



Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Diplomová práce

Lukáš Bledý

2007

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu

Jindřichův Hradec

Diplomová práce

Lukáš Bledý

2007



Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Katedra managementu veřejného sektoru

Rozvíjení vztahů s klienty neziskové organizace

Vypracoval:

Lukáš Bledý

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Jan Nový.

Jindřichův Hradec, srpen 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma
»**Rozvíjení vztahů s klienty neziskové organizace**«
jsem vypracoval samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály
uvádím v příloženém seznamu literatury.

Jindřichův Hradec, srpen 2007

podpis studenta

Anotace

Rozvíjení vztahů s klienty neziskové organizace

Cílem mé práce je zjistit, jak daná nezisková organizace je schopna rozvíjet vztahy se svými klienty. Vybral jsem si organizaci: „Domov pro seniory (Dům klidného stáří)“, který je církevní zařízením, kde aplikuji teoretické poznatky o rozvíjení vztahů s klienty a provedu kvalitativní průzkum spokojenosti. Na závěr mé práce navrhnou opatření, s nimiž dojde ke zlepšení vztahů s pacienty v domově pro seniory.

srpen 2007

Poděkování

Za cenné rady, náměty a inspiraci

bych chtěl poděkovat

Ing. Janu Novému,

z Vysoké školy ekonomické v Praze,

Fakulty managementu v Jindřichově Hradci.

Úvod

Každá firma či organizace vidí svou existenci v tom, že poskytuje nějaké služby nebo produkt svým klientům neboli zákazníkům. U neziskové organizace jde především o služby, které naplňují ekologické, lidsko-právní, humanitní či jiné cíle. Snaží se poskytovat služby tam, kde soukromý sektor nevidí podstatu své existence, tam, kde trh nedokáže efektivně uspokojit potřeby lidí. Je to tam, kde soukromé firmy nenaleznou tučné zisky.

Chci pojednat tuto práci o tom, že ziskové i neziskové organizace něco spojuje. Je to jejich vztah ke svým zákazníkům, klientům. Každá organizace musí budovat vztahy se svými klienty, protože oni jsou ti jediní, proč organizace existuje ať už z jakýchkoliv důvodů. Tato práce odhalí, jaké klíčové faktory ovlivňují vztahy mezi klientem a organizací.

Vztah klienta a neziskové organizace je podle mého názoru velmi důležitý. V tržním prostředí je velmi jednoduchý přechod od jednoho poskytovatele služby k druhému, ale v neziskovém sektoru jsou klienti většinou odkázáni (geograficky, časově i jinak) na jednu organizaci. Tato organizace je jediným možným poskytovatelem služby, zákazníci nemají dostatek prostředků, aby mohli přejít ke konkurenci, která bude možná pro něj výhodnější.

Vztah neziskové organizace ke svým klientům bych přirovnal ke vztahu rodiče a jeho dětí. Při uspokojování potřeb vzniká úzké pouto, které může vést až k závislosti. Budování těchto vztahů by mělo být klíčovou součástí strategie neziskových organizací.

„Chceme-li porozumět nějaké osobě, musíme prožívat její pocity, trpět jejími bolestmi a užívat se její radosti,“

T. Jacobs-Stewartová

Obsah

Obsah	1
Teoretická část.....	4
1. Rozvíjení vztahů	5
1.1. Pacient jako klient, lékař jako poskytovatel služby.....	5
1.2. Vztah pacienta a lékaře, klienta a poskytovatele služby.....	6
1.2.1. Vztah mezi klientem a organizací v různých úrovních	7
1.2.2. Moderní pojetí vztahu lékaře a pacienta	9
1.3. Právní vztahy, normy a standardy	10
1.3.1. Rozvoj práv pacientů.....	10
1.3.2. Práva pacientů	10
2. Teorie vztahů	12
2.1. Ekonomická teorie	13
2.2. Teorie učení.....	13
2.3. Kognitivní teorie	14
2.3.1. Faktory vedoucí k disonanci	15
3. Teoretické modely vysvětlující vztahy mezi lékařem a pacientem	17
3.1. Konsenzuální model podle T. Parsonse	17
3.2. Rozšířená Parsonsova teorie	17
3.3. Paternalistický model.....	18
3.4. Model vzájemného partnerství, model interpretativní	19
3.5. Konzumentský model, model informativní.....	20
3.6. Model zanedbaného vztahu, model instrumentální	21
3.7. Poradní model	21
3.8. Zhodnocení teoretických modelů.....	22
4. Faktory, které ovlivňují vztahy mezi klienty a ošetřujícím personálem	24
4.1. Faktory na mikroúrovni.....	24
4.1.1. Očekávání.....	26
4.1.2. Osobní pocity a hodnoty	28
4.1.3. Sociodemografické faktory	30

4.1.4.	Lékařská praxe, její styl a délka	33
4.1.5.	Vzájemná komunikace.....	34
4.2.	Faktory na střední úrovni	40
4.2.1.	Čas a jeho vliv	41
4.2.2.	Prostředí zdravotnického zařízení	42
4.2.3.	Atmosféra ve zdravotnickém zařízení	43
4.2.4.	Shrnutí.....	43
4.3.	Faktory na makroúrovni.....	43
5.	Zajištění kvality poskytované péče jako proces zjišťování spokojenosti	44
5.1.	Sociální medicína	45
5.2.	Koncept spokojenosti jako výstup péče	46
5.3.	Význam osoby lékaře pro pacientovu spokojenost	47
5.4.	Spokojenost pacienta – klienta	47
5.4.1.	Pojetí spokojenosti.....	47
5.4.2.	Co je to spokojenost	48
5.4.3.	Projekce jako příčina zmatku	49
Praktická část.....		51
6.	Představení organizace.....	52
6.1.	Činnosti v roce 2007	52
6.2.	Domov pro seniory (Dům klidného stáří).....	52
6.2.1.	Základní poskytované služby	52
6.2.2.	Cílová skupina	53
6.2.3.	Cíle služby.....	53
7.	Kvalitativní výzkum – měření kvality vztahů s klienty domova pro seniory	55
7.1.	Proč kvalitativní výzkum.....	55
7.2.	Cíle průzkumu.....	55
7.3.	Hypotézy	55
7.4.	Fáze výzkumu	56
7.5.	Výběr vzorku.....	56
7.6.	Výzkumná metoda.....	57
7.7.	Kde bude výzkum probíhat, v jaké časovém období	57
7.8.	Interpretace otázek určené pro klienty	57
7.9.	Interpretace otázek určené pro personál	62

8.	Vyhodnocení odpovědí získaných od klientů.....	64
9.	Vyhodnocení odpovědí získaných od zaměstnanců	69
10.	Sestavení teoretického modelu	70
11.	Návrhy na zlepšení	74
11.1.	Komunikace se seniory.....	74
11.2.	Prostor pro podněty.....	74
11.3.	Pomoc klientům, kteří jsou připoutáni na lůžko	75
11.4.	Motivace klientů k činnostem	76
11.5.	Zpevňování vztahu jako proces začlenění do kolektivu	78
Závěr		79
12.	Literatura	83
Přílohy		85
Dotazník určený pro personál.....		85
Otázky určené pro klienty		87

Teoretická část

1. Rozvíjení vztahů

Budování vzájemného vztahu s klienty spočívá v uspokojování potřeb klientů. Proto potřeby klienta mohou být naplňovány pouze s ohledem na následující předpoklady:

- vybavenost informačními a komunikačními systémy,
- standardy a metodika pro zajištění kvality péče o klienty,
- standardy a metodika pro tvorbu a prezentaci informačních a komunikačních systémů
(včetně zpětné vazby),
- personální zajištění informačních a komunikačních systémů včetně vzdělávání a kultivace dovedností týmové práce

1.1. Pacient jako klient, lékař jako poskytovatel služby

Hluboké změny, které ve vztahu lékaře a pacienta v posledních letech proběhly, zasáhly i do jazykových termínů. **Pojem „pacient“ je nahrazován termínem „klient“ nebo „zákazník“.** Posun se děje ve smyslu změny vnímání pacienta jako trpící osoby k osobě, která je více zákazníkem, příjemcem určité služby. **Lékař nebo zdravotní zařízení, které poskytuje ošetrovatelské a zdravotnické služby svým pacientům - klientům, bývá nazýváno též „poskytovatelem“ této služby.** Dále v této práci bude používán pouze pojem „lékař“ a pro odběratele těchto služeb jen pojem „pacient“.

Podle zastánců, názvu „klient“ namísto „pacient“, tento pojem lépe vystihuje probíhající změny ve vztahu mezi těmi, kteří poskytují péči a těmi, kteří jsou jejím odběratelem. Pacient je definován tím, že je odkázán na ošetrovatelskou službu a je tedy v tomto smyslu chráněncem. Nový termín není pouze formálním pojmenováním, má v sobě důležitý moment vzájemné interakce obou komunikujících partnerů. **Má charakter služby, jakéhosi smluvního vztahu.**

Je-li pacient vnímán jako klient, jako součást obchodního vztahu, je nutné též změnit jeho vnímání od pasivního příjemce zbaveného odpovědnosti směrem k jeho zodpovědnosti za vlastní zdraví. V takto vnímaném vztahu pacient získá větší podíl a kontrolu nad rozhodnutími nebo rozhodováním týkajícím se jeho zdraví, s čímž souvisí oprávněný požadavek zvýšené míry povinností a odpovědnosti na straně konzumenta jako podílníka v podnikání, jehož účelem je zvýšení, posílení zdraví (Kapr, 1998). V

praxi se však ukazuje, že pacienti sice volají po autonomii, ale ani omylem nevolají po odpovědnosti (Honzák, Kurzová, 2003).

Jako jeden z možných nástrojů **posílení pacientovy zodpovědnosti je tzv. léčebná smlouva**. Autonomie pacienta vyjádřená například v požadavcích platných etických kodexů se může stát zdrojem nedorozumění, kterému je lépe předcházet než je dodatečně řešit. Nepsané dohody je výhodné nahradit dohodami explicitními.

Při akutním onemocnění nebývá potřeba těchto dohod vždy tak naléhavá, ale zvláště při chronickém postižení nebo trvalém handicapu je nezbytné **vymezit podíl lékaře a pacienta na společném postupu** a minimalizovat tak nedorozumění a zklamání vyplývající na jedné straně z přemrštěných očekávání a na druhé straně z nežádoucí pasivity nebo naopak aktivit pacienta. Léčebná smlouva vychází z dlouhodobých zkušeností psychoterapeutů, kteří dokázali zvážit své schopnosti i pacientovu možnost a ochotu ke spolupráci.

Lékař do vztahu vkládá svou profesionalitu a svou ochotu pomoci, pacient vkládá svou míru odpovědnosti, ochotu akceptovat lékaře a ochotu spolupracovat. Tématem dohody je problematika zdravotního stavu pacienta a způsob jeho řešení. **Nemocná osoba musí přijmout léčení jako svůj závazek, nikoli jako rozkaz** (Honzák, 1999).

1.2. Vztah pacienta a lékaře, klienta a poskytovatele služby

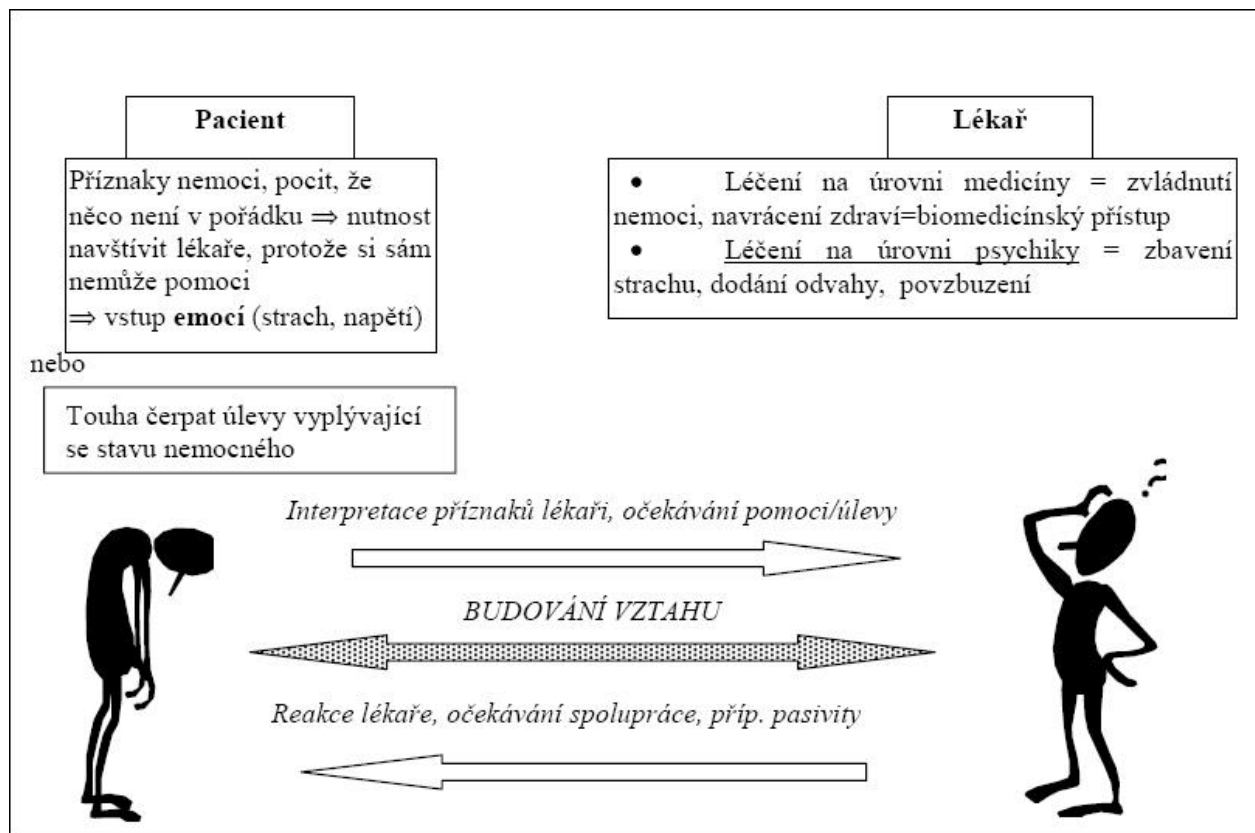
Vzájemný vztah mezi pacientem a lékařem je zvláštní případ kontaktu mezi lidmi, kteří se setkávají proto, že jeden z nich potřebuje pomoc a radu, kterou si neumí poskytnout sám, a druhý mu je schopen více či méně vyhovět a jeho potřebu splnit.

Základním pravidlem medicínského mezilidského vztahu je kooperace proti nemoci nebo ohrožení zdraví. Setkání s pacientem se vyznačuje probíráním širokého okruhu problémů charakterizovaných často nepřehlednou směsí faktorů biologických, psychologických a sociálních, které jsou zasazeny do jedinečného kontextu pacientova života (Honzák, 2002, p. 22-24).

Protože vztah pacienta a lékaře a samotný proces léčení je determinován jak medicínskými, tak i nemedicínskými faktory, musí lékař disponovat především komunikativními schopnostmi. Jak totiž ukážou další kapitoly, přístup lékaře k pacientovi může výrazně ovlivnit léčbu a tím pádem i konečný efekt uzdravení.

Výzkumy však ukazují, že v praxi mají lékaři tendenci neléčit psychosociální problémy, které jim nejsou přímo prezentovány. Názornější pohled na vztah lékaře a pacienta v rámci zdravotní péče nabízí následující schéma:

Schéma č. 1: Setkání lékaře a pacienta



Zdroj: Sborník IZPE 3/2002

1.2.1. Vztah mezi klientem a organizací v různých úrovních

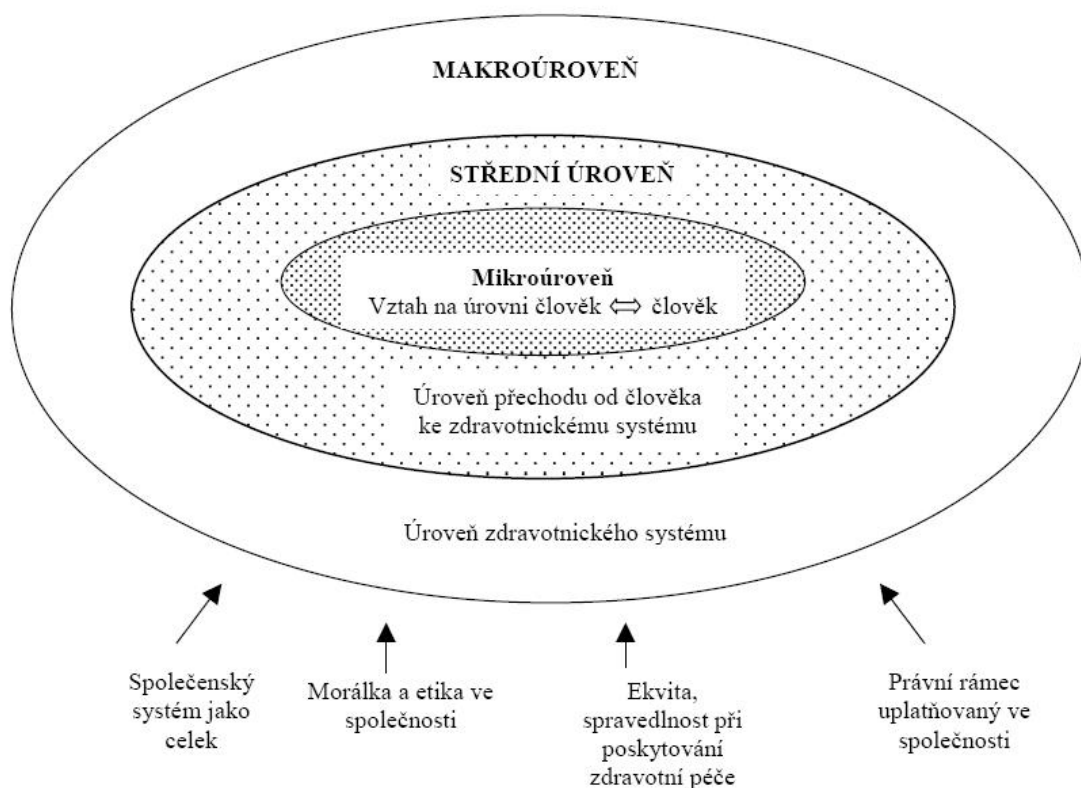
Dá se předpokládat, že vztah lékaře a pacienta je zasazen do obecného rámce a odehrává se na několika úrovních. Tyto úrovně mohou být definovány jako mikroúroveň, střední úroveň a makroúroveň (Hill, G. 2004).

- **Mikroúroveň** - analyzuje vztah lékaře a pacienta na úrovni dvou osob, tedy na úrovni člověk - člověk.
- **Střední úroveň** se zabývá vztahem lékaře a pacienta na pomezí člověka a zdravotnického systému (jedná se o faktory, které jsou dány zdravotnickým systémem, ale významně se projevují ve vztahu na úrovni člověk-člověk). Tuto úroveň lze vnímat jako úroveň projevu zdravotnického systému v praxi, tedy v případě konkrétního lékaře a konkrétního pacienta.

- **Makroúroveň**, která popisuje vztah lékaře a pacienta jako součást zdravotnického systému a zahrnuje faktory, které jsou osobami lékaře a pacienta minimálně ovlivnitelné, ale přesto jejich vztah determinují.

Názornější pohled na tři analyzované roviny vztahu nabízí následující schéma.

Schéma č. 2: Úrovně vztahu lékaře a pacienta



Zdroj: Sborník IZPE 3/2002

Současné poznatky o problematice vztahu lékaře a pacienta je možné analyzovat z pohledu několika teoretických konceptů:

- **koncept nemoci a jejího významu v životě jedince a z toho vyplývající vnímání osoby lékaře,**
- **teoretické modely vztahu lékaře a pacienta vycházející z teorie Talcotta Parsonse a jeho kritiků,**
- **koncept vstřícnosti zdravotnického systému,**
- **koncept práv pacientů,**
- **koncept spokojenosti pacienta jako jeden z aspektů kvality vztahu lékaře a pacienta.**

Tato práce bude zaměřena na koncept spokojenosti pacienta-klienta jako jeden z aspektů kvality vztahů v dané organizaci.

1.2.2. Moderní pojetí vztahu lékaře a pacienta

V posledních třiceti letech došlo ve vztahu pacienta a lékaře ke změně paradigmatu **od biologického přístupu k léčení ke kladení větší pozornosti také na psychosociální faktory.**

O rozšíření medicínského paradigmatu se zasloužil George Engel¹, který poukázal na nutnost doplnění biomedicínckého přístupu o sociální a psychologickou dimenzi individua, což však nevyžaduje pouze získávání osobních nebo biologických údajů od pacientů, ale **změnu pojetí samotného vztahu lékaře a pacienta doprovázenou především rozvojem komunikačních technik.**

Vztah lékař - pacient se v dnešní době ve vyspělých zemích stává více partnerským, protože **paternalismus není nadále udržitelný** (Haškovcová, 1996). Po roce 2000, kdy vyšel informační zákon, je kladen stále větší důraz na dokonalou informovanost nemocného, na jeho přístup k dokumentaci, na důležitost jeho spolupráce, na jeho spolurozhodování a spoluzodpovědnost. Moderní vztah lékaře a pacienta je charakterizován vzájemnou spoluprací dvou rovných partnerů. Toto moderní pojetí vztahu lékaře a pacienta vystřídalo dříve velice rozšířený model aktivního lékaře a pasivního pacienta nebo model lékaře jako vedoucího a pacienta jako spolupracujícího a plnícího příkazy.

Moderní medicína vidí pacienta jako racionální, samostatně myslící bytost s vlastním systémem hodnot, která je schopna uvažovat svobodně a má plné právo sama o sobě rozhodovat (Tsai, 2001). **Větší aktivita pacienta** ve vztahu má na základě výsledků výzkumů několik **přínosů:**

- pacient, který převzal větší zodpovědnost za rozhodování v otázkách zdravotní péče, zaznamenává celkové zlepšení zdravotního stavu, a to včetně zlepšení symptomů nemoci,
- tito pacienti jsou svou nemocí méně stresováni, mají pocit větší kontroly nad zdravím a životem a častěji dodržují plán péče,

¹ Portál s.r.o.:Psychosomatika v proměnách věků, <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=21741> , 7.8.2007

- tito pacienti mají více pozitivní očekávání o svém zdraví, jsou spokojenější se svým lékařem a s celkovou zdravotní péčí

1.3. Právní vztahy, normy a standardy

1.3.1. Rozvoj práv pacientů

V průběhu historie si lidé vytvořili rozsáhlý systém pravidel vzájemného chování, která byla později zakotvena v různých právních předpisech. Etickým základem pro vztah lékaře a pacienta je Hippokratova přísaha.

Rozvoj práv pacientů je podmíněn několika klíčovými faktory. Nejdůležitějším je **rostoucí tlak na snížení nákladů** a zavedení větší hospodárnosti do zdravotnických systémů a s tím související potřeba stanovování priorit. Jednotlivá úsporná opatření uvnitř zdravotnictví vedla k tomu, že sdružení pacientů začala vznášet požadavky na kvalitní právo, které bude respektovat individuální integritu a umožňovat předkládání stížností proti zavedenému systému zdravotní péče.

Dalším vlivným faktorem v kontextu vývoje práv pacientů je **zvyšující se zájem médií** o problémy z oblastí zdravotní péče, a to zejména těch, které se dotýkají pacientů. Tedy od ekonomických škrtů ve zdravotnictví až po pochybení v léčbě.

Třetím faktorem, který významně determinuje vývoj práv pacientů, je **zvyšující se pozornost věnovaná kvalitě péče**, jejíž nedílnou součástí je i hodnocení poskytované péče a léčby z perspektivy pacientů (Dobiášová a kol., 2001).

1.3.2. Práva pacientů

Pokud se zabýváme právy pacientů, je třeba rozlišovat mezi sociálními a individuálními právy. Sociální práva se ve zdravotnictví týkají závazků společnosti, směřují k zajištění dostupnosti zdravotní péče bez diskriminace pro každého, kdo žije v dané zemi.

