traumatologie. A co na to maminka? Byla jsem znechucena přístupem mladého lékaře, který znemožňoval přjetí mé dcery. Nechtěl chápat obsazenost dětského oddělení a zároveň, nepochopil, že mé dceři je pouhých 17 let a na neurologické oddělení jí nemohou přijmout.”*

## 11. Jak reagovala Vaše rodina na Vaše onemocnění?

*„Maminka byla celá rozmrzelá, snažila se neplakat, ale nešlo jí to. Odvracela hlavu při kontaktu se mnou. Moc jí trápí příčiny mých bolestí. Táta je statečnější, ale bylo vidět z výrazu jeho tváře, že se také trápí. Táta pracuje jako manažer a je každou chvíli na služebních cestách a to bylo pro mamku neodpuštělné. Tak vznikaly dohady.”*

## 12. Prožíváte stres na odloučení od rodiny?

*„Jasně, že je lepší být doma. Ale maminka, babičky, bráška, kamarádi, spolužáci mě navštěvují.”*

## 13. Trpíte návaly vzteku?

*„Ne ne, to ne, asi jsem na to ještě mladá.”[smích]*

Období po vyšetřeních:

14. Jak se cítíte nyní?

*„Pořád stejně bolavě. Má hlava, mé ruce, nohy, Achillovky nic se nelepší.”[Pauza] „Jen nyní budu čekat na výsledky vyšetřeních a odebraného materiálu při lumbální punkci.”*

15. Cítíte se psychicky vyčerpaná?

*„Asi ano. Umíte si představit, že Vás někde bolí a zhoršuje se to? Je to bolest, brnění, které se stupnují a ani na chvílku neustávají. Navíc je to už po celém těle. Snažím se být silná, ale občas si zabřečím bolestí do polštáře.” A maminka? „Já jsem totálně vyčerpaná, pro mě není nic horšího, než vidět své dítě trpět. Lékaři nic s určitostí neví, ale diagnózy střílí od boku. Naše paní doktorka si posadila dceru před sebe a pravila ted budem hledat nádor na nadledvinkách. A Pavlínka tak statečně naslouchala. Lékařka vůbec nedbala mých základních údajů s čím se léčíme. Opakovala jsem jí, že prodělala mononukleózu, že se léčíme s nízkou buněčnou imunitou. Jen tak ledabyle odsekla, že to s tím nesouvisí. Opakovala jsem jí nález mykoplazmat a chlamydií na plicích, což vše způsobuje neurologické potíže a navíc to může spustit i nově zjištěnou polyneuropatii. Hledaly se hrozné patologie a neurodegenerativní onemocnění, paní doktorka vždy pravila a ted budem hledat kouli tady a ted zas tady. Od lékaře jejího formátu se zaměřením na dětské pacienty, mluvící celou dobu a vždy pouze latinsky mi přijde krajně nevhodné. Zvláště hovoří-li odměřeně, bez nějak zvlášť projevených emocí a jen dychtivě tahá odborné termíny, které vyděsí každého.”*

16. Užíváte pravidelně analgetika?

*„Zkouší mi dávat různá a různé kombinace. Jen kdyby našli ta, která budou mít alespoň krátkodobý efekt. Po některých jsem unavená a ospalá, ale zatím žádná zvlášť nepomohla.”*

17. Máte již zkušenosti s nějakou jinou hospitalizací?

*„Ano a ne zrovna příjemnou na oddělení velkých dětí, kde se sestry chovali ke svým*

*pacientům, jak gestapo a to i k rodičům dětí. Jejich neurvalost a výroky, že jsme všichni psychiatři se mi fakt nelíbily. Nechci a nemohu snižovat odbornost mladých lékařů, ale někteří dokonce lhali o výsledcích a tvrdili, že je vše v naprostém pořádku, že se nemáme ničeho obávat, ale laboratorní výsledky ukazovaly něco jiného. Snažili se i u mě o psychiatrické vyšetření. Ale to jsme nepodstoupila. O přístupech personálu na tomto oddělení bych mohla napsat knihu.”*

