

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Sosnina Iryna**

**Strach a obavy pacientů při provádění  
invazivních výkonů studenty ošetřovatelství**

*Fear and anxiety of patients during invasive  
procedures performed by nursing students*

*Bakalářská práce*

Praha 2018

Autor práce: Sosnina Iryna

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Miloš Mauer**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav etiky a humanitních studií**

Předpokládaný termín obhajoby: 22. 6. 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 20. května 2018

Sosnina Iryna

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce Mgr. Milošovi Mauerovi za vedení práce a konzultantce Mgr. Janě Heřmanové, Ph.D. za veškeré rady. Bez jejich odborného vedení by tato práce nikdy nevznikla v takové podobě, ve které je. Dále chci poděkovat lidem, které mě podporovali v rozvíjení nápadů pro téma dané práce. Poděkování patří také pacientům, kteří se zúčastnili výzkumu. Chci poděkovat za jejich čas a ochotu se podílet na vzniku mé bakalářské práci.

*„Nejstarší a nejsilnější emoci lidstva je strach, a nejstarším a nejsilnějším druhem strachu je strach z neznáma.“*

*Howard Phillips Lovecraft*

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>CÍL PRÁCE</b> .....	<b>10</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1. EMOCE</b> .....	<b>12</b>
1.1 FYZIOLOGIE EMOCÍ.....	12
1.2 EMOCE PACIENTA CHIRURGIE .....	13
<b>2. STRACH A ÚZKOST</b> .....	<b>13</b>
2.1 STRACH .....	13
2.2 ÚZKOST .....	15
2.2.1 <i>Vymezení pojmu</i> .....	15
2.3 PROJEVY STRACHU A ÚZKOSTI.....	17
2.4 STRACH A ÚZKOST Z BOLESTI .....	20
2.4.1 <i>Definice bolesti</i> .....	20
2.4.2 <i>Faktory ovlivňující bolest</i> .....	21
2.4.3 <i>Fyziologie bolesti</i> .....	22
2.4.4 <i>Projevy bolesti</i> .....	22
<b>3. PROFESNÍ PŘÍPRAVA VŠEOBECNÉ SESTRY</b> .....	<b>23</b>
3.1 ORGANIZACE ODBORNÉ PRAXE.....	23
<b>4. INVAZIVNÍ VÝKON</b> .....	<b>25</b>
4.1 INVAZIVNÍ VÝKONY PROVÁDĚNÉ STUDENTY .....	26
<b>5. VÝSLEDKY VÝZKUMU PODOBNĚ ZAMĚŘENÝCH PRACÍ</b> .....	<b>27</b>
5.1 STRACH STUDENTŮ SOUVISEJÍCÍ S NEÚSPĚCHEM PROVEDENÍ INVAZIVNÍHO VÝKONU .....	27
5.2 VÝSLEDKY VÝZKUMU SOUVISEJÍCÍ SE VNÍMÁNÍM STUDENTŮ PACIENTY. ....	28
5.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU SOUVISEJÍCÍ SE STRACHEM Z INVAZIVNÍCH VÝKONU OBECNĚ.....	29
<b>6. BIOETIKA</b> .....	<b>30</b>
6.1 ZÁKLADNÍ PRINCIPY LÉKAŘSKÉ ETIKY .....	30
6.2 PRINCIP AUTONOMIE.....	31
6.2.1 <i>Informování souhlas</i> .....	32
6.2.2 <i>Autonomie pacienta v rámci informovaného souhlasu</i> .....	33
6.2.3 <i>Obsah informovaného souhlasu s hospitalizací</i> .....	34
6.2.4 <i>Nahlížení do dokumentace studenty</i> .....	34
6.3 ETICKÝ KODEX STUDENTA 3.LF UK.....	35
<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
1. CÍL VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK A HYPOTÉZ.....	37

2.	VZOREK PACIENTŮ .....	39
3.	METODY VÝZKUMU .....	39
4.	ETIKA VÝZKUMU .....	41
	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU.....</b>	<b>42</b>
	<b>DISKUZE.....</b>	<b>55</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>58</b>
	<b>LITERATURA .....</b>	<b>59</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>63</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>64</b>
•	SOUHLAS S PROVEDENÍM VÝZKUMU VE FNKV .....	64

## Úvod

Téma bakalářské práce vzniklo na základě mé praxe v nemocnici, kdy jsem měla možnost poprvé vyzkoušet invazivní výkony na pacientech. Trvá to nějakou dobu, než se student naučí bez obav a s jistotou provádět výkon, který může do jisté míry mít pro pacienta nepříjemné následky, pokud se nepovede. Pacient při podepisování souhlasu s výkony prováděnými studenty ještě neví, jak se bude cítit po operaci a zda se jeho uvažování nezmění. Pacienti nám dávají velkou důvěru, jen abychom se mohli něco naučit. Je to svým způsobem malá oběť, když nám poskytují možnost a příležitost k praktickým výkonům. Musíme být velmi vděční za jejich ochotu a obětavost.

Svoji bakalářskou práci chci studentům více přiblížit, jak se může cítit pacient, když nám studentům dává takovou důvěru. Budu se zde věnovat jejich emocím. V první řadě strachu, který může velmi znepříjemnit jejich pobyt v nemocnici. Mým cílem je nastínit studentům pacientovy obavy a jejich přání, které se mohou bát v nemocnici sdělit. Jen při pochopení emocí druhých dokážeme poskytnout empatický přístup.

Před rokem jsem se sama ocitla v roli pacienta. Před operací jsem také měla možnost podepsat souhlas se studenty, a tak jsem to bez rozmýšlení učinila. Byla to moje první operace a netušila jsem, jak se budu cítit. Zažila jsem právě tu situaci, kdy najednou si uvědomíte, že jste něco podepsali, ale teď byste nejraději od souhlasu odstoupili. Osobně jsem na to sílu nenašla. I přesto, že v danou chvíli jsem nechtěla, aby se na mně něco studenti učili, nedokázala jsem odmítnout. Pochopila jsem, jak velký nátlak na psychiku může dělat fakt, že jste s něčím dříve souhlasil. Proto z vlastní zkušenosti vím, jak moc taková situace může být stresující a nepříjemná. V tu chvíli jsem si přála, aby student můj strach odhalil bez toho, abych mu něco řekla. Přála jsem si, aby podepsaný souhlas nebral jako samozřejmost, ale ještě se jednou přesvědčil o tom, že mi to nezpůsobí žádné nepohodlí. Také jsem jednou na praxi zažila situaci, kdy jsem šla pacientce odebírat krev, již po mé praxi v odběrovém centru, a tak jsem si byla výkonem jistá. Nejdřív jsem se ujistila, zda by to pacientce nevadilo, a tak po jejím souhlasu jsem se začala chystat k výkonu. Zdálo se mi, že pacientka není klidná, přišla mi



hodně ustrašená, a tak jsem si udělala čas si s ní nejdříve popovídat. V průběhu rozhovoru jsem zjistila, že právě z odběru krve má největší strach. Bála se, že kdyby se mi odběr krve nepovedl, musel by se provést znovu. Sdělila mi, že jí bylo trapné studenta odmítnout, a proto podepsala souhlas a nic neřekla. Nechtěla nás také odmítnutím urazit. Uklidnila jsem ji, že není žádný problém, aby jí krev odebrala zdravotní sestra. I přesto, že jsem se cítila provedením tohoto výkonu jistá, pochopila jsem, že se pacientka bude méně bát, když výkon provede zkušenější sestra. Takových pacientů není mnoho, byla jedna z mála, která se odběru krve tolik bála, a tak jsem si uvědomila, že nemusím za každou cenu její krev odebrat. Rozhodně ne za cenu nepříjemných pocitů způsobených odběrem krve. Nejde jen o výkony, které se učíme a nacvičujeme, ale také o lidské vztahy a důvěru. Na základě těchto zkušeností mě napadlo téma bakalářské práce – zjistit, jak můžeme prohloubit důvěru mezi pacientem a studentem. Chci prozkoumat obavy a názory pacientů, jejichž znalost by nám studentům mohla pomoci vyvarovat se u nich vyvolání zbytečných negativních emocí. Doufám, že poznatky, které zjistím díky rozhovorům s pacienty, budou moci posloužit všem studentům ošetrovatelských oborů pro jejich praxi, a tak bude mít má bakalářská práce mít smysl a bude přínosem.

## **Cíl práce**

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda pacienti mají strach a obavy při provádění invazivního výkonu studentem. V případě, že ano, zda intenzita tohoto strachu je větší, když výkon provádí student než když stejný výkon provádí zkušená zdravotní sestra.

Dále bych chtěla zjistit, zda pacienti chtějí z různých důvodů studenta odmítnout a zda k tomu mají odvalu. Do jaké míry při podepisování souhlasu o účasti studentů rozumí tomu, co budou studenti smět provádět a zda vědí, že mohou informovaní souhlas později odvolat.

Bakalářská práce bude zpracována především jako výzkumná studie formou semistrukturovaného rozhovoru, který obsahuje kvalitativní a kvantitativní část.

V teoretické části budu popisovat emoce, strach a úzkost v souvislosti z bolesti, která pacienta doprovází během invazivního výkonu prováděného studentem. Nejvíce se zaměřím na strach obecně, jeho projevy a vliv na pacientovo zdraví. Dále také zmíním téma podpisu informovaného souhlasu s přítomností studentů ve vztahu k principům lékařské etiky.

The aim of my bachelor thesis is to find out whether the patient has a fear and anxiety when treated by the students, and how it affects his or her psychological comfort.

Next, find out if the patients want to refuse it for different reasons, and if they have the courage to do so. How much when signing the consent about a student participation, understand what the students can do and if they know they can later withdraw this informed consent.

The bachelor thesis will be elaborated mainly as a research study in the form of semi-structured interview, which contains a qualitative and quantitative part.

In the theoretical part, I will describe emotions, fear and anxiety in connection with the pain that accompanies, the patient during invasive procedure performed by the student. I will focus most on the fear in general, its manifestations and the effect on the patient's health. I will mention the topic of signing informed consent with the students presence in a relation to the principles of a medical ethics.

## **Teoretická část**

### **1. EMOCE**

*„Emoce jsou širší pojem než cit, zastřešující subjektivní zážitky libosti a nelibosti provázené fyziologickými změnami, motorickými projevy například gestikulací nebo mimikou, stavy menší či větší pohotovosti a zaměřenosti (láska, strach, nenávisť). Lze u nich zjišťovat směr přibližování či vzdalování, intenzitu a čas trvání. Obsahují fyziologické koreláty, na rozdíl od citu, které vyjadřuje jen zážitkový rozměr emoce. P. Ekman (1983) prokázal, že srdeční tep a teplota kůže se více zvyšují u vzteku, strachu a smutku než u pocitů štěstí, údivu a znechucení“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 138).*

Emoce jsou spojené s motorikou, biochemickými změnami a vegetativními procesy. Prvotní funkcí emoci byla příprava na fyzické zvládnutí konkrétní situace. Již sám Aristoteles propojoval emoce s tělem. Emoce se podílejí na regulačních procesech chování a jsou psychickým projevem. Dále emoce vytvářejí podklad pro motivaci chování a tím mu dávají psychologický účel. K základním emocím patří radost, smutek, hněv, závist, lítost a strach (Nakonečný, 2012).

#### **1.1 Fyziologie emocí**

Podle Rokyty emoce mají morfologický základ v limbickém systému. Limbická mozková kůra je nejstarší částí mozkové kůry. Dále ho tvoří podkorové oblasti – amygdala, hipokampus, centrální jádra. Hypotalamus tvoří nezávislý díl limbického systému. Funkcí limbického systému je zachování rodu. Dále zajišťuje citové a emotivní komponenty osobnosti. Díky limbickému systému máme vnější autonomní projevy emoci – pocení, rozšíření zornic a jiné. Podrážděním hypotalamu a amygdaly lze vyvolat u člověka strach. Proto při odstranění amygdaly se neprojeví žádné projevy strachu, ani autonomní, ani endokrinní. Čím více je amygdala aktivovaná, tím více člověk vnímá strach, který se projeví na jeho tváři (Höschl, Praško, Rokyta, 2011).

Důležité je také tvrzení německého vědeckého pracovníka Klause Grawe, které se týče nevědomých procesů: „*V posledních letech bylo zjištěno, že amygdala reaguje na ohrožující podněty i tehdy, jestliže si je neuvědomujeme. Může dojít k zesílení aktivity autonomního nervového systému, k vyplavení hormonu z kůry nadledvinek a vzniku nežádoucích psychosomatických symptomů – aniž bychom prožívali úzkost a strach* (Vymětal, 2007, s. 24).

## **1.2 Emoce pacienta chirurgie**

Pavel Pafko popisuje emoce v chirurgii. Podle něj emoce mohou na člověka působit pozitivně nebo negativně. Emoce chirurgických pacientů lze rozdělit do tří kategorií. Do první kategorie patří pacienti, kterým chirurgický výkon má potvrdit nebo popřít určitou diagnózu. U těchto pacientů je větší obava z možné diagnózy než ze samotného operačního výkonu. Do druhé kategorie patří pacienti, kteří diagnózu již znají a operace jim má pomoci k řešení. U těchto pacientů jsou obavy z výsledku operace. Obě tyto kategorie mají společné to, že pacienti mají strach z fyzické bolesti. Do poslední kategorie patří pacienti v akutním stavu. Takoví pacienti se naopak na operaci těší, jelikož je má spíš osvobodit od současné bolesti. Můžeme ale říct, že chirurgie spíš postrádá pozitivní emoce (Höschl, Praško, Rokyta, 2011).

## **2. STRACH A ÚZKOST**

### **2.1 Strach**

Strach je obava z něčeho skutečného. Může to být nějaké určité nebezpečí nebo ohrožující situace. Strach většinou pociťujeme z představy, že nám umře blízký člověk nebo před neúspěchem v testu, tedy důvod je dobře znám. Díky tomu, že děti ještě nezažili mnoho životních situací, jejich vnímání strachu je jiné než u dospělých. Zdroje strachu u dospělého a dítěte se budou lišit. To, jak budeme snášet stimuly vzbuzující obavy, záleží na tom, zda jsme schopní kontrolovat jejich průběh. Nebo aspoň budeme mít pocit, že je máme pod kontrolou. Faktory, které jsou důvodem pro vznik strachu, se mění s věkem. Dospělý člověk se bude obávat o své děti nebo ztráty práce. Starý člověk má větší strach, že zůstane osamocený, nesoběstačný. Také bude mít již větší strach

z nemoci. Staří lidé nevnímají strach tak intenzivně díky psychickým změnám ve starším věku, a tak jim hrozí rozvíjení dlouhodobého smutku a vzniku depresivních stavů. Tato emoce je doprovázená neurovegetativními reakcemi. Mezi takové reakce patří zblednutí, chvění, zrychlené dýchání, tachykardie a zvýšený tlak. Dále se organismus připravuje na útěk nebo obranu. V organismu se přitom odehrává mnoho chemických změn, které v tomto případě nebudou známkou patologie (Hartl, Hartlová 2000).