Základním českým právním pramenem péče o pacienty je **zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.** „Občané mají právo na poskytování zdravotní péče podle ustanovení tohoto zákona, zákona o všeobecném zdravotním pojištění a předpisů vydaných k jejich provedení a zákona o ochraně veřejného zdraví.“ Dále je to **zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.**

„Tento zákon upravuje veřejné zdravotní pojištění a rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní péče poskytována.“ Dalším pramenem je **zákon č.123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.** *„Účelem tohoto zákona je zajistit poskytování zdravotní péče vhodnými, bezpečnými a účinnými zdravotnickými prostředky tak, aby při jejich správném použití k účelům, pro něž jsou určeny, nedošlo k poškození zdraví lidí.“*

Důležitým právním prostředkem pro úpravu vztahů mezi nestátní neziskovou organizací a jejími klienty je **zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.** *„Tento zákon upravuje podmínky a rozsah poskytování zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních a podmínky provozování nestátních zařízení. V těchto nestátních zařízeních lze poskytovat zdravotní péči poradenskou, ošetrovatelskou, diagnostickou, preventivní, rehabilitační, lázeňskou, léčebnou a lékárenskou. V nestátních zařízeních lze poskytovat péči ambulantní i ústavní, včetně poskytování prostředků zdravotnické techniky a dopravní zdravotnické služby sloužící k přepravě nemocných.“*

Práva jednotlivce lze mnohem snadněji vyjádřit a jsou přímo vymahatelná v zájmu konkrétního pacienta. Tato práva zahrnují takové oblasti, jako je integrita/nedotknutelnost, soukromí a náboženské přesvědčení každého jednotlivce, což je deklarováno v České ústavě a Listině základních práv a svobod a také můžeme uvést Deklaraci o prosazování práv pacientů v Evropě z roku 1994. Nelze opomenout také **zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.**

Zde je stručný přehled práv pacienta podle českých platných zákonů a etického kodexu Centrální etické komise Ministerstva zdravotnictví ČR. Jak uvádí informační portál pro oblast zdravotnických prostředků, pacient má právo na²:

- *„zachování mlčenlivosti o skutečnostech, které se zdravotnický pracovník dozvěděl v souvislosti s ošetřováním nebo léčbou;*
- *veškeré informace o svém zdravotním stavu;*
- *odmítnutí léčby a informace o důsledcích svého rozhodnutí;*
- *soukromí při ošetřování nebo léčbě;*

² CZECHMED (Informační portál pro oblast zdravotnických prostředků): *Pacient a jeho práva*, <http://forum.czechmed.cz/?q=node/91>, 6.8.2007

- *bezplatné preventivní vyšetření sledující zachování nebo zlepšení zdravotního stavu a aktivní přístup zdravotnického zařízení k preventivním prohlídkám;*
- *podílení se na kontrole poskytnuté zdravotní péče;*
- *úplný výpis z účtu a evidence své zdravotní pojišťovny;*
- *lékařskou službu první pomoci a ústavní pohotovostní službu;*
- *ohleduplný, citlivý a důstojný přístup při léčbě.*
- *právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral;*
- *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;*
- *právo na citlivou péči v závěru pacientova života od všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony;*
- *právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí*
- *Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.“*

2. Teorie vztahů

„Mezilidské vztahy jsou sociální asociace, spojení nebo vztahy mezi dvěma nebo více lidmi. Objev nebo založení společné půdy mezi jednotlivci je základní komponenta pro trvalé mezilidské vztahy. Pro každý typ vztahu, jsou potřeba základní dovednosti a bez těchto dovedností nelze pokročit více ve vzájemných vztazích. Studium vztahů se zabývají psychologie, sociologie a antropologie.“³

³ Navajo.cz:Mezilidský vztah, <http://mezilidsky-vztah.navajo.cz/>, 7.8.2007

Na mezilidské vztahy lze nahlížet ze tří hledisek, které shlukují poznatky o psychosociálních interakcích mezi lidmi. Podle Graham Hilla (2004) jsou jimi tři základní teorie: ekonomická teorie, teorie učení, kognitivní teorie.

2.1. Ekonomická teorie

Podle ekonomické teorie mezilidské vztahy mohou být vysvětlovány jako ekonomické transakce, kde jsou sledovány náklady a výnosy plynoucí z interakcí s druhými lidmi. Ekonomická teorie dělí své poznatky do dvou nižších kategorií, hovoříme o „*teorii směny*“. Výsledná kvalita vztahu je závislá na profitu, kolik daný subjekt investoval a následně inkasoval ve srovnání s dalšími vztahovými interakcemi. Druhou podkategorií je „*teorie bilance*“, která říká, že účastníci vztahů usilují o spravedlivé inkasované odměny v poměru k jejich počáteční investici do vztahu. Z těchto teorií lze vyvozovat závěr. Za podmínky, že subjekt získává tolik, kolik od daného vztahu očekává, bude s daným stavem spokojený, pokud se nezúčastní jiné interakce, kde při jeho očekávání bude inkasovat více než v prvním vztahu. Podle logiky si vybere tu možnost, která mu přináší větší užitek. Podle teorie směny a bilance se vztah udrží, pokud

- oba subjekty jsou spokojeni se „srovnávací hladinou“ (dohodnutým poměrem nákladů a výnosů) v současném vztahu
- srovnávací hladina alternativních vztahů je nízká
- cena odchodu ze vztahu je vysoká
- partneři jsou si podobní ve schopnosti vzájemně se odměňovat

Podle těchto teorií se vztah rozpadne, pokud:

- jeden nebo oba partneři jsou nespokojeni se svou srovnávací hladinou výnosů (odměn)
- srovnávací hladina u alternativních vztahů je vysoká (existují jiné lepší vztahy)
- cena odchodu ze vztahu je nízká
- členové vztahu si nejsou podobní ve schopnosti se vzájemně odměňovat

2.2. Teorie učení

Byrne a Clore (1970) použili teorii učení, aby vysvětlili důležitost přitažlivosti aktérů vztahu ve významu vyvolaných emočních reakcí na interpersonální chování. Zpevnění

vztahů, které jedinec poskytuje, závisí na uspokojení jeho lidských potřeb.⁴ Podle této teorie se vztah udrží, pokud:

- partneři jsou asociováni s příjemnými podněty a životními zážitky, např. úspěšná kariéra nebo šťastné domácí prostředí
- subjekty se vzájemně odměňují (pozitivně zpevňují) příjemnými podněty jako jsou např. interakce a dárky.

Podle této teorie se vztah rozpadne, když:

- partneři jsou asociováni s nepříjemnými životními prožitky, např., nezaměstnanost, chudoba
- subjekty se vzájemně nezpevňují příjemnými stimuly.

2.3. Kognitivní teorie

Heider (1958) přišel s *teorií rovnováhy*, podle níž lidé ve svých sympatiích či antipatiích k druhým lidem usilují o „**kognitivní stálost**“ a jsou motivováni k rovnovážným vztahům.

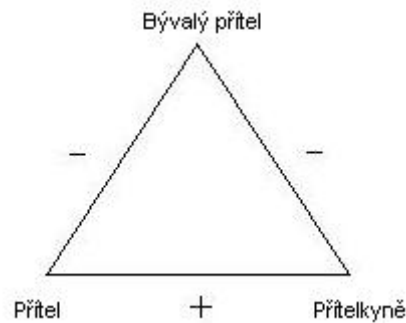
Heider zobrazuje kognitivní stálost jako rovnici vztahů zahrnující tři faktory „kognitivní triáda“. Objekty kognitivní triády mohou být lidé, věci, názory, každý ze vztahů může být pozitivní nebo negativní. Záporné vztahy jsou označovány znaménkem mínus a kladné znaménkem plus. Triáda je v rovnováze a vztahy se udrží, když výsledek vynásobení jejich hodnot bude kladný.

Obecně platí, že rovnovážný stav je přijímán příjemně, u nerovnováhy je to opačně a je zde snaha o nastolení rovnováhy, za rovnovážný je považuje stav, kdy se lidé mají rádi a shodují se v názoru na třetí objekt, za narušenou rovnováhu se považuje stav, kdy se lidé mají rádi, ale rozcházejí se v názoru na diskutovaný objekt, nerovnováha je mezi lidmi, kteří nejsou spojeni těsným vztahem, a tudíž souhlas nebo nesouhlas názorů na nějaký objekt není důležitý. Na obrázku níže Heider určil vrcholy triády jako dvě osoby, které se zabývají třetí osobou, pro účel této práce lze uvažovat, že jedním vrcholem je klient, druhým je organizace zastoupená jejími zaměstnanci a objektem jejich zájmu je poskytovaná péče. Nerovnovážné rovnice

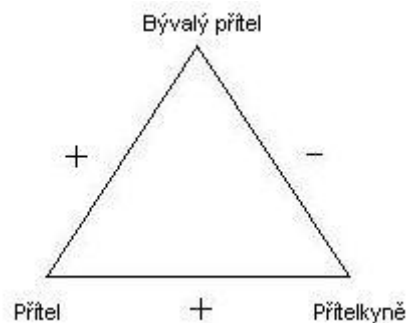
• ⁴ *Pokud budou uspokojeny základní potřeby člověka, tak bude vcelku spokojen. Většina lidí si neuvědomuje důležitost seberealize a to platí v každém věku.*

součinu sympatií jsou důsledkem rozdílných postojů ve vztazích, které vytvářejí nepříjemné „**kognitivní disonance**“; lidé jsou motivováni k jejich snížení změnou postojů.

Obrázek č. 1: Kognitivní rovnováha



Obrázek č. 2: Kognitivní disonance



2.3.1. Faktory vedoucí k disonanci

a) Faktory prostředí

Mezi faktory prostředí, které mohou být příčinou disonance ve vztahu nebo rovnou jeho rozpadem, patří vzdálenost („vztahy na dálku“), faktor strádání ve vztahu a rozdílné sociální prostředí. Tzv. vztahy na dálku je obtížné udržet kvůli nedostatku zpevnování (různé formy odměňování subjektů navzájem), možnosti sdílet intimností a také pro mimořádné náklady tímto spojené (teorie směny a učení). Nedostatek zdrojů může vyvolat problémy spojené s frustrací a agresí, která může být zaměřena proti partnerovi. Negativní emoce vytvořené strádáním se mohou asociovat s partnerem, s člověkem, se kterým je nejvíce tráven čas. Čím větší je počet a kvalita alternativních partnerů v sociálním prostředí, tím větší je srovnávací hladina alternativ (teorie směny). Čím vyšší je srovnávací hladina, tím vyšší očekávání je kladeno na vztah. Soutěžení o

pozornost nebo rozdílné postoje a přesvědčení mezi partnery, přáteli nebo uvnitř rodiny druhého partnera může dělat problémy (kognitivní disonance).

b) Interpersonální faktory

Nespokojenost v důsledku nedostatku podnětů a zpevnění (teorie učení) může vést k rozpadu sama o sobě, nebo tím, že jeden subjekt bude přitahován jinými alternativními vztahy (teorie směny).

c) Individuální faktory

Rozpad vztahu pravděpodobnější u jedinců, kteří

- se liší demografickým původem, v důsledku nestejných kulturních postojů a očekávání
- jsou psychicky nevyzrálí a „skáčou do nových vztahů po hlavě“
- nezažili dostatek závazných vztahů, buď ve své rodině, nebo v osobním životě; pocházejí z nižších socioekonomických nebo vzdělanostních poměrů.

Baron a Byrne (1997) uvedli, že na rozpad mají vliv nedostatky sociálních dovedností:

- Nedostatek zkušeností zvládnutí stresových situací⁵
- Vyhýbání se konfliktům⁶
- Emocionální expresivita (Ti, kteří nedokážou projevit své emoce, jsou ve vztazích méně šťastní.)

d) Konflikt

Častým vznikem konfliktů bývá porušování pravidel, obtíže s dojednáváním kompromisů a sklon reagovat stejně negativně a destruktivně jako okolí.

⁵ Dvojice, které se mezi sebou liší způsobem zvládnutí stresu, jsou ve svých vztazích méně spokojené

⁶ Více mužů než žen se domnívá, že je správné se vyhýbat konfliktům, to může vést k tomu, že daný konflikt zůstává nevyřešen po celou dobu života.

•

3. Teoretické modely vysvětlující vztahy mezi lékařem a pacientem

Od doby, kdy se vzájemný vztah lékaře a pacienta dostal do středu zájmu vědeckých teorií, bylo navrženo **několik teoretických modelů**, které se snaží tento vztah popsat a dále analyzovat. Každý z těchto modelů se snaží identifikovat roli pacienta a poskytovatele zdravotní služby s popisem povinností lékaře jako poskytovatele zdravotní péče a s mírou zapracování pacientových hodnot do rozhodování o léčbě. Tyto modely nejsou vyčerpávající, ale popisují základní formy vztahu lékaře a pacienta. Při hlubší analýze existujících modelů lze vysledovat, že tyto modely a jejich charakteristiky popisovaných vztahů se i přes rozdílné pojmenování velmi často u jednotlivých autorů podobají, někdy dokonce překrývají. Tato kapitola se snaží ukázat to, v čem se jednotlivé teoretické modely tohoto vztahu podobají a v čem naopak liší.

3.1. Konsenzuální model podle T. Parsonse

Talcott Parsons (1964) popsal vztah lékaře a pacienta jako konsenzuální a harmonický, i když nerovný. Konsenzus ve vztahu spočívá ve skutečnosti, že oba aktéři jsou vedeni svými rolmi, které jsou spojeny se vzájemným očekáváním. Harmonie ve vztahu lékaře a pacienta je podle Parsonse dosaženo tím, že i přesto, že lékař má v tomto vztahu navrch, je jeho autorita pacientem akceptována, protože převaha lékařových znalostí vede k jeho vyléčení. Pacient s lékařem podle Parsonse plně spolupracuje, protože lékař jedná v jeho zájmu. Tímto je dosaženo konsenzu, kdy oba sdílí systém shodných hodnot (Morgan, 1995).

3.2. Rozšířená Parsonsova teorie

Parsonsova analýza vzájemného vztahu je významným krokem v identifikaci klíčových principů tohoto vztahu. Tyto principy byly v pozdějších letech ještě rozšířeny a klasifikovány podle stupně kontroly, která se ve vzájemném vztahu objevuje na straně lékaře a na straně pacienta. Teorii Talcotta Parsonse rozšířili např. Emanuel & Emanuel (1992), kteří upozornili, že síly, které jsou mezi pacientem a lékařem závisí na několika faktorech.

Vztah lékaře a pacienta definovali nejen z hlediska rolí přijatých oběma aktéry, ale i z hlediska cílů konzultace nebo osobních hodnot zúčastněných. Podle Emanuela & Emanuela (1992) závisí setkání lékařů a pacientů a rozložení sil mezi nimi, na:

1. tom, kdo určuje podobu a cíle konzultace

- pouze lékař,
- pouze pacient nebo
- ve vzájemném vyjednávání,

2. roli pacientových hodnot

- lékař předpokládá, že jsou pacientovy hodnoty shodné s jeho vlastními,
- hodnoty jsou vyjasněny na obou stranách,
- jsou vzájemné hodnoty aktérů nevysvětlené),

3. roli, kterou přijal lékař

- poručník/hlídač,
- rádce,
- konzultant

Na základě těchto prvků může vztah lékaře a pacienta odpovídat některému z následujících modelů, které jsou sestaveny jako ideální typy.

Tab. č. 1: Teoretické modely vztahu lékaře a pacienta podle Emanuela & Emanuela

	Síla na straně lékaře ↓	
Síla na straně pacienta ↓	Vysoká:	Nízká:
Vysoká:	VZÁJEMNOST/ PARTNERTSVÍ	KONZUMENTSTVÍ
<i>Podoba konzultace a cíle</i>	Vyjednávání	Určuje pacient
<i>Pacientovy hodnoty</i>	Vzájemně sděleny	Nesdělené/nevysvětlené
<i>Role lékaře</i>	Rádce	Technický konzultant
Nízká:	PATERNALISMUS	ZANEDBÁVÁNÍ
<i>Podoba konzultace a cíle</i>	Určuje lékař	Nejasné
<i>Pacientovy hodnoty</i>	Přijetí lékařových hodnot	Nejasné
<i>Role lékaře</i>	Poručník	Nejasné

Zdroj: Sborník IZPE 3/2002

3.3. Paternalistický model

V případě tohoto typu vztahu je vysoká kontrola na straně lékaře a nízká na straně pacienta. Lékař je ve vztahu dominantní a někdy bývá tento vztah připodobňován vztahu „rodič – dítě“. Lékař jedná v roli „rodiče“, kterému pacient „dítě“ plně důvěřuje, protože lékař „rodič“ jedná v jeho nejlepším zájmu. Lékařovou

povinností je upevňovat pacientovo zdraví. **Léčení probíhá na úrovni biomedicíny, pacientova osoba je potlačena a jeho participace na konzultaci a rozhodování je minimální.** Lékař předpokládá, že pacientovy hodnoty v oblasti zdraví jsou stejné jako jeho osobní a že pacient má podobná kritéria na hodnocení toho, co je nejlepší léčba.

Vztah lékaře a pacienta je v případě tohoto modelu asymetrický, protože pacient hledá pomoc a lékař o něm činí rozhodnutí, kterým se pacient přizpůsobí. Informace jsou pacientovi prezentovány pouze v případě, že od něho lékař vyžaduje souhlas s nějakým zákrokem. Lékař, proto může poskytovat neúplné informace, aby pacienta získal pro léčbu, kterou sám zvolil. **Tento model může být prospěšný pro pacienty, kteří si nejsou jisti, jaká léčba je pro jejich zdravotní problém nejlepší a kteří preferují přenechat rozhodnutí na lékaři.**

V poslední době se od tohoto modelu v Evropě a v severní Americe ustupuje. Tento model však bývá stále uplatňován v naléhavých případech, kdy by čekání na pacientův souhlas nebo pacientovo zapojení do rozhodování o léčbě mohlo ohrozit jeho život, protože pacient je ve stavu, kdy nemůže o léčbě sám rozhodovat. Paternalismus je také vhodný v akutním stádiu

nemoci, kdy je žádoucí, aby byl lékař dominantní a pacient uposlechl jeho rad. V pozdějších stádiích nemoci je však pro pacienta lepší převzít více aktivní roli (Falkum, 2001).

3.4. Model vzájemného partnerství, model interpretativní

Tento model charakterizuje vztahy založené na **vyrovnané síle obou zúčastněných aktérů.** Cíle, průběh a rozhodnutí přijatá během konzultace jsou výsledkem **vyjednávání mezi partnery,** kteří jsou oba součástí týmu. V tomto případě lékař i pacient přináší do vzájemného jednání určité znalosti, lékař klinické zkušenosti a pacient své vlastní zkušenosti, očekávání a pocity. Oba aktéři jsou ve vztahu na relativně stejné úrovni a sdílí stejný systém hodnot.

V rámci tohoto modelu bývá lékař někdy označován jako „rádce“ a model bývá některými autory označován jako „interpretativní“ (např. Emanuel & Emanuel nebo Stone).

V tomto modelu je hlavním cílem interakce lékaře a pacienta objasnit pacientovi jeho potřeby a pomoci mu rozlišit, které medicínské intervence by bylo nejlepší pro jeho

potřeby a hodnoty učinit. Lékař v tomto případě jedná jako rádce, který pomáhá pacientovi zvýšit porozumění sobě samému a tím pádem zvyšuje jeho autonomii v rozhodování (Falkum, 2001).

Interpretativní model je prvním modelem, který bere v případě doporučované zdravotní péče v úvahu pacientovy hodnoty z oblasti zdraví. Lékař v tomto případě asistuje pacientovi ve volbě, které medicínské intervence těmto hodnotám nejlépe vyhovují. Pacientovi nic nediktuje, pouze pomáhá definovat tyto hodnoty. **Lékařova role je podobná roli vedoucího nebo rádce.** Protože pacient vstupuje do vztahu s lékařem bez předchozího porozumění svým hodnotám, lékař může případně přesvědčit pacienta, aby adaptoval jeho vlastní hodnoty, nebo mu je přímo určí. V tomto případě se tento model podobá paternalismu. **Význam partnerství ve vztahu lékaře a pacienta v posledních letech stále roste.**

3.5. Konzumentský model, model informativní

Konzumentský model představuje vztah charakterizovaný silným a samostatně uvažujícím pacientem, který určuje průběh návštěvy a sám za sebe se rozhoduje, jak bude probíhat léčba a jaký medicínský výkon podstoupí, a to bez ohledu na lékařův názor a hodnoty. Tento model popisuje vztah, kdy **lékař v roli technického konzultanta poskytuje pacientovi všechny relevantní informace a pacient si je dává dohromady se svými osobními hodnotami z oblasti zdraví.** Tento model je podle Emanuela & Emanuela na opačné straně škály než je paternalistický model.

Konzumentství nastává v situacích, kdy pacient přebírá aktivní roli a lékař se stává ve vztahu pasivním a přistupuje na pacientovy požadavky (vystavení neschopenky, odeslání do nemocnice apod.). **Tento typ vztahu se vyskytuje především v tržním prostředí,** kdy je lékař finančně a obchodně závislý na pacientově dobré vůli. Nakupující (pacient) činí rozhodnutí a role prodávajícího (lékařova) je limitována na technickou konzultaci s povinností poskytovat informace a služby dle preferencí nakupujícího (pacienta) v rámci profesionálních norem (Falkum, 2001, 239 – 248).

Tento model bývá někdy označován také jako model **informativní** (např. Emanuel & Emanuel nebo Stone). Tento model předem předpokládá, že osobní hodnoty z oblasti zdraví jsou dané a dobře známé a nepřipouští ve vztahu lékaře a pacienta výměnu informací a změnu postojů skrze vzájemnou interakci.

Pacient získává od poskytovatele všechna fakta o povaze onemocnění, možnostech léčby, možných výstupech a rizicích. Pacient si samostatně vybírá ty intervence, které jsou v souladu s jeho hodnotami. Pacient má naprostou kontrolu nad těmito hodnotami a nad volbou způsobu léčby. Slabostí tohoto modelu je, že pacient nemusí být dostatečně připraven na to, aby vybral v daných podmínkách nejlepší péči. Dalším velkým nedostatkem tohoto modelu je skutečnost, že pacienti často sami nevědí, co chtějí

3.6. Model zanedbaného vztahu, model instrumentální

Dalším typem vztahu, charakterizovaným nízkým stupněm kontroly na obou stranách, je nedodržování závazků a zanedbání vztahu. Tento typ nastává v případě, kdy pacient setrvává v pasivní roli i přesto, že lékař omezil svou aktivitu ve vztahu. Do této situace se dostávají pacienti, kteří nemají povědomí o svých možnostech a ostýchají se více participovat na konzultaci.

Tento **vztah je vztahem s nejasnými cíly, s nejasným definováním pacientových hodnot a nejistou rolí lékaře**. Tento vztah je nejméně efektivní, protože ani ze strany lékaře ani ze strany pacienta není nijak veden a v případě, že se povaha tohoto vztahu přímou intervencí nezmění, je určen k zániku. Pro oba aktéry je tento vztah frustrujícím. Pacient může mít nesplnitelné požadavky a konzultace s lékařem nesplňují jeho očekávání. Lékař je naopak frustrován tím, že se musí věnovat obtížnému a nepříjemnému pacientovi.

Model zanedbaného vztahu někteří autoři ve svých výčtech vůbec neuvádějí. V literatuře se ale u některých autorů (např. Stone) objevuje **model instrumentální**, který se též vyznačuje minimální spoluprací lékaře a pacienta.

Instrumentální model charakterizuje interakce, kdy lékař volí cíle, které nejsou v nejlepším zájmu pacienta a podle těchto cílů volí možnou léčbu. Lékař může v rámci tohoto modelu například doporučit léčbu, která napomáhá medicínskému poznání, což nemusí být v pacientově nejlepším zájmu. Tento model je poskytovateli zdravotní péče a výzkumníky pomíjen, protože není pro interakci pacienta a lékaře pokládán za relevantní a životaschopný.