18. Co Vás trápí nejvíce během Vaší hospitalizace?

*„Nic nedělání a čekání. Studuji tak mi utíká spousta času, které bych využila k přípravě na testy. Jste v nemocnici musíte odpočívat? Já vím. No a ty mé nekonečné bolesti. Ted se opět přidávají i Achillovky.”*

19. Nemáte problémy se spolubydlícími?

*„Nemám, jsou přátelští.”*

20. Kdo vás nejčastěji navštěvuje?

*„Rodina, maminka, tatínek, bráška a spolužáci.”*

21. Kolik máte dětí?

*„Zatím žádné.” [Smích]*

22. Je k vám vstřícný i nyní po vyšetřeních?

*„Sestřičky jsou hodné, snaží se mě a mé neduhy chápat. Jídlo mi nosí až pod nos. Jsou totiž chvíle, kdy nemohu v rukách nic unést.”*

23. Máte někdy strach o své zdraví a svůj život?

*„Má dětská neurološka mě docela postrašila, jednak vyšetřeními, která by mohla ještě následovat. A hlavně vyřčené diagnózy, kterých padlo hodně. Nedobře se to poslouchalo. Při těchto konzultacích jsem se bála.”*

24. Nechcete se na něco zeptat?

*„Jste hodná děkuji ani nemám na co.”*

### 9.3 Shrnutí

Mladá pacientka, působila velmi vyrovnaným a zároveň klidným dojmem. Přes své bolesti stále usměvavá. Očekávala, že se brzy najde řešení jejích problémů a jí se brzy uleví. S příjmem na ambulanci nebyla pacientka ani její matka spokojená, zdravotnický personál špatně komunikoval. Neshody se brzy vyřešily, ale to byla pro pacientku i její rodinu zátěž a stres. Mezi invazivní vyšetření, která prodělala: evokující potencionály, elektromyelografie, lumbální punkce. Na EMG zjištěn polyneuropatický terén, senzitivní léze n. ulnaris, medianus. Tato vyšetření byla pro pacientku velmi bolestivá. O svých bolestech pacientka opakovaně hovořila. Prudká bolest jí vystřelovala od lokte přes malík. Pro pacientku trpící paresteziemi vyšetření pomocí elektriny bylo velmi zatěžující. Laboratorní výsledky svědčily pro nedostatek vitamínu B12. Dostala substituční léčbu. Dále se prováděl odběr moči na kyselinu Vanilmandlovou. Na elektroencefalografii : abnormní záznam, Následně CT mozku bez intrakraniální patologie. Oční vyšetření: bez patologického nálezu. Pacientka po lumbální punkci prožívala postpunkční syndrom, při kterém měla silné bolesti hlavy, zad a krátkodobě nauzeu. Z liquoru zjištěna propustnost hematoencefalické bariéry, mírný nespecifický zánět v CNS a IgG pozitivní hodnoty.

Lékařka z dětské neurologie za pacientkou docházela 1x denně. Ošetřující lékař ji pravidelně navštěvoval a ptal se na zdravotní stav, zdali nedošlo ke zlepšení či naopak. Pacientka nepociťovala úlevu od bolestí a nebyla zjištěna konkrétní příčina jejích obtíží. Matka spolupracovala se zdravotnickými pracovníky, vadily jí odmítavost na příjmu a chování dětské neuroložky. Matka referovala, že situace pro ni byla velice stresující, měla velký strach o dceru, což se projevilo tím, že začala plakat, nebyla schopna mluvit, mluvila překotně. S personálem na oddělení a jeho přístupem byly matka i pacientka spokojené.

