



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Soucit v ošetrovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Vladimíra Pospíšilová

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Soucit v ošetrovatelství*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2017

.....

Vladimíra Pospíšilová

Poděkování

Poděkování za ochotu, trpělivost a inspirativní podněty patří vedoucí předkládané bakalářské práce PhDr. Věře Staskové Ph.D.

Poděkování náleží také vysokoškolským pedagogům, kteří v průběhu studia ovlivnili můj odborný rozvoj.

V neposlední řadě poděkování patří mým nejbližším za podporu, vstřícnost a pochopení při tvorbě této práce.

Soucit v ošetrovatelství

Abstrakt

Moderní ošetrovatelská péče se vyznačuje zvyšující se odbornou a technickou dokonalostí, ale také oslabováním soucitu a jeho úlohy v ošetrovatelství. S technickým pokrokem tak postupně nabývá na významu humanismus v ošetrovatelské péči. Bakalářská práce „Soucit v ošetrovatelství“ má teoretický charakter a jejím cílem je analyzovat problematiku soucitu v ošetrovatelství a poukázat na jeho význam. Práce je koncipována jako analytická studie s následným vypracováním interpretativního textu. V souvislosti s analýzou textu byly položeny otázky: Jak je reflektován soucit v ošetrovatelství? V čem spočívá přínos soucitu pro ošetrovatelství?

Z interpretativní analýzy jednotlivých zdrojů vyplynulo, že důležitou součástí ošetrovatelské péče je empatie a soucit jako základní předpoklad humanizace v ošetrovatelství. Ve skutečnosti je však ošetrovatelská péče často ovlivňována nedostatkem empatie a soucitu zdravotnického personálu. Soucit v ošetrovatelství je tak reflektován neuspokojivě z důvodu nedostatečné přípravy sester a malé podpory v organizaci a řízení zdravotnických zařízení.

Soucit je významnou součástí profesionálního ošetrovatelství, pozitivně se podílí na poskytované péči, zvyšuje její kvalitu a komfort pacientů. Přínos soucitu pro ošetrovatelství je zcela zřejmý a ničím jiným nenahraditelný. Kromě toho jeho potřeba bude ještě dále narůstat s rozvojem informačních a komunikačních technologií, neboť elektronizace zdravotnictví se projeví v dehumanizaci ošetrovatelské péče. Té bude nutné čelit právě prohlubováním soucitu vytvářením odpovídajících systémů zdravotní péče, systematickou výukou soucitu a oceňováním a odměňováním soucitné péče ze strany managementu. V této souvislosti bude také potřebné u ošetrovatelského personálu zlepšit znalosti a dovednosti v psychologii a psychoterapii, rozvíjet osobnostní předpoklady a posilovat komunikaci včetně aktivního naslouchání.

Klíčová slova

Ošetrovatelství; ošetrovatelská péče; humanismus; empatie; soucit; komunikace.

Compassion in Nursing

Abstract

Modern Nursing is characterized by growing expert and technical perfection, but also by weakening compassion and its role in nursing. Together with technical development, humanism in nursing slowly gains more and more importance. The bachelor thesis named „Compassion in nursing“ is of theoretical character and its aim is to analyse the issue of compassion in nursing and point to its meaning. The thesis is conceived as an analytical study with a subsequent processing of interpretative text. In relation to text analysis the following questions have been submitted: How is compassion in nursing reflected? What does the advantage of compassion in nursing rest in?

The interpretative analysis of individual sources has proven that empathy and compassion are important components as the basic presumptions of humanization in nursing. In reality, however, nursing is often influenced by lack of empathy and compassion from the medical staff's side. Compassion in nursing is thus reflected unsatisfactorily due to the nurses' insufficient preparation, and low support in organization and management of healthcare facilities.

Compassion is a significant component of professional nursing, it takes a positive part in provided healthcare, it increases its quality and patients' comfort. The advantages of compassion on nursing is completely obvious, and unreplaceable by anything. In addition its need will keep growing with the development of informational and communicational technologies, as healthcare electronization will prove itself in nursing dehumanization. That will have to be faced necessarily via compassion deepening, creating responding healthcare systems, systematic teaching of compassion, and compassionate care evaluation and remuneration from the management's side. In this context, improving nursing staff's knowledge and skills in psychology and psychotherapy, developing personal requirements and strengthening their communication including active listening will be necessary.

Keywords

Nursing; nursing care; humanism; empathy; compassion; communication.

Obsah

Úvod.....	7
Cíle práce	9
Metodika	10
1 Pojetí ošetrovatelství	11
1.1 Ošetrovatelská péče.....	11
1.1.1 Péče založená na vztahu	14
1.1.2 Humanizace ošetrovatelské péče	18
1.2 Definice ošetrovatelství.....	21
1.3 Ošetrovatelství jako profese.....	24
1.4 Ošetrovatelství jako obor	27
1.5 Ošetrovatelství jako věda	30
2 Pojetí soucitu	33
2.1 Altruismus	33
2.2 Empatie	34
2.3 Soucit.....	39
2.3.1 Soucit jako reakce na utrpení.....	44
3 Soucit v ošetrovatelské praxi.....	46
3.1 Komunikace jako základ soucitné péče	48
Závěr	53
Seznam použitých zdrojů.....	56
Přílohy.....	65

Úvod

Ošetrovatelství procházelo dlouholetým vývojem od intuitivního pojetí, přes rozvoj péče v období šíření křesťanství, postupnou profesionalizaci v důsledku rozvoje biomedicínských věd, až po moderní ošetrovatelskou péči. Ve své podstatě však vždy bylo zaměřeno na léčení nemocných. Nejprve se vyznačovalo základní pomocí, později nabylo komplexnější podoby se zaměřením na nemocné a trpící a postupně vlivem vědeckého rozvoje nabylo profesionální podoby. V této souvislosti je potřeba připomenout, že ošetrovatelství vždy ovlivňovalo společenský vývoj se všemi svými důsledky a jeho úroveň se zase zpětně promítala do společenských změn.

Ošetrovatelská péče je založena na vztahu pacienta s ošetrojícím personálem s využitím neformálního vztahu k terapeutickému působení. Největšího rozvoje dosáhla ve druhé polovině dvacátého století. V té době se tématem mezilidských vztahů zabývaly teoretičky v ošetrovatelství V. Henderson, H. Peplau, J. Travelbee a další. Jejich teorie a koncepce přispěly ke zdokonalení ošetrovatelství ve všech oblastech, ale také k novému docenění humanismu v ošetrovatelské péči s akcentací na uplatnění empatie, soucitu a úcty k člověku.

Také ve 21. století humanismus postupně nabývá na intenzitě a vede k narůstání zájmu a diskuze o humanismu v ošetrovatelské péči. Současně se však v této souvislosti často mluví o dehumanizaci v důsledku technického pokroku. Na jedné straně nové technologie zvyšují účinnost ošetrovatelské péče a také vytvářejí lepší podmínky pro zdravotnický personál při jejím poskytování. Na druhé straně však překotný technologický rozvoj v podobě automatizace, digitalizace, robotizace a dalších technických a technologických fenoménů má za následek narušování lidského kontaktu mezi zdravotníky a pacienty a přináší nebezpečí dehumanizace vztahů při poskytování ošetrovatelské péče. S vědecko-technickým pokrokem úměrně narůstá aktuálnost a potřeba humanismu a s ním nabývají na významu stěžejní pojmy, mezi které náleží empatie a soucit.

Moderní ošetrovatelská péče s neustále se zvyšující odbornou a technickou dokonalostí má však tendenci k devalvací soucitu a jeho úlohy v ošetrovatelství. V právních předpisech, metodických opatřeních a ošetrovatelských standardech jsou sice stanovena pravidla pro kvalitu ošetrovatelské péče, profesionální přístup zdravotnického personálu k nemocným a organizaci práce v ošetrovatelství, ale úloha soucitu jako jedné ze základních součástí ošetrovatelství zůstává těmito pravidly většinou nedotčena.

Opomíjení soucitu v péči o pacienta může být také zapříčiněno neznalostí tohoto pojmu ze strany zdravotníků poskytujících ošetrovatelskou péči. Důležitou roli rovněž sehrává nedostatečná podpora soucitných systémů zdravotní péče ze strany managementu, který je převážně zaměřený na snižování nákladů a plnění výkonnostních cílů. Právě z těchto skutečností vyplývá aktuálnost a potřebnost řešení vybraného tématu této bakalářské práce. Jeho význam ještě akcentuje v současné době probíhající zásadní změna společenských vztahů v důsledku tzv. 4. průmyslové revoluce, v jejímž důsledku dochází k poklesu soucitu v ošetrovatelství.

Cíle práce

Cílem předkládané bakalářské práce je analyzovat problematiku soucitu v ošetřovatelství a poukázat na jeho význam při poskytování ošetřovatelské péče. V této souvislosti byly položeny otázky: Jak je reflektován soucit v ošetřovatelství? V čem spočívá přínos soucitu pro ošetřovatelství?

Metodika

Předkládaná bakalářská práce má teoretický charakter. Je koncipována jako analytická studie s následným vypracováním interpretativního textu. Pro analýzu dokumentů a návazující interpretaci textů je využita metoda textové hermeneutiky. Postup při její aplikaci spočívá zejména ve vhodné volbě interpretovaného problému, výběru textu obsahujícího odpověď na stanovenou otázku, dále v procesu dokazování s využitím citátů textu a vlastním vyložení obsahu textu. Důležitá je také verifikace jinými textovými zdroji stejného autora a srovnání interpretací textů různých autorů k předmětné problematice.

Za účelem získání zdrojů byla provedena bibliografická rešerše prostřednictvím katalogů knihoven a databází ProQuest Ebook Central, Science Direct, EBSCO, Web of Science, SpringerLink, Anopress, Google Books a volného internetu. Byly vyhledány publikace ke studiu zvolené problematiky včetně pramenů zahraniční provenience s využitím mezinárodních meziknihovních výpůjček zprostředkovaných Akademickou knihovnou v Českých Budějovicích. Rešerše byla provedena v období duben až listopad 2016 a opakovaně v období leden až duben 2017 s následujícím vymezením těchto klíčových slov: soucit v ošetrovatelství, ošetrovatelství, ošetrovatelská péče, péče založená na vztahu, humanismus v ošetrovatelství, altusimus, empatie, soucit, sympatie, soucitná komunikace, dále v jazyce anglickém: nursing, nursing care, humanism in nursing, altruism, relational nursing care, compassion, compassion in nursing, empathy, sympathy, compassionate nursing care, compassionate communication in nursing.

Získané dokumenty byly nejprve shromážděny, poté analyzovány a následně interpretovány se zaměřením na hledání odpovědí na zadané otázky s navazujícím vypracováním interpretativního textu. Analyzovány byly jak primární zdroje, tak sekundární dokumenty, a to: předmětná data (knihy), výstupy masových médií (časopisy) a virtuální data (internetové stránky) (Hendl, 2005).

1 Pojetí ošetřovatelství

Cílem bakalářské práce je poukázat na problematiku soucitu v ošetřovatelství a pokusit se nalézt odpovědi na položené otázky: Jak je reflektován soucit v ošetřovatelství? V čem spočívá přínos soucitu pro ošetřovatelství? Za tímto účelem je potřeba nejprve pochopit pojetí ošetřovatelství.

1.1 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče jako taková prošla dlouholetým vývojem od prosté pomoci druhému až po rozvoj péče v období šíření křesťanství. Byla vždy spojená s léčbou nemoci a snahou o uzdravení (Kutnohorská, 2010). Z historického hlediska je možné rozlišit tři hlavní vývojové směry ošetřovatelské péče. Nejstarším typem je laická péče, kterou poskytují sami nemocní v rámci sebepéče či rodinní příslušníci. Lze ji datovat od pravěku až do počátku našeho letopočtu, kdy začala nová etapa nástupem křesťanství, z něhož se vyvinula péče charitativní. Cílem bylo pečovat o chudé, nemocné či postižené jedince a pomoci trpícím. Tato péče byla poskytována církví doma nebo v církevních domech. Vlivem křesťanství a služby bližnímu svému se rozšířila po celé Evropě. Profesionální ošetřovatelská péče se postupně vyvinula z charitativní linie v souvislosti s rozvojem biomedicinských věd. Její počátek je datován od druhé poloviny 19. století. Nutno upozornit, že k rozvoji ošetřovatelské péče nejvýznamněji přispěly objevy v medicíně, války a významné osobnosti (Kutnohorská, 2010). V počátcích 20. století byla ošetřovatelská péče orientována zejména na zajištění hygieny, stravování a soucitného přístupu k trpícím. Po druhé světové válce nastalo období rozvoje ošetřovatelství (Marková, 2012). Z textů jednotlivých autorů je zřejmé, že ošetřovatelská péče prošla od počátku lidské existence až po současnost dlouhodobým vývojem. Ve své podstatě byla vždy zaměřena na léčení nemocných. Zpočátku se vyznačovala základní pomocí, později svým obsahem nabyla komplexnějšího rozsahu s orientací na nemocné a trpící, aby se postupně vlivem vědeckého rozvoje proměnila v profesionální ošetřovatelskou péči. Bez nadsázky lze uvést, že ji vždy ovlivňoval společenský vývoj se všemi svými důsledky a její úroveň se také zpětně promítala do společenských změn.

Nahlédneme-li na pojetí ošetřovatelství dle V. Henderson, zjistíme, že základní ošetřovatelská péče je taková péče, která je žádána pacientem, zároveň je odvozená od jeho individuálních potřeb v bio-psycho-sociálně-spirituálním pojetí. Tyto potřeby navazují na základní lidské potřeby podle A. Maslowova a tvoří podstatné prvky ošetřovatelské péče (Pavlíková, 2006). Těmito principy formulovala V. Henderson určité zákonitosti, které bylo a je třeba respektovat při ošetřovatelské péči. Její myšlenky a výzkum ovlivnily vývoj ošetřovatelství na celém světě. Ve 21. století je ošetřovatelská péče součástí zdravotních služeb a je poskytována ve státních i nestátních zdravotnických a sociálních zařízeních, v domácím prostředí a komunitách.

