



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

Bakalářská práce

Edukace klientů domácí péče v oblasti využití alternativních metod

Vypracovala: Aneta Pechová

Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, PhD.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Úvodní část práce bude věnována charakteristice nejčastěji využívaných alternativních metod a druhá část této stati se zaměří na ty metody, které mají prostor k využití ošetrovatelské péče u klientů v agenturách domácí péče.

V teoretické části bylo naším cílem podat komplexní informace týkající se definice základních možností dalších ozdravných a doplňujících alternativních metod, které může sestra využít v praxi, nebo o nich klienta vhodným způsobem edukovat.

Praktická část přináší výsledky zpracované formou kvalitativního šetření. K výzkumnému šetření byly stanoveny čtyři cíle. Hlavní cíl byl zaměřen na odkrývání jevů v oblasti edukace sester a klientů, v rámci využití alternativních metod a následné jejich spolupráce.

Cílem předkládané práce je zjistit, zda sestry mají dostatečné znalosti v oblastech využívání alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství, a také, zda je sestra schopna edukovat klienta o možnostech využití alternativních metod. Dalším naším cílem je zjistit, zda klienti projevují zájem o alternativní ošetrovatelské postupy a možnosti využití alternativní léčby a zároveň využití těchto vědomostí o alternativních metodách v praxi.

Ke splnění cílů byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, který byl vzhledem ke kvalitativnímu přístupu nejvhodnější. Další námi navržená metoda - polostrukturovaný rozhovor s klienty - byla z důvodu nesouhlasu oslovených klientů zamítnuta.

Výzkumný soubor tvořila jedna skupina respondentek, která byla složena ze sester pracujících v agenturách domácí péče z Jindřichova Hradce, Prachatic a Tábora. Vedený polostrukturovaný rozhovor se sestrami byl zaměřen na zjišťování a odkrývání jevů a edukačních schopností a využívání edukačních strategií sester v oblasti využití alternativních metod. Pro fixaci výsledků kvalitativního šetření byla pořízena audionahrávka a psaný záznam. Výsledky byly následně podrobně zanalyzovány. Použita byla metoda kódování.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry plně nevyužívají své edukační schopnosti buďto z toho důvodu, že nejsou dostatečně motivovány, nebo jim zaměstnavatel neumožňuje v převážném procentuálním zastoupení sester ze zkoumaného vzorku dostatečné vzdělávání. Z analyzovaných výpovědí sester je patrné, že klienti projevují zájem o alternativní přístupy a jsou schopni v tomto ohledu se sestrou spolupracovat. Vzděláváním sester v oblasti užití alternativních metod v ošetrovatelské péči se dostává do popředí komplexní ošetrovatelské péče o klienta.

Získané poznatky mohou vést k větší informovanosti sester, mohou jim přinést nové poznatky v povolání, které vykonávají, a ukázat jim i jiné možnosti spolupráce s klientem a dále mohou otevřít prostor pro další výzkumná šetření.

Abstract

The diploma work is divided into two parts. The first part presents the characteristics of the alternative methods that are used most often. The other one is aimed at the methods that use the medical care at the clients in home care agencies.

The theoretical part is dedicated to the complete information that defines basic possibilities of the further curative and additional alternative methods and that can be used by a nurse in practice or to educate a client in an acceptable way.

In the practical part there are results elaborated by the method of qualitative inquiry. Four targets are determined here. The main one is aimed at disclosure of phenomena in area of nurses and clients education; in scope of usage of alternative methods in consequence of their cooperation.

The aim of this work is to find whether nurses are educated enough to be able to use alternative methods that are applied in nursing. In addition, whether a nurse is able to educate a client as to alternative methods and possibilities of their application. Moreover, we would like to find whether clients are interested in alternative nursing methods and possibilities how to utilize alternative treatment; simultaneously with usage of these knowledge in practice.

To realize our aims we used the method of „semistructural“ interview that was most suitable owing to the qualitative access to the point. We could not use another method of „semistructural“ interview with clients because of disagreement of the addressed clients.

The experimental group was made up of nurses working for home care agencies in Jindřichův Hradec, Prachatice and Tábor. We interviewed the nurses about their educative abilities and strategies used in the field of alternative methods. To fix the results of the inquiry we made up an audio-record and written record. Then, the results were analyzed in detail; a code-method was used.

The research proved that the nurses do not take advantage of their educative abilities fully. The reasons for this state: the nurses are not motivated in a sufficient way or their employers do not enable them to obtain an appropriate education. From the analyzed nurses' questionnaires is perceptible that clients are interested in alternative

methods and they are able to collaborate with nurses in this point of view. The application of alternative methods in health care demands further education of nurses in this field. These methods are put in the foreground of the complex care of a client.

The obtained pieces of knowledge can be used for better informedness of nurses and bring them some new information for their occupation and, in addition to that, to show them some other possibilities of cooperation with a client. Additionally, they can open new room for other research work.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval^a 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 svého 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 své kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)

„Mé poděkování patří úžasné dámě, paní Radce Šulistové, za její trpělivost, vstřícnost a konzultace, které jsme vždy vedly v pozitivním duchu, vážím si jí za to, jakým je člověkem, ukázala mi, jakým způsobem se lidé k sobě mohou na úrovni chovat bez ohledu na jejich postavení. Dále bych touto cestou chtěla poděkovat své rodině, protože bez její podpory bych tuto práci nikdy nedokončila. Ze srdce děkuji.“

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Domácí péče	11
1.1.1 Historický vývoj domácí péče v České Republice	12
1.2 Alternativní metody	14
1.2.1 Charakteristika alternativních metod.....	15
1.2.2 Alternativní metody aplikovatelné v ošetrovatelské péči.....	20
1.3 Osobnost sestry edukátorky	23
2 Cíle práce a výzkumné otázky	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Výzkumné otázky práce.....	26
3 Metodologie výzkumného šetření	27
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	27
4 Výsledky výzkumného šetření	31
5 Diskuze.....	39
6 Závěr	43
7 Seznam literatury	45
8 Seznam příloh.....	49

Úvod

V současné době je ošetrovatelství pokládáno za stále se rozvíjející humanitní obor, který považuje jedince, jeho potřeby, chování a prožívání ve zdraví a nemoci za svůj ústřední zájem. Jedno z hlavních témat, které se až nyní dostává do popředí, je psychologie zdraví a nemoci. Lidé často nejsou vhodně informováni o tom, jakým způsobem mohou pečovat o svůj zdravotní stav. Zdravotní sestra je klíčovým článkem v ošetrovatelské péči, a proto by měla být schopna klienta edukovat. Edukace pro mnohé není zcela známý pojem, mne během mého studia velice zaujal. Edukační činnost v práci sestry je však velice důležitá pro naplnění komplexních potřeb klientů a nezbytná hlavně k dosažení lepších výsledků v péči o zdraví u nemocných.

Téma, které jsme si zvolily, není zcela obvyklé, to je jeden z důvodů, proč vzbuzuje náš zájem, zájem dozvědět se více. K lepšímu pochopení nám bude výzkumný soubor, který nám ukáže, jaké jsou doopravdy sesterské edukační schopnosti a dovednosti.

Domníváme se, že dnešní společnost začíná o alternativní metody projevovat stále větší zájem, otázkou však je, jestli je sestra schopna klientovi možnosti z široké škály alternací nabídnout a zda je schopna vybrané z nich do ošetrovatelského procesu aplikovat.

V průběhu své praxe v domově seniorů Mr. Křišťana jsem byla ohromena přístupem sester a širokou škálou alternativních metod, které u klientů využívají. Nikdy před tím jsem neviděla, že by sestry zařazovaly do ošetrovatelského procesu tyto metody, velmi mne to zaujalo. Všimla jsem si komunikace sester s klienty a využívání edukačních strategií. Praxi v domově seniorů Mr. Křišťana jsem si zvolila cíleně, protože jsem byla informována, že se zde v ošetrovatelské péči využívají alternativní postupy. Tato praxe mne inspirovala k vytvoření bakalářské práce s neobvyklou tématikou.

Když jsme si měli zvolit téma bakalářské práce, tak jsem se rozhodla svůj několikaletý zájem o alternativní metody propojit s edukačními schopnostmi sester. Středem zájmu se staly edukační schopnosti sester pracujících v domácí péči a jejich následná interakce s klienty.

1 Současný stav

V současném postmoderním ošetrovatelství, kdy technický rozvoj je na vysoké úrovni a využívání farmakologické a invazivní léčby je na vrcholu, je často zapomínáno na nespočet metod, které medicína nabízí. Neinformovanost klientů a sester vede často k neznalosti a posléze k nekvalitní ošetrovatelské péči. Klienti jsou po stanovení diagnózy - vždy nejprve lékařem a posléze i sestrou - seznámeni s možností léčby daného onemocnění. V práci sestry je důležité, aby dokázala klienta vést a poskytovat mu všechny možnosti, známé v daném okamžiku, a tak zvýšit v rámci možností kvalitu jeho života. V této souvislosti se otvírá prostor k využití, či obeznámení klienta s alternativními postupy, které v dnešní době nejsou již tabuizovány a jsou zařazovány jako léčebný doplněk. Avšak neinformovanost sester je stále vysoká. Trh nám dnes nabízí širokou škálu možností využití alternativních postupů, klienti nejsou však mnohdy orientováni a mohou se stát obětí neerudovaných „specialistů“. Edukace sester v této oblasti je tedy velice důležitá, zejména s ohledem na proces efektivního vedení klienta, který směřuje ke zkvalitnění jeho života a naplňování jeho potřeb. Je to právě sestra, která ho má správným směrem navést, ale to dokáže pouze za předpokladu, že bude v široké spleti informací v oblasti využití alternativní péče edukována (Svěráková, 2012; Juřeníková, 2010).

Využívání alternativních přístupů je značně kontroverzní. Alternativní způsoby léčby jsou v současné době znevažovány farmaceutickými společnostmi a čelí i časté kritice zdravotnických pracovníků, najdou se však mnozí, kteří se k alternativním metodám přiklánějí. I tohle je jeden z hlavních důvodů, proč jsem si toto téma vybrala. Chtěla bych zjistit, jaké vědomosti, zkušenosti a především postoj sestra má a jak je schopna v praxi sestra efektivně využít své schopnosti (Radfield, 1995; Čechová, 2004).

1.1 Domácí péče

Domácí péče je humánní a holistická péče poskytovaná lidské bytosti, v jejím vlastním sociálním prostředí. Je poskytovaná klientům na základě praktického nebo ošetřujícího lékaře. Je zaměřena především na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírnění bolesti a slouží ke zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka (Misconiová, 199?).