Když je strach odpovědí na hrozbu bolesti nebo smrti, jde o vrozený strach, o kterém píše Nakonečný. Důkazem vrozenosti emoce strachu je nadměrná mobilizace energie, kdy se zvýší svalové napětí a organismus se připraví k útěku před hrozbou. Na téma vrozenosti strachu byla provedena mnoha vědci řada experimentů. Nakonečný dále poukazuje, že strach se může projevit nejen útekovou reakcí od hrozícího nebezpečí, ale také potlačením chování (Nakonečný, 2012). MUDr. Drvota tento projev strachu pojmenovává jako „afektivní stupor“. Dle něj tento stav nastává při prožitku velmi silného a intenzivního strachu, kdy člověk v tomto stavu nemůže nic říct, ani nějak reagovat na situaci, ve které se nachází. Nedokáže odmítnout, ani odpovídat na otázky. Při tomto projevu strachu nejde o ochablost svalů, ale naopak o zvýšení jeho napětí, kdy dojde ke strnulosti (Drvota, 1971). Podle francouzského psychologa Theodora Ribota existuje strach pudový a strach založený na zkušenostech z minulosti, kterému se také říká „*naučený strach*“. Jako příklad naučeného strachu můžeme uvést syndrom bílého pláště, který se projeví například pláčem dítěte ještě před bolestivým podnětem, jen díky špatné předchozí zkušenosti. Také častým jevem je zvýšení krevního tlaku při návštěvě lékaře. (Nakonečný, 2012). K syndromu bílého pláště vede nejen strach a obavy, ale také úzkost. Nejčastějšími projevy je zvýšení krevního tlaku, srdečního tepu, frekvence dechu. (Hanzlovský, 2013).

Z výše uvedeného lze předpokládat, že reakce na strach a jeho vnímání je velmi individuální. Je potřeba brát zřetel na hodně faktorů, jako jsou věk pacienta, jeho předchozí zkušenosti a další.

Strach a úzkost jsou jevy, které v nemocnici můžeme potkat velmi často. Lékaři, sestry, sanitáři a praktikující studenti vidí pacientův strach v nemocnici každý den.

V nemocnici nemocní mají strach z hodně věcí. Nejčastěji je to strach před bolestí, který vychází ve většině případu ze zkušenosti z předchozího pobytu v nemocnici. Dále je to strach z léčení, který má každý pacient. Většinou je to strach před invazivním výkonem, který může být silnější než ze samotné nemoci. Do jisté míry tento strach hodně ovlivní atmosféru, která v místnosti bude. Také se v nemocnici často potkáme se strachem ze smrti a umírání, dokonce se takové obavy velmi často objevují u pacientů s méně závažným onemocněním. Důvodem je to, že pacienti nevnímají závažnost svého onemocnění tak jako zdravotníci a mohou se bát komplikací, které mohou nastat. Strach vyvolává pocit ohrožení, který se v nemoci vyskytuje velmi často (Šrámková, 2007). Co se týče vnímání strachu, upozorňuje Sikorová, že pocit strachu a úzkosti zvětšuje vnímání bolesti. Co se týče provádění invazivních výkonů u dětí, Sikorová uvádí, že na rozdíl od dospělého strach před invazivním výkonem pociťuje každé dítě (Sikorová, 2011).

Dále může strach souviset i s tím, že pacienti nemají subjektivně dostatečnou kontrolu nad situací, což může zvýšit subjektivně prožívanou bolest.

## **2.2 Úzkost**

### **2.2.1 Vymezení pojmu**

Na rozdíl od strachu úzkost nemá skutečný předmět. Je to obava z něčeho neurčitého. Avšak velká odlišnost mezi strachem a úzkostí není. Trachtová se o úzkosti vyjádřila jako o „*emoci naší doby*“ (Trachtová, 1999). V psychologickém slovníku pojem úzkost popisují jako: „*strach bez předmětu*“. Člověk má strach, ale nemůže přesně říct z čeho, a neví proti čemu bojovat (Hartl, Hartlová, 2000).

Jako první do psychologie tento pojem zavedl S. Freud (1894). Později také rozdělil úzkost na objektivní a neurotickou (Hartl, Hartlová, 2000).

Někteří autoři považují úzkost za předstupeň strachu. Jde o negativní a velmi nepříjemný duševní stav, kdy člověk tuší nějaké nebezpečí, avšak nemůže určit přesně, čeho se bojí. Na rozdíl od strachu úzkost je nespecifická, ale

nemůžeme říct, že by byla méně nepříjemná než samotný strach. Řada autorů se domnívá, že se strach vztahuje na něco přítomného, úzkost naopak na něco budoucího (Drvota, 1971). Dánský filosof S. Kierkegaard popsal základní znaky úzkosti a rozdíl mezi úzkostí a strachem. Kierkegaard souhlasí s řadou autorů, že jde o obavu, která nemá předmět. Dále dodává, že jde o přirozenou lidskou emoci, která vyjadřuje pocit nejistoty a intuitivní tušení nebezpečí (Nakonečný, 2012).

Podle Freuda je úzkost pouze formou strachu a nejde zcela určit, zda jde o strach nebo o úzkost. Dodává, že ve většině situací prožívání emoce, která vzniká při ohrožení, leží mezi specifickým strachem a difuzní úzkostí (Drvota, 1971).

Prožitek nebezpečí je docela častým jevem. Nemůžeme vždy konkrétně určit, zda se jedná o strach nebo úzkost, většinou tyto dva duševní prožitky spolu úzce souvisejí a často se prolínají, kdy z nesespecifického objektu se stane specifický a naopak (Drvota, 1971). Při prožitku emoci úzkosti zpravidla dojde ke vzniku strachu, naopak pocit strachu brzy ztratí svůj objekt a přejde v úzkost (Vymětal, 2007).

Honzák přirovnává úzkost k bolesti. Podle něj jde nejen o psychicky nepříjemný pocit, ale o komplexní psychosomatický prožitek, který člověk pociťuje v situacích, kdy se cítí ohrožený. Úzkost se začíná rozvíjet ještě před tím, než si toho můžeme všimnout (Honzák, 2005). Podle Lewitta, jak ho cituje Nakonečný, jde o reakci na očekávaný bolestivý podnět. Kdybychom člověku řekli, že ho čeká slabý úder elektrickým proudem, jeho reakcí bude vznik úzkosti, která se projeví stejně jako strach řadou vegetativních příznaků, jako jsou: pocení, neklid, hypertenze, tachykardie. Jakmile ale úzkost získá svůj předmět, v dané situaci to bude očekávaná bolest, nemůžeme již mluvit o úzkosti v pravém smyslu slova, nýbrž o strachu z bolesti. Podle R. Maye úzkost je strach ze ztráty vlastní hodnoty, kterou člověk vidí jako základ pro svoji existenci. Existuje také řada autorů, kteří považují za zbytečné hledat rozdíly v těchto dvou emocích (Nakonečný, 2012).

K tomu abychom mohli porozumět vzniku úzkosti a strachu u konkrétního člověka, musíme na prvním místě posoudit jeho osobnostní rysy. Každý člověk



má svůj práh pocíťování těchto emocí. Musíme přihlížet nejen k situaci, která vyvolává tyto emoce, ale také vývojovému období daného člověka, a hlavně k jeho předešlým zkušenostem (Vymětal, 2007).

### 2.3 Projevy strachu a úzkosti

Úzkost a strach jsou emoce, které mají velký význam v životě každého člověka. Tyto emoce jsou neoddělitelné od našeho života. Ve většině případů, když jsou snesitelné a zvladatelné, mají pozitivní význam. Avšak jsou situace, kdy vedou ke vzniku utrpení a následně zdravotním problémům (Vymětal, 2007).

Z důvodu prožitku těchto emocí dochází k změnám funkce některých systémů a orgánů. Nejčastěji k těmto změnám dochází v části mozku, svalech, některých orgánech, ale také v endokrinním systému. Intenzita projevů těchto změn úzce souvisí s mírou působení dané emoce na lidskou psychiku (Drvota, 1971).

Projevy strachu a úzkosti můžeme pozorovat v několika rovinách. Tyto projevy se mohou vzájemně prolínat a přecházet z jedné roviny na jinou. Některé projevy se navzájem ovlivňují a probíhají ve všech rovinách současně. Těmito základními rovinami jsou:

- **Rovina psychická** – na této rovině se strach a úzkost projevují pocitem tísně a ohrožení. Můžeme na člověku pozorovat neklid a nadměrné nabuzení.
- **Rovina mimická** – tato rovina se projevuje ve výrazech tváře, kdy můžeme postřehnout nejrůznější projevy od otevření úst a nadměrného vyvalení očí po úplnou absenci nejrůznějších výrazů.
- **Rovina somatická** – somatická rovina se projevuje na úrovni fyziologických změn, kdy dochází k nadměrnému bušení srdce a zvýšení krevního tlaku. Dochází také k svalovému napětí, člověk může pocíťovat sucho v ústech a mít sklony k závratím. Navenek se tato rovina může také projevit zblednutím.

- **Rovina chování** – pozorujeme zde nejrůznější sklony vyhnout se objektu, který strach vyvolává od vyhýbání až po obranné chování a snahu utéct. Také daná rovina se může projevit strnutím.
- **Rovina výkonu** – v momentu, kdy se jedná o úzkost a strach, který člověk pocítuje v menší míře, jeho výkon se zvýší, avšak při nadměrném působení těchto emocí se výkon snižuje.

(Vymětal, 2007)

Veškeré fyziologické a psychické projevy strachu a úzkosti jsou zajištěny sympatickým a parasympatickým nervovým systémem. Vymětal je popisuje jako „*poplachové reakce*“ (Vymětal, 2007, s. 27), které vedou k zajištění motoriky pro útěk. Když se jedná o menší zážitek těchto emocí, kdy není třeba utéct, projeví se pouze na úrovni kardiovaskulární, elektrodermální a zvýšením aktivity centrálního nervového systému, kterou lze také měřit pomocí nejrůznějších zařízení od klasického elektroencefalografu po pozitronovou emisní tomografii (Vymětal, 2007).

Během prožívání nadměrného pocitu úzkosti může ze svalového napětí dojít ke vzniku třesu. Abnormální rychlost mrkání je také součástí prožívání úzkosti. Vlivem sympatiku se také může objevit rozšířením zorniček (Drvota, 1971).

Drvota popisuje také změny v biochemickém složení krve, které se mění dle intenzity prožitku těchto emocí. Jako první v krvi se objeví zvýšená hladina adrenalinu. Dále se zvýší produkce hypofyzárního a kortikálního kortizolu v krevní plazmě. Společně s adrenalinem vyvolají další sekundární biochemické změny. Mezi sekundární změny patří nadměrné zvýšení cukru a tuku v krvi. V činnosti štítné žlázy také byly zjištěny určité změny, které se tykají převážně jodu. Nadměrné vylučování vasopresinu zase způsobí potlačení výdeje množství moči, ve které také můžeme najít zvýšené množství kyseliny vanilmandlové, která je metabolickým produktem adrenalinu (Drvota, 1971).

Větší část změn, které se projeví ve funkci orgánu při strachu a úzkosti, je zajištěna sympatikem. Avšak vliv parasympatiku není také zcela bezvýznamný.

Má možná jediný, ale obrovský vliv například na zažívací trakt. V momentu velké intenzity strachu parasympatikus zajistí změny na sliznici žaludku. Dochází k blednutí její povrchu a útlumu hybnosti a produkci sekretu potřebného k správné funkci žaludku. Naopak hybnost střev oproti žaludku se nadměrně zvýší. Dochází k povolení svalů svěračů, a tak snadno dochází k defekaci a močení (Drvota, 1971).

Psychické a fyzické projevy strachu a úzkosti nejsou jen charakteristické pro tyto emoce. Stejně změny v organismu se mohou objevit při jiných typech emocí, jako jsou hněv nebo deprese. Řada autorů se snaží projevy různých emocí specifikovat do určitého vzorce, avšak dle Drvoty je to velmi komplikované díky tomu, že existuje „*individuální specifická vegetativní odpověď*“ (Drvota, 1971, s. 44). To znamená, že některé lidé mají na různé emoce stejnou fyziologickou odpověď, která se projevuje vždy na jednom orgánovém celku, například pouze srdečním nebo střevním. Podle Daykmana, jak ho cituje Drvota, periferní projevy emocí jako jsou například krevní tlak, frekvence dechu a tepu jsou závislé na všech faktorech, které v daném okamžiku pacient prožívá. Těmito faktory mohou být délka trvání působení nepříjemné situace neboli zvyknutí na podnět vyvolávající strach. Jsou to počáteční hodnoty, na které se nabalují ostatní projevy (Drvota, 1971).

Výhodou, že autonomní nervový systém, který ovládá periferní projevy strachu a úzkosti, nemůžeme ovlivňovat vůlí, je to, že není jednoduché tyto emoce předstírat (Drvota, 1971). Avšak dle kanadského psychologa Luciena Augera veškeré emoce, jsou nejen důsledkem podmětu, který danou emoci vyvolává, ale hlavně, jaký význam tomuto podmětu člověk přiřadí. Jeho teorie, že můžeme ovládat své emoce myšlením, vychází z tvrzení, že emoce vznikají v mysli, a tak na základě tohoto tvrzení vniklá jeho teorie, že jestli chceme pozměnit své emoce musíme se obrátit na svoji mysl, která danou emoci vytvořila (Auger, 1998).

## 2.4 Strach a úzkost z bolesti

Strach a úzkost mohou být vyvolané řadou faktorů. Nejběžnější důvod strachu v nemocnici je bolest, se kterou se setká skoro každý pacient obzvláště při provádění invazivních výkonů.

