



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Vnímání pomoci v ošetřovatelství

Vypracovala: Anna Alečka
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Vnímání pomoci v ošetrovatelství

Současný stav: Uchazeči o studium všeobecné sestry často vyjadřují svoji motivaci ke studiu tím, že chtějí pomáhat lidem, proto je v ošetrovatelství velmi důležité navázání dobrého vztahu sestry s klientem. Sestra musí klienta při poskytování ošetrovatelské péče vnímat jako osobu s individuálními bio-psycho-sociálními potřebami. Na základě rozpoznání potřeb klienta může cíleně klientovi pomoci uspokojovat tyto potřeby během poskytování ošetrovatelské péče. Jelikož pomoc vnímá každý člověk jiným způsobem, považují proto za důležité věnovat se této problematice: „Vnímání pomoci v ošetrovatelství“ jak z pohledu klienta tak z pohledu odborníků, kteří tuto péči poskytují, tudíž tato problematika bude obsahem mého výzkumného šetření.

Cíl výzkumu: Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak je pomoc vnímána z pohledu klientů, kteří jsou jejími příjemci, a jak je pomoc vnímána z pohledu sester, které ji poskytují. K těmto cílům byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Jaký význam má pomoc pro klienty, kterým poskytují ošetrovatelskou péči sestry? Dále jaký význam má pomoc pro sestry v ošetrovatelství, během poskytování ošetrovatelské péče klientovi.?

Metodika: Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda sběru a analýzy dat. Kvalitativní metoda byla realizována formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly dobrovolné a anonymní. Sběr dat pro výzkumné šetření probíhal v Domažlické nemocnici a. s. na standardním interním lůžkovém oddělení. Kategorizace dat byla zpracována pomocí otevřeného kódování metodou „ tužka a papír“ (Bartlová et al., 2008). Poté byly kategorie uspořádány do grafických schémat v programu SmartArt.

Výsledky: Z výzkumného šetření vyplývá, že pomoc je součástí a podstatou ošetrovatelské péče, kterou sestry poskytují klientům. Pomoc je vnímána jak z pohledu klientů tak z pohledu sester jako činnost, která vede k uspokojení nebo vyřešení konkrétního problému. Význam pomoci v ošetrovatelství je pro sestry a klienty velmi

důležitý. Pomoc, kterou sestry poskytují klientům a klienti jsou jejími příjemci, se odehrává během poskytování ošetrovatelské péče neustále. Prostřednictvím vzájemné komunikace mezi sestrou a klientem dochází k uskutečňování pomoci. Tato komunikace spočívá pouze v nabídce pomoci ze strany sester, ale nedochází ve většině případů k objednávce ze strany klienta. Z dosažených informací je zřejmé, že nedochází ke vztahu mezi klientem a sestrou, který má předem stanovené hranice, cíl, průběh a závěrečné hodnocení stanoveného cíle. Pomoc, která je uskutečňována, je však hodnocena pouze ze strany příjemců pomoci, klientů. Pomoc, kterou sestry poskytují nehodnotí žádným způsobem, to znamená, že nepátrají potom, zda pomoc byla přínosná a zda splnila očekávání příjemce pomoci. Je však zajímavé, že klienti hodnotí pomoc poskytovanou sestrami ve většině případů kladně a jsou jejími ochotnými příjemci.

Závěr: Z dosažených výsledků vyplývá, že pomoc je součástí ošetrovatelství, kdy hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak je pomoc vnímána v ošetrovatelství. Pomoc hraje během poskytování ošetrovatelské péče významnou roli jak pro sestry tak pro klienty. V ošetrovatelství se pomoc odehrává neustále. K interakci mezi klientem a sestrou dochází prostřednictvím komunikace, která vede k uskutečňování pomoci. Bakalářská práce by měla sloužit k rozšíření vědomostí sester o poskytování a vnímání pomoci v ošetrovatelství.

Klíčová slova: pomoc, klient, sestra, ošetrovatelství

Abstract

Perception of Help and Attention in Nursing

Present state: Applicants for the general nurse education often state that their main motivation to this job is to help and assist other people. That is why it is very important in nursing that nurses have a good relationship with their clients. The nurse has to treat the client by providing him with care as a person with individual bio-psycho-social needs. On the basis of the identification of the client's needs nurses are able to help the clients to meet their needs then when nursing them. As every man perceives help and assistance in another way, that is why it is very important to deal with this issue: "Perception of Help and Assistance in Nursing", both from the client's and nurses' point of view, so it is the topic of my research investigation.

Research target: The target of the research investigation was to find out how the clients as recipients of the assistance and how the nurses as assistance providers perceive the assistance. As for the research target mentioned above, there were two research questions asked: What is the importance of the assistance for the clients being assisted by the nurses? What is the importance of the assistance for nurses who assist the clients?

Methodology: For the research the qualitative method of collection and analysis of data was chosen. The qualitative method was realized by semi-structured voluntary and anonymous conversation. The data for the research were collected in the Domažlická nemocnice a. s. hospital in the standard internal ward block. The data were processed and categorized by open coding by the "pen and paper" method (Bartlová et al., 2008). The categories were arranged in charts in the SmartArt program.

Results: From the research follows that the assistance is part and centre of nursing care the nurses provide to clients. Both the clients and nurses perceive it as an activity leading to satisfaction or solution of the particular problem. The assistance in nursing is both for nurses and clients very important since the assistance the nurses provide the clients as recipients is provided constantly. The assistance is provided through mutual

communication between the nurse and the client. This communication lies in the nurses' offer to assist only but clients do not ask for assistance themselves mostly. From the information obtained it is evident that there is not any relationship between the client and nurse when limits, target, course and the final assessment of the target had been set beforehand. Nevertheless, the provided assistance is evaluated by the recipients of the assistance, the clients, only. The nurses do not evaluate the assistance provided by them in any way. It means that they are not interested in it whether the assistance was useful and if it met the expectations of the assistance recipient. Nevertheless, it is interesting that clients evaluate the assistance provided by nurses in mostly cases positive and are its accommodating recipients.

Conclusion: From the obtained results it follows that the assistance is part of nursing. The main target of the graduation paper was to find out how the assistance in nursing is perceived. The nursing assistance is an important consideration both for nurses and clients. In nursing the assistance is provided constantly. The interaction between the client and nurse is realized through communication which leads to provision of assistance. This bachelor paper shall help the nurses to extend their knowledge of provision and perception of assistance.

Keywords: help, client, nurse, nursing

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5.5.2015

.....

Anna Alečka

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za cenné rady, ochotu, trpělivost a obětovaný čas při vedení mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	11
1 Současný stav	12
1.1 Definice pomoci	12
1.1.1 Vztah při poskytování pomoci dle Kozierové.....	14
1.1.2 Pomoc fyzická.....	16
1.1.3 Pomoc sociální	17
1.1.4 Pomoc psychická.....	19
1.2 Přebírání kontroly a nabízení pomoci	20
1.2.1 Kontrola, pomoc a moc	21
1.2.2 Kontrola a profesionální způsoby práce.....	23
1.3 Určující znaky pomáhajících profesí.....	24
1.3.1 Prosociální chování	26
1.3.2 Rozdělení pomáhání a zařazení pomáhajících profesí	27
1.3.3 Syndrom vyhoření v pomáhajících profesích	28
1.4 Klient jako příjemce pomoci	30
1.4.1 Určení klientova problému.....	31
1.4.2 Ošetřovatelský model Wiedenbachové - Umění pomoci.....	32
1.5 Důsledky přijetí pomoci	33
2 Cíle a výzkumné otázky	35
2.1 Cíle výzkumného šetření	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3 Metodika	36
3.1 Metodika práce	36
3.2 Charakteristika souboru.....	36
4 Výsledky	38
5 Diskuze	45
6 Závěr	52

7	Seznam použitých zdrojů	53
8	Klíčová slova.....	57
9	Přílohy.....	58

Seznam použitých zkratk

Např. - na příklad

Apod. - a podobně

Atd. – a tak dále

Úvod

„Pomoc“ je termín všeobecný. Často bývá „pomoc“ vnímána jako samozřejmost, ale tato „samozřejmost“ je hlavní součástí ošetřovatelství. Důvodem volby mé bakalářské práce „Vnímání pomoci v ošetřovatelství“ je nastínit, informovat a ujasnit, jak je pomoc vnímána během poskytování ošetřovatelské péče ze strany sester, které ji denně poskytují, a jak je vnímána ze strany klientů, kteří se stávají buď aktivním nebo pasivním příjemcem této pomoci. Jelikož pomoc vnímá každý jedinec jiným způsobem, je důležité věnovat se této problematice.

Jak jsem již uvedla, termín pomoc je termínem všeobecným. Pomoc má ale mnoho podob, významů a cílů, které vedou k jejímu uskutečnění a naplnění.

Nemocní klienti přicházejí do nemocnice s očekáváním, že jim odborníci pomohou vyřešit jejich zdravotní problémy, proto se pomoc stává během ošetřování klienta hlavní činností odborníků. V případě ošetřovatelství jsou těmito odborníky zejména sestry. Veškeré činnosti, které sestra koná během ošetřování klienta, směřují k uspokojení a zajištění jeho aktuální nebo potencionální potřeby. Klienta musí sestra vnímat a chápat jako osobu s individuálními bio-psycho-sociálními potřebami bez rozdílu na jeho etnicitu, náboženské vyznání a státní příslušnost.

Problém však nastane, když je klient vnímán jako předmět nebo věc. V tomto případě se může stát pomoc samozřejmostí nebo dojde k tomu, že pomoc nebude uskutečněna ani naplněna. Sestra může pomocí svých dovedností a vědomostí klientovi zajistit odbornou péči, která povede k navrácení a upevnění zdraví klienta.

Sestry by se měly zajímat a informovat, zda pomoc, kterou denně poskytují během ošetřování klienta, je opravdovou pomocí, kterou klient potřebuje a zda-li je účinná v místě, kam je směřována. Komunikací a pozorováním klienta sestra může odhalit, v jaké oblasti a za jakých podmínek potřebuje klient pomoc. Úkolem sestry je tento problém společně s klientem odstranit.

V současné době často vážne komunikace mezi klientem a sestrou. Je důležité věnovat se tématu „Vnímání pomoci v ošetřovatelství“, aby se vzájemně rozvíjel vztah mezi sestrou a klientem, který povede k porozumění a poskytnutí adekvátní pomoci klientovi.

1 Současný stav

1.1 Definice pomoci

Pomoc lze označit jako: „*Aktivní účast při řešení konkrétní životní situace a to s konkrétním cílem, který vyplývá z daného ohrožení nebo nouze. Je to soubor činností, kterými se snažíme kompenzovat odhalené nedostatky, tj. aktivizovat člověka a pomáhat mu zajistit sociální i psychickou stabilitu a sociální nezávislost, tedy zkvalitnit jeho život (Kraus, 2008, s. 135)*“.

Význam pomoci v ošetrovatelství může být definován v následujících větech. Hlavním úkolem ošetrovatelství je pečovat o nemocného, pomáhat uspokojovat jeho potřeby a navrátit ho co nejdříve do zdravého života (Tóthová, 2000). V ošetrovatelství má pomoc velký význam - je jeho hlavní součástí. Aby mohla pomoc být užitečnou, musíme ji vnímat a chápat jako výsledek vzájemné interakce mezi příjemcem pomoci a člověkem, který pomoc nabízí, uskuteční ji a je jejím příjemcem. V této situaci je příjemcem pomoci klient a ten, kdo ji nabízí a přijímá, je odborník - sestra.

Jak je výše uvedeno, příjemcem pomoci je klient. C. R. Rogers změnil pohled na člověka, který vyhledal terapeutickou pomoc. Dříve byl jedinec nazýván „pacientem“ dnes se používá termín „klient“. Domnívá se, že pokud člověka, který žádá o pomoc nazveme jako „pacient“, utvrdíme jej v jeho problému. Takový pacient ztrácí motivaci hledat společně s terapeutem řešení svého problému. To znamená, že pacienta stavíme do pasivní a závislé role, kdy terapeut získává moc nad klientem tím, že jej kontroluje a je zodpovědný za jeho zdraví. Kdežto „klient“ se aktivně účastní na odstranění problému, tudíž se stává společníkem terapeuta a terapeut nevnímá jedince, jako závislého a bezmocného (in Pelikánová, 2011).

Definici pro pomoc a pomáhání ze všeobecného a sociálního hlediska charakterizuje altruismus. Altruismus dle Sillamy (2001) je nezištná péče o blaho druhých. Může mít původ v přírodě, ale i vycházet z rozumové úvahy.

Pomáhání lze rozdělit dle jednotlivých altruistických přístupů jedince, který poskytuje pomoc. Biologický přístup lze charakterizovat z hlediska vrozených tendencí a genetických predispozic, během tohoto přístupu se uplatňuje gen, který zvyšuje pohotovost jedince pomáhat. Tento přístup však nelze aplikovat v ošetrovatelství, odvíjí

se od příbuzenských vztahů a vzájemnosti. Individualistický přístup je charakterizován tendencí jedince pomáhat, kterou získal v procesu sociálního učení. Přístup je podmíněn rysy a vlastnostmi osobnosti. Interpersonální přístup vychází z toho, že lidé jsou na sobě vzájemně závislí např. při plnění společně zadaného úkolu. Aby byl úkol splněn, musí jedinci vzájemně spolupracovat. Jednotlivé přístupy se liší v několika rovinách. Přístupy jsou závislé na druhu poskytované pomoci. Poskytování pomoci lze rozdělit dle vážnosti situace, kde je zapotřebí poskytnutí pomoci. A to na pomoc v nepříliš vážných situacích, to znamená, že náklady na pomoc jsou nízké, a pomoc ve zcela zásadních situacích, kdy náklady na pomoc jsou vysoké. Pomoc v nepříliš vážných situacích se odehrává denně např. při pomoci znevýhodněnému jedinci do schodů. Kdežto lidé, co nasazují vlastní život za záchranu druhého života, poskytují pomoc ve zcela zásadních situacích např. při záchraně člověka, který se topí ve vodě (Hewstone, Stroebe, 2006).