V domácí péči se zdravotní sestře nabízejí optimální podmínky pro užití alternativních metod a rad, které může klientovi v jeho přirozeném prostředí poskytnout. Cílem edukace v domácí péči je nabídnout informace v oblasti péče o zdraví, popřípadě začlenit do procesu uzdravování i rodinné příslušníky, informovat klienta o vhodném, bezpečném prostředí a zajistit komplexní péči o nemocného v domácím prostředí, které je z psychologického hlediska bezesporu nejvýhodnější, oproti umístění v nemocnici, sociálních ústavech či domovech pro seniory (Krajská nemocnice T. Bati a.s., 2012)

Součástí služeb domácí péče by měla být domácí forma hospicové péče, která je prozatím mezi klientelou méně známa. U nás byla zahájena první domácí hospicová péče v Praze roku 2003 (Baštecká, 2003).

Tým domácího hospice je složen ze sester a lékařů, kteří úzce spolupracují s dalšími specialisty, kteří se bolestí, psychologií, duchovnem a poradenstvím v oblasti péče o umírající zabývají. Tyto týmy poskytují nemocným paliativní péči v jejich přirozeném prostředí a některé z nich půjčují i speciální zdravotnické pomůcky, polohovatelná lůžka, zvlhčovače vzduchu, antidekubitní pomůcky a jiné. Dochází k edukaci členů rodiny v používání pomůcek a následné péče o nemocné s všestrannou podporou rodiny (Hospicové sdružení cesta domů, 2003).

Domácí péče je poskytována vždy dle ordinace lékaře, který má aktuálně klienta v péči. Ošetrovatelská domácí péče je určena klientům bez omezení věku a diagnostiky. Péče je vhodná pro klienty jakékoliv věkové skupiny, děti, dospělé, lidi produktivního věku, seniory i umírající (Jarošová 2007).

Ne vždy je však domácí péče možná, kupříkladu u klientů, kteří se nacházejí v akutní fázi onemocnění či po provedení operačního zákroku. Ošetřující lékař musí závažnost klientova stavu zvážit, zda je v domácí péči realizovatelná. Specialisté, kteří dnes v agenturách působí, jsou vysoce kvalifikovaní, proto jsou schopni postarat se o každého klienta, kterému je ošetřování v domácím prostředí jeho ošetřujícím lékařem navrženo (Misconiová, 199?).

Nejčastější diagnostikované skupiny klientů v domácí péči jsou s diagnostikou onemocnění Diabetes Melitus prvního i druhého typu, centrální mozkové příhody, hypertenze, ischemická choroba srdeční, CA, IM, ateroskleróza, psychická onemocnění, artritida, spondylopatie, Parkinsonova choroba, respirační choroby, úrazy, plegie, bércové vředy a další (Baštecká, 2003).

Pacientům je poskytována ošetrovatelská péče na stejné úrovni jako v nemocničním zařízení (Misconiová, 199?)

1.1.1 Historický vývoj domácí péče v České Republice

Koncept domácí péče byl zahájen v Liverpoolu roku 1859 panem Wiliamem Rathbonem, který přišel s myšlenkou domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu. V úzké spolupráci s Florence Nightingalovou zakládá první školu pro sestry. Mnoho edukačních dovedností a schopností popsala ve své knize *Poznámky v ošetrovatelství* Mary Krosslandová. Jako dlouholetá domácí sestra preferovala předcházení příchodů nemocí nežli péči o nemocné. Dnes bychom terminologicky uvedli, že ve svém úsilí kladla důraz na prevenci vzniku onemocnění (Švejnhla, 2004).

První evropský kongres ve Strasburgu, který se konal roku 1991 a přispěl také rozvoji v oblasti domácí péče, se stává rádobou odrazovým můstkem. O pět let později je Česká republika prezentována na prvním celosvětovém kongresu Asociace domácí péče České republiky a je jednou ze 7 zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče se sídlem ve Washingtonu D.C (Misconiová, 2004).

Domácí péče a její rozvoj bohatě přispěly k utváření často opomíjené prosociálnosti a k tradicím našich předků (Misconiová, 2014).

První písemné zmínky o agenturách domácí péče se datují k březnu 1990, kdy se otevírá první ošetrovatelské středisko České katolické charity. V říjnu roku 1991 vzniká v Pardubicích první agentura domácí péče s názvem NIKÉ neboli vítězství. V závěru téhož roku bylo zřízeno 26 agentur domácí péče po celé České republice. Počínaje rokem 1992 stoupá počet agentur převážně v Jihomoravském a Středočeském kraji. Téhož roku vzniká skupina na podporu agentur domácí péče, kterou tvoří lékaři, ale i široká laická veřejnost. Orientují se na projevy spojené s problematikou domácí péče a na přípravu legislativních opatření, financování a vzdělávání zdravotnických pracovníků ve specifiku domácí péče. Laickou veřejnost informuje prostřednictvím seminářů, workshopů a jiných akcí. Od roku 1993 zaznamenáváme prudký rozvoj agentur v závislosti na dobrých ohlasech a filozofii domácí péče. Efektivita ošetrovatelské péče je zaznamenána ušetřením 986 423 lůžek v nemocničním zařízení (Misconiová, 199?).

Dnes již je u nás kvalita poskytovaných služeb v domácí péči vysoká, dokonce v několika formách. Klienti mohou využít a vybrat si vhodnou alternativu z akutní domácí péče, dlouhodobé domácí péče, preventivní domácí péče, domácí hospicové péče (Marková, 2006).

První zmínky o agenturách domácí péče se datují k březnu 1990, kdy bylo otevřeno prvního středisko ošetrovatelské péče České katolické charity. Díky velkému zájmu se povoluje a podporuje dvouletý výzkum této organizace nazvaný „Domácí ošetrovatelské péče“. Na tento experiment byla získána dotace 28 miliónu korun. V říjnu roku 1991 vzniká při nemocnici v Pardubicích první agentura domácí péče nazývaná NIKÉ neboli Vítězství. V závěru téhož roku bylo zřízeno 26 agentur domácí péče, které poskytovaly odbornou péči 1459 klientům. (Baštecká, 2003).

Počínaje rokem 1992 počet agentur stoupá, a to především v oblastech Severní Morava, Jižní Morava a Východní Čechy. V těchto oblastech je vysoká nezaměstnanost, takže agentury nabízejí mnoho nových pracovních míst. K roku 1995 je nejvíce agentur

v Severomoravském kraji (20 % z celkového počtu) a nejméně v Jihočeském kraji 8 % z celkového počtu (Misconiová, 199?).

1.2 Alternativní metody

Dnešní moderní ošetrovatelství chápe člověka jako bio-psycho-sociální bytost. Tyto tři úrovně se vzájemně prolínají a mají vliv na psychiku. Proto je vhodné věnovat pozornost všem úrovním, které na uzdravování mají vliv. Domníváme se, že ve většině případů nevěnuje sestra dostatečnou péči revitalizaci psychiky nemocného. K jejímu zlepšení může znatelně přispět efektivní informovanost a využití alternativních metod v praxi (Klempířová, Máslová 2014).

Alternativní terapie zahrnují množství metod, které mohou být použity současně s lékařskými postupy. V minulosti byly tyto metody velmi napadány a bagatelizovány, protože pracují s neměřitelnými veličinami. Alternativní postupy jsou nejvíce rozšířeny v Německu, kde jsou dokonce některé z nich hrazeny zdravotní pojišťovnou (Klempířová, Máslová 2014).

Lze jimi diagnostikovat či provádět terapie a praktická cvičení. Jedná se o soubor metod, které jsou postaveny na alternativních a fyziologických názorech. Tyto postupy slouží jako doplňující a mají podpořit účinek vědecké medicíny, či navázat na léčbu (Heřt a kol. 1995).

Jedním z mnoha důvodů, proč pacienti vyhledávají netradiční způsob léčení, je potřeba vnímání bytosti komplexně jako celek se všemi souvislostmi, které málokdy svěří specialistům (Attenborough, 1997).

Tyto úkony může provádět jen personál, který je proškolen a je k provádění těchto metod kompetentní. Sestry mají možnosti sebevzdělávání, absolvování kurzů, které jim dávají možnosti ve svém povolání mít více specifitějších kompetencí. Dle zákona číslo 96/2004 Sb. Hlava V, Formy vzdělávání, 1.díl Akreditovaný kvalifikační kurz nalezneme, že absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu se získává odborná způsobilost k danému výkonu za předpokladu, že akreditovaný kurz provádí zařízení,

kterému byla udělena akreditace a je kompetentní k dalšímu vzdělávání formou kvalifikačního kurzu (Pedagogicko-psychologická poradna Olomouckého kraje, 2014).

Nemusí být nutně pravidlem, že pokud alternativní přístupy většina sester neprovádí, že aplikovatelné nejsou. Alternativních metod je mnoho, některé z nich se dají vhodným způsobem aplikovat do praxe, ty metody, které aplikovat nelze, je může sestra klientovi pouze doporučit a seznámit ho s možností využitelnosti a může pomoci najít klientovi cestu ke zlepšení celkového zdravotního stavu (Aldrichová a spol., 2008).

1.2.1 Charakteristika alternativních metod

V této kapitole jsme podali přehled těch metod, které pro nás byly neznámější, nejvíce typické. Některé metody jsou využitelné v ošetrovatelské péči, jiné uvádíme z toho důvodu, že o nich sestra může klienta informovat, popřípadě doporučit klientovi erudovaného specialistu. Pro lepší přehled jsou jednotlivé metody seřazeny abecedně. Pozice tedy neudává důležitost.

Akupresura - je známou léčebnou metodou, při které dochází ke stlačování, tření či poklepávání jednotlivých energetických bodů, drah nebo energetických center meridiánů. Správné proudění energií a funkčnost těchto drah mají blahodárny a ozdravující účinek na tělo i mysl. Akupresura využívá cílenou tlakovou masáž pomocí prstů či speciálních tyček, tato léčebná metoda má kořeny v Číně a vychází z poznatků a učení lékařů s ověřenou praxí, trvající déle než 5000 let. V Číně se dodnes děti učí, jak stimulovat jednotlivé body, aby došlo k ozdravnému účinku. V současnosti se stává účinným prostředkem samoléčby, kterou zvládne každý (Horáčková, 2006).

Akupunktura - již lékaři ve starověké Číně léčili pacienty zabodáváním jehel do specifických bodů na těle, které leží na tzv. energetických drahách, meridiánech. Jehly by měly v meridiánech uvolňovat, či naopak zvyšovat tok energie zvané čchi. V západním světě je tato metoda velice oblíbená a užívá se především k léčbě bolesti a jiných zdravotních obtíží (Horáčková, 2006).

Aromaterapie - aromaterapie je léčebná metoda, která využívá inhalaci, pachy stimulují receptory v nose, či aplikaci esenciálních olejů. Aromatické oleje jsou připravovány z různých částí rostlin. Mohou mít různé specifické účinky, relaxační, stimulační či sloužící ke zmírnění bolesti (O'conor, 2005).