V nigerijském časopise klinické praxe byl v roce 2017 publikován článek, který pojednává o faktorech ovlivňujících vznik úzkosti a strachu při chirurgických výkonech ve stomatologii. Mezi nejsilnější stresové faktory, které stojí v pozadí rozvoje úzkosti a strachu, uvádějí strach z bolesti (Nigerian Journal Of Clinical Practice, 2017).

Bolest je lidstvu známa od samého jeho počátku. Spousta starých pramenů od čínských až po babylonské nám dává informace o bolesti a její překonávání. Prožitek bolesti je spojen nejen s fyzickým prožíváním, ale také se sociálním a psychickým. Funkce bolest je upozorňovat o situaci ohrožení (Trachtová, 1999).

### 2.4.1 Definice bolesti

Podle Světové zdravotnické organizace bolest je definovaná jako: *„nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození...“* (definice WHO, cit. podle Trachtová a kol., 1999, s. 125).

Mezinárodní společnost pro výzkum bolesti v roce 1979 definovala bolest jako *„Bolest je nepříjemná smyslová a emoční zkušenost, zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo popisovaný výrazy pro takové poškození“* (Mareš, 1997, s. 29). K této definici později byl vytvořen dodatek, kde se říká, že bolest je vždy subjektivní. (Mareš, 1997).

V psychologickém slovníku od Hartla je bolest definovaná jako *„nepříjemný až nesnesitelný smyslový vjem a citový zážitek subjektivní povahy. Vyvolává jí vnější vliv nebo chorobný strav stimulací specializovaných receptorů s volnými zakončeními v kůži a dalších tkáních. Receptory bolesti jsou uloženy i v hlubších částech kůže jako volně rozvětvená nervová zakončení“* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 79).

## 2.4.2 Faktory ovlivňující bolest

Bolest můžeme ovlivnit řadou faktorů od farmakologických po psychologické. Intenzitu bolesti může dokonce zmenšit příjemné slovo (Hartl, Hartlová, 2000).

Dle Trachtové faktory ovlivňující bolest můžeme rozdělit do čtyř skupin:

- Fyziologicko-biologické faktory – mezi tyto faktory patří věk pacienta, stav jeho zdraví nebo závažnost nemoci.
- Psychologicko-duchovní faktory: můžeme sem zařadit povahu a charakter pacienta, náladu, ve které se zrovna nachází, jeho pocity- strach, úzkost nebo frustraci.
- Sociálně-kulturní faktory – patří sem výchova, etnografické vlivy a sociální závislost. Každá kultura má odlišné vnímání bolesti.
- Faktory životního prostředí: k těmto faktorům můžeme přiřadit pohodlí pacienta vzhledem k teplotě, zda v ten moment mu není zima nebo naopak příliš velké horko.

(Trachtová, 1999)

Podle Bauera psychologické faktory jako jsou únava, deprese, strach a úzkost dokážou nadměrně snížit práh bolesti, a tím zvětšit vnímání bolesti (Bauer, 1994). V psychologické rovině bolest, úzkost a strach se navzájem velmi ovlivňují. Kvůli prožitku bolesti vzniká strach a úzkost, které vedou k zesílení vnímání bolesti, nebo naopak prožitek strachu může vést k pocítění větší bolesti, než by tomu bylo bez obav. Každý pacient je osobnost se svými strachy a obavami, a tak je třeba ke každému přistupovat. Trachtová uvádí, že „*bolest jako taková sama od sebe neexistuje*“, vždy souvisí s konkrétním pacientem a jeho osobním vnímáním bolesti (Trachtová, 1999, s. 130).

Díky opakovaným obavám z bolesti může vzniknout dlouhodobé pocíťování strachu a úzkosti. Strachem z bolesti se zabývá řada lékařů a psychologů, kteří se snaží porozumět tomuto fenoménu (Mareš, 2002).

### 2.4.3 Fyziologie bolesti

Bolest není součástí somatosenzorického systému. Vytváří vlastní systém, kterému se říká nocicepce. Má vlastní periferní receptory – nociceptory, které jsou uloženy nejvíce v kůži. Dle výzkumu posledních let není bolest závislá na ostatních senzorních systémech (Trachtová, 1999).

### 2.4.4 Projevy bolesti

Různí autoři uvádějí následující projevy bolesti. Bolest v reakci na poškození tkání je normální jev, může být spojen s významným zbytečným fyzickým, psychickým a emočním utrpením. Akutní bolest může aktivovat sympatické větve autonomního nervového systému a vyvolat takovou reakci, jako je hypertenze, tachykardie, mělké dýchání, neklid, obličejová grimasa (Anwar, 2016). Dle Trachtové při působení velké bolesti je pacient soustředěn pouze na ni. Projeví se slzami, rozšířením zorniček a snahou vyhnout se předmětu bolesti. Bolest přináší pacientovi vždy nějaký diskomfort, kvůli kterému se na psychologické rovině bolest může projevit frustrací, depresí nebo beznadějí (Trachtová, 1999).

Bolest se také může projevit poruchou spánku nebo zácpou, což následně může negativně ovlivnit psychiku. (Rokyta 2009).

Hartl také uvádí mimické projevy bolesti, mezi které řadí: zavírání očí, otevírání úst, zatínání pěsti. Intenzita bolesti je závislá na osobnosti člověka. Na intenzitě bolesti se také podílí strach, který pacient před výkonem pocítuje. Čím větší strach zažívá, tím větší bude subjektivně prožívaná bolest. (Hartl, Hartlová, 2000).

Projevy bolesti můžeme rozdělit na objektivní a subjektivní. Podle Rokyty bolest, která se projevuje navenek bolestivým chováním, je objektivně pozorovatelná. Bolestivé chování považuje za nevědomý proces a řadí sem například kulhání nebo zaujímání různých úlevových poloh. Projevy subjektivní bolesti nemusí být pozorovatelné navenek. (Rokyta, 2009).

Z výše uvedeného vyplývá, že existuje celá řada projevů, které nám pomohou určit, zda pacient pocítuje bolest. Reakce na její prožitek je hodně

individuální a každý jí snáší různě. Většina projevů je objektivní a navenek dobře pozorovatelná, avšak ne vždy nedostatek projevů znamená, že pacient bolest neprožívá. Každý pacient je individuální a má jiný práh bolesti.

### **3. PROFESNÍ PŘÍPRAVA VŠEOBECNÉ SESTRY**

Vzdělávání všeobecné sestry v České republice se řídí zákonem č. 96/2004 Sb. a jeho novelou 201/2017 Sb. Zákon pojednává o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Odborná příprava všeobecných sester se řídí vyhláškou č. 55/2011 o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků, kde najdeme minimální požadavky pro výkon povolání všeobecné sestry. Jsou to také výkony, které si má student během studia osvojit, jak teoreticky, tak prakticky.

V roce 2017 byla vydaná vyhláška 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011.

#### **3.1 Organizace odborné praxe**

Během tří let bakalářského studia student postupně absolvuje praxe na různých odděleních. V logbooku 3. LF UK jsou pro každý ročník uvedena oddělení, kde má student povinnou praxi absolvovat.

- První ročník

V prvním ročníku zimního semestru má student projít praxi na odděleních dlouhodobé péče, v domovech pro seniory a různých sociálních zařízeních, kde si má osvojit zejména základní ošetrovatelské výkony jako jsou: sledování a hodnocení stavu pacienta, provedení nácvičku sebeobsluhy, úprava lůžka bez a s pacientem, provedení hygieny pacienta. V zimním semestru navazuje praxe na interních odděleních, kde student stále pokračuje v zdokonalování základních ošetrovatelských návyků, učí se komunikovat s nemocnými a seznamuje se s indikací k vyšetření.

- Druhý ročník

Ve druhém ročníku zimního semestru má student praxi buď na interním standartním oddělení, nebo na oddělení všeobecné chirurgie např.: urologie, ortopedie a chirurgické ambulance. V rámci tohoto oddělení na konci semestru provádí zkoušku odborných výkonů, které si zde osvojil během praxe. Student získává dovednosti při provádění ošetrovatelských postupů, jako jsou:

- měření a hodnocení fyziologických funkcí
- prevence nozokomiálních nákaz
- hodnocení, sledování a léčba bolesti
- aplikace i. m. injekcí
- kanylace periferní žíly
- příprava a aplikace i.v. injekcí
- odběry kapilární a venózní krve
- výživa nemocných
- převazy chirurgických a chronických ran.

V zimním semestru navazuje praxe na jednotkách intenzivní péči a seznámení s odbornějšími výkony jako jsou:

- zavedení nasogastrické sondy
- odsávání horních a dolních cest dýchacích
- seznámení s monitorací životních funkcí

Dále následuje letní praxe na anesteziologicko-resuscitačních odděleních, kde student uplatňuje znalostí a dovedností získaných na odděleních intenzivního typu a získává nové v rámci ošetrovatelské péče o ventilovaného pacienta.

- Třetí ročník

Ve třetím ročníku zimního semestru má student praxi na pediatrických a gynekologicko-porodnických odděleních, kde si má osvojit ošetrovatelskou péči o děti a novorozence. Také během stejného semestru absolvuje praxi na psychiatrickém oddělení, kde se seznámí s problematikou ošetřování psychiatrického pacienta. V letním semestru třetího ročníku student pokračuje



v praxi na standartních interních nebo chirurgických odděleních, kde se připravuje na závěrečnou praktickou zkoušku.

## 4. Invazivní výkon

Ve slovníku 3. vydání mezinárodního akreditačního standardu pro nemocnice se uvádí, že: „*invazivní výkon je výkon, který zahrnuje řez nebo vpich do kůže nebo zavedení nástroje či cizorodého materiálu do těla*“ (Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, str. 293).

V nemocnici se bez těchto výkonů někdy nejde obejít. Takové výkony mohou souviset s bolestí nebo nepříjemnými pocity. Pacienti při tom mohou pociťovat strach nebo úzkost. Invazivní výkony jsou jedny z mnoha věcí, které si má student při svém studiu a přípravě na své budoucí zdravotní povolání osvojit.

Z psychologického hlediska invazivní výkon nemusí vždy souviset s narušením integrity kůže nebo proniknutím do organismu, může se jednat o narušení teritoriálního prostoru. Teritoriálním prostorem neboli osobní zónou se v psychologii rozumí prostor kolem každého člověka, jejíž narušení vede u člověka k nepříjemným pocitům. Do intimní zóny člověka můžou bez problému vstupovat jeho blízcí. Při vstupu nežádoucího člověka do této zóny vzniká pocit ohrožení, který vyvolá obranné mechanismy (AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015). Podle vzdálenosti při kontaktu lze rozlišit:

- intimní zónu – která je ve vzdálenosti do 40 cm. Je určena pro nejbližší lidi.
- osobní zónu – která je ve vzdálenosti předpažené ruky. Je pro člověka příjemná při neformálních setkáních s přáteli.
- společenskou zónu – vzdálená od 120 do 360 cm, ve které se uskutečňují pracovní schůzky s neznámými lidmi.
- veřejnou zónu – vzdálenost nad 360 cm pro zcela cizí lidi na ulici.

Vzdálenosti jsou velmi individuální a pro každého člověka jsou příjemné odlišné vzdálenosti (Plevová, 2010).

Z výše uvedeného vyplývá, že narušit teritoriální prostor pacienta student může i měřením tlaku nebo prováděním hygieny. Z psychologického hlediska tedy měření tlaku by se řadilo do invazivního výkonu, kdyby to pacient vnímal jako zásah do jeho teritoriálního prostoru. Také sem můžeme zařadit lékařskou vizitu, kdy student neprovádí žádný invazivní výkon z lékařského hlediska, ale pacientovi nemusí být jeho přítomnost příjemná, což by znamenalo, že z psychologického pohledu účast studenta na lékařské vizitě by mohla být pacientem vnímána jako invazivní. Každý výkon, který pacient bude vnímat jako zásah do své intimity, bude pro něj invazivní.

Ve své bakalářské práci se budu věnovat invazivním výkonům prováděných studenty pouze z ošetrovatelského hlediska.

#### **4.1 Invazivní výkony prováděné studenty**

Během bakalářského studia v oboru všeobecná sestra se student musí naučit mimo jiné naučit vykonávat řadu invazivních výkonů. Každý student na začátku svého studia dostane logbook neboli deník odborné praxe, který je oficiálním dokumentem studenta. V logbooku 3. lékařské fakulty jsou vypsány všechny výkony, které student má splnit. Z invazivních výkonů se jedná o:

- Odběr kapilární krve
- Odběr venózní krve
- Intramuskulární injekce
- Subkutánní injekce
- Periferní žilní kanylace
- Zavedení nazogastrické sondy
- Katetrizace močového měchýře ženy – dle Vytejškové obecně se považuje za „invazivní výkon“ (Vytejšková, 2013, str. 124), avšak se najdou autoři, například Gabriela Kapounová, kteří tento výkon řadí mezi neinvazivní kvůli tomu, že nedochází k porušení integrity. (Kapounová, 2007).

Vzhledem k tomu, že ve své práci invazivní výkon koncipují v širším slova smyslu, řadím ho mezi invazivní výkony nehledě na různé mínění autorů.

Každý z těchto výkonů se student má během studia naučit. Vždy bude existovat první pacient, na kterém určitý výkon provede poprvé, a mnoho dalších pacientů před tím, než si bude u výkonu stoprocentně jistý.

## **5. Výsledky výzkumu podobně zaměřených prací**

### **5.1 Strach studentů související s neúspěchem provedení invazivního výkonu**

Invazivní výkon nese s sebou určité možnosti, kdy student může udělat chybu, která ovlivní zdraví pacienta. Lze předpokládat, že před takovým úkolem by mohl pociťovat strach z neúspěchu provedení výkonu také student. Tento strach by mohl do jisté míry ovlivnit samotného pacienta.