3.7. Poradní model

Lékař v tomto případě jedná jako učitel, který se snaží směřovat studenta k morálnímu vývoji přes dialog a radu. Námitky proti tomuto modelu jsou, že lékař

nemá privilegovanou znalost priorit v oblasti zdraví a že mezi lékaři existují na tyto hodnoty různé názory (Falkum, 2001).

V tomto modelu lékař asistuje při vybírání a uspořádávání pacientových hodnot v oblasti zdraví, medicínskou intervenci však vybírá pacient. **Tento model je obecně preferován, protože vyžaduje, aby lékař vedl s pacientem dialog** a vyměňoval si s ním myšlenky. Lékař s pacientem diskutuje o alternativních hodnotách v oblasti zdraví. Hlavní charakteristikou tohoto modelu je diskuse mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče a posilování pozice pacienta přes lékařovo učení a podporu.

V tomto modelu může lékař též sklouznout k paternalismu, stejně jako v případě interpretativního modelu. Přesto však autoři specifikují tento model jako sdílený paradigmatický vztah, protože:

- vyjadřuje jejich ideál pacientovy autonomie jako morální vývoj individua,
- takový lékař se ze všech ostatních nejvíce stará a integruje znalosti, porozumění, výchovu a jednání,
- pokusy o přesvědčení pacienta jsou jasně odlišné od paternalistických prvků,
- lékařovy hodnoty jsou relevantní pacientovým a jsou dány skrze volbu lékaře.

3.8. Zhodnocení teoretických modelů

Tyto teoretické modely jsou prezentovány jako ideální typy, které popisují různé charakteristiky vztahu lékaře a pacienta, ale nemusí nutně popisovat konkrétní interaktivní přístupy (Falkum, 2001).

Z předchozího přehledu existujících modelů jasně vyplývá, že žádný model vztahu lékaře a pacienta není univerzálně použitelný pro všechny situace a pro všechny vztahy, ale že se každý z nich hodí pro jinou situaci, která je dána nejen povahou onemocnění, ale také osobou lékaře nebo pacienta a jejich preferencemi. Výzkumy totiž ukazují, že pacienti s určitými charakteristikami mají tendence preferovat shodný přístup lékaře.

Historický výzkum ukazuje, že většina pacientů preferuje přenechat rozhodnutí o péči na lékaři. Novější studie však ukazují, že někteří pacienti preferují více aktivní přístup založený na spolupráci. Zavádění péče zaměřené na pacienta, na práva pacientů a na spolurozhodování pacienta o péči ukazuje na přijímání trendů, kdy jsou pacienti bráni jako spolupracovníci při léčbě. V souladu s těmito novými vývojovými trendy **se zdá být nejvhodnější poradní model.**

Následující tabulky se snaží poskytnout přehled o existujících modelech vztahu lékaře a pacienta, tak jak je definují vybraní autoři a ukázat hlavní charakteristiky těchto modelů, ve kterých se shodují a liší a které určují podobu analyzovaného vztahu.

Tab. č. 2: Přehled klasifikací existujících modelů a jejich prezentace jednotlivými autory

Roter 1989	Emanuel 1992	Stone 1999
Zanedbaný vztah	-	Instrumentální
Paternalistický	Paternalistický	Paternalistický
Konzumentský	Konzumentský nebo informativní	Informativní
Partnerský	Interpretativní	Interpretativní
-	Poradní	Poradní

Zdroj: Sborník IZPE 3/2002

Tab. č. 3: Přehled základních charakteristik vztahu lékaře a pacienta v jednotlivých modelech

Model ⇒	Instrumentální, příp. zanedbání vztahu	Paternalistický	Informativní konzumentský	Interpretativní partnerský	Poradní
Podoba konzultace	Nejasná	Určená lékařem	Určená pacientem	Určená společně, vzájemné vyjednávání	Dialog, morální vedení lékařem
Hodnoty	Nejasné, pacientovy hodnoty jsou irelevantní	Přijaté lékařovy hodnoty	Určené pacientem, pevně dané, neměnné	Vzájemně sdílené, lékař pomáhá při jejich definování	Postupně vyplynou, lékař asistuje pro jejich uspořádání
Role pacienta	Pasivní participant, neví o svých možnostech	Dítě, nechá se vést, lékaři plně důvěřuje	Požaduje informace, určuje průběh návštěvy, je aktivní	Přináší vlastní zkušenosti, očekávání, pocity	Žák, je autonomní, sám zvolí medicínskou intervenci
Role lékaře	Pasivní participant, nejeví zájem	Rodič, poručník, ví, co je pro pacienta nejlepší	Technický konzultant, poskytuje požadované informace	Rádce, přináší odborné znalosti	Učitel, vychovává, podporuje, vysvětluje
Moc lékaře	Malá	Velká	Malá	Velká, vyrovnaná	Velká
Moc pacienta	Malá	Potlačená, malá	Velká	Velká, vyrovnaná	Velká
Cíl interakce	Nemusí být vždy v pacientově zájmu	Upevnit pacientovo zdraví, odstranit problém	Dát pacientovi co chce, vyhovět mu jako zákazníkovi	Objasnit pacientovi jeho potřeby a pomoci najít nejlepší léčbu	Lékař pomáhá pacientovi rozlišit a utřídit pro něj nejlepší hodnoty

Minimální spolupráce
lékaře a pacienta

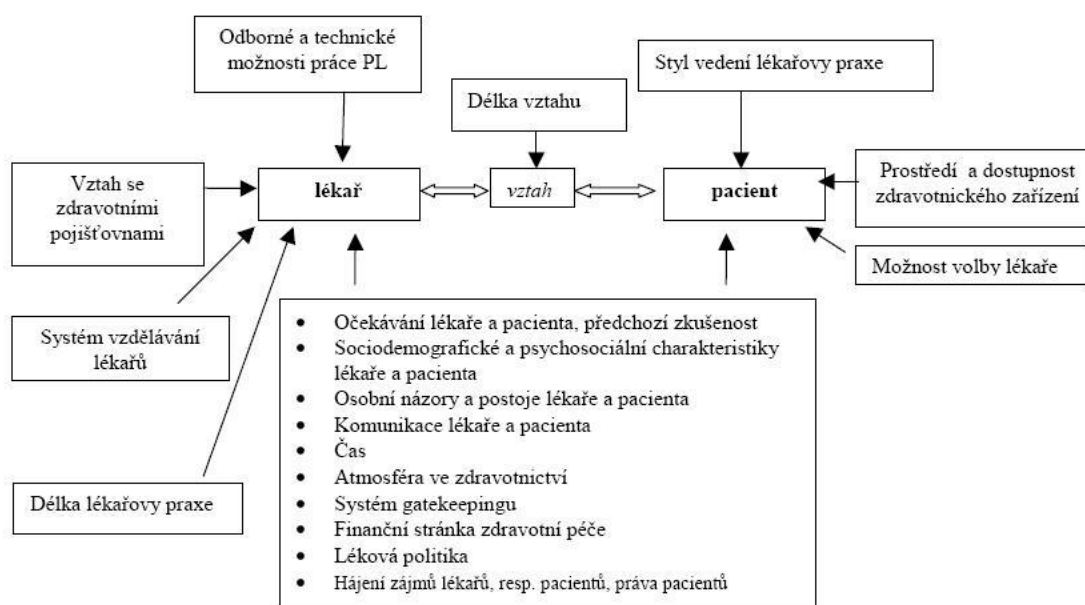
Maximální spolupráce
lékaře a pacienta

Zdroj: Sborník IZPE 3/2002

4. Faktory, které ovlivňují vztahy mezi klienty a ošetřujícím personálem

Na základě teoretických poznatků byl sestaven pro vztah lékaře a pacienta model, který se snaží znázornit elementy a vazby, které mají vliv na vztah mezi lékařem a pacientem.

Schéma č. 3: Model předpokládaných faktorů působících na vztah lékaře a pacienta



Zdroj: Sborník IZPE 3/2002

4.1. Faktory na mikroúrovni

Do této skupiny faktorů patří takové, které **působí na úrovni kontaktu dvou osob**, protože když se lékař setká s pacientem, působí na sebe navzájem jako dva lidé, na personální úrovni (Norton, 1994). Mikroúroveň, výstižně definovaná jako úroveň člověk – člověk, je z hlediska vztahu lékaře a pacienta v literatuře někdy označována za nejdůležitější.

Na úrovni člověk – člověk působí na lékaře i na pacienta jednak:

1. faktory osobou lékaře nebo pacienta do jisté míry **ovlivnitelné** (míra participace na konzultaci, komunikace, množství podávaných informací, spolupráce při léčbě apod.) a dále také:

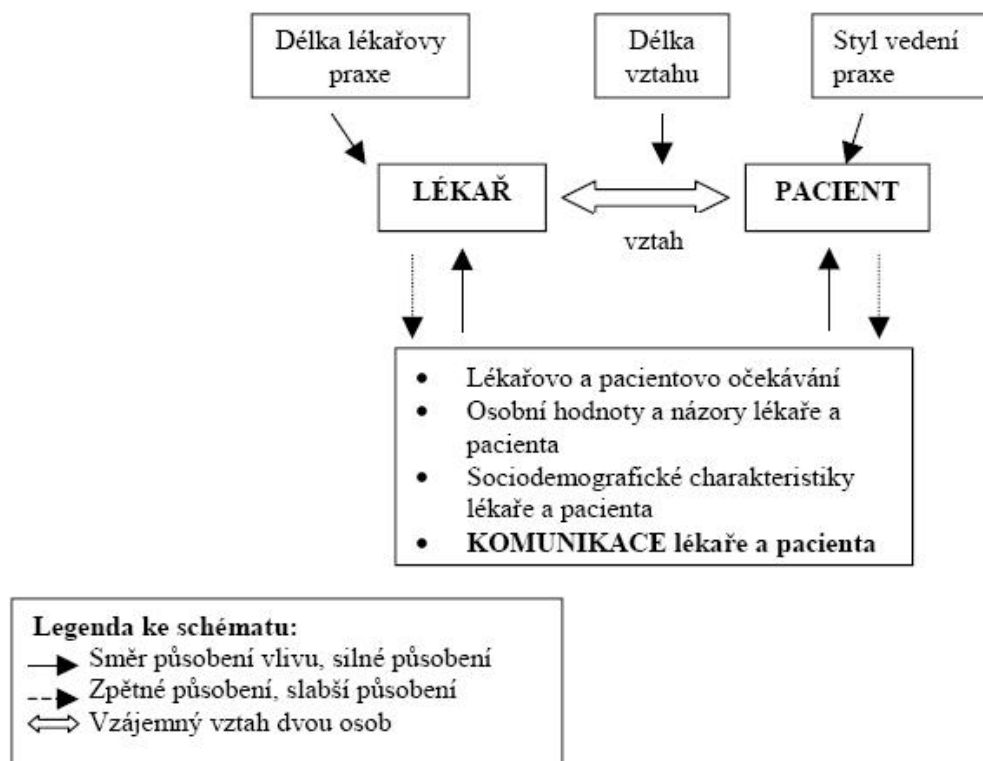
2. faktory, které jsou **pevně dané** a není možné je v okamžiku setkání nebo v krátkodobém časovém horizontu změnit (sociodemografické charakteristiky, předchozí zkušenost, pacientova schopnost participace na konzultaci, schopnost empatie, délka vztahu apod.).

Faktory působící na úrovni člověk – člověk lze **také členit podle toho, zda působí na lékaře, na pacienta nebo zda modifikují již dříve utvořený vztah jako celek**. Naposledy zmiňované faktory jsou takové, které svou povahou určují celkovou podobu vztahu, ale na rozdíl od ostatních přímo, tedy ne přes osobu lékaře nebo pacienta. Příkladem může být délka vzájemného vztahu. Jedná se o faktor, který je v okamžiku setkání lékaře a pacienta pevně daný a nikdo z aktérů ho nemůže svou osobou ani vůlí ovlivnit. Na základě výsledků výzkumů realizovaných v zahraničí v posledních dvou desetiletích byly v této práci pro analýzu faktorů působících na úrovni člověk – člověk (mikroúroveň) vytvořeno šest základních kategorií:

- **očekávání,**
- **osobní pocity a osobní hodnoty,**
- **sociodemografické a psychosociální charakteristiky,**
- **styl vedení a uspořádání lékařské praxe,**
- **délka lékařovy praxe,**
- **vzájemná komunikace.**

Tyto kategorie jsou platné jak pro analýzu faktorů působících na lékaře, tak i na pacienta a poté na jejich vzájemný vztah. Nejsou však použitelné pro kategorizaci faktorů, které modifikují přímo již dříve utvořený vztah lékaře a pacienta. Mezi tyto faktory patří pouze: „délka vztahu lékaře a pacienta“. Podrobnější pohled na mikroúroveň vztahu lékaře a pacienta a na směr působení jednotlivých skupin faktorů nabízí následující schéma.

Schéma č. 4: Mikroúroveň vztahu lékaře a pacienta v zdravotní péči



Zdroj: Sborník IZPE 3/2002

4.1.1. Očekávání

Podle Talcotta Parsonse spočívá vztah lékaře a pacienta v přijetí sociální role. Tyto role jsou definovány společností a sociální strukturou. Tyto definice ukazují na to, co je sociálně akceptovatelné a co deviantní. **Díky přijetí těchto předdefinovaných rolí se chování stává předvídatelným a je spojeno s očekáváním na obou stranách (Norton, 1994).** Lékař i pacient očekávají, že se druhá strana bude chovat podle určitých pravidel a do určité míry jsou schopni toto chování a budoucí podobu setkání odhadnout.

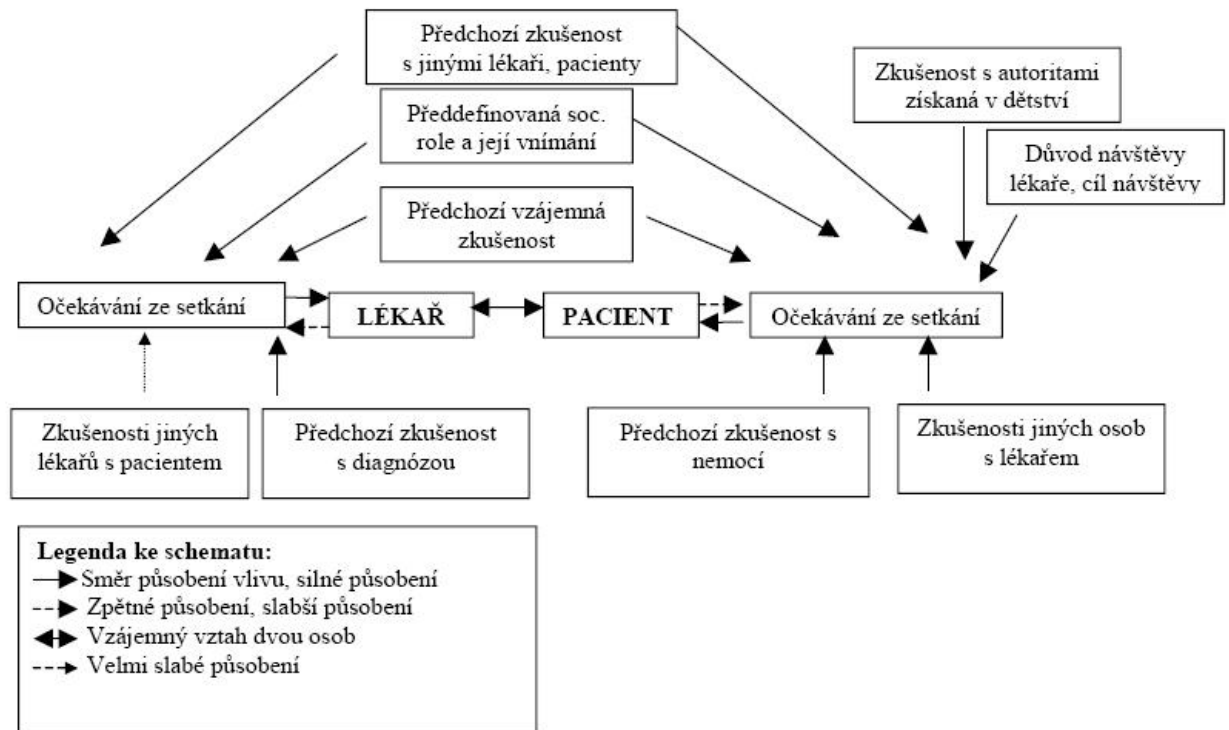
Setkání lékaře a pacienta sice probíhá jako setkání dvou konkrétních lidí v konkrétním čase a místě, ale zároveň se začleňuje do širších souvislostí. K docílení většího porozumění interakci lékaře i pacienta je nutné vybádat ty faktory, které determinují lékařovo i pacientovo vzájemné očekávání (Norton, 1994). Také spokojenost pacienta závisí na tom, do jaké míry bylo naplněno jeho očekávání od konzultace.

Očekávání na straně lékaře a pacienta jsou výsledkem složitých procesů a jsou dána:

- **předefinovanými sociálními rolemi a jejich přijetím** (lékař využívá svých znalostí pro vyléčení nemocného a nemocný dělá vše pro to, aby se uzdravil),
- **předchozí zkušeností lékaře nebo pacienta ze společného setkání**, ze setkání s jinými lékaři, příp. pacienty (oba aktéři mají představu, jak setkání bude probíhat),
- **pacientovou zkušeností s nemocí, příp. lékařovou zkušeností s diagnózou**, kterou odhalil u pacienta (pacient ví, jak na něj nemoc působila a lékař ví, jak reagovali pacienti se stejnou diagnózou),
- **zkušeností pacientových přátel či známých ze setkání s lékařem**, resp. lékaři (přátelé či známí popíší setkání a pacient si udělá představu, jak bude probíhat v jeho případě),
- **cílem, kterého chce pacient konzultací dosáhnout** (vystavení neschopenky, vyřešení problému, popovídání si s lékařem apod.),
- **pacientovými zkušenostmi z dětství** (vztah k autoritám, schopnost přijímat pomoc).

Význam očekávání na budoucí setkání s lékařem, příp. pacientem a prvky, které toto očekávání na obou stranách utvářejí, znázorňuje následující schéma.

Schéma č. 5: Prvky podílející se na očekávání lékaře a pacienta



Zdroj: Sborník IZPE 3/2002

Analýza výsledků výzkumu ukázala na existenci **tří hlavních faktorů, které ovlivňují očekávání od konzultace s praktickým lékařem a které silně svědčí o požadavku na přístup zaměřený na pacienta.** Jsou to:

- **komunikace**, která v sobě zahrnuje naslouchání pacientovi, vysvětlování a informování pacienta,
- **partnerství** charakterizované diskusí a souhlasem pacienta s léčbou a dále
- **ochrana zdraví**, kdy je pacient poučován o tom, jak zůstat co nejdéle zdravým a jak snižovat riziko onemocnění.

4.1.2. Osobní pocity a hodnoty

Další skupinu faktorů působících na vztah lékaře a pacienta na mikroúrovni tvoří:

- osobní pocity lékaře a pacienta,
- osobní názory/postoje lékaře a pacienta.

Osobní pocity

Vztah lékaře a pacienta je plný osobních hodnot a pocitů zúčastněných aktérů. Postoje lékařů k pacientům mohou být založeny na osobních faktorech, jako je osobnost

pacienta nebo způsob, jakým pacient komunikuje s praktickým lékařem během návštěvy. Vztahy lidí jsou dynamické a vstupují do nich emoce (lékař pracuje pod tlakem a pacient je ovlivněn úzkostí a strachem, co s ním bude), (Norton, 1994).

Zvláště na úrovni člověk – člověk je třeba těmto osobním postojům věnovat při analýze působících faktorů velkou pozornost, protože tyto postoje se ve vzájemném vztahu na této úrovni vždy projeví.

Osobní názory/postoje

Rozdílnost hodnot a životních filozofií může být zdrojem konfliktu výrazně narušujícího vzájemný vztah lékaře a pacienta a posléze i celý proces léčení. Lékaři mohou někdy vědomě nebo nevědomě vnucovat svým pacientům své hodnoty a přesvědčení. Pacienti se často cítí kompromitováni svým zdravotním stavem a mohou se tedy podříditi lékařově doporučení, a

to i přesto, že je v rozporu s jejich osobními preferencemi. Lékaři se mohou tím pádem domnívat, že pacienti sdílí jejich hodnoty.

Konflikt ve vztahu lékaře a pacienta může vzniknout také z důvodů rozdílů v kultuře, hodnotách a přesvědčení. Může být způsoben také pacientovým strachem, úzkostí nebo dokonce zlobou vzniklou v důsledku problémů způsobených nemocí nebo traumatem. Zdrojem sporu může být lékařova neochota připustit, že další terapeutické intervence neprodlouží pacientům život nebo nezlepší kvalitu jeho života. Také jiné osobní hodnoty mohou komplikovat rozhodovací proces. Pacient může popírat prognózu s přesvědčením, že se stane náboženský nebo medicínský zázrak.

Rozdíly v hodnotách v oblasti zdraví a nemoci a ve vnímání odpovídající léčby komplikují komunikaci při čerpání zdravotní péče. Růst imigrace individuů z rozdílných kultur přináší do zdravotní péče směsici moderních a tradičních hodnot, které jsou často v konfliktu mezi sebou.

Bolest a její vnímání pacientem

S přítomností nemoci se velmi často objevuje bolest, která bývá pro pacienta zpravidla prvním indikátorem, že něco není v pořádku. Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Uvědomění **si bolesti bývá často prvním impulsem k vyhledání lékaře.**

Bolest může být příčinou změn v pacientově obvyklém chování, které se může projevit např. nervozitou nebo zvýšenou agresivitou v chování vůči ošetřujícímu lékaři.

Řada studií ukazuje, že vztah mezi tím, jak profesionální zdravotníci hodnotí bolest pacienta, a tím, jak ji hodnotí sám pacient, je velice problematický.

Pro bolest neexistuje nějaký biologický ukazatel. V klinické praxi je bolest obvykle hodnocena na základě vyjádření a popisu pacienta. **Toto vyjádření může být méně hodnověrné v případě starších pacientů, protože tito mají tendenci přisuzovat bolest procesu stárnutí.**

Takovéto vnímání bolesti v případě starších lidí se může objevovat také na straně některých poskytovatelů zdravotní péče. Přitom právě přesný popis bolesti může být pro stanovení diagnózy a správného postupu léčení velmi důležitý.

Zvládnutí pacientovy bolesti a přístup lékaře k její přítomnosti jako průvodního znaku nemoci, může významnou měrou ovlivnit vztah lékaře a pacienta. Jestliže pacient získá pocit, že se lékař o jeho bolest zajímá a dělá maximum nejen pro uzdravení, ale také pro její eliminaci, posiluje se tím jeho důvěra k lékaři a vzájemný vztah se posiluje. Jestliže naopak pacient získá pocit, že lékař má tendenci jeho bolest podceňovat, pacientova důvěra v lékařovy schopnosti a v jeho zájem o blaho pacienta může být vážně ohrožena.

4.1.3. Sociodemografické faktory

Na podobu vztahu lékaře a pacienta na úrovni člověk – člověk mají vedle očekávání obou aktérů a vstupu jejich osobních hodnot vliv i sociodemografické a psychosociální charakteristiky lékaře a pacienta.

Patří sem zejména:

- . zdravotní stav pacienta a pacientova představa o budoucí diagnóze,
- . pohlaví lékaře a pacienta,
- . etnická příslušnost lékaře a pacienta,
- . míra pacientovy participace na konzultaci a spolupráce při léčbě,
- . lékařova schopnost empatie.

Pacientův zdravotní stav a představa o budoucí diagnóze

Jednou z charakteristik, která má vliv na podobu vztahu lékaře a pacienta, je pacientův zdravotní stav. Je-li pacient nemocen a tato nemoc je u něho provázena pocity úzkosti, bude se patrně projevovat při setkání s lékařem jinak, než kdyby přišel s běžným onemocněním, o kterém ví, že se snadno vyléčí. Nemoc také velmi často zasahuje do

osobního života pacienta a ovlivňuje také život jeho rodiny. Pacientův postoj k jeho vlastní nemoci rozhodujícím způsobem určuje průběh jakékoli terapie (Balint, 1999). Pacienti, kteří se setkávají poprvé v životě s daným zdravotním problémem, patří k nejobtížnějším. Odhaduje se, že až dvě třetiny pacientů přicházejí k lékaři s obavami, že v jejich případě jde o vážnou nemoc. Toto očekávání má vliv na pacientovu interpretaci všeho, co mu lékař řekne, co udělá, jak se na něho podívá apod.