Využívá se již odpradávná a slouží k léčení těla, mysli i ducha. Zdravotní pracovníci tvrdí, že tato technika uvolňuje od napětí, předchází vzniku nemoci a některá onemocnění dokonce léčí. Účinky jsou takové, že se esenciální oleje vstřebávají do tkání a reagují s enzymy a hormony, které následně způsobují změnu krevního tlaku, pulzu, dechu a dalších fyziologických funkcí. Aromaterapeuti věří, že vůně ovlivňuje limbický systém, což je část mozku, která je spojována s emocemi a napětím (Horáčková, 2006).

Bachova Květová terapie - jednou z méně známých metod je také Bachova květová terapie, kterou objevil Dr. Edward Bach. Po vystudování medicíny vystřídal mnoho postů v londýnských nemocničních zařízeních a zjistil, že lékaři se velmi málo, nebo vůbec nezajímají o duševní stav a povahu pacienta. Právě toto pochopení je podle Dr. Bacha klíčem k nemoci či uzdravení. Později získává místo v homeopatické nemocnici a studuje homeopatické knihy. Na začátku 19 století objevuje první dvě esence z budoucích 38 esencí léčivých. Po návratu z Londýna z nich připravuje homeopatický lék a začíná s úspěchem léčit pacienty. Jednotlivé esence mají přesné udání účinku a jsou připravovány z květů nejedovatých planě rostoucích rostlin a stromů. Dnes jsou připravovány dvěma metodami, takzvanou sluneční a vařicí. Obě jsou nenáročné na přípravu. Květy rostliny se ostříhají nůžkami tak, aby se jich nedotkla lidská ruka, a nechají se spadnout na hladinu vody v misce. Voda přijme životní sílu květiny a poté se přidá a smíchá s určitým množstvím alkoholu, a tím vzniká Matečná tinktura (Bachova květová terapie, 2014).

Užívání esencí je velice prosté, stačí přidat dle dávkování pár kapek do vody či pod jazyk. Jednu z esencí používají londýnští záchranáři jako první pomoc při psychickém otřesu, a tak zamezují následkům šoku a pomáhají zvládnout jeho nepříjemné důsledky. Filozofií tohoto systému je jednoduchost, úplnost a hlavně uzdravování sebe samého. Esence působí na to, čemu říkáme negativní emoce. Užívání esencí je pro všechny

věkové kategorie i pro těhotné ženy zcela bezpečné, nejsou známy žádné vedlejší účinky (Sulzberger, 2008).

Bylinkářství, herbatizmus, fototerapie - zájem o užívání bylin v dnešní době roste, lidé užívají přípravky z bylin na menší obtíže, ale i na závažná onemocnění. Je to možná způsobeno vyšším počtem bylinkářů a fytoterapeutů. Bylinky lze užívat v mnoha formách, nyní jsou však nejběžnější odvar a masti (Borzová, 2009).

Bylinky lidé užívají na doporučení lékaře, lékárníka, bylinkáře, přátel či sestry. Na sestře záleží, aby byla schopna poskytnout klientovi informace o bylinných produktech, které mohou napomoci k jeho rekonvalescenci či k zmírnění příznaků onemocnění. K tomu je důležité, aby i sestra byla dostatečně edukována v dané problematice a mohla klientovi vhodné preparáty doporučit a následně i vysvětlit, jak je správně využít, aby se nestaly zdraví škodlivými. Pro toto je důležitý zájem klienta a jeho spolupráce (Borzová, 2009).

Dechová gymnastika - má velký význam v terapii poruch dýchání. Dechová gymnastika zlepšuje provzdušnění plic, odstraňuje sekret a umožňuje lepší vykašlávání. Pravidelným dechovým cvičením dochází k pocitu spokojenosti a podpoře vlastního dýchání. Má význam nejen pro klienta, ale i pro sestru (Trachtová, 2011).

U klienta volíme individuální způsob výuky nácviku dýchání. Cílem je zlepšení funkčnosti dýchacího systému, což by se mělo stát pro klienta motivačním vodítkem. Z fyzikálního hlediska je důležité, aby sestra zvolila pro nácvik vhodné prostředí. To znamená, aby místnost byla dobře vyvětrána a prostředí bylo klidné. Tento postup je nutné klientovi vysvětlit, aby věděl, proč je to důležité. Jsme u klienta doma, takže podmínky pro přímé, řízené učení jsou optimální. Cvičení musí být pro konkrétního klienta vhodné, jedině tak dosáhneme optimálních výsledků. Klient si obleče pohodlný oděv a zaujme vhodnou polohu vleže, vsedě či vestoje. Začne pomalu a klidně dýchat nosem, ústa zůstávají zavřená. Dále po zklidnění dýchání pokračuje přes zúžené nosní otvory, jako kdybychom čichali ke květině, jako pomůcku můžeme použít dva prsty, kdy se ukazovák s prostředníkem přiloží k nosním průduchům, každý z jedné strany. Těmito prsty lehce stlačíme oba dva nosní průduchy. Nádechy a výdechy opakujeme přibližně 7krát, není-li určeno jinak, aby nedocházelo u klienta k přetížení. Během

nácviku s klientem komunikujeme a zjišťujeme, jak se cítí, při obtížích nácvik ukončíme (Trachtová, 2011).

Homeopatie - slouží k posilování ozdravných sil těla, k vyrovnaní nerovnováhy těla. Homeopatie se pokouší řešit celkové problémy, které jsou podkladem jednotlivých problémů. Využívá speciální léky přírodního, velmi naředěného původu, které by v nezředěné formě vyvolaly u zdravého člověka příznaky daného onemocnění. Efekt léku se zvyšuje počtem ředění. Homeopat pečlivě zhodnotí celkový stav pacienta a poté zvolí vhodná homeopatika (Attenborough, 1997).

Imaginativní cvičení - imaginace je kreativní dovednost přeměnit myšlenky do obrazů. Použití imaginačních technik napomáhá pacientovi změnit percepci bolesti či jeho duševního stavu. Pacienti se sníženou mobilitou tak mohou „navštívit“ oblíbená místa, aniž by museli opustit lůžko. Prováděním této relaxační techniky se nemocný může naučit dosahovat relaxačního stavu, který může vyvážit některé negativní účinky stresu (Munden a kol., 2006).

Ze začátku se klient učí provádět uvolňující imaginační techniky, a to například tak, že si představuje sám sebe v příjemném prostředí či v takové situaci, aby si navodil pocit klidu a bezpečí. Když klient tyto uvolňující relaxace zvládá, může vyzkoušet techniky řízené imaginace. Zároveň se učí vytvářet představy spojené s bolestí a postupem času je pozitivním způsobem měnit (Muller, 2014). Důležité je informovat pacienta, že existuje mnoho meditačních metod, které aktivují relaxační reakci. Klienta musíme upozornit, že reakce nenastupuje po pouhé relaxaci, ale že je důležitá soustředěnost a aktivní přístup. Musíme mu zdůraznit, že pro dosažení optimálního výsledku je důležité, aby relaxační techniku prováděl v tichém, příjemném a pohodlném prostředí každý den po dobu 20-30 minut v rozmezí minimálně jednoho měsíce, aby došlo k pozitivním účinkům (Munden a kol., 2006).

Kondiční cvičení - toto cvičení slouží k rozvoji pohybových schopností, které jsou důležitým předpokladem k pohybovým dovednostem. Rozvojem pohybových dovedností dochází k lepší adaptaci a tím se zlepšuje přizpůsobivost organismu na změnu. Skupinou kondičních pohybových schopností jsou rychlost, síla a vytrvalost, dále nácvik koordinačních schopností se zaměřením na jemnou motoriku. V našem

případě u starších klientů, a to zejména z důvodu zlepšení samoobslužnosti, dobré kondice a zároveň zvýšení kvality života klientů. Předpokladem správného postupu při kondičním cvičení je optimální funkce pohybového a opěrného aparátu za využití přiměřeného opěrného tlaku, tahu, napětí svalů a pohyblivost kloubů. Kondiční cvičení má velký význam v obnovení či zachování pohyblivosti kloubů. Dále zlepšuje svalovou kondici, zabraňuje vzniku svalových kontraktur, uvolňuje spazmy, zlepšuje plicní ventilaci a podporuje periferní prokrvení. U nemocného zároveň dochází k navození pozitivních emocí a ke zlepšení celkové fyzické kondice. Cvičení s klientem může být aktivní či pasivní (Trachtová, 2011).

Při aktivním či pasivním cvičení kontrolujeme, zda klient provádí cviky správným způsobem a zda si je pamatuje. Pokud je cvičení opakováno a nemocný se mu věnuje aktivně, můžeme pozorovat změny, ke kterým dochází, a tak přímo další kondiční cvičení klientovi přizpůsobovat.

Důležité je, jaké jsou možnosti klienta, jestli v jeho měště je možné praktikovat složitější kondiční cvičení pod odborným vedením, aby byl obeznámen s množstvy, které se mu nabízí (Trachtová, 2011).

Masáže - většinou je sestra využívá jako u imobilních pacientů jako prevenci dekubitů. U dlouhodobě ležících jsou promasírovávána predilekční místa a celá oblast zad a hýždí (Tischer, 2007).

Praktikovali je po celá tisíciletí v mnoha kulturách, již naši předci si uvědomovali blahodárny účinek masážních technik. První písemné dokumenty o masáži, které se dochovaly, nalézáme u řeckého lékaře Hippokrata. Podle něho patřilo tření, masírování a hnětení kůže k důležité součásti lidského bytí (Tischer, 2007).

Masáž patří mezi dotykovou terapii, při které dochází k příjemnému uvolnění, a navíc je mnoha způsoby prospěšná pro celkové zlepšení zdraví. Uvolňuje napětí, uklidňuje mysl a zmírňuje pocity napětí, stresu a strachu. Napomáhá k lepšímu prokrvení pokožky a dochází k zlepšení cirkulace. Má léčebný účinek na mnoha úrovních a na klienta má velmi pozitivní vliv. Takže pokud má sestra prostor a je řádně proškolená, může pouze tehdy klienta vhodným způsobem namasírovat, pokud

má patřičnou kvalifikaci, nebo mu doporučit, aby se obrátil na specialistu (Storck, 2010).

Relaxace - je základem duševní hygieny, slouží k uvolnění. Existuje mnoho relaxačních technik, které spočívají v dokonalém uvolnění těla a duše. Pro pacienty jsou tyto techniky důležité a mohou sloužit jako metoda doplňková. Minimálně dvakrát denně bychom měli uvolnit tělo a duši, nepracovat, nepřemýšlet, uspořádat si své vlastní myšlenky, pocity a emoce. Proto je vhodné naučit správný postup pacienty (Weimerová, 2010).