V České republice je pojem ošetřovatelská péče vymezen v § 2 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků jako soubor odborných činností, které jsou zacíleny na udržování, podporu a navrácení zdraví při souběžném uspokojování biologických, psychologických a sociálních potřeb. V této souvislosti je potřebné zdůraznit, že moderní ošetřovatelská péče předpokládá propojení všech ošetřovatelských činností se zaměřením na potřeby jednotlivců, rodin a komunit. Na ošetřovatelské péči v České republice se podílí tým kvalifikovaných profesionálů. „*Kvalifikovaným profesionálem, který je kompetentní nastavovat, koordinovat a řídit, vykonávat a vyhodnocovat ošetřovatelskou péči, je registrovaná sestra (všeobecná či se specializací)*“ (Špirudová, 2015, s 34). Česká legislativa v rozdělení ošetřovatelské péče rozeznává tyto druhy: základní ošetřovatelskou péči, specializovanou ošetřovatelskou péči a vysoce specializovanou ošetřovatelskou péči (vyhláška č. 55/2011 Sb.). Základní ošetřovatelská péče je poskytována pacientovi, kterému zdravotní stav nebo léčebný postup brání v základních denních aktivitách, je bez patologie psychiky a má minimální riziko ohrožení fyziologických funkcí. Specializovaná ošetřovatelská péče je zajišťována pro pacienty, kterým léčebné či vyšetřovací postupy výrazně narušují běžné denní aktivity. Vysoce specializovaná ošetřovatelská péče je věnována pacientům, u nichž došlo k selhávání základních životních funkcí nebo se vyskytují v bezprostředním ohrožení života. Dle kompetencí všeobecné sestry je taková péče prováděna bez nebo pod odborným dohledem (Plevová et al., 2011). Ošetřovatelská péče zaznamenala významný posun se vstupem České republiky do Evropské unie. V této souvislosti byla přijata řada úkolů a opatření vztahujících se k ošetřovatelské péči, k přípravě nelékařů na budoucí povolání a navyšování jejich odborných kompetencí. Soustředěné úsilí bylo zaměřeno na zvyšování kvality a úrovně ošetřovatelství. Na ošetřovatelskou péči lze nahlížet také

z pohledu péče primární, sekundární a terciární. Primární péče je poskytována v ambulantních zařízeních a jedná se o činnosti spojené s prevencí, podporou zdraví, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetrovatelskou péčí. Sekundární péče se týká ústavních zařízení, péče v nemocnicích. Terciární péče je prováděna v zařízeních následné péče, například v lázních, rehabilitačních ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných a hospicích (Špirudová, 2015).

Na ochranu, prevenci a výchovu ke zdraví se zaměřuje komunitní péče. Je převážně mimoústavní a je realizována v oblasti určité komunity. Její náplní je také poskytování laické ošetrovatelské péče v součinnosti s lékařem či státní správou. Do komunitní ošetrovatelské péče se řadí také služby hospiců a domácích agentur (Jarošová, 2007). Domácí péče je poskytována v domácím prostředí na základě doporučení praktického lékaře. Je zaměřena na podporu a udržení zdraví, k rozvoji soběstačnosti a zmírňování utrpení v přirozeném prostředí při zapojení rodiny do ošetrovatelské péče (Krátká, Šilháková, 2008).

Z hlediska etiky ošetrovatelství je péče definována jako forma napojení se na druhé. Z tohoto pohledu se jedná o humanistickou a empatickou pomoc potřebným při uspokojování jejich potřeb. Péče je poskytována zejména uctivým způsobem a zároveň přirozeně. Za morální chování sestry se pokládá podpora lidské důstojnosti: „*Péče je považována za morální koncepci, která je centrem vztahu sestry a pacienta*“ (Kutnohorská, 2007, s. 42). V této souvislosti lze uvést, že ošetrovatelská péče v současné době vyžaduje nejenom širší znalosti a odpovídající odbornost, ale také potřebnou úroveň morálně volných vlastností sester. Nezbytnou podmínkou je také dosažení vyváženosti mezi oprávněnými zájmy pacientů a požadavky na ekonomizaci zdravotnických zařízení. Šimek (2015) uvádí, že v současnosti mají přednost výsledky laboratorních vyšetření a zobrazovací techniky před subjektivními potížemi nemocného. Vše se podřizuje racionalizaci provozu. A tak jsou zdravotničtí pracovníci denně nuceni řešit konflikt vyplývající na jedné straně z požadavků na efektivní činnost zdravotnických zařízení a na druhé straně z potřeb a zájmů pacientů.

1.1.1 Péče založená na vztahu

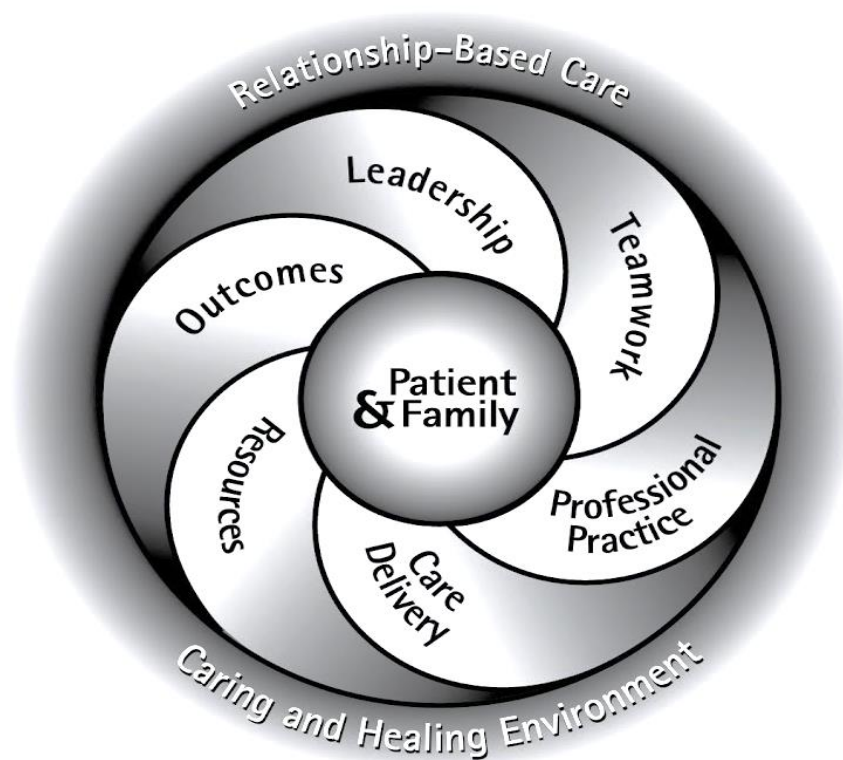
Nahlédneme-li na péči z jakéhokoli úhlu pohledu zjišťujeme, že je založena na vztahu pacienta a ošetřujícího personálu. V současné době nabývá stále více na významu. Využívá přitom neformální vztah s cílem terapeutického působení. Pokud se nedaří vytvořit takový vztah přímo mezi pacientem a sestrou, která je zodpovědná za ošetrovatelskou péči, může se uplatnit ve vztahu sestry s členy rodiny. Pacient může navázat neformální vztah také opačně, např. se sanitářkou nebo fyzioterapeutem. Důležité je, aby ošetřující personál tuto možnost vnímal a uměl ji využít ve prospěch pacienta. Tento typ péče je přednostně využíván zejména u pacientů, kteří strádají po sociální stránce nebo mají nějakým způsobem limitované komunikační schopnosti (Špirudová, 2006). Ze sociologického hlediska má obvykle užší kontakt s pacientem sestra, neboť zajišťuje uspokojování jeho potřeb, ví, jak má pacientovi pomoci a dokáže mu také poradit, jak se vyrovnat s nemocí a jejími následky (Bártlová, 2005).

Vztahem sestra a pacient v ošetrovatelské péči se zabývala již F. Nightingale v knize *Notes on Nursing (Poznámky o ošetrovatelství)*, vydané roku 1860. Dle Koloroutis (2013) F. Nightingale pojala ošetrovatelství jako umění a aplikovala soucit do vlastní praxe. Chápala potřebu vztahů, jejichž prostřednictvím dochází k uzdravení, ať už léčba probíhá či nikoliv. Oproti tomu Trešlová (2010) uvedla, že činnost F. Nightingale již vykazovala znaky, které jsou charakteristické pro moderní ošetrovatelství jako jsou „*vzdělání, prevence, zdraví a pohoda (well being), uspokojování potřeb, individualizovaná péče, komplexní – holistický přístup, týmová péče, vědecký přístup, aktivní péče*“ (Trešlová, 2010, s. 16). Lze tudíž konstatovat, že činnost F. Nightingale znamenala počátky profesionální ošetrovatelské péče. Největšího rozvoje ošetrovatelství dosáhlo od poloviny 20. století. Tématem mezilidských vztahů se v té době zabývaly teoreticky ošetrovatelství jako například V. Henderson, H. Peplau, J. Travelbee a další. Teorie a koncepce uvedených autorek přispěly k rozvoji ošetrovatelství ve všech oblastech. Stasková a Tóthová (2015) upozorňují na zajímavý přístup k uvedené problematice, který zvolila J. Travelbee. Rozpracovala vztah člověka k člověku ve své publikaci *Interpersonal Aspects of Nursing (Mezilidské aspekty ošetrovatelství)* z roku 1966. V jejím pojetí je nemoc a utrpení konfliktem duchovním a emocionálním, proto je zapotřebí jednotlivci pomáhat přizpůsobit se daným okolnostem. V této souvislosti sehrává důležitou roli sblížení sestry s pacientem a vzájemný respekt k vytvoření vztahu.

Důležitou fází oboustranného vztahu je empatie a soucit, za jejichž pomoci může dojít k vzájemnému porozumění, které napomáhá k uzdravení. Nedílnou součástí vzájemné interakce je také komunikace na všech úrovních. Proto také J.Travelbee navrhovala rozšířit vzdělávání sester o komunikační cvičení a zavést výuku filosofie a náboženství. Je tedy zřejmé, že uvažovala o zaměření vzdělávání na výuku soucitu a soucitné péče implicitně skrze uvedené předměty

Z hlediska tématu bakalářské práce se nabízí označit za zajímavý model péče založené na vztahu podle Koloroutis (2004, in Koloroutis, 2013), který zahrnuje osm základních dimenzí (schéma 1).

Schéma 1 – Profesionální ošetrovatelská praxe a péče založená na vztahu



Zdroj 1 – The eight dimensions of the Relationship-Based Care Model (Koloroutis, 2004, s. 15)

Model představuje osm dimenzí péče založené na vztahu:

1. pacient a rodina (*Patient & Family*), schopnost pečovat o pacienty se soucitem;

2. prostředí péče a léčby (*Caring and Healing Environment*), využívání a přizpůsobení zdrojů a fyzického prostoru podle celistvých potřeb pacienta;
3. vedení (*Leaderships*) zaměřené na vytváření pečujícího a uzdravujícího prostředí, odstraňování bariér kvalitní péče a prosazování změn ve prospěch pacienta;
4. týmová práce (*Teamwork*), poskytování vysoce koordinované a kvalitní péče týmem odborníků a profesí;
5. odborná praxe (*Professional Practice*) poskytující soucitnou péči na úrovni, s odpovídajícími znalostmi a dovednostmi;
6. poskytování péče (*Care Delivery*), podpora profesní úlohy poskytovatele, rozvoj kolegiálních vztahů mezi členy týmu, organizace práce, vytváření podmínek pro odborníky;
7. praxe založená na zdrojích (*Resource-Driven Practice*), kritické a kreativní myšlení, maximalizace všech dostupných zdrojů v zájmu poskytování péče;
8. měření výsledků (*Outcomes Measurement*), vytváření jednoty organizace a smysluplného prostředí s jasnými očekáváními (Koloroutis, 2013).

Položme si otázku: Jakou úlohu hrají v péči založené na vztahu jednotlivé dimenze? Základ tvoří pacient a rodina a schopnost pečovat o pacienta se soucitem. Tak, jak již bylo uvedeno na straně 15 této práce, empatie a soucit jsou důležitou součástí vztahu mezi pacientem, jeho rodinou a zdravotním personálem, jejímž prostřednictvím dochází k vzájemnému porozumění vedoucímu k uzdravení. Srovnatelnou a neméně důležitou roli v péči založené na vztahu však sehrávají také ostatní dimenze. Bez nadsázky lze konstatovat, že absence kterékoliv z nich by podstatným způsobem poskytovanou péči narušila. Stejně tak lze uvést, že nedocení některé z uvedených dimenzí by mělo za následek nižší úroveň ošetrovatelské péče. K představenému modelu je potřeba uvést, že podstatou péče založené na vztahu je opravdové lidské spojení, které vede k harmonii. V centru takové péče je právě vztah mezi pacienty, ošetřujícím personálem a rodinami. Základním požadavkem pro bezpečnou a kvalitní ošetrovatelskou péči je terapeutický vztah. Jasně role a související odpovědnost rozvíjejí osobní angažovanost (Watson, 2004, in Koloroutis, 2013).