Sestry jako ošetřující personál nesou za nemocného klienta sociální odpovědnost. Sociální odpovědnost: *„je pravidlo předepisující jedincům, aby pomáhali těm, kteří jsou na nich závislí. Protikladem je soběstačnost, podle níž se jedinci mají v první řadě umět postarat sami o sebe (Hewstone, Stroebe, 2006, s. 339)“*.

Soběstačností rozumíme míru samostatnosti nebo závislosti nemocného při vykonávání denních aktivit. Nemocný klient může mít aktuálně i potenciale snižovanou schopnost vykonávat každodenní činnosti. Porucha soběstačnosti a sebepečce je snížená schopnost vykonávat základní životní aktivity. Příčina poruchy je způsobená porušenou motorickou nebo kognitivní funkcí. V této situaci na sebe soběstačnost klienta přejímá sestra, která poskytuje péči orientovanou na klienta (Trachtová a kol., 2008).

Ošetřovatelství pracuje i s protikladem sociální odpovědnosti a soběstačností. Úkolem sestry je pomáhat udržet nebo navodit určitý stupeň soběstačnosti, která se stane základem péče klienta o sebe sama. Nacházet a uspokojovat potřeby klienta s porušeným zdravím a podpořit pozitivní zdraví klienta. Pomoc v ošetřovatelství je velmi důležitá k navrácení klienta do zdravého života (Tóthová, 2000).

Jiný pohled sociální odpovědnosti poukazuje na to, že pomáhající pomohou těm, kteří jsou na nich závislí a pomoc potřebují a to i v situaci, kdy pomoc není opětována. Poskytovatel pomoci musí rozeznat a posoudit příčiny, které způsobily situaci, kde je nutná potřeba pomoci (Výrost, Slaměník, 2008).

Pomoc lze rozdělit nebo třídit na pomoc přinášejícího chování dle E. A. Witte: Na pomoc anonymní, zde se předpokládá rozpoznání nouzové situace např. ohrožující život, kdy pomáhající zasáhne, aniž by znal příjemce pomoci osobně. Je určena morálními hodnotami a principy. Pomoc přímá je charakterizovaná soucitem, schopností pomoci a vyznačuje se smyslem pro sociální humanismus, který je orientovaný na hodnotu lidského života. Pomoc osobní je charakterizována vcítěním se do situace druhého člověka, kdy pomáhající s tímto jedincem soucítí. Pomoc v každodenní situaci určuje smysl pro sociální odpovědnost subjektu a empatii. Upřednostňuje se zde osobnost jedince, který pomáhá, v případě ošetřovatelství tuto pomoc poskytují sestry, které nesou za klienty (nemocné) odpovědnost. Pomoc nepřímá se odvíjí od etických a morálních zásad, za předpokladu sociální odpovědnosti a rozpoznání nouzové situace. Pomoc spontánní a neformální, zde hraje roli efektivní empatie, kdy se předpokládá soucit pomáhajícího a jeho spoluúčast na pomoci. Pomoc v nouzové situaci je řízena sociálním humanismem, kdy je též určena schopností pomáhajícího jedince a rozpoznání nouze. Pomoc plánovaná a formální charakterizována řídicími morálními principy, které jsou předpokladem rozpoznání nouzové situace, chování pomáhajícího je směřováno k včasnému a cílenému řešení nouzové situace (in Nakonečný, 1999).

1.1.1 Vztah při poskytování pomoci dle Kozierové

Brammer uvádí, jak někteří odborníci vnímají vztah mezi sestrou a klientem. Může být vnímán jako vztah mezilidský, či terapeutický nebo vztah pomoci, při kterém jeden člověk pomáhá druhému vyřešit problémy a zvládat krize na cestě, kterou si zvolil (in Kozierová a kol., 1995).

Imogene Kingová používá termín „sestra – klient“, kdy tento vztah představuje vzájemný proces mezi dvěma nebo více jednotlivci, projevující se verbálními a neverbálními skutky, které vedou k dosažení určitého cíle (Kozierová a kol., 1995).

Úkolem sestry při rozvíjení vztahu s klientem je obhajoba klienta, ve smyslu respektování lidských práv. Odpovědnost, kterou sestra nese vůči klientovi ve smyslu plnění povinností v souladu s právními normami, ošetrovatelskými standardy a morálními hodnotami. Pečování sestry o klienta hraje významnou roli v udržování zdraví a ochraně lidské důstojnosti (Ivanová et al, 2005).

Kozierová uvádí fáze vztahu pomoci následovně. V první fázi před navázáním kontaktu (předinterakční) si sestra vytvoří přehled o informacích získaných od klienta, zváží potencionální oblast zájmu a vytvoří si plán, který bude součástí budování jejich vzájemného vztahu. Úlohou sestry je hledání možností, jak klientovi pomoci. Ve druhé fázi tzv. vstupní, dochází k navázání vztahu s klientem za použití otevřeného a uvolněného přístupu sestry. Vyjasnění problému následuje po navázání vzájemného vztahu. Úlohou sestry je vysvětlení a objasnění problému, protože často klienti nerozumí svým obtížím spojeným s nemocí. Sestra během vyjasnění problému musí klientovi pozorně naslouchat, aby byly odhaleny veškeré jeho problémy. Součástí plnění povinností sestry a klienta je zformulování dohody mezi klientem a sestrou. Dohoda tvoří frekvenci a místo společných střetnutí, celkový účel vztahu, úlohy, které se mají splnit, stupně důvěrnosti materiálu, se kterým budeme pracovat, trvání a způsobu ukončení vzájemného vztahu. Ve třetí fázi pracovní sestra plní úlohy vytýčené ve fázi první. Sestra a klient upevňují vzájemnou důvěru. Fáze pracovní tvoří tři složky. Reagování a exploraci, sestra pomáhá klientovi zkoumat vlastní myšlenky, projevy a pocity. Celkové porozumění a dynamické sebepoznávání, sestra klientovi celkově rozumí, klient se snaží proniknout do vlastního nitra. Úlohou sestry je empatie, otevřenost a konfrontace. Od klienta se vyžaduje nedefenzivní poslouchání a sebepoznávání. Třetí složkou je povzbuzení k činu. Úlohou sestry je naplánovat program v rámci klientových schopností a možností, stanovují se krátkodobé a dlouhodobé cíle. Sestra klienta podporuje, chválí, zdůrazňuje jeho úspěchy, ale zároveň ho připravuje i realisticky přijmout a přistupovat k neúspěchu. Ve čtvrté fázi

závěrečné, sestra a klient akceptují konec vztahu. Klient je schopný samostatně řešit problémy. Sestra hodnotí dosažené výsledky předešlých interakcí (Kozierová, 1995).

Nedílnou součástí vztahu při poskytování pomoci je také jeho vývoj mezi sestrou a klientem, kdy si stanovují společný cíl, kterého chtějí dosáhnout. Hlavní úlohu ve vývoji vztahu má sestra, která klientovi musí umět naslouchat, pomáhat projevovat a pojmenovat city, které právě klient prožívá. Schopnost empatie sestry, je projevem pomoci klientovi. Klient během nemoci prožívá negativní emoce např. pláč, smutek, vztek apod. Je důležité nebránit klientovi tyto emoce projevovat. Takový klient nechce během svého prožívání slyšet jaké chování je adekvátní a co má cítit. Vlastnosti sestry, které zlepšují prostředí ve vývoji vztahu, je čestnost a její přirozené chování (Kozierová a kol. 1995).

1.1.2 Pomoc fyzická

Projev pomáhajícího k uskutečnění fyzické pomoci lze označit těmito slovy: „udělat“, „usnadnit“, „vykonat“ a „uspokojit“. K uskutečnění fyzické pomoci je zapotřebí fyzické aktivity druhého člověka, kdy je nutné vynaložit určité úsilí, aby tato pomoc byla adekvátní.

V ošetřovatelství je nutné stanovit úroveň soběstačnosti a sebezpečí nemocného klienta. Stanovením funkční schopnosti klienta se odhalí deficit sebezpečí v běžných informacích získaných od klienta a pozorováním klienta. Pomocí ošetřovatelského modelu např. Gordonové získáváme informace o úrovni sebezpečí klienta. Klasifikace funkční úrovně klienta hodnotí do jaké míry je klient soběstačný. Je hodnocena stupnicí 0 – 5, kdy číslo 0 je nezávislý a soběstačný nemocný a číslo 5 je absolutní deficit sebezpečí - klient potřebuje úplnou pomoc, protože se nedokáže aktivně sám účastnit. Další hodnocení sebezpečí a soběstačnosti je pomocí Barthlova testu, který hodnotí zvládnutí základních všedních činností - ADL (aktivity daily living). Test hodnotí schopnost činností – 1. najezení napití, 2. oblékání, 3. koupání, 4. osobní hygiena, 5. kontinence moči, 6. kontinence stolice, 7. použití WC, 8. přesun lůžko – židle, 9. chůze po rovině, 10. chůze po schodech. Provedení činností je charakterizováno jako provedení samostatně bez pomoci, s pomocí a neprovedení. Výsledek testu ADL je

hodnocen bodově. Kdy 0 – 40 bodů je vysoce závislý klient na pomoci druhých, 45 – 60 bodů je závislost středního stupně, 65 – 95 bodů lehká závislost a 100 bodů je nezávislý soběstačný klient (Trachtová a kol., 2008).

Test instrumentálních denních činností – IADL hodnotí, jak klient zvládá složitější denní činnosti. Test hodnotí telefonování, nakupování, praní, způsob dopravy, přípravu jídla, užívání léků, vedení domácnosti a nakládání s penězi. Maximální získaný počet bodů, kterého může klient během testování dosáhnout je 8 bodů, to znamená, že je klient plně samostatný a nepotřebuje pomoc při vykonávání těchto činností. Klient potřebuje pomoc při vykonávání těchto činností, pokud dosáhne počtu 0 bodů. Dalším příkladem škály hodnotící aktivitu klienta je Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života. Během testování klienta se hodnotí jeho aktivita, závislost na druhé osobě (úplná péče, osobní asistence, vedení či supervize – 0 bodů) a nezávislost klienta (žádná asistence, vedení ani supervize – 1 bod) při koupání, oblékání, používání toalety, přemísťování, kontinence a jezení (Kalvach et al., 2004).

Aby se klient mohl vrátit do běžného života, je zapotřebí mu pomoci v nácviu činností, které jsou součástí fungování běžného života. Použitím různých hodnotících škál pro aktivitu klienta sestra odhalí, zda je nutná intervence, která pomůže klientovi získat samostatnost při zvládnání těchto aktivit. Proto je důležitá spolupráce sester s fyzioterapeuty a ergoterapeuty. V těchto případech je zapotřebí při nácviu činností fyzická pomoc ze strany sester a rehabilitačních pracovníků.

Dalším příkladem, kdy poskytují sestry fyzickou pomoc, je např. při polohování imobilních klientů, kdy klientovi pomáháme zaujmout určitou polohu. Právě při manipulaci s klientem dochází k fyzické aktivitě pomocníka. Další složky, které se uplatňují při poskytování fyzické pomoci je načasování, mít dostatečné vědomosti ve smyslu, např. jak správně uchopit klienta při polohování, síla a koordinace pohybů.

1.1.3 Pomoc sociální

Pomoc sociální je dle psychologického slovníku: „*původně chudinská péče, tzv. podpora, označení pro jednu z nejstarších forem přerozdělování, jejímž*

prostřednictvím stát pomáhá těm, kteří to skutečně potřebují (Hartl, Hartlová, 2000, s. 420)“.

Sociální pomoc poskytují jak sestry tak sociální pracovník. A v kompetenci sociální sestry v ošetrovatelství je zlepšit použitím psychosociální sféry adaptaci klienta na jeho nemoc. Pomoci mu překonat obtíže spojené s nemocí a podpořit motivaci klienta, která povede ke kvalitnějšímu životu. Smyslem sociální práce v ošetrovatelství je odstranění nebo zmírnění negativních vlivů způsobené nemocí (Kuzníková, 2011).

Sestra a lékař při propuštění klienta musí zajistit, aby o klienta bylo postaráno i v domácnosti. To znamená, že musí kontaktovat a spolupracovat i s domácí ošetrovatelskou péčí, která bude klientovi pomáhat např. při aplikaci inzulínu. Tuto ošetrovatelskou péči zajišťují též sestry. Poskytování ošetrovatelské péče v domácnosti klientovi také zahrnuje způsob sociální pomoci klientovi. Domácí péče má za úkol zajistit takovou ošetrovatelskou péči, která bude odpovídat aktuálním potřebám klienta vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Zajišťuje primární, sekundární a terciální péči, pomáhá upevnit, ochránit a navrátit zdraví klienta. Zároveň přispívá k dobré psychické pohodě klienta, jelikož je péče prováděná v domácím prostředí (Vonešová, Machová, 2011).

Ošetrovatelská péče poskytovaná v domácnosti je nejen pro chronicky a akutně nemocné klienty, ale i pro starší osoby, které mají problémy v oblasti sebepéče. Dle Moe, Hellzena a Enmarkera (2013) přijímání pomoci od domácí ošetrovatelské péče znamená být nemocný a závislý na pomoci. Tato závislost může v příjemci pomoci vyvolat pocity méněcennosti. Klienti během přijímání pomoci chtějí být vnímáni jako lidské bytosti. Sestry mohou svým vystupováním a chováním navodit úctu nebo neúctu k člověku, která závisí na jejich znalostech o nemocných a uplatnění v praxi. Odborné znalosti sestry v praxi by měly podporovat vůli nemocných žít a překonávat životní překážky. Analytický proces během poskytování pomoci v domácím prostředí poukazuje na pocity a situace nemocného klienta. Tato analýza se týká i bydlení a života chronicky nemocného klienta. V případě že je člověk nemocný, potřebuje profesionální pomoc a tím se stává závislým na této pomoci. Být účastníkem nebo příjemcem pomoci, být hostitelem nebo hostem v mém domě znamená být ochoten

pomoci. Být přítěží pro sestru, být starší bytostí znamená cítit se podřízený. Klienti, kterým je poskytována pomoc, chtějí být považovány za skutečné lidské bytosti a očekávají od sester podporu v odvaze překonávat životní překážky (Moe, Hellzen, Enmarker, 2013).

Sociální pomoc zajišťuje zázemí, hmotné zabezpečení, vhodnost bydlení dle míry soběstačnosti a snaží se o klientovu reintegraci do společnosti (Novosad, 2000).