1.2.2 Alternativní metody aplikovatelné v ošetrovatelské péči

Pro další rozdělení jsme se rozhodli uvést ty metody, které předkládá profesní asociace mezinárodně akreditovaných lektorů pod názvem Palmasoc. Cílem této asociace je sdružování odborníků, kteří jsou kompetentní k předávání nadnárodních konceptů, například bazální stimulace, smyslová aktivizace a jiné. Cílem této organizace je sdružování zdravotních sester, lékařů, pracovníků sociálních služeb, opírá se o nadnárodní vzdělávací koncepty zaměřené na nové metody, prosazuje společné zájmy a potřeby odborníků i zájemců v rámci nadnárodních konceptů. Zajišťuje akreditované vzdělávání, věnuje se rozvoji nadnárodních konceptů v České republice jako například:

Bazální stimulace- je to jedna z nejčastěji využívaných metod, kterou jsem ve své praxi měla možnost vidět. Bazální stimulace v ošetrovatelské péči je dobře uplatnitelná v praxi, musí být vždy přizpůsobena věku a stavu klienta. Bazální stimulace podporuje vnímání, pohybové a komunikační schopnosti nemocného (Friedlová, 2007).

Patří mezi oblíbené ošetrovatelské koncepty, které jsou ve velké oblibě především v zahraničí. Nejsou potřeba žádné pomůcky, pouze vyškolený personál. Je určena klientům, kteří se nemohou vůbec pohybovat, nebo pouze minimálně, děle klientům dezorientovaným, geriatrickým, neklidným a především postiženým, zejména dětem. Cílem je podpora vnímání a podpora vlastní identity. Umožňuje zlepšení navázání

komunikace s okolím, zvládnutí orientace v prostoru a čase a slouží ke zlepšení orientace v čase a prostoru. Umožňuje klientovi, aby cítil hranice svého těla a aby dokázal vnímat jiného člověka. Nejnáročnějším úkolem je pochopit klientovy potřeby a porozumět jeho stylu komunikace. Sestra může u klienta poznat příjemný pocit tak, že si všímá mžikání očí, hlubokých dechů, vzdychání, sténání, bručení, pousmání, změny svalového tonu, pohledů na okolí a hodnotí reakce na stimuly (Kapounová, 2007).

„Bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům, jak v oblasti speciální pedagogiky tak v ošetrovatelství (Friedlová, 2007, str. 14).

Kinestetická mobilizace- kinestetika je komunikační a pohybový koncept, který na základě podrobné analýzy pohybu umožňuje pochopení základů lidského pohybu a následně využití pohybových rezerv klienta. Zároveň předchází vzniku imobilizačních komplikací, podporuje fyziologický pohyb, mobilizuje klouby a svaly a v neposlední řadě šetří finanční prostředky, v souvislosti s nákupem polohovacích lůžek a jiných polohovacích pomůcek. Kinestetika umožňuje personálu vykonávat pohyb společně s nemocným s nejmenším vynaložením síly. Personál chrání před přetížením, což je často spojováno s neschopností ošetrovatelského personálu. Kinestetická mobilizace splňuje kritéria pro vykonávání práce, chrání ošetřujícího a umožňuje efektivní uspořádání denních činností (Bauder-Mißbach, 2009; Nedělková, 2008).

Psycho-biografický model péče- tento koncept péče je vhodný pro osoby se symptomy demence, změnami způsobu chování a se sníženou schopností orientace. Důležitým faktorem v péči orientované na biografii klienta je přizpůsobení personálu, přeměna myšlení celostnímu obrazu člověka a zaměření se na člověka jako na celek, ne pouze na obraz jeho nemoci. Klíčem, který nám profesionálům odhalí obraz klienta s jeho příslušnými výhrami, pády a emočním životem, je právě biografie klienta. Biografie nabízí nové pole působnosti pro reaktivizační péči a je účinným pomocníkem pro obsahově individuální komunikaci. Klíčovým cílem v práci s biografií je porozumění klientově životní historii. Pouze pokud jsme schopni porozumět,

můžeme poskytovat adekvátní služby a individualizovanou péči s úctou, respektem k důstojné hodnotě stáří (Erwin Böhm Institut, 2014).

Smyslová aktivizace- je celostní koncept smyslové aktivizace, který je vhodný pro starší osoby, nebo klienty trpící demencí, je důležitou složkou komplexní péče o seniory v domácí péči a v jiných sociálních zařízeních. Vede k podpoře a procvičování smyslových funkcí. Klientům přináší pozitivní pocity a určitou formu vyplnění volného času. Klienti procvičují svoje smysly a zároveň zlepšují svou fyzickou aktivitu, tím se u nich udržuje určitý stupeň soběstačnosti při hygieně, oblékání, příjmu potravy a dalších běžných každodenních činností. Celkově se snaží udržet a podpořit aktivitu seniorů a udržet je tak v dobré psychické a duševní kondici (Wehner, 2003).

Snoezelen- MSE- slovo Snoezelen vzniklo ze slova „snuffelen“ a „doezelen“, to znamená čichat a dřímat. Vytvořili jej dva pracovníci sociální služby v Nizozemí. Pojmenovali tak stanoviště pro těžce postižené osoby. Dnes je tento koncept díky svému blahodárnému působení rozšířen po celém světě. Tato metoda slouží k multismyslové stimulaci, a to v prostředí, kde si lidé důvěřují, radují se a setkávají se, což vede ke zkvalitnění života i u celé řady jiných lidí. Cílem je umožnit lidem adekvátní prožívání a kvalitní poznávání, které vede k obohacování života (Asociace konceptu snoezelen České republiky, 2014).

Validace- tento pojem je často spojován se jménem Naomi Feil. Principem validace je úcta k člověku s demencí, jeho přijetí a respektování. Pokud člověk hovoří o člověku, který již dávno zemřel, nebo hovoří o událostech, které se staly před lety, tato skutečnost ho pohlcuje, nezapojuje se tedy do aktivit. Tito lidé žijí v „minulosti“, hlavním úkolem sestry je v tomto případě klienta neopravovat a ani ho nerozvíjet, či nepodporovat v jeho mylném názoru. Sestra však s klientem o jeho nepravdivé výpovědi, či o jeho blízkém a o společných činnostech a příhodách mluví. U klienta by mělo dojít ke zklidnění a při aktivitě ke spolupráci (Jiráková, Holmerová, Borzová 2009).

1.3 Osobnost sestry edukátorky

V této kapitole se zmíníme o osobnosti sestry, neboť chceme poznamenat, že k tomu, aby sestra byla schopná zařadit do ošetrovatelské péče alternativní přístupy, či informovat klienta o možnostech jejich využití, by měla mít rozvinutou osobnost (Žiaková, 2009).

Vzhledem k široké problematice osobnosti sestry se zaměříme z pohledu výzkumného šetření na osobnost sestry edukátorky, což je jedna z rolí, kterou sestra u klienta zastává. Sestra by měla být sociálně zralou osobností, protože jedině takto je schopná na potřeby druhého se orientovat, respektovat jeho činnosti, myšlení, měla by být schopná kooperace a nést zodpovědnost za druhé (Žiaková, 2009).

Vzhledem k široké problematice osobnosti sestry se zaměříme z pohledu výzkumného šetření se zaměříme na osobnost sestry edukátorky, což je jedna z rolí, kterou sestra u klienta zastává.

Role sestry jako edukátorky je v souvislosti s alternativními přístupy velice důležitá. Proto je důležitý vzájemný vztah mezi sestrou a klientem, dobrý vztah mezi nimi podporuje motivaci, učení a důvěru. Edukační činnost je jednou z velmi důležitých rolí sestry, využívá ji v působení v mnoha oblastech práce s klienty. Jsou to specifické činnosti, které vedou k soběstačnosti klientů a k využití nových možností léčby a podpory zdraví. Věnuje se také novým teoriím a motivačním dovednostem, které pomáhají v edukační činnosti, zároveň během edukačního procesu ulehčují a zefektivňují pozitivní prožitek klienta. Edukaci vnímáme v rámci péče v ADP jako vzdělávání, ke kterému dochází u klientů v přirozeném domácím prostředí (Šulistová, Trešlová, 2012).

Sestra je specialistka, a aby byla schopna nabídnout klientovi možnosti doplňující léčby, popřípadě je aplikovat v praxi, je nezbytný celoživotní rozvoj její osobnosti a vzdělávání ve školách, vzdělávacích zařízeních, nebo zdravotnických zařízeních či doplňkových akreditovaných kurzech. Edukace není jednorázové předávání informací, protože je to proces, který je zaměřen na přijetí změny a důkladné porozumění ze strany klienta (Sedlářová, 2008).

V našem případě probíhá proces vzdělávání přímo u pacienta doma, je v přirozeném prostředí, které je mu příjemné. Pacient získává k sestře ve většině případů důvěru, protože ji vidí opakovaně a v pravidelných intervalech, což napomáhá k jeho sobeuzdravování, samozřejmě za předpokladu aktivní spolupráce sestra versus klient. Chceme tím říct, že k tomu, aby mohla sestra zcela využít své edukační schopnosti, má ideální podmínky (Šulistová, Trešlová, 2012).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole nalezneme stanovené cíle a výzkumné otázky práce. Další kapitola bude věnována metodologii výzkumného šetření a charakteristice výzkumného souboru.

2.1 Cíle práce

Cíl práce je zaměřen na odkrývání jevů v oblasti edukace sester a klientů v oblasti využití alternativních metod a následné spolupráce. Naším cílem je zjistit, zda sestry mají v oblastech využívání alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství dostatečné znalosti a také, zda je sestra schopna nabídnout klientovi možnosti využití alternativních metod. Dalším naším cílem je zjistit, zda klienti projevují o alternativní ošetrovatelské postupy a možnosti využití alternativní léčby a zároveň jejich vědomosti v oblasti možností využití alternativních metod v praxi zájem.

Definované cíle:

1. Zjistit, zda sestra má znalosti z oblasti alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství.
2. Zjistit, zda sestra umí klientovi nabídnout možnost využití alternativních metod.
3. Zjistit, zda klienti projevují zájem o alternativní ošetrovatelské postupy a možnosti využití alternativní léčby.
4. Zjistit, jaká je informovanost klientů v oblasti alternativní ošetrovatelské péče a jejích metod.

2.2 Výzkumné otázky práce

Ke vztahu k cílům jsem zvolila tyto výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaká je úroveň edukačních dovedností sester z oblasti alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství?

Podotázky:

- Jaké mají sestry znalosti z oblasti alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství?
- Jaké edukační strategie využívá sestra v domácí péči?
- Jak pacienti reagují na případná doporučení a možnosti alternativních přístupů zmiňovaných sestrou?