Pokusme se odpovědět na otázku: Co se v péči založené na vztahu očekává od sestry? Samozřejmým předpokladem jsou odpovídající znalosti sestry z oblasti psychologie, uplatňování empatického přístupu a angažovanosti. Vztah mezi sestrou a pacientem má být založený na upřímnosti a důvěře, aby jedinec pocíťoval, že mu bude poskytnuta

odpovídající pomoc (Sikorová, 2011). Důležitou roli ve vztahu k pacientovi sehrává přirozená autorita sestry, bez níž lze jen obtížně vytvořit vzájemnou důvěru a dosáhnout odpovídající spolupráce. Rozhodujícími podmínkami kvalitní péči jsou také některé další atributy chování, zejména pak akceptace pacienta, vcítění se do jeho situace a autenticita vzájemného vztahu (Vymětal, 2010). Sestra působí také jako prostředník mezi pacientem a lékařem. Pro ošetrovatelskou péči je důležité vytvoření důvěryhodného vztahu a poskytnutí pomoci pacientovi přizpůsobit se nové situaci (Bártlová, 2005). V pojetí Koloroutis (2013) sestra vnáší do tohoto vztahu hodnoty, které zahrnují respekt, celistvost a soucit. Tyto znaky mají zásadní vliv na zlepšení zdraví. Z pohledu sestry se pak jedná o specifický interpersonální vztah, který vyžaduje z její strany nejenom odpovídající odborné znalosti a praktické dovednosti, ale také značnou dávku zkušeností, citlivosti a empatie.

Péče založená na vzájemném vztahu bývá často negativně ovlivňována neosobním chováním, nedostatkem empatie a soucitu zdravotnického personálu, který si ne vždy dovede představit co nemocný prožívá. Příčiny popsaného stavu lze spatřovat jak v nedostatečné připravenosti sester v oblasti vztahové péče, tak v nedostatku času a jejich přetěžování. Nezanedbatelnou úlohu v této situaci sehrává také ekonomizace zdravotní péče, kdy rozhodování lékařů a zdravotnického personálu je ovlivňováno ekonomickými hledisky. Často se tak zdravotníci dostávají do střetu zájmů a jsou nuceni řešit dilema, zda upřednostnit potřeby pacienta před ekonomickými požadavky nebo naopak.

Z výše uvedeného textu je zřejmý význam péče založené na vztahu jako nedílné součásti ošetrovatelství. Její důležitost roste přímo úměrně se závažností a délkou doby onemocnění. Čím větší a dlouhodobější jsou následky nemoci, tím větší nároky jsou na ni kladeny. Kvalita péče založené na vztahu je odvislá od přístupu zdravotnického personálu, ale také pacientů, případně rovněž členů jejich rodiny. Důležitou roli sehrává schopnost projevit empatii a soucit jako základní předpoklad humanizace v ošetrovatelské péči.

1.1.2 Humanizace ošetrovatelské péče

Pojem humanizace znamená zlidštění, zcivilnění a pochází z filozofického směru humanismu. Hlasatelem humanistického pojetí a zakladatelem humanistické psychologie byl C. Rogers. Hlavním aspektem jeho práce byl humanistický přístup zaměřený na člověka prostřednictvím vytvoření terapeutického vztahu. C. Rogers patří společně s A. Maslowem k významným představitelům humanistické psychologie, která je zaměřena na člověka a jeho potřeby (Šiffelová, 2010). V této souvislosti je potřeba si uvědomit, proč hovoříme o Rogersovské psychoterapii jako o vstřícném přístupu k člověku a proč je důležité seznámit se s touto terapií. Rogersovský psychoterapeutický přístup totiž člověka nejenom plně akceptuje a uznává jeho individualitu, ale také se k němu chová empaticky a autenticky. Vytváří tak psychoterapeutický prostor, který umožňuje člověku překonat vnitřní rozpory (Pelikánová, 2011).

Je však třeba také připomenout, že některé teoretičky ošetrovatelství ve druhé polovině 20. století zdůrazňovaly potřebu humanizace ošetrovatelské péče v souladu s celospolečenským vývojem po druhé světové válce, který vedl k novému docenění významu humanismu jako základního předpokladu pro uplatnění lidských práv, svobody, demokracie a snahy o lepší sociální postavení lidstva. V této souvislosti J. Watson odkazovala na transpersonální péči, J. Travelbee kladla důraz na vztah člověka k člověku, H. Peplau také prezentovala důležitost mezilidských vztahů a humanizace v ošetrovatelské péči. Dle Jakubíkové a Koškové (2006) byly pro všechny teoretičky humanistických modelů důležité pojmy empatie, soucit, lítost, úcta k člověku a k životu, autonomie, svoboda. Humanistická péče je podle J. Watson základem ošetrovatelství, neboť vede k posílení zdraví jedince a vnitřní vyrovnanosti. Péče je mezilidským vztahem mezi sestrou a pacientem s cílem chránit jeho důstojnost. Podle J. Watson je péče morální závazek vůči lidstvu. Humanistická péče je nejen citem, láskou či touhou, ale zahrnuje také altruismus, důvěru, tvořivost, učení a spiritualitu. Posouvá péči více k holistickému humanistickému systému harmonie (Farkašová, 2006).

Ve 21. století lze humanizaci chápat jako dodržování etických zásad chování, hnutí proti institucionalizaci ve zdravotnictví a uplatňování principu solidarity a lidské důstojnosti. Humanizace v ošetrovatelství postupně nabývá na intenzitě a vede k narůstání zájmu a diskuze o humanizaci ošetrovatelské péče. Na druhé straně se v této souvislosti často hovoří o dehumanizaci v důsledku technického pokroku a rychlého rozvoje přístrojové

techniky. Tento pojem reflektuje situaci, ve které dochází k výraznému rozvoji různých přístrojových a diagnostických metod. Je zřejmé, že nové technologie zvyšují účinnost ošetrovatelské péče, pomáhají pacienta udržovat v bezpečí detekováním třeba i drobných změn v jejich zdravotním stavu tak, aby se mohlo zabránit jeho případnému zhoršení, zranění či jiným komplikacím. Zanedbatelná není ani skutečnost, že nové technologie vytvářejí lepší podmínky z hlediska bezpečnosti a ochrany zdraví zdravotnického personálu při poskytování ošetrovatelské péče. I přes uvedené výhody technického pokroku lze souhlasit s Bártlovou (2005), která uvádí, že zaváděním techniky do praxe dochází k narušování lidského kontaktu zdravotníka s pacientem. V souladu s tímto výrokem lze uvést, že zdravotnický personál často sleduje přístroj na místo pozorování a rozvíjení vztahu s pacientem, který je na přístroj napojen. Přímá péče o nemocného je tak nahrazena péčí o pacienta přes přístroj. Kromě toho Trešlová (2010) poukazuje na skutečnost, že s rozvojem lékařské vědy přibývají úkony, které lékaři přenechávají sestřám. Vzniká nový pojem technická sestra se speciálním vzděláním v určité problematice, jejíž činnost je zaměřena především na výkon v neprospěch humanistického přístupu. Stojí za povšimnutí konstatování Arendtové (1995, in Krámský 2015), že dehumanizace „*není ani tak záležitostí samotného člověka, ale je dána komplexním nastavením společenských či mezilidských vztahů*“ (Arendtová, 1995, in Krámský, 2015, s. 134). V této souvislosti je možno dospět k závěru, že změnu uvedených vztahů v současnosti přináší tzv. 4. průmyslová revoluce, která se analogicky promítá do zdravotnictví v podobě konceptu Health 4.0. Rychlým rozvojem informačních a komunikačních technologií tak dochází k postupné elektronizaci zdravotnictví. Vznikl nový obor eHealth zaměřený na podporu a zlepšení prevence, diagnostiky, léčby, sledování a řízení zdraví a zdravého životního stylu. Součástí eHealth je medicína provozována na dálku, označována jako telemedicína, při které lékaři pečují na dálku o pacienty s využitím informačních komunikačních technologií (Středa, Hána, 2016).

Vývoj technologií vede nevyhnutelně k zásadním změnám společenských vztahů. O to aktuálnější je problematika humanizace společnosti. Pokud jde o ošetrovatelství, zvýšené úsilí o humanizaci se projevuje již od 60. let 20. století. Tato snaha je zaměřena zejména na duševní zdraví, paliativní medicínu a sociální služby. Větší pozornost je věnována skutečným potřebám jedinců, výrazně se zkrátila doba hospitalizace a vznikla řada služeb v oblasti komunitní péče. Kalvach a Kabelka (2011) konstatují, že po roce 1989 se humanizace pozitivně také dotkla oblasti paliativní péče, začaly

vznikat hospice jak mobilní, tak domácí. Humanizace je rovněž důležitá v rámci prevence hospitalismu. Týká se převážně polidštění nemocničního režimu a snahy přiblížit ústavní režim běžným životním podmínkám (Zacharová, Šimíčková-Čížková 2011). V rámci této snahy jsou v nemocnicích k dispozici pro dospělé vhodné pracovní činnosti, pro děti pak herní terapeuti.

Připomeňme si ještě, že Todres et al. (2009) zpracoval konceptuální rámec dimenzí humanizace, který obsahuje osm dimenzí humanizované péče ve vztahu k negativnímu rozměru dehumanizace viz tabulka číslo 1.

Tabulka 1 – Konceptuální rámec dimenzí humanizace

Formy humanizace	Formy dehumanizace
Plnohodnotné vnímání pacienta	Redukce pacienta na pouhý objekt
Angažovanost	Pasivita
Jedinečnost	Kategorizace
Pospolitost	Izolace
Smysluplnost	Ztráta smysluplnosti
Jasný životní směr	Ztráta životního směru
Schopnost orientace	Neschopnost orientace
Komplexní vnímání pacienta jako celku (včetně emocí)	Omezené vnímání pacienta (z pohledu biologických procesů)

Zdroj – Vlastní překlad, originál viz příloha 1 (Todres et al., 2009, s. 70)

Každá dimenze vyjadřuje možnost péče humanizované a dehumanizované. Podle autora dehumanizace péče nastane, když dva až tři uvedené humanizační znaky jsou oslabeny dehumanizačním rozměrem (Todres et al, 2009). Vždy je však zapotřebí přihlídnout k potřebám pacienta, vzít v úvahu všechny objektivní okolnosti a vyřešit každodenní dilema mezi humanizací a dehumanizací v medicíně (například v případě pacienta v akutní péči, připojeného na přístrojích, se nejedná o formu dehumanizace, ale o záchranu života). Konceptuální rámec představuje hlavní aspekty humanizace a dehumanizace. Slouží především k identifikaci humanizujících a dehumanizujících prvků v systémech péče a interakci sestry s pacientem se záměrem vytvořit podnět k reflexi zdravotnického personálu v této oblasti ošetrovatelské péče.

Pojednání o humanizaci v ošetrovatelství lze uzavřít konstatováním, že humanizovaný přístup by měl být nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Předpokladem navázání humánního interpersonálního vztahu je znalost emocí, pocitů a reakcí prostřednictvím terapeutického vztahu. Tímto směrem je také třeba více zaměřit přípravu zdravotnického personálu a zařadit do studijních programů hlubší vzdělávání v oblasti psychologie a psychoterapie. Jen tak je totiž možné dostatečně porozumět humanistickému přístupu a pochopit, jak znalosti humanistické psychologie mohou ovlivnit ošetrovatelskou péči.

1.2 Definice ošetrovatelství

Ošetrovatelství je poměrně rozsáhlou a rozmanitou činností společnosti. Jako vědecká disciplína se rozvíjelo zejména v posledních desetiletích. V porovnání s většinou klasických vědních oborů je teprve na počátku svého vývoje.

Existuje mnoho definic ošetrovatelství. K tomu abychom pochopili pojetí ošetrovatelství, je potřeba vyjít z řady definic, analyzovat jejich obsah a pokusit se o interpretaci, která přispěje k plnému pochopení a objasnění jeho významu. Za první definici ošetrovatelství lze pokládat vymezení ošetrovatelství F. Nightingale, podle jejíhož environmentálního pojetí je ošetrovatelství činností využívající prostředí pacienta na pomoc v jeho uzdravení (Nightingale, 2010). Její ošetrovatelské zásady jsou platné dodnes, neboť kladou důraz na důležitost nemocného a uspokojování jeho potřeb, stejně tak na schopnost sestry poskytnout humánní a citlivou péči nemocnému. Jak vyplývá z výše uvedeného popisu pojmu ošetrovatelství, v péči o pacienta hraje důležitou roli prostředí, které má poskytovat příznivé podmínky pro jeho léčení a uzdravení. Je nasnadě, že tento požadavek se vztahuje nejenom na léčebná zařízení, ale také na domov nemocného.

Farkašová et al. (2006) prezentovala několik základních definic ošetrovatelství.

„Ošetrovatelství má pomáhat nemocným i zdravým vykonávat činnosti prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, které by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu a vědomosti. Stejně tak je úlohou sester pomoci nemocným získat co nejrychleji soběstačnost“ (Farkašová et al., 2006, s. 13).

Tato definice uvedená v monografii Farkašové (2006) objasňuje ošetrovatelství z pohledu sestry. Zdůrazňuje ošetrovatelství zaměřené na pomoc nemocným i zdravým. Lze

usuzovat, že toto vymezení ošetřovatelství nejspíše vychází z definice V. Hendersen z roku 1955:

„Ošetřovatelství je především asistence jednotlivci (nemocnému nebo zdravému) ve vykonávání těch činností, které souvisí se zdravím anebo s jeho navrácením (anebo klidnou smrtí) a které by vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebné schopnosti, vůli a vědomosti. Jedinečným přispěním ošetřovatelství je také pomoc jednotlivci stát se co nejdříve nezávislým na této asistenci“ (Farkašová et al., 2006, s. 87).

Nutno upozornit, že V. Hendersen definovala ošetřovatelství ještě před vymezením ošetřovatelských teorií jako takových a také dříve, než nabylo na významu pojetí holismu v ošetřovatelství. Zdůraznila také spolupráci i aktivitu jedince v rozvoji vlastní soběstačnosti. Za zmínku stojí skutečnost, že odborná veřejnost hovoří o V. Hendersen jako o F. Nightingale 20. století (Pavlíková, 2006). Společným znakem jejich díla je zdůraznění vztahu k nemocnému v interakci s prostředím.