Fyziologické funkce	Na začátku rozhovoru	Během rozhovoru	Na konci rozhovoru
TK [torr]	120/80	130/90	170/75
Puls [n/min.]	68	88	70
Dech [n/min.]	18	18	18
Pozorování	Orientace +++, Bledost -, Grimasování -, Opocenost -		

Tab. 3 - Tělesné funkce a pozorování respondenta č. 3

## 10 Analýza a interpretace případových studií

### 10.1 Vyhodnocení dat z období příjmu

Z výsledků vyplývá, že informace poskytovala 1x sestra, 1x lékař a ve třetím případě informace nepodal nikdo. Ze zjištěných dat 2 respondenti považují informovanost při příjmu za dostatečnou, úplnou a jedna respondentka za nedostatečnou. Odbavení na příjmu (rychlost, sled vyšetření, časová ztráta atd.) je vnímáno 2 respondenty ze 3 jako rychlé, dobré, či výborné. Ve třetím případě ale jako nedostatečné či špatné. Přístup personálu je vnímán u 2 respondentů jako dobrý, výborný. U třetího jako nedostatečný.

Respondent číslo →	1.	2.	3.
Kdo informoval	Sestra	Lékař	Nikdo / Až druhý lékař
Úplnost informací	Nedostatečné	Dostatečné	Dostatečné
Odbavení na příjmu	Dobré / Rychlé	Výborné / Rychlé	Nespokojenost
Přístup personálu	Dobrý	Výborný	Nespokojenost

Tab. 4 - Vyhodnocení dat z období příjmu (Zdroj: Vlastní)

### 10.2 Vyhodnocení dat z období po operaci (vyšetření)

Všichni dotazovaní odpověděli, že jim informace po operaci na oddělení poskytl lékař. Respondenti na otázku, zda byli informace dostatečné a úplné odpověděli shodně že ano. Dotazovaní dále všichni shodně uvádějí spokojenost s prací personálu, prostředím a denním režimem na oddělení. Všichni hodnotí přístup personálu na oddělení jako výborný.



Respondent číslo →	1.	2.	3.
Kdo informoval	Lékař	Lékař	Lékař
Úplnost informací	Ano	Ano	Ne
Odbavení na oddělení	Spokojenost	Spokojenost	Spokojenost
Přístup personálu	Výborný	Výborný	Výborný

Tab. 5 - Vyhodnocení dat z období po operaci (vyšetření) (Zdroj: Vlastní)

### 10.3 Subjektivní prožívání pacientů

Při akutní hospitalizaci uvádí všichni respondenti strach, obavy a rozpaky. Z emocí před operací uvádí jeden respondent strach z narkózy, druhý obavy z odložené operace a třetí strach z další bolesti. Pocity po operaci (lékařském vyšetření) jsou u 2 osob bolest, jedna uvádí větší bolesti a parestézie.

Respondent číslo →	1.	2.	3.
Pocity při akutní hospitalizaci	Strach / Obavy	Strach / Rozpaky	Strach / Obavy
Pocity při příjmu	Strach	Suverenita	Silné bolesti
Pocity před operací (vyš.)	Strach z narkózy	Obavy z odkladu operace	Strach z další bolesti
Pocity po operaci (vyš.)	Bolest operační rány. Psychická úleva.	Bolest	Zhoršení parestézií a bolesti

Tab. 6 - Subjektivní prožívání pacientů (Zdroj: Vlastní)

Z odpovědí respondentů jsem zjistila, že všichni uvádí alespoň občas svírání a bušení srdce a strach aniž ví z čeho. Respondenti trpí úzkostí aniž by nastala krizová situace. Zároveň je u nich patrné že odloučení od rodiny jim není příjemné. Navzdory očekávání se ze zjištěných údajů projevilo, všichni respondenti (všech věkových skupin) prožívají pocity strachu a úzkosti.

Respondent číslo →	1.	2.	3.
Strach a úzkost u příjmu	ANO	ANO	ANO
Psychické vyčerpání přítomno	NE	ANO	ANO
Stres z odloučení od rodiny	ANO	ANO (Přiměřeně)	ANO
Syndrom bílého pláště	NE	ANO	NE
Pocity svírání a bušení srdce	ANO (Občas)	Občas	ANO (Občas)
Strach aniž ví z čeho (aktuálně)	ANO	ANO	ANO (Občas)
Strach o zdraví a život (aktuálně)	ANO	NE	ANO
Návaly vzteku	ANO	ANO	NE

Tab. 7 - Přítomnost projevů strachu a úzkosti (Zdroj: Vlastní)