3 Metodologie výzkumného šetření

Ve výzkumném šetření budeme nacházet a popisovat jevy, které účinnost edukace klientů a sester v oblasti alternativních přístupů ovlivňují. Budeme provádět kvalitativní výzkumné šetření. Využili jsme polostrukturovaný rozhovor zaměřený na sestry. Druhý výzkumný soubor měl tvořit klienty ADP. Od něj však bylo z důvodu časové omezenosti a nesouhlasu některých klientů upuštěno.

Získané údaje byly podrobeny hloubkové analýze, proto se domníváme, že výsledky, které předkládáme, jsou objektivní a zajímavé.

Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

Jak Hendl uvádí, že rozhovor má tu výhodu, že lze zaznamenat i to, co bylo (Hendl, 2005). Interview bylo výhodné, neboť řeší nevýhody plně nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru. Byly tedy připraveny okruhy otázek, jejichž pořadí lze měnit, a ty byly obohaceny o doplňující otázky. Této možnosti bylo také využito za předpokladu, že dojde k odhalení skrytých jevů (Miovský, 2006). Základní osnova obsahující otázky pro sestry je v příloze č. 1.

Rozhovory byly nahrány na diktafon a poté uloženy na audionahrávku. Následně byly doslovně přepsány a nakódovány. (Švaříček, Šedová, 2007).

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Sestry byly vybrány metodou prostého záměrného výběru, a to podle stanovených kritérií. Vyhledávala jsem sestry, která splňují daná kritéria a jsou ochotny se výzkumu zúčastnit.

Kritéria pro výběr sester byla následující:

- Sestry mají ukončené vysokoškolské vzdělání, dle mezinárodní klasifikace ISCED 5A, tj. první stupeň terciálního vzdělávání - bakalářské či magisterské studium.
- Pracují v agentuře domácí péče.
- Jejich praxe v ADP je delší než dva roky.

Pro realizaci výzkumného šetření byly osloveny respondentky z agentury domácí péče v Jindřichově Hradci, v Táboře, Českých Budějovicích, Prachaticích. Z toho se výzkumu byly ochotny účastnit pouze sestry z Jindřichova Hradce, Tábora a Prachatic. Sestry jsem kontaktovala prostřednictvím telefonického rozhovoru nebo přes e-mail. Některé ze sester vyžadovaly o výzkumu podrobnější informace. Na základě tohoto požadavku obdržely o výzkumu bližší informace. Sestry, od kterých jsem nedostala zpětnou vazbu, jsem kontaktovala telefonicky.

V Jindřichově Hradci jsem personální obsazení blíže znala již z předchozí praxe, a to je důvod, proč mi zde byl umožněn výzkum.

Z důvodu zachování anonymity sester se již nebudeme věnovat bližší specifikaci, protože by to mohlo vést k odhalení identity.

Výzkumný soubor tvoří 6 sester, z toho jich 5 pracuje v ADP a sestra S1 pracuje v domově pro seniory. Sestry mají ukončené vysokoškolské vzdělání dle mezinárodní klasifikace ISCED 5A, tj. první stupeň terciálního vzdělávání - bakalářské studium, jejich praxe je delší dvou let a jejich klientela je velice různorodá. Jejich označení ve výzkumné části je následující:

Tabulka 1: Identifikace respondentek - sester pracujících v ADP

Identifikace respondentek - sester pracujících v ADP			
respondentka	označení	délka praxe v oboru	společnost
Sestra 1	S1	Více jak 2 roky	O.p.S.
Sestra 2	S2	Více jak 6 let	S.r.O.
Sestra 3	S3	Více jak 2 roky	S.r.O.
Sestra 4	S4	Více jak 4 roky	S.r.O.
Sestra 5	S5	Více jak 3 roky	S.r.O.
Sestra 6	S6	Více jak 8 let	O.p.S.

Tabulka 1 znázorňuje identifikaci respondentek - sester pracujících v ADP. Sestra 1 bude ve výsledcích označována jako S1. Délka její praxe v oboru činí více jak 2 roky. Má vysokoškolské vzdělání. Sestra 2 bude označována jako S2. Délka její praxe je více než 6 let. Má ukončené vysokoškolské vzdělání. Sestra 3 bude ve výsledcích označována jako S3. Více než 2 roky pracuje v oboru a má vysokoškolské vzdělání. Sestra 4 bude ve výsledcích označována jako S4. Více než 4 roky pracuje v oboru, též má ukončené vysokoškolské vzdělání. Sestra 5 bude ve výsledcích označována jako S5. Délka její praxe je delší než 3 roky. Má vysokoškolské vzdělání. Sestra 6 bude ve výsledcích označována jako S6. Její praxe je delší než 8 let a též jako předchozí sestry má vysokoškolské vzdělání.

Průběh rozhovorů

Snažili jsme se vybrat optimální prostředí pro sběr dat. Vzhledem k velkému vytížení sester nebyly podmínky vždy zcela optimální.

Nejprve byl proveden rozhovor se sestrou S1, ačkoliv tato respondentka nepracuje v ADP. Byla pro mne inspirací, protože v její ošetrovatelské praxi dochází k využívání alternativních metod. Zařadila jsem jí do svého výzkumu, abych mohla její výpovědi s ostatními sestrami porovnat.

U dvou sester byly se svolením ředitele provedeny nahrávky rozhovorů v rámci pracovní doby. Rozhovory byly pořizeny formou záznamu na diktafon v automobilu při jízdách za klienty. Podmínky byly nekomfortní a bylo zde mnoho rušivých elementů, avšak nezbylo než se požadavkům sester přizpůsobit. V úvodu rozhovoru sestry projevovaly nervozitu, to bylo způsobeno tím, že nebyly na položené otázky předem připraveny.

Další dvě sestry nám poskytly rozhovor v klidném prostředí na neutrální půdě. Rozhovory byly též zaznamenány na diktafon. Tyto sestry si předem vyžádaly osnovu otázek, z tohoto důvodu se zmenšil časový úsek sběru dat a odpovědi byly konkrétnější.

Dvě sestry nám umožnily provést realizaci rozhovoru přímo na centrálním pracovišti. Jedna sestra s nahráváním záznamu nesouhlasila, z tohoto důvodu jsem provedla záznam rozhovoru písemný.

Vzhledem k citlivým informacím trvaly sestřičky na tom, aby byla zachována jejich anonymita.

4 Výsledky výzkumného šetření

Následující kapitola se bude věnovat rozhovorům se sestřičkami pracujícími v agentuře domácí péče a shrnutí výsledků empirického šetření.

Úroveň znalostí sester ve vztahu k alternativním metodám

Sestry byly vybídnuty k tomu, aby definovaly a snažily se popsat pojem alternativní metody. Měly tedy specifikovat a mluvit o metodách, které by zařadily do metod alternativních. V rozhovorech bylo patrné, že některé si nevěděly s odpovědí rady.

Názory tří sester jsou shodné a tvrdí, že si pod tímto pojmem představují metody, které nejsou pod lékařskou kontrolou: „*Jsou to zkrátka takové metody, které nepodléhají farmakologické léčbě.*“ (S6) Nebo uvádějí: „*..., že pacient neužívá běžné léky.*“ (S3) Představují si pod tím využívání jiných metod, než přijde k radikální operaci, nebo užívání léků: „*Zkrátka bez jakékoli léčby a medikace, to nejprve nemocní zkouší alternace.*“ (S2)

Jedna ze sestřiček si pod tímto pojmem představuje smyslovou aktivizaci klienta, kterou ona sama dobře zná: „*Touto metodou se zabývám, proto bych ji zařadila do alternativních metod.*“ (S6)

Setkala jsem se sestrou, která tvrdí, že o alternativních metodách se moc nemluví a lidé je neznají, a i ona sama tvrdí, že je moc nezná a málokdy s nimi přijde do styku: „*Jsou to metody, které si myslím, nejsou úplně známé mezi lidma, i já sama se s nimi málo setkávám ve své práci.*“ (S5) Na druhou stranu v podstatě vyvrací svou myšlenku a tvrdí: „*Občas se objevují klienti, kteří projevují o tyto metody zájem, protože se o nich dočetli v literatuře, především to je rodina nemocného.*“ (S5) Tímto se zdá, že vyvrací svou prvotní myšlenku.

Další sestra nebyla příliš nakloněna dané tématice a uvádí, že tento pojem neuznává, a definovala by ho jako: „*Podle vlastní zkušenosti je to takovéto věř a víra tvá tě uzdraví, tento pojem ve mně vzbouzí pouze šarlatánství, né žádné metody.*“

Po kratší pomlce uvádí: „...že by se do této sekce dalo zařadit užívání bylinných odvarů.“ (S4)

Když sestry měly blíže specifikovat, jaké metody by zařadily do alternativních, nejčastěji jsem se setkala s masážemi: „Já bych tam určitě zařadila masáže, přijdou mi takové nejtypičtější.“ (S6) O masážích též hovoří další sestry: „Já třeba nejvíce uznávám masáže končetin“. (S3) „Jak říkám, masáže bych sem určitě zařadila“. (S2) Dále často mluvily sestřičky o: „...bázální stimulaci“ (S3, S5, S6, S1) Též sestry zmiňovaly i homeopatickou léčbu: „Určitě homeopatie“. (S3) Kdy jsme se tedy setkali s kladným názorem, s výjimkou sestry (S4), která tvrdí: „Já tedy homeopatika neuznávám, mně to přijde prostě takový nic.“

Sestry také mluvily o komunikaci a psychologickém přístupu k pacientovi: „Dále bych tam zařadila komunikaci a přístup ke klientovi.“ (S6) „Myslím si, že komunikace je velice důležitá, mohli bychom zde zahrnout i pohlázení pacienta.“ (S3)

Na základě rozhovorů můžeme tedy říci, že rozhled sester v oblasti alternativních metod není úplně na vysoké úrovni, ale důležité je, že si uvědomují, že takovéto metody existují, a některé z nich byly schopny vyjmenovat alespoň některé. Pro lepší přehlednost jsme výsledky shrnuli do tabulky, abychom viděli, jaké metody sestry uvádějí nejvíce.

Tabulka 2: Úroveň znalostí sester ve vztahu k alternativním metodám

Úroveň znalostí sester ve vztahu k alternativním metodám	
Bazální stimulace	S1, S3, S5, S6
Smyslová aktivizace	S1, S6
Validace	S1
Homeopatie	S3
Herbatismus	S4
Masáže	S2, S3, S6

Vztah sester k alternativním metodám

Dále jsme se zabývali tím, jestli sestry mají osobní vztah k těmto metodám, a to především z toho důvodu, abychom zjistili, jestli k těmto metodám mají vztah, za předpokladu, že pokud bude sestra o tyto metody projevovat zájem i v osobním životě, bude jim zajisté důvěřovat, a tím bude v tyto techniky i u svých klientů vzbuzovat důvěru.