Kvůli obavám z diagnózy a očekávání pacienta dochází často k tomu, že pacient neslyší, nechápe a nepamatuje si, co mu lékař řekl. Lékař by si jako profesionál měl uvědomovat, že pacientovo chování v případě nemoci není naučené stejným způsobem jako lékařovo profesionální chování, ale že reakce na nemoc jsou individuální a že mají kořeny v rodině a sociální síti (Norton, 1994). Pacientovy závěry a hodnocení závažnosti situace může být také ovlivněno.

Pacient přicházející k lékaři – a nejen k němu – si často v mysli přináší velice propracovanou představu o tom, co mu je. K lékaři často přichází se žádostí, aby mu tuto představu potvrdil. Soustavným šetřením toho, co si pacient pamatoval z toho, co mu právě řekl lékař, a bylo zjištěno, že plná třetina pacientů si nepamatovala diagnózu, kterou jim před chvílí jejich lékař řekl. Plně dvě třetiny pacientů nebyly s to opakovat rady lékaře, případně detaily toho, jak bude dále probíhat léčení, a informace o tom, na které příznaky je třeba dávat si pozor.

Lékař by proto měl o pacientových pocitech a vlivech nemocí na jeho každodenní život a na život jeho rodiny s pacientem hovořit, aby lépe porozuměl pacientově úzkosti nebo strachu.

Je známo, že pacientovo sociální zázemí a zkušenosti neovlivní pouze vnímání nemoci a související očekávání, ale může dokonce zvýšit riziko výskytu nemoci. Např. u problémů v osobním životě, v případě ztráty zaměstnání nebo jiné nepřízně osudu se prokázalo, že došlo k většímu výskytu depresí, bolestí břicha, nemocí srdce a jiných zdravotních problémů. Pacienti, kteří prožívají osobní bolest nebo problém se mohou také někdy cítit nemocni a užívat výhod emocionální kvality vztahu lékaře a pacienta, i když se u nich přítomnost nemoci nepodařilo prokázat (Scambler, 1997).

Pohlaví lékaře a pacienta

Na lékaře i pacienta a na jejich vzájemný vztah má vliv i to, jakého jsou tyto aktéři pohlaví. Výzkumníkům se podařilo empiricky potvrdit existenci rozdílných přístupů lékařů-mužů a lékařek-žen k pacientům-mužům a pacientkám-ženám.

Opakovaně se ukázalo, že lékaři a lékařky praktikují rozdílné komunikační styly, které zahrnují předpověditelné neverbální a verbální chování a které jsou v čase stabilní.

Dvěma nejčastějšími charakteristikami chování lékařů jsou otevřený a kontrolující přístup. Kontrolující styl je typičtější pro lékaře-muže a naopak otevřený způsob je typičtější pro lékařky-ženy.

Otevřený způsob chování k pacientovi se vyznačuje přátelskostí, zájmem, empatií, touhou pomoci, nesoudící náladou a sociální orientací. V komunikaci jsou používány částice a slovní projevy radosti. Neverbální otevřenost je dávana najevo prostorovou blízkostí při komunikaci, radostným výrazem v obličeji, úsměvem, přitakáváním nebo očním kontaktem.

Sociologická pozorování lékařů a pacientů během návštěv ukazují, že tyto komunikační prvky používají častěji ženy - lékařky. Kontrolující přístup je charakterizován dominancí lékaře během konverzace, přerušováním pacienta, pokládáním velkého množství otázek, dáváním příkazů a používáním uzavřených otázek, na které se dá odpovědět pouze kladně nebo záporně. Lékař kontroluje situaci, chová se autoritativně. S pacienty tento lékař tráví méně času a málo používá takové prvky, jako je úsměv nebo přikyvování. Tento přístup je podle výzkumů více typický pro lékaře-muže.

Přestože je pohlaví lékaře často spojováno s větší spokojeností pacientů, výzkum realizovaný mezi studenty koncem 90. let v USA tuto skutečnost nepotvrdil.

Etnická příslušnost lékaře a pacienta

Další ze sociodemografických charakteristik, která se promítá do vztahu lékaře a pacienta, je etnická příslušnost těchto aktérů. Rasa a etnická příslušnost jsou důležitými kulturními bariérami v komunikaci lékaře a pacienta. Lékaři a pacienti příslušející ke stejné rase nebo etnické skupině sdílí častěji stejné kulturní hodnoty a tím pádem komunikují efektivněji.

Podobně jako v případě pohlaví, preferují příslušníci etnických skupin ve srovnání s většinovou populací signifikantně častěji navštěvovat lékaře, který náleží ke stejné etnické skupině.

Míra pacientovy participace na konzultaci a léčbě

Podoba vztahu lékaře a pacienta se také odvíjí od toho, jak pacient participuje na konzultaci a spolupracuje při léčbě (např. dodržováním lékařových pokynů). Některým pacientům vyhovuje přístup, kdy je vše ponecháno na rozhodnutí lékaře, někteří naopak

chtějí být aktivní složkou vztahu. **Výzkumy ukazují, že pacientova schopnost participovat na konzultaci je korelována se sociodemografickými charakteristikami, jako je věk, pohlaví nebo vzdělání** (Křečková Tůmová, 2002).

Mladší pacienti vyžadují více partnerský přístup. Mladší pacient je častěji méně spokojený a více kritický. Starší pacienti a pacienti s vážnějšími onemocněními častěji preferují vztah s paternalistickými prvky, tedy situaci, kdy je jim určitá povinnost lékařem uložena. Mladší pacienti naopak chtějí být do procesu rozhodování a léčení aktivně zapojováni.

Vzdělanější osoby kladou více otázek a častěji vyžadují vysvětlení. Ukazuje se, že lékaři více vysvětlují vzdělanějším pacientům a mužům. Stupeň pacientovy participace na konzultaci u lékaře záleží také na tom, jakou má pacient nemoc a jaká je úroveň jeho znalostí o nemoci (Scambler, 1997).

Úroveň pacientovy spolupráce s lékařem a participace na konzultaci je také významně ovlivněna spokojeností pacienta s konzultací. **Dále se ukázalo, že na konzultaci více participují pacienti, kteří vnímají svůj zdravotní stav lépe.**

Růst pacientovy participace na konzultaci a léčbě má i četné pozitivní dopady. **Spolupráce v rozhodování může posílit souhlas s vybranou léčbou, vede k většímu dodržování léčby, zlepšuje vztah lékaře a pacienta a posiluje spokojenost pacienta.**

Lékařova schopnost empatie

Podle R. Honzáka (1999) je empatie prvním předpokladem pro vzájemné porozumění lékaře a pacienta. Empatický lékař dává pacientovi příležitost vyslovit své mínění, vyhýbá se rychlým, neuváženým úsudkům, umožní pacientovi, aby se svěřil se svými pochybnostmi. Empatie reprezentuje důležitý aspekt interakce lékaře a pacienta (Norton, 1994) na úrovni člověk - člověk. Lékařova schopnost empatie je u pacientů na jednom z předních míst požadovaných vlastností lékaře.

4.1.4. Lékařská praxe, její styl a délka

S kvalitou vztahu lékaře a pacienta souvisí také délka lékařovy praxe. Dovednosti, kterým dominuje schopnost efektivně volené komunikace s pacientem, nemůže lékař získat pouze vzděláváním, ale až nabytí samotné praxe při osobním kontaktu s pacienty.

Z oblasti vlivu délky lékařovy praxe na vztah s pacientem se doposud nepodařilo získat empirická data, která by potvrdila nebo vyvrátila danou závislost.

4.1.5. Vzájemná komunikace

Komunikace lékaře a pacienta

„Lékař sám je významným, ne-li nejvýznamnějším léčebným prostředkem. Měl by proto vědět (stejně jako to ví o jiných lécích a léčebných postupech), jaké má účinky, včetně vedlejších, a jak je správně dávkovat.“⁷

Nejvýznamnější faktor, který výraznou měrou na úrovni člověk – člověk působí na lékaře a na pacienta a tím utváří jejich vzájemný vztah, patří komunikace.

Komunikace provází každý vztah lidských bytostí a sestává z přenosu zprávy od zdroje k posluchači. Proces komunikace je ovlivněn očekáváními, emocionálním stavem a ostatními charakteristikami zdroje informace a příjemce této informace.

Ve vztazích lékař – pacient dominuje správně volená komunikace, teprve pak je to vysoká odbornost, dodržování etických norem. **Kvalitní komunikace mezi lékařem a pacientem je nejen základem správné lékařské praxe, ale také prevencí nejrůznějších nedorozumění a konfliktů nezřídka končících stížnostmi.** Komunikace s pacientem je dovedností, kterou může lékař získat např. s délkou své praxe.

Komunikace dominuje všem oblastem vztahu lékaře a pacienta a její podoba působí v oblasti vzájemného očekávání, osobních postojů a názorů, participace pacienta na konzultaci, míry jeho spolupráce při léčbě apod.

Komunikace lékaře s pacientem je významným prvkem v úspěšnosti léčby. V případě, že je komunikace na dobré úrovni a lékař pacientovi vysvětluje vše, co souvisí s jeho léčbou, a zda je si pacient vědom povahy a vážnosti své nemoci, je daleko ochotnější spolupracovat při léčbě, než v případě, že lékař pacienta informuje pouze o opatřeních, která je třeba v souvislosti s nemocí udělat (např. brát léky) a omezuje se pouze na dávání rad.

Výzkumy ukazují, že konzultace s lékaři často provází nedorozumění způsobené právě nedostatečnou komunikací. Nedorozumění mezi lékaři a pacienty vznikala především z důvodů:

- nedostatečné výměny informací na straně lékaře i pacienta,

⁷ Honzák, R.: *Komunikační pasti v medicíně*, Praha, Galén, 1999

- jako výsledek sporných informací a
- v důsledku neporozumění pacienta lékařově diagnóze nebo rozhodnutí o léčbě

Nedostatečná komunikace je častou příčinou nerozpoznání psychického problému u pacienta lékařem. Tuto skutečnost potvrdil i výzkum realizovaný ve Španělsku koncem 90. let na vzorku 233 pacientů. Tito pacienti byli dotazováni a vyšetřováni psychiatrem ihned po vyšetření svým praktickým lékařem. Vyšetření lékařů byla nahrávána na video a následně analyzována. Cílem této studie byla analýza vztahu mezi schopností lékaře identifikovat emocionální problémy pacientů a způsobem komunikace s pacienty.

Výsledky tohoto výzkumu ukazují na úzkou asociaci mezi schopnostmi lékaře komunikovat s pacientem a schopnostmi lékaře identifikovat emocionální poruchu u pacienta. Schopnost odhalit tyto poruchy signifikantně souvisí:

- **s očním kontaktem,**
- **s otevřeným postojem lékaře tváří v tvář pacientovi, když mluví,**
- **s absencí slovních přerušování pacienta a**
- **s pokládáním otázek s psychologickým obsahem.**

Dále se podařilo zjistit, že negativní **postoj k pacientovi významně ovlivňuje schopnost lékaře odhalit pacientovu psychickou poruchu** a že tento negativní postoj může vytvořit odstup mezi oběma aktéry a tím pádem potlačit pacientovu komunikaci, což vede k paternalistickému přístupu.

Neverbální komunikace

Důležitým a neopomenutelným prvkem komunikace je vedle slov i komunikace neverbální, kam patří mimika, gestikulace, vzájemná vzdálenost a postavení. Neverbální část komunikace je důležitou specifickou rovinou a součástí komunikace obecně. Neverbální komunikace vytváří důležitý a pestrý kontext komunikace verbální (Kapr, 1998).

Konverzace

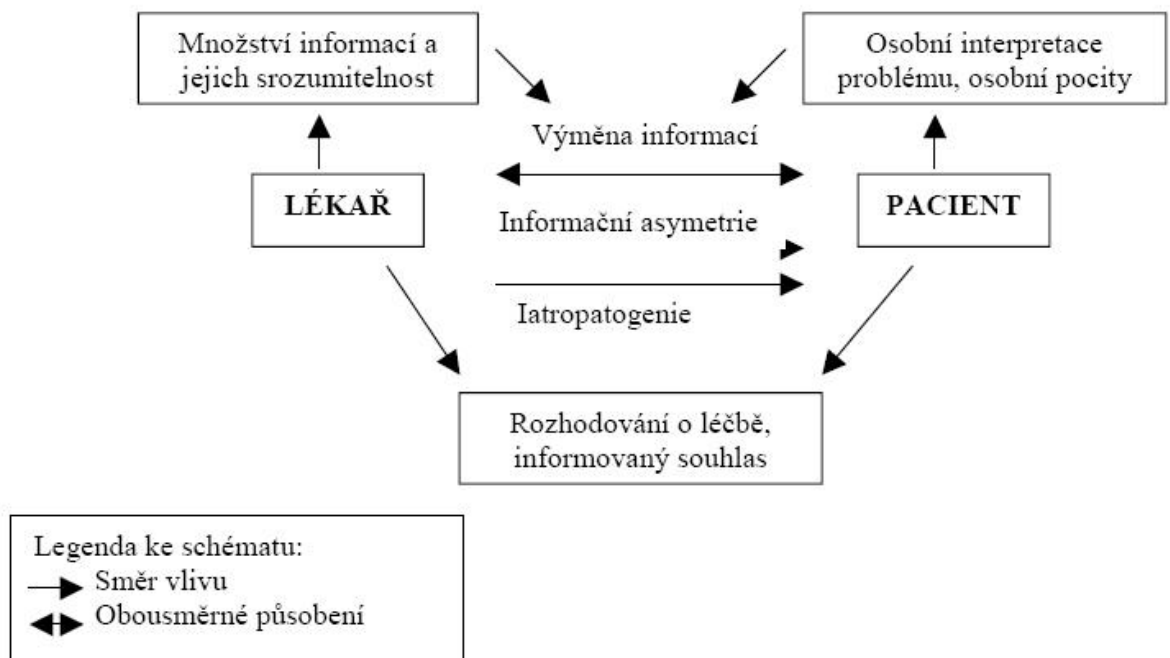
Nejčastějším druhem komunikace je konverzace. Konverzace lékaře a pacienta má mnoho prvků, které lze uspořádat do několika skupin. Mezi ty základní patří:

- **množství informací a dostupnost informací,**
- **srozumitelnost informací, schopnost lékaře vysvětlit,**

- **oboustranná výměna informací (vzájemná komunikace), spolupráce lékaře a pacienta, schopnost lékaře naslouchat,**
- **informační asymetrie,**
- **rozhodování o léčbě a informovaný souhlas,**
- **iatropatogenie** („věda, který se zabývá poškozením či zhoršením duševního, sociálního nebo somatického zdraví pacienta nebo klienta nežádoucím zákrokem nebo chováním zdravotníka“).⁸

Základní prvky komunikace lékaře a pacienta naznačuje následující schéma.

Schéma č. 6: Znázornění toku informací ve vztahu lékaře a pacienta



Zdroj: Sborník IZPE 3/2002

Množství informací poskytovaných pacientovi a jejich dostupnost

Úroveň komunikace lékaře s nemocným pacientem je v ČR v mnohých zdravotnických zařízeních žalostná. Medicína mlčení je nešťastný přežitek minulého období. Stále ještě přetrvává u zdravotníků pocit, že mluvit s pacienty je ztráta času (Honzák, 1999).

⁸ <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>, 7.8.2007

Výzkumy však ukazují, že nedostatečné informování pacienta může mít pro jeho léčbu negativní dopady a může ohrozit i jeho uzdravení. Nedostatečná komunikace s pacienty může vést i k tomu, že někteří z nich ukončí léčbu, jakmile se začnou cítit lépe.

Moderní doba zaznamenává obrovský rozmach informačních technologií. Je také známo, že pacienti jsou nyní informovaní více než kdy předtím, což jim umožňuje přebírat ve vztazích s lékaři více aktivní roli. Jednou z technologií, která se v posledních letech výraznou měrou podílí na růstu informovanosti, je **internet**. Internet nabízí svým uživatelům obrovské množství informací z různých oblastí, tedy i z oblasti zdravotnictví. Tyto informace jsou zároveň snadno dostupné.

Pacienti si tak snadno mohou dohledat informace o své nemoci a mohou naléhat na lékaře a ovlivňovat tím pádem i vzájemný vztah (např. požadují předepsání nového léku, o kterém četli na internetu). Kvalita informací na internetu se často liší, což je skutečnost, kterou není možné pominout a která jen podtrhuje nutnost poskytování dostatečného množství informací pacientům ze strany lékařů.

Srozumitelnost informací

Nelze však spoléhat pouze na to, že dostatečné množství informací pacienty uspokojí. Jedná se totiž o vysoce odborné informace, kterým osoba bez medicínského vzdělání vůbec nemusí porozumět. Vedle kvantity proto musí být položen důraz také na kvalitu těchto informací, a to především na jejich srozumitelnost pacientovi. V opačném případě je podávání těchto

informací spíše ztrátou času a může vést ke konfliktu ve vztahu. **Pacient by měl od začátku léčení do konce rozumět tomu, co mu lékař sděluje.**

Oboustranná komunikace, spolupráce lékaře a pacienta, schopnost lékaře naslouchat

V posledních třech desetiletích dochází ve vztazích lékařů a pacientů k posunu od paternalismu směrem k většímu partnerství. Části pacientů už nevyhovuje pasivní role, ale chtějí vzájemnou a oboustrannou komunikaci s lékařem a vzájemnou spolupráci.

Zapojení pacientů do komunikace může lékařům pomoci zlepšit vzájemný vztah, ale na druhou stranu klade vyšší nároky na délku konzultace. Odborníci ale tvrdí, že v případě zapojení pacienta do komunikace si pacienti budou pamatovat, že od lékaře dostali šanci se podílet na rozhodování a mohou se tak cítit respektováni.

Většina výzkumů o pacientových preferencích a očekávání během konzultace s lékařem ukazuje, že pacienti preferují lékaře, který jim naslouchá a diskutuje s nimi o jejich problémech, na druhou stranu však pacienti během konzultace často přebírají pasivní roli.

Pro získání pacienta pro léčbu a pro aktivní spolupráci je důležité, aby pacient

- měl zájem o své zdraví,
- věřil a rozuměl své diagnóze,
- věřil v účinnost předepsané léčby
- a věřil, že správné užívání léků je pro jeho dobro,
- věřil lékaři, že má nad jeho nemocí jistý stupeň kontroly,
- věřil, že lékař se stará o něj jako o osobu a nevidí v něm pouze nemoc, kterou musí vyléčit.

Výzkum na straně lékařů metodou hloubkových rozhovorů ukázal hlavní **problémy v komunikaci lékařů a pacientů**. Jednou z bariér, proč není vždy komunikace podle představ obou aktérů, je **čas**. Lékař se během konzultace nachází pod tlakem, protože ho čeká spousta dalších pacientů, které bude muset ošetřit. Lékař se tedy nachází v situaci, kdy musí

počítat, kolik času s pacientem může strávit a tudíž, kolik a jak detailních informací mu může předat. **Lékaři také argumentují tím, že příliš detailní informace mohou pacienty mást, přidělat jim zbytečné starosti nebo u nich dokonce vyvolat psychosomatické symptomy.**

Zlepšení komunikace vyžaduje posun v rozložení sil u lékaře a pacienta. Nicméně tento posun by neměl být příliš silným směrem k pacientově autonomii, ale ke vzájemnému dialogu.

Tab. č. 4: Komunikační prvky ve vztahu lékaře a pacienta a jejich vliv na pacientův zdravotní stav

Vybrané komunikační prvky ve vztahu lékaře a pacienta a jejich vlivy na pacientův zdravotní stav	
Informování	
Lékař podává pacientovi informace (včetně emoční podpory a balíčků informací a programů)	<ul style="list-style-type: none"> • Redukce úzkosti a strachu • Rozluštění symptomů • Kontrola krevního tlaku • Redukce bolesti • Zlepšení nálady • Zlepšení funkcí
Participace	
Lékař se ptá na pacientovo porozumění, názory a očekávání, na vliv problému na pacientův život	<ul style="list-style-type: none"> • Rozluštění symptomů • Redukce strachu
Lékař vyzývá pacienta, aby pokládal otázky	<ul style="list-style-type: none"> • Redukce strachu • Redukce limitů v rolích • Redukce fyzických limitů
Pacienti jsou vtaženi do plnohodnotné a otevřené diskuse o problému	<ul style="list-style-type: none"> • Rozluštění symptomů
Lékaři vyzývají pacienty, aby se podíleli na rozhodování	<ul style="list-style-type: none"> • Redukce strachu
Lékaři a pacienti se shodli na povaze problému a na nutnosti jeho řešení	<ul style="list-style-type: none"> • Rozluštění problému • Rozluštění symptomů
Vzájemné reakce	
Lékaři pronikají do pacientových pocitů a emocí	<ul style="list-style-type: none"> • Redukce úzkosti
Lékař dává najevo svou podporu a vžívá se do pacientovy situace	<ul style="list-style-type: none"> • Rozluštění symptomů
Uvolnění vztahu	
Pacient plně vyjadřuje své pocity, názory	<ul style="list-style-type: none"> • Limitování fyzické a sociální role • Kontrola zdravotního stavu a krevního tlaku
Pacient je úspěšný v získávání informací	<ul style="list-style-type: none"> • Zlepšení fyziologického stavu • Zlepšení funkcí

Zdroj: Sborník IZPE č.3/2002

Spokojenost pacienta a vazba na komunikaci s lékařem

Kvalita komunikace lékaře a pacienta se často vztahuje k pacientovu pocitu spokojenosti se zdravotní péčí. Přestože pacienti se zdráhají pokládat lékařům otázky nebo žádat vysvětlení, **jasná komunikace vede k vyšší spokojenosti pacientů a pacienti, kteří kladou přímé otázky, jsou spokojenější s konzultacemi u lékaře než ti, kteří se ptají nepřímě.** Efektivní komunikace lékaře a pacienta je korelována s vyšší spokojeností pacienta, zvyšuje míru dodržování léčby a tím pádem i konečné výstupy léčení.

Selhání komunikace mezi lékařem a pacientem

Výzkumy ukazují, že **selhání komunikace mezi lékaři a pacienty** vede ke zlosti a nespokojenosti pacienta, někdy dokonce k soudnímu sporu a **je původcem řady konfliktů mezi lékaři a pacienty** Strach ze soudní žaloby má významně negativní vliv na lékaře, protože strach plodí prostředí, ve kterém lékaři nejsou schopni

praktikovat „dobrou“ medicínu. Tím pádem se zvyšuje pravděpodobnost nespokojenosti pacienta a možné soudní žaloby.

Nejen v ČR, ale také v západní Evropě **více problémů a nepříznivých právních následků vzniká lékařům a ústavům, pro které pracují, nikoli pro jejich odborná pochybení, ale díky nedostatečné komunikaci s pacienty.** Také většina stížností doručených pacienty na Českou lékařskou komoru směřuje na komunikační střety mezi pacientem a jeho lékařem.

Shrnutí faktorů působících na mikroúrovni

Tato kapitola se snažila poukázat na faktory působící na vztah lékaře a pacienta na úrovni dvou osob, nazvané též mikroúrovni. Ukázalo se, že faktory působící na této úrovni lze členit do širších skupin, kterými jsou:

- očekávání lékaře a očekávání pacienta,
- osobní názory a osobní hodnoty,
- sociodemografické a psychosociální charakteristiky,
- styl vedení a uspořádání lékařské praxe,
- délka vztahu,
- délka lékařovy praxe,
- komunikace lékaře a pacienta.

