Chování pacienta a jeho kauzální výklad

Marie Večeřová

Bakalářská práce
2011

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Marie VEČEŘOVÁ**
Osobní číslo:	**H08241**
Studijní program:	**B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Téma práce:	**Chování pacienta a jeho kauzální výklad**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části vymezit pojmy kauzální atribuce, chování, empatie. Definovat kauzální schémata. Specifikovat vlivy, které se podílejí na hodnocení situací.
V praktické části porovnat výpovědi hodnocení chování pacienta sestrami. Zjistit zdali něco ovlivňuje jejich hodnocení. Na základě výsledků z průzkumu navrhnout praxeologické opatření a seznámit odbornou veřejnost s touto problematikou.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. HEWSTONE, M.- STROEBE W. Sociální psychologie: Moderní učebnice sociální psychologie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 769 s. ISBN 80-7367-092-5.
2. KOHOUTEK, R. Základy psychologie osobnosti. Brno : Cerm, 2000. 263 s. ISBN 80-7204-156-8.
3. NAKONEČNÝ, M. Lidské emoce. Vyd. 1. Praha : Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.
4. NAKONEČNÝ, M. Motivace lidského jednání. Vyd. 1. Praha : Academia, 1996. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
5. PLEVOVÁ, Irena. Kauzální atribuce, aneb, Jak pátráme po příčinách životních událostí. Vyd. 1. Olomouc : Hanex, 2007. 140 s. ISBN 978-80-85783-84-1.
6. VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. 3., aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
7. ŘÍČAN, P. Psychologie osobnosti: obor v pohybu. 6., rev. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.**
Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011

L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 25.5.2011 ..... Machová Marie .....

---

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá chováním pacienta a kauzálním výkladem tohoto chování. Teoretická část bakalářské práce nejprve nastiňuje subjektivní prožívání nemoci. Dále se zaměřuje na chování a prožívání. Poměrně velká část teoretické části je věnována sociální kognici (poznávání) se zaměřením na sociální percepci a charakteristiku jejích složek. Stěžejní částí teoretické části jsou atribuční procesy, jsou zde popsány jednotlivé atribuční teorie a atribuční schémata. Druhou stěžejní částí jsou atribuční tendence, ve kterých jsou popsány jisté pravidelnosti, jež se objevují v určitých situacích. Vysvětluje základní atribuční chybu a jiné atribuční tendence. Poslední kapitola teoretické části nastiňuje komponenty ovlivňující atribuci.

Praktická část bakalářské práce vyhodnocuje průzkum zaměřený na hodnocení chování pacienta všeobecnými sestrami a pátrá po činitelích ovlivňujících toto hodnocení.

Klíčová slova:

chování, pacient, sociální percepce, atribuční procesy, atribuční teorie, základní atribuční chyba, atribuční tendence

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on the behavior of a patient and on the causal explanation of this behavior. Firstly, in the theoretical part of this bachelor thesis a brief insight into the subjective experience of being sick is offered. Furthermore, it aims to describe behavior and perception. Rather a big part of the theoretical part deals with social cognition focusing on social perception and its characteristics. The crucial part of the theoretical part comprises attribution processes; particular attribution theories and attribution schemes are described as well. The second key part unfolds attribution tendencies, in which certain regularities under specific circumstances are being described. It explains the fundamental attribution errors and other attribution tendencies. The last chapter of the theoretical part incorporates factors that influence attribution.

The practical part analyses a survey dealing with evaluation of the patient's behavior by nurses and searches for factors that influence this evaluation.

Keywords:

behavior, patient, social perception, attribution process, attribution theory, fundamental attribution error, attribution tendency

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce - panu doc. PhDr. Josefu Konečnému, CSc. za cenné rady, věnovaný čas a podporu během vypracovávání této práce. Velké poděkování patří také všem respondentům. Jenom díky jejich ochotě a spolupráci mohl být průzkum realizován. Zvláštní poděkování patří mé rodině a mému snoubenci za podporu v průběhu celého bakalářského studia.

„Felix, qui potuit rerum cognoscere causas. - Šťastný, kdo mohl poznat příčinu věcí (událostí, skutečností, dějů).“

Vergilius

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury dle platné normy.

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

Ve Zlíně, 25.5.2011

……..

Podpis

OBSAH

ÚVOD **11**

I TEORETICKÁ ČÁST **12**

1 PACIENT A NEMOC **13**

1.1 SUBJEKTIVNÍ PROŽÍVÁNÍ NEMOCI HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA 14

1.1.1 Potřeby pacientů v nemocnici 16

1.1.2 Kvalita života 16

2 CHOVÁNÍ **17**

2.1 TYPY CHOVÁNÍ 17

2.2 PROŽÍVÁNÍ 17

3 SOCIÁLNÍ KOGNICE **19**

3.1 SOCIÁLNÍ PERCEPCE 19

3.1.1 Implicitní teorie osobnosti 21

3.1.2 Osobní konstrukty 21

3.1.3 Efekty primarity 21

3.1.4 Stereotypizace 22

3.2 SLOŽKY SOCIÁLNÍ PERCEPCE 22

3.2.1 Expektační složka 22

3.2.2 Afektivní složka 23

3.2.3 Atributivní složka 23

4 ATRIBUČNÍ PROCESY **24**

4.1 NAIVNÍ PSYCHOLOGIE ATRIBUCE 25

4.2 TEORIE KORESPONDUJÍCÍHO USUZOVÁNÍ 26

4.3 TEORIE KOVARIANCE 27

4.4 KAUZÁLNÍ SCHÉMATA 29

4.4.1 Schéma mnohočetných dostatečných příčin 30

4.4.2 Schéma mnohočetných nutných příčin 31

5 ATRIBUČNÍ TENDENCE **32**

5.1 ZÁKLADNÍ ATRIBUČNÍ CHYBA 32

5.1.1 Atribuce v kulturním kontextu 33

5.2 TENDENCE SEBEOCHRANNÝCH ATRIBUCÍ 33

5.3 EFEKT AKTÉRA A POZOROVATELE 34

6 ČINITELÉ OVLIVŇUJÍCÍ ATRIBUCI **36**

6.1 EMPATIE 36

6.2 SYNDROM VYHOŘENÍ 37

6.2.1 Vývoj burnout syndromu 37

II PRAKTICKÁ ČÁST **39**

7 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY VÝZKUMU **40**

7.1 CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMU 40
7.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU RESPONDENTŮ 41
7.3 METODA A TECHNIKY VÝZKUMU 41
7.3.1 Charakteristika dotazníkových položek 42
8 REALIZACE VÝZKUMU 43
8.1 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT 43
9 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 44
9.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU RESPONDENTŮ 44
9.2 MODELOVÉ SITUACE 47
9.2.1 Ověření míry výskytu situací v praxi 76
9.3 ZÁKLADNÍ ATRIBUČNÍ CHYBA 82
9.4 EGODEFENZIVNÍ ATRIBUCE 83
9.5 UPLATNĚNÍ EGODEFENZIVNÍCH ATRIBUCÍ: 83
9.6 SHODA V ODPOVĚDÍCH RESPONDENTŮ: 84
9.7 ZÁVISLOST ATRIBUOVÁNÍ NA JEDNOTLIVÝCH ASPEKTECH 85
9.7.1 Syndrom vyhoření a jeho vliv na hodnocení situací 85
9.7.2 Vliv vzdělání na hodnocení situací 89
9.7.3 Vliv délky praxe na hodnocení situací 90
10 DISKUZE 91
ZÁVĚR 97
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 98
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 101
SEZNAM OBRÁZKŮ 102
SEZNAM TABULEK 104
SEZNAM PŘÍLOH 106

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce je „Chování pacienta a jeho kauzální výklad“. Toto téma jsem si zvolila proto, neboť psychologie v kontextu povolání všeobecných sester mě zajímá již od počátků mých zdravotnických studií.

V průběhu studia jsem konala praxi na různých typech oddělení a mohla jsem být součástí rozmanitých ošetřovatelských týmů. Během plnění odborné praxe jsem vypozorovala, že v sesterském slangu existuje označení „problémový pacient“. S „problémovým pacientem“ jsem se setkala prakticky na všech odděleních. Cíleně jsem se na tyto pacienty zaměřovala a s velkým překvapením jsem často zjišťovala, že toto označení bylo u nich provedeno mylně a mnohdy příčina nedorozumění tkvěla jinde než v rozmaru pacienta. Někde na ose sestra – pacient se stala chyba. A právě v tuto chvíli vyvstává otázka: Jak si sestra vykládá chování pacienta?

Téma bakalářské práce je zejména zaměřeno na kauzální výklad pacientova chování všeobecnými sestrami. Kauzální výklad v sociální psychologii spadá mezi atribuční procesy, které zkoumají, jakou příčinnost lidé připisují vlastnímu chování, či chování jiných lidí. Při atribuování (přisuzování příčin chování) se objevují také určité pravidelnosti – atribuční tendence, které mohou vést k mylné atribuci. Určování příčin chování a dějů kolem nás provádíme stále a většinou se jedná o nevědomý proces. V jedné a tytéž situaci mohou různí lidé spatřovat různé příčiny chování. A právě stanovené příčiny chování do značné míry ovlivňují naše následné chování a jednání.

Proto se domnívám, že správná interpretace chování pacienta sestrou je velmi důležitá pro další vývoj jejího vztahu s pacientem. Jenom díky správně určené příčině chování, může sestra provádět u pacienta intervence tak, aby z nich plynul pro něj prospěch a může se vyvarovat případným nedorozuměním.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PACIENT A NEMOC

Pacientem se stává člověk ve chvíli, kdy onemocní. Praktický lékařský slovník definuje pacienta takto: *Pacient je nemocný člověk, osoba v lékařské péči* (Vokurka, Hugo, 2007, s. 339). Avšak hranice mezi zdravím a nemocí je zcela subjektivní. Přechod ze zdraví do nemoci má jistý sled psychických procesů a chování:

1. prožívání subjektivní újmy,
2. hodnocení potíží jako známek nemoci,
3. snaha stanovit si sám laickou diagnózu,
4. rozhodování, zda vyčkávat, jít k lékaři, či požádat o radu (srov. Janáčková, 2008).

Nemoc je stav organismu vznikající působením vnějších či vnitřních okolností narušujících jeho správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů vedoucím ke vzniku příznaků nemoci a dalším důsledkům (Vokurka, Hugo, 2007, s. 311). Rozlišuje se pojem nemoc a choroba. Nemoc je soubor příznaků u konkrétního člověka, kdežto choroba je abstraktní výčet symptomů, jež by měly být přítomny pro stanovení diagnózy (srov. Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). *Nemoc je osobní vztah, ve kterém se osoba necítí být zdráva. Může a nemusí být ve vztahu k chorobě* (Staňková, 1997, s. 4). Proto je velmi důležité přistupovat k příznakům a projevy onemocnění každého člověka zcela individuálně citlivě a nezlehčovat je.

Nemoc je zátěžovou situací a vyřazuje člověka z každodenní činnosti. Má tři různé aspekty, které se však nemusí shodovat a vyskytovat najednou:

- morfologické a funkční změny,
- lékařské nálezy a interpretace,
- subjektivní prožívání nemoci (srov. Janáčková, 2008).

Nemoc zasahuje do obvyklého způsobu života, mění denní zvyklosti a program. Může docházet k neuspokojování celé řady potřeb. Nemoc si tedy žádá určitou míru adaptace na novou životní situaci. Kvůli nemoci často dochází k narušení mezilidských vztahů v důsledku méně častého kontaktu s blízkými lidmi, naproti tomu dochází k vytváření nových vztahů s personálem a spolupacienty. Nemocného člověka zatěžují i nejrůznější

diagnostická vyšetření, od těch nejjednodušších, až po ty nejinvazivnější. Důsledkem nemoci také může být zhoršená sociálně-ekonomická situace a režimová opatření. To je jen lapidární výčet aspektů, které se podílí na prožívání nemoci a projevu nemocného člověka, které by měl mít zdravotnický personál v povědomí a měl by se tedy vyvarovat předčasných soudů o pacientově chování (srov. Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

1.1 Subjektivní prožívání nemoci hospitalizovaného pacienta

„Cokoli se stane s našimi buňkami, tkáněmi, orgány (bio-), může se projevit v našem duševním životě a chování (psycho-), což se projeví v našich sociálních vztazích (socio-) a naopak: proměny sociálních vztahů znamenají proměny duševního života, které vedou ke změnám buněk, tkání, orgánů a orgánových systémů.“ (Koukolník, 1998, in Čechová, Melanová, Kučerová, 2004, s. 41).

Pobyt v nemocnici je pro každého člověka významnou událostí. Naznačuje jednak závažnost zdravotního stavu, ale také možnost lepší diagnostiky a terapie. U lidí, kteří musí být hospitalizování, převládají v různé míře obavy a strach, pocity nejistoty a touha po lidské blízkosti. Míra strachu souvisí s diagnózou, pro kterou jsou v nemocnici, se známostí prostředí a velikostí nemocnice (srov. Vymětal, 2003).

Psychika pacienta při přechodu do nemocnice (Křivohlavý, 2002, s. 50 – 51):

Ve stavu zdraví	V době nemoci
Aktivita: Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě.	Pasivita: Pacient, a zvláště nemocniční pacient je předmětem péče mnohých lidí – lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu apod. Ti jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě – ne on.
Relativní nezávislost: Zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce – není na druhých lidech příliš závislý.	Závislost na druhých lidech: Pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat, co mu druzí lidé určí – a musí to dělat tak, jak mu to oni určují.
Životní rytmus: Zdravý člověk si svůj vlastní životní rytmus do znační míry určuje (stanoví) sám. Má ho zažitý, zvykl si na něj a cítí se v něm poměrně dobře.	Životní rytmus: Pacient je postaven do situace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Není zvyklý na životní rytmus, který je mu předkládán v nemocnici, nemá ho zažitý. V mnohém se mu zdá nepřirozený.
Sebedůvěra: Zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady	Pacient musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá. To snižuje jeho sebevědomí a jeho sebehodnocení (devalvuje to jeho

(znalosti a dovednosti). To mu dává značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení.	sebedůvěru).
Sociální interakce: Zdravý člověk žije v tzv. sociální síti své vlastní rodiny, mezi přáteli, známými, spolupracovníky apod., které dobře zná.	Pacient je v relativní sociální izolaci v nemocničním prostředí. Stýká se zde s poměrně neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu značně omezen.
Životní prostředí: Zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, pracoviště, společnosti apod.	Pacient je v nemocnici uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí, nové, ne tak běžné, jako bylo doma.
Zájmy: Zdravý člověk má poměrně stabilizovaný rozsah svých vlastních, životním během ovlivněných zájmů – o práci, společenské dění apod.	Okruh zájmů pacienta se v době nemoci a zvláště v nemocnici podstatně zužuje - především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny.
Zvládání problémů: Zdravý člověk poměrně zvládal problémy, které mu život stavěl do cesty. Věděl, oč jde. Věděl, jak reagovat na otázky, které mu byly kladeny.	Pacient svému fyzickému i psychickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví si s ním často rady (neví, co se s ním děje).
Emoce: V životě dosud zdravého člověka převládaly relativně kladné emoce – radost a štěstí ze smysluplného života, tj. dění, jehož smysluplnost do značné míry pacient chápal. Měl v životě určitou míru životní jistoty a naděje do budoucnosti.	Emocionální stav pacienta charakterizuje v prvé řadě celý soubor negativních citů – strach a obavy, bolest, nejistota apod.
Časový prostor: Dosud zdravý člověk žil v poměrně široké časové dimenzi – u vědomí minulosti, živé přítomnosti a s pohledem do budoucnosti, kterou viděl dosti určitě (jako zřetelněji strukturovanou).	Pacient žije převážně jen a jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá – problematická.

Tab. 1: Psychika pacienta při přechodu do nemocnice

Přizpůsobení pacienta na určitá nemocniční pravidla může probíhat čtverým způsobem:

1. rezignace pacienta – sám sebe prožívá jako bezmocného, závislého, nastává regrese
2. zdánlivé přizpůsobení se, ale porušování pravidel (např. nepravidelné užívání léků, tajné kouření, apod.)
3. protestování pacienta (stěžuje si, je kritický) – tím se zařadí mezi „obtížné pacienty“
4. adaptace bez větších problémů – omezení pacient přijímá jako přechodná a nutná (případ většiny nemocných) (srov. Vymětal, 2003).

1.1.1 Potřeby pacientů v nemocnici

Pro uchování vitálních funkcí a psychické pohody je potřeba saturovat tyto potřeby pacienta:

Tělesné potřeby – přímo ovlivňují psychickou stránku člověka, mají vliv na úroveň pobytu pacienta v nemocnici

Psychické potřeby – týkají se především jistoty obecně, že jsou personálem a spolupacienty přijati a kladně hodnoceni. Dále sem patří potřeba soukromí a neosamocení. Důležitou potřebou je přehled a orientace v životě na oddělení, pochopení vlastní hospitalizace.

Sociální potřeby – patří mezi ně nutnost komunikace a pozitivního kontaktu, a s tím spojený pocit lidské blízkosti a vzájemnosti. Nežádoucí jsou konflikty se spolupacienty a personálem.

Pobyt v nemocnici představuje zvýšenou psychosociální zátěž (srov. Vymětal, 2003).

1.1.2 Kvalita života

Kvalita života je velmi důležitou proměnnou mající vliv na průběh a výsledek léčby; přímo ovlivňuje spolupráci pacienta a podporuje (či tlumí) žádoucí stenizující osobnostní faktory, jež souvisejí s funkcí imunitního systému. Dobrá kvalita života zamezuje vzniku situačních psychických poruch a snižuje riziko psychotraumatizace pacienta (Vymětal, 2003, s. 201).

Kvalita života pacienta za hospitalizace je výslednicí těchto okolností:

- stav psychické a fyzické pohody,
- úroveň sebeobsluhy,
- mobilita pacienta,
- sociální zapojení pacienta a pozitivní emoční odezva,
- spolupodílení pacienta na průběhu své léčby,
- prožívání pobytu v nemocnici jako smysluplného a žádoucího (srov. Vymětal, 2003).

2 CHOVÁNÍ

Chování lze definovat jako jakoukoliv lidskou tělesnou aktivitu, kterou lze pozorovat, zaznamenávat nebo měřit (Plháková, 2004, s. 43). Chování zahrnuje všechny způsoby a formy projevu člověka v nejrůznějších činnostech a situacích. V pojmu chování jsou obsaženy všechny projevy jedince, jak fyziologické změny a pohyby kosterního svalstva, tak složitá lidská činnost. Užším pojmem je jednání. Jednání je taková lidská činnost, která má vědomě cílový ráz. Charakteristickým znakem jednání tedy je, že jedinec ví, jak a proč jedná právě takovým způsobem, jakým jedná. Avšak jednání si nemusí člověk takto plně uvědomovat v případě jednání zautomatizovaného (srov. Homola, 1972).

2.1 Typy chování

Tradiční dělení:

- Chování volní (úmyslné, záměrné) – aktivita směřující k určitému cíli řízená vědomou intencí či záměrem
- Chování mimovolní (bezděčné) – kongenitální formy chování, např. nepodmíněné reflexy či instinktní projevy (vrozené automatismy)

Edward Tolman (1886 - 1959) – významný představitel neobehaviorismu – rozdělil chování na molekulární a molární:

- Molekulární chování – jednoduché, často fyziologické projevy, např. změny krevního tlaku, tepu, kožní projevy, …
- Molární chování – účelná behaviorální struktura, např. pravidelné cvičení hry na piano s cílem naučit se na ně hrát

Dělení chování podle formy projevu:

- Verbální chování – zahrnuje řeč, zejména její významovou stránku
- Neverbální chování – často bezděčné, mimovolní (srov. Plháková, 2004).

2.2 Prožívání

Prožívání je bezprostřední postihování našeho psychického života; prožívání je tedy čistě subjektivní záležitostí (Homola, 1972, s. 11). Prožívání je souhrnným označením pro psy-

chické jevy. Psychické jevy jsou tvořeny souhrnem vjemů, představ, vzpomínek, citů, myšlenek a volních prožitků. Prožívání je tedy psychický proces. Výskyt a kvalitu určitých psychických jevů ovlivňuje množství kauzálních faktorů:

- Nervová soustava – psychické jevy jsou závislé na vlastnostech nervové soustavy a na jejím momentálním stavu. Může být poškozená kongenitálně, zraněním, infekcí, stárnutím, intoxikací, nebo také může být unavená dlouhým bděním.
- Stimulace smyslových orgánů
- Interpersonální vztahy
- Společnost a kultura
- Vlastní psychické procesy (srov. Říčan, 2008)

Prožívání je nepřetržitý trysk psychických zážitků probíhající při různých stupních bdělosti. Za tři bazální složky prožívání jsou filozofickou tradicí i laickou psychologií považovány rozum, city a vůle. Tyto složky dávají každému psychickému zážitku tři stránky: poznávací, citovou a motivační. V různých situacích může být některá z nich dominantnější než ostatní (srov. Plháková, 2004).

Prožíváním označujeme vnitřní život člověka, jedná se tedy o uvědomovanou složku činností, která však není přímo přístupná druhým lidem. Kdežto chování je složka činností, která je přístupná smyslovému vnímání druhých lidí (srov. Čechová, Rozsypalová, 2005).

3 SOCIÁLNÍ KOGNICE

Sociální kognice (poznávání) je oblast sociální psychologie, která zkoumá jak lidé poznávají svůj sociální svět a vztahy v něm (srov. Verešová, 2007).

S. T. Fiske a S. E. Tailor (1984) označují tímto termínem to, „jak si lidé vytvářejí dojem („make sense“) o jiných lidech a o sobě samých“ a chápou jej šířeji než vnímání, neboť: „lidský smysl pro kontrolu je fundamentální pro soudy, které si lidé vytvářejí o sobě a o jiných“; dojem z druhého člověka je tedy v tomto smyslu víc než pouhý vjem, zahrnuje i určité úsudky o druhém člověku (Nakonečný, 2000, s. 81).

Pojem sociální kognice zahrnuje také vnímání a interpretaci sociálních událostí, ty totiž nejsou pouhou sumou svých aktérů, dále také další mimopercepční fenomény, jako jsou např. atribuce (srov. Nakonečný, 2000).

3.1 Sociální percepce

Studium interpersonální percepce vysvětluje to, jak si člověk vytváří dojmy o charakteristikách a rysech jiných lidí, jak interpretuje jejich chování. Předmětem sociální percepce jsou jednotliví lidé nebo skupiny lidí. Kulka (1983) zformuloval tři hlavní úkoly sociální percepce:

1. Co daný člověk dělá?
2. Proč to dělá?
3. Jaký je?

Sociální percepce umožňuje pochopit, jak člověk reaguje v určité situaci, co prožívá, proč reaguje právě takovým způsobem, jakým reaguje, jaké má vlastnosti (srov. Kulka, 1983 in Verešová, 2007).

E. F. Mueller a A. Thomas (1974) determinovali při vnímání osob a jejich posuzování následující charakteristiky:

1. vnímání se organizuje kolem vnějšího zjevu a povrchových kritérií,
2. je určena centrální vlastnost,
3. osoba je zobrazena jako vzorec k sobě se hodících vlastností,
4. osoba je vnímána jako komplexní struktura, která zahrnuje také protiklady.

Podle R. Tagiuriho se při vnímání osob uplatňuje srovnání subjektu s vnímanou osobou, přičemž dochází k projekci vlastních pocitů a intencí do nevnímatelné mysli vnímané osoby (srov. Nakonečný, 2000).

Fiske a Neuberg (1990) vytvořili spojitý model procesu formování dojmu. Pokusili se v něm nastolit rovnováhu mezi procesem kategorizace a procesem individualizace:

a) při shledání s jinou osobou se bezprostředně uskuteční počáteční kategorizace dané osoby s využitím existujících kategorií,

b) jestli je shledaná osoba alespoň v minimální míře pro percipienta (příjemce) důležitá, zaměřuje se pozornost na získání dalších informací; může to být podmíněné kognitivními i motivačními faktory;

c) jestli je to možné, percipient potvrzuje počáteční kategorizaci,

d) pokud počáteční kategorizaci nemůže potvrdit, nastává rekategorizace s využitím subkategorií, nových kategorií, apod.

e) v případě neúspěšného procesu rekategorizace využívá percipient plně individualizovaný postup založený na integraci jednotlivých získaných informací,

f) nakonec se percipient může rozhodnout pokračovat v procese poznávání jiné osoby při následujících shledáních Studium interpersonální percepce vysvětluje to, jak si člověk vytváří dojmy o charakteristikách a rysech jiných lidí, jak interpretuje jejich chování (srov. Verešová, 2007).

Největší množství informací o druhém člověku získáváme vlastním pozorováním. Rozlišujeme tyto základní fáze:

- vnímání vnějších projevů chování,
- na základě vnějších projevů chování usuzování o rysech osobnosti, motivech a záměrech (atribucích),
- porozumění druhému člověku, které se uskutečňuje na základě informace, empatie a recipatie (hodnocení pocitů, které v nás druhý člověk vyvolává) (srov. Verešová, 2007).

V procesu formování dojmu o druhém hraje roli více faktorů:

- časté užívání implicitní teorie o osobnostních rysech, a o tom, které rysy se vyskytují současně;
- vytváření si vlastní teorie o druhých – osobní konstrukty;
- důležité je, jakým způsobem jsou získávány první informace o druhých lidech – první dojmy mohou ovlivnit chování;
- kategorizace pozorovaných a používání stereotypů při jejich posuzování (srov. Hayesová, 1998).