V jednom článku ruského mezinárodního časopisu „Inovační věda“ z roku 2016 byl E. V Krutychem popsán výzkum, který byl zaměřen na strach z chyb u studentů. Výzkumem se zabývaly A. I Dursunová a K. A Cholujevá, které se snažily přiblížit problematiku strachu u studentů. Během studia studenti pociťují strach z mnoha faktorů, od nejrůznějších zkoušek až po neúspěch ve studiu. Tento výzkum se ale hlavně zaměřuje na strach z možné chyby, které se student může dopustit. Ve výzkumu se ukázalo, že strach z dopuštění se chyby vzniká v situacích, kdy na studentovi leží velká zodpovědnost. Ke vzniku strachu také přispívá, když někdo od studenta očekává, že chybu neudělá. Také jedním z faktorů, který hraje velkou roli, je vědomí toho, co chyba může způsobit. Čím větší následky mohou být při provedení chyby, tím je větší pravděpodobnost vzniku strachu, který blokuje tvůrčí schopnosti studenta a zvyšuje šanci na neúspěch. Student nejdříve pociťuje napětí a ztuhlost, která způsobí nadměrnou soustředěnost a opatrnost. Strach z možné chyby člověka zpomalí (Inovacionnaja nauka, 2016).

Výzkumu se zúčastnilo 28 studentů, s toho 17 mužů a 11 žen. Bylo zjištěno, že strach z chyby nepociťuje vůbec pouze 10,5 % studentů. Dále 76,1 %

dotazovaných odpovědělo, že strach pocítují někdy a zbylých 13,4 % má strach velmi často. Také se zjistilo, že ženy prožívají tento druh strachu častěji, dokonce samotný prožitek může trvat i několik hodin (Inovacionnaja nauka, 2016).

Díky zjištění z výzkumu o problematice strachu u studentů vznikajícího na základě chybování můžeme předpokládat, že u studentů ošetrovatelství to nebude jinak, spíše naopak, strach by měl být větší vzhledem k možnosti, že jejich chyba může znamenat trápení pro pacienta.

Zda pocit strachu vedl, také k větší chybovosti se ve výzkumu nezjišťovalo. Předpokládám, že díky přehnané opatrnosti na základě strachu, by mohlo dojít k častějšímu chybování.

## **5.2 Výsledky výzkumu související se vnímáním studentů pacienty.**

Podobný výzkum byl proveden v roce 2011 studentkou oboru všeobecná sestra Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích Čížkovou Marii, která se zabývala vnímáním ošetrovatelské praxe studentů oboru všeobecná sestra očima pacienta. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jak pacienti vnímají studenty na ošetrovatelské praxi v nemocnici, a zda jsou s jejich ošetrovatelskou péčí spokojené. Výsledky výzkumu byly následující: „z 93 (100 %) dotazovaných pacientů má 32 (34 %) naprostou důvěru v praktické dovednosti studenta a 53 (57 %) pacientů volilo odpověď spíše ano. Pouze 6 (7 %) zvolilo odpověď spíše ne a jen 2 (2 %) pacienti z celkového počtu dotazovaných studentům vůbec nedůvěřuje“, „ačkoliv ne všichni pacienti důvěřují studentům, většina pacientů (91 %) sdílí důvěru v jejich praktické dovednosti“, „z výše uvedených výsledků můžeme říci, že pacienti studentům důvěřují“, „obavy z některých výkonu prováděných studenty 59 (89 %) pacientů nemyslí, že by je výkony prováděné studenty mohly ohrozit na zdraví. Pouze 7 (11 %) pacientů zastává opačný názor a ve skutečnosti pouze 2 (2 %) pacienti ošetření od studenta již odmítli. Hlavním důvodem této nedůvěry je, že studenti mají málo zkušeností“, „44 (47 %) pacientů by od studenta odmítlo především výkony, které by mu mohly zhoršit zdravotní stav, dále výkony, které jsou pro ně nové a neznámé a ze kterých mají strach, výkony, které jsou bolestivé a výkony, při kterých by cítil stud. Přesto většina

*pacientů (49, 53 %) by žádný výkon od studenta neodmítla“. „Z výsledku vyplývá, že se hypotéza o tom, že pacienti mají z některých výkonů strach, nepotvrdila.*

### **5.3 Výsledky výzkumu související se strachem z invazivních výkonů obecně.**

Studentka lékařské fakulty Hradce Králové zkoumala problematiku, která se týká strachu z invazivních výkonů u nemocných nad 50. let. Cílem výzkumu bylo zjistit přítomnost strachu v souvislosti s operačním zákrokem u diagnózy kolorektálního karcinomu. Jednalo se tedy o strach před invazivním výkonem při kolonoskopii a před samotnou operaci.

Sice tento výzkum není zaměřený na obecné invazivní výkony, ale může přispět k obecné problematice strachu, který pacient nějakým způsobem pociťuje, z důvodu své diagnózy a pobytu v nemocnici. Díky výzkumu studentka zjistila že: *„Z celkového zkoumaného vzorku 22 nemocných strach pociťovalo 17 osob, což je 77,3 %, naopak strach nepociťovalo 5 osob, 22,7 %. Zajímavé je, že 5 osob, které strach nepociťovaly, byli všichni muži, z toho 1 byl před operací a 4 po operaci“ (Petrů, 2006, s. 66).*

Z výzkumu provedeného Zuzanou Petrů vidíme, že strach je hodně obvyklá a častá emoce, která se v nemocnici vyskytuje. Díky tomuto výzkumu můžeme předpokládat, že když student má v nemocnici praxi, bude provádět invazivní výkony na pacientech, kteří již díky pobytu v nemocnici určitou míru strachu můžou již pociťovat.

Také neméně zajímavý výzkum ve své bakalářské práci provedla Iveta Hylčerová, ve kterém zkoumala úlohu strachu při invazivních výkonech. Jedna z její otázek se týkala projevu strachu. Výzkumem zjistila, že: *„nečastější projev strachu v posledních dnech označilo:*

- *nespavost 24 osoby (40 %) – z toho 9 mužů,*
- *průjemy 16 osob (27 %)- pouze 1 muž*
- *zvýšené pocení 11 osob (18 %) - z toho 9 mužů*
- *nemá strach 15 osob (25 %) – z toho 10 mužů*

- *bolest na hrudi, dechové obtíže a zadržávání v řeči uvedla vždy pouze jedna osoba (2 %)“.* (Hylčerová, 2007)

Dalším zjištěním bylo, že strach pramení z nedostatku informací u 23 % osob, z předchozí zkušenosti u 20 % osob, ze sdělovacích prostředků 17 % osob, od rodiny nebo přátel 8 % osob.

## 6. BIOETIKA

Pojem etika má původ u Aristotela (384–322 př. Kr.). Rozlišuje tři lidské činnosti: teoretickou (poznání), tvořivou, která se nezaměřuje na samotnou cestu, ale na výsledek a činnost praktickou (jednání), ve které samotné jednání tvoří cíl. Etika je schopnost správně žít, a tedy je ze všech lidských činnosti tou nejpodstatnější. Jde to přirovnat k samotnému umění, které je třeba si osvojit stejně, jak kterékoli jiné. Správně žít je umění, které se musíme naučit. Etika se tedy zabývá formou chování a jednání. Pojednává o tom, co znamená lidské svědomí a svoboda (Heřmanová, 2012).

Etika má stále směr k dobru, které ale není dáno jednou provždy. V různých situacích dobro, které v jedné situaci znamenalo něco dobrého, může být v jiné zase opakem. Proto je potřeba nepřestávat hledat a výroky o tom, co je dobré a co ne, pokaždé ověřovat vzhledem k okolnostem a dané situaci. (Příhoda, 2014).

Bioetika – se řadí mezi odvětví aplikované etiky. Bioetika se zaměřuje na otázky spojené s lidským chováním v oblasti medicíny. Na rozdíl od lékařské etiky, která se zaměřuje hlavně na vztah lékaře a pacienta, bioetika pojímá i hodně jiných morálních problémů týkajících života. Bioetika tedy spolupracuje s filozofií, medicínou, psychologii také právem a ekologií (Vácha, in: Vácha, Königová, Mauer, 2012).

### 6.1 Základní principy lékařské etiky

Čtyři principy lékařské etiky byly formulované ve druhé polovině 20. století Beauchampem a Childresem. Principy jsou naznačené natolik volně, aby se mohlo na těchto principech shodnout co nejvíce lidí, což je velkou

výhodou. Bohužel existuje také nevýhoda ve volnosti těchto principů, a to hlavně v momentu, když se dva principy dostanou do konfliktu. Proto nemůžeme brát tyto čtyři principy jako jediné, na čem stojí celá lékařská etika jako taková (Vácha, in: Vácha, Königová, Mauer, 2012). Mezi čtyři principy lékařské etiky řadíme:

- Princip nonmaleficence – princip neuškodit.
- Princip beneficence – pojednává o konání dobra pro pacienta.
- Princip autonomie – pojednává o respektování lidské nezávislosti (také svobody, jedinečnosti)
- Princip spravedlnosti – pojednává o tom, jak se zacházet ve zdravotnictví spravedlivě ve vztahu ke všem zúčastněným, aby nic nebylo na úkor někoho jiného

(Vácha, in: Vácha, Königová, Mauer, 2012)

## **6.2 Princip autonomie**

Podle Mauera princip autonomie pojednává o respektování lidské nezávislosti. Tento princip může být v konfliktu s principem beneficence, který pojednává o konání toho, co je pro člověka dobré. Pacient podle principu respektování autonomie má právo jednat s vlastním tělem tak, jak považuje za vhodné sám, v případě, že rozumí veškerým následkům, které vzniknou v důsledcích jeho jednání. Pacient tedy má dokonce právo nesouhlasit s léčbou, popřípadě jí odmítnout, i když tato léčba by posloužila k jeho dobru a brzkému uzdravení. Tento princip lékař má právo porušit pouze v případě, že se jedná o pacienta, s chorobou, která může mít za následek poškození další třetí strany. Jde například o pacienty HIV pozitivní. Lékař tedy musí respektovat svobodu pacienta pouze v případě, že přání pacienta neuškodí nikomu dalšímu. K autonomii také řadíme respekt k individualitě pacienta dále zachování úcty k soukromí pacienta, k čemu patří například ochrana informací. (Mauer, in: Vácha, Königová, Mauer, 2012).

### 6.2.1 Informování souhlas

Formulář informovaného souhlasu je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. Pacient před nástupem do nemocnice podepisuje písemný souhlas s hospitalizací a provedením lékařských zákroku (Fiala, Tejkal a partneři, 2014).

Při neposkytnutí informovaného souhlasu veškeré výkony, které byly provedené za účelem diagnostiky nebo léčby jsou považované za protiprávní. Kromě výjimek stanovených zákonem nebo situací krajní nouze podle terminologie Haškovcové (Haškovcová, 2007). Hospitalizace proti vůli pacienta je povolena v případě, že ohrožuje sebe nebo okolí dle zákonem stanovených podmínek, po 24 hod se to ale musí dát k soudu, aby schválil pokračování hospitalizace.

Informovaný souhlas pacienta s poskytováním zdravotních služeb upravuje zákon č. 372/2011 Sb. V roce 2016 byl vydán zákon 147/2016 Sb., který provedl úpravy zákona 372/2011.

V tomto zákoně v čtvrté části první hlavy o právech a povinnostech pacienta a jiných osob v § 28 odstavci (1) uvádí, že „zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak“. Dále v § 34 o poskytování zdravotních služeb se souhlasem v odstavci (1) se pojednává, že „souhlas s poskytnutím zdravotních služeb (dále jen „souhlas“) se pokládá:

- a) za svobodný, je-li dán bez jakéhokoliv nátlaku,
- b) za informovaný, je-li pacientovi před vyslovením souhlasu podána informace podle § 31; souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se pacient podle § 32 odst. 1 podání informace vzdal“ (Zákon č. 372/2011 Sb.)

Problematikou informovaného souhlasu, jeho formou a povolením poskytovat zdravotní služby bez informovaného souhlasu řeší zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník, ale také zákon 372/2011 Sb. (Fiala, Tejkal a partneři, 2014).



### 6.2.2 Autonomie pacienta v rámci informovaného souhlasu.

Možnost pacienta se samostatně rozhodovat o vlastní léčbě je spojena s informovaným souhlasem. Podle Williamse, jak ho cituje Mauer, má souhlas tři části:

1. Odkrytí – odkrytí informací má sloužit k tomu, aby co nejvíce dával pacientovi pocit, že má situaci pod vlastní kontrolou. Naopak při nedostatku informací pacient tuto kontrolu ztrácí a může se cítit bezmocně.
2. Kapacita neboli kompetence – je schopnost pacienta pochopit poskytované informace v jejich plné míře. Faktory jako jsou pocit nedůvěry, tlak, úzkost mohou negativně ovlivnit schopnost pacienta informace zpracovat a mít za následek snížení kapacity. Například u pacienta, který trpí bolestí, bude druhotně snížena kapacita, což dává zdravotníkovi velký prostor k manipulaci a nátlaku.
3. Dobrovolnost – při podepisování souhlasu by pacient neměl pociťovat jakýkoliv nátlak ze strany zdravotníků. Také zdravotník nesmí připustit použití manipulativních technik či vyhrožování. Nepřiměřeným nátlakem může být například požadování informovaného souhlasu těsně před tím, než mu bude proveden operační zákrok.

(Mauer, in: Vácha, Königová, Mauer, 2012)

Podle Mauera použití písemné formy informovaného souhlasu jen formálně vede k tomu, že ztrácí svůj účel a slouží potom více pro ochranu zdravotníka než k informovanosti pacienta. Podle Mauera existuje hodně případů, kdy dochází k nátlaku pacienta k podepsání souhlasu, aniž by byl pacient se souhlasem řádně seznámen a měl čas alespoň na jeho přečtení a uvažování. Mauer také upozorňuje, že žádný dokument nemůže pomoci ve chvíli, když vztah mezi pacientem a zdravotníkem nebude vybudován na respektu jednoho k druhému a důvěře (Mauer, in: Vácha, Königová, Mauer, 2012).

K podobné úvaze se přiklání Doležel, který se ve svém článku zabývá informovaným souhlasem jako vyjádřením autonomie vůle nebo reflexe

paternalistického vztahu. Doležel předpokládá, že lékař či ošetřující osoba je ve většině případů ve zvýhodněné pozici oproti pacientovi. Tato zvýhodněná pozice většinou vznikne z důvodu, že lékař je jistý správností svých postupů, a tak se snaží své rozhodnutí o tom, jak se bude v léčbě postupovat pacientovi vnutit. Pacient naopak zde zaujímá pozici, kdy je nevědomý a nemá dostatečně informaci a znalosti, aby mohl léčbu posoudit, v tuto chvíli se znalosti a erudovanost lékaře v této problematice stanou jeho zbraní. Na základě této úvahy Doležel píše: „*svobodný souhlas není svobodný*“. (Doležel, 2011, str. 9)

Z výše uvedeného lze předpokládat, že praktikující student zaujímá zvýhodněnou pozici oproti pacientovi. Vztah student-pacient není rovnocenný, a proto student může nevědomě využít svou zvýhodněnou pozici oproti pacientovi pro vnucení toho, aby pacient s výkonem souhlasil. K nátlaku mohlo dojít již dojit při samotném podepisování informovaného souhlasu se studenty, kdy pacientovi nemusel být poskytnut dostatečný čas na prostudování a uvažování.