## 11 Diskuse

Problematika strachu a úzkosti pacientů v mém kvalitativním výzkumu bakalářské práce bude shrnuta v následující kapitole. Následující diskuse objasní výsledky mého šetření. Do výzkumného šetření jsem záměrně vybírala pacienty, kteří se při primárním kontaktu se zdravotnickým personálem a vstupem do nemocničního zařízení chovali nestandardním způsobem. Projevovali se u nich známky tenze a psychomotorický neklid. Do výzkumu byli zařazeni pacienti, kteří splňovali kritéria projevující se anxiety. Pacienti byli 3 den po lékařském zákroku, po vyšetřeních. První pacientka byla po operaci zápěstí, druhá po operaci kotníku a třetí po invazivních vyšetřeních.

Hlavním cílem bylo analyzovat úzkost a strach při příjmu, po operacích.

Dílní cíle:

- Zjistit jaké pocity prožívají pacienti při příjmu(ambulance,oddělení).
- Jak ovlivňuje pacienty informovanost.
- Jak vnímají zdravotnický personál.
- Zjistit nejčastější příčiny strachu a úzkosti pacientů.

První část otázek byla zaměřena na období příjmu, nástupu k hospitalizaci a druhá po operaci. V prvním období respondenti hodnotili, jak byli spokojeni s příjmem na ambulanci a na oddělení, s jakými úskalími se potýkali stran psychického rozpoložení a zdali dostali validní informace o možnostech následující léčby. Ve druhé části jsem sbírala data z hlediska anxiety a strachu po operaci a chování zdravotnického personálu.

Při rozhovorech a následném porovnávání získaných informací jsem chtěla zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s provedením příjmu, s časovou prodlevou, úrovní péče a celkově i s nastavením pravidel na příjmu. Ze získaných dat vyplývá, že u dvou respondentů nebyl problém, odbavení na příjmu bylo hodnoceno jako dobré, rychlé či výborné.

Ve třetím případě byla jak respondentka, tak i její rodina nespokojena. Situace byla vyhrocená, napjatá. Lze se domnívat, že vlivem komplikovanosti pacientčina problému. Dále jsem směřovala otázky i k dalšímu období v nemocnici (pobytu na oddělení) protože je lze dále porovnat. Oproti příjmovému období, všichni respondenti uváděli spokojenost. Z toho tedy usuzuji, že problémy se vyskytují převážně u příjmu. Lze předpokládat, že tato zvýšená úzkost a nespokojenost při příjmu může mít více příčin. Jednou z nich

může být fakt prvotní konfrontace respondenta s nemocničním prostředím, zdravotnickým personálem a samotné vyrovnávání se s onemocněním. Další příčinou může být jednání zdravotnického personálu. Myslím si, že jsem při rozhovorech získala odpověď na tuto otázku a dílčí cíl jsem splnila.

Zjišťování toho, jak vnímají pacienti (respondenti) zdravotnický personál je nesnadný úkol. Pacient je v podřízené roli a většinou trpí bolestmi. Proto je jeho pohled vždy určitým způsobem subjektivní. Při rozhovorech jsem se ptala jak na období příjmu, tak na období v nemocnici, na oddělení. Při příjmu byli dva respondenti spokojení, přístup personálu hodnotí jako výborný či dobrý. V jednom případě je ale hodnocení negativní. Respondentka nebyla spokojena, personál jednal neprofesionálně, neakceptoval vzniklou situaci a komunikace neprobíhala dobře. Důvody mohou být různé, osobnostní nastavení účastníků, vyhocenost zdravotního stavu, stresující zátěž pro rodinu i pacientku atd. Při dalším pobytu na oddělení již všichni účastníci udávají, že byl přístup personálu výborný a neuvádí žádné problémy. Dílčí cíl výzkumu byl tedy splněn.