Tuto pomoc zajišťuje v České republice stát občanům, kteří se ocitli v nepříznivé ekonomické situaci, zdravotně nepříznivých životních poměrech nebo dospěli do důchodového věku. Formy poskytování sociální pomoci lze rozdělit na: dávky sociální péče (peněžité dávky v případech tíživých situací občanů, finančních, zdravotních a jiných závažných situacích, jsou vázané na věk), služby sociální péče (pomoc poskytovaná prostřednictvím sociálních služeb při péči o vlastní osobu, pomoc při ošetřování, výchově, atd.), poradenství (poskytnutí informací občanům při řešení tíživé životní situace, sociální pracovníky), sociální prevence (ochrana občanů před patologickými jevy) a sociálně – právní ochrana (forma pomoci poskytovaná občanům, kteří nemají způsobilost k právním úkonům).

1.1.4 Pomoc psychická

Ve většině případů znamená pomoc něco vykonat a udělat, ale podstatná je i pomoc psychická, která má příznivý vliv na nemocného jedince, který prožívá náročnou životní situaci, tou může být právě nemoc. Pomoc psychická je dle Hartla a Hartlové: *„pojem širší než psychoterapie, zahrnuje příznivé působení příbuzných a přátel, informace a prožitky z četby a dalších médií a kladný vliv zájmové činnosti, na rozdíl od psychoterapie jde o pomoc více náhodnou a neplánovanou (Hartl, Hartlová, 2000, s. 420)“*.

Jak již bylo výše uvedeno, jde o pomoc náhodnou a neplánovanou. Komunikací s klientem sestra získává jeho důvěru. Klient se cítí bezpečněji a dokáže více komunikovat o „ trápení“. Sestry můžou svojí komunikací přispět k celkové pohodě klienta a ovlivnit jeho psychické zdraví. Pokud ale bude sestra některé sdělené

informace klientem ignorovat nebo bagatelizovat, naruší se důvěra klienta. Nemocný klient pod vlivem fyziologických procesů, prožívá úzkost a strach, které jsou odpovědí organismu na probíhající procesy (např. bolest), na takovou situaci sestra musí reagovat.

Balint charakterizoval terapeuta hovořícího s klientem jako léčebný nástroj, psychologický skalpel, působí na klienta již svou osobností. *„Měl by být ostrý a přesný, může být totiž také tupý. Jen naostřeným skalpelem lze řezat do lidské duše. Proto by se měl odborník neustále starat o svůj základní nástroj – svou vlastní osobnost. Měl by vzděláváním, zkušenostmi a supervizemi vybrušovat sám sebe (in Vybíral, 2005, s. 260).“*

Kvalita rozhovoru či celého setkání s klientem představuje raport, kdy sestra navodí při komunikaci pomocí nasloucháním takovou situaci, aby se klient cítil dobře. Samotný raport navodí odborník jasností svého komunikování, vlídností, trpělivostí, klidem, respektováním, empatií, vstřícností, schovívavostí a pochopením (Vybíral, 2005).

Další formou psychické pomoci poskytovanou odborníky je psychoterapie, léčení duševních chorob psychologickými prostředky. Prostředí, slova, gesta, mimika atd., jsou součástí a prostředky psychoterapie. Psychoterapie je pomoc plánovaná a promyšlená. Dá se říci, že určitou formu psychoterapie mohou poskytovat i sestry během ošetřování klienta. Role sestry v psychoterapii se odvíjí od vzdělání, zkušeností v této oblasti a typu pracoviště. Cílem psychoterapie je aktivní účast klienta, kdy je zapotřebí upřímnost a zájem klienta na pozitivním řešení problému. Úkolem sestry je podporovat, akceptovat, respektovat klienta a vnímat jej jako plnohodnotnou bytost (Petr, Marková et al., 2014).

1.2 Přebírání kontroly a nabízení pomoci

Tím, že se klient ocitne v situaci, kdy se o sebe nezvládne postarat sám, se stává nesoběstačným a všechny běžné činnosti, které dříve vykonával bez potíží, za něj musí obstarat jiná osoba. V ošetrovatelství je to především ošetřující personál.

Úlehla uvádí, že: *„cokoli, co pracovník v rámci své profese udělá, patří do jedné nebo druhé kategorie: buď klientovi pomáhá nebo jej kontroluje (Úlehla, 2007, s. 20)“*.

Vykonávání těchto běžných činností lze charakterizovat jako přebírání kontroly a nabízení pomoci takto: „*Kontrola (starost) je nevyhnutelná, účelná a potřebná. Liší se od pomoci tím, že je postavena na zájmech lidí než toho člověka, o kterého je postaráno, jakkoli v běžné řeči říkáme, že je to v jeho zájmu, jakkoli nevyhnutelné, účelné a potřebné (Úlehla, 2007, s. 20)*“. Pro pochopení těchto skutečností, musíme vnímat a chápat pomoc jako výsledek vzájemného působení s klientem. Prvním krokem klienta je jeho objednávka - přání, následuje pracovníkova nabídka – odpověď a zároveň nabídka pomoci, která splní klientovu objednávku. Výsledkem této interakce je dojednávání – nabízení pomoci (Úlehla, 2007).

1.2.1 Kontrola, pomoc a moc

Kontrola se vždy odvíjí ze strany pracovníka, který se domnívá, že klient potřebuje pomoc, aniž by ze strany klienta byla uskutečněna objednávka. V této situaci dochází k přebírání kontroly pracovníkem nad klientem, který se stává podřízený pracovníkovi. Kontrola je provedena rychle a je tedy důvodem časté volby ze strany pracovníka, proto se stává snadno zneužitelná. Lze ji přirovnat k edukaci či výchově, ze všeobecného hlediska je nedílnou součástí socializace člověka. Přebírání kontroly v ošetřovatelství se převážně řídí normami a předpisy, kdy jakýkoli patologický nežádoucí stav kontrolou měníme na žádoucí, tento jev se nazývá kanalizace. „*Kontrola je běžný, všeobecně vážený prostředek lidské interakce, bez něhož by nebylo kontinuity civilizace (Úlehla, 2007, s. 22)*“. Klienta kontrolou můžeme pouze řídit, ale nemůžeme mu nabídnout pomoc, kterou on od nás očekává.

Pomoc se uskuteční, když je objednávka klienta ukončena nabídnutím pomoci. Pracovník naplnil svou touhu pomáhat a klient svou touhu pomoc přijmout. Optimální situace je, když se kontrola a pomoc pohybují ve stejné rovině. Pro poskytnutí adekvátní pomoci musí umět pracovník rozlišit, kdy klienta kontroluje a kdy mu pomáhá. Musí umět pracovat s oběma variantami a správně se rozhodnout v situacích, kdy je vhodná kontrola a kdy pomoc. Profesionálem se pracovník stane, když dokáže rozlišit kontrolu a pomoc. Klient není v pozici podřízeného, ale stává se jeho společníkem, kdy společně mění patologické nežádoucí stavy na žádoucí.

Během poskytování ošetrovatelské péče se klienti stávají příjemci pomoci, ale ne vždy je pomoc na správném místě ve smyslu, že se stane kontrolou. Je důležité, aby se klient necítil kontrolován a personálu podřízen. Komunikace je základem pro práci s lidmi. Ošetrovatelství je zaměřeno na jedince a jeho individuální potřeby. Získáním informací o klientovi ať už tím, že nám je sdělí sám nebo je získáme z jeho anamnézy. Odhalíme určité patologie a je na nás jakou formu pomoci zvolíme a jakým způsobem ji uskutečníme. Musí to být především vždy přínosné pro obě strany.

Je důležité zmínit, že pomáhání ovlivňuje moc, která je často přisuzovaná pracovníkovi. Pracovník se stává nad klientem mocný tím, že klient je do jisté míry bezmocný, protože od pracovníka očekává pomoc. Mocenská pozice ovlivňuje pracovníkovy možnosti, způsoby poskytování pomoci, kdy mocenský systém vede k oboustranné manipulaci. Přebírá-li pracovník pomáhající kompetence v některých sférách životní praxe klienta, může ho chránit před újmou, ale také ho může zneschopňovat. Moc pracovníka lze přirovnat k několika adjektivům: moc nevládná, neomalená, krutá a laskavá. Tyto projevy moci způsobují, že se klienti stáhnou z kontaktu, zaujmají postoj uctivé pasivity, sevřou se zlostí a křivdou nebo se naučí žadonit o mezilidský kontakt. Další formou moci je moc institucionálně přidělená, která je charakteristická pro sociální pomoc, je řízena určitou pravomocí. Opakem je moc vzniklá v rámci vztahu pomáhání. Pro uskutečnění pomáhání se stane moc podmínkou pracovníka, který je pro klienta autoritou s odborným vzděláním a zkušenostmi (Kopřiva, Šiklová 1997).

V interakci mezi klientem a pracovníkem musí být hranice při pomáhání. Jsou důležité proto, aby nedošlo ke splývání. K tomuto jevu dochází v situacích, kdy pracovník příliš vnímá a bere záležitosti klienta za svoje vlastní. Soucítí s klientem, tudíž se s ním ztotožní. Jinak je popisovaná empatie, která by měla být dovedností každé sestry, je to vcítění se do klienta. V této situaci nedochází ke ztotožnění, ale k porozumění a pracovník zůstává sám sebou. Je důležité, aby soucit a empatie nebyly zaměňovány. Hranice této interakce je ochranou pracovníka a klienta, kteří vstupují do vzájemného působení. Pracovník si musí asertivně chránit své hranice proti

manipulaci ze strany klienta, musí umět pracovat s vlastním prožíváním (Kopřiva, Šiklová 1997).

1.2.2 Kontrola a profesionální způsoby práce

Abychom mohli mluvit o profesionálním způsobu práce, musí se odehrávat pouze mezi klientem a pracovníkem, který je odborníkem, kompetentním vykonávat svoji profesi. Profesionální způsoby práce, lze vysvětlit jako postupy, kterými se řídí pracovník při přebírání kontroly a poskytování pomoci. Sestry během profesionálního způsobu práce aktivně klientovi nabízejí pomoc, využitím svých jak praktických, tak vědomostních dovedností posuzují, který způsob bude nejvhodnější k vyřešení určité situace. Sestry však nesmí zapomínat, že klient je jejich společníkem.

Profesionální způsoby kontroly jsou součástí poskytování pomoci. Tyto způsoby lze charakterizovat jako proces, který je zapotřebí k uskutečnění pomoci. Profesionální způsoby kontroly se odehrávají v osmi fázích.

Opatrování - nastává, když klient není schopný se o sebe postarat sám, jeho stav mu neumožní, zajistit své základní a vyšší potřeby. Pracovník vzhledem ke své odbornosti nad klientem přebírá kontrolu a odpovědnost. Držitelem problému je pracovník, který daný problém musí vyřešit sám za klienta. Klient se dostává do situace, kdy musí pomoc přijmout.

Dozor - se uskuteční, když si pracovník zvolí postupy, kterými vyřeší problém a musí dodržovat normy a pravidla.

Přesvědčování - lze chápat jako motivaci klienta pracovníkem, který nad ním přebírá kontrolu. Aby pracovník mohl motivovat klienta, musí znát jeho hodnoty a postoje.

Vyjasňování - pracovník nabízí příležitosti, aby klient mohl sdělit svá přání a objednávku. Pracovník vyhledává společná témata, významy a otázky. Pracovník chce nabídnout klientovi co nejvíce šancí a klient se snaží orientovat v pravidlech.

Doprovázení - nastává, když klient přichází pro pomoc, kdy jeho tíživou situaci nelze změnit. Klient je s touto skutečností smířený, hledá osobu, která s ním bude jeho těžkosti sdílet a doprovázet ho na této těžké cestě. Od pracovníka očekává, že mu předá

schopnosti a dovednosti zvládnout jeho těžkosti. Je důležité, aby pracovník opakovaně ověřoval, zda klientovi pomáhá, jak si přeje.

Vzdělávání - je spoluprací klienta a pracovníka, klient má pocit, že je nedostatečně informovaný. Přichází za pracovníkem, aby odstranil své neznalosti, tím že si osvojí a rozšíří dovednosti, zkušenosti, vědomosti, které mu předá pracovník. Pracovník musí být dostatečně vzdělaný a zkušený, aby mohl klientovi pomoci splnit jeho objednávku. Během této spolupráce si pracovník neustále ověřuje, zda klientovi pomáhá splnit jeho objednávku a zároveň si ověřuje i zda pochopil informace, dovednosti, zkušenosti, vědomosti, které mu předal a dokáže s nimi pracovat.

Poradenství – klient si doplnil své neznalosti, ale vyskytly se překážky, které mu znemožňují dosáhnout cílů, které si sám stanovil. Pracovník klientovi nabízí rady, návody a nápady jak daného cíle dosáhnout. Klient se sám rozhoduje a volí, které rady jsou k dosažení stanoveného cíle nejvhodnější. Pracovníka lze přirovnat k poradci, pomáhá spoluvytvářet rady.

Terapie – klient si přeje zbavit svého utrpení, zmenšit svoji bolest. Pracovník mu pomáhá najít způsoby, postupy jak docílit toho, aby byla klientovo utrpení a bolest co nejmenší (Úlehla, 2007).

1.3 Určující znaky pomáhajících profesí

Pomáhající profese jsou zaměřeny na jednotlivce, který potřebuje pomoc druhé osoby. Hlavním předpokladem pomáhajícího je úcta ke člověku. V ošetrovatelství je poskytovatel pomoci sestra, která musí být odborníkem ve své profesi, být kompetentní vykonávat tuto profesi a musí se řídit předpisy a normami. Odbornost je důležitá složka, která pomáhá klienta vnímat jako celek rozdělený do tří skupin: biologický, psychický a sociální. Sestra musí umět rozlišit patologie, které se vyskytnou v jednotlivých složkách tohoto celku a volit vhodnou intervenci k jejich odstranění.

Role sestry dle Hendersonové spočívá: *„v pomoci zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo k uzdravení (či pokojné smrti) a které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalost. Je*

třeba tuto funkci vykonávat takovým způsobem, aby jedinci pokud možno co nejrychleji pomůže získat nezávislost (in Zvoníčková et al., 2012, s. 35)“.