### **6.2.3 Obsah informovaného souhlasu s hospitalizací**

Souhlas pacienta s hospitalizací a případným překladem v rámci FNKV obsahuje, zda si pacient přeje znát informace o svém zdravotním stavu. Zda souhlasí nebo nesouhlasí, aby informace o jeho zdravotním stavu mohly být předávány i dalším osobám, které si uvede do záznamu. K tomu pacient určí, na jaké informace uvedená osoba má právo. Pacient uvede také osoby, které si nepřeje, aby dostaly informace o jeho zdravotním stavu. Informovaný souhlas s hospitalizací také obsahuje souhlas s účastí studentů na péči o pacienta. Tento souhlas zní: „*DÁVÁM/NEDÁVÁM souhlas s tím, aby osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, nahlížení do mé zdravotnické dokumentace, či byly přítomny, popřípadě se podílely na mém vyšetřování, léčení a ošetřování pod dohledem pověřených zkušených lékařů a sester/laborantů*“.

### **6.2.4 Nahlížení do dokumentace studenty**

Podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) v části patřící § 46 odstavci (2) je poskytovatel povinen „*zajistit, aby osoby připravující se na výkon zdravotnického povolání prováděly při klinické a praktické výuce, praktickém vyučování a*

*odborné praxi, která se uskutečňuje na jeho pracovištích, jen činnosti, včetně zdravotních výkonů, které jsou součástí výuky nebo praxe, a to pod přímým vedením zdravotnického pracovníka, který má způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání“.*

Dále tento zákon v části šesté druhé hlavy o zdravotnické dokumentaci § 65 odstavci (3) pojednávající o nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořizování jejích výpisů nebo kopií uvádí, že *„Osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka a zdravotničtí pracovníci uvedení v § 46 odst. 2 mohou do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi nahlížet v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky; to neplatí, jestliže pacient nahlížení prokazatelně zakázal“* (Zákona č. 372/2011 Sb.).

Zákon č. 96/2004 Sb., vymezuje rozdíl mezi odborným dohledem a přímým vedením. Pod odborným dohledem se rozumí provádění činnosti při dosažitelnosti rady a pomoci zdravotnického pracovníka. Pod přímým vedením se rozumí provádění činnosti při stálé přítomnosti a podle pokynů zdravotnického pracovníka (Zákon č.96/2004 Sb.).

V praxi ne vždy jde student provádět invazivní zákrok v doprovodu vyučující sestry mentorky, tedy pod přímým vedením. Při začátku praxe sestra mentorka zjistí, které výkony student již ovládá a které ne. U výkonů, kde student prokáže odpovídající dovednosti, mentorka nechává studenta provádět výkon bez jejího doprovodu.

### **6.3 Etický kodex studenta 3.LF UK**

V etickém kodexu studentů 3. LF UK mimo jiné se pojednává o vztahu studenta k pacientovi. Dle tohoto kodexu student se musí k pacientovi chovat podle čtyř principů lékařské etiky (dobře činnosti, neškodění, autonomie, spravedlnost) a dávat velký důraz na důstojnost každého pacienta.

- Student se k pacientovi musí chovat s úctou a respektem nehledě na to jakou má rasu, náboženské vyznání nebo orientaci. Také se student nemůže k pacientovi chovat bez úcty na základě jeho osobního odporu k pacientovi.

- Na studenta se vztahuje povinnost zachovat lékařské tajemství.
- Student nesmí sdělovat informace o stavu pacienta jeho kamarádům či rodině.
- Před provedením jakéhokoliv výkonu má student povinnost sdělit pacientovi skutečnost, že je studentem nikoli lékařem.
- Student nesmí vykonávat výkony, ke kterým nebyl pověřen.
- Nesmí na základě stanovené vlastní diagnózy měnit nebo zastavovat léčbu.
- Student může vykonávat veškeré výkony jen tehdy, je-li pod dohledem pověřeného zdravotníka.
- Student by měl pacienta chránit v případě ohrožení jiným studentem. Neměl by ale používat jakékoliv ponižující výroky nebo podceňování jiných pracovníků včetně spolužáků v přítomnosti pacientů.
- Student může odmítnout provádět zákrok, který by byl v konfliktu s jeho svědomím. (Etický kodex studentů 3. LF UK)

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 1. Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek a hypotéz

Hlavním cílem praktické části mé bakalářské práce bylo zjistit, zda pacienti mají strach a obavy při provádění invazivního výkonu studentem. Pokud ano, zda je intenzita tohoto strachu větší, když výkon provádí student než zkušená sestra. Dále zjistit, zda se pacienti během hospitalizace setkávají s tím, že z nejrůznějších důvodů mívají tendenci studenta odmítnout, ale nemají k tomu odvahu a zda při podepisování informovaného souhlasu o účasti studentů během hospitalizace, správně rozumí tomu, co budou moci studenti provádět.

V rámci mého výzkumu jsem se zaměřila na následující výzkumné otázky: *Pociťují pacienti silnější strach při provádění invazivního výkonu studentem než zkušenou sestrou? Mívají pacienti větší strach z nepovedení výkonu prováděného studentem než sestrou? Vnímají pacienti svůj strach jako něco významného? Mají pacienti tendenci studenta při některých výkonech odmítnout? Představují si pacienti správně, co vše souhlas se studenty obnáší? Mívají pacienti při podepisování informovaného souhlasu se studenty pocit tlaku? Vědí pacienti, že svůj souhlas můžou později odvolat?*

Pro naplnění cílů výzkumu jsem si stanovila následující hypotézy a podhypotézy, které jsem během výzkumu vyhodnotila.

Hypotézy a podhypotézy slouží pro naplnění výzkumných otázek.

**Hypotéza 1:** Pacienti, u kterých provádí invazivní zákroky osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (dále studenti) se takových zákroků často bojí víc, než kdyby je prováděl běžný personál, strach s tím spojený vnímají jako subjektivně velký.

**Hypotéza 2:** Tito pacienti by některé zákroky vykonávané studenty nejraději odmítli, ale z různých důvodů to neudělají.

**Podhypotézy 1 a 2 rozšiřují hlavní hypotézu 1. Následně podhypotézy 3 až 6 rozšiřují hlavní hypotézu 2.**

**Podhypotéza 1:** Pacienti zažívají při provádění invazivních zákroků studenty obavy a strach z možnosti nepovedení výkonu větší než kdyby je prováděl běžný personál.

**Podhypotéza 2:** **Fakultativně:** tyto obavy nebo strach jsou pro ně subjektivně významné.

**Podhypotéza 3:** Pacienti si často při podpisu informovaného souhlasu (dále IS) neumí představit, co přítomnost a podílení se studentů na jejich léčbě konkrétně znamená, protože nerozumí té formulaci a nemají dost zkušeností v této oblasti nebo jsou příliš zaměstnání svou nemocí.

**Podhypotéza 4:** Pacienti podepisují tento IS kvůli pocitu tlaku, který vnímají v daném zdravotnickém zařízení, i když nemusí být přímo vyjádřený.

**Podhypotéza 5:** Pacienti neví, že svůj IS mohou později odvolat.

**Podhypotéza 6:** Pacienti chtějí svůj IS později odvolat, ale neudělají to, protože se bojí reakce personálu.

## **2. Vzorek pacientů**

Výzkum se uskutečnil u pacientů hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady na ortopedicko-traumatologické klinice v Praze v období března a dubna 2018. Jednalo se o pacienty se zlomeninami, kteří v době výzkumu již byli po operačním zákroku. Vzorek tvoří muži i ženy, 7 žen a 13 mužů. Věk nemocných byl od 20 do 78 let. Všichni respondenti měli podepsaný informovaný souhlas k přítomnosti studentů během jejich hospitalizace. Pacienty jsem vybírala podle toho, zda měli podepsaný informovaný souhlas se studenty a byli již po operačním zákroku. Pacienty, kteří byli pod silným vlivem hypnotik nebo byli psychicky nestabilní, jsem do výzkumu nezapojila. Všichni pacienti s výzkumem souhlasili.

## **3. Metody výzkumu**

Při výběru metody výzkumu jsme zvolili formu semistrukturovaného rozhovoru.

Přesněji řečeno, jde o použití metody semistrukturovaného rozhovoru a výzkum je tak na pomezí kvantitativního (testování hypotéz) a kvalitativního – získání orientace a vzhledu do prožívání pacientů v souvislosti s prováděním invazivních zákroků studenty.

Před začátkem rozhovoru jsem pacientům vysvětlila, co znamená invazivní výkon. Definice zněla, že invazivní výkony jsou všechny výkony, při kterých dojde k proniknutí do jejich organismu. Pro lepší představu jsem uvedla příklad nejčastějších invazivních výkonů prováděných studenty jako jsou odběry krve, zavádění kanyl a injekce.

Při rozhovoru pacienti odpovídali na položené otázky, které jsem následně zapisovala do záznamových archů. Záznamy jsem prováděla sama během rozhovoru s pacientem. Dotazník obsahuje otevřené a uzavřené otázky, které jsem zpracovala kvalitativně a kvantitativně. Otevřené otázky jsem vyhodnotila tematickou analýzou a následně rozdělila odpovědi pacientů na základní témata, aby bylo možné znázornit odpovědi také graficky pro lepší orientaci.

Dotazník obsahuje 13 otázek. První tři otázky se týkají věku, pohlaví a nejdříve dosaženého vzdělání. Dále se otázky dělí dle toho, ke kterým z hlavních hypotéz se vztahují. Otázky 4, 5 a 6 se vztahují k hlavní hypotéze 1 a jejím podhypotézám. Následně otázky 7 až 12 se vztahují k hlavní hypotéze 2 a jejím podhypotézám. Otázka 13 je spíše informativní.

**Rozhovor se skládal z následujících otázek:**

1. Pohlaví
2. Věk
3. Dosažené vzdělání
4. Pociťujete strach, při provádění invazivního zákroku studentem?
5. Máte obavy z toho, že se může studentovi výkon nepovedět?
6. Porovnejte svoje obavy a strach před invazivním výkonem prováděným studentem a zkušenou sestrou od 0 do 10.  
0 – nepociťuji strach vůbec  
10 – největší intenzita strachu  
Příklad: Výkon prováděný studentem – 5  
Výkon prováděný sestrou – 1.
7. Myslíte si zpětně, že jste správně rozuměl (a) tomu, co znamenal Váš souhlas s účastí studentů při vaší léčbě?
8. Pokud jste zjistil, že jste neporozuměl (a) co tento souhlas znamená v praxi, co jste si myslel (a), že budou moci studenti provádět?
9. Cítil jste nějaký nátlak, abyste souhlas podepsal?
10. Měl jste již zkušenosti se studenty? Byly spíše pozitivní nebo negativní? Mělo to vliv na Vaše rozhodování?
11. Víte (věděl jste), že i přes podepsání souhlasu budete moci studenta odmítnout v případě, že si to rozmyslíte?
12. Byl byste schopen studenta odmítnout v případě, že byste si souhlas rozmyslel? V případě že ne, tak proč?
13. Myslíte si, že byste podepsala souhlas s přítomností studentů znovu v případě další hospitalizace?



#### **4. Etika výzkumu**

Provedení výzkumu bylo povoleno vrchní a staniční sestrou kliniky. Dále etickou komisí Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči.

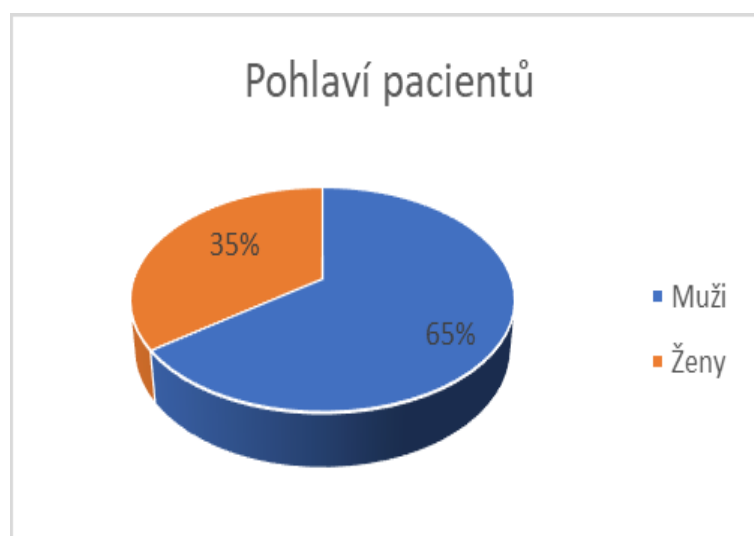
Všem účastníkům výzkumu bylo před začátkem rozhovoru sděleno, čím se výzkum bude zabývat. Zdůraznila jsem, že jejich účast je zcela dobrovolná, a že výzkum můžou v jakékoliv chvíli ukončit. Dále jsem pacientům vysvětlila, že jejich účast ve výzkumu je zcela anonymní. Všichni pacienti s účastí ve výzkumu souhlasili.

# VÝSLEDKY VÝZKUMU

První tři otázky v rozhovoru byly zaměřeny na charakteristiku pacientů. Na pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání.