3.1.1 Implicitní teorie osobnosti

Implicitní teorie osobnosti spočívá v rozvíjení určitého povahového rysu do dalších charakteristik, které jsou s ním spojeny. Podle implicitní teorie jsou také některé osobnostní rysy považovány za důležitější než jiné (srov. Hayesová, 1998). Tento jev byl také empiricky ověřen. *Studenti, jimž byl fiktivní lektor představen jako „vřelý“, posuzovali ho dále jako více rozvážlivého, informovanějšího, lidštějšího atd. než studenti, kterým byl představen jako „chladný“* (Nakonečný, 2000, s. 83 – 84).

3.1.2 Osobní konstrukty

Podle G. A. Kellyho si lidé budují na základě vlastních zkušeností své teorie o tom, jací jsou ostatní lidé. Tyto teorie mají podobu bipolárních konstruktů a jsou základem chápání světa jednoho konkrétního člověka. Lidé často používají stejné názvy pro vlastnosti, ale ve významech se u jednotlivců liší. Při utváření dojmů o druhých používá většina lidí šest až osm hlavních konstruktů, k doplnění detailů slouží mnoho méně významných konstruktů (srov. Hayesová, 1998).

3.1.3 Efekty primarity

Efekty primarity se významně podílejí na utváření dojmů o druhých lidech (srov. Hayesová, 1998).

Primacy - effect – první dojem

- do jisté míry ovládá pozdější dojmy z téže osoby

Recency – effect

- vzniká při rozporu mezi prvními a pozdějšími dojmy z téže osoby
- pozdější dojmy vylepšují nebo i překrývají dojmy původní

Hallo – effect

- první silný dojem
- může rozvíjet další posuzování osoby
- správně by měl být tento efekt označován jako „laická chyba v sociální percepci osob“ (srov. Nakonečný, 2000).

3.1.4 Stereotypizace

Stereotyp je soubor charakteristik, o kterých se předpokládá, že vystihují určitou vymezenou skupinu či kategorii lidí. Studium interpersonální percepce vysvětluje to, jak si člověk vytváří dojmy o charakteristikách a rysech jiných lidí, jak interpretuje jejich chování (srov. Verešová, 2007). Stereotypizace je dalším důležitým aspektem při tvorbě dojmů o jiných lidech. Prostřednictvím stereotypizace klasifikujeme lidi do předem daných kritérií. Nejčastější je stereotypizace podle etnické příslušnosti či sexuální orientace. Může mít však nejrůznější podoby, například Harari a McDavid zjistili, že učitelé stereotypizují děti podle křestních jmen (srov. Hayesová, 1998).

3.2 Složky sociální percepce

Vnímání druhých osob má tři základní složky: expektační, afektivní a atributivní. Z toho vyplývá, že utváření dojmu o druhé osobě je silně ovlivněno očekáváním určitého chování (expektační složka), emocemi (afektivní složka) a tendencí přisuzovat určité vnitřní a vnější charakteristiky (atributivní složka) (srov. Řezáč, 1998).

3.2.1 Expektační složka

Expektační (očekávací) složka ovlivňuje výběr i zpracování informací o druhém člověku. Očekávání bývají často nevědomé a člověk je zaregistruje pouze tehdy, pokud se nenaplní. Očekávání může být z vlastní zkušenosti, ale také z informací o daném člověku, které jsme získali od jiných lidí. Očekávání se tedy vytvářejí na základě zvyků, názorů, postojů

a předsudků. Expektační složka na straně jedné vnímání druhých lidí ulehčuje, na straně druhé může vést k mylným dedukcím (srov. Verešová, 2007). *Očekávání se v zásadě projevuje dvojím způsobem, jednak percepční predispozicí (připraveností globálně vnímat určitým způsobem), jednak „zaostřeností" na vnímání „určitých" projevů (výběrovou citlivostí pouze k určitým jevům, projevům)* (Řezáč, 1998, s. 96 – 97).

3.2.2 Afektivní složka

Nejenom, že lidem přisuzujeme určité vlastnosti, ale také na ně emocionálně reagujeme. A naše emocionální reakce na druhé zpětně ovlivňují naše částečné posuzování. Na základě citových reakcí si vytváříme dojem o druhém člověku. Tyto reakce mají však také funkci selektivní, tzn. že na jejich základě uskutečňujeme výběr informací z celkového obrazu jiného člověka (srov. Verešová, 2007).

3.2.3 Atributivní složka

Přisouzení určité vnější a vnitřní osobnostní charakteristiky je základem formování dojmu o druhé osobě. Usuzování příčin chování označujeme jako „kauzální atribuce", které jsou více rozebrány v následujících kapitolách (srov. Verešová, 2007).

4 ATRIBUČNÍ PROCESY

Problematika atribučních procesů byla v sedmdesátých a v první polovině osmdesátých let 20. století jedním z hlavních témat sociální psychologie. Atribuční výzkum zkoumá, jak lidé v každodenním životě připisují příčinnost svému vlastnímu chování, chování jiných lidí, anebo nepersonálním jevům ve svém sociálním prostředí. Poznání příčin umožňuje lidem přibližovat se k chápání světa jako stabilního, předvídatelného a kontrolovatelného. Určení těchto příčin je známé jako proces kauzální atribuce[1] (srov. Slaměník, Výrost, 2008; Hayesová, 2003). *Tento pojem vyjadřuje tendenci člověka přisuzovat svým vlastním, ale i u druhých osob pozorovaným aktům chování a zejména jeho výsledkům, úspěchům a neúspěchům určité vnější a vnitřní příčiny* (Nakonečný, 1997, s.25).

Každý člověk má jiný atribuční styl. To znamená, že se lidé navzájem odlišují v preferenci příčin (v jedné a tytéž situaci mohou různí lidé vidět různé příčiny). Způsob přisuzování příčin může být důležitý v různých životních situacích. Tento způsob usuzování do jisté míry také ovlivňuje naše vztahy s ostatními lidmi, neboť vysvětlování chování v termínech příčin ovlivňuje, jak budou lidé na sebe vzájemně reagovat (srov. Plevová, 2007).

Při organizaci informací o událostech v každodenním životě se člověk snaží vysvětlit své chování i chování ostatních lidí, usiluje o pochopení skrytých mechanismů a příčin, které toto chování vyvolávají. Své poznatky postupně sestavuje do uceleného systému prostřednictvím atribučních teorií (srov. Ruiselová, Ruisel, 2000 in Verešová, 2007).

Předmětem bádání atribučních teorií je zejména vnímání kauzality a důsledky tohoto vnímání. Nejde však přitom o hledání objektivní příčinnosti, ale o subjektivní výklad proběhlých jevů tzv. „naivním“ anebo „laickým“ subjektem. Výklad lidského chování pozorovatelem může probíhat pomocí určování příčin, ale také určováním důvodů. Nezáměrné chování, které se člověku přihodí, lze vysvětlit příčinami. Avšak chování záměrné, které člověk provede úmyslně s určitým cílem nebo účelem, bývá vysvětlováno pomocí důvodů (zejména samotným aktérem) (srov. Slaměník, Výrost, 2008).

[1] Kauzální atribuce – hledání a přisuzování příčin určitého chování, vlastního nebo druhých lidí (Hartl, 2010)

Za zakladatele teorie atribuce je považován Fritz Heider, který je znám svou tzv. naivní psychologií atribuce (Plevová, 1996 in Plevová, 2007, s. 11). Zajímal se o způsob, jakým laičtí pozorovatelé interpretují průběh událostí ve svém okolí. V potaz jsou brány jak vnější, tak vnitřní faktory (srov. Verešová, 2007).

4.1 Naivní psychologie atribuce

Jak již bylo zmíněno výše, za průkopníka atribuční teorie je považován Fritz Heider. Heiderova teorie se snaží objasnit, jak obyčejný průměrný člověk bez psychologických znalostí provádí přisuzování kauzality a odpovědnosti. Obyčejný člověk dokáže chápat sebe sama i druhé lidi do velké hloubky a toto pochopení mu umožňuje jednat s ostatními lidmi více či méně přiměřeným způsobem. Je podloženo mnoha výzkumy, že lidé utvářejí svůj pohled na svět a druhé lidi na základě kauzálních předpokladů (srov. Plevová, 2007). *Poukázal na to, že atribuční proces obsahuje vyvozování stabilních struktur a procesů týkajících se lidí a prostředí – jejich dispozičních kvalit (jako jsou rysy, schopnosti, záměry), a to na základě pozorovatelných znaků (chování, verbalizace). Odhalování dispozičních kvalit pojal jako hierarchický proces směřující od povrchnějších k hlubším příčinám jevů* (Výrost, Slaměník, 2008, s. 186).

Fritz Heider rozlišil vnitřní a vnější příčiny jevů. Vnějšími (environmentálními, situační) příčinami mohou být jiní lidé a další aspekty vnějšího prostředí. Vnitřními příčinami (personálními) pak jsou charakteristiky aktérů (srov. Výrost, Slaměník, 2008). Z toho tedy plyne, že podle Heidera je úkolem pozorovatele rozhodnout, zda určité chování je důsledkem něčeho v aktéru (vnitřní příčiny – např. schopnost, úsilí, úmysl), nebo něčeho mimo něj (vnější příčiny – např. obtížnost úkolu, štěstí). Heider také uvádí, že lidé mají tendenci při přisuzování příčin částečně nebo zcela ignorovat situační faktory (srov. Hewstone, Stroebe, 2006).

4.2 Teorie korespondujícího usuzování

E. E. Jones a K. E. Davis vycházejí z poznatků F. Heidera a svou teorii nazývají teorií korespondujících inferencí[2]. Podle této teorie pozorovatel zpracovává informace směrem od výsledků chování a chování samotného k usouzení vnitřních dispozic aktéra. Před určením dispozic pozorovatel zvažuje, jestli mohlo být chování aktéra záměrné (srov. Výrost, Slaměník, 2008). Jestliže pozorovatel usoudí, že se jedná o úmyslný čin aktéra, vyvozuje z toho něco o osobnosti nebo o povaze aktéra (srov. Hayesová, 2003). Atribuce je korespondující, jestliže dispozice přisouzená aktérovi koresponduje s chováním, od kterého je tato dispozice odvozená (srov. Výrost, Slaměník, 2008). Pojem korespondence[3] v teorii Jonese a Davise popisuje rozsah, v jakém daná dispozice mohla navodit intenci[4] (srov. Plevová, 2007). Úsudek o dispoziční příčině probíhá ve dvou hlavních stupních. Jednak jako atribuce záměru – posouzení, zda se jednalo o záměrné chování nebo o náhodu. Rozhodnutí probíhá na základě těchto aspektů: Znal původce účinky, jež bude jeho čin mít? Měl schopnost jednání provést? Druhým stupněm je pak atribuce dispozice, na níž se podílí posouzení neobvyklých účinků jednání. Z toho plyne, že za odraz individuálních dispozic budou pravděpodobněji považovány činy s nezvyklými účinky. Teorie korespondenčního usuzování poukázala na to, co pozdější výzkum atribučních tendencí potvrdil, že se v atribuci projevuje sklon k dispozičním příčinám (srov. Hill, 2004).

Jones a Davis rozlišili další tři faktory v teorii odpovídajících závěrů, které také mají vliv na to, jestli usuzujeme na osobnostní, nebo na situační příčiny. Jsou jimi hédonistická relevance, zaměřenost na osobu (personalismus) a společenská žádoucnost (Hayesová, 2003, s. 37).

---

[2] Inference – odvozování, vyvozování (Hartl, 2010)

[3] Korespondence – míra, v níž pozorované chování koreluje s osobnostním rysem pozorované osoby (Hartl, 2010)

[4] Intence – zaměřenost, záměr (Hartl, 2010)

Hédonistická relevance:

Událost je hédonisticky relevantní, pokud je spojena s libými či nelibými následky. Demonstrativní je to např. na prožitku zklamání, kdy lidé hledají viníka svého zklamání.

Personalismus:

Jestliže nějaká událost postihne osobně nějakého člověka, je vyšší pravděpodobnost, že jím bude vnímána jako záměrná, než kdyby postihla více lidí, nebo nebyla příliš výrazná.

Společenská žádoucnost:

Vliv sociálního kontextu na událost, jíž jsou přisuzovány příčiny – např. záměrnost/nezáměrnost (srov. Hayesová, 2003).

4.3 Teorie kovariance

Harold H. Kelley (1967, 1973) vypracoval model atribučního procesu, ve kterém pozorovatel používá kovariační princip při atribuování příčiny chování aktéra. V různém čase a v různých situacích pozorovatel zjišťuje, které faktory jsou přítomné, když se určité důsledky vyskytnou, a které jsou přítomné, když se důsledky nevyskytnou (Výrost, Slaměník, 2008, s. 188). Jestliže je určitý faktor přítomný v situaci, kdy dojde k určitému důsledku a také v situaci, kdy nedojde k určitému důsledku, nemůže být tento faktor příčinou výsledku. Pokud je však přítomný za výskytu důsledku a nepřítomný při absenci důsledku, pozorovatel usoudí, že je příčinou (srov. Výrost, Slaměník, 2008). Kovariační model vychází z předpokladu, že při přisuzování příčin a účinků očekáváme, že se budou spolu měnit – kovariovat (z angl. co-vary). Změní-li se příčina, předpokládáme, že se změní i účinek (srov. Plevová, 2007). *Nicméně ač je existující účinek obvykle součet interakcí mnoha příčin, je často přisuzován jedné z možných příčin, se kterou kovariuje v čase* (Plevová, 2007, s. 21).

Kovariační model vysvětluje, že provádíme dispoziční a situační atribuce u lidí, kteří jsou pro nás známí, na základě našich vědomostí o předchozím chování těchto i ostatních lidí (srov. Hill, 2004). *Předpokládá, že pozorovatel má informace z mnohonásobného pozorování aktéra a rovněž má nějaké informace o tom, jak se chovají jiní lidé za stejné situace nebo za podobných okolností* (Plevová, 2007, s. 21).

Atribuce jsou tedy podle koncepce kovariance prováděny na základě současného výskytu následujících kritérií:

- *konsenzus - shoda*
- *konzistence - soudržnost*
- *distinktivnost – rozlišení, jedinečnost situace* (srov. Hill, 2004).

Konsenzus

Konsenzus se týká toho, jestli se druzí v dané situaci chovají podobně. Jestliže se chová většina lidí podobně, jedná se o vysoký konsenzus, jestliže naopak nedochází ke shodě chování v určité situaci u většiny lidí, tak je konsenzus nízký (srov. Hayesová, 2003).

Konzistence

Konzistence se týká stálosti jednání určité osoby, kterou vyvodíme na základě znalosti jejího jednání při předchozích příležitostech (Hayesová, 2003, s. 40). Konzistence zkoumá to, jak jedinec reaguje na stejný podnět za různých okolností, tedy jak často jedinec v různých situacích takto jedná (srov. Plevová, 2007).

Distinktivnost

Distinktivnost se týká toho, jak se jedinec chová při setkání s variabilními podněty v prostředí. Distinktivnost popisuje zaměřenost, tedy nastává-li pozorované chování i v jiných situacích (srov. Plevová, 2007).

Základem Kelleyho modelu je statistická metoda, analýza rozptylu (ANOVA, analysis of variance), která zkoumá změnu závislých proměnných (efekt) při změně nezávislých proměnných (podmínky) (Hewstone, Stroebe, 2006, s. 240).

Konsensus	Distinktivnost	Konzistence	Výsledek hodnocení pozorovatelem
Nízký - nedochází ve shodě jednání aktéra s většinou lidí ve stejné situaci.	**Vysoká** - specifické chování, aktér preferuje nějaký podnět před jiným.	**Vysoká** - aktérovo chování je stejné při dalším setkání se stejným podnětem.	Příčina chování je ve výjimečnosti, jedinečnosti ve vztahu aktéra k podnětu.
Vysoký - většina lidí se chová ve stejné situaci stejně jako aktér.	**Vysoká** - specifické chování, aktér preferuje nějaký podnět před jiným.	**Vysoká** - aktérovo chování je stejné při dalším setkání se stejným podnětem.	Příčina chování je ve vnější situaci.
Nízký - nedochází ve shodě jednání aktéra s většinou lidí ve stejné situaci.	**Nízká** - nepreferuje určitý podnět.	**Vysoká** - aktérovo chování je stejné při dalším setkání se stejným podnětem.	Příčinou chování jsou vnitřní pohnutky aktéra.

Tab. 2: Kritéria konceptu kovariance

(srov. Plevová, 2007)

4.4 Kauzální schémata

Kauzální schémata jsou abstraktní koncepce způsobu, jímž se určité druhy příčin vedoucí k výslednému efektu vzájemně ovlivňují (srov. Hewstone, Stroebe, 2006). Vyjadřují pohled člověka na to, jakým způsobem se dvě nebo více příčin vzájemně ovlivňuje při vyvolání určitého důsledku (srov. Plevová, 2007).

Během života si člověk na základě svých minulých zkušeností vytváří kauzální schémata, podle nichž potom provádí vysvětlení jednotlivých situací. Kauzální schémata má tak každý člověk jistým způsobem naučena a zobecněna. Lidé si vytváří na základě podnětu a situace vztah mezi příčinou a účinkem (srov. Plevová, 2007).

Kauzální schémata jsou tedy hotová přesvědčení, předsudky a teorie vycházející z minulých zkušeností o tom, jak spolu různé příčiny spoluučinkují a vedou k určitým výsledkům (srov. Hewstone, Stroebe, 2006).

Kauzální schémata jsou důležitá ze tří důvodů:

1. pokud má pozorovatel neúplné informace, pomáhají mu nalézat vysvětlení;
2. jsou to obecné koncepce příčin a účinku a lze je uplatnit v nejrůznějších oblastech;
3. pomáhají pozorovateli rychle a snadno docházet ke složitým závěrům (srov. Fiske a Tailor, 1991 in Hewstone, Stroebe, 2006).

Chování, které není vnímáno jako závažné, bývá interpretováno převážně v rámci mnohonásobně postačujících příčin. Naopak chování, které je nějakým způsobem nápadné, závažné, pronikavé, bývá interpretováno spíše v termínech mnohonásobně nutných příčin (Cuningham, Kelley, 1975 in Plevová, 2007, s. 28).

4.4.1 Schéma mnohočetných dostatečných příčin

Schéma mnohočetných dostatečných příčin (mnohonásobně postačujících příčin) patří mezi nejjednodušší kauzální schémata. Je vyvoláno tehdy, když kterákoli příčina z mnoha je vnímána dostatečně pro vyvolání určitého důsledku, i pokud působí samostatně. Toto schéma je spojené s principem znevažování. Princip znevažování snižuje efekt dané příčiny, jsou-li přítomné další věrohodné příčiny, které vedou ke stejnému důsledku (srov. Výrost, Slaměník, 2008; Hewstone, Stroebe, 2006).

Dospělí jedinci při principu znevažování postupují tak, že nepreferují jednu příčinu, ale pokouší se seřadit jednotlivé příčiny podle jejich důležitosti na pozorovaný účinek. Proto se také tento postup nazývá „princip odečítání“. Určitá příčina tedy eliminuje možné další příčiny objasňující událost (srov. Plevová, 2007).

Kelley (1972) také navrhl princip augmentace. Základem tohoto principu je, že význam dané příčiny stoupá, pokud se výsledek objeví za přítomnosti inhibující podmínky. Například u studentky, která uspěla u zkoušky, přestože byla nemocná, bychom přisoudili úspěch jejímu snažení a schopnostem více než u zdravé studentky. Principem augmentace se také vysvětluje společenský vliv menšin (srov. Výrost, Slaměník, 2008; Hewstone, Stroebe, 2006).

4.4.2 Schéma mnohočetných nutných příčin

Podle tohoto schématu se musí sejít několik příčin, aby mohl vzniknout výsledný efekt. Musí tedy působit více činitelů. Schéma mnohočetných (mnohonásobně) nutných příčin je hlavně používáno v extrémních případech nebo u neobyčejných důsledků určitého chování. Princip augmentace platí také u tohoto schématu (srov. Výrost, Slaměník, 2008; Hewstone, Stroebe, 2006).

U schématu mnohočetných nutných příčin se uplatňuje proces sečítání (rozšíření). Tento proces je založen na předpokladu, že přítomnost jedné příčiny v sobě zahrnuje i přítomnost příčiny druhé. Vede tedy k sečtení obou příčin (srov. Plevová, 2007).

5 ATRIBUČNÍ TENDENCE

Při výzkumu atribucí byla odhalena přítomnost některých pravidelností, které se objevují v určitých situacích. Bývají označovány jako atribuční tendence či jako atribuční chyby a omyly (srov. Plevová, 2007).

Posuzování vlastního i cizího chování neprovádíme vždy logickým a objektivním způsobem. Zkreslenost a předpojatost v hodnocení situací může vyplývat z těchto příčin:

1. lidé při usuzování příčin nezváží všechny podklady pro atribuci nebo dospějí k rychlému závěru nějakou mentální „zkratkou“;
2. nedostatečnost dostupných informací nebo špatná interpretace těchto informací ve prospěch pouze jednoho aspektu;
3. zpracování informace tak, aby byla pro nás užitečnější, např. pro odhad budoucího chování nebo udržení sebeúcty (srov. Hill, 2004).

Jedna z atribučních tendencí se projevuje v rozdílných atribucích aktérů a pozorovatelů. Aktéři častěji přisuzují zdroj svého chování situačním faktorům, zatímco pozorovatelé mají tendenci přisuzovat zdroj aktérova chování jeho osobnosti. Dalo by se říct, že tendence aktérů vnímat při procesu atribuce situační faktory je výjimkou z velmi rozšířené tendence podceňovat důležitost vnějších faktorů při atribuování, jelikož ve většině případů přikládají větší důležitost osobnostním faktorům jak aktéři, tak pozorovatelé. Tomuto jevu se říká základní atribuční chyba (srov. Výrost, Slaměník, 2008).

5.1 Základní atribuční chyba

Základní atribuční chyba je podložená četnými výzkumy. Bylo prokázáno, že lidé mají silný sklon přisuzovat jednání druhých osobnostním a charakterovým vlastnostem. A to i přesto, jsou-li zřejmé i situační příčiny (srov. Říčan, 2008).

Pro ilustraci uvedu jeden z mnoha pokusů k demonstraci základní atribuční chyby. Ross, Amabile a Steinmentz (1977) si k prokázání atribuční chyby připravili pokus tak, aby situace připomínala kvizovou hru. Účastníkům pokusu byly náhodně přiděleny role buď tazatelů, nebo soutěžících. Pozorovatelé i aktéři hry věděli, že tyto role byly přiděleny náhodně, přesto si podrželi přesvědčení, že tazatelé jsou vědomostně zdatnější než soutěžící. Z čehož vyplývá, že přehlíželi různé situační faktory, například, že tazatelé měli volný

výběr témat, a mohli tak zvolit takové téma, které dobře znali, zatímco soutěžící takovou možnost neměli (srov. Hayesová, 1998). Tato dispoziční atribuce přehlížela situaci tazatelů, v jejichž roli bylo vymýšlet si a klást otázky. Prokazuje tak základní atribuční chybu, protože později provedené testy na všeobecný přehled nezjistily žádné rozdíly mezi tazateli a soutěžícími (srov. Hill, 2004).

Tendenci rozdílných atribucí mezi aktéry a pozorovateli vysvětlují E. E. Jones a R. E. Nisbett takto:

a) Percepční fokus (zaměření pozornosti) – aktérův nejdůležitější senzorický mechanismus při chování jsou oči, které jsou obrácené navenek k situaci, která je pro ně centrem pohledu, zatímco pozorovatel má v ohnisku aktéra a jeho chování. Aktéři mají přirozeně o sobě více informací než pozorovatelé, znají svoji minulost, znají své typické chování. Vnímají kontinuitu svého chování v čase a v situaci.

b) Pozorovatelé jsou více zainteresovaní v získání takových informací, které jim umožňují předpověď budoucího chování aktéra. Tato zainteresovanost motivuje pozorovatele v zjišťování stabilních charakteristik aktéra, kterými jsou více vnitřní dispozice než měnící se situační faktory (srov. Výrost, Slaměník, 2008).

5.1.1 Atribuce v kulturním kontextu

Joan Miller (1984) zjistila, že existují interkulturní odlišnosti v atribučních tendencích – větší sklon přisuzovat situační atribuce měli indičtí hinduisté než Američané (srov. Hill, 2004). Její výzkum spočíval v tom, že žádala lidi různého věku z USA a Indie, aby popsali, co vyvolalo v jejich životě konkrétní pozitivní a negativní chování. Mezi malými dětmi se rozdíly nevyskytovaly, avšak s rostoucím věkem se začaly objevovat kulturní rozdíly. Američtí probandi udávali více dispozičních (osobnostních) atribucí, kdežto indičtí probandi více situačních. Tento výzkum naznačuje, že základní atribuční chyba by se mohla vyskytovat pouze v západních kulturách (srov. Kassin, 2007).

5.2 Tendence sebeochranných atribucí

Jedná se o tendenci aktérů připisovat úspěch sobě samému, zatímco neúspěch situačním faktorům, tzv. egodefenzivní atribuce. (srov. Výrost, Slaměník, 2008). Lidé si podvědomě

potřebují neustále udržovat a zvyšovat svou sebeúctu a tato motivace může také ovlivňovat jejich atribuce (srov. Kassin, 2007).

Převzetí plné zodpovědnosti za neúspěch je vlastně negativní sebehodnocení, které snižuje sebeúctu. Přisuzování neúspěchu situačním faktorům poskytuje ochranu pro aktérovu sebeúctu a udržuje jeho pozitivní názor na svoje vlastní schopnosti. Jiné vysvětlení této tendence může být takové, že lidé chtějí dosáhnout uznání za úspěch od jiných, ale nechtějí, aby jiní přisuzovali neúspěch jejich nedostatečným schopnostem (srov. Výrost, Slaměník, 2008).

Faktory vedoucí k sebeochranné atribuční tendenci:

a) motivační faktory – atribuování úspěšného chování vlastním dispozicím zvyšuje sebeúctu, přisouzení neúspěšného chování situačním faktorům chrání aktéra;

b) kognitivní faktory – lidé jednají za předpokladu, že díky svým schopnostem uspějí, proto nečekaná selhání přisuzují vnějším/situačním vlivům (srov. Hill, 2004).