Znaky pomáhajících profesí se odvíjí od etiky. Mezi základní etické principy v ošetrovatelství patří autonomie. To znamená, že každý má právo určovat své jednání a chování podle svých osobních etických zásad. Další etický princip je prospěšnost, kdy prospěšnost je závazkem konat dobro a vyhnout situacím, které vyvolají újmu. Mezi další etické principy patří důvěryhodnost. Důvěryhodnost znamená dodržovat závazky a zůstat jim věrný. Dalším etickým principem je spravedlnost, což znamená rovné jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci. Pravdomluvnost je také součástí etických principů, kdy pomáhající musí říkat jen pravdu a neklamat. Profesionální a etickou povinností sestry je hlavně pečování o druhé. Součástí etických principů je i obhajoba, ve smyslu aktivní podpory, ochrany práv klienta a lidské důstojnosti. Zásadou obhajoby je poctivost a respektování lidské důstojnosti. Dalším etickým principem je odpovědnost. Sestra totiž výběrem svého povolání na sebe vzala odpovědnost za to, že bude poskytovat ošetrovatelskou péči v souladu s předpisy, standardy a morálními hodnotami. Povinnost je chápána podobně jako odpovědnost, kdy sestra má povinnosti vůči klientovi podporovat jeho zdraví, předcházet onemocněním, navracet zdraví a zmírnit utrpení. Poslední složkou etických principů je spolupráce, tedy aktivní účast sester, která je důležitá pro zajištění kvalitní péče (Kutnohorská, 2007).

K naplňování a uskutečňování pomoci a to především v oblasti psychických a etických principů je zapotřebí osobnostních předpokladů sester. Což znamená, že ošetrovatelské povolání vyžaduje určité osobnostní předpoklady neboli stavovské ctnosti, které zahrnují cílevědomost, diskrétnost, důvěryhodnost, kolegiální, lásku k nemocnému, nezištnost, obětavost, odpovědnost, ohleduplnost, ochotu, optimismus, otužilost, poctivost, radost, sebeovládání, sociální citění, spolehlivost, taktnost, trpělivost, tvořivost, vlídnost a velkorysost (Kutnohorská, 2007).

Pomáhající povolání se odvíjí také od postojů a dovedností pečovatele. Mezi dovednostní složky patří sociální, intelektuální a sensorická oblast. Sestra musí umět používat veškeré své znalosti za pomoci myšlenkových procesů, ve smyslu kritického myšlení. Zde se uplatňuje složka intelektuální. Sensorická oblast je zaměřena na

technickou stránku, kdy sestra prakticky ovládá jednotlivé odborné výkony a dokáže pracovat s dostupnými informacemi o klientovi. Sociální oblast je především zaměřena na komunikaci a další sociální interakce mezi klientem a pracovníkem (Herdman, 2013).

Podobně popsali pomáhání Hartl, Hartlová (2000), kdy se toto pomáhání také odvíjí od schopnosti sester reagovat na předměty, osoby a situace. Schopnosti charakterizovali, jako znaky postojů, které jsou součástí osobnosti. Tyto znaky předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění, všechny tyto předpoklady jsou důležité pro povolání sestry (Hartl, Hartlová, 2000).

Schopnosti sester lze též charakterizovat jako: „*vlastnosti osobnosti, které jsou podmínkou k pohotovému vykonávání určité aktivity (Zacharová a kol., 2011, s. 31)*“.

1.3.1 Prosociální chování

„Pomáhání je termín obecný. Prosociální chování označuje takové chování, jehož cílem je zlepšit situaci druhé osoby, přičemž pomáhající není povinen poskytnout pomoc na základě své profese a příjemce pomoci není organizace ani instituce, nýbrž jedinec. Pojem altruismus specifikuje pomoc ještě více, jednání pomáhajícího je motivováno vcítěním se do situace druhého a empatií (Hewstone, Stroebe, 2006, s. 332)“.

Lze tedy říci, že o všechny tyto skutečnosti se odehrávají na základě pomoci, kdy je příjemcem pomoci. Prosociální chování se v této situaci mění, pomáhající je povinen poskytnout pomoc na základě své profese, přičemž altruismus se stává nedílnou součástí této interakce.

Prosociální chování se odvíjí od altruismu, který specifikuje pomoc, jako jednání pomáhajícího, které je motivováno vcítěním se do situace druhého a empatií (Hewstone, Stroebe, 2006).

Prosociální chování můžeme, ale také chápat jako chování konané ve prospěch druhého člověka, pomáhající chování má za cíl přinést užitek jiným (Výrost, Slaměník, 2008).

Pomáhající profese mají za úkol pomáhat druhým. Bez vrozených tendencí by toto povolání nemělo naplnění. Altruismus má též vrozený základ, není pouze naučený. Je

popisován jako složitější motivační tendence, kdy člověk nevyužívá společnost jen jako prostředek přežití, ale má potřebu udržovat s ostatními dobré vztahy a chce být společností akceptován a vnímán i s jeho vlastní hodnotou (Vágnerová, 2005).

S prosociálním chováním souvisí empatie, která je též důležitá při poskytování pomoci v ošetrovatelství. Je charakterizovaná jako schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby. Empatie pracuje s emoční inteligencí. Emoční inteligence je umění dovedně zacházet s emocemi, emocionálně se ztotožnit s druhou osobou, pomocí viděním, cítěním, chápáním a vnímáním neverbální komunikaci (Hartl, Hartlová, 2000).

Americký spisovatel Edgar Allan Poe vyjádřil svoje vcítění těmito slovy: „*Chci-li zjistit, jak je druhý člověk moudrý, hloupý, dobrý, nebo špatný, nebo co si právě myslí, vytvořím ve své tváři takový výraz, jenž se co nejpřesněji podobá výrazu jeho tváře, a pak čekám, jaké myšlenky nebo pocity se objeví v mé mysli nebo srdci, které jakoby odpovídaly nebo byly ve shodě s tímto výrazem (in Koukolík, 2007, str. 57)*“.

Kutnohorská (2007) řadí empatii mezi základní schopnosti a dovednosti pomáhající profese, což je základním předpokladem pro efektivní komunikaci. Empatie má emoční a kognitivní složku, to znamená, že odborník musí umět pracovat a rozpoznat emoční rozpoložení klienta a poté o něm umět přemýšlet. Schopnost empatie nespočívá jen v umění vcítit se do druhého, ale zda jsme schopni dokončit klientovu započatou větu. Během rozvíjení empatie je dobré se plně věnovat tomu, co nám klient sděluje, tolerovat a akceptovat ho a předem klienta neodsuzovat za to, jaký je (Kutnohorská, 2007).

Umět naslouchat je nedílnou součástí empatie, tuto schopnost je třeba se naučit, nejde pouze o vnímání slov, která jsou nám sdělována. Posluchač musí vnímat a soustředit se, aby rozuměl mimice klienta a usilovat o oční kontakt. Tím klientovi dává najevo, že ho vnímá a poslouchá (Kutnohorská, 2007).

1.3.2 Rozdělení pomáhání a zařazení pomáhajících profesí

Nositel profesní role má pro svou pracovní oblast vnější a společenskou legitimaci, oprávnění, které získá pomocí dovedností a schopností, jež se naučil. Pro činnost profesní role stačí prokázat, že se chová podle pravidel a dodržuje normy. Jestliže se

odborník chová v konání své profesní role podle regulí, nelze mu nic vytknout, tudíž nemůže selhat (Schmidbauer, 2008).

Pomáhání k závislosti pomáhajícího lze rozdělit v několika rovinách: spontánní pomáhání „milosrdného samaritána“, kdy pomáhající se nemohoucího ujme ze soucitu. Nemá pro to žádnou teorii ani povolání. Pomáhání jako řízená, plánovaná interakce výměnného charakteru. Pomáhání ve smyslu „já pomohu tobě a ty pomůžeš mně“. Pomáhání jako cesta za narcistickým uspokojením, pomáhající chce dosáhnout uznání, moci, uplatnění, emocionální blízkosti se současným udržením možnosti kontroly (Schmidbauer, 2008).

Rozdíl při poskytování pomoci a při pomáhání nebo spolupráci při pomáhání je zásadní. Ve smyslu zmocňování či posilování příjemců pomoci. Dle Eyndeové a Vana se nelze stát nad někým mocným, on sám se musí pomoci vzpoury a vzdoru svého zmocnění zmocnit (Baštecká et al, 2013). Během poskytování ošetrovatelské péče se sestry stávají mocnými nad klienty, už jen tím, že jim pomáhají, protože klienti nemají dostatek sil, nebo vědomostí, aby se zvládli o sebe postarat sami. Sestry musí klienty vést k tomu, aby tuto moc nad sebou ovládali sami, což povede k tomu, že se klienti se o sebe dokážou postarat sami.

Profesní činnost a soukromý život v pomáhajících profesích na sebe vzájemně působí jak negativně tak pozitivně. Toto působení lze rozdělit na čtyři formy: Oběť povolání nastane, když se pomáhající odevzdá své profesní roli, která pohltí jeho soukromý život. Pomocník, který štěpí, znamená, že pomáhající dokáže oddělit profesní roli od svého soukromého života. V osobních vztazích se chová jinak než ve vztazích profesních. Perfekcionista hledá jako pomáhající ztracenou celost, kdy úsilí o výkonnost přenesl na spontánní a emocionální kvality. Pirát jako pomáhající využívá profesních možností k utváření kontroly vztahů ke svému osobnímu a soukromému prospěchu (Schmidbauer, 2008).

1.3.3 Syndrom vyhoření v pomáhajících profesích

Poskytování pomoci je velmi náročné jak fyzicky tak psychicky. Na pomáhající profesi je vytvářen neustálý tlak. Je důležité se zmínit o stresorech, se kterými se běžně

setkávají sestry během poskytování ošetrovatelské péče. Mezi fyzické stresory patří: statické zatížení (asistence u lůžka), dynamické zatížení (přesuny mezi provozy), zatížení páteře, svalového a kosterního aparátu, vysoká rizika infekce, narušení spánkového rytmu, nepravidelná strava, kontakt s léky, chemikáliemi a desinfekcí. Mezi psychické stresory patří: nutnost neustále pozornosti, sledování stavu klienta, pružné reagování, rychlé rozhodování, vysoké pracovní tempo, improvizace. Jsou kladeny vysoké nároky na paměť, zodpovědnost, jsou zde závažné následky v případě omylu, setkávání s utrpením, bolestí, smrtí a vysoké nároky pracovní, společenské a neustálá komunikace s klienty (Snopková, 2007).

Výše uvedené poznatky úzce souvisí s termínem „syndrom vyhoření“. V anglickém jazyce se vyskytuje pojem „burn – out“, neboli vyhoření. Poprvé tento termín v kontextu pomocníků použil v USA H. J. Freudenberger. Vyhoření lze přirovnat k plamenu hořící svíčky, která dohořívá, až vyhasne (Schmidbauer, 2008).

U pomáhajících profesí je to shodné, na začátku tato profese naplňuje, ale čím déle je konaná, tím více vysiluje. Syndrom pomáhajícího může být též, jako projev těžkého psychosomatického utrpení, např. žaludeční vřed nebo srdeční infarkt (Schmidbauer, 2000).

Syndrom vyhoření v pomáhajících profesích lze přirovnat ke krizi. Krize nastává v situaci, kdy se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním výrazem problému a možnostmi zvládnutí, které má momentálně k dispozici. Krize v jedinci vyvolává ohrožení své identity, kdy ztrácí kompetence utvářet svůj život (Kastová, 2000).

Je důležité, aby sestry jako pomáhající osoby předcházely syndromu vyhoření a následně i vzniku krizové situace Oblasti, které hrají hlavní roli při zvládnutí stresu je životní styl, který souvisí s dostatečným pohybem, zdravou výživou a spánkem. Další oblastí je udržování dobrých mezilidských vztahů a spokojenost v osobním životě. Oblastí, která je často opomíjena, je přijetí sebe samého, nevyřešené vnitřní konflikty naší osobnosti vedou k úbytku energie, která je pro pomáhající profese důležitá. Je nezbytné, aby se sestry v této oblasti stále sebevzdělávaly (Kopřiva, 1997).

1.4 Klient jako příjemce pomoci

Klient se během poskytování ošetrovatelské péče stává příjemcem pomoci, ať už je to pomoc fyzická, psychická nebo sociální. Ošetrovatelství poskytuje několik systémů, jak vnímat klienta a jeho roli jako příjemce pomoci. Mechanický pohled vnímá osobu jako stroj, bez psychických a emočních prožitků. Organistický pohled vnímá osobu jako aktivní, která se adaptuje na prostředí a je s ním v rovnováze. Otevřený systém chápe osoby jako psychické, biologické, sociologické a duchovní systémy, které se skládají z podsystémů. Adaptivní systém vnímá osobu, jako osobu, která se přizpůsobí změnám a zároveň si zachová svoji integritu a celistvost. Holistický pohled chápe osobu jako celek, který zahrnuje všechny výše uvedené systémy (Farkašová a kol., 2006).

Nemocný klient je vyřazen ze společnosti zdravých, což pro něj znamená radikální změnu sociální situace a prostředí, v němž se odehrává jeho každodenní život. Ocítá se v postavení člověka psychicky a společensky podřízeného (Bartlová, 2005).

Chování a jednání klienta mohou ovlivnit náročné životní situace, jako je např. nemoc. Sestra jako poskytovatel pomoci by se měla orientovat v prožívání nemocného klienta, aby takovému klientovi mohla poskytnout adekvátní pomoc. Člověk si vytváří psychické obranné mechanismy proti náročným životním situacím jako je: Racionalizace – zdůvodňování vlastního chování nebo jednání. Riziko racionalizace může nastat, když si nemocný klient nepřipustí skutečnost svého onemocnění, ze kterého má obavy. Popření – nemocný klient se vyhýbá problémům, které negativně ovlivňují jeho zdraví. Kompenzace – je vnímána jako náhrada za chybějící schopnost, kdy se nemocný klient vyrovnává z osobního nedostatku a neúspěchu. Regrese – se projevuje emocionální nestabilitou, kdy nemocný klient vyžaduje zvýšenou pozornost. Snížení horizontu vědomí – nemocný klient se zabývá sám sebou a vlastní nemocí. Snížené sebevědomí – klient ztrácí sebedůvěru a nezávislost (Farkašová a kol., 2006).