Posledně jmenovaný faktor se ukázal být pro kvalitu vztahu lékaře a pacienta jako nejdůležitější a vyžadující maximální pozornost. Skupina faktorů, které jsou osobou snadno ovlivnitelné, skýtá obrovské možnosti pro zlepšování vzájemného vztahu lékařů a pacientů, a to přímo na úrovni osob. Osvojování dovedností, které mají pozitivní dopad na vztah lékaře a pacienta, se zpětně promítne do kvality tohoto vztahu. Analýza působení této skupiny faktorů na vztahy lékařů a pacientů je výzvou pro vzdělávání ve zdravotnictví, které může současným i budoucím lékařům tyto dovednosti předat.

4.2. Faktory na střední úrovni

Střední úroveň je definována jako úroveň, která se silně projevuje na vztahu člověk – člověk, ale míra její ovlivnitelnosti osobou lékaře a pacienta je malá, protože daleko větší roli hraje samotný systém poskytování zdravotní péče, který vytváří rámec, ve kterém se lékař a pacient pohybují a jímž je jejich vzájemný vztah determinován.

Faktory působící na této úrovni lze zobecnit jako **prostor, prostředí a atmosféra** při poskytování zdravotní péče nebo jako projev zdravotnického systému v praxi. Jsou to tedy faktory související s realizací zdravotní politiky. Na střední úroveň vztahu je též možné nahlížet jako na přechod od úrovně zdravotnického systému k úrovni dvou osob.

Výčet faktorů působících na střední úrovni

Na střední úrovni působí na osobu lékaře a pacienta a následně na jejich vztah tyto skupiny faktorů:

- **čas** (objem času, který spolu lékař a pacient stráví, hodnocení společně stráveného času, množství pacientů ošetřených za den, okolnosti rozhodování o léčbě, čekací a objednávací doby),
- **prostředí zdravotnického zařízení** (uspořádání zdravotnického zařízení, prostředí čekárny a ordinace, dostupnost péče, fyzický přístup do ordinace, rozsah služeb),

atmosféra ve zdravotnickém zařízení (existence komunikace mezi zdravotníky, možnost zneužívání prvků systému).

4.2.1. Čas a jeho vliv

Čas je nejdůležitějším faktorem na střední úrovni, který modifikuje vzájemný vztah lékaře a pacienta. Na faktoru, který je shrnut pod společný název „vliv času“ se podílí tyto dílčí faktory, které utvářejí (hlavně na straně pacienta) celkový dojem z návštěvy a ovlivňují vzájemný vztah:

- objem společně stráveného času,
- množství pacientů, které musí lékař ošetřit za den a s tím související čas, který má lékař na jednotlivé pacienty a okolnosti (únava, stres), za kterých musí rozhodnout o diagnóze a léčbě
- délka čekacích dob Příklad: na vyšetření

Objem společně stráveného času

Lékaři často zdůvodňují jako hlavní překážku přijetí přístupu orientovaného na pacienta nedostatek času během konzultace. Nachází-li se lékař v časové tísní, je jeho zájmem stanovit diagnózu nejrychleji, jak to jde, což mu lépe umožňuje právě paternalistický

přístup charakterizovanými uzavřenými otázkami a který nedává moc prostoru pro pacientova vyjádření a osobní pocity.

Přesvědčení, že lékař pacientovi věnuje málo času, bývá častou příčinou nespokojenosti. Řešení pro lékaře nebývá jednoduché, protože čas vymezený a určený systémem je neúprosný (Krtička, 1999). Bylo zjištěno, že **spokojenost pacienta roste s délkou návštěvy** lékaře a časem stráveným při konzultaci výsledků vyšetření. Delší konzultace jsou signifikantně asociovány s vyšší mírou rozpoznání psychického problému u pacienta.

U českých pacientů praktických lékařů podle výsledků předvýzkumu IZPE převládá pocit, že jim lékař věnuje dostatečné množství času. Nutné je však zdůraznit, že toto přesvědčení pacienta je jeho subjektivní názor.

Množství času, který lékař pacientovi věnuje, je však i přes relativně dobré hodnocení aspektem, který by poměrně velká část pacientů oproti současnému vztahu s praktickým lékařem zlepšila. Prodloužení objemu času, který spolu stráví lékaře a pacient během konzultace, si vedle nespokojených přejí často i pacienti, kterým podle subjektivního pocitu jejich lékař věnuje vždy nebo většinou tolik času, kolik je potřeba (Dobiášová, Křečková Tůmová, 2001). Hodnocení těchto výsledků ukazuje na rostoucí požadavek na čas, který by chtěli pacienti strávit s lékaři a je nesporně výzvou pro tvůrce politiky.

4.2.2. Prostředí zdravotnického zařízení

Dalším z faktorů, o kterém lze předpokládat, že na střední úrovni působí především na pacienta a posléze ovlivňuje vztah lékaře a pacienta v rámci zdravotní péče, je prostředí a komfort zdravotnického zařízení. Pod tímto označením se skrývají tyto dílčí faktory:

- uspořádání zdravotnického zařízení (přehlednost, snadná orientace),
- prostředí sdílených prostor (výzdoba, barevnost, materiály ke čtení, dostatek židlí, uspořádání nábytku, čistota apod.),
- existence bezbariérového přístupu,
- dostupnost péče (vzdálenost od bydliště, příp. pracoviště, existence dopravního spojení, možnost telefonického spojení s lékařem),

- rozsah služeb a jejich uspořádání (možnost absolvovat specializovaná vyšetření přímo ve zdravotnickém zařízení nebo v jeho blízkosti, jednoduchost objednání se),
- ordinační hodiny lékaře.

Prostředí, ve kterém se ocitl, vnímá pacient dříve, než s někým mluví. To, jak toto prostředí vnímá, může ovlivnit jeho budoucí vztah s lékařem (Norton, 1994).

Pacient od počátku všemi smysly hodnotí vstup do budovy, její prostor, světlo, zvuky, barvy, vůně, osoby, se kterými se setkává. **Také je vnímavý k tomu, jak se k němu chová nelékařský personál** (Kapr, 1998). Jedním z ožehavých témat, které patří do oblasti faktorů působících na úrovni komfortu zdravotnického zařízení, je čistota.

4.2.3. Atmosféra ve zdravotnickém zařízení

Posledním z faktorů, který působí na vztah lékaře a pacienta na střední úrovni, je atmosféra ve zdravotnictví. Tento faktor je tvořen těmito dílčími prvky:

- **komunikace mezi zdravotníky uvnitř systému** (atmosféra kooperace nebo rivality),
- **možnost zneužívání systému**

4.2.4. Shrnutí

Střední úroveň je definována jako úroveň, která je na pomezí vztahu člověk – člověk a zdravotnický systém. To znamená, že faktory působící na této úrovni se silně projevují na úrovni dvou osob, **ale míra jejich ovlivnitelnosti je na úrovni těchto osob nízká.**

Nejvýznamnějším faktorem na této úrovni je čas. Čas určuje prostor, který spolu lékař a pacient stráví a který mají na komunikaci, resp. na budování vzájemného vztahu.

Také faktory působící na střední úrovni je možné rozdělit podle směru působení. Předpokládám, že čas působí jak na lékaře, tak i na pacienta. Na každého z nich však jinak. Stejně je to v případě atmosféry ve zdravotnictví.

4.3. Faktory na makroúrovni

Makroúroveň je definována jako úroveň zdravotnického systému. Jsou sem zahrnuty faktory, které vytváří rámec pro poskytování a čerpání zdravotní péče a jsou určeny

pravidly jako je právo, právní předpisy a normy. Míra ovlivnitelnosti této skupiny faktorů ze strany lékaře a pacienta je minimální, ale jejich vliv na vztah lékaře a pacienta je zřejmý.

Výčet faktorů působících na makroúrovni

Na makroúrovni působí na osobu lékaře a pacienta a následně na jejich vztah tyto faktory:

- **možnost volby lékaře,**
- **systém gatekeepingu,**
- **finanční zajištění zdravotní péče** (způsob úhrad zdravotní péče, morální hazard, spoluplatby)
- **vztah lékaře a zdravotní pojišťovny,**
- **léková politika,**
- **hájení zájmů lékařů, příp. pacientů** (organizace hájící zájmy lékařů a organizace hájící zájmy pacientů, možnost stížností, existence práv pacientů),
- **systém vzdělávání lékařů,**
- **odborné a technické možnosti práce praktického lékaře** (obtížnost stanovení diagnózy, existence možností léčby, vybavení pracoviště).

5. Zajištění kvality poskytované péče jako proces zjišťování spokojenosti

„Podle klasického teoretického modelu znázorňujícího nejdůležitější elementy a fungování zdravotnických systémů, je spokojenost pacientů chápána jako jeden z neopominutelných výstupů zdravotní péče, a tudíž jedním z cílů, o která ve zdravotnictví jde.“

(Donabedian)⁹

• ⁹ Donabedian A.: *The Duality of care:How can not be assessed? American Media Association, 1998*

Fungování zdravotního systému velmi dobře vystihuje následující schéma:

1. Struktura zdravotnického systému, kterou tvoří:
 - Pracovníci a jejich odborná kvalifikace
 - Materiálně- technické vybavení zdravotnických zařízení
 - Organizační model, který určuje vztahy a pravidla uvnitř systému a ovlivňuje provoz

2. Procesy zdravotní péče
 - Odborná stránka diagnostických a terapeutických procesů (standardní doporučené postupy)
 - Ekonomická stránka
 - Socio-psychologická stránka

3. Výstupy zdravotní péče
 - Objektivní (zdravotní stav pacientů)
 - Subjektivní (spokojenost s péčí)

Spokojenost pacientů se vztahuje k bezprostředně konzumované zdravotní péči, kterou pacienti mají možnost hodnotit na základě vlastních zkušeností. Je ovlivněna řadou dalších faktorů, jako je například hodnotová orientace, politická orientace a ekonomický status. (Hnilica 1999)¹⁰

Spokojenost pacientů nelze zaměňovat nebo ztotožňovat s kvalitou poskytované péče, avšak může pozitivně ovlivnit efekt léčení. Pacienti, kteří jsou spokojeni s léčbou více, důvěřují lékařskému personálu a spolupodílí se na svém léčení.

5.1. Sociální medicína

Cílen sociální medicíny je poznat, jak působí sociální vlivy na poskytovanou zdravotní péči, na průběh nemocí a jejich léčení, na potenciál zdravotního personálu a jejich výkon, a jaký mají dopad nejen na pacienta, ale i na celou společnost.

Sociální medicína spolu s dalšími vědami (lékařská psychologie, psychosomatika aj.) poskytuje možnost, jak poznat, zda lékařská péče odpovídá požadavkům a očekáváním

• ¹⁰ Hnilica A.: *Kvalita života a stereotypní hodnocení změn ve společnosti a ve zdravotnictví, Zdravotnictví v ČR.4,1999*

pacientů. Jak uvádí Bártlová a Hnilicová (2000): „V rámci sociologie medicíny jde především o porozumění sociálního chování lidí. Toto jednání lze zkoumat ze tří hledisek.“

1. Faktor společenského uspořádání upevňující sociální pořádky
 - Sociální jednání v organizacích (např. činnost nemocnice)
 - Sociální jednání jako výraz role určitého povolání (působení lékaře)

2. Faktor mezilidských vztahů
 - Sociální jednání jako vyjádření společenské skutečnosti (např. vyloučení nemocného z normálních běžných vztahů)
 - Sociální jednání jako skupinový proces (např. sociální podpora ve skupině ve vztahovém poli)

3. Faktor individuální připravenosti k jednání
 - např. rozhodnutí k jednání směřující k podpoře a upevnění zdraví (Siegrist, J. 1988)¹¹

5.2. Koncept spokojenosti jako výstup péče

Ve vyspělých zemích je jedním z vůdčích trendů řízení zdravotnictví také orientace na kvalitu poskytované zdravotní péče a na kvalitu vztahů ve zdravotnictví. Požadavek na zajištění kvality zdravotní péče by se měl na základě doporučení WHO¹² stát součástí zdravotní politiky v každé zemi. WHO si stanovila programové sledování a zvyšování kvality zdravotní péče jako jeden z osmatřiceti cílů evropské strategie programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“.

V tomto bodu programu se píše, že v oblasti zlepšení kvality a efektivity péče je doposud značný potenciál a že nezbytným nástrojem pro kontinuální sledování rozvoje kvality péče je systematické sledování zdravotních výsledků v klinické praxi. Hodnocení výsledků zdravotní péče by mělo být běžnou záležitostí.

Pro určení kvality zdravotnických služeb se jako jeden z důležitých ukazatelů používá hodnocení spokojenosti pacientů. Současná filozofie poskytování zdravotní péče se opírá o přesvědčení, že léčebná péče by měla být zaměřena především na

• ¹¹ Siegrist, J.: *Medizinische Sociologie.4, vollig neu bearbeitete Auflage, Munchen-Wien-Baltimore, 1998*

• ¹² WHO, *World Health organization, Světová zdravotnická organizace*

uspokojování potřeb pacientů. Pokud toto není dodrženo, odráží se to v jejich vědomí jako subjektivně pociťovaná spokojenost nebo nespokojenost (Bártlová, 2000).

5.3. Význam osoby lékaře pro pacientovu spokojenost

Pro spokojenost pacientů jako měřítko subjektivně vnímané kvality péče a její aspekty existuje několik modelů. Obecně lze konstatovat, že se v každém z těchto modelů se objevuje jako jedna z dimenzí určující spokojenost pacientů osoba lékaře a vztah s ním. Také analýza výsledků průzkumu realizovaného ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze v roce 1994 ukázala, že odborná stránka poskytované péče a její interpersonální aspekty mají největší vliv na celkovou spokojenost pacientů. Ukázalo se, že **pokud jsou pacienti spokojeni s mezilidskou dimenzí péče, pak jsou přesvědčeni také o odborné kvalitě této péče**. Interpersonální a komunikační aspekty péče jsou tedy „filtrem“, přes který pacienti posuzují a vnímají odbornou stránku péče (Bártlová, 2000).

Mají-li však být pacienti spokojeni s mezilidskou stránkou péče, je třeba, aby byli léčeni spokojenými lékaři. Chceme-li spokojeného pacienta, musíme položit důraz na analýzu jeho vztahu s lékařem a na faktory, které působí na oba aktéry tohoto vztahu a na vztah jako takový. Stresovaný a nespokojený lékař totiž k pacientům přistupuje jinak, než lékař, který nachází ve své práci a v kontaktu s pacienty osobní uspokojení. To znamená, že i **spokojenost lékaře a faktory, které ji ovlivňují, mají vliv na celkovou podobu vztahu lékaře a pacienta**.

5.4. Spokojenost pacienta – klienta

5.4.1. Pojetí spokojenosti

V odborné literatuře je často diskutován problém, jak definovat spokojenost pacientů. Dosud nebyl prezentován jasný a teoretický koncept spokojenosti pacientů. Existují však jisté dílčí pokusy, jejichž výstupem je několik modelů spokojenosti pacientů. Jsou to:

1. **Model postavený na dosažení určitých hodnot spokojenosti v definovaných dimenzích** – spokojenost je zde definována jako pozitivní ohodnocení určitých

vymezených dimenzí zdravotní péče. Tyto dimenze jsou odvozeny ze statistických dat a jednotliví autoři se liší v jejich definování.

2. **Model postavený na splnění přání pacienta** – vychází z předpokladu, že mezi tím, co si pacient přál a očekával a tím, co se domnívá, že dostal, existuje vztah. Spokojenost v tomto případě ukazuje, do jaké míry byla očekávání a ideální přání pacientů splněna. Reálné zkušenosti s péčí mají v rámci tohoto modelu až druhotný význam. V rámci tohoto konceptu jsou za rozhodující považovány charakteristiky jako pohlaví, věk, vzdělání a osobnost pacienta.
3. **Diskrepanční model** – ve srovnání s předchozím modelem je váha očekávání pacientů a reálných zkušeností s péčí obrácená. **Rozhodující tedy je, jakou péči pacienti dostali a jak ji subjektivně vnímali.** Předpoklad, že významnou roli ve spokojenosti pacientů hraje rozdíl mezi jejich očekáváním a zkušenostmi s klinickou péčí, byl opakovaně výzkumně potvrzen.
4. **Pragmatický model spokojenosti pacientů** – předpokladem je, že úroveň spokojenosti pacienta je závislá v první řadě na tom, jaké povahy bylo jeho onemocnění a jaký typ péče mu byl z medicínského hlediska poskytnut. Do hry vstupují významně i sociodemografické charakteristiky (věk, vzdělání, ekonomické postavení) a kulturní a rodinné zázemí. Tyto charakteristiky ovlivňují míru spokojenosti pacienta. Do očekávání kvality péče se spolu s výše uvedenými faktory promítají i zkušenosti se zdravotnictvím, které měl někdo z pacientových blízkých (Bártlová, 2000).

5.4.2. Co je to spokojenost

Johnson, Ruhl (2000) vidí spokojenost jako jistý prožitek, pocit nebo klidný stav mysli, jenž se děje v určitém čase. Dalo by se říct, že spokojenost přirovnávají k pocitu štěstí. Pocit, kdy mysl nepřemýšlí o tom, co je dobré a špatné, neuvažuje o budoucnosti a minulosti. Člověk se cítí vyrovnaný, bere určitý časový úsek svého života za daný a nesnaží se nijak změnit. Poté mluvíme o spokojenosti či o pocitu štěstí.

Je zjevné, že spokojenost nevychází z materiálního světa, je to „duševní síla“. Což zcela odporuje materiálnímu způsobu života naší civilizace. Většina populace vidí smysl své existence ve vytváření hmotných pozůstatků. Vydělat co nejvíce peněz, ty poté svěřit

svým dědicům, za nabyté peníze nakoupit domy, auta, pozemky a jiné hmotné statky, které jsou zdrojem jejich spokojenosti.

Lze tvrdit, že každé „já“ člověka se pohybuje mezi „vnějším“ a „vnitřním“ světem. Hledání spokojenosti znamená pak hledání svého „já“ mezi těmito světy, hledat rovnováhu. Jak nalézt tuto rovnováhu je otázkou pochopení lidského vnímání, projekce vlastního já.

„Vnímání zachycuje to, co v daný okamžik působí na smysly, informuje o vnějším světě (barva, chuť) i vnitřním (bolest, zadýchání). Vnímání je subjektivním odrazem objektivní reality v našem vědomí prostřednictvím receptorů. Umožňuje základní orientaci v prostředí, respektive v aktuální situaci. Výsledky vnímání jsou počítky a vjemy.“

*Počítek je nejjednodušším elementem našeho vnímání a je základním materiálem pro složitější procesy: paměť, myšlení. Jedná se o výsledný prvek jednoho analyzátoru (smyslu) – např. receptor + nerv + mozek. Tvoří obraz jednoho znaku vnímaného předmětu (např. modrá barva). Výsledkem většího množství počítků je **vjem**. Při zpracování počítků do větších celků se uplatňuje i myšlení, takže výsledný vjem je víc než suma jednotlivých částí.“¹³*

To jak je pacient spokojen nebo nespokojen je z velké míry ovlivněno jeho myšlením, což vede k hypotéze: **Chceme-li zjistit spokojenost s kvalitou poskytované zdravotní péče, musíme odhalit, co si opravdu pacient myslí.** Jaké jsou jeho hodnoty a očekávání? Jaké má zkušenosti? Jaké myšlenkové pochody ho vedly k danému rozhodnutí?

5.4.3. Projekce jako příčina zmatku

„Projekce je omyl, který spočívá v přiřazování aspektů našeho vnitřního života někomu nebo něčemu jinému. Člověk pak za ně není zodpovědný. Pokud promítneme jistou část sebe, kterou chceme popřít, do jiného člověka nebo věci, dáváme jim možnost učinit nás šťastnými nebo nešťastnými.“

Uvedu několik příkladů projekce: máte v sobě zmatek, a tak vybuchnete a obviníte své spolupracovníky ze špatné organizace práce. Nelíbí se vám negativismus vaší matky, dohání vás to k šílenství, ale nevidíte přitom situace, v nichž jste sami negativní. Promítnout všechnu negativitu do ní je jednodušší. Obdivujete hezkého muže, který

• ¹³Zdroj: <http://cs.wikipedia.org/>, 27.2.07

*bydlí na stejné chodbě jako vy. Je silný a sebevědomý a vy si představujete, že kdyby se do vás zamiloval, byl by život rázem úžasný – promítáte svou vnitřní sílu do jiného člověka. Sníte o životě v jiném městě nebo v jiné kultuře, kde člověk nikdy nenachladne, kde jsou k sobě sousedé velkorysí a milí a kde miminka nepláčou. Promítáte svou schopnost dosáhnout spokojenosti na jiné místo a jiné okolnosti. **Ke spokojenosti však nepotřebujete nikam jet, ale musíte své projekce stáhnout zpátky k sobě.**“¹⁴*

Nebo existují i další příklady, kdy v dětství jste museli poslouchat despotického otce a přáli jste si, ať vyrostete a co nejdříve se odstěhujete z domu. Když jste, dospějete, vidíte svého despotického otce i v jiných autoritativních osobách jako je lékař, váš nadřízený. Nebo naopak, malé holčičky rozmazlované svými tatínky, kteří by udělali první poslední pro své malé holčičky. Takové dívky, když vyrostou, jsou si často v životě bezradní a hledají partnera, který se o ně postará, hledají svého prince na bílém koni. Dokud svého prince nenaleznou, tak nebudou spokojeni. Takové pacientky nehledají v lékaři či ošetřovateli jen zdravotní péči, ale hledají někoho, kdo jim pofouká bolavé místo, kdo je rozmazluje apod. Nebudou nikdy spokojeni, dokud nedostanou tento servis navíc.

Podobných příkladů jsou hromady, kdy člověk promítá své já na jiné osoby či místa. Avšak příčina negativních reakcí na vzniklé konflikty netkví pouze na druhé osobě. Je nutno si přiznat, že z velké části je chyba na i na vaší straně. Člověk promítá své vlastnosti a to jak negativní i pozitivní na druhé lidi, se kterými se stýká.

Existuje jednoduchý test, který vypovídá o vašich vlastnostech. Napište seznam vlastností, kterými oplývá vámi nenáviděná osoba. Poté si tento seznam projděte a před každou vlastností vepište já. Z počátku se vám to bude zdát jako absolutní nesmysl, ale po delším zamyšlení možná objevíte svou negativní stranu.

¹⁴ Johnson, R.A. - Ruhl, J.M.: Kniha o spokojenosti, Portál, Praha, 2000

Praktická část

6. Představení organizace

Domov pro seniory je církevní zařízení, jehož posláním je služba milosrdné lásky církve lidem v nouzi, a to bez ohledu na jejich rasu, národnost, náboženství nebo státní a politickou příslušnost.

6.1. Činnosti v roce 2007

- domov pro seniory (Dům klidného stáří)
- domov se zvláštním režimem (Dům klidného stáří)
- odlehčovací služby
- pečovatelská služba
- ošetrovatelská služba
- pomoc rodinám s dětmi (sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a mateřská centra)

Předmětem této práce je kvalita poskytovaných služeb v domově pro seniory (s běžným i zvláštním režimem). Proto další služby nebudou popisovány.

6.2. Domov pro seniory (Dům klidného stáří)

Posláním Domova klidného stáří je poskytovat pobytové služby seniorům se sníženou soběstačností, kteří potřebují při zajištění životních potřeb pravidelnou pomoc jiné osoby z důvodu věku, nemoci, zdravotního postižení či nepříznivé sociální situace. Smyslem služby je zajistit takto znevýhodněným lidem důstojné prostředí a zacházení, zajištění biologických, psychických, sociálních i duchovních potřeb, v co nejvyšší míře jim umožnit zapojení do běžného života společnosti. Posláním služby je podporovat uživatele služby k samostatnosti, k rozvíjení vlastních schopností péče o sama sebe či při péči o domácnost. Organizace podporuje uživatele ke schopnosti řešit svou situaci vlastními silami.

6.2.1. Základní poskytované služby

- poskytnutí ubytování

- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

6.2.2. Cílová skupina

Do cílové skupiny patří poživatelé starobního nebo invalidního důchodu, lidé, kteří potřebují částečnou nebo úplnou podporu jiné osoby při zajištění základních životních potřeb.