Ošetřovatelství charakterizuje obdobně také World Health Organization (Světová zdravotnická organizace), a to jako „*Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu*“ (Staňková 1998, s. 6). Z charakteru a obsahu uvedených definic je evidentní, že v období jejich vzniku ošetřovatelství ještě nemělo vytvořenou odpovídající teoretickou základnu.

Věnujme však pozornost další definici Farkašové (2006):

„Ošetřovatelství je humanitní věda, jejíž schopnosti a praxe se zakládají na vědeckých poznatcích. Ošetřovatelská praxe má nezávislé a kooperativní funkce, které pomáhají jedincům, skupinám a rodinám dosáhnout optimální biologický, sociální, osobní duchovní stav“ (Farkašová et al. 2006, s. 13).

Následně v další z definic Farkašová (2006) konstatuje:

„Ošetřovatelství je integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami o sebe nemohou, neumí nebo nechtějí postarat“ (Farkašová et al. 2006, s. 13).

V tomto vymezení pojmu již autorka popisuje ošetřovatelství jako vědní disciplínu. Definuje nejen ošetřovatelskou péči, ale také ošetřovatelský proces se zaměřením na uspokojování individuálních potřeb člověka.

Ve snaze pochopit pojetí ošetřovatelství, je potřeba nahlédnout na další definici ošetřovatelství, kterou je možno nalézt v Konceptci ošetřovatelství České republiky z roku 2004:

„Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám a skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebedpěči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči“ (Pochylá, 2005, str. 8).

V porovnání s ostatními uvedenými definicemi se jedná o poměrně komplexní vymezení pojmu. Označuje ošetřovatelství jako samostatný vědní obor, který se zaměřuje na vztahy mezi hlavními koncepty ošetřovatelství, to znamená mezi osobou, prostředím, zdravím a ošetřovatelstvím. Akcentuje nejen odbornou péči o nemocné, ale také ošetřovatelskou péči v nemoci i ve zdraví. Rovněž zdůrazňuje, že se jedná o složitý myšlenkový proces, který je podmíněný mnohými principy a hledisky péče o zdraví.

K zajímavému poznání lze dospět vzájemným porovnáním definic ošetřovatelství z Konceptce ošetřovatelství České republiky z r. 1998 a Konceptce ošetřovatelství České republiky z r. 2004. Text obou definic se shoduje v zaměření ošetřovatelství a v jeho podílu na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Obdobně také charakterizuje úlohu ošetřovatelského personálu. Významně se však liší v definování samotného ošetřovatelství. Zatímco „Konceptce z r. 1998“ vymezuje ošetřovatelství jako systém typických činností s orientací na jednotlivce, rodiny a skupiny, „Konceptce z r. 2004“ definuje ošetřovatelství jako samostatnou vědeckou disciplínu zaměřenou na komplexní potřeby člověka a jeho zdraví. Z tohoto srovnání je zřejmé, že ošetřovatelství jako obor

prošlo na přelomu století progresivním myšlenkovým vývojem, který ve svém důsledku příznivě ovlivnil rozvoj teorie ošetřovatelství jako samostatné vědy.

Pro úplnost se nabízí možnost nahlédnout do definice ošetřovatelství z pohledu Mezinárodní rady sester. Tato organizace nově vymezila ošetřovatelství v roce 2015:

„Ošetřovatelství je založeno na autonomii a kooperativní péči o jedince všech věkových skupin, o rodiny, skupiny a komunity, a to osob zdravých i nemocných, ve všech typech prostředí. Součástí ošetřovatelství je podpora zdraví, prevence nemocí a také péče o nemocné, osoby s postižením a o umírající. Obhajoba, vytváření bezpečného prostředí, výzkum, vzdělávání a participace ve formování zdravotní politiky a v řízení zdravotnických systémů patří mezi klíčové role zdravotních sester“ (Špirudová, 2015, str. 35).

Porovnáme-li tuto definici s ostatními, zjistíme, že vymezuje ošetřovatelství sice stručněji, ale přesto obdobně s tím, že zdůrazňuje výzkum a vzdělávání jako nezbytný předpoklad pro rozvoj vědního oboru. Naznačuje také úlohu ošetřovatelství při utváření zdravotnické politiky, organizaci a řízení zdravotnictví.

Jak již bylo zmíněno v úvodu podkapitoly 1.2, existuje mnoho definic ošetřovatelství. Na základě jejich analýzy, lze uvést, že každá z nich akcentuje různé hlavní hodnoty v závislosti na úhlu pohledu, ze kterého ošetřovatelství definuje. S jistotou však lze učinit závěr, že ošetřovatelství se řídí v podstatě stejnými humanitními požadavky, které mu byly dány do vínku v období jeho vzniku. Jedná se o pozitivní vztah ke zdraví, úctu k životu, lásku a úctu k člověku. Ošetřovatelství je věda a zároveň umění rozvíjející cit, vůli a schopnost pomáhat člověku ve zdraví i v nemoci.

1.3 Ošetřovatelství jako profese

Ošetřovatelství je náročnou profesí, která prošla složitým vývojem od dob F. Nightingale, jež povýšila opatrovnictví na ošetřovatelství jako profesní činnost. Mimo jiné zdůrazňovala potřebu systematického celoživotního vzdělávání a odbornost, praktickou profesní zkušenost a dodržování etických pravidel. Ošetřovatelství jako profese se zrodilo koncem 19. století a v následujícím století procházelo dynamickou proměnou. Z původních pomocnic lékaře se vyvinulo kvalifikované povolání. Ošetřovatelství tak

vyzrálo z asistentské podoby do samostatné ošetrovatelské profese s jasnými kompetencemi z pohledu zdravotní péče. Nositelkou ošetrovatelské profese se stala sestra, porodní asistentka a další nelékařské profese (Kutnohorská, 2010).

Nabízí se otázka: Jaký je vztah mezi profesí a povoláním? V pojetí Bártlové (2007) lze ze sociologického pohledu profesi nazvat povoláním. Profese obecně má pevně stanovené pracovní podmínky, druh pracovní činnosti s předešlou profesní přípravou (Svobodová, 2015). Koncept profese se aplikuje především k pracovním rolím, kde nejvýznamnějším znakem je regulace povolání. Podle Kellera (In Bártlová, 2005) mezi nejdůležitějšími znaky profese patří vymezení existence teorie, profesní autority, systému profesních asociací a profesní etiky. Freidson (1988 in Bártlová, 2007) definuje profesi jako seskupení lidí, kteří vykonávají soustavnou činnost, jež je jejich hlavním zdrojem obživy. Znaky profese podle tohoto autora jsou především odborné profesní znalosti, předurčení k určitým úkolům a kodex nebo pravidla profesního chování. Z pohledu ošetrovatelství to pak znamená, že profese sestry je spojena se značnou odpovědností a vysokými nároky na rozhodování na základě dané kompetence, a to i přesto, že určité činnosti provádí sestra na základě indikací lékaře.

Za zmínku stojí skutečnost, že profese sestry patří mezi regulovaná povolání¹ a v kontextu evropských předpisů se řídí platnými normami. V České republice je tato profese usměrňována akreditací sesterských vzdělávacích programů a registrací všeobecných sester (Špirudová, 2015). Registrace zdravotnických pracovníků je postup posuzování zdravotníků spojený s právním úkonem vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a k vedení praktického výcviku (Pochylá, 2005). V této souvislosti je třeba zdůraznit, že na regulované zdravotnické profese, mezi které patří vedle lékařů, stomatologů, farmaceutů také všeobecné sestry a porodní asistentky, jsou kladeny po všech stránkách značné nároky. Položme si však otázku: Do jaké míry uvedeným požadavkům odpovídá současná situace ve zdravotnictví? S odkazem na společenskou poptávku je totiž připravována novela zákona, která by měla umožnit některé změny ve vzdělávání zdravotnického personálu, například model 4+1, zavedení profese praktické sestry a podobně. Je možné vyjádřit souhlas se stanoviskem České asociace sester, která s uvedenými změnami nesouhlasí.

¹ Regulovaná povolání – zdravotnické profese, jejichž výkon je spojen s možností poškození zdraví či životů jiných lidí. Mohou být vykonávány osobami, jež odpovídají kritériím podle zákonných norem.

Pokud jde o postavení, charakter a význam profese, je nezbytné se zamyslet nad osobnostními předpoklady. Historicky se osobnostní výbavou zabývala již F. Nightingale, která svým bádáním vytvořila bázi etického kodexu ošetrovatelek. Ošetrovatelka musí být mimo jiné osobou spolehlivou, zbožnou a pokornou, empatickou, dobrosrdečnou a důvěryhodnou, má mít úctu k vlastnímu povolání a myslet především na prospěch nemocného (Nightingale, 2010). K výkonu profese jsou pro zdravotníka nezbytné další osobnostní předpoklady, například dostatečná kritičnost a sebekritika, smysl pro povinnost, vstřícnost a dobrý vztah k lidem. Důležitá je vyrovnanost osobnosti s přiměřeným sebevědomým vystupováním. Do hodnotové orientace zdravotníků patří také zájem o člověka, smysl pro povinnost a odpovědnost, dále humánní vztah k nemocnému, vyrovnanost a rozvážnost (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011). Mezi důležité osobnostní dispozice patří rovněž lidská zralost, vnitřní stabilita a vyšší frustrační tolerance (Plevová, 2011).

Podle Kutnohorské (2010) by sestry měly být přívětivé, chápavé a laskavé. Ve vztahu k pacientovi mají být lidské a empatické.

„Stejně důležité je, aby měly kontinuálně kultivovanou emotivní oblast profesionality pro výkon pečování a ošetrování (např. aby používaly empatii, soucit, intuici, byly taktní, měly cit pro situaci a kontext, uměly navázat s pacientem terapeutický vztah atd). Neméně významná je u nich dostatečně rozvinutá a kontinuálně udržovaná zručnost a dovednosti, které ve své profesi potřebují“ (Špirudová, 2015, s. 44).

Z textu vyplývá, že nároky na profesi všeobecné sestry jsou značné. Rozvoj osobnostních předpokladů zatím však není dostatečně promítnut do studijních osnov, ani není vždy vyžadován a podporován příslušným managementem. Přitom právě naplnění komplexu osobnostních předpokladů a dovedností sester je podmínkou zdokonalování ošetrovatelské péče. Na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích se o to snaží prostřednictvím supervize v rámci odborné praxe. Studentům ošetrovatelství slouží jako nástroj k nabytí znalostí a dovedností, k osvojení si potřebných schopností a návyků, ale také k získání informací, které budou moci využít při odborné praxi a později v pracovním procesu. Studenti si tak vytváří určitý nadhled pro řešení problémových situací v ošetrovatelské praxi. Podle Venglářové et al. (2013) uplatňování supervize je také vhodné pro sestry, neboť tak lze vytvořit prostor pro rozvoj dovedností a zkvalitnění

ošetřovatelství. Tato metoda může také sloužit sestřám při vyrovnávání se s pocity, které při práci s pacienty prožívají. Smyslem supervize je péče o ošetřovatelský personál tak, aby lépe mohl poskytovat kvalitní péči pacientům.

1.4 Ošetřovatelství jako obor

Teorii oboru ošetřovatelství tvoří konceptuální modely a teorie. Ošetřovatelství jako obor se neustále vyvíjí. Až do poloviny minulého století se jednalo o vývoj převážně intuitivní. Rozvoj teorie ošetřovatelství nastal v polovině 20. století zejména v USA a Kanadě. V současné době má ošetřovatelství již v dostatečné míře vytvořený svůj vědomostní základ, který obsahuje specifické ošetřovatelské koncepce, modely a teorie. Model je vědecká představa, popis zkoumaného jevu (Pavlíková, 2006). Rozvoj konceptuálních modelů a teorií, který patří k hlavním úkolům tohoto oboru, přispívá k jejich zdokonalování, rozpracování a přiblížení praxi (Archalousová et al., 2006). Konceptuální model je složený z pojmů, které popisují duševní představy jevů a výpovědí. Tyto názory a teze jsou začleněny do smysluplných kombinací, které se vztahují k představám o jednotlivcích, skupinách, situacích a jevech zajímavých z hlediska vědní disciplíny. Konceptuální modely ošetřovatelství informují o myšlení jednotlivých autorů, kteří zkoumají určitý jev v různých souvislostech a v rozdílných vzájemných vztazích. Pojmy v konceptuálním modelu jsou často značně abstraktní, takže je nelze přímo vidět v reálném světě (Pavlíková, 2006). Uvažujeme-li o významu konceptuálních modelů pro ošetřovatelství, je zcela nepochybné, že konceptuální modely do značné míry rozvíjejí teorii ošetřovatelství jako vědy. Poskytují odpovídající podklady pro každodenní praxi, organizaci a řízení ošetřovatelství a jeho výzkum. Můžeme proto uvést, že konceptuální modely znamenají značný přínos pro práci sester, zejména pak při plánování, realizaci a hodnocení ošetřovatelských úkonů.

Ošetřovatelské teorie se stejně jako modely zabývají charakteristickými jevy, které do větší míry specifikují a konkretizují. Teorie jsou více spojeny s konkrétními situacemi a událostmi v přístupu k jedinci či skupině v oboru ošetřovatelství (Mastiliaková, 2002). Zásadním úkolem teorií je však zformování nových znalostí a vědomostí v dané sféře (Archalousová, 2006). Z formulací je zřejmé, že ošetřovatelská teorie vychází z konceptuálního modelu, který má ze své podstaty obecnější charakter a je východiskem pro koncipování nové teorie. V porovnání s konceptuálním modelem je teorie

konkrétnější, specifitější a přímo použitelná v praxi. Palenčár (2009) uvádí, že tvorba a ověřování teorií patří mezi základní úkoly vědecké činnosti. V této souvislosti je potřeba poznamenat, že jsou to právě teorie, které uplatněním v praxi zajišťují průběžnou konfrontaci vědeckého poznání se zkušenostmi a tvoří tak bezprostřední základ vědeckého výzkumu (Palenčár, 2009).