Kvůli podrobnějšímu zjištění těchto informací jsem opět otázky dělila na období příjmu a období na oddělení. Dva ze tří respondentů hodnotili získané informace při příjmu jako dostatečné, v jednom případě jako nedostatečné. Pacientka byla rozčarovaná, cítila se odstrčená a personál její problémy bagatelizoval. Může to být způsobené tím, že u starších lidí jako je tato respondentka, je nutno častěji informace opakovat. Na oddělení opět dva respondenti ze tří uvádí spokojenost s úplností a mírou poskytnutých informací o zdravotním stavu a dalších plánech v nemocnici. Třetí byla nespokojená, informace považovala za nedostatečné.

Opět mohou být příčiny různé, nedostatek času, zájmu o pacienta atd. U poslední otázky, která se týkala toho, jestli se chtějí respondenti na něco zeptat, projevíly dvě respondentky zájem o další informace ohledně své léčby, péči o ránu apod., z toho usuzuji, že je nutno poskytnuté informace zvyšovat a více konkretizovat, neboť tím výrazně snížíme míru úzkosti a strachu. Dílčí cíl byl i zde splněn a údaje zaznamenány.

Ke zjištění příčin strachu a úzkosti směřovala většina mých výzkumných otázek. Pobyt v nemocnici je pro každého zdrojem strachu a úzkosti. Zjištěné údaje bych rozdělila do dvou oblastí. Nejprve jsem interpretovala to, co subjektivně prožívali respondenti. Pocity při akutní hospitalizaci byly prakticky shodné, strach a obavy, a v jednom případě

strach a rozpaky. Poté dále při příjmu následoval strach, silné bolesti a v jednom případě suverenita a to u zdravotnice. Z pocitů před operací, opět jako hlavní vychází strach, strach z narkózy, z další bolesti a obava z oddalování operace. Po operaci, oproti mému předpokladu, opět jako převažující je bolest, zhoršení bolestí a zhoršení zdravotního stavu. Pouze jedna respondentka uvádí psychickou úlevu. Předpokládala jsem to častěji. Může to být dané typem onemocnění či způsobem léčby. Dále jsem zjišťovala přítomnost projevů strachu a úzkosti jako celku. Zajímala jsem se o současnost. Všichni respondenti byli u příjmu nervózní a úzkostní. To byl důvod, proč jsem je zařadila do svého výzkumu. Respondenti byli různého věku, pracovního zařazení, sociální i ekonomické situace. Toto však nemělo vliv na to, jak či zda prožívali úzkost a strach. Při příjmu reagovali shodně. Strach z odloučení od rodiny se projevovat také shodně u všech respondentů. Strach, bez zjevné příčiny, či pocity svírání nebo bušení srdce jsem zjistila alespoň občas u všech tří respondentek. Strach o zdraví nebo život, psychické vyčerpání či návaly vzteku uváděly dvě respondentky. Z odpovědí na otázky vyplynulo, že nejčastější příčinou strachu a úzkosti je bolest. Další zdroj strachu a úzkosti je obava z toho, co se bude dít a co bude dál, v souvislosti s úrazem či onemocněním. Tyto výsledky jsem předpokládala, protože jsem zjišťovala příčiny strachu a úzkosti u akutně hospitalizovaných pacientů. Příčiny strachu a úzkosti byly zjištěny.

Po úvaze a zpracování získaných odpovědí jsem konstatovala, že některé otázky rozhovoru jsem formulovala více či méně sugestivně. Pokud bych podobné výzkumě šetření prováděla znovu, formulovala bych některé otázky jinak, případně bych volila formu dotazníku. Pro vyšší objektivitu výzkumného šetření by se nabízelo použít škálování zjišťující míru úzkosti a bolesti.

## Závěr

Ve zdravotnictví pracuji dlouhou dobu a emoční prožívání pacientů, jejich spokojenost při hospitalizaci se mě velice dotýká. Z tohoto důvodu jsem si vybrala toto téma.

V teoretické části jsem popisovala to, co dle mého názoru nejvíce souvisí s daným tématem. Obecně jsem rozlišila strach a úzkost, zabývala jsem se příčinami, typy atd. Dále uvádím informace, které souvisí s pacientem z různých stran a aspektů. Poslední avšak neméně důležitou kapitolou je komunikace. Zde uvádím různé druhy komunikace a její úskalí. Pro splnění cíle v praktické části mé bakalářské práce je znalost všech těchto oblastí velmi důležitá.