Ve skupinových spolupracích se objevuje tendence každého člena přisuzovat si značnou zodpovědnost za úspěch, kdežto za neúspěch atribuovat zodpovědnost jiným členům skupiny. Tomuto typu atribuční tendence se říká egocentrická tendence. Další možnou atribuční tendencí ve skupině je tendence nápadnosti, kdy pozorovatelé atribuují větší zodpovědnosti takovým členům týmu, kteří se odlišují od ostatních (srov. Výrost, Slaměník, 2008).

Také u sebeochranných atribučních tendencích byly nalezeny interkulturní rozdíly: skromnější, méně sebeprosazující zkoumané osoby z Číny a Japonska projevovaly nižší sebeochrannou atribuční tendenci než Američané (srov. Hill, 2004).

5.3 Efekt aktéra a pozorovatele

Jones a Nisbett (1972) označují efektem aktéra a pozorovatele lidskou tendenci přisuzovat pozorovanému chování u jiných osob dispoziční atribuce (stejně jako u základní atribuční chyby), kdežto při hodnocení vlastního chování převažují situační faktory. Efekt aktéra a pozorovatele poskytuje vysvětlení pouze kognitivními faktory, nebere v úvahu, zda hodnocené chování bylo úspěšné, či nikoli – neposkytuje vysvětlení motivačními faktory.

K tomuto efektu dochází ze dvou důvodů:

a) zaměření pozornosti – pozorovatel si více všímá aktérova chování, zatímco aktér sleduje situační faktory a svou pozornost zaměřuje na ně

b) přístup k informacím – aktér zná více informací o záměru a minulém chování než pozorovatelé.

Stormsovi (1973) se podařilo zaměřit aktéry při atribuování situace více na dispoziční faktory tím, že jim pouštěl videozáznamy jejich chování, a tak přesunul pozornost k nim samým (srov. Hill, 2004).

6 ČINITELÉ OVLIVŇUJÍCÍ ATRIBUCI

Proces hledání příčin událostí, ve kterých se člověk během svého života ocitá, úzce souvisí s celou osobností člověka, která ve své komplexnosti má ke kauzálním atribucím těsný vztah. To, jak se člověk rozhoduje o významnosti a důležitosti kauzality, to, jak upřednostňuje jednu příčinu před druhou, je ovlivněno nejen vnějším prostředím a minulými zkušenostmi, ale také osobnostními charakteristikami a individuálními zvláštnostmi jedince. Je také patrné, že hledání kauzality je úzce propojeno s naším emočním prožíváním (Plevová, 2007, s. 60).

Vzhledem k zaměření celé práce bych se ráda více věnovala empatii, vlastnosti tak často skloňované v povolání všeobecné sestry a dále syndromu vyhoření, k němuž má toto povolání také blízko.

6.1 Empatie

Empatie je slovo řeckého původu a znamená schopnost vcítit se do pocitů, myšlení a jednání druhých lidí. Empatie je kognitivní schopnost, tedy schopnost poznávat, porozumět a pochopit důvod, příčinu či účel jednání verbálních i neverbálních projevů druhých lidí. Empatie má velmi blízko k umění naslouchat ostatním a správné interpretaci toho, co si myslí a oč jim jde (srov. Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Schopnost empatie závisí na vývojové úrovni osobnosti, na množství zážitků, na množství vztahů, které jedince ovlivňují, na vzorech chování. Není to nějaká trvalá vlastnost, v průběhu života se může různým způsobem měnit (Mikulaštík, 2010, s. 104).

Empatii odlišujeme od sympatie. Tou rozumíme spoluprožívání pocitů s druhou osobou nebo dalšími lidmi. Jsme-li empatičtí, víme, co prožívá druhý, jaké má pocity, sami však nemáme stejné prožitky jako on (Beran, 2010, s. 54).

Empatie nám umožňuje lépe porozumět pacientovi. Porozumění musí vycházet z toho, co nám pacient sděluje. Své porozumění bychom měli dát pacientovi najevo, totiž projevené porozumění odměňuje pacienta za vynaložené úsilí a dále jej motivuje. Avšak v projevech porozumění bychom se neměli ukvapovat. Porozumění může být vyjádřeno několika způsoby:

- přikývnutí, přitakání,

- zopakování několika posledních slov z pacientova sdělení,
- konfrontace,
- shrnutí,
- klarifikace, v níž objasňujeme souvislosti,
- zdůraznění určitých výroků nebo formulací,
- naznačení výkladu vztahů.

Důležité je, aby porozumění nebylo kritickým hodnocením a moralizováním, cílem porozumění je přijmout názor druhého a být otevřeným pro jeho vyslechnutí (srov. Beran, 2010).

Nárok na empatický přístup zdravotníků k nemocným je nastíněn i v Právech nemocných, která byla v České republice formulována a vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. února 1992, např.: *Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky* (České ošetřovatelství 2, 2006, s. 44).

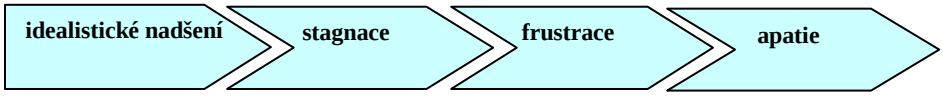
6.2 Syndrom vyhoření

Vyhoření, vyhasnutí (z angl. burn out syndrom) je popisováno jako tělesný a duševní stav, který se často objevuje v těch profesích, ve kterých dochází k intenzivnímu kontaktu s druhým člověkem (Čechova, Mellanová, Kučerová, 2004, s. 90).

Syndrom vyhoření je projevem nadměrného stresu. Z medicínského pohledu je stres automatickou reakcí organismu na ohrožující podněty, probíhající na ose hypotalamus - hypofýza – nadledviny (srov. Honzák, 2008).

6.2.1 Vývoj burnout syndromu

Syndrom vyhoření bývá popisován ve fázích, jedná se tedy o proces. Pro ilustraci je znázorněn fázový model Edelwiche a Brodského (srov. Stock, 2010).



Obr. 1: Fázový model vzniku burnout syndromu Edelwiche a Brodského

Cesty vzniku syndromu vyhoření uvádí Kopřiva (1997). Ten opisuje syndrom vyhoření jako stav dlouhodobé záporné energetické bilance. Uvádí tři cesty, které vedou k vyhoření:

1. ztráta ideálů – kdo hoří, může vyhořet;
2. pojem workoholismus – závislost na práci; velké pracovní nasazení bez odpočinku;
3. teror příležitostí – práce přináší jedinci nové problémy, úskalí, bere mu čas na běžné aktivity (srov. Kopřiva, 1997 in Ondrioná, Slaninková, 2010).

Vyhoření se většinou objevuje plíživě, jako důsledek dlouhodobě působících stresorů. Příznaky se projevují postupně. Lze pozorovat změnu vztahu k práci, změnu postoje ke svěřeným lidem, ztrátu pracovního nasazení, nechuť k práci, pocit nedostatečného ohodnocení, negativní postoj k instituci, ve které dotyčný pracuje (srov. Čechova, Mellanová, Kučerová, 2004).

Projevy syndromu vyhoření:

1. somatické projevy - poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, bolesti hlavy, bolesti páteře, trávicí problémy

2. psychické projevy - deprese, cynismus, frustrace, střídání nálad, ztráta zájmu, pocit nedostatku energie, nespokojenost se sebou samým

3. sociální projevy - omezování sociálních kontaktů, necitlivý přístup k pacientům, neochota spolupracovat a přizpůsobit se, depersonalizace (srov. Ondrioná, Slaninková, 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY VÝZKUMU

7.1 Cíle a hypotézy výzkumu

Hlavním cílem průzkumu bylo získání dat, která by přispěla k hlubšímu poznání činitelů, kteří ovlivňují porozumění chování pacienta ze strany všeobecných sester, zejména jejich kauzálního výkladu tohoto chování. Na začátku průzkumu jsem si proto stanovila 5 cílů a ke každému cíli jednu hypotézu.

Stanovené cíle:

1. Ověřit, zda se ve vyhodnocování příčin chování pacienta v modelových situacích všeobecnými sestrami objevuje základní atribuční chyba.
2. Zjistit vyhoření v jednotlivých oblastech (emocionální vyčerpání, depersonalizace, pracovní uspokojení) u zkoumaného vzorku všeobecných sester a jeho vliv na kauzální výklad chování pacienta.
3. Vyhodnotit nejvyšší dosažené formální vzdělání všeobecných sester a jeho vliv na kauzální výklad chování pacienta.
4. Vyhodnotit délku ošetřovatelské praxe v profesi všeobecných sester a její vliv na kauzální výklad chování pacienta.
5. Vyhodnotit, zda se u modelových situací, kde figuruje sestra, uplatňují egodefenzivní atribuce všeobecných sester.

Stanovené hypotézy:

H1: Ve vyhodnocování příčin chování pacienta v modelových situacích všeobecnými sestrami jsou četnější vnitřní atribuce než atribuce situačními, tzn. převládá základní atribuční chyba.

H2: Všeobecné sestry s vysokým stupněm vyhoření v některé z oblastí - emocionální vyčerpání, depersonalizace, pracovní uspokojení - přisuzují chování pacienta pouze vnitřní atribuce.

H3: Všeobecné sestry s vyšším či vysokoškolským vzděláním přisuzují chování pacienta situační příčiny častěji než všeobecné sestry se středoškolským vzděláním.

H4: Čím delší je profesní praxe všeobecné sestry, tím více při kauzálním hodnocení chování pacienta přisuzuje vnitřní atribuce.

H5: Všeobecné sestry, bez ohledu na pohlaví, dosažené vzdělání, délku praxe či míru vyhoření, ve většině případech nevyhodnocují sestru jako příčinu chování, tzn. uplatňuje se egodefenzivní atribuce.

7.2 Charakteristika zkoumaného vzorku respondentů

Tématem mé bakalářské práce je chování pacienta a jeho kauzální výklad, proto jako respondenty jsem si cíleně zvolila všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních různého typu (vyjma dětských oborů). Výběr respondentů byl zcela zaměřen na všeobecné sestry, protože především ony jsou nejvíce ve styku s pacientem po dobu jeho hospitalizace. Dotazník byl rozdán pouze v jedné krajské nemocnici 113 všeobecným sestrám. Předání dotazníků všeobecným sestrám jsem realizovala prostřednictvím staničních sester jednotlivých pracovišť. Zpět se mi vrátilo 83 dotazníků, celková návratnost tedy činí 73%.

7.3 Metoda a techniky výzkumu

Pro výzkumnou část byla zvolená kombinace kvantitativní i kvalitativní metody. Data od respondentů byla sesbírána pomocí dotazníku. *Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři* (Kutnohorská, 2009, s. 41).

Dotazník (viz Příloha PI) předkládaný respondentům zahrnoval dva samostatné dotazníky. První dotazník – vlastní tvorba – je zaměřen na zjištění povahy atribucí. Tvoří jej převážně otázky polozavřené a několik otázek uzavřených (zejména u položek nezávisle proměnných). Druhý dotazník je převzatý standardizovaný dotazník MBI[5] (Maslach Burnout Inventory), kde jsou otázky tvořeny formou škály a respondent má vyhodnotit sílu pocitu, se kterým se ztotožňuje. Dotazník MBI sleduje míru vyhoření u pomáhajících profesí v jednotlivých oblastech – emocionální vyčerpání, depersonalizace, pracovní uspokojení.

[5] ŽÍDKOVÁ, Z. *PhDr. Zdeňka Žídková* [online]. [cit. 2010-12-01]. Dostupné z: < www.psvz.cz/zidkova/doc/mbi.rtf>.

Pomocí výsledků z dotazníku MBI jsem chtěla najít souvislost syndromu vyhoření všeobecných sester s jejich kauzálním výkladem chování pacienta.

7.3.1 Charakteristika dotazníkových položek

Jak již bylo řečeno, dotazník se skládá ze dvou částí. První část dotazníku obsahuje 18 položek a druhá část 22 položek. První část pokládá nejprve otázky zaměřené na identifikační údaje respondenta, tzv. nezávisle proměnné, a to pohlaví, vzdělání a počet let praxe ve zdravotnickém zařízení (ot. č. 1, 2, 3), tyto otázky byly uzavřené. Dále se dotazník skládá z modelových situací (ot. č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18), které předkládají chování pacienta a úkolem respondenta je zvolit z nabízených možností jednu nejpravděpodobnější příčinu tohoto chování, a to na základě svého cítění a zkušeností. Modelové situace byly sestaveny jako polozavřené otázky, kdy kromě výčtu nabízených možností, byla ve výčtu uvedena i možnost jiné odpovědi. Pokud tedy respondenta napadla nějaká jiná příčina předkládaného chování, mohl uvést tuto. Příčiny chování u jednotlivých modelových situacích jsou seskládány záměrně tak, aby zahrnovaly jak vnější příčiny chování, tak vnitřní, což umožňuje další zpracování dotazníku. Druhou část dotazníku tvoří MBI (Maslach Burnout Inventory), který sleduje syndrom vyhoření. Skládá se z 22 tvrzení, které vychází ze tří faktorů, dva jsou negativně laděné – emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jeden je laděn pozitivně – osobní uspokojení z práce. Pocity jsou hodnoceny podle stupnice intenzity (Vůbec 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Velmi silně)
a vyhodnocuje se celkový skór pro jednotlivé faktory.

8 REALIZACE VÝZKUMU

Před zahájením dotazníkového šetření jsem provedla pretest. *Pretest prověřuje projekt po stránce formální. Ověřuje jasnost a srozumitelnost otázek, určuje kódování pro potřeby zpracování výzkumu* (Kutnohorská, 2009, s. 54). V rámci pretestu jsem dotazník rozdala 6 známým všeobecným sestrám – žádné formální nejasnosti se neobjevily.

Následně jsem v krajské nemocnici na odděleních různého typu (vyjma dětských oborů) rozdala celkem 113 dotazníků, z čehož se mi navrátilo zpět 83 dotazníků, tj. 73 %. Z vrácených dotazníků jsem musela vyřadit pouze jeden dotazník, kde zcela chyběla vyplněná druhá část dotazníku.

Reakce na dotazník byly ze strany respondentů různorodé. Ale ve většině případech až překvapivě pozitivní, dotazník se jim dobře vyplňoval. Některé všeobecné sestry mi sdělily, že jim činilo potíže hodnotit chování „fiktivního pacienta“.

Pro zhodnocení situací, jak často se vyskytují v praxi, nakolik teda odpovědi sester zrcadlí skutečnost, bylo v průběhu zpracovávání výsledků provedeno ještě šetření u malého vzorku všeobecných sester (10 respondentů) zaměřené právě na četnost výskytu situací předkládaných v dotazníku. Těmto všeobecným sestrám byl rozdán stručný dotazník (viz Příloha PII), kde sestry hodnotily četnost výskytu situací v praxi.

8.1 Zpracování získaných dat

Pro zpracování dotazníkového šetření jsem použila program Microsoft Excel. Data jsem zpracovala do tabulek a grafů prostřednictvím jmenovaného programu.

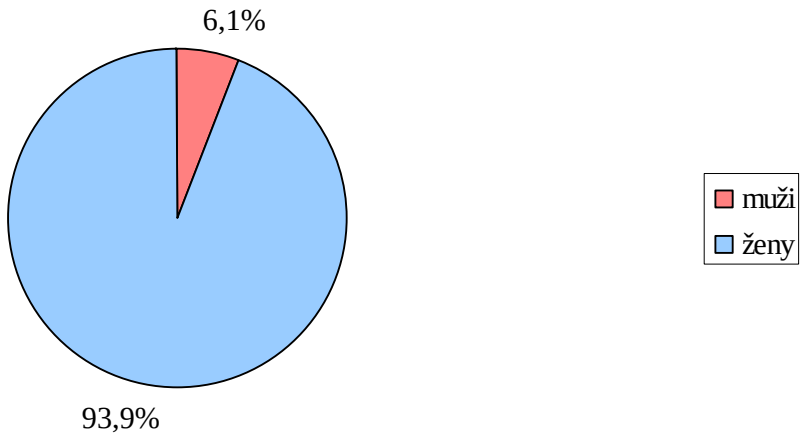
9 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

9.1 Charakteristika zkoumaného vzorku respondentů

Otázka č. 1: Jste

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
muži	5	**6**
ženy	77	**94**
celkem	82	**100**

Tab. 3: Pohlaví respondentů



Obr. 2: Pohlaví respondentů

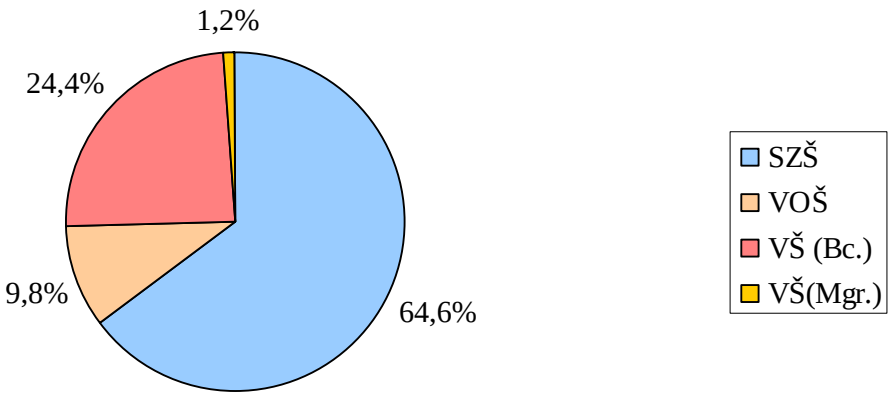
Komentář:

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 82 respondentů, z toho 5 mužů (6,1%) a 77 žen (93,9%).

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
SZŠ	53	**64,6**
VOŠ	8	**9,8**
VŠ (Bc.)	20	**24,4**
VŠ(Mgr.)	1	**1,2**

Tab. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Obr. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

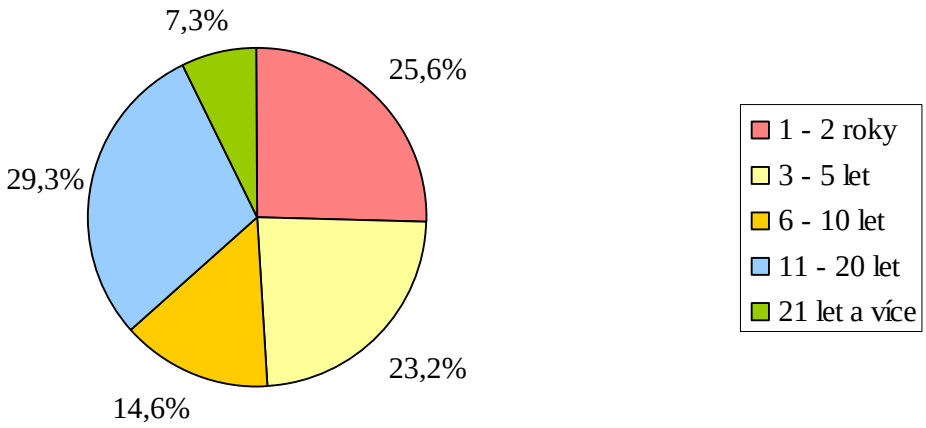
Komentář:

Dotazníkového šetření se v největším zastoupení zúčastnili respondenti se středoškolským vzděláním, celkem 53 respondentů (64,6%). Druhou největší skupinu dle dosaženého vzdělání tvoří respondenti s vysokoškolským vzděláním prvního stupně, celkem 20 osob (24,4%). Respondentů s vyšším odborným vzděláním je 8 (9,8%). Magisterského vzdělání dosáhl pouze jeden respondent (1,2%).

Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete v nemocnici?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
1 - 2 roky	21	**25,6**
3 - 5 let	19	**23,2**
6 - 10 let	12	**14,6**
11 - 20 let	24	**29,3**
21 let a více	6	**7,3**

Tab. 5: Délka profesní praxe respondentů



Obr. 4: Délka profesní praxe respondentů

Komentář:

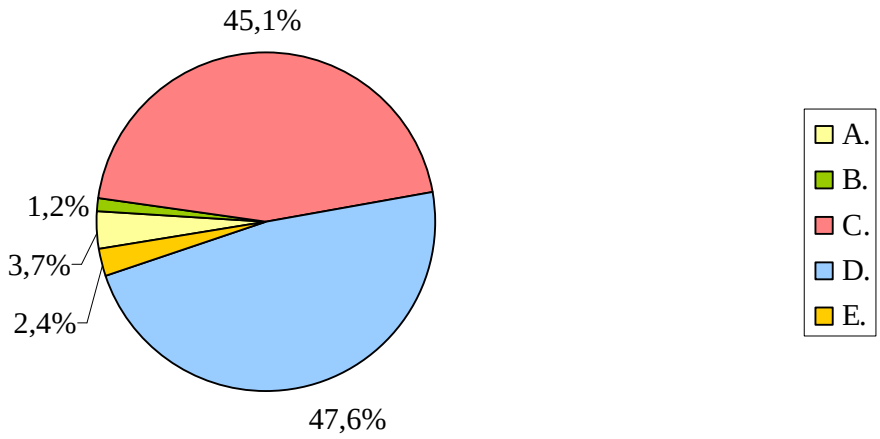
Z 82 respondentů pracuje v nemocnici 1 – 2 roky 21 osob (25,6%). 3 – 5 let pracuje v nemocnici 19 respondentů (23,2%). 6 – 10 let pracuje v nemocnici 12 respondentů (14,6%). Největší počet respondentů pracuje v nemocnici 11 – 20 let, a to 24 osob (29,3%). A nejmenší zastoupení tvoří respondenti, kteří v nemocnici pracují 21 let a více, kterých je 6 (7,3%).

9.2 Modelové situace

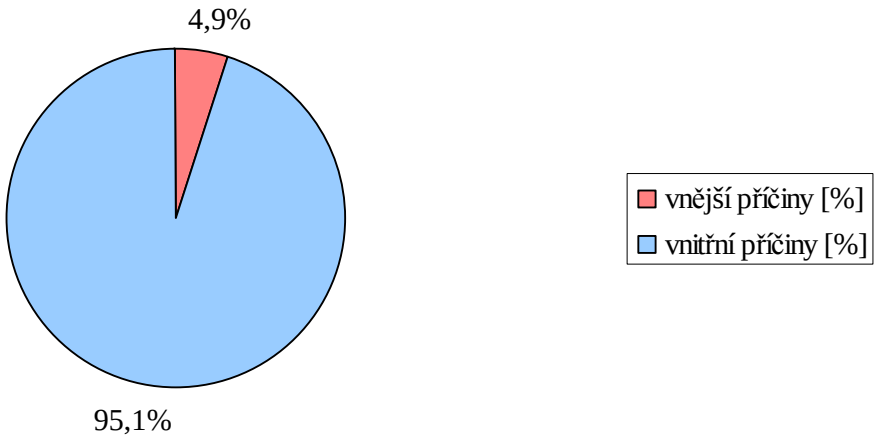
Otázka č. 4: Pacient se neustále dožaduje sestry prostřednictvím zvonečku - několikrát do hodiny. Proč se tak chová?

odpověď	absolutní četnost	relativní četnost [%]
A. čaj a léky na stolečku jsou pro něj příliš daleko	3	**3,7**
B. sestra tam ten den ještě nebyla	1	**1,2**
C. je stále s něčím nespokojený	37	**45,1**
D. nechce být sám	39	**47,6**
E. jiná odpověď	2	**2,4**

Tab. 6: Pacient se neustále dožaduje sestry prostřednictvím zvonečku



Obr. 5: Pacient se neustále dožaduje sestry prostřednictvím zvonečku



Obr. 6: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 4

Komentář:

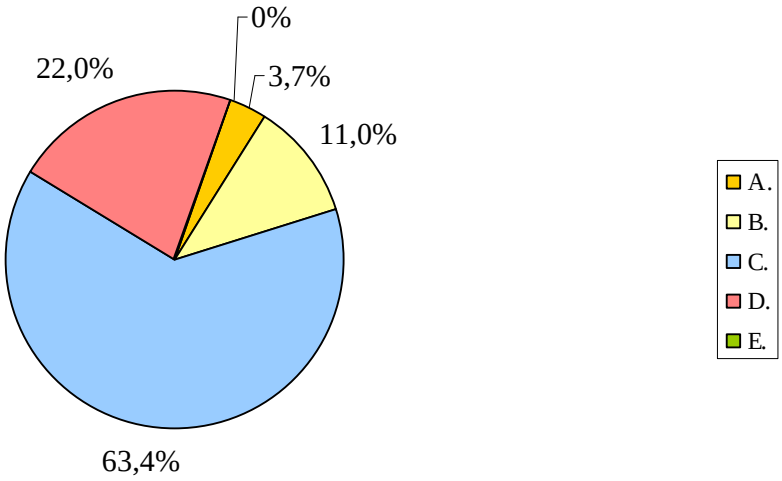
V možnostech odpovědí k této modelové situaci (pacient se neustále dožaduje sestry prostřednictvím zvonečku - několikrát do hodiny) byly k dispozici dvě situační atribuce (A), (B) a dvě vnitřní atribuce (C), (D). Dva respondenti zvolili možnost (E) a zde jsou jejich odpovědi: *smyslový problém – zrak; předpokládám, že má potíže či potřebu řešit nějaký problém.* Obě dvě uvedené odpovědi byly kategorizovány jako vnitřní atribuce. V této modelové situaci tedy 95,1% respondentů přisoudilo příčinu chování vnitřním atribucím a 4,9% respondentů atribucím vnějším.