Nahlédneme-li na konceptuální modely z pohledu jejich členění, můžeme diferencovat podle několika kritérií, například podle obsahu, pojetí pacienta nebo podle období vzniku a podobně. Nejčastěji se kategorizují na základě všeobecného pohledu teoretického pozadí a světového názoru, a to do čtyř skupin jako systémové, vývojové, interakční a humanistické modely (Žiaková, 2007). Konceptuální modely vytvářejí východiska pro vzdělávání, praxi, řízení a výzkum v ošetrovatelství. V 80. letech minulého století vytvořila M. Gordon rámec pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví, který se stal nejvíce užívaným v ošetrovatelském procesu (Machová, 2011). V návaznosti na to se tento model začal uplatňovat v obdobných podobách také v Evropě (Mastilíková, 2002). Za nejaktuálnější model současné doby můžeme považovat, kromě rámce funkčního typu zdraví M. Gordon, také model transkulturní péče M. Leininger a model humanistické péče J. Watson (Archalousová, 2003). Současnost přináší další nové pohledy na problematiku konceptuálních modelů podle potřeb společnosti. Ty vycházejí především z předpokladu, že standardní ošetrovatelské zhodnocení zdravotního stavu pacienta musí zahrnovat strukturu modelu sestavenou na základě pečlivého zvážení veškerých souvislostí a důsledků (Archalousová, 2003).

V této spojitosti nabývají na významu stále více humanistické modely, které akceptují humanismus, lidská práva a základní principy lidství. Humanistické modely, například model F. Nightingale, D. Orem, M. Roger, J. Watson a dalších, pokládají ošetrovatelství za specifický humanitní obor (Žiaková, 2007). Humanistická filozofie se vrací do ošetrovatelství od 60. let minulého století. Humanismus chápe hodnotu člověka jako osobnost a respektuje princip rovnosti, spravedlnosti a lidskosti jako samozřejmou součást vztahů mezi lidmi (Pavlíková, 2006). Humanismus je založen na uplatňování typických atributů, mezi které patří empatie, soucit, lítost, ale rovněž úcta k člověku a k životu. K jeho stěžejním pojmům patří akceptace, kongruence, autonomie, svoboda, důstojnost, lidská práva a další (Archalousová, 2003). Humanistické pojetí ošetrovatelství je principiálním přínosem pro vyšší kvalitu ošetrovatelství a celou zdravotní péči. Humanistický přístup totiž zvažuje všechny informace o pacientovi, bere v úvahu jeho

myšlení, pocity, hodnoty, zkušenosti, lásku, očekávání, jednání a poznatky o jeho těle (Kilíková, 2013). V této souvislosti je potřeba připomenout, že uplatnění humanismu v ošetrovatelství vyplynulo ze společensko-kulturního a historického kontextu. Bylo reakcí na společenský vývoj a filozofické proudy ve společnosti. Jednalo se o tzv. hnutí lidského potenciálu s cílem osvobodit člověka z odličťujícího vlivu přetechizované kultury a zdůraznit základní humanistické hodnoty jako je lidská svoboda, celistvost člověka a hledání smyslu života.

Uvažujeme-li o významu humanismu v ošetrovatelství, je potřeba se zamyslet nad společenským vývojem v souvislosti s rozvojem vědy a techniky. Je nepochybné, že žijeme v době překotného technologického pokroku. Společenské vztahy do značné míry poznamenává nastupující nová průmyslová revoluce v podobě automatizace, digitalizace, robotizace a dalších technických a technologických fenoménů. To vše přináší nebezpečí dehumanizace vztahu ve společnosti, tedy i v ošetrovatelství. Především je třeba uvážit, že s vědecko-technickým pokrokem přímo úměrně narůstá aktuálnost a potřeba humanismu se všemi svými atributy obsahujícími škálu etických filozofií zaměřených na důstojnost a základní lidské hodnoty.

Kromě humanistického přístupu je pro ošetrovatelství důležité využití principů holistické péče. Teorie holismu vidí živé organismy jako jednotné celky ve vzájemné interakci se svým okolím s tím, že porucha jedné části se projeví na fungování celého organismu. Celek člověka je tvořen částí biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální, duchovní a behaviorální. Holistické chápání zdraví člověka se zaměřuje na jeho celou osobnost: „*celistvou bytost a všechny stránky jejího životního stylu – tělesnou zdatnost, primární prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládání stresu, citlivost k prostředí, sebekoncepci a duchovno*“ (Mastiliaková, 2007, s. 8). Holismus předpokládá, že člověka tvoří dvě základní dimenze, a to psychika a tělo. Psychika zahrnuje sféru kognitivní, emocionální a duchovní. Tělo obsahuje oblast fyziologickou a biologickou. Mezi těmito navzájem propojenými komponenty se vytváří psychosomatický vztah. Z hlediska ošetrovatelské péče pojmá holistická teorie člověka jako celek, tedy celistvou bytost (Kilíková, 2013). Každý poznatek o zdravotním stavu je jedinečný pro pacienta i pro zdravotníka. Holismus je směr, který se zaměřuje na životní potřeby pacienta, přičemž práce sestry s pacientem je založena na oboustranném zájmu a pochopení (Mastiliaková, 2007). Ošetrovatelská péče v holistickém pojetí uznává práva pacienta jako nedílnou součást péče o člověka. V praxi to znamená, že sestra vnímá celou osobnost

člověka s jeho tělesnými a emocionálními stavy, jeho tělesnou výkonnost a vztah k péči o své zdraví v rámci prevence. Sestry poskytující holistickou ošetrovatelskou péči pomáhají lidem převzít odpovědnost za své zdraví, hledají způsoby k uzdravení a ke zdravému způsobu života.

1.5 Ošetrovatelství jako věda

Obecná definice vědy je založená na společných znacích různých oborů, které se od sebe odlišují svým objektem zkoumání a metodologií. Z tohoto hlediska je věda pojímána jako proces získávání nových poznatků (Kutnohorská, 2009). Vymezit pojem současné vědy není zcela jednoduché. Jedná se o institucionalizovanou lidskou činnost, která je zaměřená na metodické získávání nových pravdivých poznatků. Právě vědecká metoda zaručuje nestrannou opravdovost a validitu získaných znalostí. Hledáme-li odpověď na otázku, čím je charakterizována samostatná vědní disciplína, můžeme stručně odpovědět, že jejím základem, tj. samostatným a neopakovatelným předmětem zkoumání, dále zvláštním systémem poznatků, specifickou terminologií a osobitou metodou zkoumání (Palenčár, 2009).

Z obecného vymezení pojmu vědy je zřejmé, že vědecká činnost je komplexní proces zaměřený na získávání nových poznatků s cílem vědecky vysvětlit všechny jevy a věci v přírodě, společnosti a lidském myšlení. Za zamyšlení stojí definice Thomase S. Kuhna, který charakterizoval vědu jako „*výzkum pevně zakotvený v jednom či více vědeckých výdobytcích, které určitá vědecká komunita přijímá jako základ pro budoucí praxi*“ (Zvírovský, 2015, s. 17). Stručně a zjednodušeně lze uvést, že věda je to, co za vědu považují sami vědci. Rozhodující roli však sehrává místní a časový kontext (Zvírovský, 2015). Naskýtá se otázka: Jaké jsou obecné znaky a atributy vědy? Odpověď je celkem jednoduchá. Znaky a atributy všech věd jsou v podstatě totožné, každá věda má svůj předmět a metody zkoumání, specifickou terminologii a také organizační strukturu. Jejím cílem je získávat nové poznatky, vytvářet vědecké teorie, formulovat nová pravidla a rozšiřovat lidské poznání. Kromě těchto teorií je však pro každou vědu určující také společenské klima a uznání široké vědecké obce.

Nahlédneme-li na ošetrovatelství z pohledu vědní nauky, jedná se o vědu humanitní, neboť předmětem zkoumání je člověk, tedy bio-psycho-sociální bytost

s neopakovatelnou duchovní podstatou. Pokud jde o cíl zkoumání, patří ošetřovatelství k vědám praktickým. Připomeňme ještě, že ošetřovatelství využívá výsledky činnosti společenských věd (Palenčár, 2009). Ošetřovatelství je relativně mladou aplikovanou vědní disciplínou, která se začala rozvíjet v 60. letech 19. století současně s rozmachem vysokoškolského vzdělávání a s ním související vědeckou činností (Archalousová, 2006). Na počátku svého vzniku však čelilo různým výhradám pro svou údajnou nevědeckost. Zástupci jiných věd byli toho názoru, že ošetřovatelství přejímá poznatky ostatních věd. V této souvislosti se nabízí otázka: Proč nemá ošetřovatelství (podobně jako například pedagogika) ve svém názvu slovo věda? S největší pravděpodobností proto, že původní ošetřovatelé (stejně jako pedagogové) nevycházeli z teorie, ale spíše z praxe (Zvírovský 2015). Vědní charakter ošetřovatelství je potřeba vysvětlovat a obhajovat občas i v současné době, v některých případech i na půdě zdravotnických zařízení a institucí. Tomuto úsilí by mohla prospět změna názvu tak, aby součástí pojmenování ošetřovatelství zahrnovalo příslušný tvar slova „logos“ (věda). V této souvislosti by bylo zřejmě vhodné zadat tento úkol jazykovědcům.

Skutečností zůstává, že ve 21. století vychází ošetřovatelství do značné míry z vědeckého poznání s cílem zlepšit ošetřovatelskou péči a naplňování zdravotních a sociálních potřeb ošetřovaných lidí všech věkových skupin (Bártlová et al. 2009). Ošetřovatelství má svou vlastní teoretickou základnu poznatků a jejich praktickou aplikaci. Věda v ošetřovatelství představuje systém specifických teoretických poznatků, tedy předmět zkoumání a metodu praxe, resp. ošetřovatelský proces. Zahrnuje znalosti z přírodních, humanitních a společenských věd zaměřených na studium člověka, lidského zdraví a vztahů člověka ve společnosti (Archalousová, 2006). Ošetřovatelství lze považovat za vědu reálnou a humanitní z hlediska svého předmětu a aplikovanou z hlediska svého cíle. Předmětem jejího zkoumání je člověk jako celek. K tomu je také přizpůsobena i celková metoda, která je zaměřena na jednotlivce jako bio-psycho-sociální bytost s neopakovatelným duchovním jádrem. Jde tu hlavně o to, že konečným cílem ošetřovatelství není jen poznání člověka v jeho přírodní a sociální podmíněnosti a jeho zvláštnosti, ale praktický záměr zachovat prostřednictvím ošetřovatelského procesu zdraví a kvalitu života nebo eliminovat nemoc takto celostně chápaného jednotlivce (Palenčár, 2009).

Ošetřovatelství jako vědní disciplína vychází z většiny medicínských a humanitních oborů. Můžeme proto bez nadsázky uvést, že navazuje na jejich poznatky a využívá je podle potřeb ošetřovatelské teorie a praxe. Pokud jde o medicínské disciplíny, ve kterých

ošetřovatelství působí a současně z nich čerpá znalosti a zkušenosti, jedná se zejména o etiologii, patogenezí, prevenci, diagnostiku a terapii. V případě humanitních disciplín využívá ošetřovatelství poznatky především z filozofie, etiky, psychologie, sociologie a pedagogiky. Vztah ošetřovatelství k uvedeným vědám nabývá podoby vzájemné závislosti a podmíněnosti. Ošetřovatelství tak lze nazvat multidisciplinárním oborem, který je zásadně ovlivňován výsledky spolupracujících vědních oborů (Farkašová, 2006).

V souvislosti s výše uvedeným textem lze dospět k závěru, že ošetřovatelství je vědou, která spojuje ošetřovatelskou teorii s ošetřovatelskou praxí. Aplikuje teorii do praxe a současně přenáší poznatky z praxe do teorie. Dochází tak ke vzájemnému obohacování dvou stránek vědy v ošetřovatelství, tedy předmětu zkoumání a ošetřovatelské praxe. Obdobně pak ošetřovatelství jako věda působí ve vztahu k ostatním vědám. Využívá jejich poznatky a zkušenosti a zároveň předává své znalosti a dovednosti spolupracujícím vědám. V této souvislosti sehrává důležitou roli skutečnost, že současné ošetřovatelství má již vytvořenou infrastrukturu, která se skládá z výzkumných, zejména vysokoškolských pracovišť, vědeckých asociací a dalších organizací a médií.

2 Pojetí soucitu

Soucít a empatie jsou termíny, jejichž význam je často zaměňován. Soucít ve srovnání s empatií se v ošetřovatelství často ukazuje jako opomíjené téma. Mnohdy je také soucít pokládán za synonymum empatie či sympatie s tím, že i tyto termíny bývají mylně chápány. Anglické slovo compassion se používá od 14. století a je odvozeno od latinského com (společně s) a pati (trpět), doslova trpět. Soucít lze do jisté míry považovat za společné utrpení nejčastěji spojené s touhou zmírnit nebo snížit toto utrpení, ukázat zvláštní laskavost těm, kteří trpí (Capper, 2008). Soucít vzájemně souvisí s empatií a altruismem, každý z těchto pojmů však jinak ovlivňuje chování lidí (Stehlíková, 2016).