Zajímavé bylo to, zda samy sestry, nebo někdo z jejich rodiny alternativní metody využívá: „*Já ne, mám problémy se zády a mám to zakázáno.*“ (S1) Tím v podstatě zjišťujeme to, že sestra není dostatečně o širokém spektru využití těchto metod informována, a svou pozornost zaměřuje pouze na masážní techniky. „*Ne, ani nikdo z rodiny.*“ (S3, S5, S1) Další postoj byl kladnější, dvě sestry uvádějí řadu metod, které využívají, z toho obě dvě: „*...určitě masáže.*“ (S3, S6, S2) „*Myslím si, že mají blahodárný účinek na tělo a mysl.*“ (S3) Obě dvě pijí bylinkové čaje: „*Ráda piji bylinkové čaje, i když nejsem žádný odborník, bylinky mám zkrátka ráda.*“ (S6) „*Ano, pravidelně piji bylinkové čaje.*“ (S3) Další ze sester má největší negativní názor: „*Ne, mě to zkrátka přijde jako šarlatánství.*“ (S4)

Naším cílem bylo zjistit, zda sestry využívají alternativní metody i na sobě či rodině, a to z toho důvodu, aby se ukázalo, jaký vztah sester k těmto metodám je doopravdy. Můžeme si všimnout, že některé sestry prvně odpovídají, že ne, ale po podrobnější analýze vlastně zjišťujeme, že je využívají, jen to zprvu nebyly schopny řádně identifikovat.

Tabulka 3: Využití alternativních metod sestrou v osobním životě

Využití alternativních metod sestrou v osobním životě	
S1	Ne
S2	Ano
S3	Ano
S4	Ne
S5	Ne
S6	Ano

Využívání alternativních metod v ošetrovatelské péči sestrou

Tázali jsme se zdravotních sester, zda využívají některé z alternativních metod v praxi, a pokud ano, tak jaké nejčastěji.

Dvě zdravotní sestry uvádějí, že ve své praxi provádějí masážní techniky: „*Tipla bych, že by se sem daly zařadit poklepové masáže, které nejčastěji využívám u klientů na ventilátorech*“. (S2) „*Ráda využívám poklepové masáže u pacientů, kteří jsou zahlenění*.“ (S6) Sestry byly schopné popsat i postup, jakým klienta masírují, což značí to, že tyto masáže u klientů opravdu provádějí: „*Vím, že jim mohu pomoci masáží, než tím, že jim dám do ventilátoru rovnou atrovent, než použiji medikamenty, tak je přetáčím na bok a provádím poklepovou masáž*“. (S2) „*Setkávám se s rodinami, které se mne vyloženě táží na masáže, především u hospicových klientů, takže provádíme masáže ve spolupráci s rodinou, nejčastěji poklepové*“. (S6)

Další sestra neprovádí masáže, ale je přístupná spíše užívání bylinných preparátů: „*Masáže nevyužívám, protože moje mamka na ně chodila a spíše jí to uškodilo, na to musí být proškolený specialista, ale při své práci používám řapík, používám heřmáněk, používám bylinky*.“ (S4)

Setkali jsme se i se sestrou, kde je na denním pořádku využívání pouze vybraných alternativních metod: „*U klientů aplikujeme bazální stimulaci, smyslovou aktivizaci, zahradní terapii, canisterapii a validaci*.“ (S1)

Další sestry odpovídají, že jejich harmonogram práce neumožňuje věnovat se těmto metodám: „*V praxi na to není mnoho času*“. (S3) „*Myslím si, že je nevyužívám, protože na to není dost času*“ (S5) Avšak dále pokračuje a své tvrzení vyvrací: „*Myslím si, že alternativní metody provádíme, ale aniž bychom si uvědomovaly, že je to nějaká alternativní metoda*.“ (S5)

Edukace klientů o možnosti využití alternativních metod sestrou

V této otázce se snažíme zjistit, zda sestry informují klienty o využívání alternativních metod, zda s nimi konfrontují možnosti aplikace dalších metod. Zda sestra je schopna klientovi metody k udržení bio-psycho-sociálního zdraví doporučit.

Sestry využívají k předávání informací písemnou formu a odkazují klienty na odborné články v časopisech, vhodnou literaturu, či internetové stránky: „Většinou jsou to časopisy, odborné časopisy, ve kterých jsou odborné články o alternativních metodách. (S5) „Svým klientům doporučuji internet, odkazy, knihy.“ (S6) Další sestřička říká, že má písemnou formu nejraději, a to z toho důvodu, že si to lidé lépe zapamatují a mohou vždy nahlédnout, mají informace při ruce: „Nejraději mám informační letáčky, které si pacient může nechat doma, může do něj kdykoliv nahlédnout.“ (S2) „U nás je k dispozici mnoho letáků, které si klienti mohou vzít“. (S1) Dvě se shodují na tom, že je důležité klienty upozornit, že je důležité, aby se obrátili na specialistu: „Radíme, ať se obrátí na nějakého specialistu, popřípadě doporučíme či dáme kontakt.“ (S6) „Nejlepší je, pokud někdo z týmu nebo já sama si přečtu nějaký odborný článek, a poté poselství předám klientovi či navrhu konfrontaci se specialistou.“ (S5)

Další forma předávání informací, která se nejčastěji objevovala, byla ústní: „Nejčastěji jim předávám informaci ústně, doporučuji masáže“ (S3) „Pokud pacienta informuji ústní formou, musí se mi vždy dostat zpětné vazby.“ (S2) „Pokud se lidé ptají, tak se jim snažíme poskytnout informace, pokud o tom něco víme“. (S5) „Doporučení předáváme spíše ústně, buď klientům, nebo rodině“(S3) Klienti ví, že z námi mohou kdykoliv přijít a že jim poskytneme informace, pokud je nemáme, snažíme se je dohledat.“ (S1)

Pouze jedna z respondentek se domnívá, že není kompetentní k tomu předávat tyto informace a že její pracovní vytíženost jí to ani neumožňuje: „Neříkám jim nic, není na to ani prostor.“ (S4)

Zájem klientů z pohledu sestry o alternativní metody

Sestry byly vybídnuy k tomu, aby uvedly, zda se setkávají s klienty, kteří projevují zájem o alternativní metody.

Všechny z tázaných sester uvedly, že klienti mají zájem dozvědět se více o těchto metodách: „*Ano, nejčastěji se se zájmem setkávám u onkologických pacientů.*“ (S2) „*Jsou tací, kteří se ptají, ale je jich málo. Většinou je to z toho důvodu, že nejsou dostatečně informováni.*“ (S5) „*Ano, většinou se s tím setkávám u hospicových klientů, kteří jsou zahlenění, pořád leží.*“ (S3) „*Ano, odkazujeme je na specialisty.*“ (S1) „*Ano, v našem případě se spíše ptá rodina, která pečuje o nemocného.*“ (S6) Z další výpovědi soudím, že též klienti mají zájem: „*Pokud se ptají, chtějí zkusit alternativu, tak všem říkám, ať se drží toho svého, a k tomu ať zkusí tu alternaci.*“ (S4)

Ne vždy je možná spolupráce s klienty, někdy je nejdůležitější spolupráce s lidmi, kteří o nemocného pečují, a to spolupráce s rodinnými příslušníky. V této části se zajímáme o to, jak klienti k novým metodám přistupují. Většinou se sestry s kladným postojem klientů a rodin setkávají.

O tom hovoří sestra hospicové péče, kde je spolupráce s rodinou na denním pořádku: „*Naše spolupráce se zaměřuje spíše na rodiny, spolupráce je výborná, protože rodina, která o nemocného pečuje, mnohdy sama přijde na to, co nemocnému dělá dobře a co mu vyhovuje.*“ (S6) „*Spolupráce je, myslím, dobrá, ale domnívám se, že je velmi důležitá edukace hlavně rodiny, protože má velký vliv na pacienta.*“ (S3) Další sestra se též setkává s kladným přístupem ze strany klientů a dodává, že tyto techniky pomáhají klientům zaplňovat harmonogram dne: „*No tak spolupráce je tam dobrá, ale oni o to mají zájem, protože je to pro ně zabrání volného času.*“ (S1) Je také velice důležité pohlédnout na osobnost člověka, i to může mít velký vliv na to, jakým způsobem přijímá či odmítá spolupráci: „*Zájem neprojevují všichni, ale jsou tací, kteří se ptají, ale je jich málo, je to různé, záleží na člověku.*“ (S5)

Celoživotní vzdělávání sester v souvislosti s alternativními metodami

Zde jsme se zaměřili na vzdělávání sester, zajímalo nás, zda zaměstnavatel sestrám umožňuje vzdělávání, ale také na to, jestli jsou sestry aktivní a vzdělávají se samy. Jakým způsobem se snaží doplňovat znalosti, které vedou k jejich osobnímu růstu.

Většině tázaných sester umožňuje zaměstnavatel vzdělávání v rámci akreditace, které jim platí (S2, S4, S6, S1). Z toho pouze 2 sestrám je umožněno, aby si vybraly samy, jaký kurz by chtěly absolvovat, a zaměstnavatel jim nabízí povětšinou kurzy, které se týkají alternativní tematiky: „Zaměstnavatel nám dává možnost výběru, některé kurzy jsou však povinné, většina kurzů je zaměřena na alternativní metody“. (S1) „Máme na výběr mnoho kurzů, ročně jich je minimálně 12. Většinu platí zaměstnavatel, některé jsou financovány z grantů, máme velkou možnost výběru.“ (S6)

Z toho 2 sestry tvrdí, že žádné kurzy neabsolvovaly, a jsou přesvědčené o tom, že by jejich zaměstnavatel ve vzdělávání ani nepodpořil: „Žádné kurzy jsem neabsolvovala a myslím si, že můj zaměstnavatel by tomu ani nebyl nakloněn.“ (S3) Další uvádí, že kurzy neabsolvuje, protože jejich zaměstnavatel to nevyžaduje: „Kurzy jsem neabsolvovala žádné, protože zaměstnavatel nám je nenutí, ani nám je nezprostředkovává.“ Dodává však: „Kurzů je na trhu plno, ale na kurzy není moc čas, ani ve volném čase.“ (S5)

Co se týče dalšího vzdělávání, tak se sestry nejčastěji věnují četbě různých materiálů: „Občas čtu knihy, ale spíše jenom pro zajímavost, abych se dozvěděla něco nového o moderních technologiích.“ (S5) Čtu knihy o novinkách a o nových technikách, postupech a pomůckách, abychom klientů byly schopny nabídnout co nejlepší péči.“ (S6) Další sestra se též věnuje četbě, protože chce poskytnout lepší péči klientům a chce jim poskytnout co nejnovější informace a lepší péči: „Čtu ráda, v práci máme mnoho studijních materiálů, ale spíš mi jde o to, že člověk nechce vypadat jako hlupák, protože často za námi chodí rodina a dožaduje se nadstandardních informací.“ (S1). Z výpovědí sester je v procentuálním zastoupení patrné, že většina klientů o alternativní metody zájem projevuje.