## Otázka č. 1: Pohlaví pacientů

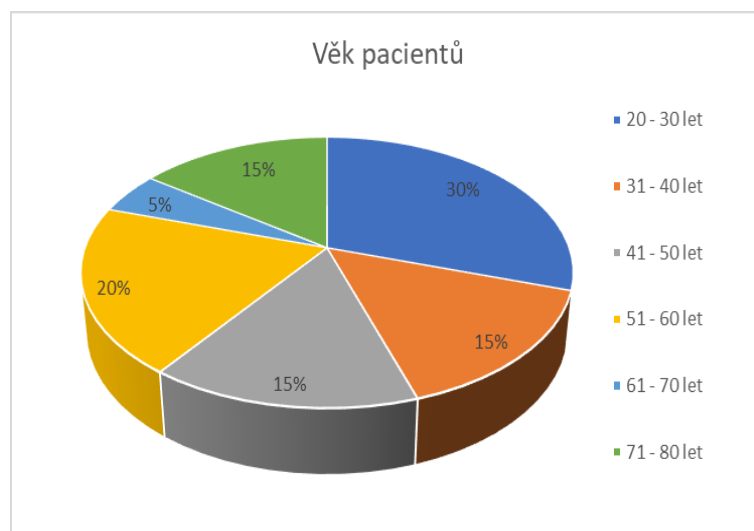
### 1. Pohlaví pacientů



Výzkumu se zúčastnilo celkem 20 pacientů. Z toho 13 mužů, což tvoří 65 % všech respondentů a 7 žen, což je 35 %. Větší část respondentů byli muži.

## Otázka č. 2: Věk pacientů

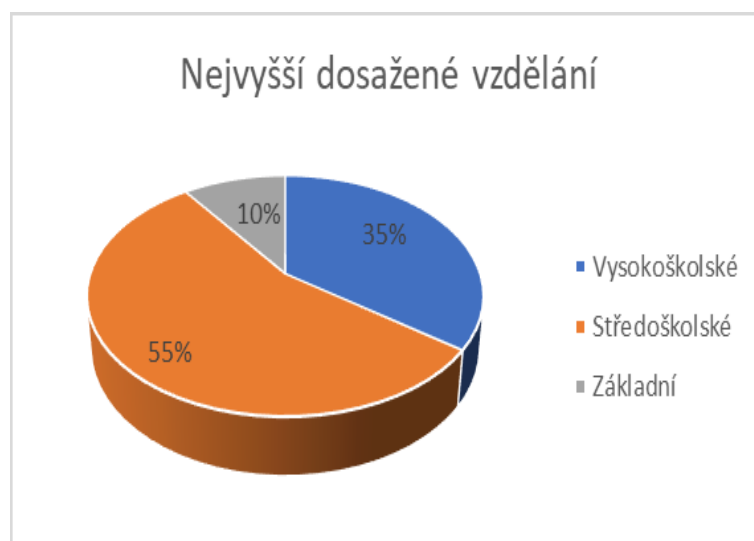
### 2 Věk Pacientů



Větší část respondentů tvořili pacienti ve věku od 20 do 30 let. Celkem jich bylo 6 (30 %) z 20 dotazovaných. Pacienti ve věku 31–40 let byli pouze 3 (15 %), se stejným počtem byli respondenti ve věku 41–50 a 71–80. Další 4 (20 %) pacientů bylo v rozmezí 51–60. let. Nejmenší skupinu tvoří pacienti 61–70 let, pouze 1 pacient (5 %).

**Otázka č. 3:** Nejvyšší dosažené vzdělání

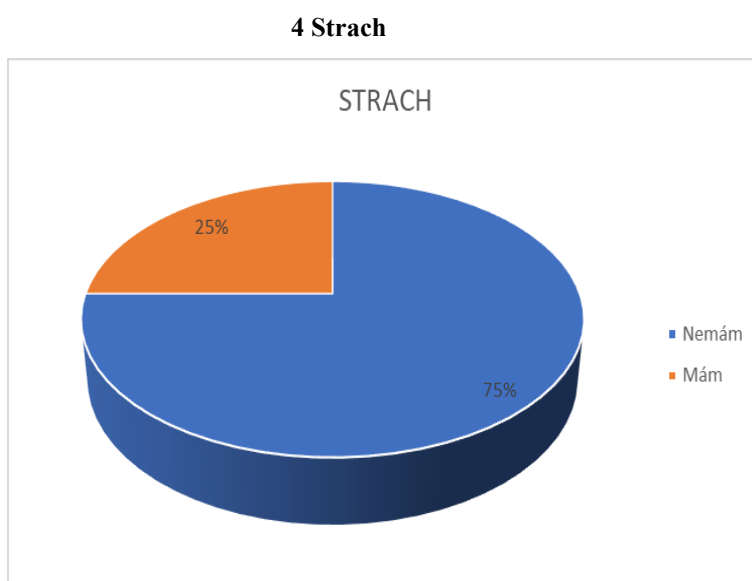
**3 Nejvyšší dosažené vzdělání**



Větší část respondentů tvořili pacienti se středoškolským vzděláním. Z 20 respondentů mělo 11 (55 %) dokončenou střední školu a 7 (35 %) mělo vysokoškolský titul. Pouze 2 (10 %) pacienti neměli v době provedení výzkumu ještě dokončenou střední školu.

Otázky 4 až 6 se vztahují na hlavní hypotézu 1. Z toho otázka 4, 5 se zaměřuje na podhypotézu 1 a otázka 6 na podhypotézu 2. Odpovídají také na první 3 výzkumné otázky: *Pociťují pacienti silnější strach při provádění invazivního výkonu studentem než zkušenou sestrou? Mívají pacienti větší strach z nepovedení výkonu prováděného studentem než sestrou? Vnímají pacienti svůj strach jako něco významného?*

**Otázka č. 4:** Pociťujete strach, při provádění invazivního zákroku studentem?



Na tuto otázku 15 (75 %) pacientů odpovědělo, že strach při provádění invazivního výkonu studentem nemají. Nejčastější odpovědí bylo „nemám vůbec strach z takových výkonů, proto ten strach nemám ani když ten výkon provádí student“. Z těchto 15 pacientů někteří podotkli, že kdyby se báli invazivních výkonů, tak nejspíš by se báli hodně, kdyby výkon měl provést student.

Pouze 5 (25 %) pacientů odpovědělo, že při provádění invazivního výkonu studentem strach mají. Z těchto 5 pacientů se pouze 2 vyjádřili, že strach mají velký, zbytek uvedl, že mají spíše menší obavy. Odpověď byla formulovaná jako „neřekl bych, že mám vyloženě strach, ale nějaké nepříjemné pocity tam jsou“. Přitom tito 3 pacienti, kteří měli menší obavy, dodali, že normálně se invazivních výkonů nebojí. Naopak pacienti, kteří měli velký strach, se invazivních výkonů báli vždy. Jeden z respondentů se vyjádřil takto: „mám obrovský strach z těchto

výkonů obecně. Děsí mě vědomí toho, že kdyby se to studentovi nepovedlo, tak by byla potřeba výkon opakovat“.

**Otázka č. 5:** Máte obavy z toho, že se může studentovi výkon nepovést?

#### 5 Obavy z nepovedení výkonu

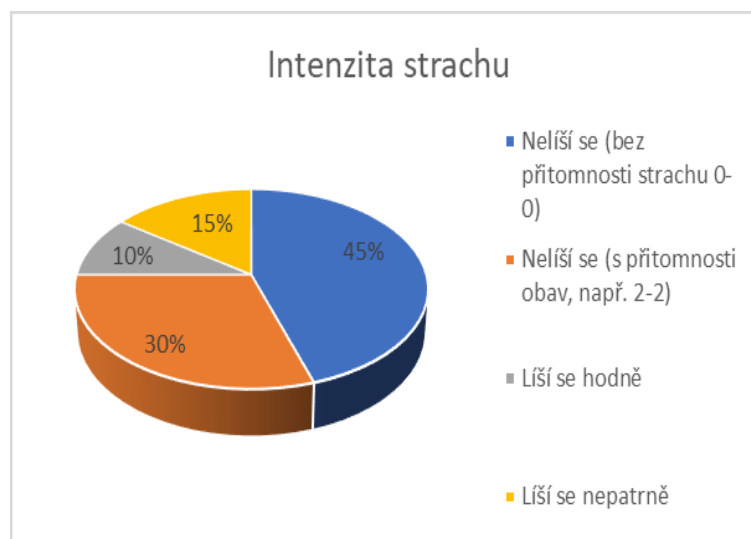


Na tuto otázku větší část pacientů odpověděla, že mají obavy z toho, že se výkon studentovi může nepovést. Z 20 pacientů 11 (55 %) z nich obavy měli a 9 (45 %) neměli. Zajímavé je, že pacienti, kteří odpověděli „nemám“ na minulou otázku, zda mají strach, když výkon provádí student na tuto otázku, již odpovídali opačně. Tito pacienti zdůraznili, že i přes to, že obecně invazivních výkonu se nebojí, tak by jim nebylo příjemné, kdyby se tyto výkony měli provádět více, než by byla potřeba. Zde, ale také hodně z nich zdůraznila, že stejné obavy mají, kdyby se měla netrefit sestra. Naopak 9 (45 %) zbylých pacientů nejčastěji uvádělo, že obavy z nepovedeného výkonu nemají, protože s tím nepočítají. Odpovědi zněly takto: „nepředpokládám, že by se student do žily netrefil“, „studenti jsou dnes šikovní, a tak si nemyslím, že by se to studentovi nepodařilo“, „Předpokládám, že studenti mají určitou sebereflexi v tom, zda výkon provést umějí nebo ne, a proto neočekávám, že by se to nemělo povést, když do toho ten student jde“, „plně důvěřuji zdravotnickému personálu tedy i studentům včetně“. Zde je také zajímavé podotknout, že pouze 2 pacienti z těchto 9 uvedli, že i kdyby se to stalo a studentovi by se výkon nepovedl, tak by jim to nevadilo, že by se to

muselo dělat znovu, ale pouze za předpokladu, že by se to nezkoušelo desetkrát. Zajímavou odpověď měl také respondent, kterého jsem zařadila mezi ty, kteří strach nemají. Jeho odpověď zněla „obavy nemám, ale určitě bych měl strach, kdyby studenta nehlídal zkušený lékař nebo sestra“.

**Otázka č. 6:** Porovnejte svoje obavy a strach před invazivním výkonem prováděným studentem a zkušenou sestrou od 0 do 10. Kde je 0 – nepociťují strach vůbec, 10 – největší intenzita strachu.

#### 6 Intenzita strachu



U 9 pacientů (45 %) se intenzita strachu vůbec nelišila. K těmto pacientům patřili respondenti, kteří již na začátku odpovídali, že nemají obecně strach z invazivních výkonů. Všechna 9 pacientů označilo svůj strach 0–0, tedy vliv na jejich strach studenti vůbec neměli.

Další skupinu respondentů tvořili pacienti, u kterých se míra strachu nelišila, avšak obavy z nepovedení výkonu byly přítomné. Tyto obavy z nepovedeného výkonu nebyly vztahované na studenty, ale obecně na všechny, kdo by výkon prováděl. Takových pacientů bylo celkem 6 (30 %). Jejich odpovědi tedy byly např.: 3-3, 2-2, 4-4. Obavy z nepovedení výkonu tedy měli, ale intenzita těchto obav mezi výkonem prováděným zkušenou sestrou a studentem se nelišila. Odpovědi takových respondentů zněly: „Nemám strach před invazivními výkony, ale nelíbilo by se mi, kdyby do mě museli píchnout“.

*párkrát, ať už jde o zkušenou sestru či studenta. Neřekl bych, že se jedná o strach, ale pouze o pohodlí“, „zažil jsem zkušenou sestru, která se mi netrefila do žíly a musela znovu, není to nic příjemného, i když se toho nebojím. Takže kdybych měl ohodnotit tak bych dal 2-2“.*

U pacientů, kteří již v první otázce uváděli velký strach z invazivních výkonů, byl v tomto hodnocení obrovský rozdíl. Takoví pacienti byli pouze 2 (10 %). Uváděli, že když při provádění výkonu sestrou by měli intenzitu strachu 5 tak při stejném výkonu prováděného studentem by měli 10, což je dvojnásobek jejich strachu. Další 3 (15 %) pacienti uváděli, že míra jejich strachu by byla nepatrně větší při provedení výkonu studentem.

#### **Vyhodnocení otázek 4 až 6.**

Vyhodnocením těchto otázek jsem získala odpovědi na tyto výzkumné otázky: *„pocít'ují pacienti silnější strach při provádění invazivního výkonu studentem než zkušenou sestrou?“, „mívají pacienti větší strach z nepovedení výkonu prováděného studentem než sestrou?“, „vnímají pacienti svůj strach jako něco významného?“. Z odpovědí vyplývá, že z 20 respondentů větší část z nich neměla obecně strach z invazivních výkonů prováděných studenty. Obavy z nepovedení výkonu mívají i pacienti, kteří se obecně výkonu nebojí, avšak tyto obavy bývají stejně velké u výkonů prováděných zkušenou sestrou. Jako něco významného svůj strach vnímají pouze pacienti, kteří se invazivních výkonů bojí obecně.*

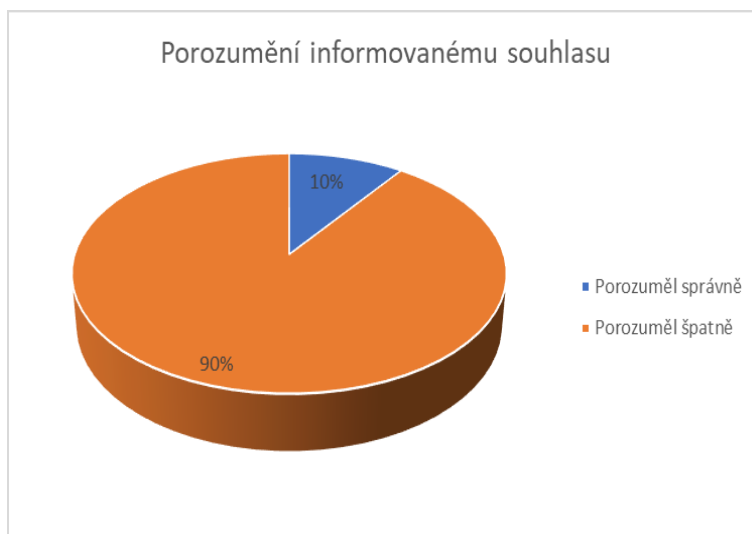
Předpokládám, že pacienti, kteří na otázku, zda pocít'ují strach z invazivních výkonů prováděných studenty, odpověděli ne, vnímali pojem strach jako něco významnějšího než pojem obavy. Proto v následujících odpovědích, zda mají obavy z nepovedení výkonu, větší část z nich již odpověděla ano. Neměli tudíž strach, ale menší obavy již pocít'ovali. Rozdíl mezi vnímáním těchto pojmů mohl vést k tomu, že se lišili odpovědi na tyto otázky.