6.2.3. Cíle služby

Organizace poskytuje uživatelům ubytování v jednolůžkových, dvojlůžkových pokojích, výjimečně v trojlůžkových pokojích, vybavených nábytkem. Většina pokojů má vlastní koupelnu a WC, popřípadě mají společnou koupelnu 2 pokoje. Koupelny jsou vybaveny sprchou a většina má bezbariérový vstup. Dle přání uživatele lze doplnit vybavení pokoje televizí, rádiem či předměty připomínajícími obyvateli vlastní domov. Lze pronajmout dvoulůžkový pokoj manželskému páru. V zařízení je poskytováno celodenní stravování.

Veškerá strava je připravována v centrální kuchyni (snídaně, oběd, svačina, večeře, druhá večeře – pro diabetiky). Jídelníček je sestavován vrchním kuchařem ve spolupráci s vrchní sestrou a výborem klientů. V případě potřeby je přizpůsoben jídelníček individuální potřebě (dietní režim). Podle individuálních potřeb je poskytována pomoc při podávání jídla a pití.

Dále je poskytována pomoc či podpora při hygieně dle individuálních potřeb uživatele. Organizace respektuje soukromí v intimních situacích. V objektu je k dispozici centrální koupelna vybavená zvedákem do vany, koupacím lůžkem, k dispozici je též perličková koupel. V domově je pravidelně zajištěna kadeřnická služba a pedikúra. Úklid pokojů je

prováděn denně, denně je prováděn úklid chodeb a společných prostor. Ve vlastní prádelně je vypráno veškeré ložní i osobní prádlo.

Pečovatelská služba je poskytována 24 hodin denně. Personálně je péče zajištěna tak, že při denní službě se stará jedna pečovatelka o 6 – 9 obyvatel při dvanáctihodinové denní službě,

Při noční službě 1 pečovatelka o cca 16 obyvatel. Zdravotní péči zajišťují zdravotní sestry ošetrovatelské služby, do domova dle potřeby dojíždí lékař. Uživatelé mohou využívat různé aktivity, mohou navštěvovat ergoterapeutickou dílnu, kde se věnují různým činnostem, které aktivizují jejich schopnosti. Dům klidného stáří podporuje obyvatele v tom, aby se věnovali nadále svým zálibám, kterým se věnovali doma (malování, práce se dřevem, ruční práce, chov andulky apod.).

Klient si rozhoduje o svém volném čase zásadně sám. Rozhoduje si o tom, kdy bude vstávat, snídat, čemu se bude přes den věnovat, kdy půjde spát. Pro klienty jsou připravovány různé kulturní akce v domově i mimo domov. Klienti mohou chodit na procházky, jezdit na výlety. Těchto aktivit se zúčastňují opět na základě vlastní volby. Duchovní službu poskytuje kněz nebo jáhen¹⁵, kteří pravidelně navštěvují domov. Jedenkrát v týdnu se koná v domově bohoslužba ve vlastní kapli. Dle individuálních potřeb klientů sociální pracovnice nakoupí či je při nákupu doprovází.

Dále je poskytována klientům v případě potřeby sociální pomoc, rady ve smyslu obhajoby vlastních práv. Klienti si mohou zařídit důležité záležitosti mimo domov, využívat vlastní schopnosti. Podpora kontaktů obyvatel s rodinou je samozřejmostí, organizace udržuje s rodinami klientů kontakt. Organizace vydává vlastní časopis /měsíčník/ pro uživatele služby (rubriky informativní, duchovní, k zamyšlení, zábavné).

Ve službě jsou zaváděny standardy kvality, průběh služby je sledován, zaznamenáván, služba je plánována.

• ¹⁵ Jáhen - označení pro pověřeného člověka, který vykonává službu charitativního a administrativního charakteru, aktivně se podílí na bohoslužbách, předčítá posvátné texty, vyučuje náboženství, a podobně. Pro svůj úřad musí být vysvěcen.

7. Kvalitativní výzkum – měření kvality vztahů s klienty domova pro seniory

7.1. Proč kvalitativní výzkum

Pro účel zjišťování dat subjektivních významů, popis jednání a chování v daných situacích a snahy porozumět subjektivním zkušenostem a očekávání klientů a ošetrovatelského personálu v sociálním, kulturním a zdravotnickém prostředí je nejvíce vhodný kvalitativní výzkum. Kvalitativní přístup je pro tento účel jedinou výzkumnou strategií, protože cílem tohoto výzkumu je zjištění vzájemných interakcí mezi klienty a organizací

7.2. Cíle průzkumu

Tento kvalitativní průzkum má dva cíle. Za prvé tento průzkum slouží k zjištění teoretického modelu o vztazích mezi klienty a ošetrojícím personálem, který je aplikován v dané neziskové organizaci. Druhým cílem je ohodnocení kvality vztahů, respektive měření spokojenosti klientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

7.3. Hypotézy

Základním kamenem pro sestavení hypotézy tohoto průzkumu je existence faktorů, které přímo či nepřímo ovlivňují spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Tyto faktory jsou rozděleny podle toho, na jaké úrovni vztahu působí. Jedná se o mikroúroveň a střední úroveň.¹⁶ Na těchto úrovních jsem vytyčil šest podskupin faktorů (pro každou úroveň tři skupiny), které jsou základem pro sestavení hypotéz, ze kterých bude tento průzkum vycházet.

- Očekávání
 - Čím vyšší bude očekávání pacienta, tím vyšší nároky bude klást na poskytovanou péči. Hypotézou je, čím vyšší nároky bude klást klient,

• ¹⁶ *Makroúroveň není zahrnuta do tohoto průzkumu z důvodu velmi malého vlivu na celkovou spokojenost.*

tím bude více zklamán s poskytovanou péčí a jeho spokojenost bude nižší.

- Psychosociální faktory
 - Čím kladnější postoj bude klient projevovat a čím vyšší bude jeho míra participace na jeho léčbě, tím bude spokojenější.
- Vzájemná komunikace
 - Čím vyšší bude míra komunikace mezi klientem a poskytovatelem péče, tím více budou oba aktéři vzájemného vztahu spokojenější.
- Čas
 - Čím delší bude časový prostor vyplněný vzájemnou komunikací, tím vyšší bude míra klientovy spokojenosti.

- Prostředí
 - Čím častější se budou odpovědi na otázku „Co se Vám líbí nejvíce?“ týkat prostředí organizace, tím více se dá očekávat, že bude vyšší míra spokojenosti s prostředím.
- Atmosféra v organizaci
 - Nastavení správného organizačního prostředí je důležité, čím více budou zaměstnanci spokojeni ve své práci, tím spokojenější bude i klient s jeho odvedenou prací. Spokojený zaměstnanec je kladně naladěný, vyrovnaný a usměvavý, svou pozitivní energii šíří dále i na své klienty. Ti jsou pak více spokojeni s poskytovanou péčí.

7.4. Fáze výzkumu

Průzkum bude mít tři fáze. První část se bude týkat pozorování prostředí a zjištění relevantních informací od paní ředitelky ústavu. Druhá fáze spočívá v konání hloubkových rozhovorů s klienty a třetí fáze spočívá ve vyplnění dotazníků určené pro personál, který bude obsahovat doplňující otázky k otázkám uvedených v hloubkovém rozhovoru.

7.5. Výběr vzorku

Kvalitativní výběr pracuje s počtem cca. 15 klientů, se kterými bude veden rozhovor. V organizaci se nachází více než 30 klientů. Pacienti, kteří se nemohou zúčastnit

rozhovoru, z důvodu duševních a fyzických nemocí, které jim nedovolí odpovídat na mé otázky, budou vyloučeni před začátkem rozhovorů a to po dohodě s vedoucím personálem organizace. Tento průzkum bude probíhat se všemi klienty, kteří budou ochotni odpovídat na otázky.

Dotazníky v množství dvaceti kusů budou poskytnuty pro všechny ošetřující personál

7.6. Výzkumná metoda

Pro tento průzkum bude použita metoda nestrukturovaného rozhovoru, který bude obsahovat šest tematických oblastí diskuze, a metoda pozorování, při které se tazatel pokusí poznat prostředí organizace a vyzorovat formální i neformální vztahy v organizaci. Na otázky, které tazatel bude klást, nejsou přesně definované způsoby odpovědi. Tazatel bude objasňovat otázky respondentům. Odpovědi bude zapisovat do předem určeného formuláře. Objektem zápisu nebudou pouze odpovědi, ale i okamžité reakce klientů na otázky.

Pro šetření mezi personálem budou použity dotazníky, které budou spolu s určenou urnou uloženy v kanceláři hlavní sestry.

7.7. Kde bude výzkum probíhat, v jaké časovém období

Průzkum bude veden v prostorách organizace, v kulturní místnosti, kde tazatel bude zpovídat respondenty osobně a každého zvlášť, aby nedošlo k vzájemnému ovlivňování odpovědí. Pro hloubkový rozhovor s klientem je vymezený čas třiceti minut, šetření bude probíhat v čase před a po obědě, kdy klienti mají volný čas. Dotazníky určené pro ošetřující personál budou k dispozici po dobu 14 dní.

7.8. Interpretace otázek určené pro klienty

1. Máte Vy nějaké zkušenosti nebo někdo jiný s obdobným zařízením a považujete jej za lepší?

Tato otázka slouží ke zjištění, zda klient může srovnávat poskytované služby s jiným ústavem, ve kterém dříve pobýval. Možnost srovnání velmi ovlivňuje klientovo očekávání. Klient očekává, že poskytovaná služba v druhém domově bude lepší. Možné odpovědi jsou ano/ne.

2. *Všiml (a) jste si, že by si zde vaši kolegové stěžovali sestře nebo lékaři, nebo někomu jinému?*

Při položení této otázky si klient vybaví sám sebe, kdy vyjadřoval svou nespokojenost. Klient, který si stěžuje často, bude věčně nespokojený a příčina jeho nespokojenosti nebude spočívat v úrovni kvality poskytované péče.

Klient, který si nestěžuje vůbec, je pouze pasivním příjemcem služby, z čehož lze vyvozovat, že nemá důvěru v tom, že organizace mu dokáže poskytnout plnohodnotný život v rámci jeho možností. Klient, který se dovolá svých práv, vysloví svá přání, je aktivní, věří ve schopnosti organizace.

3. *Dal (a) jste nebo obdržel nějaký dar jakékoli povahy po dobu vašeho pobytu zde?(mimo Vánoc a narozenin)*

Klient, který dává dary nebo jiné předměty podobného charakteru se snaží nejen svůj život zkrášlit příjemnými vzpomínkami v domově pro seniory, ale i udělat radost někomu jinému. Takovéto neinstitucionální podněty vedou ke stmelení kolektivu, je to důkaz o aktivitě klienta a vůli žít. Nedostatek těchto podnětů může vést k rozpadu vztahu, může vést k tomu, že jedinec bude přitahován jinými alternativními vztahy.

4. *Všiml (a) jste si, že by někdo zde projevil své city, např. smutek, zlost, stesk? A jak to probíhalo?*

Tato otázka vychází z tvrzení Barona a Byrneho (1997), kteří uvedli, že klienti, kteří nedokážou projevovat své emoce, jsou ve vztazích méně šťastní. Otázka je položena nepřímou, objektem otázky není klient sám, ale jeho kolegové v domově. Při této otázce si klient vybaví pocity, které on sám prožil nebo prožívá.

5. *Co se týká projevování citů, myslíte si, že je lepší projevovat city s někým (např. se sestrou, s lékařem nebo spolubydlícím), s kým můžete tyto pocity sdílet nebo raději někde o samotě v soukromí?*

Touto otázkou rozdělím klienty na „samotáře“ a „kolektivisty“. Samotáři mají tendenci soudit ostatní, jsou často nespokojeni, negativně naladěni, kolektivisté jsou přímí lidé, otevření pro vztahy.

6. Které tvrzení se Vám líbí nejvíce a jak to tady chodí ve skutečnosti?

a) Pouze lékař rozhoduje o léčbě a pacient se vším souhlasí.

b) Lékař klade otázky pacientovi a pacient se snaží povědět co nejvíce o své nemoci.

c) Lékař klade otázky, poté klade otázky také pacient lékařovi.

Odpovědi na tyto otázky slouží k sestavení teoretického modelu, který je aplikován v organizaci.

7. Představte si situaci, když vás něco bolí a přijde sestřička či lékař. Co vám zpravidla povědí a jak postupují.

Touto otázkou nesleduji pouze proces ošetrovatelské péče v krizové situaci, ale hlavně existenci důvěry mezi klientem a ošetřujícím personálem. Klientova důvěra ve schopnosti personálu značí otevřený a vřelý vztah k osobám, které se o něj starají.

8. Chtěl (a) byste se dozvědět o léčbě více než vás sestra nebo lékař informuje? O čem?

Úroveň klientovy spolupráce při konzultaci je vyšší u těch klientů, kteří vnímají svůj zdravotní stav lépe. Chtějí se aktivně podílet na vyléčení sama sebe. Tato spolupráce posiluje vzájemnou komunikaci, zlepšuje vztahy a posiluje spokojenost klienta. Z odpovědi typu ano/ne lze usuzovat pasivní přístup klienta ke svému zdraví a následně i ke svému vyléčení.

9. Můžete mi zopakovat rady nebo pokyny, které vám dávají sestřičky nebo lékaři při vyšetření?

Doplňující otázka k předchozí otázce, zda jsou klienti, kteří se informují, schopni si vzpomenout, co je předmětem jejich rozhovorů. Klienti, kteří aktivně požadují informace o průběhu péče, léčení apod., jsou schopni vyjmenovat základní pokyny a rady, které mají dodržovat.

10. Usmívají se na Vás sestra nebo lékař, když s vámi hovoří? Poplácají Vás občas na rameno nebo pohladí vás? Dívá se vám sestra nebo lékař do očí, když s vámi hovoří?

Otevřený způsob chování ke klientovi znamená přátelské zázemí, zájem o klienta, empatii, touhu pomoci, nesoudící pohledy a sociální orientaci.

11. Máte možnost říci svůj názor na průběh léčení a vyšetření? Vyslechne vás sestra nebo lékař?

Klienti si při položení této otázky asociují konverzaci mezi jím a lékařem nebo ošetřující sestřičkou, což vede ke zjištění, jak probíhá konverzace mezi nimi. Strohé odpovědi typu ano/ne značí, že když k rozhovorům dochází, tak jen ze zdvořilostních důvodů. A to ze strany jak ošetřující osoby, ale i ze strany pacienta.

12. Používají lékař nebo sestry odborné výrazy? Rozumíte jim? Mluví rychle či pomalu?

Touto otázkou zjistím úroveň komunikace mezi klientem a ošetřujícím personálem. Z odpovědi typu ano/ne lze usuzovat, že nedochází ke komunikaci nad rámec formálního rozhovoru.

13. Vysvětluje vám sestra nebo lékař přesně co máte dělat? Opakují Vám jejich diagnózu nebo pokyny k Vám?

Doplňující otázka, zda si klient pamatuje pokyny a rady, kterému personál sděluje.

14. Došlo zde někdy k nějaké rozepři (konfliktu) mezi pacientem a sestrou nebo lékařem, nebo mezi sestrami navzájem či dokonce mezi sestrou a lékařem?

Touto přímou otázkou odhalím příčinu možných konfliktů v organizaci.

15. Myslíte si, že se Váš stav zlepšil po příchodu do tohoto domu?

S této otázky se dozvím subjektivní celkovou spokojenost klienta.

16. Vzpomínáte si, komu jste sdělil (a) své podněty (pozitivní a negativní) v tomto domě nebo kam jste je napsal (a) a komu z personálu jste je předal (a)?

Selhání komunikace mezi lékařem nebo sestřičkou a klientem vede k nespokojenosti, podání stížnosti značí aktivní přístup změnit nežádoucí stav. Kladné podněty, přání a nápady, které vedení organizace obdrží, jsou jasným důkazem o aktivním přístupu k životu. Klient si nemyslí, že pobyt v domově pro seniory je jeho poslední stanice života.

17. *Vzpomínáte si na vaše poslední setkání s lékařem? Popište mi stručně, jak toto setkání probíhalo a jak dlouho?*

Touto otázkou zjistím, jak probíhá komunikace mezi lékařem a klientem a ověřím tvrzení, zda spokojenost pacienta s vyšetřením roste s délkou návštěvy lékaře.

18. *Jak trávíte čas přes den, dodržujete stanovený denní plán?*

Touto přímou otázkou rozliším klienty aktivní od pasivních. Aktivní klient bude využívat nejen kulturních služeb organizace, ale i sám se bude věnovat činnostem, jako jsou např.: koníčky, záliby apod.

19. *Vyjmenujte mi prosím pět věcí, které se Vám nejvíce líbí a pět věcí, které se Vám líbí nejméně?*

Touto otázkou zjistím spokojenost s hmotným prostředím organizace, jestli v pěti uvedených věcech bude zastoupena např.: „vybavenost pokojů“, tak lze říci, že klient je spokojen nebo nespokojen s vybaveností pokojů.

20. *Můžete potvrdit, že mezi vámi pacienti táhnete všichni za jeden provaz a vystupujete jako jedna dobrá parta?*

Doplňující otázka, která potvrdí existenci konfliktů v organizaci.

21. *Máte raději člověka, který udělá vše, co se po něm chce bez dalšího vyptávání, nebo toho, který se ihned ozve, protože je něco nesprávně?*

Z této otázky se dozvím, jak se klient staví ke konfliktu, kterému čelí. Lze znovu rozdělit klienty na aktivní a pasivní uživatele služby. První možnost značí, že klient je spíše pasivní.

22. *Máte nějaký cíl, nějaké přání, které byste si chtěl (a) splnit? Číníte nějaké závažné kroky, abyste vašeho cíle dosáhl (a)?*

Klient, který má ještě nějaké životní přání, není zahlcen vzpomínkami a značí to, že myslí na svůj budoucí život.

23. *Můžete mi vyjmenovat základní služby, které toto zařízení poskytuje?*

Když zjišťuji kvalitu poskytované péče, tak musím vědět, jaké služby klient využívá a jak je hodnotí.

24. Chybí Vám nějaká služba nebo aktivita, kterou byste chtěl (a) využívat?

Otevřená otázka pro nápady, přání, které by mohla organizace splnit.

7.9. Interpretace otázek určené pro personál

1. Existují nějaké dohody, vnitřní předpisy nebo smlouvy mezi organizací a klienty? Vepište

Touto otázkou zjišťuji, zda zaměstnanci vidí klienty jako uživatele služeb nebo jako pacienty, o které se starají. Odpovědi typu ano/ne anebo v tomto případě „smlouvy“ jsou důkazem, že na klienty je nahlíženo jako na pacienty, kteří potřebují ošetřovat.

2. Existují písemné i nepísemné dohody, vnitřní předpisy nebo smlouvy mezi organizací a zaměstnanci? Vepište. Je dostupný pro všechny? Kdo dbá, aby nikdo tuto dohodu neporušil?

Odpovědi na tuto otázku dokazují znalost a vědomí o standardech kvality, které organizace dodržují. Odpovědi typu ano/ne anebo v tomto případě „smlouvy“ dokazují naprostý opak.

3. Zakroužkujte tvrzení, které se Vám líbí nejvíce, a podtrhněte tvrzení, které se nejvíce blíží realitě ve vaší organizaci?

- **Ten, kdo určuje podobu a cíle péče o klienta je**
 - a) *pouze sociální pracovník*
 - b) *klient sám*
 - c) *vzájemná dohoda*
- **Sociální pracovníci předpokládají, že**
 - a) *klientovo očekávání je shodné s tím, co očekává ošetřující personál*
 - b) *očekávání jsou vyjasněna na obou stranách*
 - c) *vzájemná očekávání aktérů jsou nevyjasněná*

- ***Sociální pracovníci vystupují v této organizaci spíše jako***
 - a) ***Poručníci / hlídači***
 - b) ***Rádcí***
 - c) ***Konzultanti***

Odpovědi na tyto otázky budou zdrojem podkladů pro označení teoretického modelu, který je aplikován v organizaci.

4. Máte pocit, že si pacienti stěžují na svůj zdravotní stav více než je zapotřebí a pokud ano, tak jak dlouho po příchodu do domova pro seniory se projeví první stížnosti na zdravotní stav?

Klienti, kteří si stěžují více, než je zapotřebí, vyžadují zvláštní pozornost, protože se cítí sami. Častým jevem je to po přechodu do nového prostředí. Kladné odpovědi prokazují zájem o klienty a empatii.

5. Jak často (kolikrát za den) projevují klienti pocity radosti a při jakých příležitostech?

Touto otázkou se dozvím, jaké aktivity přinášejí radost klientům a při jakých příležitostech dokážou zapomenout na své problémy.

6. Dožadují se klienti informací navíc? Pokud ano, na co se ptají nejčastěji?

Z odpovědí na tuto otázku zjistím co je objektem zájmu klientů.

7. Jak často během jednoho dne vyzvete pacienta, aby Vám položil otázku?

Pečovatelé, pečovatelky, které upřednostňují poradní přístup ke klientovi, se snaží přimět klienta ke komunikaci, získat si jeho absolutní důvěru. Pomáhají překonat klientův ostych se na něco zeptat.

8. Jak často během dne dojde ke shodě mezi Vámi a pacientem o vážnosti nemoci, či jiného problému?

Z odpovědí se dozvím, jestli klienti si uvědomují vážnost svých zdravotních i jiných problémů. Zda argumentují o svých možnostech a jestli projevují vůli bojovat s nepříznivým stavem.

9. Představoval (a) jste si někdy sebe v pozici klienta?

Kladná odpověď představuje empatii osoby, která se stará o klienty.

8. Vyhodnocení odpovědí získaných od klientů

Šetření s klienty se nakonec zúčastnilo deset obyvatel domova pro seniory, z plánovaných 15 klientů se někteří rozhodli se nezúčastnit výzkumu a ti ostatní nebyli přítomni v domově.

Všech deset respondentů uvedlo, že nemá žádné předchozí zkušenosti s jiným domovem pro seniory nebo obdobným zařízením. Klienti nemají možnost srovnání poskytovaných služeb a jejich kvalitu. Jejich očekávání není vysoké a vede k nižším nárokům na poskytovanou péči, svou spokojenost se službami vidí hlavně v uspokojování základních lidských potřeb, podle čehož hodnotí celou organizaci, jak k nim přistupuje. Pokud budou jejich základní fyziologické potřeby patřičně uspokojeny, tak nebudou mít důvod k řádným stížnostem a nebudou mít potřebu něco měnit, chtít něco navíc. Kvůli nemožnosti srovnání životní úrovně v jiných domovech nemají důvod požadovat to, co nemají a jiní dostávají.

Více než polovina respondentů odpověděla, že podala ústní formou stížnost hlavní sestře nebo sociální pracovníci. Předmětem stížností byly většinou méně významné události, které byly vyřešeny vzápětí po podání stížností. Téměř třetina klientů se při položení této otázky silně ohradila, že by si nikdo nestěžoval, rozhodně by to neudělal. Po provedení hloubkových rozhovorů s klienty je zřejmé, že klienti vytvářejí určité malé skupinky mezi sebou a jedna skupinka se snaží dominovat nade všemi. Někteří klienti se nejspíše cítí trochu ohroženi ztrátou postavení v kolektivu, který je pro ně „jedinou“ rodinou.

Na otázku zda klienti dali nebo obdrželi nějaký „dar“, drtivá většina odpověděla negativně. Klienti se nesnaží upevňovat své vztahy mezi sebou, nemají snahu vytvářet krásné vzpomínky na sklonku svých životů. Jsou pasivními čekateli na ojedinelé

příležitosti spojené se svátky a oslavami různého charakteru. Pouze jeden klient uvedl, že obdržel dar ve formě čokoládové tyčinky darované od sestry.

Podle očekávání většina klientů projevuje své emoce, kladné i negativní. Při vyslovení slova city si klienti asociovali smutek a stesk. Odloučení od rodin je natolik vážná věc, že se klienti noří do svých vzpomínek a srovnávají pobyt v domově pro seniory s pobytem „doma“. Usuzuji, že jsou klienti po emocionální stránce velice nespokojeni, v domově nenalézají citovou oporu, i přes velkou snahu ošetřujícího personálu, se často uzavírají do sebe. Je velice obtížné si získat důvěru u staršího člověka.