Časový prostor v práci sestry na aplikaci alternativních metod

Pohled sester na harmonogram jejich práce je důležitý, protože pouze spokojená sestra, která není časově omezena, může pozitivně působit na klienta.

Většina z tázaných sester uvedla, že by uvítaly více času pro klienty: „*Určitě více času pro klienta, mohl by říct, co si přeje, co by preferoval, co by mu vyhovovalo více, bylo by více času na rozmluvu s rodinou*“. Dodává, že by tak měla i více času na edukaci a péči u klientů: „*Mohla bych se více věnovat edukaci, třeba právě k doporučení alternativních metod, umožnila bych klientovi lepší péči a důkladnější přístup*“. (S3) „*Změnila bych čas, který u něj trávíme, my provedeme pouze předepsaný výkon, na který máme stanovený čas, a zase odjíždíme*.“ (S5) „*Více času na klienta*.“ (S6) I další sestra uvádí, proč je důležité mít na klienta dostatek času: „*Máme velký okruh a prostě se to nestíhá, doma se přeci jen léčí lépe než ve špitálech, a kdyby bylo více času, mohly bychom si s nimi i déle popovídat, zedukovat je a předvést jim i nějaké techniky. A to jako, že nemáte hlavu už v myšlenkách na dalšího pacienta, tím líp je na to připravit a tím více se jim můžeš věnovat, lepší léčba. Hlavně edukace*.“ (S2)

Setkávají se i s nespokojeností z hlediska velkého množství klientů na jednu sestru: „*Myslím si, že by bylo lepší, kdyby bylo více personálu, a na jednu sestru by bylo méně lidí*.“ (S5) „*Určitě míň pacientů na jednu sestru*.“ (S2) „*Domnívám se, že by bylo příhodnější mít trochu méně pacientů*“. (S4)

Pouze dvě sestry jsou s harmonogramem práce spokojeny. Říkají, že na klienty mají dostatek času. A nemají potřebu nic měnit: „*Já bych ani změny nedělala, protože si myslím, že je to nastavené tak, jak by to mělo být*.“ (S1) Další sestře též vyhovuje harmonogram: „*Jsem spokojená*“. (S6)

5 Diskuze

V této části práce shrneme výsledky výzkumu a pokusíme se je uvést do souvislosti ve vztahu k poznatkům teoretické části.

Podotýkáme, že výsledky se vztahují k výzkumnému souboru a pro hloubkové poznatky a zobecnění by bylo potřeba je ověřit dalším výzkumným šetřením.

Cílem výzkumu bylo zjistit, na jaké úrovni jsou edukační dovednosti sester v oblasti alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství.

Položili jsme si otázku, zda jsou naše získané poznatky objektivní, protože jak uvádí prof. Vojtěch Mornstein, CSc. světové písemnictví je poměrně chudé na kvalitní vědecké práce, týkající se alternativních metod. Klinické studie bývají často negativní, nebo na pokraji průkaznosti (Mornstein, 2005). Snažili jsme se tedy najít dostatečné množství původních výzkumných či přehledových prací, se kterými by jsme mohli výsledky našeho výzkumu porovnat. Předkládáme zde nejzajímavější poznatky, které jsme porovnávali s nalezenou literaturou.

Bylo důležité od sester zjistit, co si pod pojmem alternativní metody představují, protože za předpokladu, že nebudou v této problematice samy erudovány, tak nadále o nich nemohou ani klienta edukovat. Sestry uváděly, že se ve své praxi nejčastěji setkávají s bazální stimulací a masážemi. Hloubkově však byla schopna popsat tyto metody pouze sestra, která pracuje na pracovišti, které aplikuje do ošetrovatelské praxe metody, kterým se specificky věnuje organizace Palmasoc. Díky vzdělávání sester na pracovišti, kde jsou zaměstnány sestra S1 a S6, jsou vědomosti v oblasti alternativních metod na vyšší úrovni, nežli u dalších zkoumaných respondentek.

V současné zdravotní péči se setkáváme se sestrami, které mají různý stupeň vzdělání. V našem zkoumaném souboru, se jedná o sestry s vysokoškolským vzděláním dle mezinárodní klasifikace ISCED 5A. Zákonem je ukotvena povinnost kontinuálního vzdělávání sester. Podle individuálních požadavků potom může zaměstnavatel klást na sestry v oblasti vzdělávání různé požadavky (Marková, 2006).

Zjišťovali jsme úroveň edukační dovednosti sester v oblasti využití alternativních metod a následné spolupráce s klienty. Jak uvádí Bošková spolu s organizací WHO,

v České republice není vzdělávání sester v oblasti alternativních metod kladně přijímáno i přes to, že všechny vyspělé země uznávají tyto léčebné směry jako součást ošetrovatelské péče. Společnost se k alternativním přístupům staví nejednoznačně. Do zákona byl přijat stručný paragraf, který říká, že součástí zdravotnické péče jsou i nekonvenční léčebné postupy s požadavkem, že je smí provádět pouze proškolený zdravotnický personál (Bošková, 2014). Což je v našem šetření patrné z toho, že pouze jedné ze sester je umožňováno adekvátního vzdělávání v oblasti využívání alternativních metod v ošetrovatelské péči, z tohoto důvodu je nejvíce erudována v problematice právě již zmíněná sestra. Vztah sestry ke klientovi a kvalita péče se odvíjí od mnoha faktorů, které ovlivňují chování sestry, jedním z nich je i vzdělání, které by mělo být celoživotní (Zacharová, 2011). Z toho vyvozujeme, že pokud se sestra vzdělává v oblasti alternativních přístupů, má větší motivaci a je schopna se sžít s alternativními metodami, tak si k nim vytváří vztah, buď to kladný či záporný. Logicky, pokud bude mít k těmto metodám kladný přístup, bude je využívat ve své praxi a bude o nich klienty edukovat. Pokud bude její přístup negativní, například na základě špatných předchozích zkušeností, jak je patrné u sester S2 a S4, nebude jim věnovat pozornost. Z tohoto důvodu byly výsledky duálního rázu, protože každá sestra je jiná a má jiné zkušenosti. Jak už se zmiňujeme v předchozím odstavci, legislativa přesně nestanovuje, jaké je další vzdělávání sester, a tady je možné nalézt zdůvodnění toho, že sestry nemají pozitivní vztah, protože ze strany zaměstnavatele dostávají nedostatečný impuls ve formě finančního hodnocení a tím dochází ke ztrátě motivace.

Šetření ukázalo, že největší povědomí mají sestry o konceptu bazální stimulace, který nejčastěji zmiňovaly. Vzdělávací kurzy absolvovala pouze jedna sestra S1, které zaměstnavatel pravidelně umožňuje vzdělávání v této oblasti. To je důkazem toho, jak uvádí Friedlová, že počet sester, které s konceptem pracují, se rozšiřuje (Friedlová, 2003).

K tomu, aby sestra ve své praxi mohla využívat alternativní metody, musí mít příslušnou kvalifikaci. Jinak není kompetentní k tomu dané metody aplikovat do ošetrovatelské praxe. Ptali jsme se sester, zda využívají alternativní metody v praxi

a zda klienti o tyto metody projevují zájem. Všechny tázané sestry se shodly na tom, že klienti i rodiny zájem o tyto metody projevují. Setkáváme se s výpovědí sestry S6, která preferuje důkladné informování rodiny v oblasti alternativních metod. Shoduje se s Janou Mlýnkovou, že rodina se často obrací na sestru, která se stará o jejich příbuzného s žádostí o předání informací o moderních přístupech v ošetrovatelské péči (Mlýnková, 2010).

Všechny tázané sestry se shodly na tom, že klienti o tyto metody zájem projevují, avšak sestry je většinou do praxe neaplikují z toho důvodu, že nejsou k využívání těchto metod kompetentní, či nemají časovou dotaci. Do budoucna však očekáváme, že se situace změní, protože směrnice Evropského parlamentu má za cíl odstraňovat nedostatky ve vzdělávání, které vyplývají z existence rozdílů v národních vzdělávacích systémech (Nariadenie vlády SR č. 742/2004 Z. z.). K tomu, aby mohla sestra ve své ošetrovatelské praxi aplikovat alternativní metody musí mít časový prostor a individuální přístup ke klientovi, na kterém je moderní ošetrovatelství postaveno. Česká asociace sester provedla rozsáhlý výzkum a uvádí, že v současných podmínkách je to jen velmi těžko realizovatelné. Práce sester je mnohdy zúžena jen na ty nejnezbytnější činnosti rutinního charakteru. Uvádí, že na ostatní činnosti, jako je edukace klientů, péče o duševní pohodu, prevence komplikací a podobně, čas nezbývá. To potvrzují i výpovědi sester v ADP, které uvádí, že k využívání alternativních metod nemají dostatek času (Česká asociace sester, 2013). Výjimkou jsou sestry S1 a S6, které aplikují alternativní metody do své praxe a jsou spokojeny i s časovým rozvrhem. Tento jev souvisí s tím, že společnosti, pro které sestry pracují nejsou společnosti s ručením omezením, ale jsou to obecně prospěšné společnosti. Tento jev otevírá prostor pro další bádání v oblasti alternativních metod.

V procentuálním zastoupení většina sester vnímá alternativní metody kladně, ale setkali jsme se se sestrou S4, která uvádí stejně jako prof. Jiří Heřt, oceněný titulem Rytíř českého lékařského stavu, který je veřejností známý jako nesmlouvavý bojovník proti alternativní medicíně a šarlatánství s názorem, že tyto techniky jsou pouze šarlatánství. Též se shodují na názoru, že účinky homeopatické léčby jsou jen placebem (Heřt, 2013).

V některých případech sestry uváděly, že klientům radí, aby se obrátili na erudovaného specialistu. S výjimkou sestry S1. Zde se setkáváme ze zcela ojedinělým případem, kde sestra ve své praxi tyto metody aplikuje a má na ně vyhraněný čas. Je to z toho důvodu, že organizace času v ADP je odlišná než v domově pro seniory, kde sestra S1 působí.

Alternativní metody jsou vystavovány velkému tlaku reklamy, jak popisuje prof. Vojtěch Mornstein. Tím se potvrzují zkušenosti s reklamou u klientů, jak ukazuje výpověď sestry S4, která uvádí, že její klienti se často nechávají až nesmyslně ovlivňovat televizními reklamami, články v časopisech a internetem. Přitom některé z produktů jak uvádí Mornstein, jako například bylinné preparáty bývají často označovány jako „všelék“, takže je patrné, že mohou v příbalovém letáku napsat v podstatě cokoliv (Mornstein, 2005).