Nejčetněji volená příčina chování pacienta byla *nechce být sám* – 47,6% respondentů. Druhá nejčetněji volená příčina chování pacienta byla *je stále s něčím nespokojený* – 45,1% respondentů. 3,7% respondentů se domnívá, že příčinou chování je odpověď *čaj a léky na stolečku jsou pro něj příliš daleko.* A pouze 1,2% respondentů, což je jeden respondent, si myslí, že příčinou chování pacienta je odpověď *sestra tam ten den ještě nebyla.* 2,4% respondentů určila vlastní příčinu chování pacienta viz výše.

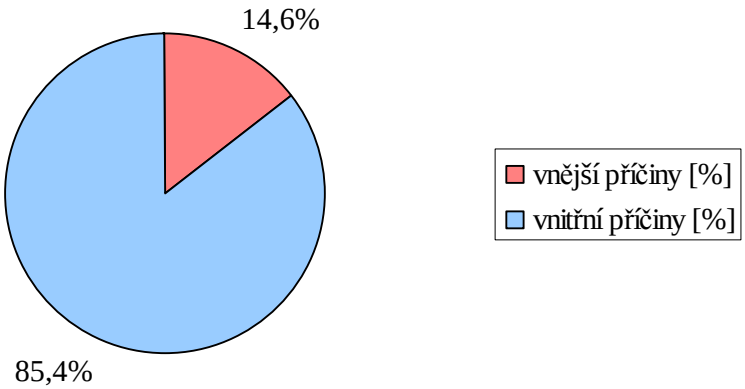
Otázka č. 5: Po návštěvě rodiny se pacient rozpláče. Proč?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. kvůli velmi špatnému zdravotnímu stavu spolupacienta musela být návštěva předčasně ukončena	3	**3,7**
B. při návštěvě rodiny mu byla sdělena velmi nepříjemná zpráva	9	**11,0**
C. chtěl by jít domů, je mu smutno	52	**63,4**
D. je citlivý,těžce snáší loučení	18	**22,0**
E. jiná odpověď	0	**0**

Tab. 7: Po návštěvě rodiny se pacient rozpláče



Obr. 7: Po návštěvě rodiny se pacient rozpláče



Obr. 8: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 5

Komentář:

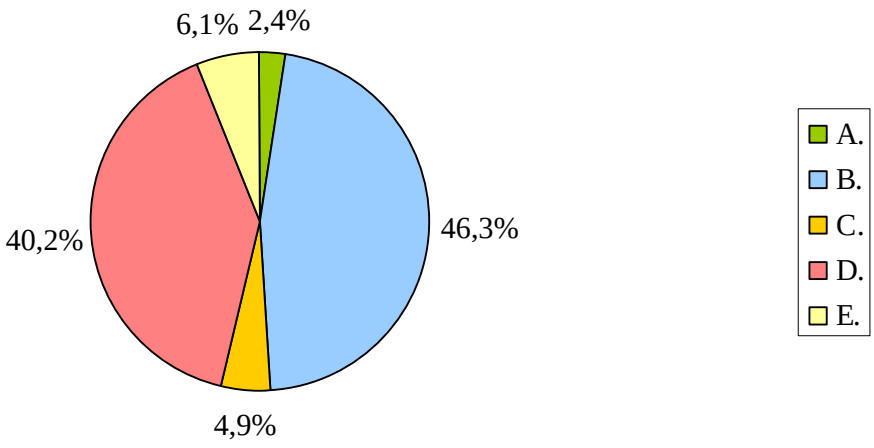
V této modelové situaci (po návštěvě rodiny se pacient rozpláče) volili nejčastěji respondenti příčinu chování *chtěl by jít domů, je mu smutno* – 63,4%. Druhou nejčastěji volenou příčinou chování pacienta v této situaci byla odpověď *je citlivý, těžce snáší loučení* – 22,0% respondentů. Pouze 11,0% respondentů zvolilo příčinu chování *při návštěvě rodiny mu byla sdělena velmi nepříjemná zpráva.* A zbylé 3,7% respondentů uvedli jako příčinu chování odpověď *kvůli velmi špatnému zdravotnímu stavu spolupacienta musela být návštěva předčasně ukončena.*

Z výčtu možných příčin byly dvě situační příčiny (A), (B) a dvě vnitřní příčiny (C), (D). 85,4% respondentů u této modelové situace zvolilo přisoudilo chování pacienta vnitřní příčinu a 14,6% respondentů situační příčinu.

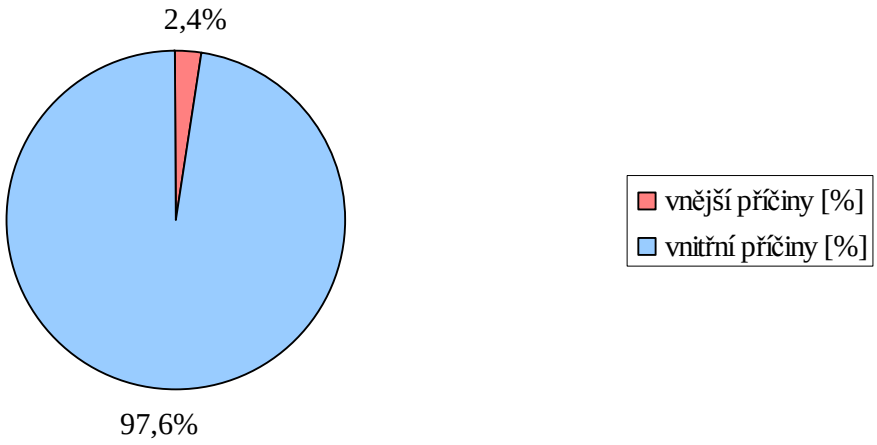
Otázka č. 6: Pacient se dožaduje stále lékaře, sestře se nechce svěřit. Proč tak jedná?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. o sestře je známo, že vše rozvykládá ostatním zdravotnickým pracovníkům i pacientům	2	**2,4**
B. sestra na něj nepůsobí dostatečně profesionálně	38	**46,3**
C. chce si stěžovat lékaři na přístup sestry	4	**4,9**
D. stydí se svěřit sestře	33	**40,2**
E. jiná odpověď	5	**6,1**

Tab. 8: Pacient se dožaduje stále lékaře



Obr. 9: Pacient se dožaduje stále lékaře



Obr. 10: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 6

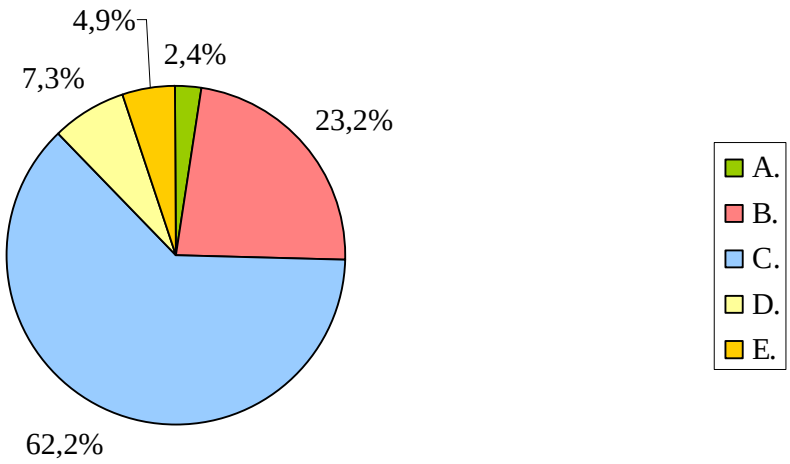
Komentář:

V této modelové situaci (pacient se dožaduje stále lékaře, sestře se nechce svěřit) nejvíce respondentů – 46,3% zvolilo jako příčinu chování odpověď *sestra na něj nepůsobí dostatečně profesionálně.* Druhou nejvíce volenou příčinou chování byla odpověď *stydí se svěřit sestře,* kterou určilo 40,2% respondentů. 5,9% respondentů určilo jako příčinu chování odpověď *chce si stěžovat lékaři na přístup sestry.* Pouze 2,4% respondentů zvolili jako příčinu chování odpověď *o sestře je známo, že vše rozvykládá ostatním zdravotnickým pracovníkům a pacientům.* 6,1% respondentů využilo možnosti uvést vlastní příčinu chování. Všechny vlastní příčiny chování respondentů byly kategorizovány jako vnitřní příčiny chování. Z výčtu možných příčin byla pouze jedna příčina vnější (A) a ostatní příčiny vnitřní (B), (C), (D). 97,6% respondentů vyhodnotilo tuto situaci pomocí vnitřních příčin a 2,4% pomocí příčin vnějších.

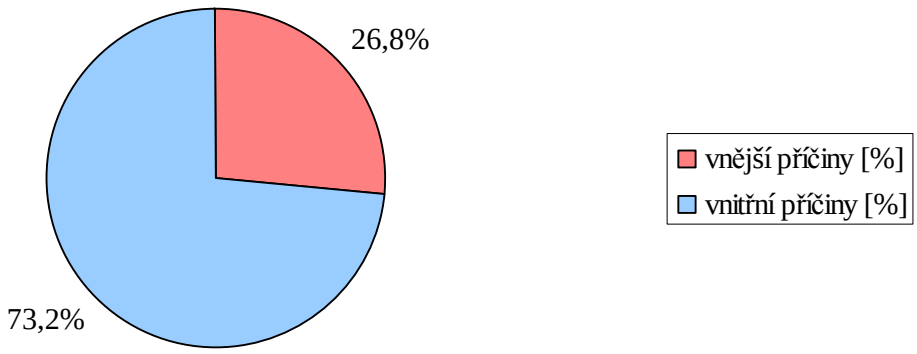
Otázka č. 7: Pacient s nikým nemluví, má upřen zrak do jednoho místa a pokyny provádí automaticky. Proč se tak chová?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. většina pacientů na pokoji ho napadala a kritizovala	2	**2,4**
B. nachází se v neznámém prostředí	19	**23,2**
C. něco ho trápí, je mu smutno	51	**62,2**
D. má bolesti	6	**7,3**
E. jiná odpověď	4	**4,9**

Tab. 9: Pacient s nikým nemluví



Obr. 11: Pacient s nikým nemluví



Obr. 12: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 7

Komentář:

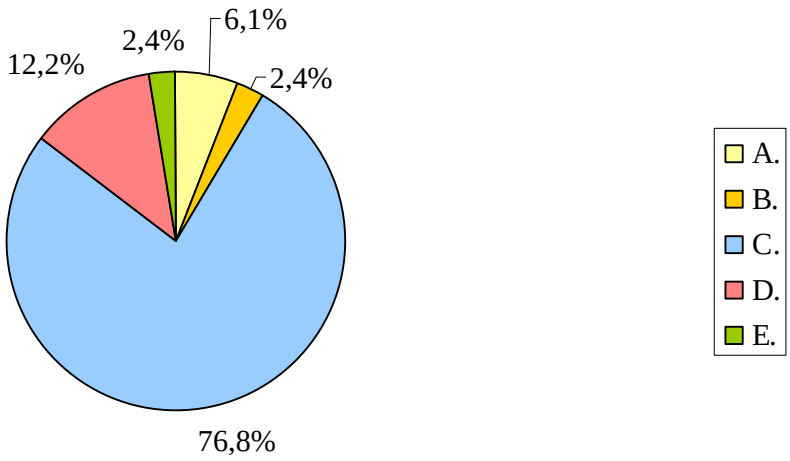
V této modelové situaci (pacient s nikým nemluví, má upřen zrak do jednoho místa a pokyny provádí automaticky) nejvíce respondentů – 62,2% zvolilo odpověď *něco ho trápí, je mu smutno.* Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí – 23,2% je *nachází se v neznámém prostředí.* 7,3% respondentů jako příčinu chování pacienta v této situaci určilo možnost *má bolesti* a pouze 2,4% respondentů se domnívají, že příčinou chování pacienta může být možnost *většina pacientů na pokoji ho napadala a kritizovala.* 4,9% respondentů určilo jako příčinu chování jinou odpověď: *chybí mu soukromí, má strach* (kategorizováno jako vnitřní příčina)*; nezacházelo se s ním důstojně* (kategorizováno jako vnější příčina)*; protestuje, nechce spolupracovat* (kategorizováno jako vnitřní příčina).

Vnější atribuci (A), (B) jako příčinu chování pacienta v této situaci určilo 26,8% respondentů a vnitřní atribuci (C), (D) 73,2% respondentů.

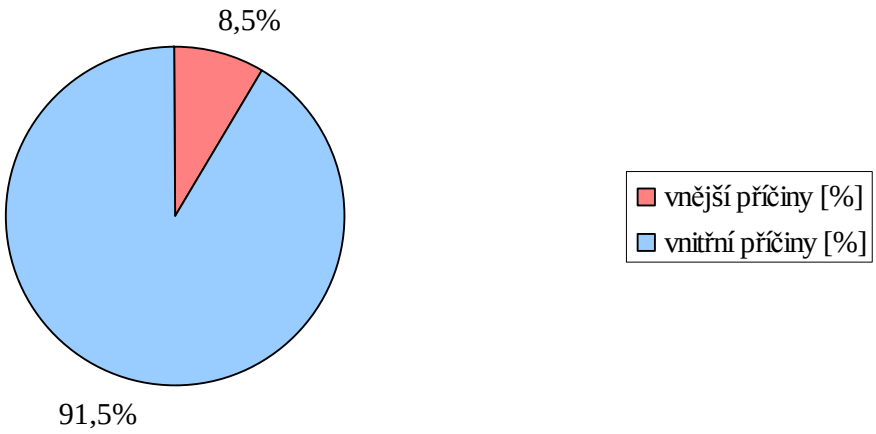
Otázka č. 8: Pacient nikdy nepoužil zvoneček, aby zavolal sestru, vždy si všechno udělal sám, i když mu to s jeho špatným zdravotním stavem činilo potíže. Proč tak jedná?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. zvoneček byl na velmi špatně dostupném místě	5	**6,1**
B. sestra ho opakovaně kritizovala za obtěžování	2	**2,4**
C. nechce být sestrám na obtíž, stydí se	63	**76,8**
D. snaží se aktivizovat	10	**12,2**
E. jiná odpověď	2	**2,4**

Tab. 10: Pacient nikdy nepoužil zvoneček



Obr. 13: Pacient nikdy nepoužil zvoneček



Obr. 14: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 8

Komentář:

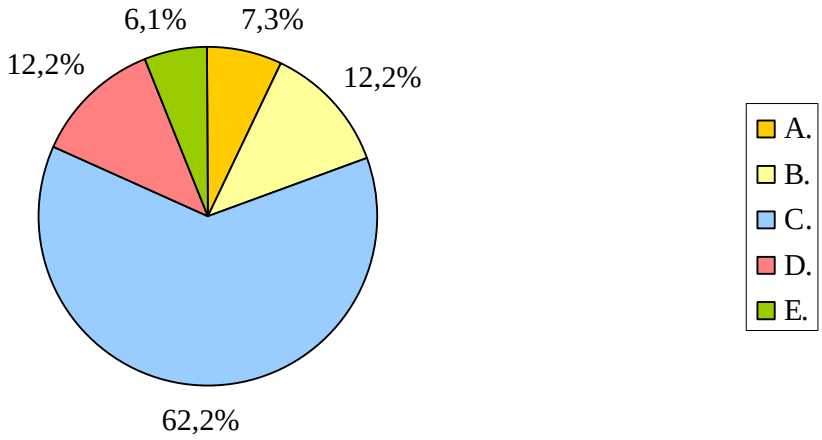
Nejčastěji volenou příčinou chování pacienta v této modelové situaci (pacient nikdy nepoužil zvoneček, aby zavolal sestru, vždy si všechno udělal sám, i když mu to s jeho špatným zdravotním stavem činilo potíže) byla možnost *nechce být sestrám na obtíž, stydí se*, kterou určilo 76,8% respondentů. Příčinu chování *snaží se aktivizovat* zvolilo 12,2% respondentů. 6,1% respondentů se přiklonilo k možnosti *zvoneček byl na velmi špatně dostupném místě* a pouze 2,4% respondentů uvedla jako příčinu chování *sestra ho opakovaně kritizovala za obtěžování*. 2,4% respondentů uvedla vlastní možnou příčinu chování (kategorizovány jako vnitřní příčiny chování).

Z výčtu možných příčiny, byly dvě vnější atribuce (A), (B), které zvolilo 8,5% respondentů a dvě vnitřní atribuce (C), (D), které přisoudilo 91,5% respondentů.

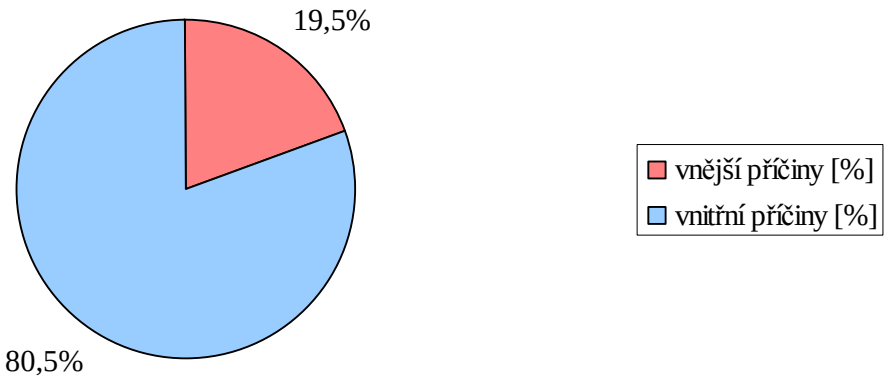
Otázka č. 9: Pacient jedná podrážděně, je slovně agresivní ke zdravotnickému personálu. Proč tak jedná?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. nevhodné chování zdravotnického personálu	6	**7,3**
B. byl oddálen termín propuštění domů	10	**12,2**
C. patří to k jeho povaze	51	**62,2**
D. má bolesti	10	**12,2**
E. jiná odpověď	5	**6,1**

Tab. 11: Pacient jedná podrážděně



Obr. 15: Pacient jedná podrážděně



Obr. 16: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 9

Komentář:

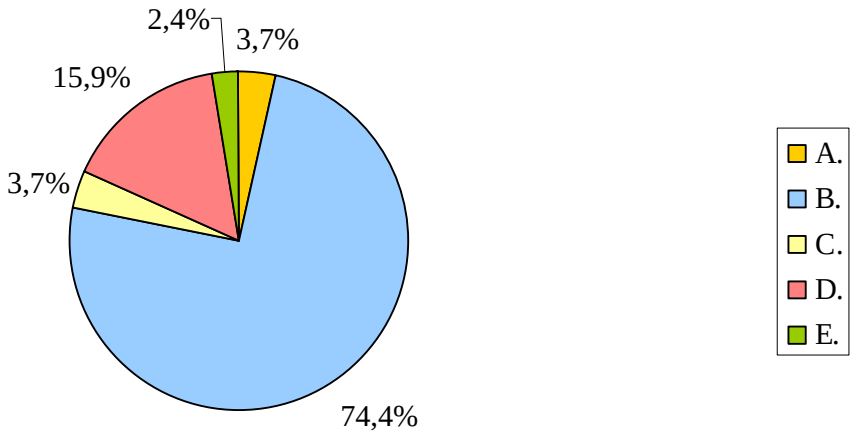
V této modelové situaci (pacient jedná podrážděně, je slovně agresivní ke zdravotnickému personálu) nadpoloviční část respondentů – 62,2% zvolila jako možnou příčinu chování pacienta odpověď *patří to k jeho povaze.* 12,2% respondentů zvolilo odpověď byl *oddálen termín propuštění domů*, a taktéž 12,2% respondentů zvolilo odpověď *má bolesti*. Pouze 7,3% respondentů jako příčinu chování pacienta v této situaci zvolilo možnost *nevhodné chování zdravotnického personálu.* A 6,1% respondentů uvedlo vlastní příčinu chování pacienta (všechny byly kategorizovány jako vnitřní atribuce), za zmínku stojí jedna odpověď: *ví, že se sestra musí chovat mile a pokouší ji.*

Při hodnocení příčiny chování 80,5% respondentů zvolilo vnitřní příčiny (C), (D) a 19,5% respondentů příčiny vnější (A), (B).

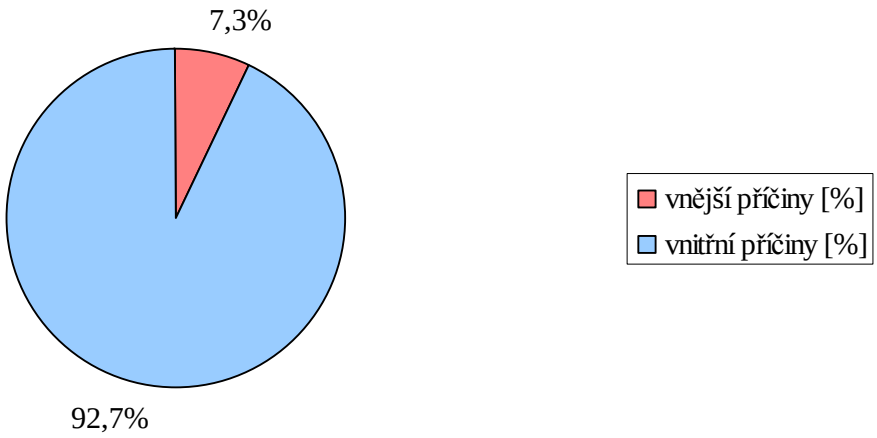
Otázka č. 10: Pacient za vše děkuje, za každou drobnost, co pro něj sestra udělá. Proč se tak chová?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. sestra ho opakovaně kritizovala za obtěžování	3	**3,7**
B. není zvyklý na to, že pro něj někdo něco dělá	61	**74,4**
C. měl v dětství přísnou a důslednou výchovu	3	**3,7**
D. potrpí si na bonton	13	**15,9**
E. jiná odpověď	2	**2,4**

Tab. 12: Pacient za vše děkuje



Obr. 17: Pacient za vše děkuje



Obr. 18: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 10

Komentář:

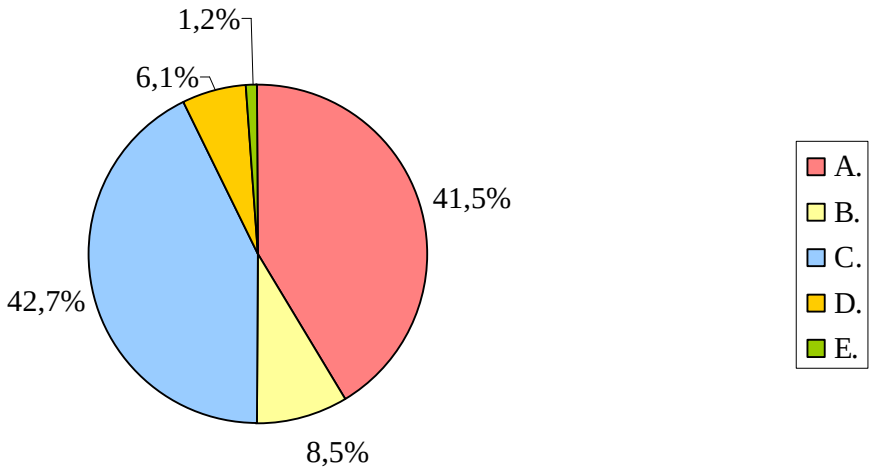
V této modelové situaci (*pacient za vše děkuje, za každou drobnost, co pro něj sestra udělá*) nejvíce respondentů – 74,4% určilo jako příčinu chování možnost *není zvyklý na to, že pro něj někdo něco dělá.* 15,9% respondentů zvolilo jako příčinu chování možnost *potrpí si na bonton.* 3,7% respondentů určila příčinu chování v možnosti *sestra ho opakovaně kritizovala za obtěžováni*, a také rovněž 3,7% respondentů zvolila jako příčinu chování možnost *měl v dětství přísnou a důslednou výchovu.* 2,4% respondentů uvedla jako příčinu chování vlastní atribuci (kategorizovány jako vnitřní příčiny).

V této modelové situaci zvolilo 92,7% respondentů jako příčinu chování vnitřní atribuci (B), (D) a 7,3% respondentů atribuci vnější (A), (C).