Praktickou část jsem zpracovávala formou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů, kde jsem pokládala otevřené otázky. Zvolila jsem si tři respondentky, jimž jsem postupně kladla 24 otázek. Analýza jejich odpovědí a jejich interpretace tvoří jádro mého výzkumu. Mým záměrem bylo analyzovat téma problematiky strachu a úzkosti pacientů. K dosažení tohoto cíle mi pomohly čtyři dílčí otázky.

Z mé analýzy vyplynulo, že hlavní příčinou strachu a úzkosti je bolest a obava. Například z operace, pooperačních komplikací, vyšetření, odloučení od rodiny atp. Toto jsem předpokládala, výsledky potvrdily moji tezi. Dalším výstupem mé práce je potvrzení důležitosti podávání správných a včasných informací pacientům, protože úplnost a včasnost ovlivňují míru jejich strachu a úzkosti.

Zamýšlela jsem se nad praktickým využitím získaných dat a nabízí se jejich využití jako podnět pro vyhledání a realizaci potenciálu pro zlepšování komunikace s pacientem. Pacientům nejvíce pomáhá včasná komunikace a vysvětlení lékařských intervencí a proto bych ráda podala návrh na realizaci edukačního semináře pro své kolegyně, zdravotní sestry, popřípadě pro lékaře a ostatní zdravotnický personál.

## Seznam zdrojů

(1) PRAŠKO, Ján, *Úzkostné poruchy*

Vydání první, Praha, Portál, 2005, 416s.

ISBN: 80-7178-997-6

(2) VYMĚTAL, Jan a kol., *SPeciální psychoterapie (Úzkost a strach)*.

Vydání první, Praha, Psychoanalytické nakladatelství-J. Kocourek, 2000, 481s.

ISBN: 80-86123-15-4

(3) VYMĚTAL, Jan, *Základy lékařské psychologie*

Vydání první, Praha, Psychoanalytické nakladatelství-J. Kocourek, 1994, 185s.

ISBN: 80-901601-3-1

(4) ZACHAROVÁ, Eva - HERMANOVÁ, Miroslava - ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava  
*Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení,*

Vydání první, Praha, Grada publishing a.s., 2007

ISBN: 978-80-247-2068-5

(5) VYMĚTAL, Jan, *Lékařská psychologie*

Třetí vydání, Praha, Portál, 2003, 398s.

ISBN: 80-7178740-X

(6) KENNERLEYOVÁ, Helen, *Jak zvládat úzkostné stavy*

Předmluva St. Kratochvíla, Vydání první, Praha, Portál, 1998, 192s.

ISBN: 80-71-78-2661

(7) HONZÁK, Radkin, *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout*

Vydání první, Praha, Maxdorf, 1995, 70s.

ISBN: 80-85-800-05-5

(8) MALONEY, Michael - KRANZOVÁ, Rachel, *O úzkosti a depresi (linka důvěry)*

Vydání první, Praha, NLN-Nakladatelství lidové noviny Jana Masaryka, 1996, 141s.

ISBN: 80-7106-170-0

(9) HARTL, Pavel, *Velký psychologický slovník*

Vydání čtvrté, Praha, Portál, 2010, 800s.