Člověk, který onemocněl, prožívá určitá psychická úskalí. Grumanová, Mahnkopf a Rahn popisují situace, které klienta uvádějí do pasivity, kdy je předmětem péče sester a lékařů. Klient nemůže dělat sám, co chce, ale musí dělat to, co mu určí jiní lidé. Před nemocí byl klient zvyklý na určitý rytmus, ten se ale za této situace také mění. Jsou

ovlivněny i sociální interakce klienta, kdy je relativně v sociální interakci s nemocničním prostředím, ale setkává se s neznámými lidmi a má omezený kontakt s rodinou. Prostředí klienta ovlivňuje jeho prožívání, nemocniční prostředí má na klienta negativní vliv. Mění se i okruh zájmů, který se zužuje. Náročné je pro klienta i zvládání problémů, protože často nerozumí svému fyzickému i psychickému stavu. Nemocný klient prožívá negativní emoce jako je strach. Časový prostor klienta je omezený, žije pouze přítomností, protože jeho budoucnost je nejistá (in Gulášová, Breza, 2013).

Ošetřovatelství vnímá klienta jako holistickou osobu. Důstojnost člověka se stává hlavní součástí ošetřovatelství a pomoci v něm. Příručka Důstojnost a starší Evropané ji popisuje takto: „*Důstojnost je složitá entita. Obvykle ji spojujeme s pojmy jako úcta, autonomie a ovládání. Často bývá snazší popsat nedůstojnost. Chceme-li poskytovat péči a služby, které zachovávají a posilují důstojnost, je třeba věnovat něco času pochopení toho, co důstojnost vlastně je (příručka - Vzdělávání pro důstojnost, 2003)*“.

Obtížná sociální situace a nemoc se často stává mezní situací člověka. Člověk je ohrožen svou nesoběstačností a stává se nějakým způsobem závislým na svém okolí. Takový jedinec pocítuje ohrožení významných hodnot, včetně těch, které souvisejí s lidskou důstojností (Rohanová, 2005).

1.4.1 Určení klientova problému

Psychologický slovník popisuje problém jako „*spornou otázku, situaci vyžadující řešení, cíl, k jehož splnění cesty se teprve musí hledat, na rozdíl od úkolu, k jehož splnění jsou cesty již známé (Hartl, Hartlová, s. 453, 2000)*“.

Problém lze chápat ve dvou rovinách, kdy první se zaměřuje na patologii a snahu ji napravit za použití diagnostických tradičních přístupů, jako je vyšetření – posouzení – zákrok. Druhou rovinou je pohled na problém v medicínsky společenských vědách jako předpoklad – diagnóza – intervence. Sestra, která chce klientovi pomáhat, musí mít jasnou představu o tom, co je předmětem, problémem, se kterým zachází. Tyto problémy často představují klientovo trápení, strádání, obtíže, apod., které by mohly nastat nebo již nastaly. Klient má svůj problém zformulovaný, aby sestra mohla

problém odhalit, stačí jí pouze se na něj zeptat. Úkolem však není odhalit problém, který klient skrývá, ale domluvit se s ním, jaký problém má na mysli a jak mu mohou společně rozumět. Klient dokáže sám popsat nejlépe svůj problém, je expertem popisu tohoto problému a expertem na řešení problému je sestra. Jejich rozdílnost jim dovoluje spolupracovat jako tým na dojednaném cíli (Úlehla, 2004).

Sestry pomocí ošetřovatelského procesu mohou určit, v jakých oblastech klient potřebuje pomoci. Pomocí hodnocení stavu klienta, diagnostiky klientova problému, plánování postupu k vyřešení tohoto problému, realizací zvoleného postupu a závěrečným hodnocením zjistíme, zda byl problém vyřešen nebo zda je nutné v něm pokračovat. Stanovením ošetřovatelské diagnózy, sestra odhalí aktuální či potenciální problémy klienta (Tóthová, 2000).

1.4.2 Ošetřovatelský model Wiedenbachové - Umění pomoci

Model Wiedenbachové je v ošetřovatelství podstatný, pomáhá sestřám zajistit odbornou a empatickou ošetřovatelskou péči klientovi. Tento model je charakterizován jako umění pomoci v klinické praxi založený na předpisové teorii. Předpisová teorie usměrňuje činnost přesně na cíl. Ošetřovatelský proces Wiedenbachová charakterizuje jako proces vnitřně zosobněný, ovlivněný kulturní úrovní sestry, cílem ošetřování, vědomostmi, moudrostí, citlivostí a zájmem. Ošetřovatelská činnost se odehrává na principech pomoci a zahrnuje čtyři druhy aktivity: 1. reflexní (spontánní), 2. podmíněnou (automatickou), 3. impulzivní (podnětnou), 4. uvážlivou (cílevědomou). Zajištění potřeby pomoci klientovi vychází ze třech zásad. Zásada shody a neshody určuje a vymezuje nějakou činnost, slovo, či klientův projev od toho, co se očekává. Znamená to, že je to něco, co není běžné pro daného člověka. Úkolem sestry v zásadě shody a neshody je sledování, pozorování a analytické pozorování klienta. Zásada účelné vytrvalosti je založená na pomoci sestry, ve které pokračuje. Usiluje o pomoc klientovi i navzdory těžkostem, na které naráží při hledání zdrojů a schopností při poskytování péče. Zásada rozšířené péče, sestra může vyhledat pomoc i jinde, mohou se však vyskytnout případná omezení charakterového a osobního typu. V tomto případě

musí umět dosažený limit rozpoznat a rozhodnout se, kdy má pomoc vyhledat (Farkašová a kol., 2006).

Předpisová teorie tvoří koncepci v dané situaci v podobě předpisu, kterým se tato situace má vykonat. Tvoří ji tři koncepce. Ústřední cíl je založen na individuální filozofii sestry. Filozofie je zaměřena na hodnotu a cenu jednotlivce a usměřuje její péči, při respektování úcty, důstojnosti, hodnoty, autonomie a individuality jedince. Hlavním cílem koncepce je definice kvality zdraví, kterou chce účinně ovlivnit a udržet u klienta. Předpis je další koncepcí, specifikuje charakter činnosti, která zajistí splnění ústředního cíle. Činnosti mohou být buď dobrovolné, nebo nedobrovolné. Skutečnost tvoří v teorii koncepcí prostředí, ve kterém se realizuje poskytování ošetrovatelské péče. Tato skutečnost se skládá z fyzických, psychických, duchovních a emocionálních faktorů (Farkašová a kol., 2006).

Poskytování pomoci je zaměřené na zjišťování klientovy potřeby. Její poskytování je závislé na identifikaci klientovy potřeby, která představuje příčinu diskomfortu, získanou pozorováním sestry. Po identifikaci následuje poskytování potřebné pomoci. Kontrolou pro sestru je potvrzení, že vykonaná činnost byla pro klienta užitečná. Úspěch ošetrovatelské péče závisí na činiteli (sestra), příjemci (klient), cíli (požadovaný výsledek), prostředcích (nástroje, aktivity) a rámci (vnější faktory lidských, environmentálních, odborných a organizačních možností), (Farkašová a kol., 2006).

1.5 Důsledky přijetí pomoci

Pomáhající osoby nabízející pomoc se domnívají, že jejich služba je vždy správná. Pomáhající osoby a příjemci pomoci na tuto skutečnost však pohlížejí jinak.

„Poskytovatel pomoci těží z toho, že pomoc je považována za žádoucí a spravedlivý akt. Sice do ní musí investovat (např. čas, peníze, snahu), ale pozitivní výsledek může tato investiční negativa převážit. Příjemce pomoci naopak chce druhému dokázat, že má život pod kontrolou. Vzhledem k tomu, že slabost a závislost provázejí negativní konotace, příjemce se snaží predefinovat altruistický vztah a zdůraznit, co sám dokázal (Hewstone, Stroebe, 2006, str. 357).“

Dle Fischera, De Paula a Nadlera ovlivňují pomoc vlastnosti a záměry poskytovatele (např. manipulace) a příjemce (např. sebeúcta) pomoci a též podmiňují i důsledky přijetí pomoci (in Hewstone, Stroebe, 2006).

Důsledky přijetí pomoci mohou způsobit negativní reakce, pocity a posuzování především v situaci, když ji klient vnímá jako ohrožující pro své vlastní já. Rozsah vnímaného ohrožení vlastního já je podmíněno situačními faktory a osobností klienta. Ohrožení či podpora zpětně podmiňují, zda příjemce pomoci bude prožívat spíše pozitivní, nebo negativní pocity. Pokud podpoříme klientovo vlastní já, lze očekávat pozitivní reakce na pomoc. Příjemci pomoci, kteří mají vysoké sebehodnocení často vnímají pomoc negativně např. tím, že touto pomocí pohrdají (Hewstone, Stroebe, 2006).

Nadler dále uvádí: *„že ochota klienta vyhledat pomoc úzce souvisí s vnímáním ohrožení vlastního já v souvislosti s přijetím pomoci (in Hewstone, Stroebe, 2006, str. 358).“*

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle výzkumného šetření

V souvislosti s tématem výzkumného šetření „Vnímání pomoci v ošetrovatelství“ byly uskutečněny polostrukturované rozhovory s klienty Domažlické nemocnice a. s. Na začátku výzkumného šetření byly stanoveny dva cíle.

Cíl 1: Zjistit vnímání pomoci v ošetrovatelství z pohledu laiků – klientů.

Cíl 2: Zjistit vnímání pomoci v ošetrovatelství z pohledu odborníků – sester.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka č. 1: Jaký význam má pomoc pro klienty, kterým poskytují ošetrovatelskou péči sestry?

Otázka č. 2: Jaký význam má pomoc pro sestry v ošetrovatelství během poskytování ošetrovatelské péče klientovi?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Sběr dat do výzkumné části byl proveden formou kvalitativního šetření pomocí rozhovorů. Rozhovory byly individuální, polostrukturované, anonymní a dobrovolné. Předem bylo vytvořeno 20 otázek, z toho bylo 10 otázek pro klienty a 10 otázek pro sestry. Otázky pro sestry byly zaměřeny na komunikaci s klientem a vnímání klienta sestrou, který potřebuje pomoc. Další otázky byly směřovány k identifikaci aktuálního i potenciálního problému klienta a následně k řešení tohoto problému a způsobu poskytnutí pomoci. Další otázky zjišťovaly na informovanost sester o pomoci. Poslední otázky byly směřovány na vnímání pomoci v osobním a profesionálním životě a hodnocení pomoci během poskytování ošetrovatelské péče. Jedna z otázek pro klienty byla směřována na informovanost o pomoci. Další otázky pro klienty byly směřovány na komunikaci, projev a zájem sester pomáhat. Dále zjišťovaly pocity klienta. Poslední otázka byla shodná pro sestry i pro klienty, byla směřována na hodnocení pomoci. Všechny rozhovory byly přepsány do elektronické podoby viz Příloha 2. Pomocí metody „tužka a papír“ byly následně kódovány podstatné odpovědi respondentů a barevně rozlišeny. Na základě získaných dat bylo vytvořeno sedm kategorií. Tři kategorie stanovené na základě odpovědí klientů – Pomoc a její význam pro klienty, Komunikace sester s klienty a jejich zájem klientům pomáhat, Prožívání klientů během hospitalizace. Čtyři kategorie stanovené na základě odpovědí sester – Pomoc a její význam pro sestry, Možnosti a způsoby, kterými poskytuje sestra pomoc, Informovanost sester o pomoci a vnímání klienta, Význam pomoci v osobním a profesionálním životě sestry. Kategorie byly následně zpracovány a uspořádány do grafických schémat v programu SmartArt.

3.2 Charakteristika souboru

Respondenti (klienti) byli vybráni na standartním interním lůžkovém oddělení, dle požadovaných kritérií, která musela splňovat věk respondentů, a to od 25 let do 90 let. Dalším požadovaným kritériem bylo pohlaví respondentů, osloveni měli být muži

i ženy. Další kritéria pro respondenty nebyla stanovena. Respondentky (sestry) byly vybrány též na interním lůžkovém oddělení na základě praxe ve zdravotnictví (minimálně 3 roky praxe u lůžka) další kritéria nebyla stanovena. Velikost výzkumných vzorků byla dána nasycením odpovědí respondentů. Výzkumný soubor tvořilo deset respondentů. Rozhovorů se zúčastnili jak muži, tak ženy. Rozhovory probíhaly po domluvě s vrchní sestrou Evou Zunovou od 2.- 26.2.2015 v Domažlické nemocnici.