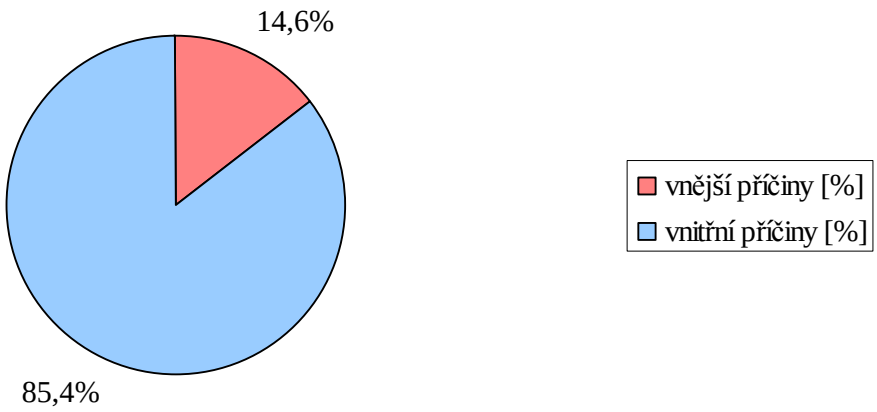
Otázka č. 11: Kdykoliv vejde sestra do pokoje, tak po ní pacient něco požaduje. Proč se tak chová?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. nedokáže si některé věci obstarat sám, které ke svému komfortu potřebuje	34	**41,5**
B. vybavení pokoje (např. postel) je velmi náročné na sebeobsluhu	7	**8,5**
C. vyhledává sociální kontakt	35	**42,7**
D. sestra je mladá a atraktivní	5	**6,1**
E. jiná odpověď	1	**1,2**

Tab. 13: Pacient něco požaduje



Obr. 19: Pacient něco požaduje



Obr. 20: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 11

Komentář:

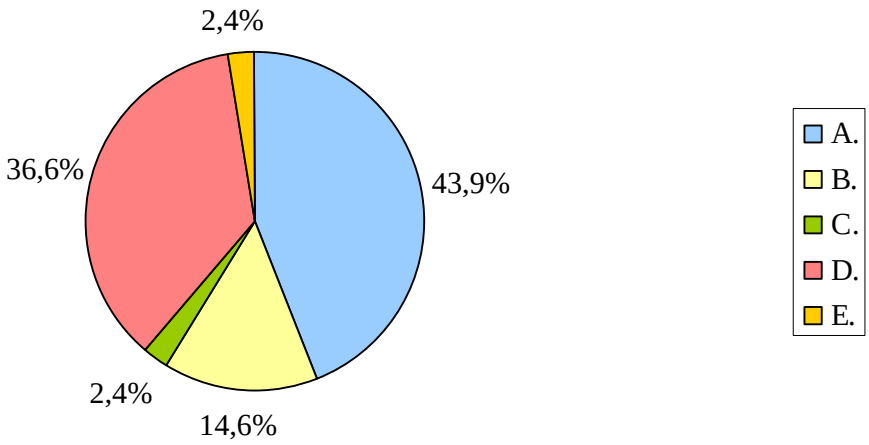
Nejvíce respondentů – 42,7% v této modelové situaci (*kdykoliv vejde sestra do pokoje, tak po ní pacient něco požaduje*) jako příčinu chování určilo možnost *vyhledává sociální kontakt.* O něco málo respondentů – 41,5% zvolilo odpověď *nedokáže si některé věci obstarat sám, které ke svému komfortu potřebuje.* 8,5% respondentů zvolilo jako příčinu chování pacienta v této situaci možnost *vybavení pokoje (např. postel) je velmi náročné na ovládání.* Pouze 6,1% respondentů se přiklonilo k možnosti, že příčina chování pacienta by mohla být v tom, že *sestra je mladá a atraktivní.* A 1,2% respondentů – 1 respondent uvedl vlastní příčinu chování pacienta: *je zvyklý, že se o něj doma někdo stará* (kategorizována jako vnitřní atribuce).

Respondenti u této modelové situaci vybírali ze dvou situačních atribucí (B), (D) a ze dvou vnitřních atribucí (A), (C). Situační atribuce zvolilo 14,6% respondentů a vnitřní atribuce 85,4% respondentů.

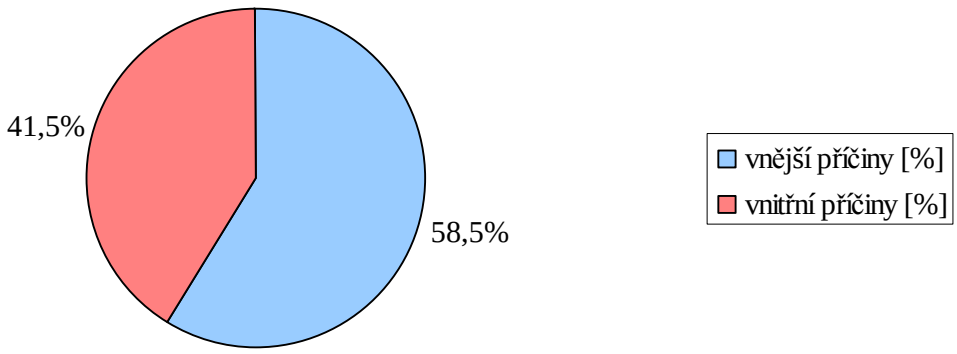
Otázka č. 12: Pacient chce být co nejdříve propuštěn a při každé příležitosti se dotazuje „kdy už půjde domů“. Proč tak jedná?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. délka hospitalizace nepříznivě ovlivňuje jeho pracovní život	36	**43,9**
B. život jeho rodiny je narušen jeho nepřítomností	12	**14,6**
C. z přístupu zdravotníků má pocit, že je na obtíž	2	**2,4**
D. necítí se nemocen, s nemocí se nesmířil	30	**36,6**
E. jiná odpověď	2	**2,4**

Tab. 14: Pacient chce být co nejdříve propuštěn



Obr. 21: Pacient chce být co nejdříve propuštěn



Obr. 22: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 12

Komentář:

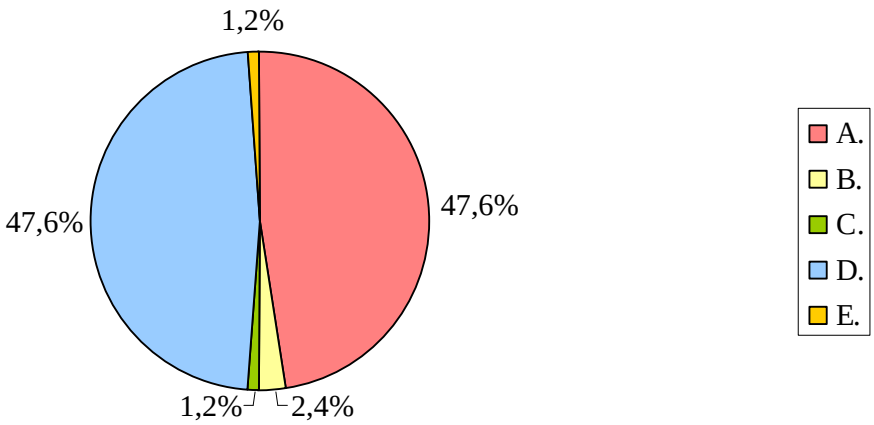
V této modelové situaci (*pacient chce být co nejdříve propuštěn a při každé příležitosti se dotazuje „kdy už půjde domů“)* jako příčinu chování pacienta určilo 43,9% respondentů možnost *délka hospitalizace ovlivňuje nepříznivě jeho pracovní život.* 36,6% respondentů určilo jako příčinu chování odpověď *necítí se nemocen, s nemocí se nesmířil.* 14,6% respondentů zvolilo jako příčinu chování pacienta odpověď *život jeho rodiny je narušen jeho nepřítomností.* Pouze 2,4% respondentů se přiklonila k možnosti *z přístupu zdravotníků má pocit, že je na obtíž.* A také 2,4% respondentů uvedla vlastní příčinu chování (kategorizovány jako vnitřní atribuce).

Ve výčtu nabízených možností příčin chování byly dvě příčiny vnější (A), (B) a dvě příčiny vnitřní (C), (D). V téhle modelové situaci, jako jedné ze dvou, převládaly vnější příčiny v odpovědích respondentů – 58,5%, nad příčinami vnitřními – 41,5%.

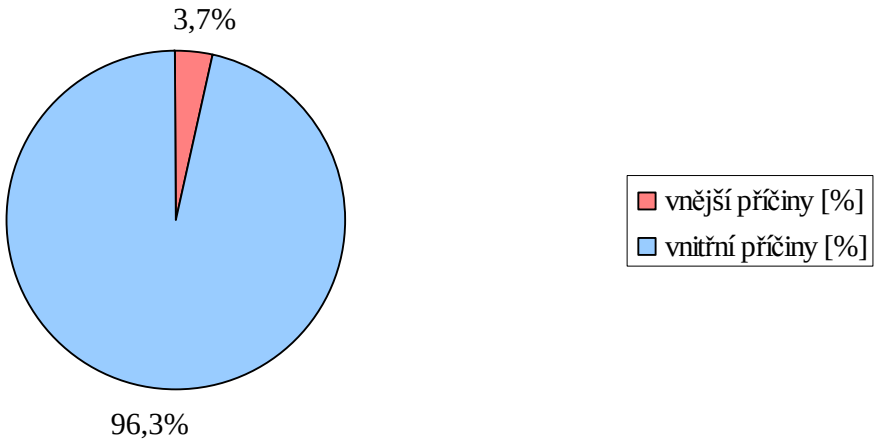
Otázka č. 13: Pacient vyhledává při komunikaci se sestrou její ruku, aby se jí mohl dotknout. Proč tak jedná?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. sestra mu připomíná blízkého člověka, vyvolává v něm pocit bezpečí, známosti v cizím prostředí	39	**47,6**
B. sestra mu nevěnuje dostatečnou pozornost, když ji oslovuje	2	**2,4**
C. sestra se v pokoji zdržuje vždy jen velmi krátce	1	**1,2**
D. cítí se opuštěný, vyhledává "lidské teplo"	39	**47,6**
E. jiná odpověď	1	**1,2**

Tab. 15: Pacient vyhledává při komunikaci ruku sestry



Obr. 23: Pacient vyhledává při komunikaci ruku sestry



Obr. 24: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 13

Komentář:

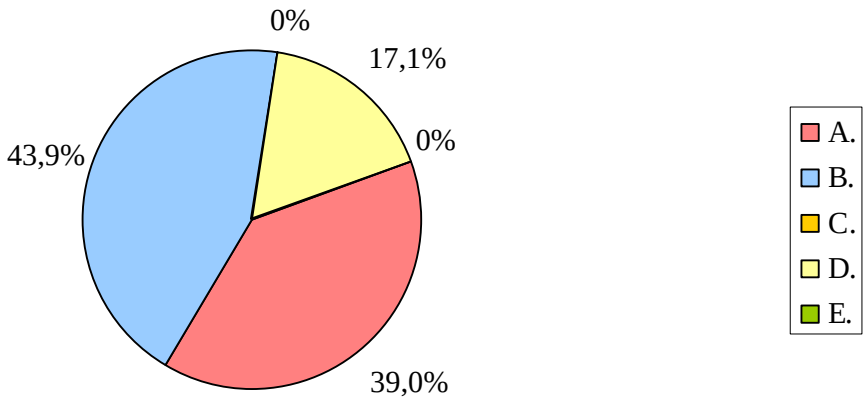
V této modelové situaci (*pacient vyhledává při komunikaci se sestrou její ruku, aby se jí mohl dotknout*) se objevují dvě příčiny chování, které určil stejný počet respondentů. 47,6% respondentů zvolilo odpověď *sestra mu připomíná blízkého člověka, vyvolává v něm pocit bezpečí, známosti v cizím prostředí* a rovněž 47,6% respondentů zvolilo možnost *cítí se opuštěný, vyhledává „lidské teplo“*. 2,4% respondentů se domnívají, že příčinou chování pacienta v této situaci může být možnost *sestra mu nevěnuje dostatečnou pozornost, když ji oslovuje.* 1,2% respondentů – 1 respondent určil za příčinu chování možnost *sestra se v pokoji zdržuje vždy jen velmi krátce.* A 1,2% respondentů – 1 respondent uvedl vlastní příčinu chování (kategorizována jako vnitřní atribuce).

V možnostech odpovědí k této modelové situaci byly dvě vnitřní atribuce (A), (D), které uvedlo celkem 96,3% respondentů a dvě vnější atribuce (B), (C), které uvedla celkem 3,7% respondentů.

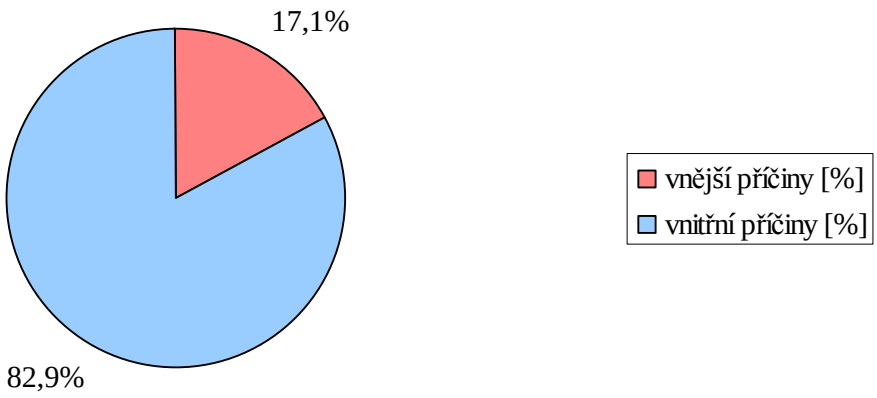
Otázka č. 14: Pacient každý dotaz, který sestře nebo lékaři položí, začíná slovy „Nezlobte se, …“. Proč to tak dělá?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. z výrazů zdravotníků má pocit, že je svými dotazy obtěžuje	32	**39,0**
B. obává se, že svůj dotaz špatně zformuluje a ztrapní se	36	**43,9**
C. mnohokrát byl dříve kritizován za netaktní chování	0	**0**
D. rodiče ho to tak naučili	14	**17,1**
E. jiná odpověď	0	**0**

Tab. 16: Pacient začíná slovy „Nezlobte se“



Obr. 25: Pacient začíná slovy „Nezlobte se“



Obr. 26: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 14

Komentář:

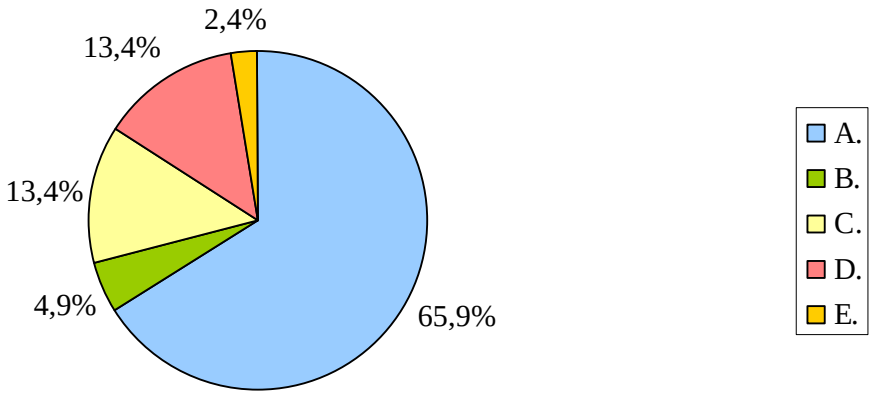
V této modelové situaci (*pacient každý dotaz, který sestře nebo lékaři položí, začíná slovy „Nezlobte se, …“)* byla nejčastěji volenou příčinou chování možnost *obává se, že svůj dotaz špatně zformuluje a ztrapní se*, kterou uvedlo 43,9% respondentů. 39,0% respondentů určilo jako příčinu chování pacienta v této situaci možnost *z výrazů zdravotníků má pocit, že je svými dotazy obtěžuje*. 17,1% respondentů se přiklonilo k možnosti *rodiče ho to tak naučili*. Žádný respondent neuvedl, že příčinou chování pacienta v této situaci by mohla být možnost *mnohokrát byl dříve kritizován za netaktní chování*, a taktéž ani jeden respondent neuvedl vlastní příčinu chování.

K této modelové situaci byly ve výčtu možností příčin chování uvedeny dvě vnitřní příčiny (A), (B), které zvolilo 82,9% respondentů, a dvě vnější příčiny (C), (D), které zvolilo 17,1% respondentů.

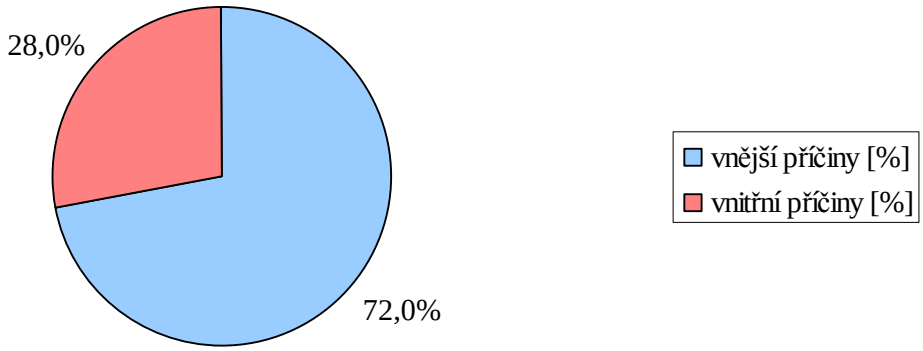
Otázka č. 15: Pacient odmítá užití naordinovaných léků. Proč tak jedná?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. tabletky, co jsou mu podávány mají jinou barvu a tvar než ty, co užívá doma	54	**65,9**
B. na internetu se dočetl, že léky mají řadu vedlejších nepříznivých účinků	4	**4,9**
C. po podaných lécích mu není dobře	11	**13,4**
D. nevěří, že mu léky pomohou	11	**13,4**
E. jiná odpověď	2	**2,4**

Tab. 17: Pacient odmítá užití naordinovaných léků



Obr. 27: Pacient odmítá užití naordinovaných léků



Obr. 28: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 15

Komentář:

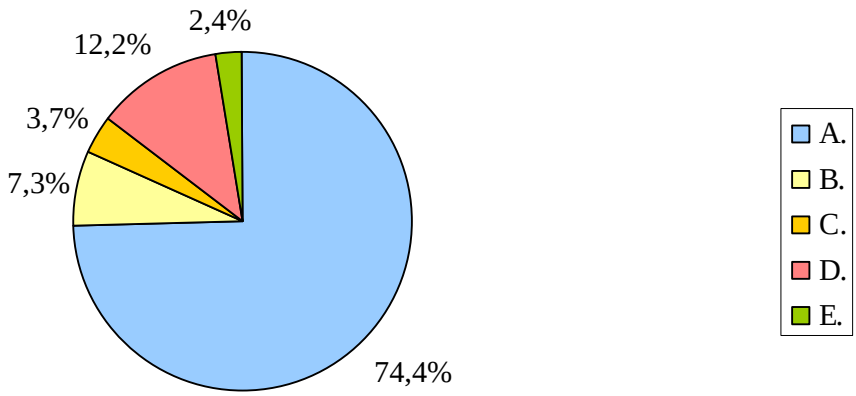
V této modelové situaci (*pacient odmítá užití naordinovaných léků*) zvolilo nejvíce respondentů – 65,9% jako příčinu chování pacienta možnost *tabletky, co jsou mu podávány mají jinou barvu a tvar, než ty, co užívá doma.* 13,4% respondentů určilo jako příčinu chování možnost *nevěří, že mu léky pomohou* a stejný počet respondentů – 13,4% zvolilo možnost *po podaných lécích mu není dobře.* 4,9% respondentů určilo možnost *na internetu se dočetl, že léky mají řadu nepříznivých vedlejších účinků* a pouze 2,4% respondentů uvedla vlastní příčinu chování pacienta v této situaci (jedna kategorizována jako vnější příčina, druhá jako vnitřní příčina chování).

Z nabízených možných příčin chování byly dvě příčiny vnější (A), (B), které zvolilo 72,0% respondentů a dvě příčiny vnitřní (C), (D), které zvolilo 28,0% respondentů. Tato modelová situace patří mezi dvě jediné, kde se více respondentů přiklonilo k vnějším atribucím nad vnitřními.

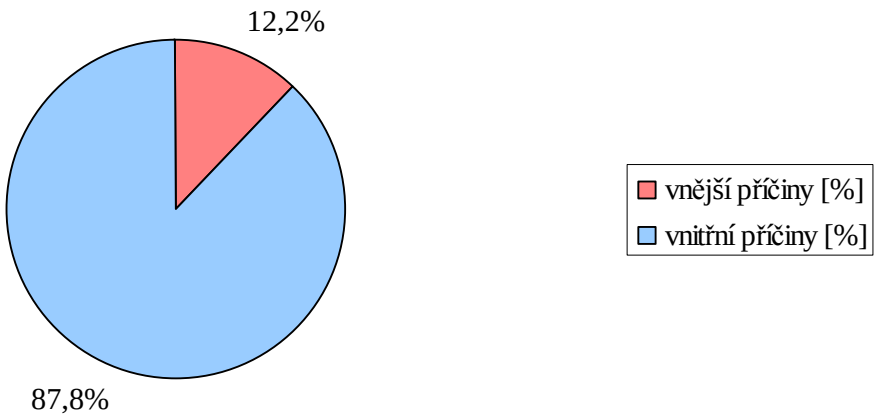
Otázka č. 16: Při ošetřování je pacient k sestře fyzicky agresivní, ohání se rukama apod. Proč se tak chová?

odpověď	abs. četnost	relativní četnost [%]
A. neví, co dělá, jeho jednání způsobuje onemocnění	61	**74,4**
B. jde o nepříjemný až bolestivý zákrok	6	**7,3**
C. sestra se chová povýšeně a netaktně	3	**3,7**
D. patří to k jeho povaze	10	**12,2**
E. jiná odpověď	2	**2,4**

Tab. 18: Při ošetřování je pacient k sestře fyzicky agresivní



Obr. 29: Při ošetřování je pacient k sestře fyzicky agresivní



Obr. 30: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 16

Komentář:

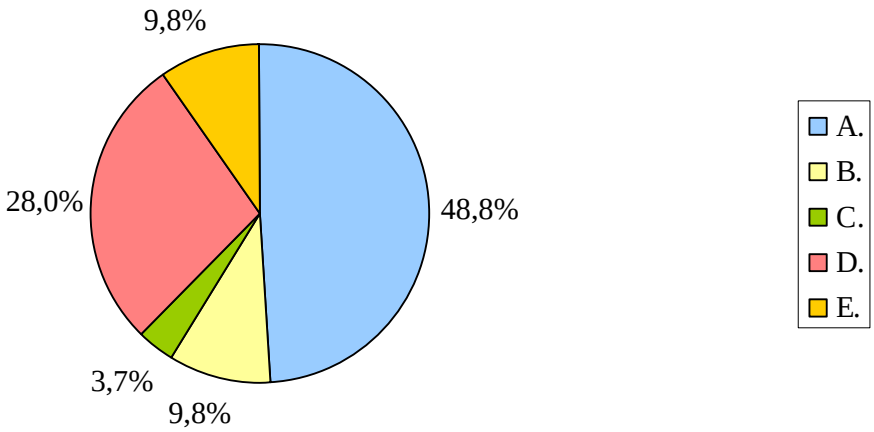
V této modelové situaci (*při ošetřování je pacient k sestře fyzicky agresivní, ohání se rukama apod.*) téměř ¾ respondentů – 74,4% zvolilo jako příčinu chování pacienta možnost *neví, co dělá, jeho jednání způsobuje onemocnění.* 12,2% respondentů zvolilo možnost *patří to k jeho povaze*. 7,3% respondentů určilo jako příčinu chování pacienta možnost *jde o nepříjemný až bolestivý zákrok.* Pouze 3,7% respondentů za příčinu chování pacienta v této situaci zvolilo možnost *sestra se chová povýšeně a netaktně.* Vlastní příčinu chování pacienta určilo 2,4% respondentů (kategorizovány i jako vnější i jako vnitřní příčiny chování).

Ve výčtu možností byly uvedeny dvě vnitřní atribuce (A), (D), které zvolilo 87,8% respondentů a dvě vnější atribuce (B), (C), ke kterým se přiklonilo 12,2% respondentů.

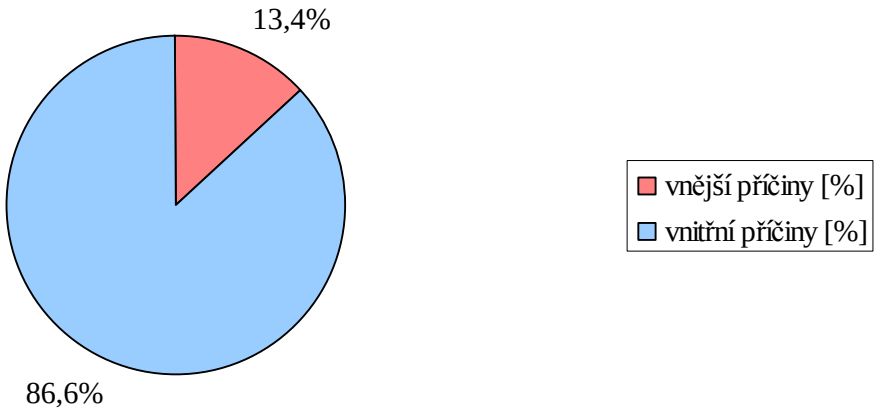
Otázka č. 17: Sestra provádí u pacienta výkon, který většinou nebývá prožíván výrazně bolestivě, přesto pacient verbalizuje nesnesitelnou bolest. Proč se tak chová?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. výkon pro něj není bolestivý, ale nepříjemný a chce, aby sestra co nejdříve skončila	40	**48,8**
B. spolupacient sdělil ostatním, že se jedná o velmi bolestivý zákrok	8	**9,8**
C. sestra provádí zákrok neobratně, dělá chyby	3	**3,7**
D. chce být středem pozornosti	23	**28,0**
E. jiná odpověď	8	**9,8**

Tab. 19: Výkon prožívaný bolestivě



Obr. 31: Výkon prožívaný bolestivě



Obr. 32: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 17

Komentář:

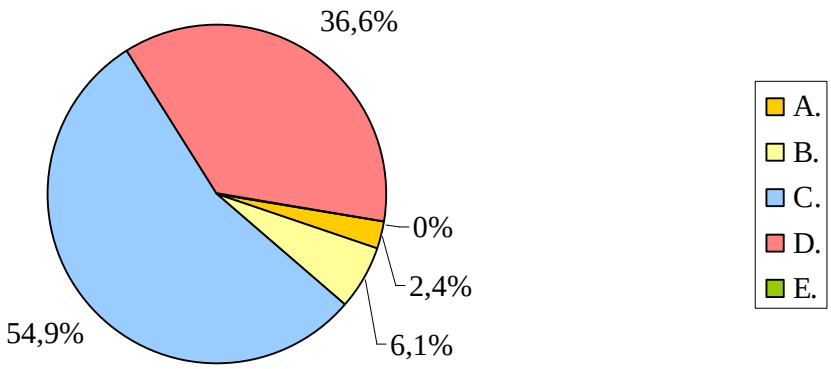
Téměř polovina respondentů – 48,8% v této modelové situaci (s*estra provádí u pacienta výkon, který většinou nebývá prožíván výrazně bolestivě, přesto pacient verbalizuje nesnesitelnou bolest*) zvolilo jako příčinu chování pacienta možnost *výkon pro něj není bolestivý, ale nepříjemný a chce, aby sestra co nejdříve skončila*. Až 28% respondentů určilo možnost *chce být středem pozornosti*. 9,8% respondentů zvolilo jako příčinu chování pacienta možnost *spolupacient sdělil ostatním, že se jedná o velmi bolestivý zákrok* a tentýž počet respondentů – 9,8% určilo vlastní příčinu chování (všechny kategorizovány jako vnitřní příčiny chování), která byla téměř ve všech případech identická: *pacient má nízký práh bolesti*. Pouze 3,7% respondentů zvolilo v této situaci jako příčinu chování možnost *sestra provádí zákrok neobratně, dělá chyby*.