Na otázku, která se týkala projevování emocí s někým nebo sám o samotě, byly odpovědi klientů v rovnováze. Emočně slabí klienti se straní okolí, když na ně přijde slabá chvílka. Nedůvěřují nikomu nebo mají pocit, že jejich emoční stavy by mohly obtěžovat, chtějí dokazovat všem, že jsou silní. Ačkoli: „*Pravá síla člověka tkví v tom, že dovede přemoci sebe, zkrotit svůj hněv a nepovolit svým vášním.*“¹⁷ Silné osobnosti (svým duchem) se nebojí postavit svým emocím a dokážou projevít city veřejně. Silné osobnosti jsou schopny ovládat svůj život, aktivně vytvářet příležitosti, naopak slabí lidé pouze příležitosti užívají a nedokážou je správně ocenit, poněvadž je získali zdarma a neuvědomují si, jaké úsilí to stojí jiné lidi. Takoví lidé bývají často nespokojeni se sama sebou, bojkotují pravé vztahy, místo nich hledají alternativní vztahy, do kterých vstupují s nulovým kreditem a s jediným cílem, vynaložit, co nejmenší snahu a vytěžit, co nejvíce. Když cítí, že už nemohou ze vztahu více inkasovat, tak hledají záminky pro ukončení vztahu, poškozují záměrně vztah a lehce přecházejí do jiného vztahu.

Odpovědi na otázku, jak se chová lékař nebo sestra v situaci, kdy klient trpí bolestí, téměř všichni se shodují na odpovědích typu: „Co Vás bolí?“ Co Vám chybí? „Ošetřující sestra podá uklidňující lék a v případě nutnosti zavolá pana doktora.“ Z odpovědí lze tvrdit, že v organizaci funguje určitý vzorec chování v této situaci a obě strany jsou spokojeny s jeho průběhem.

Klienti se spíše chtějí dozvědět více, než jsou informováni, bohužel mi nikdo nepověděl přesně, o čem chce být informován nebo jaká oblast činností je zajímavá nejvíce. Převažuje názor, čím více informací, tím je to pro klienty lepší. Bohužel se klienti nezajímají nejvíce o způsobech své léčby nebo různých doplňkových možnostech, které ústav nabízí. Většina jejich dotazů a požadavků na dodatečné informace je o zítřejším jídle a o tom, jaká nemoc trápí kolegu či kolegyni nebo kam jede za rodinou a kdy se

• ¹⁷ citát od svatého Ambrože.

vrátí. Cca. třetina respondentů si myslí, že se už více nemohou dozvědět, že jejich informovanost je úplná. Což může znamenat, že organizace informuje své klienty opravdu plnohodnotně nebo informační mantinely klientů jsou nastaveny nízko, tudíž jim poskytované informace bohatě stačí.

Klienti nebyli schopni zopakovat rady a pokyny, které slýchávají, což vede k názoru, že jsou spíše pasivními příjemci informací, nedávají význam obsahu sdělení, ale jeho formě.

Úsměv na rtech a přátelské popovídání jim do sytosti naplní jejich apetit po informacích. Přístup personálu je nadmíru vřelý, všichni respondenti se shodují, že jsou všichni na ně milí a velmi se snaží vyhovět všem přáním a požadavkům. Díky tomuto přátelskému přívětivému přístupu ošetřujících sester nevidí důvod něco měnit v organizaci. Jsou s ošetrovatelskou a pečovatelskou službou velmi spokojeni, protože si ji asociují s příjemnými chvílkami se sestrami. Je uspokojena jejich potřeba sounáležitosti.¹⁸

Podle odpovědí lze vyslovit názor, že komunikace o průběhu poskytované léčebné péče probíhá pouze ve formálních kruzích. Většina klientů si myslí, že je zbytečné se ptát na průběh léčby, protože lékaři a sestry vědí dobře, co mají dělat a to, co dělají, je dobře. Vyptávání při samotném léčebném zákroku je rušivý element, který by mohl ovlivnit výsledek vyšetření.

Ošetřující sestry a lékaři jsou obeznámeny se zhoršenou schopností porozumět všem výrazům používaných v dnešní mluvě. Klienti se shodují, že při rozhovorech rozumí všemu, jelikož nejsou používány odborné výrazy či cizí slova. Konverzace je přizpůsobena podle klientova rytmu řeči. Jediným možným problémem může být konverzace s klienty, kteří špatně slyší. Zde je potřeba brát zřetel, zda klient opravdu slyšel vše co, slyšet měl, nebo jen přitakává a souhlasí se vším, z důvodů, že neslyšel a nechce obtěžovat prosbami o zopakování.

Odpovědi potvrdily fakt, že komunikace mezi klientem a sestrami nebo lékařem o způsobech léčby a vyšetření je formální, zdvořilá.

Klienti hovoří o faktu, že k určitým konfliktům v organizaci dochází, nedávají těmto rozepřím velký význam. Tyto sváry jsou obecně na úrovni klient a organizace. Podle výpovědí ale existují určité velmi komplikované vztahy mezi klienty, které bohužel nebyly odhaleny více. Z mnoha chování klientů vyzařovala nedůvěra v tazatele, který

• ¹⁸ *Jedna z potřeb člověka podle A. Maslowa*

reprezentoval jakéhosi vetřelce, který je zvědem ředitelky domova. Jakékoli vyřknutí důkazu o existenci konfliktu mezi klienty může být zdrojem dalších svárů či možné exkomunikace z kolektivu silnou skupinou.

Téměř polovina klientů se cítí lépe po příchodu do domova pro seniory. Třetina nepocítuje žádnou změnu. Klienti jsou vcelku spokojeni s poskytovanou kvalitou služeb, které využívají.

V organizaci je volně přístupná schránka pro podání stížností. Je umístěná na stolečku u hlavního vchodu do budovy. Nikdo z dotazovaných se o této možnosti nezmínil, protože o ní nevěděl nebo tuto informaci zapomněl. Větší množství než polovina neví za kým jít, na koho se obrátit se svým podnětem (a to negativním i pozitivním). Svě podněty, hlavně stížnosti, které většinou nesouvisí s chodem domova pro seniory, si sdělují klienti navzájem. Ti, kteří vědí, na koho se obrátit, uvedli sociální pracovníci nebo hlavní sestru. V případě sdělení stížnosti byla uvedena osoba ředitelky domova.

Setkání s lékařem není často pro klienty dobrá vzpomínka, ale téměř všichni si dobře vybavují své poslední setkání s lékařem. Čas, který stráví klient s lékařem, je v padesáti procentech nedostačující, za to téměř většina respondentů si vybavuje detaily setkání, i předmět rozhovoru. Což vede k závěru, že čas strávený vyšetřením a konzultací s lékařem není úměrný se spokojeností klienta. Významnou roli u klientů domova zde sehrává spíše forma komunikace než společně strávený čas.

Většina klientů přesně dodržuje stanovený denní plán. V rámci denního plánu jsou i různé aktivity, kterých se klienti zúčastní. Malé procento se nesnaží přesně dodržovat stanovený harmonogram, vyjímaje času určenému na jídlo, toto procento se věnuje svým zálibám a koníčkům, které si s sebou přinesli ze svých domovů. Aktivně využívají svůj čas pro své záliby, které jim přinášejí větší než malé množství pohlázení na duši. Jsou více spokojeni se sebou, se svým životem. Tímto nabytou pozitivní energii přenášejí dál na své kolegy a také na personál. Mezi nejvyužívanější aktivity patří ergoterapeutická dílna¹⁹ a procházky přírodou kolem domova pro seniory.

Klienti měli vyslovit pět věcí, které jsem jim nejvíce, a nejméně líbí na domově pro seniory. Většina odpovědí zněla, že na domově nelze již nic měnit, že se líbí vše. Když se klienti vyslovili pro změnu, tak uvedli ve dvou případech, že se mrhá jídlem, že

¹⁹ Ergoterapie je terapie motoricko - intelektuálních funkcí a sociálních schopností z cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě.

porce jsou zbytečně veliké. Klienti si uvědomují, že daná výživná hodnota pokrmu je stanovená přesně podle standardů, ale přesto trvají na názoru, že se plýtvá potravou. Dále ve dvou případech byly zmíněny vstupní dveře, za prvé jejich obtížné otevření pro člověka s hendikepem a za druhé jejich často vydávaný rámus v brzkých hodinách. Ještě bylo zmíněno přání, že by se mohla cesta rozšířit do více směrů, jelikož má jen dva směry, nebo že by se mohla postavit další vycházková stezka.

Čeho si klienti nejvíce cenní, je opravdu zastoupeno nízkým podílem na celkovém možném počtu odpovědí. Uvedu pouze položky bez určené podílu: jídlo, oslavy, zpěv v místní kapli, koupele, topení, snaha personálu, kraj, čistota, zeleň, poutě (výlety), ergoterapie, mše).

Klienti o sobě tvrdí, že spolu „táhnou za jeden provaz“, ale jen v rámci určitých skupinek.

Většina klientů prohlašuje, že jsou typem člověka, který udělá vše, co se po něm bude chtít bez jakéhokoli přemýšlení o správnosti úkonu. To vede k myšlence, že jsou radši pasivními uživateli, kteří nikdy nebudou vystupovat z řady, nikdy neporuší to pasivní jádro, které si kolektiv uměle vytvořil. Být se všemi za dobře, nejtít nikdy proti proudu. Bohužel to znamená, že daní pasivní jedinci budou následovat názorového vůdce, který bude strhávat všechny kolem sebe do svých záměrů, které ostatní budou nejen dodržovat, ale také je vezmou za své vlastní, jen pro to, aby se neocitly v nepřízní kolektivu.

Polovina dotazovaných klientů nemá již žádné přání nebo nějaký cíl, nebo již o tom nepřemýšlí. Tito lidé se již smířili s myšlenkou poslední stanice jejich života v domově pro seniory. Jsou odevzdání svému osudu. Jejich mottem je: „Už dlouho tu nebudu, tak proč si stěžovat nebo něco měnit.“ Ostatní klienti mají jen skromná přání a to, aby je stále navštěvovala jejich rodina, a aby jim ještě sloužilo zdraví.

Klienti jmenovali základní služby, které jim organizace poskytuje, čímž sdělili, které ze služeb využívají. Tyto služby poté hodnotí a vyjadřují svou spokojenost s jejich kvalitou. Nejčastěji uváděli stravu, koupele, prádelnu a kadeřnické služby a hygienicky čisté prostředí. Když pomíneme kadeřnické služby, lze vyvodit závěr, že klienti svou spokojenost se službami spojují pouze se základními potřebami člověka. Ostatní potřeby člověka silně podceňují, nemají pro ně velký význam.

Na otázku, zda by chtěli využívat nějakou novou službu nebo aktivitu, kterou by chtěli využívat, 70% odpovědělo, že nechce nic. Mezi podněty byla uvedena spravedlnost,

přání o možnost přečtení knihy někým ze zaměstnanců kvůli špatnému zraku a přání, aby byl navýšen podíl mužského pokolení mezi klienty domova pro seniory.

9. Vyhodnocení odpovědí získaných od zaměstnanců

Zaměstnanci dostali téměř 14 dní na vyplnění krátkých dotazníků, které měli vhodit do předem určené urny, která byla umístěna v kanceláři hlavní sestry. Bohužel návratnost dotazníků i přes poskytnutou dostatečnou dlouhou dobu, byla nízká. Z očekávaných 20 vyplněných dotazníků byl jejich počet omezen pouze na devět. Personál nevěnoval tomuto šetření pozornost, i když byl požádán o to paní ředitelkou.

Podle odpovědí, které zaměstnanci uvedli, je zřejmé že ošetřující personál nahlíží na klienty spíše jako na smluvní partnery či uživatele služeb, kteří mají povinnost dodržovat vnitřní řád domova pro seniory a své smluvní závazky, které stvrdili svým podpisem na smlouvě o poskytování péče. Cca. 20% respondentů si nevzpomnělo na žádný předpis nebo na smlouvu, který je mezi organizací a klientem. Toto procento vidí klienta jako pacienta, který potřebuje stálý ošetřovatelský dohled.

Organizace vystupující jako poskytovatel služby dodržuje kromě smluvních závazků také předem stanovené standardy, které jsou základem pro poskytování služeb určité kvality. Většina zaměstnanců si není vědoma, že organizace je povinna tyto standardy plnit. Třetina dotázaných si vzpomněla na standardy kvality, které se v domově uplatňují. Všichni z dotázaných uvedli jako nejvyšší instanci paní ředitelku a vrchní sestru.

Z šetření vyplynulo, že klienti si nadmíru stěžují na svůj zdravotní stav po příchodu do domova seniorů. Zaměstnanci se shodují, že míra stěžování klienta je individuální v různých časových úsecích po příchodu do domova seniorů. Po příchodu do domova jsou klienti vystaveni psychické zkoušce odolat stresu z nového prostředí. Staří lidé si těžko zvykají na nový „domov“ a na nové lidi, ale vyžadují také pozornost, kterou hledají u zaměstnanců. Velká míra stížností na svůj zdravotní stav je jen kompenzací za dosud nenavázaný upřímný vztah s jiným klientem. Je to touha po komunikaci, po vlídném slovu, kterým se ujistí, že jejich volba přijít do nového domova nebyla špatná. Potřebují vědět, že se o ně někdo zajímá, potřebují někoho, kdo jim pomůže s adaptací

do kolektivu. Ošetřující zaměstnanci se shodují, že každému klientovi je potřeba se věnovat individuálně.

Ošetřující personál uvedl, že nejčastější radost klientů plyne z venkovního posezení před budovou, kde mohou zpívat za doprovodu hry na harmoniku. Zaměstnanci uvedli tento fakt jako nejčastější příležitost pro projevení radosti klientů. Jejich odpovědi jsou ovlivněny tím, že k této příležitosti dochází v poslední době často díky krásnému letnímu počasí. Obecně lze tedy tvrdit, že zpěv a poslech hry na harmoniku je zdrojem veselí pro všechny klienty, protože častější příčinou pro zpívání za doprovodu harmoniky jsou oslavy narozenin a jmenin, besídky apod. Další příčiny pocitů radosti jsou návštěvy rodin klientů a práce v ergoterapeutické dílně.

Klienti domova pro seniory se nejčastěji zajímají o to, co bude k jídlu, a o zdraví svých kolegů, respektive o zdravotních potížích svých kolegů. Dalším možným objektem jejich zájmu je budoucí návštěva lékaře a návštěva blízkých z rodiny.

Z odpovědi na otázku: „Jak často během dne dojde ke shodě mezi Vámi a pacientem o vážnosti nemoci, či jiného problému?“ jsem se prakticky nic nedověděl. Na otázku „jak často“ byla nejčastější odpověď „často“, to znamená, že respondenti se nechtěli touto otázkou zabývat z jakýchkoli osobních důvodů. Nedokázali si vzpomenout na situaci, která se týkala rozhovoru o vážnosti nemoci klienta, nejspíš z důvodu, že k takové diskuzi nedochází v organizaci často. Dva respondenti naopak uvedli, že rozhovor na téma vážnost zdravotního stavu s klientem, není nejlepším námětem na rozhovor s klientem, protože je taková diskuze deprimuje. Lze usuzovat, že klienti si neuvědomují vážnost svých zdravotních i jiných problémů, že neargumentují o svých možnostech a neprojevují vůli bojovat s nepříznivým stavem. Jsou jen pasivními uživateli služby.

Zaměstnanci si minimálně jednou představili sebe v pozici klienta, třetina z nich uvedla, že si představují sebe v této pozici často. To svědčí o jejich schopnost empatie. U profesí, kde je lidský vztah součástí práce, je schopnost empatie podmíněná pro dobré vykonávání takového zaměstnání.

10. Sestavení teoretického modelu

Klienti odpovídali na otázky:

1. Pouze sociální pracovník rozhoduje o léčbě a klient se vším souhlasí.

2. Sociální pracovník klade otázky klientovi a klient se snaží povědět co nejvíce o své nemoci.
3. Sociální pracovník klade otázky, poté klade otázky také klient sociální pracovníkovi.

Klienti se shodli se v 40%, že pouze lékař rozhoduje o léčbě a klient se vším souhlasí. V 20% se shodli na otázce b) a ve zbylých 40% na otázce c).

Personál odpovídal na otázku: Podtrhněte tvrzení, které se nejvíce blíží realitě ve vaší organizaci?

1. Ten, kdo určuje podobu a cíle péče o klienta je
 - a. pouze sociální pracovník
 - b. klient sám
 - c. vzájemná dohoda
2. Sociální pracovníci předpokládají, že
 - a. klientovo očekávání je shodné s tím, co očekává ošetřující personál
 - b. očekávání jsou vyjasněna na obou stranách
 - c. vzájemná očekávání aktérů jsou nevyjasněna
3. Sociální pracovníci vystupují v této organizaci spíše jako
 - a. Poručníci / hlídači
 - b. Rádcí
 - c. Konzultanti

Na otázku jedna byly odpovědi v jedné třetině pro možnost a), dvě třetiny pro možnost c). Na otázku dvě se v 55 % procentech shodli na možnosti b) a ve zbylých 45% na cěčku. Na otázku číslo tři byly možnosti vybrány rovnoměrně, každá možnost je zastoupena jednou třetinou.

Tab. č. 5: Přehled základních charakteristik vztahu lékaře a pacienta v jednotlivých modelech

Model ⇒	Instrumentální, příp. zanedbání vztahu	Paternalistický	Informativní konzumentský	Interpretativní partnerský	Poradní
Podoba konzultace	Nejasná	Určená lékařem	Určená pacientem	Určená společně, vzájemné vyjednávání	Dialog, morální vedení lékařem
Hodnoty	Nejasné, pacientovy hodnoty jsou irelevantní	Přijaté lékařovy hodnoty	Určené pacientem, pevně dané, neměnné	Vzájemně sdílené, lékař pomáhá při jejich definování	Postupně vyplynou, lékař asistuje pro jejich uspořádání
Role pacienta	Pasivní participant, neví o svých možnostech	Dítě, nechá se vést, lékaři plně důvěřuje	Požaduje informace, určuje průběh návštěvy, je aktivní	Přináší vlastní zkušenosti, očekávání, pocity	Žák, je autonomní, sám zvolí medicínskou intervenci
Role lékaře	Pasivní participant, nejví zájem	Rodič, poručník, ví, co je pro pacienta nejlepší	Technický konzultant, poskytuje požadované informace	Rádce, přináší odborné znalosti	Učitel, vychovává, podporuje, vysvětluje
Moc lékaře	Malá	Velká	Malá	Velká, vyrovnaná	Velká
Moc pacienta	Malá	Potlačená, malá	Velká	Velká, vyrovnaná	Velká
Cíl interakce	Nemusi být vždy v pacientově zájmu	Upevnit pacientovo zdraví, odstranit problém	Dát pacientovi co chce, vyhovět mu jako zákazníkovi	Objasnit pacientovi jeho potřeby a pomoci najít nejlepší léčbu	Lékař pomáhá pacientovi rozlišit a utřídit pro něj nejlepší hodnoty

Minimální spolupráce
lékaře a pacienta

Maximální spolupráce
lékaře a pacienta

Zdroj: Sborník IZPE 3/2002

Tyto hodnoty budou zadány do pomocné tabulky č. 6 podle shody odpovědí s předem danými tvrzení, která jsou typická pro daný model podle tabulky č. 5: *Přehled základních charakteristik vztahu lékaře a pacienta v jednotlivých modelech.*

Podle odpovědí klientů je zřejmé, že organizace aplikuje paternalistický teoretický model vztahů lékaře s pacientem, v tomto případě sociálního pracovníka s klientem. Personál naopak vidí vztah organizace ke svým klientům jako vztah poskytovatele a uživatele služby založeném na partnerském přístupu. Celkově však převažují faktory, které svědčí pro existenci paternalistického modelu v organizaci.

Tab. č. 6: Pomocná tabulka

Model	Instrumentální	Paternalistický	Informativní konzumentský	Interpretativní partnerský	Poradní
Podoba konzultace	20	40+33		40+66	
Hodnoty	45	40		40+20+55	
Role klienta		40	40	20	
Role soc. pracovníka		33	33	33	
Moc soc. pracovníka		40	40	20	40
Moc klienta		40	40	20	40
Cíl interakce		20+40	40		
Klienti celkem	20	260	160	160	80
Personál celkem	45	66	33	154	0
Celkem	65	326	193	314	80

11. Návrhy na zlepšení

11.1. Komunikace se seniory

Chování člověka je ovlivňováno jeho vnitřními pocity. Předmětem rozhovoru s klientem by měly být tyto pocity a jejich překonávání. Při komunikaci s obyvatelem domova pro seniory je důležité se dozvědět o něm, co nejvíce. Je důležité zjistit, jak se klient cítí a hlavně jak se vypořádává se svými problémy. To pomůže si získat klientovu důvěru a vytvořit s klientem dlouhodobý kvalitní vztah.

Rozhovory s klienty by se samozřejmě neměly týkat pouze pocitů, které klienti cítí, ale častým tématem diskuze by měly být jejich životní úspěchy, jejich šťastné chvíle. Tyto vzpomínky mu dodají sebevědomí, uvědomí si, co všechno ve svém životě dokázal. „*Pomůže mu dosáhnout uspokojení se sebou a se svým životem. Tento pocit je podstatný pro přijetí stáří a poskytuje duševní klid.*“²⁰ Jak uvádí Rheinwaldová (1999), je nutné starému člověku pomáhat při vyrovnání se svým životem a to vhodnými tématy při rozhovoru s ním. Je vhodné se klienta ptát: „*Kdo? Co? Kdy? Jak často? Nikdy? Vždycky? Kolik? Co by se stalo, kdyby....?*“ Vhodnými tématy jsou např.: „*Domov s rodiči. Rodné město. Nejšťastnější doba. Nejsmutnější doba. Škola a první zaměstnání. Lásky. Děti. Hlavní smysl života. Co děláte nejraději? Máte rád zdejší lidi? S kým jste nejraději? Co pro sebe děláte, abyste se cítil (a) lépe? Zapomínáte obličej a jména lidí? Máte strach ze samoty? Schází vám zaměstnání?*“

11.2. Prostor pro podněty

Vztah klientů s domovem pro seniory je založen na dodržování podmínek smlouvy o poskytování péče. Dům klidného stáří je poskytovatelem a uživatelé platí odpovídající sumu peněz za tyto služby podle stanoveného ceníku služeb organizace. Z tohoto základního vztahu lze vyvozovat, že klient platí, tak poroučí. Realita je ale jiná. Klienti nevidí sebe jako uživatele služeb, ale jako pacienty ve zdravotnickém zařízení a podle toho se chovají. Řídí se názorem, že lékař a sestry jsou autoritami, kterým by se měl člověk podřizovat ve všech směrech.

• ²⁰ Rheinwaldová, E.: *Novodobá péče o seniory*, Grada, Praha, 1999

Organizace by určitě měla vystupovat jako rovnocenný partner, klienti by měli vědět, že je s nimi jednáno jako s partnery a že jejich názor je cenným článkem komunikace, kterého si organizace váží. Vedení by mělo své klienty vychovávat k tomu, aby se nebáli říct svůj názor, své nápady a přání, ale také stížnosti, ať už jsou jakákoliv.

Atmosféra v organizaci je nastavena tak, že klienti mají možnost předkládat své podněty anonymně písemně do předem určené schránky, která je volně přístupná nejen pro všechny klienty, ale i pro návštěvníky na stolku u hlavního vchodu do budovy. Tato schránka je nadepsána štítkem „stížnosti“. Organizace by měla tuto schránku nadepsat lépe, třeba slovem „podněty“ a také by měla více apelovat na klienty, aby se nebáli napsat jakékoliv přání nebo nápad, který by mohlo vedení domova splnit. Měla by se snažit vysvětlit, že schránka slouží pro jejich dobro, je zdrojem invencí a inovací. Je potřeba trochu popíchnout klienty k aktivitě a vzbudit zájem o chod domova.