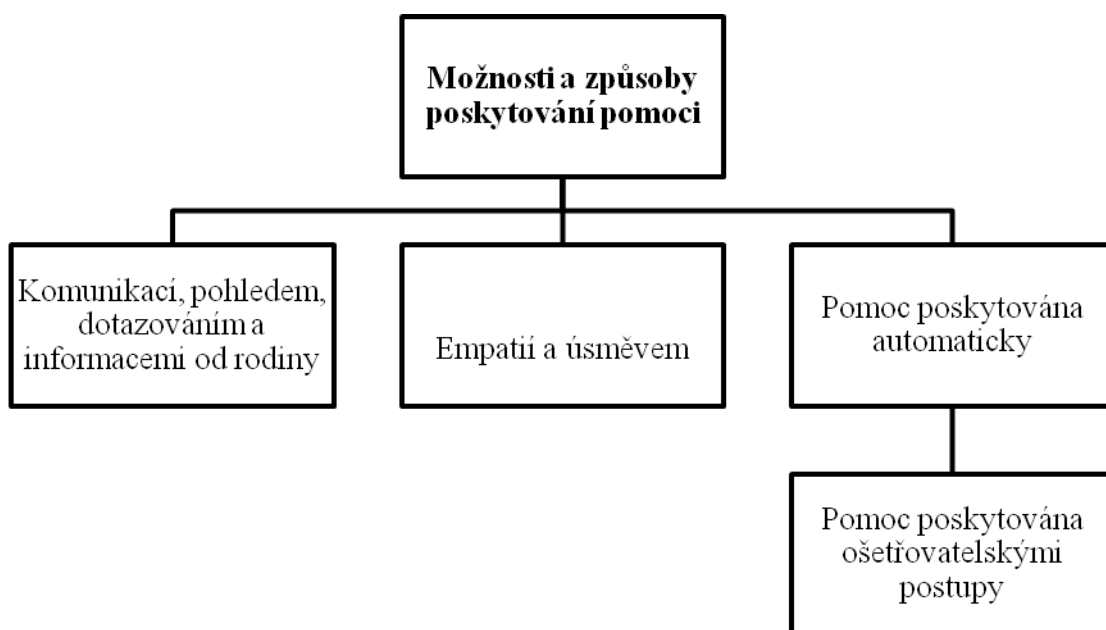
4 Výsledky

Schéma č. 1 (kategorie – sestry) Pomoc a její význam pro sestry



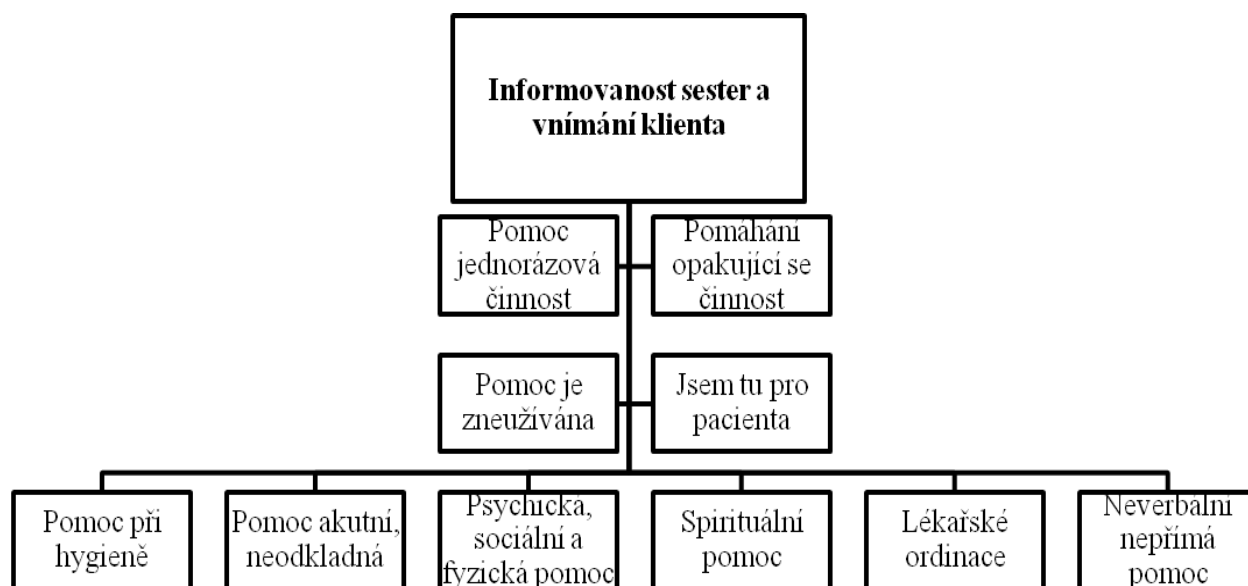
V rámci šetření bylo zjišťováno, co si respondentky představí pod pojmem pomoc a jaký má pomoc význam v ošetřovatelství. V mnoha případech si pod pojmem „pomoc“ respondentky představily pomoc druhému člověku, podat druhému člověku pomocnou ruku, pomoc člověku v nějakém konání. Respondentky vnímají pomoc jako skutek, čin, či výrok a jistotu. Pro dotazované respondentky je význam pomoci v ošetřovatelství velký, je to podstata ošetřovatelství a pomoc je pro ně v ošetřovatelství nepostradatelná. Některé z respondentek uvedly, že je pomoc zneužívána ze strany pacientů a tím tyto pacienty deaktivuje.

Schéma č. 2 (kategorie – sestry) Možnosti a způsoby, kterými poskytuje sestra pomoc



Respondentky uvedly, že prostřednictvím komunikace, pozorováním, dotazováním a informacemi od rodiny odhalí, zda pacienti potřebují pomoc při nějaké činnosti a následně i pacientům pomoc nabízejí, převážně slovně. Dále uvedly, že pomoc poskytují s empatií a úsměvem. Pomoc respondentky provádějí automaticky a fyzicky použitím ošetrovatelských postupů

Schéma č. 3 (kategorie – sestry) Informovanost sester o pomoci a vnímání klienta jako příjemce pomoci



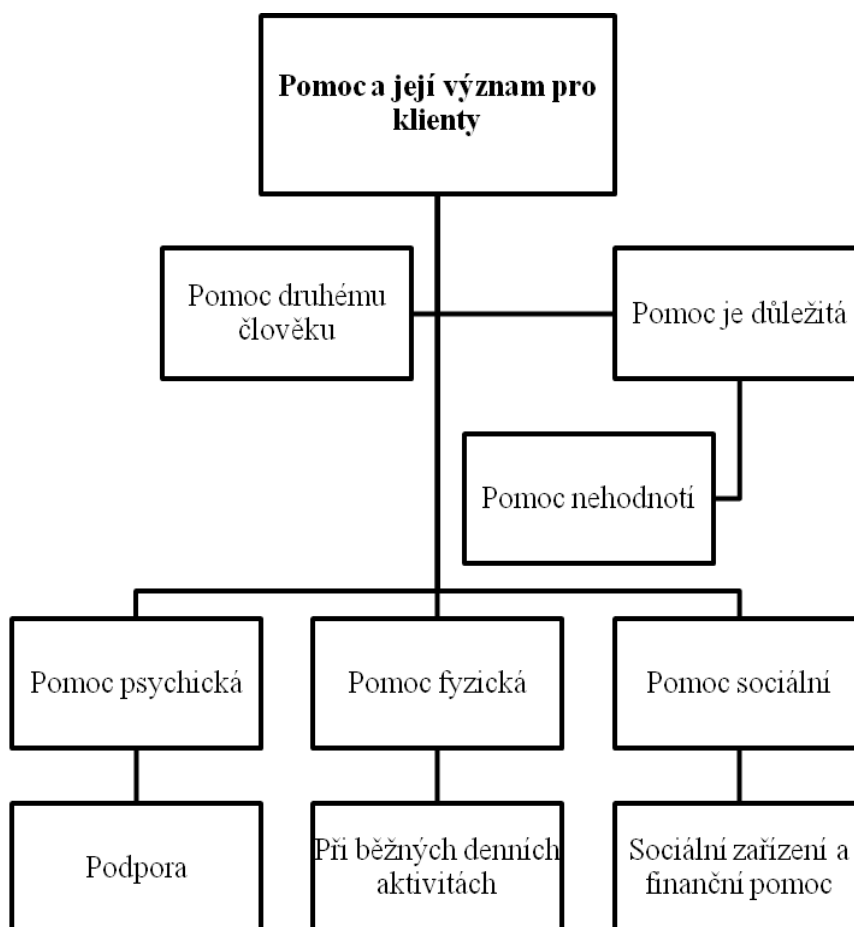
Toto schéma popisuje informovanost sester o pomoci (druhy pomoci, rozdíl mezi pomáháním a pomoci) a vnímání klienta během poskytování pomoci. Respondentky zmínily jako příklady pomoci: pomoc při hygieně, pomoc akutní, neverbální, nepřímá pomoc, psychickou, sociální a fyzickou, spirituální pomoc a lékařské ordinace. Pomoc respondentky vnímají jako jednorázovou činnost a pomáhání vnímají jako opakující se činnost. V mnoha případech respondentky uvedly, že pomoc je často klienty zneužívána. Pouze jen některé respondentky uvedly, že tu jsou pro pacienty.

Schéma č 4 (kategorie – sestry) Význam pomoci v osobním a profesionálním životě sestry



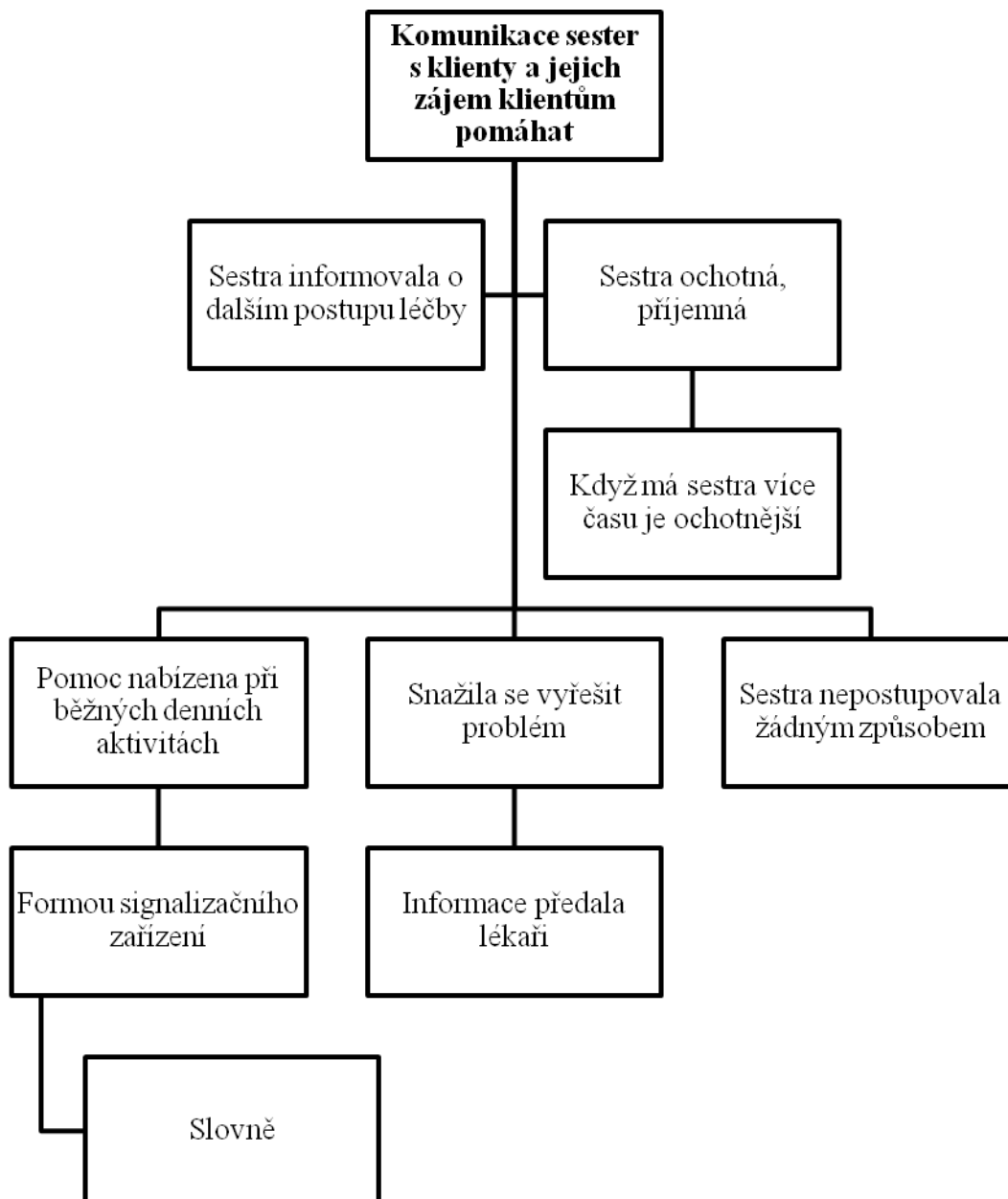
Pomoc respondentky vnímají a chápou jako podstatu a součást své profese, kde je tato pomoc nezbytná a nutná a je především na prvním místě. Pomoc blízkým respondentky charakterizovaly jako pomoc osobní, bez hranic a automatickou. Pomoc poskytovanou klientům respondentky popsaly jako pomoc neosobní, ale pro klienta se sestry snaží udělat maximum. Pomoc, kterou respondentky poskytují, nehodnotí žádným způsobem.

Schéma č. 5 (kategorie – klienti) Pomoc a její význam pro klienty



Respondenti vnímají pomoc, jako pomoc druhému člověku. Význam pomoci je pro respondenty důležitý, pouze v jednom z případů význam pomoci klient nehodnotí. Pomoc psychickou respondenti popsali jako podporu. Pomoc fyzickou respondenti charakterizovali jako pomoc při běžných denních aktivitách např. pomoc při hygieně. Pomoc sociální vnímají respondenti, jako pomoc, která je poskytována sociálními zařízeními např. domovy důchodců a jako další příklad sociální pomoci uvedli pomoc finanční.

Schéma č. 6 (kategorie – klienti) Komunikace sester s klienty a jejich zájem klientům pomáhat



Respondenti uvedli, že je sestry informovaly o dalším postupu léčby. Respondenti popisují, že sestry byly ochotné a příjemné. Jedna z respondentek uvedla, že pokud mají sestry více času, jsou ochotnější. Respondenti uvedli, že pomoc jim byla nabízena při

běžných denních aktivitách a to slovně, nebo formou signalizačního zařízení. Respondenti popsali, že pokud nastal během hospitalizace nějaký problém, sestry se ho snažily vyřešit nebo informace, které jim respondenti sdělili, předaly lékaři. V některých případech uvedli respondenti, že sestry nepostupovaly žádným způsobem.

Schéma č. 7 (kategorie – klienti) Prožívání klientů během hospitalizace



Respondenti hodnotí pomoc, kladně, dobře a uspokojivě. Své pocity klienti popisovali smíšeně, ale všichni klienti uvedli, že se již cítí lépe.

5 Diskuze

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak je pomoc vnímána v ošetrovatelství z pohledu klientů a z pohledu sester.