U této modelové situace byly ve výčtu odpovědí dvě příčiny chování vnitřní (B), (C), které zvolilo 86,6% respondentů a dvě příčiny vnější (A), (D), ke kterým se přiklonilo jen 13,4% respondentů.

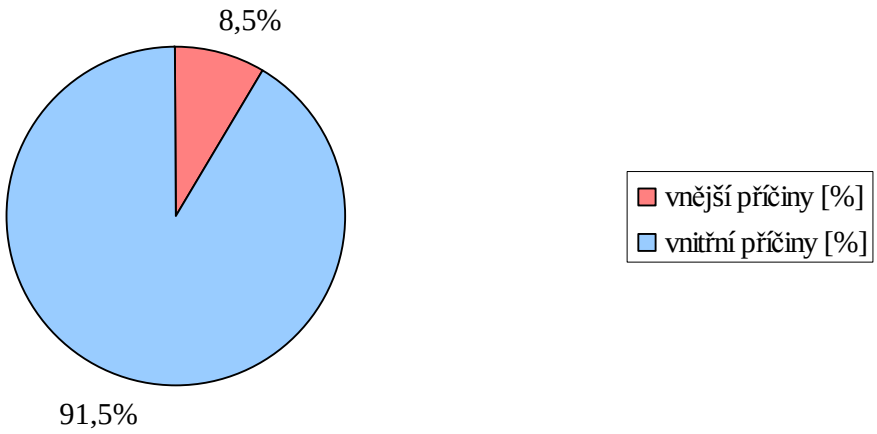
Otázka č. 18: Pacient častuje sestru lichotkami, návrhy a různými poznámkami. Proč se tak chová?

odpověď	abs. č.	rel. č. [%]
A. v nemocnici je mezi pacienty rozšířeno, že to zlepší jejich postavení a poskytovanou zdravotní péči	2	**2,4**
B. sestra je atraktivní, svým oblečením zdůrazňuje erotickou přitažlivost	5	**6,1**
C. hledá rozptýlení ve stereotypním nemocničním prostředí	45	**54,9**
D. chce sestře upřímně polichotit, ale nezná hranice	30	**36,6**
E. jiná odpověď	0	**0**

Tab. 20: Pacient častuje sestru lichotkami, návrhy a různými poznámkami



Obr. 33: Pacient častuje sestru lichotkami, návrhy a různými poznámkami



Obr. 34: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 18

Komentář:

V této modelové situaci (*pacient častuje sestru lichotkami, návrhy a různými poznámkami*) určilo jako příčinu chování pacienta 54,9% respondentů možnost *hledá rozptýlení ve stereotypním nemocničním prostředí.* 36,6% respondentů zvolilo jako příčinu chování možnost *chce sestře upřímně polichotit, ale nezná hranice.* Příčinu chování *sestra je atraktivní, svým oblečením zdůrazňuje erotickou přitažlivost* zvolilo 6,1% respondentů. Pouze 2,4% respondentů určila jako příčinu chování možnost *v nemocnici je mezi pacienty rozšířeno, že to zlepší jejich postavení a poskytovanou zdravotní péči*. Vlastní příčinu chování pacienta neuvedl žádný respondent.

Téměř většina respondentů – 91,5% uvedla vnitřní příčiny chování (C), (D) a 8,5% respondentů uvedlo příčiny vnější (A), (B).

9.2.1 Ověření míry výskytu situací v praxi

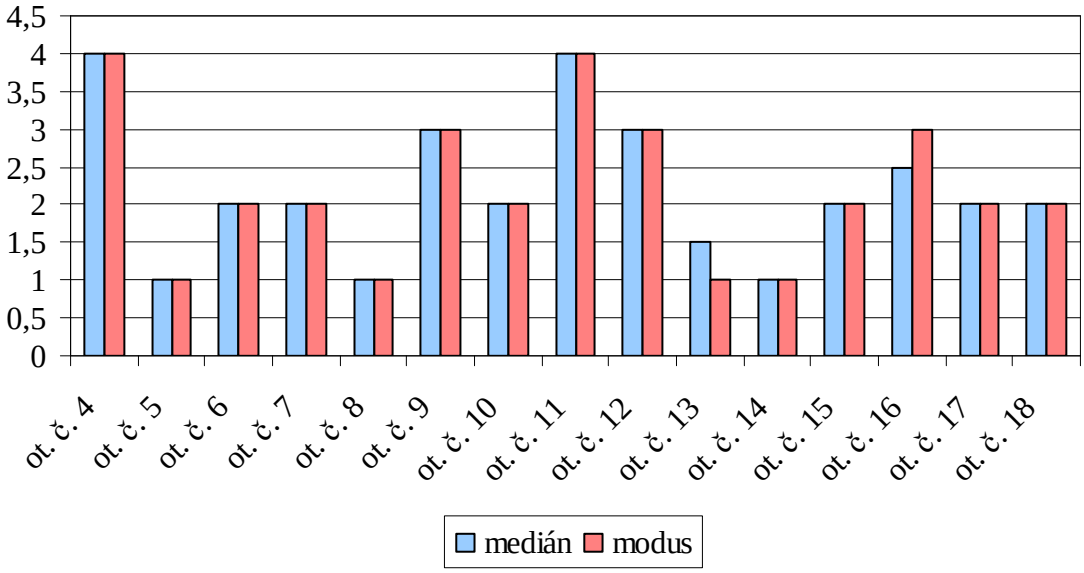
Frekvence výskytu jednotlivých situací:

otázka č.	znění situace	medián	modus
4	Pacient se neustále dožaduje sestry prostřednictvím zvonečku - několikrát do hodiny.	4	4
5	Po návštěvě rodiny se pacient rozpláče.	1	1
6	Pacient se dožaduje stále lékaře, sestře se nechce svěřit.	2	2
7	Pacient s nikým nemluví, má upřen zrak do jednoho místa a pokyny provádí automaticky.	2	2
8	Pacient nikdy nepoužil zvoneček, aby zavolal sestru, vždy si všechno udělal sám, i když mu to s jeho špatným zdravotním stavem činilo potíže.	1	1
9	Pacient jedná podrážděně, je slovně agresivní ke zdravotnickému personálu.	3	3
10	Pacient za vše děkuje, za každou drobnost, co pro něj sestra udělá.	2	2
11	Kdykoliv vejde sestra do pokoje, tak po ní pacient něco požaduje.	4	4
12	Pacient chce být co nejdříve propuštěn a při každé příležitosti se dotazuje „kdy už půjde domů“.	3	3
13	Pacient vyhledává při komunikaci se sestrou její ruku, aby se jí mohl dotknout.	1,5	1
14	Pacient každý dotaz, který sestře nebo lékaři položí, začíná slovy „Nezlobte se, …“.	1	1
15	Pacient odmítá užití naordinovaných léků.	2	2
16	Při ošetřování je pacient k sestře fyzicky agresivní, ohání se rukama apod.	2,5	3
17	Sestra provádí u pacienta výkon, který většinou nebývá prožíván výrazně bolestivě, přesto pacient verbalizuje nesnesitelnou bolest.	2	2
18	Pacient častuje sestru lichotkami, návrhy a různými poznámkami.	2	2

Tab. 21: Míra výskytu situací v praxi – medián, modus

Legenda:	
1	téměř se nevyskytuje
2	vyskytuje se jen občas
3	vyskytuje se středně často
4	vyskytuje se dosti často
5	vyskytuje se velmi často

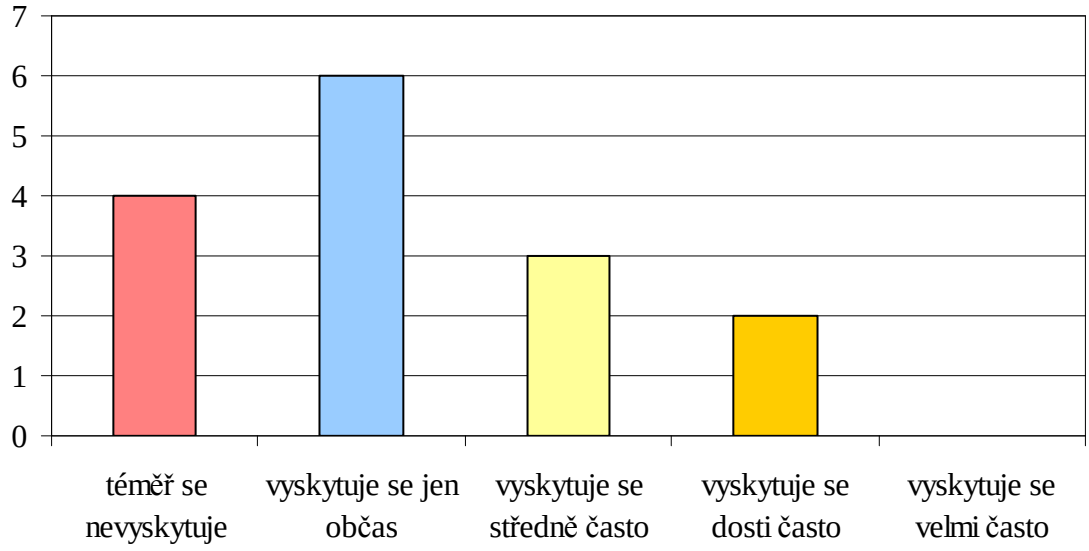
Tab. 22: Legenda k míře výskytu situací v praxi



Obr. 35: Míra výskytu situací v praxi – medián, modus

míra výskytu	počet situací
téměř se nevyskytuje	4
vyskytuje se jen občas	6
vyskytuje se středně často	3
vyskytuje se dosti často	2
vyskytuje se velmi často	0

Tab. 23: Četnost situací dle míry výskytu v praxi



Obr. 36: Četnost situací dle míry výskytu v praxi

Komentář:

Pro ověření hodnocení situací respondenty byl malému vzorku všeobecných sester předložen dotazník, který byl zaměřený na míru výskytu těchto situací. Nejčastěji se vyskytují situace dvě, jejichž význam je velmi podobný:

- Pacient se neustále dožaduje sestry prostřednictvím zvonečku - několikrát do hodiny.

- Kdykoliv vejde sestra do pokoje, tak po ní pacient něco požaduje.

Šest situací z dotazníku se vyskytuje jen občas, čtyři se téměř nevyskytují, tři se vyskytují středně často, dvě se vyskytují dosti často a velmi často se nevyskytuje ani jedna situace.

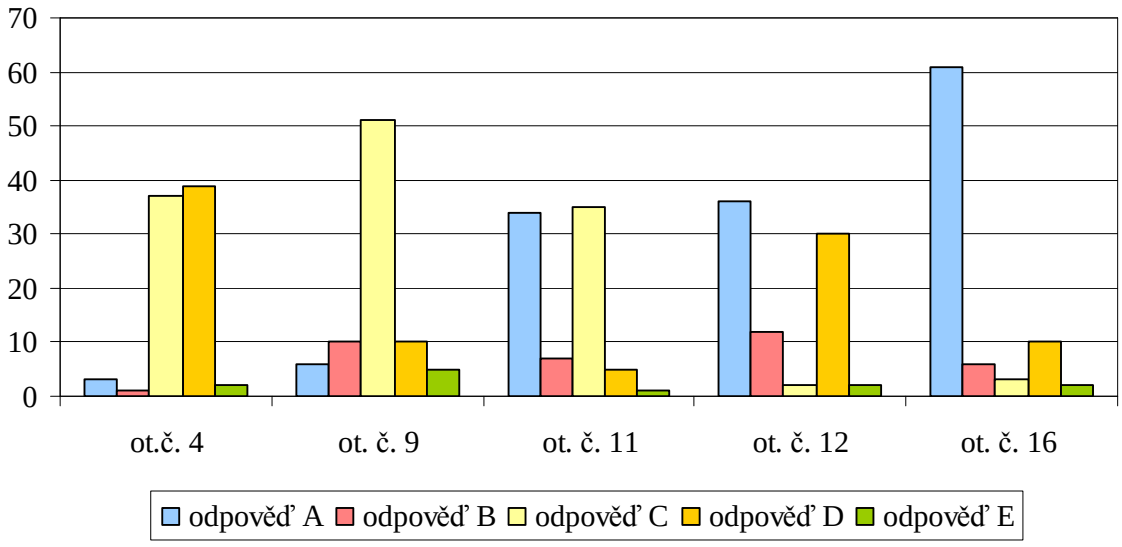
Hodnocení míry výskytu situací v praxi bylo vyhodnoceno pomocí mediánu (střední hodnota v oblasti dat) a modusu (číslo, které se v oblasti dat vyskytuje nejčastěji).

Porovnání frekventovaných situací s téměř se nevyskytujícími situacemi z hlediska shody v odpovědích:

Situace frekventované (dosti často a středně často):

otázka č.	odpověď A	odpověď B	odpověď C	odpověď D	odpověď E
4	3	1	37	39	2
9	6	10	51	10	5
11	34	7	35	5	1
12	36	12	2	30	2
16	61	6	3	10	2

Tab. 24: Situace frekventované

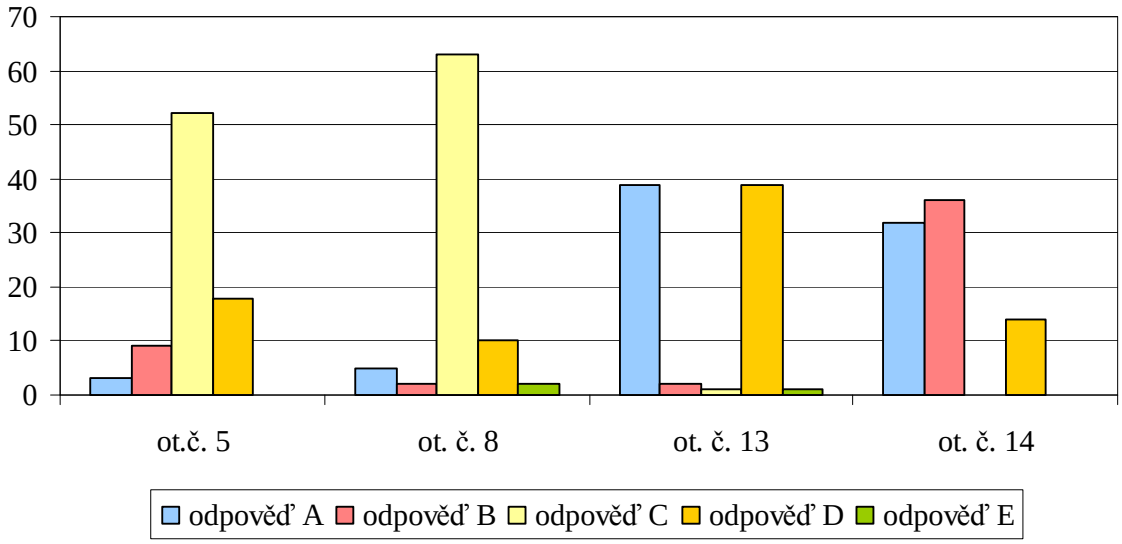


Obr. 37: Situace frekventované

Situace téměř se nevyskytující:

otázka č.	odpověď A	odpověď B	odpověď C	odpověď D	odpověď E
5	3	9	52	18	0
8	5	2	63	10	2
13	39	2	1	39	1
14	32	36	0	14	0

Tab. 25: Situace téměř se nevyskytující



Obr. 38: Situace téměř se nevyskytující

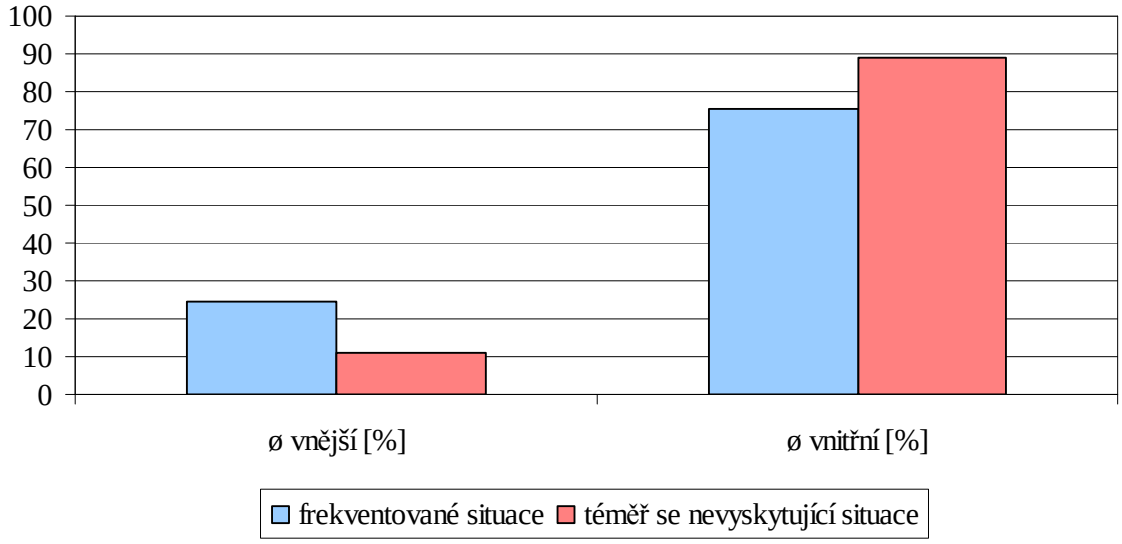
Komentář:

Porovnání situací frekventovaných se situacemi téměř se nevyskytujícími z hlediska shody v odpovědích respondentů neukazuje na nějaký zvláštní rozdíl. U obou skupin situací se vyskytuje vždy buď jedna nebo dvě výrazně dominantní odpovědi.

Porovnání frekventovaných situací s téměř se nevyskytujícími situacemi z hlediska výběru atribucí (vnější vs. vnitřní):

atribuce	frekventované situace	téměř se nevyskytující situace
ø vnější [%]	24,4	11
ø vnitřní [%]	75,6	89

Tab. 26: Porovnání z hlediska výběru atribucí



Obr. 39: Porovnání z hlediska výběru atribucí

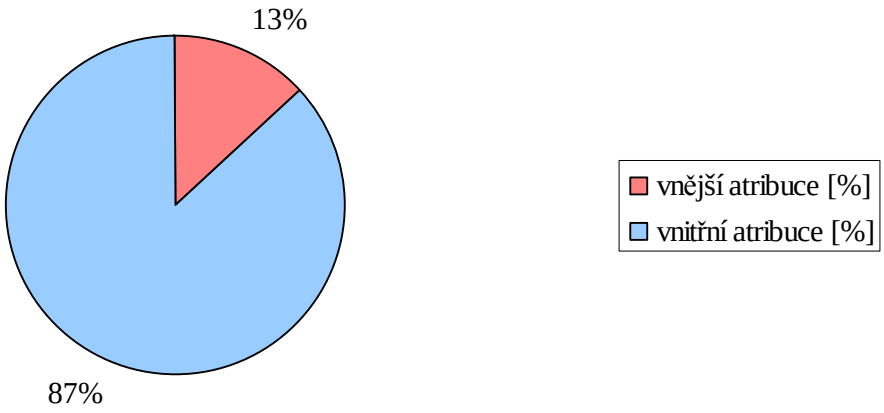
Komentář:

Z tabulky i grafu je patrné, že porovnání situací s vysokou frekvencí výskytu v praxi se situacemi téměř se nevyskytujícími z hlediska zaměření atribucí neukazuje na nijak zvlášť velký rozdíl. U obou skupin situací převládaly v hodnocení respondenty vnitřní atribuce nad vnějšími.

9.3 Základní atribuční chyba

otázka č.	vnější příčiny [%]	vnitřní příčiny [%]
4	4,9	95,1
5	14,6	85,4
6	2,4	97,6
7	26,8	73,2
8	8,5	91,5
9	19,5	80,5
10	7,3	92,7
11	14,6	85,4
12	58,5	41,5
13	3,7	96,3
14	17,1	82,9
15	72,0	28,0
16	12,2	87,8
17	13,4	86,6
18	8,5	91,5

Tab. 27: Základní atribuční chyba



Obr. 40: Základní atribuční chyba

Komentář:

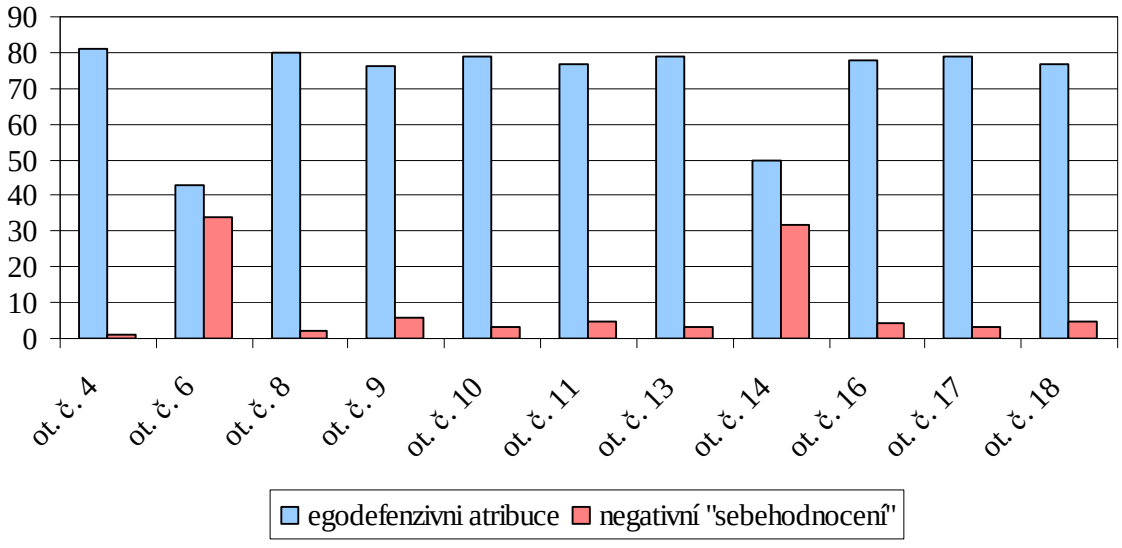
Jak z tabulky, tak z grafu vyplývá, že respondenti situacím převážně přisuzovali vnější atribuce, tzn., že se zde vyskytuje základní atribuční chyba. V 87% situací převažovaly vnitřní atribuce nad atribucemi vnějšími – 13%.

9.4 Egodefenzivní atribuce

9.5 Uplatnění egodefenzivních atribucí:

otázka č.	egodefenzivni atribuce	negativní "sebehodnocení"
4	81	1
6	43	34
8	80	2
9	76	6
10	79	3
11	77	5
13	79	3
14	50	32
16	78	4
17	79	3
18	77	5

Tab. 28: Uplatnění egodefenzivních atribucí



Obr. 41: Uplatnění egodefenzivních atribucí

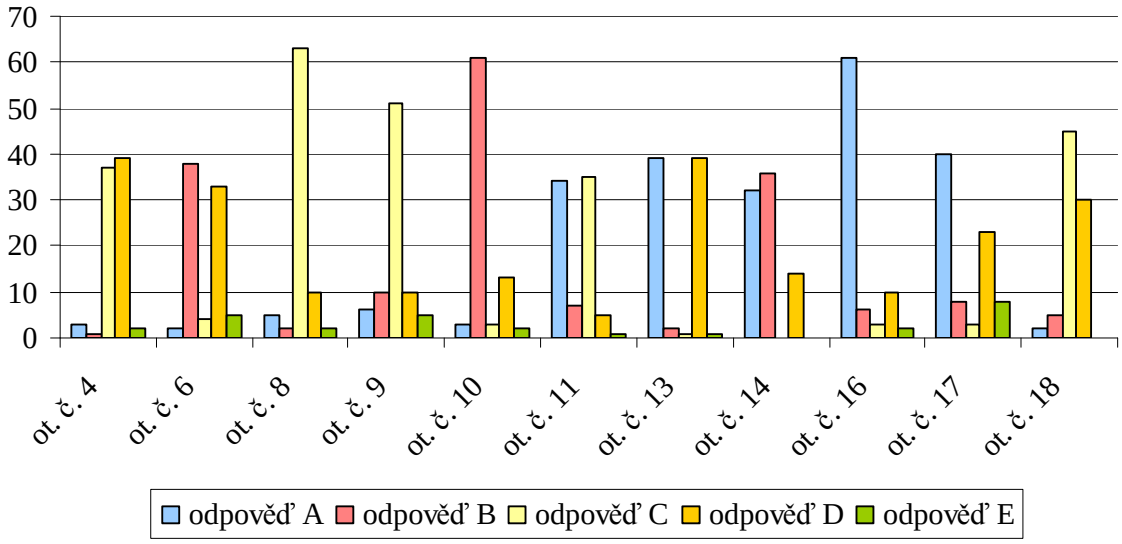
Komentář:

Ze situací v dotazníku byly vybrány ty, kde sestra vystupuje jako aktér v situaci nebo figuruje v některé z možných příčin. U těchto vybraných situací bylo zkoumáno to, nakolik se uplatňovaly egodefenzivní (sebeochranné) atribuce. Z tabulky i grafu je patrné, že sebeochranné atribuování bylo uplatněno s převahou ve všech situacích.