2.1 Altruismus

Altruismus pochází z latinského slova alter – druhý, jiný a znamená nesobecký a nezištný způsob myšlení, cítění a jednání ve prospěch druhých. Tento pojem poprvé představil August Comte, francouzský představitel francouzského pozitivizmu. Altruismus je charakteristické prosociální chování s cílem dosáhnout profit pro druhé tím, že motivace a pomoc je bez vlastního prospěchu (Mlčák, 2009). Podle Vymětala (2010) je altruismus prokázání laskavosti či poskytnutí jakékoli pomoci ve prospěch druhého člověka, který strádá či pocítuje nouzi. Jedná se o nezištnou pomoc ve vztahu k druhým. Je to motiv k pomáhajícímu chování (Vymětal, 2010). „*Altruismus lze definovat jako chování cílené na pomoc druhým, ačkoliv není spojeno s žádnou odměnou*“ (Atkinson et al., 2003, s. 645). V pojetí Stehlíkové (2016) je altruismus iniciativní čin s nesobeckým přáním, aby lidé v našem okolí byli šťastní.

Shrňme-li jednotlivé výklady altruismu výše uvedených autorů, pak lze uvést, že altruismus je prosociální chování, které je zaměřeno na pomoc druhému člověku. Do prosociálního chování lze zařadit různé aktivity od zanedbatelné pomoci přes opakovanou podporu až po obětování sebe sama. Altruistické chování charakterizujeme jako jednání, které je orientováno ve prospěch druhého. Nutno doplnit, že základní znaky jsou dobrovolnost a nezištnost (Vymětal, 2010). Za prosociální chování považujeme řadu projevů směřujících zejména k napomáhání druhým a schopnosti je potěšit. Hlavním zdrojem altruismu je vcítivost, empatie. Naskytá se otázka: Co ovlivňuje vývoj

altruistického jednání? V zásadě panuje poměrně značná shoda, že osobnost člověka formuje především dětství. Rozhodující je v každém případě osobní zkušenost dítěte získaná v atmosféře pomoci v rodině. Nejvhodnější je pak rodinná atmosféra pomoci, kterou dítě vnímá a raduje se z ní spolu s ostatními členy rodiny (Helus, 2011).

Altruismus je od počátku často chápán jako protiklad egoismu. Proč je tomu tak? Zřejmě proto, že radost z prospěchu druhého může být ve své podstatě i sobecká. V této souvislosti také Klapetek (2008) uvádí, že altruistický jedinec myslí a koná také ve prospěch druhého a připouští, že radost z takového jednání nakonec je i egoistická. Na druhé straně autor vyzdvihuje i ušlechtilost altruismu, kterou spatřuje ve spontánnosti a dobrovolnosti.

Za zmínku stojí, že také v rámci jiných společenských systémů a kultur je altruismus významným prvkem chování. Budhismus vyznává kultivaci altruismu jako nejdražšího zdroje vnitřní síly a všeobjímajícího štěstí. Jeho Svátost Dalajláma vyzývá svět k proměnám soucitného chování (Gulová, 2011). Také M. Ricard, buddhistický mnich, který zanechal vědecké kariéry molekulárního genetika a stal se vyznavačem buddhismu, v rozhovoru o své knize *Advocacy for Altruism*, apeluje: „Altruismus není luxus, ale nutnost“ (Goumaz, © 2013).

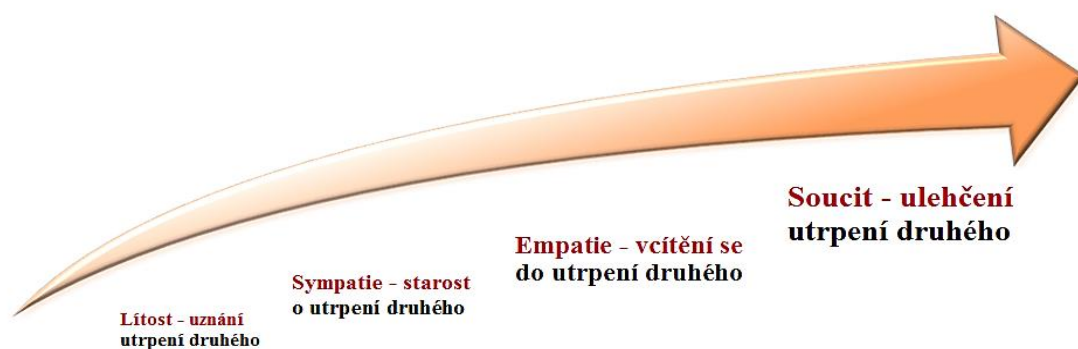
Hlavní roli v altruistickém chování sehrává empatie, přičemž empatické znepokojení u lidí vyvolává altruistickou motivaci s cílem zvýšit blaho jiné osoby (Batson, 2011). Autor v této souvislosti poukazuje na výhody empatie směřující k altruismu. Mezi výhody Batson řadí větší a citlivější přístup k pomoci, nižší agresivitu, lepší jednání a vzájemnou spolupráci, přátelštější a kvalitnější vztahy. V pojetí Koukolíka (2016) je evolučním základem empatie rodičovská péče, tedy péče o potomstvo, jejíž úroveň ovlivňuje míru empatie u dětí. Rozvoj empatie do značné míry předurčuje právě výchova v rodině. Posledním stupeň evolučního vývoje je pak empatické vcit'ování, které ústí v altruistické chování lidí.

2.2 Empatie

Empatie je pojem užívaný již od dob řeckého filozofa Aristotela. Zpravidla se vykládá jako vžívání se, vcit'ování se do něčeho nebo do někoho (Linhartová, 2007). V souvislosti

s empatií se často diskutuje také o termínu sympatie. Nejprve byla za důležitější považována sympatie, postupně se však snižoval její původní význam, až ve druhé polovině dvacátého století převládlo používání termínu empatie (Slaměník, 2011). V pojetí Wispe (1986) lze empatii a sympatii navzájem odlišit a definovat. „*Sympatie se vztahuje k jasnému uvědomění si utrpení jiné osoby jako něčeho, co má být zmírněno. Empatie je naproti tomu pokusem jedince uvědomujícího si sama sebe porozumět neúsudkově (nikoli vysuzováním) pozitivnímu a negativnímu prožívání jiné osoby*“ (In Slaměník, 2011, s. 141). Sympatie je reflexní, afektivní reakce na vzniklou situaci. Vzniká nedobrovolně a má tendenci vyvolávat pocit soucitu, lítosti a něžnosti. Sympatie může také znamenat vzájemný vztah, ve kterém sympatizant podporuje trpící osobu. Empatie přesahuje toto postavení sympatie a předpokládá komplexnější a intenzivnější lidské zapojení a porozumění. V empatickém vztahu empatizující se vědomě snaží o psychické zapojení a pochopení pocitů a motivů jiné osoby. Snaží se porozumět jiným zážitkům, jako kdyby je prožíval sám (Donovan, 2008). V souladu s tím Shelton (2015) znázornil význam a důležitost empatie a sympatie ve vztahu k soucitu viz schéma číslo 2.

Schéma 2 – Význam empatie a sympatie ve vztahu k soucitu



Zdroj – Vlastní překlad, modifikované schéma (Shelton, 2015), viz příloha 5

Empatie je schopnost vcítit se, uvědomit si emoce druhého. Je to altruistický zájem o druhého s možnou podporou člověka (Suchý, Náhlovský, 2012). V pojetí Hasse (1998) je empatie předpokladem k morálnímu chování jednotlivce a je ji třeba rozvíjet. Autor ve svém díle formuluje předpoklady dobrého člověka – rozvíjet schopnost empatie, vcítit se do druhého a projevit o něj zájem, sdílet s ním jeho bolest. Empatie v nás podněcuje pocit

sounáležitosti. Oproti tomu podle Koukolíka (2010) lze považovat empatii za jakýsi druh psychologického usuzování, jehož součástí je pozorování, paměť, zkušenost a uvažování, abychom se vcítili do myšlenek a pocitů druhých lidí. Empatie se skládá ze tří procesů: z afektivní odpovědi druhého člověka, která může být sdílením stavu druhého jedince, dále z kognitivní schopnosti vžít se do druhého člověka a z regulačního mechanismu, který rozlišuje mezi pocity jednoho a druhého člověka (Koukolík, 2010). Vedle toho Stehlíková (2016) uvádí, že k navázání a propojení s člověkem může dojít bezděčně pomocí afektivní empatie ve chvíli, kdy souzníme s pocity a emocemi druhého. Na rozdíl od kognitivní empatie, která vzniká opačně, nejprve si vybavíme, jak se dotyčná osoba cítí a pak teprve jsme schopni soucítit s druhým (Stehlíková, 2016). Také Ekman (2015) rozlišuje empatii kognitivní, emocionální a soucitnou. Kognitivní empatií dáváme druhému najevo, že rozumíme tomu, co cítí. Při emocionální empatií se cítíme jako druhý a při soucitné empatii chceme druhému pomoci se vyrovnat s jeho emocemi. „*Abychom se stali emocionálně či soucitně empatictí, musíme být kognitivně empatictí*“ (Ekman, 2015, s. 210).

Z psychologického pohledu je empatie chápána jak součást psychiky člověka, znamená vcítění se a bez lidské emocionality není možná. Empatie vede k uvědomění si subjektivního prožívání jiného člověka, díky kterému získáváme přehled o tom, jak sledovaný jedinec zvládá či nezvládá danou situaci či problém (Slaměník, 2011). Podobně i Stehlíková (2016) uvádí, že empatie může lidem pomáhat v přečtení si emocí druhých, sdílet je s nimi a podporovat je. Ve vztahu k druhým to znamená věnovat pozornost druhým, vyslechnout je a soucítit s nimi. Slezáčková (2012) popisuje empatii jako schopnost člověka pochopit způsob chování druhých a současně chápat jejich motivace. To znamená, vžít se do jejich prožitků, „*ocitnout se v jeho kůži*“ (Slezáčková, 2012, s. 120). V těchto intencích Slaměník (2011) dospívá k závěru, že empatie se projevuje v průběhu terapeutického vztahu, pomáhá přijetí druhého člověka a projevuje spoluúčast na jeho utrpení. V interpersonálním vztahu si míru vlastní empatie lze ověřit například v dialogu, kdy dokážeme dokončit započaté souvětí druhého člověka za současného pochopení jeho prožitku. Oproti tomu Hass (1998) uvádí, že schopnost empatie je často povrchní a souvisí s mnoha faktory. Pravděpodobně se vcítíme do druhé osoby a máme sklony si vybírat podle toho, zda je nám sympatická, či zda chceme její sympatie získat, můžeme si také vybírat podle toho, jaké reakce osoby nám připadají rozumné. Při tomto výběru může být rozhodující také skutečnost, zda osoba má stejné

problémy jako my, případně zda ji chceme získat ke svému prospěchu. V pojetí Gilberta (2013) se empatie skládá z emocionální složky a schopnosti porozumět tomu, proč a co cítíme, myslíme a činíme.

Podle Wharam (2014) jsou emoční potřeby všech lidí podobné. Při vědomí této skutečnosti celkem snadno rozpoznáme sebe na místě druhého. Empatický člověk umí pochopit druhého a vžít se do jeho situace. Naproti tomu soucitný člověk rozpozná, že druhá osoba trpí, avšak jeho situaci si nedokáže představit. Soucit je kombinací empatie a porozumění. Empatie je schopnost vytvářená zkušeností a poznáním svých emocí. Empatie je předpokladem soucitu. „*Vyšší emoční citlivost a povědomí o emocích vede k vyšší úrovni empatie, která přispívá k vyšší úrovni porozumění, jež následně umožní vyšší úroveň soucítění*“ (Wharam, 2014, s 130). V souladu s tím Goleman (2011) zastává názor, že čím více je člověk otevřenější k vlastním emocím, tím lépe rozumí pocitům a emocím druhých. Pokud člověk neumí vnímat city druhých, je poznamenán deficitem emoční inteligence, ale hlavně fatálním selháním lidskosti jako takové. Empatie je jádrem soucitu, její rozvíjení společně se sebeovládáním vede k rozvíjení schopnosti šetrného vnímání citů druhých, sociálních dovedností a umění mezilidských vztahů (Goleman, 2011). Podle teorie Titchenera (In Goleman, 2011) se empatie zrodila z napodobování utrpení druhého člověka, které v nás později probouzí stejné pocity.

Nutno upozornit, že Singer výzkumem vycházejícím z měření mozkové aktivity magnetickou rezonancí zjistila, že pokud se vcítujeme do někoho, kdo trpí bolestí, jsou v našem mozku aktivována afektivní centra bolesti. Náš mozek zrcadlí emoce trpícího. Podle Singer je empatie často vykládána jako soucit. Nicméně při vcítění se do druhého, cítíme jeho bolest, tedy trpíme i my a v dlouhodobém časovém horizontu tento stav může vést k vyhoření. Naproti tomu, pokud cítíme soucit s utrpením někoho druhého, nemusíme nutně cítit bolest, ale obavy či pocit lásky a tento stav vede k silné motivaci pomáhat druhým (Baker & Harrison, 2013). Empatie tedy zvyšuje negativní emoce, zatímco soucit vyvolává pocity pozitivní. V důsledku těchto zjištění je pro pomáhající a zdravotnické profese žádoucí, naučit se proměnit empatické reakce do soucitného postoje a ochránit sebe sama před profesním vyhořením. Podobně tak Halifax (2015) uvádí, že empatie a soucit není totéž. Empatie je nezbytným předpokladem pro soucit, ale soucit empatii přesahuje.