6 Závěr

Téma bakalářské práce se týká edukace klientů sestrou, možností alternativního vzdělávání. Společnost vyžaduje stále větší potřebu inovace ve vzdělávání. Dnešní doba neočekává jen kvantitu, ale vyžaduje i kvalitu a nové možnosti. Dnešní společnost si klade otázku, zda známe a máme tyto možnosti, které nám pomohou k zlepšení zdravotního stavu, zkvalitnění a naplnění našeho života? V současném moderním ošetrovatelství je často zapomínáno na nespočet metod, které nabízí alternativní medicína. Neinformovanost klientů a sester často vede k neznalosti a posléze nekvalitní ošetrovatelské péči. V práci sestry je důležité, aby dokázala klienta vést a poskytnout mu všechny, v daném okamžiku známé, možnosti jak zvýšit kvalitu jeho života v rámci jeho onemocnění. V této souvislosti se otevírá prostor k využití alternativních postupů, které v současné době nejsou již tabuizovány. Edukace sester v této oblasti je tedy velice důležitá, zejména s ohledem na proces efektivního vedení klienta, který směřuje ke zkvalitnění jeho života a naplnění jeho potřeb.

Nemoc přináší jedinci změnu životní situace, která všestranně ovlivňuje postavení nemocného, jeho role, pozice, status. Nemocný se snaží nacházet vhodná východiska a stanovuje si „nový životní styl“, takovým způsobem, aby byl vyhovující a aby ho byl schopen dodržet vzhledem ke svým možnostem, dovednostem a schopnostem ve vztahu k působení samotného onemocnění. Přitom může směřovat své aktivity a zájmy k podpoře vlastního zdraví.

V teoretické části jsme se snažili podat komplexní informace o edukaci klientů domácí péče v oblasti využití alternativních metod.

Empirická část byla zaměřena na odkrývání jevů, vztahujících se k úrovni edukační schopnosti sester a následné spolupráci s klientelou. Cílem práce bylo odkrývání jevů v oblasti edukace sester a klientů s následným využitím alternativních metod a spolupráce klientů. Zjišťovali jsme, jaká je úroveň edukační schopnosti sester v oblasti alternativních metod a jaká je následná spolupráce s klienty.

Ke sběru dat a následnému zpracování byl použit kvalitativní přístup. U zkoumaných sester jsme využili pouze metodu polostrukturovaného rozhovoru. Z rozhovorů jsme získali odpovědi na výše uvedené výzkumné otázky.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že v procentuálním zastoupení většiny sester není umožňováno dostatečného vzdělání v oblasti využití alternativních metod v ošetrovatelské péči. Tím, že sestry nemají kvalifikaci, nejsou kompetentní k tomu tyto metody provádět u klientů, i přes to, že klienti o alternativní metody zájem projevují. K využívání alternativních metod mají kompetence pouze dvě respondentky, které pracují pro obecně prospěšné společnosti a spolupracují, edukují klienty o alternativních metodách, které mají prostor k využití v ošetrovatelské péči. Ostatní sestry, které nevyžívají zmíněné metody v ošetrovatelské péči pracují u společností s ručením omezeným. Tento jev je hlavní příčinou v nevyžívání alternativních metod v ošetrovatelské péči.

Získané poznatky mohou vést k větší informovanosti sester, mohou jim přinést nové poznatky k povolání, které vykonávají, a ukázat jim i jiné možnosti spolupráce s klientem. Jedna z ADP projevila po realizaci výzkumného šetření zájem o podrobné informace a možnosti využití alternativních metod v praxi na svém pracovišti a možnost dalšího vzdělávání v oblasti možností alternativních metod na svém pracovišti.

Tato práce přináší do ošetrovatelské péče pohled na neobvyklou tematiku, domníváme se, že by mohla vzbudit zájem a přinést novou iniciativu a přístup ke klientům. Otvírá prostor pro další studia v této oblasti.

7 Seznam literatury

1. Asociace konceptu snoezelen České republiky. *Asnoez* [online]. [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <http://www.asnoez.cz/index.php/kontakty/8-articles/2-kontaktni-osoby>
2. ATTENBOROUGH, Jiří. *Rodinná encyklopedie alternativní medicíny: možnosti a rizika*. 1 vyd. Praha: Reader's Digest Výběr, 1997. ISBN 80-902069-3-X.
3. Bachova květová terapie. In: *Maya shop* [online]. [cit. 2014-04-16]. Dostupné z: <http://www.mayashop.cz/index.php/component/content/article/8-hlavni/5-bachova-kvetova-terapie>
4. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8735-3.
5. Bauder-Mißbach, H. *Základy pohybové podpory*. Viv-Arte® Kinetetika Modul 1–4, Asselfingen, 2009.
6. BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1 vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2978-7.
7. BOŠKOVÁ Vladimíra, FLANDERKOVÁ, Tatiana. Legalizace alternativní medicíny. [online]. [cit. 2014-03-31]. Dostupné z: <http://terapie.as4u.cz/redakce/tisk.php?lanG=cs&clanek=6026&slozka=1079&>
8. ČECHOVÁ Věra, MELLANOVÁ Alena, KUČEROVÁ Hana. *Psychologie a pedagogika II*. Informatorium. Praha. 2004. ISBN 80-7333-028-8.
9. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Sestry nemají čas na pacienty, je jich málo. In: *E15 Zdravotnictví a medicína* [online]. 2013 [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/sestry-nemaji-cas-na-pacienty-je-jich-malo-472552>
10. Erwin Böhm Institut. [online]. [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <http://ebin.cz/>
11. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. SESTRA, 2003, vol. XIII. č.1. s. 15 – 17. ISSN 1210-0404
12. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-802-4713-144.

13. HEŘT, Jiří. Bojovník proti alternativní medicíně a šarlatánství. In: *E15 Zdravotnictví a medicína* [online]. 2013 [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/bojovnik-proti-alternativni-medicine-a-sarlatanstvi-469871>
14. HEŘT, Jiří. *Alternativní medicína: možnosti a rizika*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-716-9151-8.
15. HUTTER Sonja, SULZBERGER Margrit. *Vaříme hyperaktivnímu dítěti: příznaky, jednání dětí a 100 receptů pro celou rodinu*. Vyd. 1. Překlad Anna Fejglová. Praha: Grada, 2008, 132 s. Pro rodiče. ISBN 978-802-4723-112.
16. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4721-507.
17. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4724-546.
18. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-802-4721-712.
19. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4718-309.
20. KLEMPÍŘOVÁ, MUDr. Helena a MÁŠLOVÁ. Alternativní metody. In: *Centrum psychosomatické péče* [online]. 2014 [cit. 2014-03-31]. Dostupné z: <http://www.psychosomatic.cz/cz/tym>
21. Krajská nemocnice T. Bati a.s. In: *Edukace příbuzných v péči o nemocné v dom. prostředí: Setkání zdravotníků a příbuzných pacientů* [online]. 2012 [cit. 2014-03-31]. Dostupné z: <http://www.kntb.cz/edukace-pribuznych-v-peci-o-nemocne-v-domacim-prostredi> Hospicové sdružení cesta domů. 2003.
22. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ Martina, BABIAKOVÁ Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
23. MAYER a Carol MUSON. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.

24. MISCONIOVÁ, Blanka. Historie domácí péče [online]. [cit. 2014-03-31]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->
25. MISCONIOVÁ, Blanka. *Stručný průvodce domácí péčí a adresář agentur domácí péče*. Asociace domácí péče České republiky: Praha, 199?.
26. MLÝNKOVÁ, Jana. Význam edukace rodinných příslušníků duševně nemocné pacientky. In: *E15 Zdravotnictví a medicína*[online]. 2010 [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vyznam-edukace-rodinnych-prislusniku-dusevne-nemocne-pacientky-449693>
27. MORNSTEIN, Vojtěch. Alternativní medicína. In: *E15 Zdravotnictví a medicína* [online]. 2005 [cit. 2014-04-19]. Dostupné z:<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/alternativni-medicina-167127>
28. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014, 508 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4741-727.
29. MUNDEN Julie a kol. Nariadenie vlády SR č. 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania.
30. NEDĚLKOVÁ, H., Ano, kinestetika umožňuje snazší a efektivnější mobilizaci pacienta. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 23.
31. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
32. Pedagogicko-psychologická poradna Olomouckého kraje. [online]. [cit. 2014-04-16]. Dostupné z: <http://ppp-olomouc.cz/>
33. RADFIELD, James. *The Celestine Prophecy*. Warner Books of the Americas. New Yourk, 1995. ISBN 0-446-67100-2.
34. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4716-138.
35. SCHWINGHAMMER Ylva, WEHNER, Lore. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4744-230.

36. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry. Galén, 2012. ISBN 9788072628452
37. ŠULISTOVÁ Radka, TREŠLOVÁ Marie. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovateľskej péči pro sestry a porodní asistentky: pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5
38. ŠVEJNOHA, Josef. *Florence: Nightingalová*. Praha: úřad Českého červeného kříže, 2004.
39. TISCHER, Hildegard. *Masáž: relaxace od hlavy až k patě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4725-505.
40. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procesu: relaxace od hlavy až k patě*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-701-3324-4.
41. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Editor Julie Munden. Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
42. WEIMEROVÁ, Monika. Úvodní informace. In: *Dobrá psychiatrie* [online]. 2010 [cit. 2014-03-31]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/relaxace/uvodni-informace>
43. WOLF, C. Ebner. *Akupresura působí okamžitě*. 1. vyd. Bratislava: Grada, 2006. ISBN 80-852-6514-1.
44. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4740-621.
45. ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovateľský slovník: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-315-8.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Struktura rozhovoru se sestrami.

Příloha 1

Rozhovor se sestrou

Co si představujete pod pojmem alternativní metody?

Využíváte vy, nebo Vaše rodina alternativní metody? Pokud ano jaké? Pokud ne proč?

Edukujete klienty o možných alternativních metodách?

Jaká je spolupráce s klienty v této oblasti?

Mají klienti zájem o možná doporučení? Pokud ano tak kteří nejčastěji?

Projevují klienti zájem o alternativní metody?

Absolvovala jste v posledních dvou letech vzdělávací kurzy? Platil Vám je zaměstnavatel?

Jaká je jiná forma Vašeho vzdělávání?

Jakou formou se snažíte klienty informovat, edukovat?

Domníváte se, že harmonogram Vaší práce dostatečně umožňuje naplno se věnovat klientům?

Pokud by jste měla udělat změnu, v harmonogramu Vaší práce, tak jaká by měla být?