Hypotéza č. 1 a podhypotézy 1 a 2 se tedy nepotvrdily.

Otázky 7 až 12 se vztahují na hypotézu č. 2 a její podhypotézy. Otázky 7 a 8 se vztahují na podhypotézu 3, otázky 9-10 na podhypotézu 4, otázka 11 na podhypotézu 5 a otázka 12 na podhypotézu 6.

**Otázka č. 7:** Myslíte si zpětně, že jste správně rozuměl (a) tomu, co znamenal Váš souhlas s účastí studentů při vaší léčbě?

#### 7 Porozumění informovanému souhlasu



Z této otázky vyplývají zajímavé výsledky. Z dvaceti respondentů pouze 2 (10 %) porozuměli správně tomu, co znamená účast studentů při léčbě. Dalších 18 (90 %) pacientů buď nepochopilo úplně, nebo pochopilo jen z části. Zajímavé je podotknout, že jeden z těchto dvou respondentů, co porozuměli informovanému souhlasu správně, byla bývalá zdravotní sestra.

**Otázka č. 8:** Pokud jste zjistil, že jste neporozuměl (a), co tento souhlas znamená v praxi, co jste si myslel (a) že budou moci studenti provádět?

Na tuto otázku větší část pacientů odpovídala stejně. Většina z nich si představovala provádění spíše běžných neinvazivních výkonů. K takovým výkonům zařazovali měření krevního tlaku a teploty. Někteří pacienti k tomu také zařadili převazy. Hodně zajímavé byly odpovědi pár respondentů, které se lišily od jiných: „představoval jsem si, že to bude na úrovni mediků, kdy se budou jen dívat a lékař jím k tomu něco poví, nemyslel jsem, že se jedná i o studenty



*ošetřovatelství“*, „*vůbec mě nenapadlo, že studenti budou odebírat krev, to spíš jsem si myslel, že budou chodit se zkušenou sestrou a pouze se dívat*“, „*viděl jsem to pouze ve filmu, jak studenti medicíny chodí spolu s doktory na vizity, lékař se jich v průběhu na něco zeptá a tak, nenapadlo mě, že se bude jednat o invazivní výkony*“, „*usuzoval jsem z dřívější zkušenosti se studenty, kdy se pouze dívali*“.

### **Vyhodnocení otázek 7 a 8**

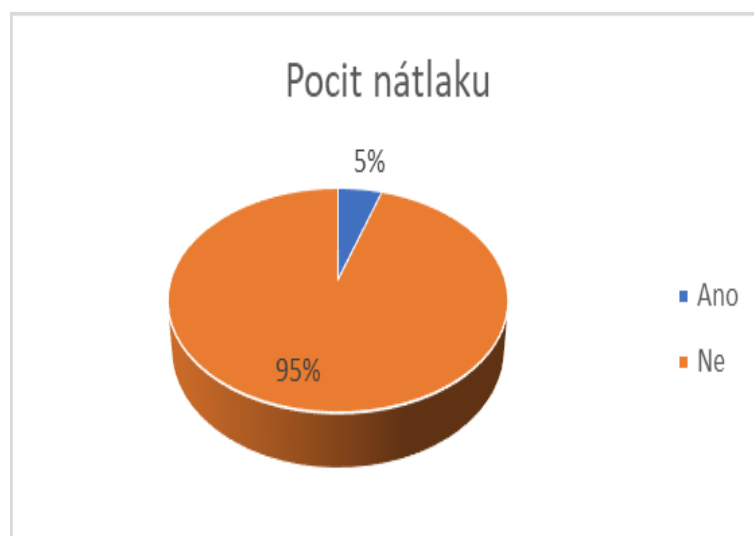
Z odpovědí jsem vyhodnotila, že skoro všichni pacienti neporozuměli správně tomu, co budou moct studenti provádět. Někteří z nich uvedli, že ani nepřemýšleli nad tím, co podepisují. Většina pacientů si představovala pouze neinvazivní výkony a vůbec je nenapadlo, že by se mohlo jednat o složitější výkony.

Po vyhodnocení jsem získala odpověď na další výzkumnou otázku: „*představují si pacienti správně, co vše souhlas se studenty obnáší?*“.

Podhypotéza č. 3 se potvrdila.

**Otázka č. 9:** Cítil (a) jste nějaký nátlak, abyste souhlas podepsal?

**8 Pocit nátlaku**



Pacientům jsem vysvětlila termín nátlak, jako situaci, kdy nejednají na základě své svobodné vůle.

Skoro všichni pacienti 19 (95 %) necítili nátlak při podepisování informovaného souhlasu se studenty. Pouze 1 (5 %) pacient odpověděl, že ho určitě ovlivnila skutečnost, že se jedná o fakultní nemocnici. Zajímavé je, že tento pacient byl jeden z mála, který správně porozuměl tomu, co vše budou moct studenti provádět. Jeho odpověď zněla „*na ambulantním příjmu se mě zeptali jestli vím, že se jedná o fakultní nemocnici, kde jsou studenti na praxi. Myslím si, že kdyby se jednalo o soukromé zařízení tak by mě to ani nenapadlo. Určitě to na mě nějaký vliv mělo*“.

**Otázka č. 10:** Měl jste již zkušenosti se studenty? Byli spíše pozitivní nebo negativní? Mělo to vliv na Vaše rozhodování?

#### 9 Předěšlé zkušenosti



Většina pacientů 17 (85 %) neměla zkušenosti se studenty během dřívějších pobytu v nemocnici. Pro větší část z nich to byla první hospitalizace a první setkání se studenty. Pouze 3 (15 %) pacienti měli již z dřívějška pozitivní zkušenosti, které je také vedly k tomu, aby se studenty souhlasili.

#### **Vyhodnocení otázek 9 a 10**

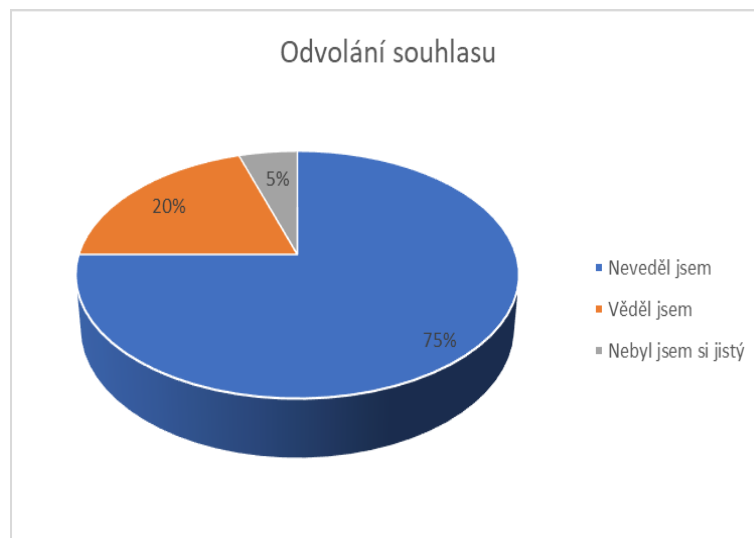
Vyhodnocením těchto otázek jsem získala odpověď na výzkumnou otázku: „*mívají pacienti při podepisování informovaného souhlasu se studenty pocit tlaku?*“.

Pocit tlaku pacienti nemají. V momentě podepisování informovaného souhlasu se necítí ze strany personálu tlačení do něčeho, s čím by nesouhlasili. Na jejich rozhodování nemá vliv ani skutečnost, že se jedná o fakultní nemocnici. Tento důvod měl vliv pouze na jednoho pacienta, který to nevnímal nějak negativně. Většina pacientů neměla zkušenosti se studenty dříve, ale z těch pacientů, co již zkušenosti měli, uvedli, že to mělo vliv na jejich rozhodování, jelikož zkušenosti byly velmi pozitivní.

Podhypotéza 4 se tedy nepotvrdila.

**Otázka č. 11:** Víte (věděli jste), že i přes podepsání souhlasu budete moci studenta odmítnout v případě, že si to rozmyslíte?

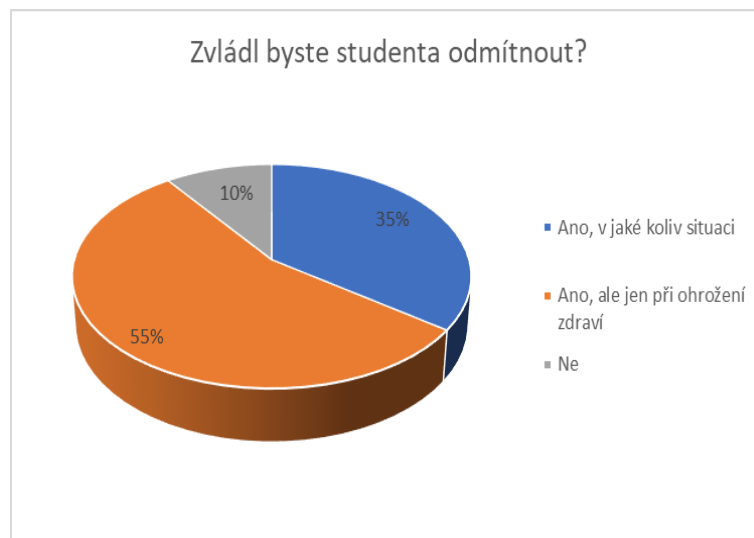
#### 10 Odvolání souhlasu



Zde je také zajímavé, že převážná většina respondentů neví o možnosti souhlas se studenty odvolat. Jedná se o 15 (75 %) pacientů. Další 4 (20 %) pacienti o této možnosti věděli a 1 (5 %) pacient se pouze domníval. Nejčastější odpovědi zněly: „o této možnosti jsem nevěděl“, „nad tím, jsem při podepisování souhlasu neuvažoval, ale nevím o tom“, „nevěděl jsem o tom“.

**Otázka č. 12:** Byl byste schopen studenta odmítnout v případě, že byste si souhlas rozmyslel? V případě že ne, tak proč?

#### 11 Zvládl byste studenta odmítnout?



Větší část 11 pacientů (55 %) odpovědělo, že by dokázali studenta odmítnout pouze v případě vážného ohrožení jejich zdraví. (*např.: neměl bych problém studenta odmítnout, kdybych už viděl, že se mu třeba klepou ruce*“, „neměl bych problém studenta odmítnout, kdyby se třeba do žíly netrefil už na potřehtí“.) Zajímavé bylo zjištění, že pacienti, kteří měli velký strach z invazivních výkonů prováděných studenty odpověděli, že by již nezvládli studenta odmítnout i přes obrovský strach z výkonu. Takových pacientů bylo celkem 2 (10 %). Odpovědi zněly „asi bych už v té chvíli studenta nezvládla odmítnout, nebylo by mi to příjemné“, „nechtěl bych studenta urazit“. Další 7 (35 %) pacientů odpověděli, že by zvládli pacienta odmítnout v jakékoliv situaci. Bylo zajímavé, že těchto 7 pacientů jsou respondenti z těch, kdo na otázku, zda mají strach z invazivních výkonů, odpověděli ne.

#### **Vyhodnocení otázek 11 a 12**

Vyhodnocením těchto otázek jsem získala odpovědi na výzkumné otázky: „mají pacienti tendenci studenta při některých výkonech odmítnout?? Vědí pacienti, že svůj souhlas můžou později odvolat, a zda takto učinit chtějí?

Větší část pacientů neví o tom, že by mohli svůj souhlas se studenty odvolat, ale i přes to převážení část pacientů by to dokázala udělat v případě, že by se pro to rozhodla.

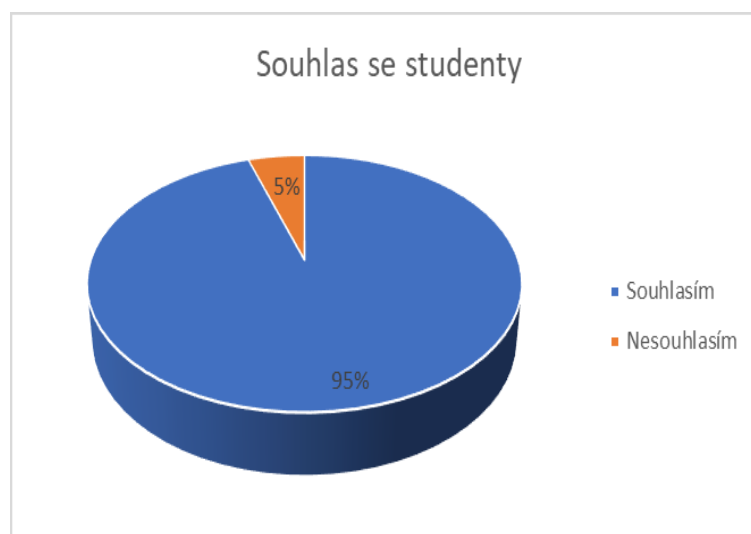
Pacienti, kteří se bojí invazivních výkonů, mají tendenci studenta odmítnout, ale nebylo by to pro ně jednoduché. Naopak pacienti, kteří strach z výkonu nemají, nemívají ani důvod studenta odmítat, avšak by to zvládli udělat, pokud by se jim něco nezdálo.

Podhypotéza č. 5 se potvrdila, naopak pod-hypotéza č. 6 se nepotvrdila.

**Otázka č. 13:** Myslíte si, že byste podepsala souhlas s přítomností studentů znovu v případě další hospitalizace?

Tato otázka se nevztahuje k žádné hypotéze, je pouze informativní.

#### 12 Souhlas se studenty



Z dvaceti respondentů 19 (95 %) z nich odpověděli, že by souhlas se studenty podepsali znovu. Pouze 1 (5 %) pacientka, která měla obrovský strach z invazivních výkonů, by souhlas se studenty znovu nepodepsala. Tato pacientka uvedla „*kdybych věděla, že studenti budou moci dělat invazivní výkony, tak bych to nepodepsala ani teď, ale nejspíš jsem to špatně pochopila*“. Naopak bylo příjemné zjistit, že 95 % pacientů by to znovu podepsalo i přes menší obavy z invazivních výkonů.