Položme si otázku: Jak je možné stát se empatickým a je možné se empatii naučit? V pojetí Slaměníka (2011) je empatii možné rozvíjet od dětství a zlepšovat tak dispozici prosociálního citění a jednání. Empatii se nelze naučit, ale lze ovlivnit míru empatie, jakou jsme schopni projevit. Podle Lancastera (2016) se lidé nerodí se schopností porozumět druhým, někteří jsou v empatii lepší, jiní horší než ostatní. Za zmínku stojí skutečnost, že Simon Baron Cohen (In Lancaster, 2016) sestavil test, který umožňuje každému ověřit si své dovednosti v empatii (<http://psychology-tools.com/empathy-quotient/>). Existují také návody, jejichž prostřednictvím je možné empatii rozvíjet. Mezi ně patří například model Caress, model aktivního naslouchání, který se skládá z těchto fází:

1. Soustředění (*C-oncentrate*) – eliminace hluku v okolí, vyloučení vlastních myšlenek a soustředění se na druhého.
2. Uznání (*A-cknowledge*) – navázání očního kontaktu s druhým, aktivní naslouchání, opakování formulací druhého.
3. Zkoumání (*R-esearch*) – dotazování, dávání podnětů druhému, povzbuzování k diskusi.
4. Emoční kontrola (*E-motional control*) – kontrola vlastních emocí, trpělivé vyslechnutí druhého.
5. Vnímání (*S-ense*) – vnímání neverbálních sdělení, sledování řeči těla.
6. Struktura (*S-tructure*) – pochopení argumentace druhého, porozumění jeho myšlenkám (Lancaster, 2016).

Z interpretace textu je zřejmé, že empatii lze rozvíjet. Empatii můžeme projevit v komunikaci. Ve světě existují různé vzdělávací programy na posilování empatie. Považuje se za celkem již prokázané, že empatie a úspěšnost jsou spojené nádoby. Důraz na empatii přispívá ke zvýšení spokojenosti a produktivity v nejrůznějších profesích, a tím také ke zlepšení dosažených výsledků. Aktuálnost této problematiky zvýrazňuje rostoucí digitalizace a nové technologie tak, jak již bylo uvedeno v části 1.1.2 této práce. S rozvojem robotizace a umělé inteligence bude empatie sehrávat čím dál, tím více zásadnější roli. Lidé se totiž budou muset zaměřit na to, co roboti neumí, to znamená kromě kreativního myšlení právě na rozvoj empatie a emoční inteligence.

2.3 *Soucit*

Soucit je v mnoha kulturách jednou z nejvýznamnějších lidských cností. Je nedílnou součástí lidských vztahů. Podle Chambers a Ryder (2009) se pojem soucit vyskytuje v různých náboženstvích, v buddhistickém náboženství je označován jako kahuna, v křesťanství je soucit demonstrován v podobenství dobrého samaritána, ve víře islámské pak jako rahman nebo rahim. V pojetí Whispé (In Slaměník, 2011) je soucit jasné uvědomění si utrpení jiné osoby jako něčeho, co má být zmírněno. Podle Hájka (2006) je soucit myšlení a porozumění i beznadějnému utrpení bez toho, abychom prožívali negativní emoce. Soucit je přívětivost a zpravidla přechází v altruistickou radost (Suchý, Náhlovský, 2012). V pojetí Vašiny (2010) je soucit schopnost vybavit si a prožít to, co právě teď a tady druhý prožívá se všemi souvislostmi, které zapříčinily jeho nynější stav.

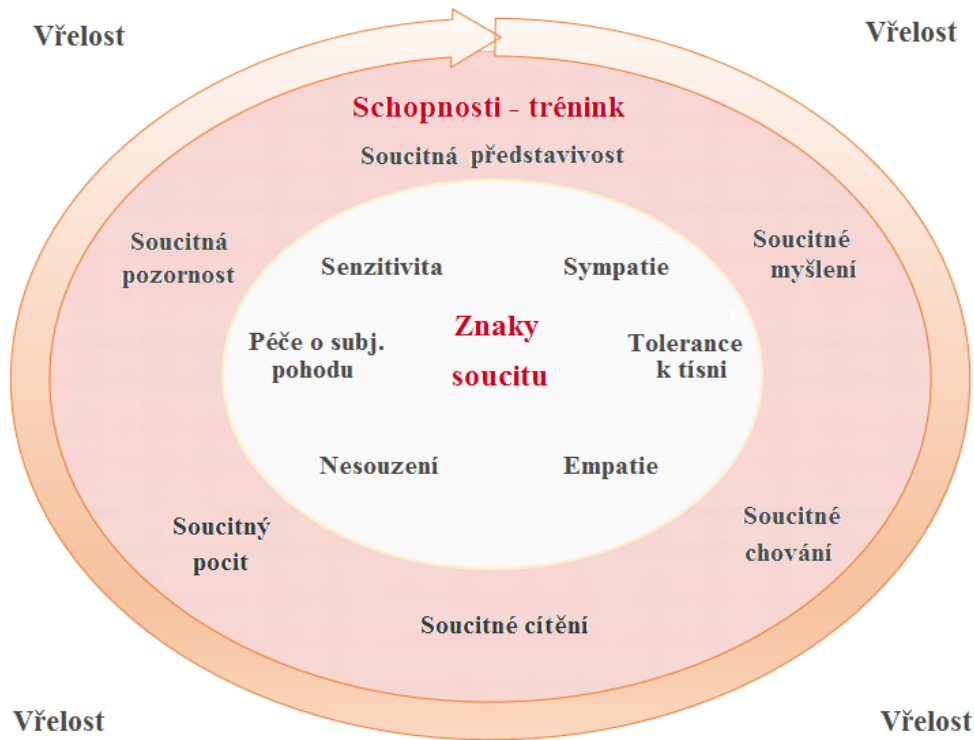
Z pohledu morálky je na soucit nahlíženo podle toho, co je a co není dobré, tedy z pohledu morálního chování. Jedinec, který jedná morálně, je odpovědný za druhé, slušně se chová a druhým vychází vstříc (Hass, 1999). Autor navíc rozlišuje mezi soucitem a lítostí. Jedná-li se o litování, potom je na jednotlivce pohlíženo svrchu, že si svou situaci zavinil sám, že není o takového člověka zájem nebo, že se jedná o chudáka, od kterého je třeba se distancovat. Vašina (2010) popisuje lítost jako psychický stav sebelítosti a vžívání se do situace druhého s tím, že bychom nechtěli být v jeho kůži. Hass (1999) uvádí, že při vyjádření soucítění se jedná o opačné reakce: *„Jestliže projevíte skutečný soucit, podáváte mi ruku a chcete mi pomoci nést mé trápení. Jestliže projevíte skutečný soucit, dokážete mi nic nevyčítat. Jestliže projevíte skutečný soucit, pak mi rozumíte. Jestliže projevíte skutečný soucit, dáváte mi zároveň najevo, že jsme si rovni“* (Hass, 1999, s. 96). Soucit neboli soucítění s druhým je primární dispozice morálního usuzování a možným výsledkem může být prosociální chování (Vašina, 2010). Nepostradatelnost soucitu pro morálku také zdůrazňuje Lévinas (In Krámský, 2015), který je toho názoru, že morálka vychází z teoretických reflexí a kritického poznávání, ale také ze soucitu s druhou bytostí. Pokusme se však na tomto místě zamyslet, co se stane, vytratí-li se z morálky soucit. V takovém případě je morálka vytvořena jen na základě teoretických myšlenek a obecných pravidel bez jakéhokoliv vztahu k soucitu. Dopady této redukce morálky mohou nabýt dramatických a nelidských rozměrů. Dokumentuje to například druhá světová válka, která jasně ukázala, kam až může vést vykonstruovaná morálka bez

souciténého vztahu k druhé osobě. Z uvedené interpretace vyplývá, že lze souhlasit se zdánlivě nelogickým názorem Krámského (2015, s. 80): „*Pokud se zcela vytratí z morálního vztahu soucit či empatie, může se stát, že se morálka stane náhle morálkou amorální*“.

Koukolík (2007) nahlíží na soucit v souvislosti s morálními emocemi, které jsou součástí emocí sociálních. Ve snaze porozumět soucitu dle autora, je potřeba pochopit morální emoce. Morální emoce rozdělil Jonathan Haidt (In Koukolík, 2007) do 4 skupin. První skupinou jsou sociálně-psychologické emoce, tyto emoce druhé lidi odsuzují (hněv, hnus, pohrdání), druhou skupinu tvoří emoce sebeuvědomování (zahanbení, pocit viny, znepokojení), ve třetí skupině je pak právě zmiňovaný soucit jako reakce na utrpení druhého, čtvrtou skupinou jsou emoce, které se vztahují k pochvalování druhých (vděčnost, úžas, pocit vznešenosti). Ekman (2012) prostřednictvím streamových videí na webových stránkách zveřejnil rozhovor o soucitu s Jeho Svátostí Dalajlámou o rozvíjení globálního soucitu, ve kterém rozděluje soucit na proximální a distální. Proximální soucit se projevuje, pokud se snažíme pomoci druhému v nouzi, zatímco distální, bezprostřední soucit je projevenou snahou odvrátit poškození či utrpení druhého. Proximální soucit již vyžaduje určité sociální dovednosti k odvrácení a k předvídání možného nebezpečí. U distálního soucitu autor jako příklad uvádí emocionální oporu dětem a u proximálního soucitu jejich očkování. Z interpretace textu lze dovodit, že soucit v proximální a distální podobě je v ošetrovatelském procesu velmi aktuální.

Gilbert (2013) definuje soucit jako citlivost na utrpení v sobě a ostatních s odhodláním ho zmírnit a předejít. Je toho názoru, že soucit působí prostřednictvím pomáhání a ošetrování. V této souvislosti Cabane (2014) uvádí, že Gilbert jako specialista na výzkum lidského soucitu popisuje etapy postupného dosažení soucítění s ostatními: první fáze empatie, druhá fáze účast (dojetí nad utrpením druhých) a třetí fáze soucit (touha postarat se o trpícího). V pojetí Gilberta (2013) je soucit v mysli vyvolán vzájemným vztahem šesti aspektů: sympatie (sympathy), nesouzení (non-judgment), vzájemného porozumění (empathy), senzitivity (sensitivity), péče o subjektivní pohodu (care for well-being), tolerance k tísní (distress tolerance). V uvedeném schématu 3 na následující straně autor znázorňuje propojené prvky, které se vzájemně posilují a naplňují vřelostí (Gilbert, 2013).

Schéma 3 – Víceúčelový trénink soucitné mysli



Zdroj – Vlastní překlad, modifikované schéma Multi-model Compassionate Mind Training (Gilbert, 2013), viz příloha 2

Gilbertův přístup k soucitné mysli je postaven na rozvíjení specifických schopností, které vedou k prohlubování soucitu. Jedná se o propojení interakčních prvků a vede k aktivaci soucitu přes utváření soucitné mysli. Tento proces nazývá autor soucitným výcvikem mysli. Soucitný kruh se skládá z vnitřního kruhu klíčových znaků soucitu a vnějšího kruhu složeného ze schopností potřebných k jejich rozvoji. Vnitřní prsteneček schématu obsahuje znaky potřebné pro zvýšení citlivosti na utrpení. Vnější prsteneček zahrnuje znaky nutné k rozvíjení schopností zaměřených na eliminaci utrpení svého i druhých (Gilbert, 2013). Podle interpretace Cole-King (2011) například senzitivita ve vnitřním kruhu vyjadřuje otevřenost k utrpení, zatímco pozornost ve vnějším kruhu znamená věnovat úsilí tomu, co může být užitečné. Všechny části jsou ve vzájemném působení a jedna bez druhé ztrácí smysl. Kdyby se některá schopnost vnitřního kruhu vytratila, nebyl by soucit soucitem (Cole-King, Gilbert, 2011).

Ricard (Goumaz, 2013) na základě studií, kterých se zúčastnil, vyzdvihuje soucit, jehož podstatou je altruistická motivace, která nám dává dostatek odhodlání k pomoci. Soucit je tedy vědomí s touhou zmírnit utrpení druhého. Soucit je pozitivním stavem mysli a posiluje vnitřní schopnost vypořádat se s utrpením druhých. Prostřednictvím soucitu můžeme také dosáhnout žádoucí redukce nadřazeného postavení ošetřujícího personálu k pacientovi. V pojetí Capper (2011) je soucit výrazem altruismu, který je považován za morální ctnost a nedílnou součást ošetřovatelské praxe. Soucitná a altruistická péče je velmi důležitá pro pacienta, přináší mu komfort, někdy však na úkor zdraví a pohody zdravotníka samotného. Podle Zvoníčkové a Slovák (2012) byl soucit s laskavostí vždy s ošetřovatelstvím propojován. Pro kvalitní ošetřovatelskou péči je důležité umět rozeznat utrpení nemocného a mít dostatečnou motivaci k pomoci utrpení odstranit či zmírnit. I přesto, že je ošetřovatelská péče vykonávána rutinně a bezchybně, bez soucitu se stává péčí bezcitnou. Nedostatek soucitu může vést k mylnému vyhodnocení potřeb, k jejich ignorování a k psychickému poškození pacienta. Naopak emoce, včetně soucitu, umožňují správně zaměřit ošetřovatelskou péči. Soucit zdravotnického personálu se tak pozitivně podílí na péči o pacienta. Proto je také důležitou součástí profesionální péče. Projevy soucitu podporují vztah mezi sestrou a pacientem. Do tohoto vztahu soucit vnáší osobní prvky (Zvoníčková, Slovák, 2012). Z etického hlediska jsou soucit mravností, která byla vždy s ošetřovatelskou péčí propojována. Bez nadsázky lze konstatovat, že problematika soucitu patří do etického rozměru ošetřovatelské péče.