První kategorie byla zaměřena na pojem „pomoc“ a význam pomoci pro sestry v ošetrovatelství. V mnoha případech si pod „pomocí“ sestry představí pomoc druhému člověku, podat druhému člověku pomocnou ruku, pomoc člověku v nějakém konání. Respondentky pomoc také charakterizovaly jako skutek, čin, či výrok. Jedna z respondentek pomoc charakterizovala takto: *„Jistota, člověk není v dané chvíli sám na své problémy.“* Pro dotazované respondentky je pojem pomoc vždy v souvislosti s poskytováním pomoci druhé osobě. Ve dvou případech je pomoc charakterizována jako konání či skutek, tedy činnost, která vede k naplnění pomoci. Lze tedy souhlasit s Krausem (2008), že pomoc je aktivní účast při řešení konkrétní situace, či problému. Pro dotazované respondentky je význam pomoci v ošetrovatelství často shodný. Pomoc je vnímána jako podstata ošetrovatelství, kde je pomoc nepostradatelná a význam pomoci je velký. Jedna z respondentek popsala význam pomoci v ošetrovatelství takto: *„Je to podstata ošetrovatelství, ošetrovatelství je pomáhání nemohoucím lidem. Ošetrovatelství je odezva na pomoc, kterou pacient dostává.“* Další z oslovených respondentek význam pomoci charakterizovala jako zneužívání pomoci takto: *„Pomoc je v ošetrovatelství často zneužívána. U pacientů, kteří se o sebe nemohou postarat sami, tak pomoc význam má, mnoho pacientů však pomoc deaktivuje.“* V tomto případě můžeme souhlasit s tvrzením Rogerse viz kapitola Definice pomoci. Pokud příjemce pomoci nazveme jako „pacienta“ utvrdíme jej v jeho pasivní roli, tedy jej deaktivujeme. Sestry totiž příjemce pomoci vnímají jako „pacienty“. Pokud by však sestry začaly vnímat příjemce pomoci jako „klienty“, tak by je neutvrzovaly v jejich pasivní roli. Klienti se totiž aktivně účastní na řešení svého problému, jsou tedy aktivními. Lze říci, že poté by nemuselo docházet ke zneužívání pomoci ze strany pacientů. Můžeme též konstatovat, že příjemci pomoci si často neuvědomují, kde končí hranice pomáhání a kde začíná zneužití poskytované pomoci. Jenže tyto hranice musí být předem stanoveny při navázání vztahu sestry s klientem během poskytování pomoci, jak popisuje Kozierová (1995) viz podkapitola Vztah při poskytování pomoci.

Druhá kategorie pro sestry byla zaměřena na možnosti a způsoby, jakými sestra poskytuje pomoc klientům. Respondentky často komunikací, pozorování, dotazováním odhalí, zda klient potřebuje pomoc. Jedna z respondentek uvedla: „*Pomoc poskytují s empatií*“. Dále respondentky uvedly, že informacemi od rodiny zjistí, zda klient potřebuje pomoc. Respondentky popisovaly způsoby poskytování pomoci klientovi následovně a to, dotazováním, automaticky a fyzicky. Pouze jedna z respondentek popisovala pomoc takto: „*S úsměvem, komunikuji s ním, ošetrovatelskými postupy. Někdy není třeba čekat na výzvu, pacienta pozoruji a sama zasáhnu a poté informuji lékaře.*“ Je zřejmé, že nabídka pomoci se v mnoha případech odehrává prostřednictvím komunikace nebo pozorování. Sestry někdy nečekají ani na objednávku (přání), kterou jim klient sdělí, ale hned dochází k nabídce a uskutečnění pomoci klientovi sestrou. Lze souhlasit s tvrzením Úlehly (2007) viz kapitola Kontrola, pomoc a moc. Vztah mezi klientem a sestrou se stane kontrolou, kdy se sestra domnívá, že klient potřebuje pomoci, ale nepátrá po tom, zda to tak opravdu je. Kontrola je pro sestry časově nenáročná a i to je důvod pro její častou volbu. Ve většině případů sestry nabízejí pomoc převážně klientům, kteří se nezvládají o sebe postarat sami, jsou nesoběstační v různých oblastech. Přičemž příčina klientovy nesoběstačnosti je ovlivněna právě zdravotním stavem klienta. Právě i to je důvodem volby kontroly ze strany sester, protože díky svým zkušenostem a dovednostem sestry dokážou odhalit, v jakých oblastech potřebují klienti pomoci, aniž by byla stanovena objednávka (přání) klienta.

Třetí vytvořená kategorie byla zaměřena na informovanost sester o pomoci (druhy pomoci a rozdíl pomoci mezi pomáháním a pomocí) a vnímání klienta během poskytování pomoci. Respondentky jako druhy pomoci uvedly nejčastěji pomoc při hygieně. Další odpovědi respondentek se lišily. Jako další příklady pomoci respondentky uvedly lékařské ordinace, spirituální pomoc, nedokladná, akutní pomoc, neverbální a pomoc nepřímou. Ze získaných informací vyplývá, že převážná většina respondentek nedokázala rozčlenit jednotlivé druhy pomoci na pomoc fyzickou, psychickou a sociální. Pouze dvě respondentky dokázaly uvést pomoc fyzickou, sociální a psychickou. Kdy pomoc byla charakterizována následně: fyzická pomoc

spočívala v pomoci klientovi při vykonávání běžných denních činnostech, pomoc sociální respondentky chápaly jako zajištění Domácí péče a komunikaci s rodinou, psychickou pomoc respondentky specifikovaly jako psychickou podporu. Přitom formy fyzické pomoci respondentky uváděly nejčastěji. Je zřejmé, že tuto pomoc sestry poskytují nejvíce. Z dosažených výsledků též vyplývá, že sestry vůbec neposkytují pomoc psychickou ani sociální. Dle respondentek je rozdíl mezi pomocí a pomáháním zásadní, pomoc charakterizovaly jako jednorázovou činnost, kdežto pomáhání jako opakující se činnost. Pokud jde o pomoc, která je akutní, respondentky ji poskytnou ihned a automaticky. Ze získaných informací je patrné, že pokud je klient v ohrožení života, sestry okamžitě zasáhnou. Získané informace naznačují, že sestry dokážou rozlišit, kdy jde o pomoc nezbytnou a potřebnou. V případě, že jde o pomoc, která není tak potřebná, respondentky uvedly, že ji poskytují později. Můžeme tedy souhlasit s tvrzením Hewstona a Stroebeho (2006), kteří popsali rozdělení pomoci dle vážnosti situace na pomoc v nepřiliš vážných situacích. Tuto pomoc lze přirovnat k pomoci, kterou sestry poskytují klientům denně, což znamená, že náklady na pomoc jsou nízké. A pomoc ve zcela zásadních situacích můžeme přirovnat k pomoci neodkladné a akutní, kterou sestry poskytují ve zcela zásadních situacích, kdy bojují o záchranu života klienta (např. při resuscitaci). Což znamená, že náklady na pomoc jsou vysoké, sestry musí totiž vynaložit úsilí např. při masáži srdce a mít dostatek vědomostí, aby zachránily lidský život.

Čtvrtá kategorie popisovala, jaký je význam pomoci pro sestry v osobním a profesionálním životě. Z dosažených výsledků je patrné, že pomoc je nedílnou součástí profesionálního života sestry. Respondentky pomoc charakterizovaly jako podstatu ošetřovatelství, pomoc v ošetřovatelství charakterizovaly jako nezbytnou, nutnou a na prvním místě. Odpovědi respondentek potvrdily, že sestry svými skutky pomáhají klientovi uspokojovat jeho aktuální nebo potenciální potřeby, jak již uvedla Tóthová (2000). Pomoc blízkým je pro respondentky více osobní, je bez hranic, automatická a doprovázená emocemi. To může znamenat, že pomoc blízkým sestry poskytují z hlediska biologického přístupu, na základě vrozených tendencí a genetických predispozic, jak již popsali a charakterizovali Hewstone a Stroebe (2006)

viz Současný stav kapitola Definice pomoci. Respondentky uvedly, že pomoc klientům poskytují převážně v rámci svého zaměstnání, kdy pečují o druhé. Lze souhlasit se Sillamym (2001), který charakterizoval altruismus, jako nezištnou péči o blaho druhých. Z odpovědí respondentek totiž vyplývá, že výběr povolání dotazovaných mohl být ovlivněn též altruismem. Z toho vyplývá, že respondentky chtěly pomáhat druhým. Dotazované uvedly, že pomoc, kterou poskytují, nehodnotí žádným způsobem. To znamená, že během poskytování pomoci klientovi sestrou nedochází k navázání vztahu mezi klientem a sestrou. Hodnocení pomoci totiž nastává dle Kozierové (1999) - viz podkapitola Vztah při poskytování pomoci, ve čtvrté závěrečné fázi, kdy sestra hodnotí dosažené výsledky, které byly stanoveny na začátku vztahu mezi klientem a sestrou. Získané informace potvrdily, že respondentky s klientem nenavazují žádný vztah, který je součástí poskytování pomoci a během kterého je stanovena objednávka a poté nabídka pomoci. Respondentky uvedly: „*že pomoc klientů není osobní*“. Jedna z respondentek svoji péči charakterizovala takto: „*pro klienta se snažím udělat maximum*“.

Pátá kategorie zjišťovala, jaký význam má pomoc pro klienty, jak klienti vnímají pomoc ze všeobecného hlediska a pomoc, kterou jim sestry poskytují. Všichni dotazovaní respondenti si pod pojmem „pomoc“ představí pomoc druhému člověku. Jeden z respondentů uvedl, že pomoc vnímá jako: „*postaráni se o něco*“. To znamená, že altruismus je stále součástí života respondentů. Získané informace naznačují, že altruismus mohl u klientů dle Hewstona a Stroebeho (2006) vznikat jako součást sociálního učení. Další otázka byla zaměřena na význam pomoci pro respondenty. Odpovědi respondentů byly shodné, pomoc je pro respondenty důležitá. Pouze v jednom případě respondent uvedl: „*Pomoc nehodnotím*“. Jedna z respondentek popsala význam pomoci takto: „*Jsem ráda, když mi sestřičky pomůžou. Pomoc je dobrá, je to druhá ruka, když člověk opravdu nemůže. Dnešní doba je uspěchaná, lidé se bojí pomáhat, protože často neví jak.*“ Rohanová (2005) uvedla, že během nemoci se klienti stávají ohroženi nesoběstačností a závislími na svém okolí. Ze získaných informací je zřejmé, že respondenti jsou příčinou své nemoci do jisté míry nesoběstační. Dosažené výsledky naznačují, proč je pomoc poskytovaná sestrami pro klienty tak důležitá.

Respondenti vnímají psychickou pomoc jako podporu a povzbuzení. Jedna z respondentek uvedla: „*Psychicky mě podporují přátelé*“. Další respondenti uvedli, že psychickou pomoc chápou jako komunikaci s někým, kdo potřebuje pomoci, přivést ho na jiné myšlenky a vyslechnout ho. Pomoc fyzickou respondenti popisují, jako pomoc při běžných činnostech např. při hygieně, při oblékání, pomoc doprovodit na WC. Jeden z respondentů konstatoval: „*Fyzická pomoc se odehrává pomocí tělesných sil*“. Pomoc sociální respondenti chápou jako pomoc, kterou poskytují sociální zařízení např. domovy důchodců, hospice a pečovatelské služby. Jedna z respondentek popisuje sociální pomoc tímto způsobem: „*Sociální pomoc je např. že pacienti dříve umírali doma, kde se o ně starala jejich rodina. Dnes lidi umírají v ústavech, kde se o ně starají zdravotníci*.“ Dále respondenti popisovali sociální pomoc, jako finanční pomoc, kterou poskytuje stát. Respondenti vidí rozdíl mezi pomocí fyzickou, sociální a psychickou podobným způsobem. V každé z jednotlivých druhů pomoci zaujímají pozici pomáhajících druhí lidé.

Šestá kategorie zjišťovala, jak komunikují sestry s klienty a jak projevují svůj zájem klientům pomáhat. Respondenti uvedli, že během hospitalizace byli informováni o dalším postupu léčby. Jeden z respondentů uvedl: „*Sestra mi poskytla informace pouze v rámci svých kompetencí, poté mě odkázala na lékaře*“. Respondenti vnímají sestry převážně jako příjemné a ochotné pomáhat. Jedna z respondentek chování sester charakterizovala takto: „*Sestřičky byly ochotnější, když měly méně práce a pomohly mi, ale když měly hodně práce, tak moc ochotné nebyly*.“ Z odpovědí respondentů na otázku: „*Když nastane během Vaší hospitalizace nějaký problém (např. osobní, zdravotní, apod.), jakým způsobem postupuje sestra, aby ho vyřešila?*“ je patrné, že sestry se vždy snažily vyřešit problém, který klienta obtěžoval. Pouze jeden z respondentů odpověděl takto: „*Sestra nepostupovala žádným způsobem, aby vyřešila můj problém*“. Další respondenti uvedli, že o obtížích, které měli, sestra informovala lékaře. Pomoc od sester, byla respondentům nabízena převážně při běžných aktivitách např. doprovod na WC, pomoc při hygieně, pomoc při vyprazdňování a pomoc při jídle. Další respondenti uvedli, že jim sestra ukázala signalizační zařízení a pokud budou mít nějaký problém, ať na ni zazvoní. Sestry dle respondentů svoji pomoc nabízely slovně.

Ve většině případů byla pomoc nabízena klientům při běžných denních činnostech, aniž byla vyslovena objednávka klienta, nebo sestry klienta informovali o možnosti pomoci při jakékoliv činnosti. Úlehla (2007) uvádí, viz podkapitola Kontrola, pomoc a moc, že objednávka a nabídka pomoci musí být ve stejné rovině, aby byla přínosná pro obě strany zúčastněné ve vztahu pomoci. Z odpovědí respondentů vyplývá, že během vztahu poskytování pomoci dochází ke kontrole ze strany sester. Pomoc je ze strany sester nabízena, ale tato přílišná pomoc může vést k postavení klienta do pasivní role a on ztrácí motivaci vyřešit svůj problém společně se sestrou, protože, ví že, problém za něj vyřeší sestra sama bez jeho pomoci. V tomto případě objednávka a nabídka pomoci nejsou ve stejné rovině, tudíž nemohou být přínosné pro obě strany zúčastněných ve vztahu pomoci. Získané informace potvrdily, že pomoc je v této situaci přínosná pouze pro klienta, ale touto pomocí se může klient stát zároveň podřízeným ve vztahu pomoci.