Personál vidí vztahy v domově na partnerské úrovni, což vede k tomu, že se bude chovat ke klientům jako k rovnocenným partnerům. Z toho plyne, že zaměstnanci budou očekávat stejný aktivní podíl na poskytované péči. Klienti jsou ale spíše pasivní a přistupují ke vztahu s organizací jako ke vztahu dítěte a jeho rodiče. Jsou pasivními uživateli služeb a snaží se, co nejvíce inkasovat aniž by museli do vztahu investovat.

Organizace by mohla vyjít vstříc, tím že by se zavedla jakási zповědnice (vrba), kam by se mohli klienti chodit svěřovat. Je třeba všechny podněty vyhlášovat veřejně (např. v jídelně po jídle), a veřejně prokazovat činnosti, které jsou následkem podnětů. Klient musí vidět, že jejich iniciativa není zbytečná a organizace se snaží, co nejvíce těmto podnětům vyhovět.

11.3. Pomoc klientům, kteří jsou připoutáni na lůžko

Klienti, kteří jsou poutáni na své lůžko a nemohou se pohybovat, jsou omezeni v častých případech na spánek, stravu a ošetrovatelskou péči. Jejich handicap jim znemožňuje spoluúčast na společenské dění v domově. V USA byl proveden výzkum, kde za pacienty připoutané na lůžko chodili pravidelné přátelské návštěvy. Po několika měsících byl porovnán jejich předchozí a následný zdravotní stav, dostavilo se velké zlepšení. „Důležité je, aby organizace přemýšlela o možnostech všech obyvatel vždy pozitivně a každému dala příležitost využít i těch sebemenších schopností, které má.²¹ Tyto návštěvy je motivují a stimulují jejich smysly. Pokud tito klienti nebudou využívat

• ²¹ *Novodobá péče o seniory*

své zatím fungující smysly, dojde k jejich ochabnutí tím, že nejsou v permanenci. Tento proces je velmi náročný na lidské zdroje, které organizace nemůže jen tak uvolnit. Organizace by mohla přemýšlet o zapojení dobrovolníků anebo by se mohla pokusit začlenit do tohoto programu i své klienty, kteří by byli ochotni pomoci svým kolegům, kteří nemají možnost pohybu. Výzkum v USA dokonce prokázal, že tito pacienti, kteří začali více využívat své smysly, byli dokonce ochotni se naučit novým věcem, což je činilo spokojenějším. Zde je seznam činností uplatňující smysly:

- *„Dotýkejte se obyvatelových rukou různými látkami.*
- *Nechte obyvatele tleskat, natahovat se pro něco, dělat pěst, smát se, mračit se.*
- *Přehrajte záznam se smíchem, pláčem, tleskáním atd.*
- *Požádejte, aby obyvatel vytvořil příběh nebo alespoň uhodl, jak příběh dopadne.*
- *Nechte obyvatele identifikovat lidi podle jména.*
- *Házejte o zem míčem a nechte klienta počítat, kolikrát slyšel zvuk.*
- *Podávejte obyvateli různě velké míče z různých materiálů. Nechte ho, ať je zmáčkne, hází, kope.*
- *Provádějte s ním pohyby rukou, nohou a hlavy.*
- *Hrajte obyvateli krátké písničky a pozorujte reakce.“*

Zapojení schopných klientů do tohoto programu je dobré i v tom, že tím vzniká pozitivní externalita. Těmito návštěvy si procvičují své smysly i schopní klienti, tudíž nedochází u nich k zakrnění jejich smyslů. Zejména je důležité, aby se klienti, kteří mohou se přemísťovat, tak naplno využívali své možnosti pohybu. Organizace by měla dbát na to, aby se klienti pohybovali a tím posilovali své motorické schopnosti. Někteří klienti se zmínili, že se jim daří lépe po podstoupení chirurgického zákroku díky kvalitní rehabilitační péči. Organizace by neměla zapomínat i na klienty, kteří svou nevolí se pohybovat si mohou zapříčinit podstoupení nějakého operačního zákroku nebo o to hůř by skončili připoutáni na lůžko.

11.4. Motivace klientů k činnostem

Senior v domově se cítí většinou osamocen, i když sdílí společné prostory s dalšími seniory. Do vzájemných interakcí vstupují při společných aktivitách, jinak jsou na svých pokojích zahlceni myšlenkami o samotě, o konci života apod. Úlohou organizace je se snažit, aby docházelo k vzájemným interakcím mezi klienty co nejvíce. Motivovat

je k činnostem, při kterých pracují např. ve dvojicích nebo v týmech. Po určitém čase tyto páry nebo týmy prohodit, aby si klienti opět zvykali na odlišné vztahy, což jim zpestří život v domově. Vybudují si lepší vztahy s kolegy, se kterými dosud nevycházeli moc dobře. Je třeba přicházet s činnostmi, které pomůžou sblížit klienty a učinit tak z nich jeden kolektiv.

Staří lidé se bojí experimentovat, mají strach z nových věcí, protože si myslí, že by došlo k jejich zostuzení, ponížení z důvodů jejich neznalosti či jejich handicapu. Cítí se nejistě, protože mají např.: nějaké kilo navíc, používají zubní protézu, za kterou se stydí, jsou pomalí, mají zhoršené vnímání, špatně slyší, těžko si pamatují apod. Není od věci občas dát těmto klientům najevo, že nikdo není dokonalý a sami zaměstnanci také mají nějakou vadu, se kterou se klidně podělí a nestydí se za ni. Je vhodné upozornit klienty, že nikdo učený z nebe nespádl a učit se novým věcem je v pořádku ať je vám právě tolik let. Životní síla nepramení z toho, že je vám dvacet let, ale z vašich aktivit, kterým jste se ochotni naplno věnovat.

Není nutné, aby se do činností ihned zapojili všichni, je dobré častěji připomínat obyvatelům, že stačí, když se poprvé přijdou aspoň podívat, že nevadí, když se jim daná aktivita nebude líbit. Je vhodné klienty ujistit, že je zaměstnanec kdykoliv doprovodí zpět do pokoje. Důležité je včasné informování o programu, nejlépe, když jsou všichni klienti dohromady, například po jídle. Sdělení by mělo obsahovat informace o tom, s čím se seznámí, jak je to pobaví, co se naučí a hlavně o tom, že výsledek jejich práce bude prospěšný i dalším lidem. Což vede k uvědomění, že jejich práce je stále zapotřebí a na jejich práci je někdo závislý.

Z počátku je vhodné volit opačnou strategii, kdy se klient nechce zapojit do zájmového kroužku sám, tak aby za ním „kroužek“ přišel na pokoj a ukázal, v čem je vlastně dobrý. Stačí jen přátelská návštěva a popovídat si o tom, jak to v kroužku chodí, jaká je tam legrace apod. Je důležité vždy ocenit snahu klientů, bez této odezvy můžou klienti nabýt dojmu, že tento kroužek je pro zaměstnance a ne pro klienty. Poděkovat jim, že přišli a zkusili to. Nejdůležitější je zpětná vazba, která pomáhá k dalšímu zlepšování již navázaného vztahu. Co se klientům líbí nejvíce a naopak nejméně, klienti by se měli zvyknout na to, že organizace chce po každé znát jejich názor a připomínky.

Rozhodující je, že aktivity musí uspokojovat zájmy klientů a ne organizace. Vše by mělo být založeno na vzájemné dohodě. Zaměstnanci motivují seniory svým chápavým postojem a ujišťováním o bezpečí a pohodě.

11.5. Zpevňování vztahu jako proces začlenění do kolektivu

Zpevňování vztahů je důležité proto, že aktivity tohoto charakteru jsou „tmelem“ pro vztahy. Z šetření je možné vyvodit, že klienti se po příchodu do domova protloukají sami a doba jejich adaptace na nové prostředí je závislá na jejich sociální přizpůsobivosti. Jelikož klienti jsou pasivními uživateli, kteří většinou sami nic nepodnikají, dokud vedení domova nepřijde s vlastní iniciativou, mohla by být zavedena jistá forma rituálu pro nově příchozí klienty. Podmínkou je, aby tento rituál vzali klienti za vlastní a dodržovali.

Obsahem toho vstupního procesu by byla nějaká aktivita, kterou by měl nový klient splnit. Tato aktivita by dodávala pocit sounáležitosti ihned po příchodu do domova pro seniory. „Teď, když jsem vykonal váš úkol, jsem jedním z vás.“ Další fáze tohoto vstupního rituálu by dále měla obsahovat předávání drobných darů na uvítanou u společné konverzace. Stálí klienti by měli povědět veškeré informace o chodu organizace. Bohužel tento rituál nemůže být v plné režii klientů. Je nutné hledět na zdravotní stav klientů, kteří by si mohli ublížit.

Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jak vybraná nezisková organizace může rozvíjet vztahy se svými klienty a poskytnout náhled teoretických modelů týkající se vztahů mezi lékařem / poskytovatelem služby/ a pacientem /klientem/, který tyto služby využívá. Vybral jsem si neziskovou organizaci, která poskytuje sociální služby svým klientům. Tato organizace nechce být jmenována, ale mohu prozradit, že je to církevní zařízení – domov pro seniory (Dům klidného stáří.)

Abych mohl poznat vztahy mezi klienty a zaměstnanci vybrané neziskové organizace, zvolil jsem kvalitativní výzkum, který je vhodný ke zjišťování dat subjektivních významů. S klienty byly provedeny hloubkové nestrukturované rozhovory a zaměstnancům byl předložen dotazník. Metoda hloubkových rozhovorů se při zjišťování dat osvědčila, získal jsem potřebné informace od obyvatel o tom, co si myslí o kvalitě služeb a jak ke službám přistupují. Z odpovědí od personálu jsem nezískal velké množství informací o vzájemných vztazích s klienty. Zaměstnanci měli hodnotit vztahy s klienty, otázky jim určené měly přinést odpovědi, jak se klienti chovají a jak reagují v různých situacích. Většina zaměstnanců pochopila tento průzkum jako hodnotící systém, který je namířen proti nim. Tato metoda nejspíše nebyla vhodně zvolena, s odstupem času bych doporučil metodu pozorování, která je bohužel velmi časově náročná, tudíž pro externího pozorovatele těžko aplikovatelná.

Na začátku výzkumu bylo stanoveno šest hypotéz, které měl kvalitativní výzkum potvrdit nebo vyvrátit. Z šetření lze tvrdit, že tyto hypotézy nebyly vyvráceny.

Kvalitativní výzkum je založen na zjišťování subjektivních názorů. Tyto názory byly zřejmě ovlivněny vnitřními pocity a různými hodnotami, strachem z cizí osoby, která se snažila zjistit důvěrné informace. Další překážkou byla nízká účast respondentů, výsledné informace mohou být dosti zkreslené. I přesto bariéry se mi podařilo zjistit zajímavé informace o vztahu domova pro seniory ke svým klientům.

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že zaměstnanci mají odlišný pohled na vztahy než klienti. Ti vidí a hlavně si přejí své vztahy s personálem postavené na paternalistickém přístupu. Díky svému strachu ze selhání, pocitu méněcennosti se nesnaží projevit svůj názor, vyhýbají se novým nezkoušeným věcem a spíše se straní, protože jim ústraní dodává pocit bezpečí, který je posílen názorem: „*Já jsem starý(á), mně to takhle stačí, já už nic nepotřebuju.*“ Nebo dokonce: „*Mně už moc času nezbyvá, já brzo umřu, tak*

mě nechte na pokoji.“²² Tato pasivita je spojena s neochotou se podílet na rozhodování. Klientům vyhovuje jen plnit pokyny zaměstnanců organizace. Jsou jako děti, o které se domov stará. Děti, jež vyžadují pozornost a tu odplácejí svou poslušností. Většina dotazovaných klientů si myslí, že kdyby nebyli poslušní, tak by zaměstnanci jim nevěnovali pozornost, neposkytovali jim kvalitní služby. Obyvatelé domova pro seniory jsou ale také nadměru vděční a svůj vděk dokazují svou konformitou vůči systému, který je v organizaci zaveden. Jelikož klienti nemají zkušenosti s jiným podobným zařízením, nedokážou vyslovit svá očekávání a jen tiše čekají, co se bude dít. Z pohledu klientů je velmi vhodné aplikovat paternalistický model vztahů.

Dotazníkové šetření určené pro ošetřující personál nesplnilo naplno očekávání díky nízké účasti a odpovědím, které spíše zněly: „*Já teď nemám čas na takové stupidní otázky. Já nevím.*“²³ I přesto tento výzkum ukázal několik poznatků o vztazích vybrané neziskové organizace se svými klienty. Otázky uvedené v dotazníku byly koncipovány jako doplňkové k otázkám určeným pro klienty. Zaměstnanci však v nich viděli pouze systém hodnocení jejich práce, který je určen pro potřeby paní ředitelky. Z těchto odpovědí je patrné, že vnímají klienty jako rovnocenné partnery, podle toho také přistupují ke své práci. Vylíčili vztahy za ideální, podle nich se současné vztahy rovnají ideálnímu stavu založenému na partnerském přístupu. Domnívám se, že zaměstnanci určitě nebudou sami sobě škodit a prozrazovat chyby, kterých se dopouštějí.

Shrneme-li všechna získaná data o aplikovaném modelu, tak převažuje paternalistický model. Organizace a její zaměstnanci se snaží přistupovat ke komunikaci s klienty jako s partnery, ale je si silně vědoma toho, že se o klienty musí starat jako o malé děti. Zaměstnanci poskytují veškerou péči podle stanovených standardů²⁴, dodržení těchto standardů je pro ně důležité. Jakékoli porušení je hrozbou podání stížnosti, v nejhorších případech podání žaloby. Ke stěžování na kvalitu péče dochází velmi zřídka v domově pro seniory, a když, tak se to týká méně důležitých záležitostí. Proto zaměstnanci vidí klienty spokojené s poskytovanými službami.

Díky rostoucímu významu partnerského přístupu je vhodné aplikovat navenek tento přístup, aby nejen klienti, ale i jejich rodiny věděly, že je s nimi zacházeno dobře a je zachována důstojnost klienta. Avšak kvůli pasivitě klientů je nutné, aby v domově pro seniory byl nadále aplikován paternalistický model. Výzkum potvrdil existenci obou

-
- ²² *Nejčastější odpovědi klientů získané hloubkovými rozhovory*
 - ²³ *Interpretace odpovědí zaměstnanců domova pro seniory*
 - ²⁴ *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*

přístupů v organizaci. Vedení by mělo se více snažit motivovat klienty ke spolupráci, k aktivitě a větší zodpovědnosti za svůj život.

Realizovaný výzkum se potýkal s problémem, že má osoba co by tazatel byla chápána jako cizinec, který se snaží odhalit chyby a negativní prvky ve vztazích mezi zaměstnanci s klienty. Většina respondentů si myslela, že jsem „tajný zvěd“ ředitelky ústavu. I když otázky nebyly koncipovány přímo na odhalení negativních faktorů komunikace v organizaci, respondenti hovořili o tom, že je se děje něco špatně a nemohou se k tomu vyjádřit kvůli strachu z možných následků. Cíle této práce byly i přes drobné překážky naplněny. Tuto práci bych doporučil těm lidem, kteří se zajímají o lidské vztahy uvnitř určitého organizačního systému. Doporučil bych ji těm lidem, kteří si zvolí takovou profesi, kde její součástí budou lidské vztahy.

12. Literatura

- Bálint, M.: Lékař, jeho pacient a nemoc. Praha, Grada Publishing 1999.
- Baron, R. - Byrne, D.: *Social Psychology*, Massachusettes (USA), Allyn and Bacon , 1997
- Bártlová, S. - Hnilicová, H.: Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, Brno, 2000
- Byrne, D. - Clore, G. L.: *A reinforcement model of evaluative processes*, Personality: An International Journal 1, 1970
- Dobiášová, K.- Křečková, N. - kol.: *Vliv zdravotnického systému na vztah pacient – lékař ve vybraných segmentech zdravotní péče v transformující se společnosti v ČR – teoretické koncepty a výsledky realizovaného předvýzkumu*, Sborník IZPE 4/2001, Kostelec n. Č. l., 2001
- Donabedian A.: The Duality of care:How can not be assessed? American Media Association, 1998
- Emanuel, E.J. - Emanuel, L.L.:*Four models of the physician-patient relationship*, JAMA, Vol. 267, Issue 16, 1992
- Falkum, E., Forde, R. *Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship Attitudes among Norwegian physicians*, Social Science & Medicine, Vol. 52, 2001
- Haškovcová, H.: *Práva pacientů*, Havířov, Nakladatelství A. Krtilové, 1996
- Heider, F.: *The psychology of interpersonal relations*, New York, Wiley, 1958
- Hill, Grahame.:*Moderní psychologie*. Praha, Portál, 2004
- Hnilica A.: Kvalita života a stereotypní hodnocení změn ve společnosti a ve zdravotnictví, Zdravotnictví v ČR, Vol. 4, 1999
- Honzák, R. - Kurzová, H.:*Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*, Praha, Karolinum, 2003
- Honzák, R.:*Komunikační pasti v medicíně*, Praha, Galén, 1999
- Johnson, R.A. - Ruhl, J.M.: *Kniha o spokojenosti*, Portál, Praha, 2000
- Kapr, J. - Koukola, B.: *Pacient: Revoluce v poskytování péče*, Praha, Slon 1998.
- Krtička, F.: O partnerském vztahu a lékařské demokracii, Praktický lékař, Vol. 79, No. 10, 1999
- Křečková Tůmová, N. - Bártová, Š.:*Vztah lékaře a pacienta v primární péči - teoretický souhrn poznatků a diskuse vlastního modelu*, Sborník IZPE 3/2002, Kostelec nad Černými lesy, 2002
- Morgan, M., Calnan, M., Manning, N.: *Sociological Approaches to Health and Medicine*, London and New York, Routledge, 1995
- Norton, k. - Smith, S.:*Problems with patients*, Cambridge University Press, 1994
- Parsons, T.: *The Social System*, Glencoe (GBR), The Free Press of Glencoe, 1964
- Rheinwaldová, E.:*Novodobá péče o seniory*, Grada, Praha, 1999

- Scambler, G.: *Sociology as applied to medicine*, 4th edit, London, W.B.Saunders, 1997
- Stone, T. - Mantese, A.: Conflicting values nad the patient-provider relationship in managed care, *Journal of Health Care Finance*, vol. 26, 1999
- Tsai, D.F.: *How should doctors approach patients?*, *Journal of Medical Ethics* vol. 27, 2001

Internetové stránky:

- Navajo.cz:Mezilidský vztah, <http://mezilidsky-vztah.navajo.cz/>, 7.8.2007
- CZECHMED (Informační portál pro oblast zdravotnických prostředků): *Pacient a jeho práva*, <http://forum.czechmed.cz/?q=node/91>, 6.8.2007
- Portál s.r.o.:Psychosomatika v proměnách věků, <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=21741> , 7.8.2007

Právní předpisy:

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- zákon č.123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů
- zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních
- zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Přílohy

Dotazník určený pro personál

Prosím o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, který je součástí diplomové práce: „Rozvíjení vztahů s klienty neziskové organizace“. Tento dotazník je anonymní. Odpovědi pište prosím čitelně a vyplněné dotazníky vházejte do urny.

1. Existují nějaké dohody, vnitřní předpisy nebo smlouvy mezi organizací a klienty? Vepište.
2. Existují písemné i nepísemné dohody, vnitřní předpisy nebo smlouvy mezi organizací a zaměstnanci? Vepište. Je dostupný pro všechny? Kdo dbá, aby nikdo tuto dohodu neporušil?
3. Zakroužkujte tvrzení, které se Vám líbí nejvíce a podtrhněte tvrzení, které se nejvíce blíží realitě ve vaší organizaci?

Ten, kdo určuje podobu a cíle péče o klienta je

- pouze sociální pracovník
- klient sám
- vzájemná dohoda

Sociální pracovníci předpokládají, že

- klientovo očekávání je shodné s tím, co očekává ošetřující personál
- očekávání jsou vyjasněna na obou stranách
- vzájemná očekávání aktérů jsou nevyjasněna

Sociální pracovníci vystupují v této organizaci spíše jako

- Poručníci / hlídači
- Rádci
- Konzultanti

4. Máte pocit, že si pacienti stěžují na svůj zdravotní stav více než je zapotřebí a pokud ano, tak jak dlouho po příchodu do domova seniorů se projeví první stížnosti na zdravotní stav?

5. Jak často (kolikrát za den) projevují klienti pocity radosti a při jakých příležitostech?
6. Dožadují se klienti informací navíc? Pokud ano, na co se ptají nejčastěji?
7. Jak často během jednoho dne vyzvete pacienta, aby Vám položil otázku?
8. Jak často během dne dojde ke shodě mezi Vámi a pacientem o vážnosti nemoci, či jiného problému?
9. Představoval (a) jste si někdy sebe v pozici klienta?

Otázky určené pro klienty

1. Máte Vy nějaké zkušenosti nebo někdo jiný s obdobným zařízením a považujete jej za lepší?

2. Všiml (a) jste si, že by si zde vaši kolegové stěžovali sestře nebo lékaři, nebo někomu jinému?

3. Dal (a) jste nebo obdržel nějaký dar jakékoli povahy po dobu vašeho pobytu zde?*(mimo Vánoc a narozenin)*

4. Všiml (a) jste si, že by někdo zde projevil své city, např. smutek, zlost, stesk? A jak to probíhalo?

5. Co se týká projevování citů, myslíte si, že je lepší projevít city veřejně (např. se sestrou, s lékařem nebo spolubydlícím) nebo raději někde o samotě v soukromí?

6. Které tvrzení se Vám líbí nejvíce a jak to tady chodí ve skutečnosti?
 - a. Pouze lékař rozhoduje o léčbě a pacient se vším souhlasí.
 - b. Lékař klade otázky pacientovi a pacient se snaží povědět co nejvíce o své nemoci.
 - c. Lékař klade otázky, poté klade otázky také pacient lékařovi.

7. Představte si situaci, když vás něco bolí a přijde sestřička či lékař. Co vám zpravidla povědí a jak postupují.

8. Chtěl (a) byste se dozvědět o léčbě více než vás sestra nebo lékař informuje?

9. Můžete mi zopakovat rady nebo příkazy, které vám dávají sestřičky nebo lékaři při vyšetření?

10. Usmívají se na Vás sestra nebo lékař, když s vámi hovoří? Poplácají Vás občas na rameno nebo pohladí vás? Dívá se vám sestra nebo lékař do očí, když s vámi hovoří?

11. Máte možnost říci svůj názor na průběh léčení a vyšetření? Vyslechne vás sestra nebo lékař?

12. Používají lékař nebo sestry odborné výrazy? Rozumíte jim? Mluví rychle či pomalu?

13. Vysvětluje vám sestra nebo lékař přesně co máte dělat? Opakují Vám jejich diagnózu nebo pokyny k Vám?

14. Došlo zde někdy k nějaké rozepři (konfliktu) mezi pacientem a sestrou nebo lékařem, nebo mezi sestrami navzájem či dokonce mezi sestrou a lékařem?
15. Myslíte si, že se Váš stav zlepšil po příchodu do tohoto domu?
16. Vzpomínáte si, komu jste sdělil (a) své podněty (pozitivní a negativní) v tomto domě nebo kam jste je napsal (a) a komu z personálu jste je předal (a)?
17. Vzpomínáte si na vaše poslední setkání s lékařem? Popište mi stručně, jak toto setkání probíhalo a jak dlouho.
18. Jak trávíte čas přes den, dodržujete stanovený denní plán?
19. Vyjmenujte mi prosím pět věcí, které se Vám nejvíce líbí a pět věcí, které se Vám líbí nejméně?
20. Můžete potvrdit, že mezi vámi pacienty táhnete všichni za jeden provaz a vystupujete jako jedna dobrá parta?
21. Máte raději člověka, který udělá vše, co se po něm chce, nebo hned křičí, že se mu něco nelíbí?

22. Máte nějaký cíl, nějaké přání, které byste si chtěl (a) splnit? Číníte nějaké závažné kroky, abyste vašeho cíle dosáhl (a)?

23. Můžete mi vyjmenovat základní služby, které toto zařízení poskytuje?

24. Chybí Vám nějaká služba nebo aktivita, kterou byste chtěl (a) využívat?