## DISKUZE

Ve výzkumu jsem se zaměřila na strach a obavy pacientů při provádění invazivních výkonů studenty. Dále jsem se zabývala otázkami, zda pacienti rozumí informovanému souhlasu se studenty v plné míře a jejich informovanost v otázce, co vše student může provádět. Díky výzkumu jsem došla k zajímavým závěrům, které mě hodně obohatily. Výzkum byl prováděn na malém vzorku pacientů, chtěla jsem zachovat osobní přístup, který měl pomoci pacientům k tomu, aby se víc otevřeli a řekli věci, které jsou pro ně víc osobní. Otázka strachu a obav je hodně citlivé téma, a tak byla potřeba provádět rozhovory osobně. Bohužel to má své úskalí, a díky malému vzorku pacientů, nemůžeme výsledky brát kvantitativně, ale pouze jako orientační. Dalším úskalím, které mohlo ovlivnit výsledky, byla moje dvojí role při provádění výzkumu. Chtěla jsem, aby se pacienti víc otevřeli, a proto byla potřeba je dobře znát. Rozhovory tedy byly prováděny na oddělení, kde jsem měla praxi jako studentka, což na jednu stranu bylo velmi pozitivní v tom, že mě respondenti znali a měli ke mně důvěru, ale na tu druhou stranu to mohlo jejich odpovědi také zkreslit. Dalším omezením mohlo být špatné pochopení pojmu nátlaku ve výzkumné otázce 9.

Výzkumu se zúčastnilo více mužů než žen, zajímavé ale bylo, že mezi pacienty, kteří měli velký strach z invazivních výkonů, byla jedna žena a jeden muž. Oba se přiznali, že by sami od sebe nedokázali svůj strach přiznat a poprosit studenta, aby nechal invazivní výkon provést zkušenou sestrou. Větší část pacientů se obecně invazivních výkonů nebála, hodně z nich ale i přes to, že strach neměli, tak měla menší obavy s toho, že by se výkon nemusel povést. Předpokládám, že pacienti, kteří na otázku, zda pocítují strach z invazivních výkonů prováděných studenty, odpověděli ne, vnímali pojem strach jako něco velkého, proto v následující otázce, zda mají obavy z nepovedení výkonu, již někteří z nich odpověděli, že mají. Nejspíš velký význam mělo slovo obavy, které pacientům již nepřišlo, jako něco velkého. Domnívám se, že měli jen menší obavy, kterým nepřikládali význam, proto se jejich odpovědi na tyto dvě otázky lišily. Tyto obavy byly spíše přirozenou reakcí a neměly souvislost s tím, zda výkon provádí sestra nebo student. K tomu je třeba podotknout, že jestli tyto obavy mívají

i pacienti, kteří se obecně invazivních výkonu nebojí, tak co musí cítit pacient, pro kterého invazivní výkon představuje něco velmi strašidelného. Z celého vzorku respondentů byli sice pouze dva, které vnímali svůj strach jako něco velmi významného, když výkon prováděl student, ale stejně souhlas se studenty podepsali. Oba pacienti byli rádi, že jsem jejich strach odhalila a narovinu se zeptala, zda nechtějí zavolat raději sestru. Oba pacienti mě viděli během praxe a neměli důvod mi nevěřit, že umím zavést kanylu či odebrat krev, ale i přes to jejich strach se zvětšoval, když jsem měla v pozadí skutečnost, že jsem studentka. Po osobnějším rozhovoru s pacientkou jsem zjistila, že pro ni je hodně stresující pouze fakt, že jsem studentka, a že nepomáhá ani to, když jí řeknu, že jindy jako sestřička pracuji a mám již zkušenosti. Nejdůležitějším zjištěním tedy bylo to, že ne každý, kdo podepsal informovaný souhlas se studenty tak věděl, co vše to obnáší. Není to žádný problém, když se pacient nebojí invazivních výkonů obecně, ale problém nastává právě u těch pacientů, kteří se výkonu bojí. Proto se zde obracím na studenty, které ještě čeká praxe, aby se neřídili pouze tím faktem, že má pacient podepsaný souhlas, ale vždy se řídili osobnějším kontaktem a svou intuici. Jelikož se díky výzkumu ukázalo, že spíše pacient s velkým strachem bude mít problém studenta odmítnout, hrozí zde, že dojde k provedení výkonu proti vůli pacienta. Není důvod za každou cenu provést výkon samostatně, jelikož sami vidíte, že většině pacientů to doopravdy nevádí a spoustu jiných vám poskytně s radostí možnost natrénovat výkon prakticky.

Z důvodu, že většina pacientů měla špatnou představu o tom, co vše bude moct student provádět, předpokládám, že při podepisování informovaného souhlasu dochází k nesprávnému úsudku, díky znění samotného souhlasu. Souhlas zní: *„DÁVÁM/NEDÁVÁM souhlas s tím, aby osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, nahlížení do mé zdravotnické dokumentace, či byly přítomny, popřípadě se podílely na mém vyšetřování, léčení a ošetřování pod dohledem pověřených zkušených lékařů a sester/laborantů“*. Ze souhlasu tedy jasně nevyplývá, že studenti budou provádět také odbornější výkony. Chtěla bych tímto výzkumem poukázat na drobné nedostatky ve znění souhlasu se studenty a navrhnout k souhlasu dodatek, který by obsahoval činnosti, se kterými by pacient



souhlasil nebo ne. Pacient by měl tedy možnost se předem rozhodnout pro výkony, kterých se nebojí.

Dále se výzkumem zjistilo, že větší část pacientů neví o tom, že později mohou souhlas odvolat. Myslím, že je to způsobené tím, že se nad tím nezamýšlejí a nepředpokládají možnost, že budou muset někoho odmítat. Dále se může jednat o to, že je na možnost odvolání zdravotníci málo upozorňují.

Z výzkumu vyplynulo, že větší část pacientů by dokázala studenta odmítnout v případě, že by si souhlas rozmyslela i přes neznalost toho, že takto učinit mohou. Předpokládám, že by se mohlo jednat o sebeklam, jelikož není jednoduché člověka odmítnout, když nejdřív dáte svolení.

Výzkum jsem prováděla na oddělení traumatologické kliniky, kde pacienti nebyli ve stavu života ohrožujícím. Předpokládám možnost jiných výsledků na odděleních intenzivní péči, kde pacienti jsou více zatíženi nejen fyzicky, ale i psychicky. Což by mohlo výrazně výsledky ovlivnit. Na oddělení, kde jsem výzkum prováděla, neměli pacienti život ohrožující traumata, a tak byli v relativně dobrém psychickém stavu, což vedlo pravděpodobně také k lepším výsledkům výzkumu.

Z výzkumu se nedalo zjistit, jak tento strach mohl ovlivnit další průběh léčby u pacientů, kteří se zákroků báli, jelikož u takových jedinců jsem výkony neprováděla pro jejich psychické pohodlí.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je určena studentům ošetrovatelství, které čeká praxe a procvičování praktických dovedností na živých pacientech. Bakalářská práce vznikla proto, aby studentům přiblížila problematiku strachu a obav, negativních pocitů, které mohou pacienta doprovázet při provádění invazivních výkonů studentem.

V teoretické části jsem se věnovala poznatkům o strachu jako o jedné z negativních emocí, která je v nemocnici běžná. Byla probraná témata, která se týkají emoci obecně, jejich fyziologií a projevů. Strach a úzkost byly popsány v samostatné kapitole. Dále jsem se v teoretické části věnovala informovanému souhlasu v souvislosti s lékařskou etikou.

V praktické části mé bakalářské práce jsem vymezila výzkumné otázky a hypotézy, které jsem následně vyhodnotila. Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní metodu, proto pro větší záběr respondentů by bylo potřeba výzkum provést na větším počtu pacientů.

Výzkumem jsem zjistila, že většina pacientů strach z invazivních výkonů prováděných studenty nemá. Větší část těchto pacientů neměla strach z invazivních výkonů vůbec. Naopak u pacientů, kteří tento strach měli, obecně se pocit strachu zvětšil v okamžiku provádění zákroku studentem. Hypotéza 1 se tedy nepotvrdila. Výzkumem se potvrdila podhypotéza 3 a 5. Většina pacientů má zkreslené představy o tom, co vše může student na praxi provádět, také nevědí o tom, že svůj souhlas se studenty mohou později odvolat.

Cíl práce jsem tímto výzkumem naplnila. Bakalářská práce může být podnětem pro další výzkumná šetření. Bylo by zajímavé výzkum provést pouze u pacientů, kteří se bojí invazivních výkonů obecně a vyhodnotit jejich strach při provádění invazivního zákroku studentem ve větším počtu.

## LITERATURA

- AUGER, Lucien. *Strach, obavy a jejich překonávání*. Praha: Portál, 1998. Rádci pro život. ISBN 80-7178-231-9.
- AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché. ISBN 978-80-247-5230-3
- BAUER, Jan. *Nádorová bolest a její farmakoterapie*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-09-4.
- DRVOTA, Stanislav. *Úzkost a strach*. Praha: Avicenum, 1971. Život a zdraví (Avicenum).
- EKMAN, Paul. *Odhalené emoce: naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých*. Brno: Jan Melvil Publishing, 2015. Pod povrchem. ISBN 978-80-87270-81-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-497-3.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-367-2.
- HÖSCHL, Cyril; PRAŠKO, Ján a Richard ROKYTA. *Emoce v medicíně*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2011. ISBN 978-80-86694-99-3.
- JIRKOVSKÝ, Daniel a Marie HLAVÁČOVÁ. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. ISBN 978-80-87347-13-3.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.
- MAREŠ, Jiří. *Dítě a bolest*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-267-0.

- *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vydání.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Emoce.* Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-614-2.
- PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem.* Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-2968-8.
- SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu.* Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3593-1.
- TRACHTOVÁ, Eva; FOJTOVÁ, Gabriela a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285-X.
- VÁCHA, Marek Orko; KÖNIGOVÁ, Radana a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky.* Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.
- VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie: (úzkost a strach).* Praha: Grada, 2007. Psychoterapie. ISBN 978-80-247-1315-1.
- VYTEJČKOVÁ, Renata; HOLUBOVÁ, Jana; ZVONIČKOVÁ, Marie a Milena VÁŇKOVÁ. *Deník odborné praktické výuky.* Praha: Ústav ošetrovatelství, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2013
- VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část.* Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-3420-0.
- ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení.* Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-80-247-2068-5.

### **Články**

- ANWAR, Khalida. Pathophysiology of pain. *Disease-a-Month* [online]. 2016, **62**(9), 324-329 [cit. 2018-03-07]. ISSN 0011-5029. DOI:

10.1016/j.disamonth.2016.05.015. Dostupné z: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0011502916300505>

- DOLEŽEL, Adam. Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu? *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 2011, **1**(1), 1-13 [cit. 2018-04-12]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/6/pdf>
- EROGLU, C.; ATAÖGLU, H. a K. KÜÇÜK. Factors affecting anxiety-fear of surgical procedures in dentistry. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2017, **20**(4), 409-414. ISSN 1119-3077.
- FIALA, Petr a Jindřich MAYER. *Informovaný souhlas pacienta s poskytováním zdravotních služeb* [online]. Epravo.cz, 2017. [cit. 14.3.2018]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/informovany-souhlas-pacienta-s-poskytovanim-zdravotnich-sluzeb-93584.html>
- HANZLOVSKÝ, Michal. *Syndrom bílého pláště*. [online]. Celostnímedicina.cz, 2013. [cit. 04. 05. 2018]. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/syndrom-bileho-plaste.htm>
- KRUTYCH, E. Socialnyje strachi studentov: strach ošybki. *Inovacyonnaja nauka* [online]. 2016, **13**(1-2), 258-259 [cit. 2018-03-06]. ISSN 2410-6070. Dostupné z: <https://cyberleninka.ru/article/v/sotsialnye-strahi-studentov-strah-oshibki>
- PŘÍHODA, Petr. *Etika: Čtvero základních principů lékařské etiky* [online]. Praha: 2. lékařská fakulta UK, 2014 [cit. 2018-04-11]. Dostupné z: <http://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika>

- *Etický kodex studentů 3. LF UK - 3. lékařská fakulta* [online]. Praha:3. lékařská fakulta UK, ©2018 [cit. 12. 04. 2018]. Dostupné z: <https://www.lf3.cuni.cz/3LF-950.html>

### **Bakalářské práce**

- ČÍŽKOVÁ, Marie. *Vnímání ošetrovatelské praxe studentů oboru všeobecná sestra očima pacienta*. České Budějovice, 2011. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- HYLČEROVÁ, Iveta. *Úloha strachu při invazivních zákrocích*. Hradec Králové, 2007. bakalářská práce. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav sociálního lékařství. Oddělení ošetrovatelství.
- PETRŮ, Zuzana. *Strach při invazivních zákrocích u nemocných nad 50 let*. Hradec Králové, 2006. Bakalářská práce. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav sociálního lékařství. Oddělení ošetrovatelství

### **Internetové zdroje**

- 96/2004 Sb. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. *Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 31.05.2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 31.05.2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
- 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách. *Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 31.05.2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

## SEZNAM GRAFŮ

1. Pohlaví pacientů .....	42
2 Věk Pacientů .....	42
3 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	43
4 Strach.....	44
5 Obavy z nepovedení výkonu .....	45
6 Intenzita strachu .....	46
7 Porozumění informovanému souhlasu.....	48
8 Pocit nátlaku.....	50
9 Předešlé zkušenosti .....	51
10 Odvolání souhlasu.....	52
11 Zvládl byste studenta odmítnout? .....	53
12 Souhlas se studenty .....	54

## PŘÍLOHY

- **Souhlas s provedením výzkumu ve FNKV**



**Fakultní nemocnice Královské Vinohrady**  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče  
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, telefon: 267 162 207, fax: 267 163 158 IČO: 00064173

V Praze dne: 19.4.2018  
Vyřizuje: Petra Kučerová

Vážená paní  
Iryna Sosnina  
studentka 3. LFUK, obor všeobecná  
sestra

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření - odpověď

Vážená kolegyně,

k Vaší žádosti ve věci umožnění výzkumného šetření ve FN Královské Vinohrady pro účely zpracování bakalářské práce na téma „*Stach a obavy pacientů při provádění invazivních výkonů studenty*“ v rámci studia na 3. lékařské fakultě UK, oboru všeobecná sestra, Vám sděluji, že s provedením výzkumného šetření souhlasím za předpokladu dodržení zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č. 101/2000Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění.

S pozdravem

PhDr. Libuše Gavlasová, MBA  
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a  
řízení kvality zdravotní péče

FAKULTNÍ NEMOCNICE  
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY  
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a  
řízení kvality zdravotní péče