ISBN: 978-80-7367-686-5

(10) ABZ.cz, *Slovník cizích slov*

online web <http://www.abz.cz>

ISBN: —

- (11) KOHOUTEK, Rudolf, *Základy užití psychologie*  
Vydání první, Brno, Akademické nakladatelství CERM, 2002, 544s.  
ISBN: 80-214-2203-3
- (12) NAKONEČNÝ, Milan, *Psychologie přehled základních oborů*  
Vydání první, Praha, Triton, 2011, 863s.  
ISBN: 978-80-7387-443-8
- (13) KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak si navzájem lépe porozumíme*  
Vydání první, Praha, Svoboda, 1988, 236s.  
ISBN: 25-095-88
- (14) BERAN, Jiří a kol., *Lékařská psychologie v praxi*  
Vydání první, Havlíčkův Brod, Grada, 2010, 144s.  
ISBN: 978-80-247-1125-6
- (15) WILLERTON, Julia, *Psychologie mezilidských vztahů*  
Vydání první, Praha, Grada, 2012, 200s.  
ISBN: 978-80-247-3924-3
- (16) KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Sestra a stres (příručka pro duševní pohodu)*  
Vydání první, Praha, Grada, 2010, 128s.  
ISBN: 978-80-247-3149-0
- (17) VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie I. (Dětství a dospívání)*  
Vydání první, Praha, Karolinum, 2005, 467s.  
ISBN: 80-246-0956-8
- (18) VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie II. (Dospělost a stáří)*  
Vydání první, Praha, Karolinum, 2007, 461s.  
ISBN: 978-80-246-1318-5
- (19) KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*  
(Možnosti, které čekají), Vydání první, Praha, Grada, 2011, 144s.  
ISBN: 978-80-247-3604-4
- (20) PLANTE, Thomas G., *Současná klinická psychologie*  
Vydání první, Praha, Grada publishing, 2001, 444s.  
ISBN: 80-7169-963-2
- (21) Centrální etická komise MZ, *Etický kodex „Práva pacientů“*  
Praha, 1992, Odbor 22 MPSV/MZ, poslední aktualizace 27.4.2005  
ISBN: — <http://www.mpsv.cz/cs/840>

## Seznam příloh

- 1) Seznam otázek rozhovoru
- 2) Informovaný souhlas pacienta s rozhovorem
- 3) Etický kodex „Práva pacientů“ MPSV
- 4) Informovaný souhlas oddělení s prováděním výzkumného šetření



# Příloha 1. - Výzkumné otázky

## Období příjmu:

- 1 Jak jste prožíval(a) nečekaný nástup do nemocnice?
- 2 Vyprávějte mi, jak se Vám to stalo?
- 3 Jak se změnila Vaše psychika při nástupu do nemocnice?
- 4 Podal Vám lékař dostatek informací o dalších plánech v nemocnici?
- 5 Trpíte syndromem bílých plášťů?
- 6 Trpíte pocity svírání a bušení srdce?
- 7 Míváte někdy strach aniž víte z čeho?
- 8 Jak hodnotíte Váš příchod na lůžkové oddělení?
- 9 Jak jste se cítila těsně před operací?
- 10 Jak jste byla spokojená s počátečním ošetřením na ambulanci?
- 11 Jak reagovala rodina na Váš úraz?
- 12 Prožíváte stres z odloučení od rodiny?
- 13 Trpíte návaly vzteku?

## Období po operaci / vyšetření:

- 14 Jak se cítíte nyní?
- 15 Cítíte se psychicky vyčerpaná?
- 16 Užíváte pravidelně analgetika?
- 17 Máte zkušenosti s jinou hospitalizací?
- 18 Co Vás trápí nejvíce během Vaší hospitalizace?
- 19 Nemáte problémy se spolubydlícími?
- 20 Kdo Vás nejčastěji navštěvuje?
- 21 Kolik máte dětí?
- 22 Je k Vám vstřícný personál i nyní po operaci?
- 23 Máte strach o své zdraví nebo o svůj život?
- 24 Chcete se ještě na něco zeptat?

## Příloha 2. - Informovaný souhlas pacienta

### INFORMOVANÝ SOUHLAS

#### PROBLEMATIKA STRACHU A ÚZKOSTI PACIENTA

STUDENT

*Bohuslava Hillebrandová*

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

bohuslava.hill@post.cz

VEDOUcí BP

Mgr. Lenka Kroupová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

lenkroup@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Analýza strachu a úzkosti pacientů při příjmu, po operacích, před  
a po invazivních vyšetřeních.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:..... Datum:

Podpis studenta:..... Datum:

## Příloha 3. - Etický kodex „Práva pacientů“

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

- Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
- Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

## Příloha 4.

Informovaný souhlas oddělení s prováděním  
výzkumného šetření