9.6 Shoda v odpovědích respondentů:

otázka č.	odpověď A	odpověď B	odpověď C	odpověď D	odpověď E
4	3	1	37	39	2
6	2	38	4	33	5
8	5	2	63	10	2
9	6	10	51	10	5
10	3	61	3	13	2
11	34	7	35	5	1
13	39	2	1	39	1
14	32	36	0	14	0
16	61	6	3	10	2
17	40	8	3	23	8
18	2	5	45	30	0

Tab. 29: Shoda v odpovědích respondentů



Obr. 42: Shoda v odpovědích respondentů

Komentář:

Situace vybrané k posouzení výskytu uplatnění egodefenzivních atribucí jsem posoudila i z hlediska shody odpovědí respondentů. Z tabulky i grafu vyplývá, že u situací se vyskytuje buď jedna dominantní odpověď z výraznou převahou respondentů, anebo jsou dvě figurující odpovědi.

9.7 Závislost atribuování na jednotlivých aspektech

9.7.1 Syndrom vyhoření a jeho vliv na hodnocení situací

Vyhoření respondentů v jednotlivých oblastech:

emocionální vyčerpání	počet [%]
nízké	42,7
mírné	24,4
vysoké	**32,9**

Tab. 30: Emocionální vyčerpání respondentů

depersonalizace	počet [%]
nízká	43,9
mírná	30,5
vysoká	**25,6**

Tab. 31: Depersonalizace respondentů

pracovní uspokojení	počet [%]
nízké	**42,7**
mírné	25,6
vysoké	31,7

Tab. 32: Pracovní uspokojení respondentů

Komentář:

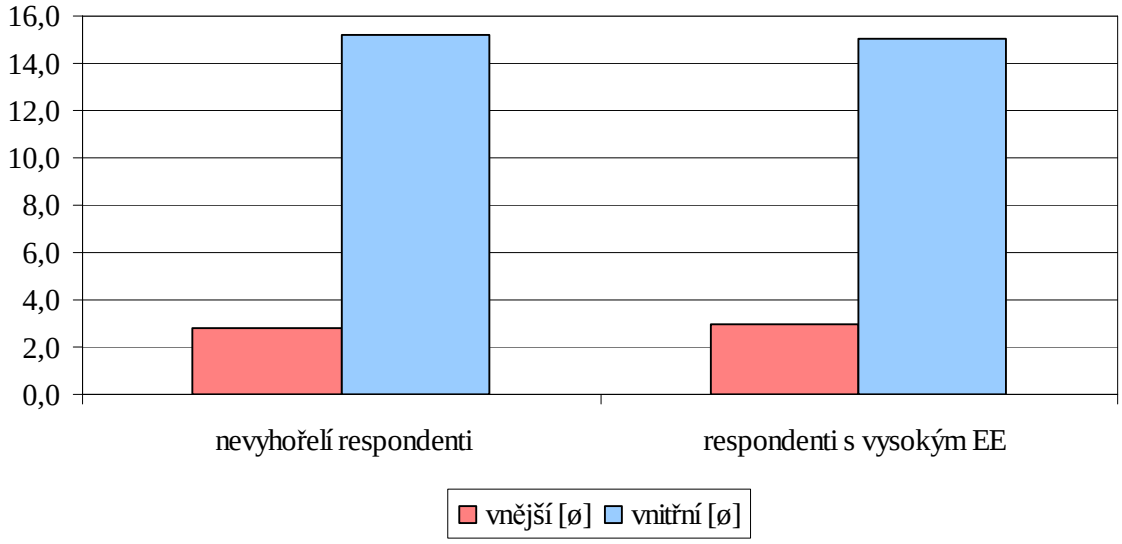
Z vyhodnocení MBI dotazníku vyplývá, že z respondentů má vysoké *emocionální vyčerpání*, tj. 32,9%. Vysokou *depersonalizaci* má 25,6% respondentů a nízké *pracovní uspokojení* 42,7% respondentů.

Vliv jednotlivých oblastí z MBI dotazníku na hodnocení situací (porovnáváno s nevyhořelými respondenty):

Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s vysokým emocionálním vyčerpáním (EE):

příčiny	nevyhořelí respondenti	respondenti s vysokým EE
vnější [ø]	2,8	2,9
vnitřní [ø]	15,2	15,1

Tab. 33: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s vysokým EE



Obr. 43: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s vysokým EE

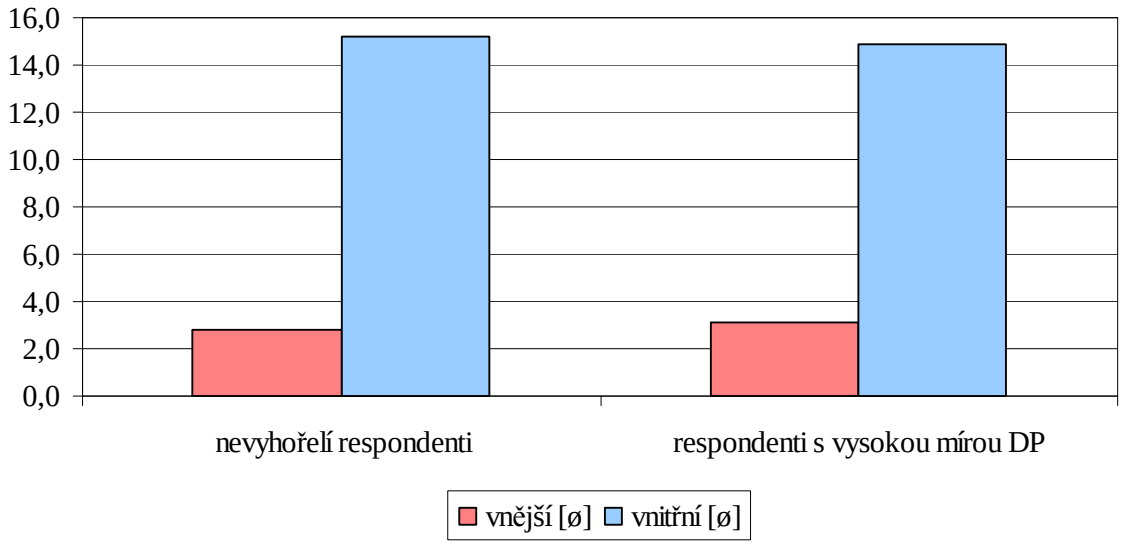
Komentář:

Z porovnání nevyhořelých respondentů s respondenty s vysokým emocionálním vyčerpáním (z hlediska přisuzování typu příčin: vnější/vnitřní) nejsou patrné žádné rozdíly, dá se říct, že hodnocení obou skupin respondentů bylo z tohoto pohledu totožné. Vnější příčiny průměrně zvolili nevyhořelí respondenti u 2,8 situací a respondenti s vysokým emocionálním vyčerpáním u 2,9 situací. Vnitřní příčiny pak průměrně zvolili nevyhořelí respondenti u 15, 2 situací a respondenti s vysokým emocionálním vyčerpáním u 15,1 situací.

Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s vysokou mírou depersonalizace (DP):

příčiny	nevyhořelí respondenti	respondenti s vysokou mírou DP
vnější [ø]	2,8	3,1
vnitřní [ø]	15,2	14,9

Tab. 34: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s vysokou mírou DP



Obr. 44: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s vysokou mírou DP

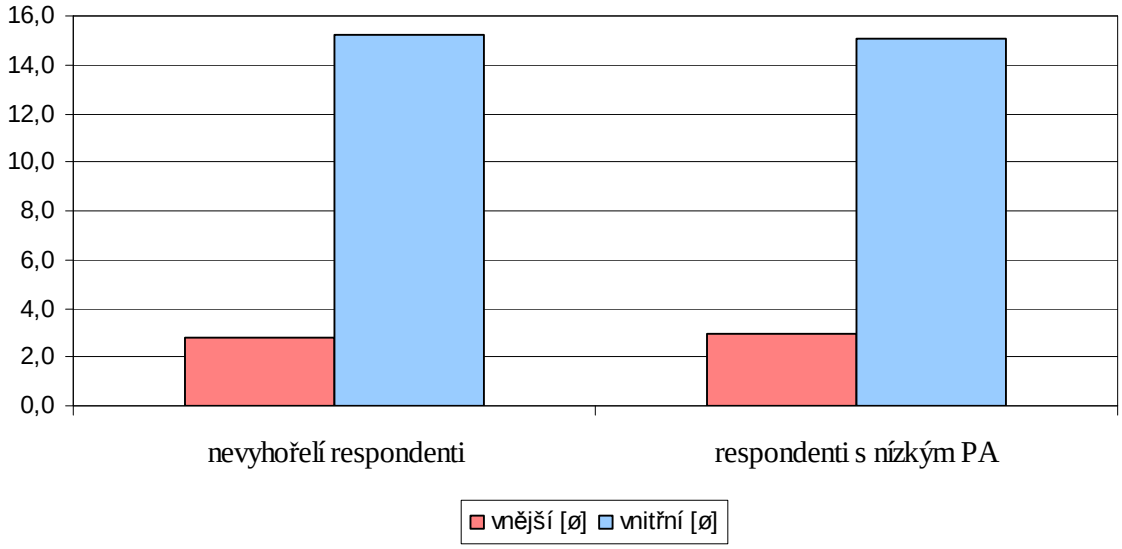
Komentář:

Při porovnání hodnocení situací z hlediska atribucí nevyhořelých respondentů s respondenty s vysokou mírou depersonalizace se neobjevují nijak zvlášť velké rozdíly, spíše se jedná o téměř stejné výsledky. Nevyhořelí respondenti určili průměrně 2,8 vnějších příčin a 15,2 příčin vnitřních. Respondenti s vysokou mírou depersonalizace zvolili 3,1 vnějších příčin a 14,9 příčin vnitřních.

Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s nízkým pracovním uspokojením (PA):

příčiny	nevyhořelí respondenti	respondenti s nízkým PA
vnější [ø]	2,8	2,9
vnitřní [ø]	15,2	15,1

Tab. 35: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s nízkým PA



Obr. 45: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s nízkým PA

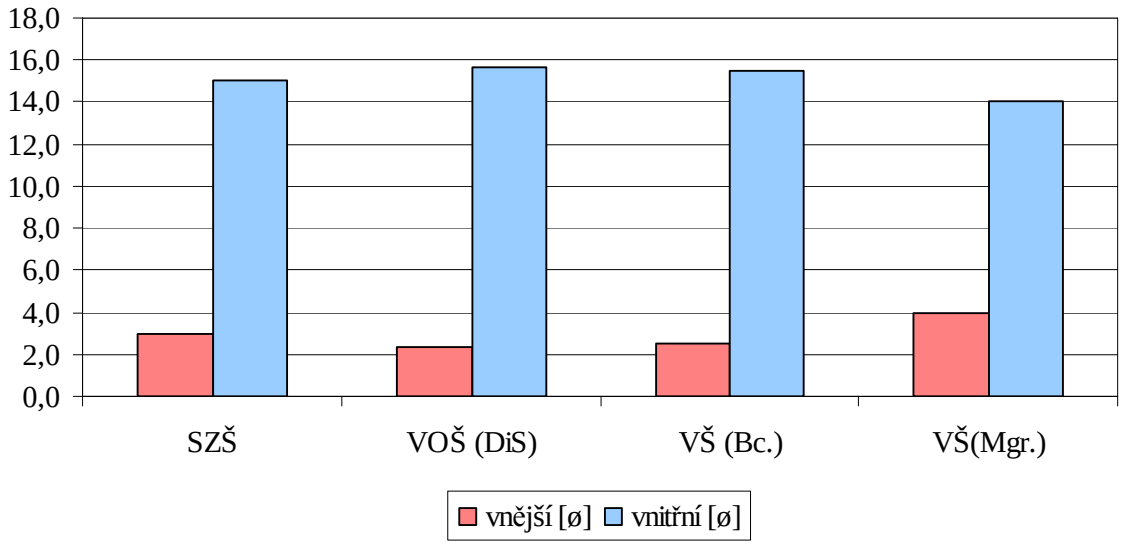
Komentář:

Z porovnání přisuzování příčin nevyhořelých respondentů s respondenty s nízkým pracovním uspokojením nejsou patrny téměř žádné rozdíly. Vnější příčiny určili nevyhořelí respondenti průměrně u 2,8 situací a respondenti s nízkým pracovním uspokojením u 2,9 situací. Příčiny vnitřní pak určili nevyhořelí respondenti u 15,2 situací a respondenti s nízkým pracovním uspokojením u 15,1 situací.

9.7.2 Vliv vzdělání na hodnocení situací

příčiny	SZŠ	VOŠ (DiS)	VŠ (Bc.)	VŠ(Mgr.)
vnější [ø]	3,0	2,4	2,6	4
vnitřní [ø]	15,0	15,6	15,5	14

Tab. 36: Hodnocení situací dle dosaženého formálního vzdělání



Obr. 46: Hodnocení situací dle dosaženého formálního vzdělání

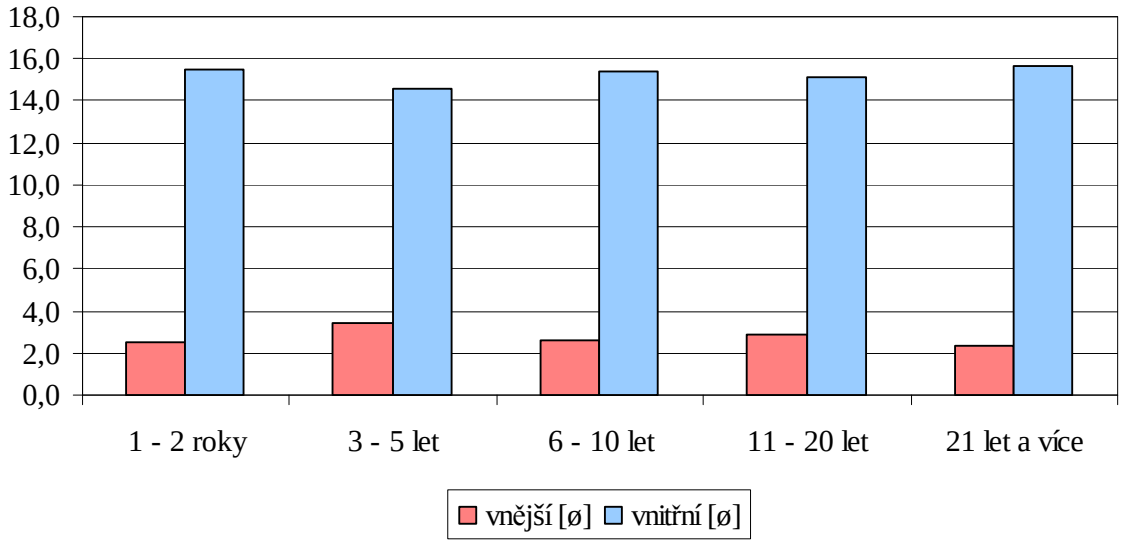
Komentář:

V porovnání přisuzování vnitřních a vnějších příčin chování podle formálního vzdělání respondentů se objevují pouze jemné nuance. Respondenti s nejvyšším dosaženým formálním vzděláním SZŠ průměrně určili 3 situacím vnější atribuce a 15 situacím vnitřní atribuce. Respondenti s nejvyšším dosaženým formálním vzděláním VOŠ průměrně přisoudili 2,4 situacím vnější atribuce a 15,6 situacím vnitřní atribuce. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti (Bc.) průměrně zvolili u 2,6 situací vnější příčiny chování a u 15,5 situací vnitřní příčiny chování. V kategorii vysokoškolsky vzdělaných respondentů (Mgr.) je zdánlivě rozdíl největší – 4 situacím přisouzeny vnější atribuce a 14 situacím vnitřní atribuce, tenhle fakt však nelze považovat za validní výsledek, protože v kategorii VŠ (Mgr.) byl pouze jeden respondent viz kapitola 8.1 – Otázka č. 2.

9.7.3 Vliv délky praxe na hodnocení situací

příčiny	1 - 2 roky	3 - 5 let	6 - 10 let	11 - 20 let	21 let a více
vnější [ø]	2,5	3,4	2,6	2,9	2,3
vnitřní [ø]	15,5	14,6	15,4	15,1	15,7

Tab. 37: Hodnocení situací dle délky praxe



Obr. 47: Hodnocení situací dle délky praxe

Komentář:

Jak je patrno z grafu i tabulky, tak ani porovnání hodnocení situací podle délky praxe respondentů neodhalilo jednoznačné rozdíly. Výsledky lze považovat za téměř totožné. Respondenti s délkou praxe *1 - 2 roky* průměrně zvolili u 2,5 situace vnější příčiny chování a u 15,5 situací vnitřní příčiny. Respondenti s délkou praxe *3 - 4 let* určili průměrně u nejvíce situací vnější příčiny chování – 3,4 situací a u 14,6 situací určili příčiny chování vnitřní. Respondenti s délkou praxe *6 – 10 let* přisoudili průměrně u 2,6 situací příčiny chování vnější a u 15,4 situací příčiny vnitřní. Respondenti s délkou praxe *11 – 20 let* zvolili průměrně vnější příčiny u 2,9 situací a vnitřní příčiny chování u 15,1 situací. Respondenti s délkou praxe *21 let a více* zvolili průměrně vnější příčiny u 2,3 situací a vnitřní příčiny u 15,7 situací.

10 DISKUZE

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo vyhodnotit kauzální výklad chování pacienta všeobecnými sestrami a zjistit, jestli existují činitelé, kteří mají vliv na tento výklad pacientova chování všeobecnými sestrami. Stanovila jsem si dílčí cíle a hypotézy, ke kterým zde uvedu komentář na základě mého průzkumu.

Cíl 1. Ověřit, zda se ve vyhodnocování příčin chování pacienta v modelových situacích všeobecnými sestrami objevuje základní atribuční chyba.

H1: Ve vyhodnocování příčin chování pacienta v modelových situacích všeobecnými sestrami jsou četnější vnitřní atribuce než atribuce situačními, tzn. převládá základní atribuční chyba.

Z průzkumu vyplynulo, že v 87% převládaly v hodnocení všeobecných sester vnitřní atribuce nad atribucemi vnějšími. A pouze ve 13% tomu bylo naopak, tedy že převládaly v hodnocení všeobecných sester vnější atribuce nad atribucemi vnitřními. Těchto 13% tvoří vlastně dvě modelové situace:

1. Pacient chce být co nejdříve propuštěn a při každé příležitosti se dotazuje, „kdy už půjde domů“. (otázka č. 12)
2. Pacient odmítá užití naordinovaných léků. (otázka č. 15)

Při podrobnějším zkoumání dvou zmíněných situací jsem našla jeden společný důvod, proč právě v těchto dvou situacích převládaly vnější atribuce nad vnitřními. Domnívám se, že příčinou tohoto faktu je, že v nabízených příčinách chování pacienta (jak vnějších, tak vnitřních) nefigurovala všeobecná sestra jako příčina chování. U jiných situací všeobecná sestra vždy vystupovala jako příčina chování pacienta alespoň v jedné z možností.

Pro podrobnější prozkoumání, do jaké míry hodnocení sester odráží zkušenosti z praxe, bylo provedeno došetření u malého vzorku respondentů (10 respondentů) na míru výskytu situací v praxi. Z došetření vyplynulo, že 4 situace se téměř nevyskytují, 6 situací se vyskytuje jen občas, 3 situace se vyskytují středně často, 2 situace se vyskytují dosti často a žádná situace se nevyskytuje velmi často. Pro ilustraci jmenuji frekventované situace (vyskytující se dosti často a středně často):

- Pacient se neustále dožaduje sestry prostřednictvím zvonečku – několikrát do hodiny.

- Pacient jedná podrážděně, je slovně agresivní ke zdravotnickému personálu.

- Kdykoliv vejde sestra do pokoje, tak po ní pacient něco požaduje.

- Pacient chce být co nejdříve propuštěn a při každé příležitosti se dotazuje „kdy už půjde domů“.

- Při ošetřování je pacient k sestře fyzicky agresivní, ohání se rukama apod.

A situace, které se téměř nevyskytují:

- Po návštěvě rodiny se pacient rozpláče.

- Pacient nikdy nepoužil zvoneček, aby zavolal sestru, vždy si všechno udělal sám, i když mu to s jeho špatným zdravotním stavem činilo potíže.

- Pacient vyhledává při komunikaci se sestrou její ruku, aby se jí mohl dotknout.

- Pacient každý dotaz, který sestře nebo lékaři položí, začíná slovy „Nezlobte se, …“.

Z uvedeného přehledu frekventovaných a téměř se nevyskytujících situací by se dalo o lecčem polemizovat, např. jestli se téměř nevyskytující situace opravdu nevyskytují, nebo jestli je všeobecné sestry pouze nevnímají, nevidí. Dalo by se říct, že situace frekventované vykreslují pacienta jako problémového, nesoběstačného a agresivního. Kdežto situace téměř se nevyskytující popisují pacienta zranitelného, citlivého, zdvořilého…

Z hlediska kauzálního výkladu jsem porovnala situace frekventované a téměř se nevyskytující podle shody odpovědí respondentů. Jak u situací frekventovaných, tak téměř se nevyskytujících v odpovědích respondentů dominuje buď jedna příčina, nebo dvě hlavní.

Hypotéza H1 potvrzena.

Cíl 2. Zjistit vyhoření v jednotlivých oblastech (emocionální vyčerpání, depersonalizace, pracovní uspokojení) u zkoumaného vzorku všeobecných sester a jeho vliv na kauzální výklad chování pacienta.

H2: Všeobecné sestry s vysokým stupněm vyhoření v některé z oblastí - emocionální vyčerpání, depersonalizace, pracovní uspokojení - přisuzují chování pacienta pouze vnitřní atribuce.

Pro vyhodnocení burnout syndromu u respondentů jsem použila MBI dotazník. Z vyhodnocení MBI dotazníku vyplývá, že z respondentů má vysoké *emocionální vyčerpání*, tj. 32,9%. Vysokou *depersonalizaci* má 25,6% respondentů a nízké *pracovní uspokojení* 42,7% respondentů. K vyhodnocení vlivu vyhoření v jednotlivých oblastech na hodnocení sester jsem porovnala nevyhořelé respondenty postupně s respondenty s vysokým emocionálním vyčerpáním, s vysokou mírou depersonalizace a nízkým pracovním uspokojením.

Z porovnání nevyhořelých respondentů s respondenty s vysokým emocionálním vyčerpáním (z hlediska přisuzování typu příčin: vnější/vnitřní) nejsou patrné žádné rozdíly. Vnější příčiny průměrně zvolili nevyhořelí respondenti u 2,8 situací a respondenti s vysokým emocionálním vyčerpáním u 2,9 situací. Vnitřní příčiny pak průměrně zvolili nevyhořelí respondenti u 15, 2 situací a respondenti s vysokým emocionálním vyčerpáním u 15,1 situací. Při porovnání nevyhořelých respondentů s respondenty s vysokou mírou depersonalizace se neobjevují nijak zvlášť velké rozdíly, spíše se jedná také o téměř stejné výsledky. Nevyhořelí respondenti určili průměrně 2,8 vnějších příčin a 15,2 příčin vnitřních. Respondenti s vysokou mírou depersonalizace zvolili 3,1 vnějších příčin a 14,9 příčin vnitřních. Z porovnání nevyhořelých respondentů s respondenty s nízkým pracovním uspokojením nejsou patrny taktéž téměř žádné rozdíly. Vnější příčiny určili nevyhořelí respondenti průměrně u 2,8 situací a respondenti s nízkým pracovním uspokojením u 2,9 situací. Příčiny vnitřní pak určili nevyhořelí respondenti u 15,2 situací a respondenti s nízkým pracovním uspokojením u 15,1 situací.

Hodnocení situací, alespoň teda z hlediska přisuzování typu příčin chování (vnitřní/vnější), není závislé na vyhoření v jednotlivých oblastech.

Hypotéza H2 nepotvrzena.

Cíl 3. Vyhodnotit nejvyšší dosažené formální vzdělání všeobecných sester a jeho vliv na kauzální výklad chování pacienta.

H3: Všeobecné sestry s vyšším či vysokoškolským vzděláním přisuzují chování pacienta situační příčiny častěji než všeobecné sestry se středoškolským vzděláním.

Pro splnění tohoto cíle a vyhodnocení hypotézy jsem porovnala respondenty při přisuzování příčin chování pacienta – vnějších (situačních)/vnitřních atribucí - podle jejich nejvyššího dosaženého formálního vzdělání.

Při porovnání nebyly objeveny zásadní rozdíly v přisuzování vnějších a vnitřních příčin se závislostí na nejvyšším dosaženém formálním vzdělání. Respondenti s nejvyšším dosaženým formálním vzděláním *SZŠ* průměrně určili u 3 situací vnější atribuce a u 15 situací vnitřní atribuce. Respondenti s nejvyšším dosaženým formálním vzděláním *VOŠ* průměrně přisoudili 2,4 situacím vnější atribuce a 15,6 situacím vnitřní atribuce. *Vysokoškolsky vzdělaní respondenti (Bc.)* průměrně zvolili u 2,6 situací vnější příčiny chování a u 15,5 situací vnitřní příčiny chování. V kategorii *vysokoškolsky vzdělaných respondentů (Mgr.)* je zdánlivě rozdíl největší – 4 situacím přisouzeny vnější atribuce a 14 situacím vnitřní atribuce, tenhle fakt však nelze považovat za validní výsledek, protože v kategorii VŠ (Mgr.) byl pouze jeden respondent. Nebyla tedy nalezena souvislost v atribuování na dosaženém vzdělání a nepotvrdilo se, že by všeobecné sestry s vyšším či vysokoškolským vzděláním přisuzovali chování pacienta častěji než všeobecné sestry se středoškolským vzděláním. Domnívala jsem se, že by tomu tak mohlo být, jelikož jsem předpokládala, že všeobecné sestry s vyšším a vysokoškolským vzděláním mají díky komplexnějšímu studiu (výuka sociologie, psychologie, etiky a jiných behaviorálních věd) větší predispozice chápat pacienta v celém kontextu situace.