Sedmá kategorie zjišťovala, prožívání klientů během hospitalizace a jak hodnotí pomoc, která jim byla nabídnuta a následně poskytnuta. Všichni respondenti hodnotí pomoc, kladně, dobře a uspokojivě a stávají se jejími ochotnými příjemci. Jedna z respondentek uvedla: *„Očekávala jsem pomoc, které se mi dostalo“*. Další respondentka konstatovala: *„Jsem vděčná za péči, kterou mi sestry poskytly“*. Všichni dotazovaní respondenti odpověděli, že se již cítí lépe, ulevilo se jim. Pocity respondentů byly na začátku hospitalizace shodné - nevěděli, co s nimi bude dál. Získané informace naznačují, že prožívání respondentů bylo ovlivněno jejich nemocí a do jaké míry je tato nemoc omezovala. Prožívání bylo ovlivněno i průběhem nemoci, když byla nemoc v akutní fázi, klienti měli obavy o svůj život a budoucnost. Dle Bartlové (2005) lze říci, že nemocný klient je vyřazen ze společnosti zdravých, což může u klienta vyvolat obavu z budoucnosti. Tato skutečnost byla potvrzena ze získaných informací od respondentů. Respondenti hodnotí poskytovanou pomoc pozitivně - pomoc byla uskutečněna. Pomoc jim byla nabízena ze strany sester slovně a fyzicky. Ze získaných informací lze konstatovat, že mezi sestrou a klientem nedochází během poskytování pomoci k jednotlivým fázím vztahu pomoci. Dle Kozierové (1995) viz podkapitola Vztah při poskytování pomoci, totiž tento vztah zahrnuje: 1. fázi před navázáním kontaktu, 2. fázi vstupní, 3. fázi pracovní a 4. fázi závěrečnou. To znamená, že během

poskytování pomoci v tomto případě byla stanovena pouze nabídka pomoci sestrou klientovi, který ji s ochotou přijal, aniž by musel vyslovit svoji objednávku. Z toho též vyplývá, proč klienti hodnotí pomoc kladně. Nemusí totiž často vyslovit ani svoji objednávku, ta je totiž předem sestrou splněna.

6 Závěr

Bakalářská práce měla vyzkoumat, jak je pomoc vnímána v ošetrovatelství. Výzkumný soubor tvořilo deset respondentů. Osloveni byli klienti a sestry standardního interního oddělení v Domažlické nemocnici, a. s.. Výzkum byl proveden kvalitativní metodou formou polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky byly následně zpracovány metodou „tužka a papír“. Na základě kódování bylo vytvořeno sedm kategorií, které byly poté zpracovány v programu SmartArt. Na začátku bakalářské práce byly stanoveny dva cíle se zaměřením na pohled pomoci během poskytování ošetrovatelské péče ze strany sester, které byly v roli pomáhajících, a ze strany klientů, kteří se stávali příjemci pomoci. Výsledky výzkumu přinesly odpovědi na výzkumné otázky. Pomoc je vnímána v ošetrovatelství jak ze strany sester tak ze strany klientů jako podstatná a důležitá. Je charakterizována jako aktivita, která vede k uskutečňování a naplňování pomoci. Hlavními účastníky pomoci jsou sestra a klient. Prostřednictvím verbální komunikace a pozorováním klientů sestrami, dochází k uskutečňování pomoci. Pomoc je sestrami ve většině případů uskutečněna a naplněna. Mezi sestrou a klientem však nedochází k navázání vztahu pomoci, k interakci dochází pouze komunikací. Během poskytování pomoci však dochází k uspokojování převážně základních potřeb klientů a to pomocí fyzickou. K uspokojování vyšších potřeb klientů nedochází. Sestry tyto potřeby mohou uspokojovat formou psychické pomoci. Tuto pomoc však sestry poskytují minimálně. Při uskutečňování pomoci během poskytování ošetrovatelské péče často dochází ke zneužívání pomoci. Sestry totiž často pomoc klientům nabízejí, aniž by klienti vyslovili své přání, tedy objednávku. Je nutné, aby sestry věděly, že při poskytování pomoci musí být vymezené pevné hranice, které předejdou situacím, kdy je pomoc klienty zneužívána. Sestry by se měly více zapojovat do řešení aktuálních i potencionálních problémů, které u klientů nastanou. Bakalářská práce bude použita, ke zpracování semináře pro všeobecné sestry. Seminář bude realizován formou přednášky. Pomocí semináře si sestry rozšíří vědomosti o pomoci, kterou poskytují během ošetrovatelské péče. Jak mají sestry pomoc klientům správně poskytovat, aby nedocházelo ke zneužívání pomoci ze strany klientů. A jak správně pomoc poskytovat, aby došlo k uspokojení všech bio-psycho-sociálních potřeb klienta.

7 Seznam použitých zdrojů

BÁRTLOVÁ, Sylva. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví: 6., přeprac. a dopl. vyd.* 6. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1197-3.

BÁRTLOVÁ, Sylva et al. 2005. *Výzkum v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů. ISBN 80-7013-416-X.

BAŠTECKÁ, Bohumila et al. 2013. *Psychosociální krizová spolupráce*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4195-6.

Education for dignity, A Multidisciplinary Workbook. Dignity and Older Europeans (příručka Respektování lidské důstojnosti), 2003. (přel. Kellnerová – Kalvachová L), Cesta domů, 2004, 65 s. 12.

FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

GULÁŠOVÁ, Ivica a Ján BREZA. *Sebepojetí pacientů*. [online]. 2013 [cit. 2015-02-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/sebepojeti-pacientu-470109>

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

HERDMAN, Heathe 2013. NANDA International. *NANDA – ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE, 2006. *Sociální psychologie: Moderní učebnice sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-092-5.

IVANOVÁ, Kateřina et al. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.

KALVACH, Zdeněk et al. 2004. *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 8024705486, 9788024705484.

- KASTOVÁ, Verena, 2000. *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. 1. vyd. Praha: Portál. Spektrum. ISBN 80-7178-365-X.
- KOPŘIVA, Karel a Jiřina ŠIKLOVÁ, 2013. *Lidský vztah jako součást profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0528-9.
- KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBOVÁ a Rita OLIVIEROVÁ, 1995. *Ošetrovatel'stvo 2*. 2. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.
- KRAUS, Blahoslav. 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2004. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-835-X.
- KUZNÍKOVÁ, Iva, et al. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MELLANOVÁ, Alena. *Dobrá vůle nestačí*. Sestra. 2008, roč. 23, č. 2. ISSN 1210-0404.
- MOE, Aud, Ove HELLZEN a Ingela ENMARKER. *The meaning of receiving help from home nursing care: Nursing Ethics*. 2013. vyd. Nord-Trøndelag University College, Norway, 2013, 738 - 745. SAGE. ISBN 10. 1177/0969733013478959.
- NAKONEČNÝ, Milan. 1997. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-0592-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. 1999. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-0690-7.
- NOVOSAD, Libor. 2000. *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-174-3.

PELIKÁNOVÁ, Iva. 2001. *Rogersovský přístup – harmonizace ošetrovatelství*. Sborník II. konference Řízená jakost ve zdravotnictví ČR, Ostrava.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ et al. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

Rogersovský přístup v humanizaci ošetrovatelství [online]. 18. 4. 2011 [cit. 2014-12-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rogersovsky-pristup-v-humanizaci-osetrovatelstvi-459323>

SCHMIDBAUER, Wolfgang, 2000. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-312-9.

SCHMIDBAUER, Wolfgang, 2008. *Syndrom pomocníka: Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, Spektrum. ISBN 978-80-7367-369-7.

SNOPKOVÁ, Ivana. *Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření*. [online]. [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/burn-out-syndrom-cili-syndrom-vyhoreni-313491>

TÓTHOVÁ, Valérie. 2000. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská universita v Českých Budějovicích. ISBN 80-7040-454-X.

ÚLEHLA, Ivan, 2007. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, Studijní texty: sv. 20. ISBN 978-80-86429-36-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2005. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0841-9.

VYBÍRAL, Zdeněk, 2005. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-998-4.

VÝROST, Josef, SLAMĚNÍK, Ivan. 2008. *Sociální psychologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1428-8.

ZACHAROVÁ, Eva et al. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZVONÍČKOVÁ, Marie, Jana HEŘMANOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. *Etické problémy ošetrovatelské péče*. Praha: Sestra, 2012, roč. 22, č. 7-8. ISSN 1210-0404.

8 Klíčová slova

Pomoc

Klient

Sestra

Ošetřovatelství

9 Přílohy

Příloha 1: Otázky k rozhovoru pro sestry

Příloha 2: Otázky k rozhovoru pro klienty

Příloha 3: Ukázka rozhovoru

Příloha 4: Žádost o povolení výzkumného šetření

Příloha 1: Otázky k rozhovoru pro sestry

Okruh otázek pro sestry
<i>Pomoc a její význam pro sestry</i>
Otázka č. 1 Co si představíte pod pojmem pomoc a jak mu rozumíte?
Otázka č. 2 Jaký význam pro Vás pomoc má?
<i>Možnosti a způsoby, kterými poskytuje sestra pomoc</i>
Otázka č. 3 Jak zjišťujete, že klient potřebuje Vaši pomoc?
Otázka č. 4 Jakou formou klientovi Vaši pomoc nabízíte?(Čekáte na výzvu?)
<i>Informovanost sester o pomoci a vnímání klienta</i>
Otázka č. 5 Jak vnímáte klienta, když Vás požádá o pomoc?
Otázka č. 6 Jaké znáte druhy pomoci v ošetrovatelství?
Otázka č. 7 Jaký je rozdíl mezi pomoci a pomáháním?(popište)
<i>Význam pomoci v osobním a profesionálním životě sestry</i>
Otázka č. 8 Jakou roli hraje pomoc ve Vaší profesi?
Otázka č. 9 Jak se liší Vaše pomoc klientům od pomoci svým blízkým?
Otázka č. 10 Jak hodnotíte pomoc během poskytování ošetrovatelské péče klientovi?

Příloha 2: Otázky k rozhovoru pro klienty

Okruh otázek pro klienty
<i>Pomoc a její význam pro klienty</i>
Otázka č. 1 Co si představíte pod pojmem pomoc a jak mu rozumíte?
Otázka č. 2 Jaký význam pro Vás pomoc má?
Otázka č. 3 Co si představíte pod pojmem psychická, fyzická a sociální pomoc?
Otázka č. 4 Jak vnímáte pomoc, kterou Vám poskytují sestry během pobytu v nemocnici?
<i>Komunikace sester s klienty a jejich zájem klientům pomáhat</i>
Otázka č. 5 Jak s Vámi komunikovala sestra při prvním setkání během hospitalizace?
Otázka č. 6 Jakým způsobem se projevuje sestra, když jí sdělíte, že potřebujete pomoc (např. při hygieně, s oblékáním, apod.)?
Otázka č. 7 Když nastane během Vaší hospitalizace nějaký problém (např. osobní, zdravotní, apod.), jakým způsobem postupuje sestra, aby ho vyřešila?
Otázka č. 8 : Za jakých okolností je Vám nabídnuta pomoc od sester?
<i>Prožívání klientů během hospitalizace</i>
Otázka č. 9 Popište své pocity během hospitalizace?
Otázka č. 10 Jak hodnotíte pomoc, kterou Vám poskytují sestry během hospitalizace?

Příloha 3: Ukázka rozhovoru

Rozhovor č. 1 (respondentka – sestra, praxe u lůžka 7 let)

T: *Co si představíte pod pojmem pomoc a jak mu rozumíte?*

R: „Pomoc bližnímu svému, pomoc druhému člověku, podat pomocnou ruku komukoliv a kdykoliv.“

T: *Jaký význam má pro Vás pomoc v ošetrovatelství?*

R: „Velikou bez toho by se ošetrovatelství nemohlo dělat.“

T: *Jak zjišťujete, že klient potřebuje Vaši pomoc?*

R: „Rozhovorem, neverbálně, pohledem, empatií, vcítit se do nemocného“

T: *Jakou formou klientovi Vaši pomoc nabízíte?(Čekáte na výzvu?)*

R: „Pokud vidím, že pacient potřebuje moji pomoc, tak to udělám automaticky, aniž bych se ho zeptala. Automaticky plním ordinace, které pacient má.“

T: *Jak vnímáte klienta, když Vás požádá o pomoc?*

R: „Pokud je pomoc důležitá a mám čas, tak ji dělám pro pacienta automaticky. Pokud mě, ale pacient žádá např. o přepnutí televize, není to akutní, udělám to později.“

T: *Jaké znáte druhy pomoci v ošetrovatelství?*

R: „Lékařské ordinace, spirituální pomoc, komunikace s rodinou pacienta např. když pacient potřebuje něco přinést, zavolám jeho rodině, ať mu to donesou, doprovodím pacienta na záchod, pomoc pacientovi při hygieně.“

T: *Jaký je rozdíl mezi pomoci a pomáháním?(popište)*

R: „Pomoc, jako pomoc jednorázová. Pomáhání, jako poslání, člověk musí chtít pomáhat.“

T: *Jakou roli hraje pomoc ve Vaší profesi?*

R: „Bez pomoci, by se přece ošetrovatelství nemohlo dělat.“

T: *Jak se liší Vaše pomoc klientům od pomoci svým blízkým?*

R: „Svým blízkým poskytují pomoc automaticky a zadarmo. Pomoc klientům poskytují v rámci zaměstnání, je to poslání.“

T: *Jak hodnotíte pomoc během poskytování ošetrovatelské péče klientovi?*

R: „V rámci ošetřovatelství, jestli pomoc opravdu pomohla, jestli měla smysl a jestli se klientovi ulevilo.“

Příloha 4: Žádost o povolení výzkumného šetření

Paní

Eva Zunová

Vrchní sestra interního oddělení

Domažlická nemocnice a. s.

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní Zunová,

v rámci výzkumného šetření se zabývám vnímáním pomoci během poskytování ošetrovatelské péče, která se provádí na standardním lůžkovém, interním oddělení. Chtěla bych zjistit, jak klienti vnímají pomoc, kterou jim sestry poskytují. Výzkum bude realizován pomocí rozhovorů s klienty hospitalizovanými na interním oddělení.

Chtěla bych Vás tímto požádat o souhlas k provedení výzkumného šetření. Výsledky získané z výzkumu budou sloužit jako následné doporučení pro praxi.

Děkuji za ochotu a spolupráci

Anna Alečka

Kontaktní adresa:

Anna Alečka

Kanice 7

Koloveč 345 43

s. Zunová E.