Hypotéza H3 nepotvrzena.

Cíl 4. Vyhodnotit délku ošetřovatelské praxe v profesi všeobecných sester a její vliv na kauzální výklad chování pacienta.

H4: Čím delší je profesní praxe všeobecné sestry, tím více při kauzálním hodnocení chování pacienta přisuzuje vnitřní atribuce.

Pro splnění tohoto cíle a vyhodnocení hypotézy jsem porovnala respondenty při přisuzování příčin chování pacienta podle jejich délky ošetřovatelské praxe.

Porovnání hodnocení situací podle délky praxe respondentů neodhalilo jednoznačné rozdíly. Výsledky lze považovat za téměř totožné u všech skupin respondentů. Respondenti s délkou praxe *1 - 2 roky* průměrně zvolili u 2,5 situace vnější příčiny chování a u 15,5 situací vnitřní příčiny. Respondenti s délkou praxe *3 - 4 let* určili průměrně u nejvíce situací vnější příčiny chování – 3,4 situací a u 14,6 situací určili příčiny chování vnitřní. Respondenti s délkou praxe *6 – 10 let* přisoudili průměrně u 2,6 situací příčiny chování vnější a u 15,4 situací příčiny vnitřní. Respondenti s délkou praxe *11 – 20 let* zvolili průměrně vnější příčiny u 2,9 situací a vnitřní příčiny chování u 15,1 situací. Respondenti s délkou praxe *21 let a více* zvolili průměrně vnější příčiny u 2,3 situací a vnitřní příčiny u 15,7 situací.

Předpokládala jsem, že čím delší je ošetřovatelská praxe všeobecné sestry, tím bude mít více zakotvený jednotný vzorec pro hodnocení situací a spíše se bude v hodnocení příčin chování ubírat k vnitřním atribucím. To se však z průzkumu nepotvrdilo. Dalo by se tedy polemizovat o určité „řetězové reakci“, kdy sestry s delší ošetřovatelskou praxí předávají kolegyním s kratší ošetřovatelskou praxí svým chováním, poznámkami a přístupem k pacientům své vzorce výkladu chování pacienta, které pak kolegyně s kratší ošetřovatelskou praxí přijímají.

Hypotéza H4 nepotvrzena.

Cíl 5. Vyhodnotit, zda se u modelových situací, kde figuruje sestra, uplatňují egodefenzivní atribuce všeobecných sester.

H5: Všeobecné sestry, bez ohledu na pohlaví, dosažené vzdělání, délku praxe či míru vyhoření, ve většině případech nevyhodnocují sestru jako příčinu chování, tzn. uplatňují e egodefenzivní atribuce.

Pro vyhodnocení uplatnění egodefenzivních atribucí jsem ze situací v dotazníku vybrala ty, kde sestra vystupuje jako aktér v situaci nebo figuruje v některé z možných příčin chování pacienta.

Ve všech situacích byly egodefenzivních atribuce uplatněny, předpokládáme-li, že se sestra ztotožnila se sestrou v situaci a má tendenci chránit sestry obecně. V devíti situacích z jedenácti bylo uplatnění egodefenzivních atribucí dominantní. Ve zbylých dvou situacích byly egodefenzivní atribuce také uplatněny, avšak s ne tak výraznou převahou. U těchto dvou situací bylo také velké množství všeobecných sester určit negativní sebehodnocení. Jednalo se o tyto dvě situace:

1. Pacient se dožaduje stále lékaře, sestře se nechce svěřit.

U téhle situace 38 respondentů určilo negativní sebehodnocení (za předpokladu identifikace sestrou) – *sestra na něj nepůsobí dostatečně profesionálně.* Téměř polovina respondentů se domnívá, že příčinou toho, když se pacient nechce svěřit sestře, může být to, že sestra nepůsobí dostatečně profesionálně.

2. Pacient každý dotaz, který sestře nebo lékaři položí, začíná slovy „Nezlobte se, …“.

K této situaci 32 respondentů určilo negativní sebehodnocení – *z výrazů zdravotníků má pocit, že je svými dotazy obtěžuje.* To může znamenat to, že jsou si vědomi, že se tak někdy tváří nebo dotazy pacientů prožívají jako obtěžování a domnívají se, že to na nich někdy může být znát. Ale to jsou jen spekulace.

Situace, u nichž mohou být uplatněny egodefenzivní atribuce jsem vyhodnotila i z hlediska shody odpovědí respondentů. V každé situaci se vyskytuje buď jedna dominantní odpověď z výraznou převahou respondentů, anebo jsou dvě figurující odpovědi nad ostatními.

Hypotéza H5 potvrzena.

ZÁVĚR

V mé bakalářské práci, která se nazývá „Chování pacienta a jeho kauzální výklad“, jsem se zabývala zejména tématem atribučních procesů, v užším slova smyslu tedy interpretaci chování pacientů všeobecnými sestrami.

V teoretické části práce jsem se pokusila obsáhnout problematiku atribučních procesů v kontextu povolání všeobecné sestry. Proto jsem se také v úvodu teoretické práce zaměřila na změnu chování pacienta při vzniku nemoci, za hospitalizace. Stěžejní část zpracovává sociální kognici, atribuční procesy a atribuční tendence. V závěru teoretické části jsem se pokusila nastínit eventuelní činitele, kteří mohou mít vliv na hodnocení chování pacienta sestrami.

Téma atribučních procesů bylo v 80. letech 20. století jedním z hlavních témat sociální psychologie a je zpracováno zejména v zahraniční literatuře. V naší literatuře se atribuční procesy objevují hlavně v pedagogické psychologii.

V praktické části jsem zpracovala výsledky z průzkumu. Hlavním cílem tohoto průzkumu bylo získání dat, díky nimž by mohli být nastíněni činitelé, kteří ovlivňují porozumění chování pacienta ze strany všeobecných sester, zejména jejich kauzálního výkladu tohoto chování. Na počátku průzkumu bylo stanoveno pět hypotéz, z čehož dvě hypotézy získaná data potvrdila a tři hypotézy nepotvrdila. Z výsledků mého průzkumu nelze tedy žádné činitele jednoznačně stanovit. Ukázalo se však, že sestry při hodnocení situací hojně užívaly egodefenzivních atribucí. Proto by bylo velmi zajímavé provést další průzkum tentokrát u pacientů, kterým by byly přeloženy tytéž situace a výsledky obou průzkumů mezi sebou porovnat.

Domnívám se, že všeobecná sestra by měla mít ponětí o atribučních proces, proto by bylo vhodné, kdyby témata atribučních procesů a sociální kognice byla zařazena do výuky psychologie na vysokých školách bakalářského i magisterského typu. Na každém oddělení by také mohla být sestra – supervizorka, která by byla vzdělaná v oblasti atribučních procesů v rámci postgraduálního vzdělávání a její náplní by bylo (mimo náplň práce všeobecné sestry), že by pomáhala sestrám porozumět chování pacienta v konkrétních situacích a při vzniku konfliktu mezi sestrou a pacientem by se snažila objektivně a nestranně nalézt řešení problému.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

1. BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2010. 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
2. ČECHOVÁ, V.- MELLANOVÁ, A.- KUČEROVÁ, H. *Pedagogika a psychologie II*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
3. ČECHOVÁ, V.- ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie.* Vyd. 5. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 105 s. ISBN 80-7013-343-0.
4. *České ošetřovatelství 2: Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester*. Charta práv pacientů. Vyd. 1. Brno: NCONZO, 2006. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
5. HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
6. HAYES, Nicky; ŠTĚPANÍKOVÁ, Irena. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2003. 166 s. ISBN 80-7178-763-9.
7. HEWSTONE, Miles; STROEBE, Wolfgang. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 769 s. ISBN 80-7367-092-5.
8. HILL, Grahame; HARTLOVÁ-CÍSAŘOVÁ, Helena. *Moderní psychologie: hlavní oblasti současného studia lidské psychiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 283 s. ISBN 80-7178-641-1.
9. HOMOLA, Miloslav. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1972. 356 s.
10. JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
11. KASSIN, Saul M. *Psychologie*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2007. 771 s. ISBN 978-80-251-1716-3.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro; PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.

14. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetřovatelství.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

15. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

16. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2. Praha: Academia, 1997. 336 s. ISBN 80-200-1680-5.

17. NAKONEČNÝ, Milan. Sociální psychologie. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.

18. PLEVOVÁ, Irena. *Kauzální atribuce, aneb, Jak pátráme po příčinách životních událostí*. Vyd. 1. Olomouc: Hanex, 2007. 140 s. ISBN 978-80-85783-84-1.

19. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2004. 472 s. ISBN 80-200-1086-6.

20. ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.

21. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie: Příručka pro studenty*. Vyd. 2. dopl. Praha: Portál, 2008. 296 s. ISBN 978-80-7367-406-9.

22. STAŇKOVÁ, M. *Lemon č. 4.* Vyd. 1. Praha: Mikada, 1997. ISBN 80-7013-248-5.

23. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 103 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

24. VEREŠOVÁ, Marcela. *Sociálna psychológia: [človek vo vzťahoch]*. Nitra : Enigma, 2007. 278 s. ISBN 978-80-89132-47-8.

25. VOKURKA, M.- HUGO, J. *Praktický slovník medicíny.* Vyd. 8. Praha: Maxdorf, 2007. 518 s. ISBN 978-80-7345-123-3.

26. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3., aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

27. VÝROST, Jozef; SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha : Grada, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

28. ZACHAROVÁ, E.- HERMANOVÁ, M.- ŠRÁMKOVÁ, J. Zdravotnická psychologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

Časopisy

29. HONZÁK, R. Burnout syndrom. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 4, s. 27 - 28. ISSN 1210-0404.

30. ONDRIOVÁ, I.- SLANINKOVÁ, J. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetřování terminálně nemocných. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 10, s. 27 - 28. ISSN 1210-0404.

Elektronické zdroje

31. ŽÍDKOVÁ, Z. *PhDr. Zdeňka Žídková* [online]. [cit. 2010-12-01]. Dostupné z: < www.psvz.cz/zidkova/doc/mbi.rtf>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

abs. č.	absolutní četnost
angl.	(z) angličtiny
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
DP	depersonalizace
EE	emocionální vyčerpání
H	hypotéza
MBI	Maslach Burnout Inventory
např.	například
ot. č.	otázka číslo
P	příloha
PA	pracovní uspokojení
rel. č.	relativní četnost
s.	strana
srov.	srovnej
SZŠ	střední zdravotnická škola
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
VOŠ	vyšší odborná škola
vs.	versus
VŠ (Bc.)	vysoká škola (získání titulu bakalář)
VŠ (Mgr.)	vysoká škola (získání titulu magistr)
ø	aritmetický průměr

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Fázový model vzniku burnout syndromu Edelwiche a Brodského 37
Obr. 2: Pohlaví respondentů 44
Obr. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů 45
Obr. 4: Délka profesní praxe respondentů 46
Obr. 5: Pacient se neustále dožaduje sestry prostřednictvím zvonečku 47
Obr. 6: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 4 48
Obr. 7: Po návštěvě rodiny se pacient rozpláče 49
Obr. 8: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 5 49
Obr. 9: Pacient se dožaduje stále lékaře 50
Obr. 10: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 6 51
Obr. 11: Pacient s nikým nemluví 52
Obr. 12: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 7 53
Obr. 13: Pacient nikdy nepoužil zvoneček 54
Obr. 14: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 8 55
Obr. 15: Pacient jedná podrážděně 56
Obr. 16: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 9 57
Obr. 17: Pacient za vše děkuje 58
Obr. 18: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 10 59
Obr. 19: Pacient něco požaduje 60
Obr. 20: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 11 61
Obr. 21: Pacient chce být co nejdříve propuštěn 62
Obr. 22: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 12 63
Obr. 23: Pacient vyhledává při komunikaci ruku sestry 64
Obr. 24: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 13 65
Obr. 25: Pacient začíná slovy „Nezlobte se“ 66
Obr. 26: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 14 67
Obr. 27: Pacient odmítá užití naordinovaných léků 68
Obr. 28: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 15 68
Obr. 29: Při ošetřování je pacient k sestře fyzicky agresivní 70
Obr. 30: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 16 71
Obr. 31: Výkon prožívaný bolestivě 72

Obr. 32: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 17 73
Obr. 33: Pacient častuje sestru lichotkami, návrhy a různými poznámkami 74
Obr. 34: Relativní četnost zvolených vnitřních a vnějších příčin u ot. č. 18 75
Obr. 35: Míra výskytu situací v praxi – medián, modus 77
Obr. 36: Četnost situací dle míry výskytu v praxi 78
Obr. 37: Situace frekventované 79
Obr. 38: Situace téměř se nevyskytující 80
Obr. 39: Porovnání z hlediska výběru atribucí 81
Obr. 40: Základní atribuční chyba 82
Obr. 41: Uplatnění egodefenzivních atribucí 83
Obr. 42: Shoda v odpovědích respondentů 84
Obr. 43: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s vysokým EE 86
Obr. 44: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s vysokou mírou DP 87
Obr. 45: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s nízkým PA 88
Obr. 46: Hodnocení situací dle dosaženého formálního vzdělání 89
Obr. 47: Hodnocení situací dle délky praxe 90

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Psychika pacienta při přechodu do nemocnice 15
Tab. 2: Kritéria konceptu kovariance 29
Tab. 3: Pohlaví respondentů 44
Tab. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů 45
Tab. 5: Délka profesní praxe respondentů 46
Tab. 6: Pacient se neustále dožaduje sestry prostřednictvím zvonečku 47
Tab. 7: Po návštěvě rodiny se pacient rozpláče 49
Tab. 8: Pacient se dožaduje stále lékaře 50
Tab. 9: Pacient s nikým nemluví 52
Tab. 10: Pacient nikdy nepoužil zvoneček 54
Tab. 11: Pacient jedná podrážděně 56
Tab. 12: Pacient za vše děkuje 58
Tab. 13: Pacient něco požaduje 60
Tab. 14: Pacient chce být co nejdříve propuštěn 62
Tab. 15: Pacient vyhledává při komunikaci ruku sestry 64
Tab. 16: Pacient začíná slovy „Nezlobte se“ 66
Tab. 17: Pacient odmítá užití naordinovaných léků 68
Tab. 18: Při ošetřování je pacient k sestře fyzicky agresivní 70
Tab. 19: Výkon prožívaný bolestivě 72
Tab. 20: Pacient častuje sestru lichotkami, návrhy a různými poznámkami 74
Tab. 21: Míra výskytu situací v praxi – medián, modus 76
Tab. 22: Legenda k míře výskytu situací v praxi 76
Tab. 23: Četnost situací dle míry výskytu v praxi 77
Tab. 24: Situace frekventované 79
Tab. 25: Situace téměř se nevyskytující 79
Tab. 26: Porovnání z hlediska výběru atribucí 81
Tab. 27: Základní atribuční chyba 82
Tab. 28: Uplatnění egodefenzivních atribucí 83
Tab. 29: Shoda v odpovědích respondentů 84
Tab. 30: Emocionální vyčerpání respondentů 85
Tab. 31: Depersonalizace respondentů 85

Tab. 32: Pracovní uspokojení respondentů 85
Tab. 33: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s vysokým EE 86
Tab. 34: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s vysokou mírou DP 87
Tab. 35: Nevyhořelí respondenti vs. respondenti s nízkým PA 88
Tab. 36: Hodnocení situací dle dosaženého formálního vzdělání 89
Tab. 37: Hodnocení situací dle délky praxe 90

SEZNAM PŘÍLOH

PI Dotazník

PII Dotazník zjištění míry výskytu situací v praxi

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

dovolte mi, abych se Vám krátce představila. Jmenuji se Marie Večeřová a jsem studentkou Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, a to oboru Všeobecná sestra. Píši závěrečnou bakalářskou práci zaměřenou na příčinný výklad chování pacienta. Jenom díky Vaší milé spolupráci budu moci svou práci vyhodnotit, proto Vás tímto prosím o autentické vyplnění dotazníku.

V dotazníku jsou předkládány modelové situace, ve kterých máte zvolit (vybrat) nejpravděpodobnější příčinu, podle Vašeho názoru, popisovaného chování pacienta. Dotazník vyplňujte na základě svých zkušeností a cítění. Vždy prosím zakroužkujte jenom jednu možnost. Pokud Vás napadá nějaká jiná možnost, zakroužkujte E. jiné a uveďte odpověď. Druhou část tvoří dotazník zaměřený na syndrom vyhoření.

Děkuji za Váš čas strávený při vyplňování dotazníku.

---

1. Jste:
   A. muž
   B. žena

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
   A. SZŠ
   B. VOŠ (DiS)
   C. VŠ (Bc.)
   D. VŠ (Mgr.)

3. Jak dlouho pracujete v nemocnici?
   A. 1 - 2 roky
   B. 3 – 5 let
   C. 6 – 10 let
   D. 11 – 20 let
   E. 21 let a více

4. Pacient se neustále dožaduje sestry prostřednictvím zvonečku - několikrát do hodiny. Proč se tak chová?
   A. čaj a léky na stolečku jsou pro něj příliš daleko
   B. sestra tam ten den ještě nebyla
   C. je stále s něčím nespokojený
   D. nechce být sám
   E. jiné:

5. Po návštěvě rodiny se pacient rozpláče. Proč?
    A. kvůli velmi špatnému zdravotnímu stavu spolupacienta musela být návštěva předčasně ukončena
    B. při návštěvě rodiny mu byla sdělena velmi nepříjemná zpráva
    C. chtěl by jít domů, je mu smutno
    D. je citlivý, těžce snáší loučení
    E. jiné:

6. Pacient se dožaduje stále lékaře, sestře se nechce svěřit. Proč tak jedná?
    A. o sestře je známo, že vše rozvykládá ostatním zdravotnickým pracovníkům i pacientům
    B. sestra na něj nepůsobí dostatečně profesionálně
    C. chce si stěžovat lékaři na přístup sestry
    D. stydí se svěřit sestře
    E. jiné:

7. Pacient s nikým nemluví, má upřen zrak do jednoho místa a pokyny provádí automaticky. Proč se tak chová?
    A. většina pacientů na pokoji ho napadala a kritizovala
    B. nachází se v neznámém prostředí
    C. něco ho trápí, je mu smutno
    D. má bolesti
    E. jiné:

8. Pacient nikdy nepoužil zvoneček, aby zavolal sestru, vždy si všechno udělal sám, i když mu to s jeho špatným zdravotním stavem činilo potíže. Proč tak jedná?
    A. zvoneček byl na velmi špatně dostupném místě
    B. sestra ho opakovaně kritizovala za obtěžování
    C. nechce být sestrám na obtíž, stydí se
    D. snaží se aktivizovat
    E. jiné:

9. Pacient jedná podrážděně, je slovně agresivní ke zdravotnickému personálu. Proč tak jedná?
    A. nevhodné chování zdravotnického personálu
    B. byl oddálen termín propuštění domů
    C. patří to k jeho povaze
    D. má bolesti
    E. jiné:

10. Pacient za vše děkuje, za každou drobnost, co pro něj sestra udělá. Proč se tak chová?
    A. sestra ho opakovaně kritizovala za obtěžování
    B. není zvyklý na to, že pro něj někdo něco dělá
    C. měl v dětství přísnou a důslednou výchovu
    D. potrpí si na bonton
    E. jiné:

11. Kdykoliv vejde sestra do pokoje, tak po ní pacient něco požaduje. Proč se tak chová?
    A. nedokáže si některé věci obstarat sám, které ke svému komfortu potřebuje
    B. vybavení pokoje (např. postel) je velmi náročné na sebeobsluhu
    C. vyhledává sociální kontakt
    D. sestra je mladá a atraktivní
    E. jiné:

12. Pacient chce být co nejdříve propuštěn a při každé příležitosti se dotazuje „kdy už půjde domů“. Proč tak jedná?
    A. délka hospitalizace nepříznivě ovlivňuje jeho pracovní život
    B. život jeho rodiny je narušen jeho nepřítomností
    C. z přístupu zdravotníků má pocit, že je na obtíž
    D. necítí se nemocen, s nemocí se nesmířil
    E. jiné:

13. Pacient vyhledává při komunikaci se sestrou její ruku, aby se jí mohl dotknout. Proč tak jedná?
    A. sestra mu připomíná blízkého člověka, vyvolává v něm pocit bezpečí, známosti v cizím prostředí
    B. sestra mu nevěnuje dostatečnou pozornost, když ji oslovuje
    C. sestra se v pokoji zdržuje vždy jen velmi krátce
    D. cítí se opuštěný, vyhledává „lidské teplo“
    E. jiné:

14. Pacient každý dotaz, který sestře nebo lékaři položí, začíná slovy „Nezlobte se, …“. Proč to tak dělá?
    A. z výrazů zdravotníků má pocit, že je svými dotazy obtěžuje
    B. obává se, že svůj dotaz špatně zformuluje a ztrapní se
    C. mnohokrát byl dříve kritizován za netaktní chování
    D. rodiče ho to tak naučili
    E. jiné:

15. Pacient odmítá užití naordinovaných léků. Proč tak jedná?
    A. tabletky, co jsou mu podávány mají jinou barvu a tvar než ty, co užívá doma
    B. na internetu se dočetl, že léky mají řadu vedlejších nepříznivých účinků
    C. po podávaných lécích mu není dobře
    D. nevěří, že mu léky pomohou
    E. jiné:

16. Při ošetřování je pacient k sestře fyzicky agresivní, ohání se rukama apod. Proč se tak chová?
    A. neví, co dělá, jeho jednání způsobuje onemocnění
    B. jde o nepříjemný až bolestivý zákrok
    C. sestra se chová povýšeně a netaktně
    D. patří to k jeho povaze
    E. jiné:

17. Sestra provádí u pacienta výkon, který většinou nebývá prožíván výrazně bolestivě, přesto pacient verbalizuje nesnesitelnou bolest. Proč se tak chová?
    A. výkon pro něj není bolestivý, ale nepříjemný a chce, aby sestra co nejdříve skončila
    B. spolupacient sdělil ostatním, že se jedná o velmi bolestivý zákrok
    C. sestra provádí zákrok neobratně, dělá chyby
    D. chce být středem pozornosti
    E. jiné:

18. Pacient častuje sestru lichotkami, návrhy a různými poznámkami. Proč se tak chová?
    A. v nemocnici je mezi pacienty rozšířeno, že to zlepší jejich postavení a poskytovanou zdravotní péči
    B. sestra je atraktivní, svým oblečením zdůrazňuje erotickou přitažlivost
    C. hledá rozptýlení ve stereotypním nemocničním prostředí
    D. chce sestře upřímně polichotit, ale nezná hranice
    E. jiné:

Druhou část tvoří dotazník zjišťující míru vyhoření, díky němuž můžu sledovat případné souvislosti při vyhodnocování mého průzkumu. Do vyznačených políček doplňte u každého tvrzení číslo označující sílu pocitu, který obvykle prožíváte. Vyplňujte dle níže uvedené škály od 0 – 7, kdy 0 znamená že takový pocit vůbec nepociťujete a 7 znamená, že takový pocit je u vás velmi silný.

Vůbec 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 Velmi silně

1.	Práce mne citově vysává.	
2.	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.	
3.	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4.	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.	
5.	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.	
6.	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7.	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	
8.	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.	
9.	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji.	
10.	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivý k lidem.	
11.	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.	
12.	Mám stále hodně energie.	
13.	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	
14.	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává.	
15.	Už mě dnes moc nezajímá, s mými klienty/pacienty.	
16.	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	
17.	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	
18.	Cítím se svěží a povzbuzený/á, když pracuji se svými klienty/pacienty.	
19.	Za rok své práce jsem byl úspěšný a udělal/a jsem hodně dobrého.	
20.	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
21.	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22.	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.	

PŘÍLOHA PII: DOTAZNÍK ZJIŠTĚNÍ MÍRY VÝSKYTU SITUACÍ V PRAXI

Zhodnoťte míru výskytu situací dle následujícího klíče:

1 téměř se nevyskytuje
2 vyskytuje se jen občas
3 vyskytuje se středně často
4 vyskytuje se dosti často
5 vyskytuje se velmi často

1.	Pacient se neustále dožaduje sestry prostřednictvím zvonečku - několikrát do hodiny.	
2.	Po návštěvě rodiny se pacient rozpláče.	
3.	Pacient se dožaduje stále lékaře, sestře se nechce svěřit.	
4.	Pacient s nikým nemluví, má upřen zrak do jednoho místa a pokyny provádí automaticky	
5.	Pacient nikdy nepoužil zvoneček, aby zavolal sestru, vždy si všechno udělal sám, i když mu to s jeho špatným zdravotním stavem činilo potíže.	
6.	Pacient jedná podrážděně, je slovně agresivní ke zdravotnickému personálu.	
7.	Pacient za vše děkuje, za každou drobnost, co pro něj sestra udělá.	
8.	Kdykoliv vejde sestra do pokoje, tak po ní pacient něco požaduje.	
9.	Pacient chce být co nejdříve propuštěn a při každé příležitosti se dotazuje „kdy už půjde domů“.	
10.	Pacient vyhledává při komunikaci se sestrou její ruku, aby se jí mohl dotknout.	
11.	Pacient každý dotaz, který sestře nebo lékaři položí, začíná slovy „Nezlobte se, …“.	
12.	Pacient odmítá užití naordinovaných léků.	
13.	Při ošetřování je pacient k sestře fyzicky agresivní, ohání se rukama apod.	
14.	Sestra provádí u pacienta výkon, který většinou nebývá prožíván výrazně bolestivě, přesto pacient verbalizuje nesnesitelnou bolest.	
15.	Pacient častuje sestru lichotkami, návrhy a různými poznámkami.	