Z pohledu zdravotníků stojí však také za pozornost jedna z nejnáročnějších forem soucitu, a to soucit k sobě samému. Jen prokázáním této laskavosti lze získat emocionální odolnost a pocit větší osobní odpovědnosti. Za zmínku stojí také vztah mezi soucitem k sobě samému a sebelítostí. Čím větší je soucit k sobě samému, tím menší je sebelítost. Soucit k sobě samému poskytuje řadu výhod, zejména mírnění úzkosti, depresí a sebelítosti. Také zlepšuje schopnost zvládat negativní události a upravuje vztahy a pocity soudržnosti (Cabane, 2014). V této souvislosti Ricard (Goumaz, 2013) uvádí, že v rámci prevence vyhoření zdravotníků je spíše požadován určitý citový odstup. Tvrdí také, že naopak láska a soucit jsou pozitivní stavy mysli, které posilují vnitřní schopnost vypořádat se s utrpením druhých. Zmiňuje rovněž důležitost kultivace soucitu v rámci prevence vyhoření a ve snaze udržet zdravotnický personál nadále v profesi. Soucit k sobě samému i ostatním zvyšuje odolnost z pohledu profesionálního vyhoření, pomáhá zdravotníkům snášet stres od každodenního soucítění. Proto také Reichová (2016)

doporučuje soucit k sobě samému zařadit do výuky ošetrovatelství, pečovatelství, psychoterapie a ostatních pomáhajících oborů. V této souvislosti se nabízí otázka: Lze pěstovat soucit k sobě samému? Jak uvádí ve své kvalifikační práci Reichová (2016) pojem soucitu k sobě samému poprvé zveřejnila K. Neff v americkém magazínu *Self & Identity* s doporučením využívat ho v klinické praxi. V pojetí Neff (2003) soucit k sobě samému představuje soucit se sebou emočně pozitivní postoj ve chvíli, kdy prožíváme trápení či cítíme zklamání. Soucit k sobě je uznání svého trápení a snaha být k sobě vřelým a soucitným stejně jako bychom byli k druhým. K. Neff (Reichová, 2016) vyvinula osm programů pro kultivaci soucitu k sobě samého prostřednictvím tzv. *Mindfulness*² a společně s Ch. Germer vytvořila škálu soucitu k sobě samému MSC, která byla J. Bendlem přeložena do českého jazyka a následně publikována viz příloha 2.

Z pohledu ošetrovatelství je důležité zmínit, že problematikou všímavosti se intenzivně zabývala J. Watson, humanistická teoretička ošetrovatelství, společně se T. N. Hanh³. J. Watson zapojila všímavost do ošetrovatelství, neboť byla znepokojena faktem, že všeobecná sestra díky praxi a péči o druhé často zapomíná pečovat sama o sebe. V této souvislosti J. Watson i J. Travelbee zdůrazňují potřebu kultivovat péči pro sebe sama. K základním praktikám řadí například meditaci, jógu, vědomé dýchání či propojení s přírodou. T. N. Hanh dává příklady péče na pomezí vědy a praktikování všímavosti. Transpersonální péče podle modelu J. Watson je více než konvenční moderní model západní péče, kde jsou nejdůležitější technologické schopnosti. Transpersonální péče uznává jednotu života celistvě v kosmu, zdůrazňuje soucit, lásku a hluboké propojení a porozumění. Je to péče poskytovaná všeobecnou sestrou, která začíná plnou pozorností a přítomností v okamžiku (Sitzman, Watson, 2015). A právě přítomnost v okamžiku hraje důležitou roli a vyžaduje empatii, aktivní poslech, kulturní pokoru a plnohodnotnou komunikaci (Freeman, 2015).

² *Mindfulness* těžko přeložitelný pojem do českého jazyka. Frýbrou přeložen jako všímavost (Němcová, 2002). V minulosti je všímavost spojená s myšlením a meditací v budhistických kláštorech. V 50. letech 19. století nastal boom její popularity v Evropě. Koncem 70. let J. K. Zinn se zasadil o její prosazení v rámci své práce a výzkumu v nemocnici. Sestavil osmitýdenní program praktikování všímavosti tzv. *Mindfulness-based stress reduction*. Tento kurz pomáhá lidem se lépe vyrovnat se stresem a je celosvětově nabízen ve více než sedmistech akademických výzkumných centrech (Chaskalson, 2016).

³ Thich Nhat Hanh vietnamský budhistický mnich, zenový mistr a nositel Nobelovy ceny míru (Sitzman, 2015).

2.3.1 *Soucit jako reakce na utrpení*

Utrpení patří ke zkušenostem lidstva od počátku jeho existence a zároveň je součástí jeho lidské přirozenosti. V dnešní době a v moderní civilizaci je ve zdravotnictví převážně spojováno s bolestí, stářím, osamělostí a umíráním. Utrpení je celospolečenským problémem, a proto je zapotřebí se tomuto tématu více věnovat.

Problematikou utrpení v ošetrovatelství se podrobněji zabývala J. Travelbee (1971), která prozkoumala utrpení jako jedinečnou lidskou zkušenost a reakci sester na trpící. L. Coop (1974) definovala utrpení jako stav člověka, který trpí bolestí, zraněním či ztrátou. L. Copp a J. Travelbee byly mezi prvními teoretičkami, které rozpoznaly možnosti sester reagovat na utrpení prostřednictvím vstřícných vztahů s pacienty (In Ferrell, Coyle, 2008). Utrpení je většinou spojováno s bolestí fyzickou a psychickou. Jak uvádí Hájek (2006), psychické trápení ještě více nabývá na síle při utrpení fyzickém. Utrpení je zkušeností nebo zážitkem jedince na podkladě psychických, biologických, kulturních, či sociálních příčin. Podle Jankovského (2003, 128): „*Utrpení je událost v životě člověka, ze které lze těžit lidskost, pokoru a životní moudrost*“. Ke zlidštění utrpení je důležité, aby si jedinec ulevil například pláčem, aby nebyl sám, tedy, aby někdo byl trpícímu nablízku a dal mu prostor pro sdělení svých problémů (Jankovský, 2003). Šimek (2015) v této souvislosti vyzdvihuje lidskost, konstatuje, že přítomnost trpících probouzí potřebu pomáhat, a to dělá lidskou společnost lidskou v pravém slova smyslu. Souhlasně Ekman (2015) uvádí, že pokud jsme svědci jakéhokoli válečného utrpení v realitě, vidíme často zoufale trpět člověka. Současně autor tvrdí, že ne každý, kdo vidí trpícího či truchlícího je ochoten pomoci a raději se stáhne do ústraní, stydí se za svou bezmoc nebo je mu situace nepříjemná a táže se sám sebe, proč si dotyčná osoba nepomůže sama, proč jen vyžaduje pomoc po druhých. Vyskytují se, bohužel, dokonce také lidé, kteří mají z utrpení druhých radost a jejich bolest pokládají za správnou (Ekman, 2015). Profesionál může reagovat na utrpení různě – snaží se o jeho vytěsnění, zlehčení, jedná s trpícím jako by netrpěl, je cynický, lhostejný či krutý k sobě nebo dokonce k samotnému trpícímu (Hájek, 2006). V této souvislosti Zvoníčková, Slovák (2012) uvádějí, že ošetřující personál prostřednictvím soucitu pomáhá nemocnému se vyrovnat s jeho stavem tísně a svou přítomností mu dává najevo, že není sám. V tomto kontextu Ptáček (2011) konstatuje, že trpící člověk má zcela jiné priority, celý jeho život je od základu změněn,

nikdy předtím nevynakládal tolik sil, aby vše ustál. Z tohoto důvodu potřebuje podporu a úctu. Trpící člověk vyžaduje pozornost, empatii a soucit.

Podle Ferrell a Coyle (2014) se sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče ve své praxi setkává prostřednictvím trpícího s různými druhy utrpení jako jsou nedostatečné činy, zármutek nad ztrátou schopností či pohodlí, pocit beznaděje, hluboký stav bezmoci, nemožnost najít smíření, ztráta kontroly, bezradnost, úzkost, samota, izolace a nemožnost sdílet své trápení s druhou osobou. Vorlíček (2004) dospívá k závěru, že z medicínského pohledu neřešené problémy, které vyvolávají utrpení, jsou následně příčinou utrpení dalšího. Tedy důležitým aspektem v ošetrovatelské péči je její pozitivní účinek na trpícího. Munzarová (2005) připomíná, že prvořadou povinností zdravotníků je maximálně zmírňovat utrpení všemi možnými prostředky a respektovat člověka v holistickém pojetí. Z textu je zřejmé, že utrpení mění zcela kvalitu života, mění potřeby lidí a zároveň jejich schopnost se s ním vyrovnat a přizpůsobit se změněnému životu. Trpící se často musí vypořádat například s neschopností vykonávat aktivity běžného života či plnit běžné úkoly, pečovat o sebe sama, vyrovnat se se ztrátou životní energie, ale také společenského života. Jedinec jen těžko nachází společenské uplatnění. Dochází tak ke změnám života celé rodiny.

V ošetrovatelské péči je setkání s utrpením nelehké, emocionálně zatěžující a může způsobit pracovní otupění či syndrom vyhoření (Zvoníčková, Slovák, 2012). Hájek (2006) uvádí, že pomocí soucitu lze zvládnout obtížné profesní situace a různé emoční stavy pacienta např. prosby, pláč a agrese. Bez soucitu se bezmoc trpícího přenáší na zdravotníka, může se proměnit v krutost či jen mírnější formu tvrdosti, neohleduplnosti a může vyústit až v profesní vyhoření. V této souvislosti autor zdůrazňuje potřebu rozvíjet a trénovat duševní stavy zdravotnického personálu k překonávání negativních vlivů při profesním stresovém vypětí. Mezi tyto stavy řadí dobrotivost, soucit, sdílenou radost a vyrovnanost (Hájek, 2006).

Zdravotníci odjakživa pokládali utrpení za to, co má být maximálně potlačeno nebo nejlépe zcela odstraněno. Nejčastěji je utrpení spojováno s bolestí a onkologickým onemocněním, ale také v geriatrii, v intenzivní péči. Proto podstatou ošetrovatelské péče je péče komplexní s cílem zmírnit lidské utrpení způsobené nemocí (Zvoníčková, Slovák, 2012).

3 Soucit v ošetrovateľskej praxi

Soucit není jednoduché definovat obzvláště v kontextu s ošetrovateľstvom, je však často pokládán za základní složku ošetrovateľské péče (Capper, 2008). Značnou důležitost získal například ve Velké Británii vydáním NHS Compassion in Practice zveřejněném v roce 2012. Tento dokument se zaměřuje na soucitnou péči v ošetrovateľství a porodní asistenci a stanovuje strategii zaměřenou na zlepšení poskytování vysoce kvalitní péče, která je založena na empatii, laskavosti, respektu a důstojnosti (Boyd, Dare, 2014). Soucitná péče musí být bezpečná a vysoce kvalitní. Jejím základem je skutečná angažovanost zdravotnických pracovníků. Jedná se o dobře fungující systém odpovědnosti 6 CS, který tvoří:

1. Care (péče) - organizace důsledné péče ke zlepšení zdraví, kterou pacienti očekávají.
2. Compassion (soucit) - péče prostřednictvím vztahu založeného na empatii, úctě a důstojnosti neboli inteligentní laskavosti, která má zásadní význam pro to, jak lidé vnímají péči.
3. Competence (kompetence) - odborná znalost a dovednost, schopnost rozpoznat potřeby pacienta, poskytnutí účinné péče na základě výzkumů a důkazů.
4. Communication (komunikace) - zásadní dovednost pro péči a pro týmovou spolupráci a celou organizaci.
5. Courage (odvaha) - přijímání nových věcí pro druhé, akceptace nových způsobů práce a inovace, inovace vizí.
6. Commitment (závazek) – zlepšení péče tak, aby se vize stala realitou.

Soubor 6 Cs obsahuje hodnoty potřebné ke zlepšení spokojenosti a výsledků ve zdravotní péči a podpory zdraví (Gates et al., 2015).

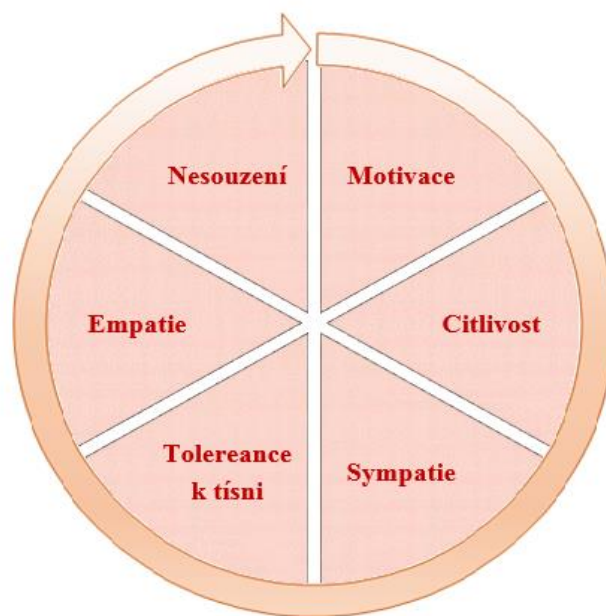
Pokud mají sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci uplatňovat soucit ve své praxi je potřeba poukázat na význam soucitu v kontextu s ošetrovateľstvom a zdravotní péčí. Vštěpovat jim, že profesionální soucit zahrnuje empatické porozumění zkušenostem druhých, zvyšuje na jedné straně kvalitu poskytované péče a na straně druhé pohodlí a komfort pacientů. Manion (2014, in Lown, 2014) poznamenává, že soucitná zdravotní péče nespočívá v povzbuzování zdravotníků, aby byli soucitnější, ale převážně ve vytváření soucitných systémů zdravotní péče (Lown, 2014). Právě jejich podpora je

nedostatečná, management je převážně zaměřený na snižování nákladů a plnění výkonnostních cílů. Nařizovat zdravotnickým pracovníkům a týmům, aby pracovali efektivněji, rychleji a s omezenými zdroji není řešením. Naopak to přispívá k vyhoření přetíženého personálu a jeho emočnímu vyčerpání (Lown, 2015).

Lown (2015) v komentáři na téma soucitu ve zdravotní péči uvádí, že soucit nemůže být poskytován bez důsledných systematických změn. Navrhuje opatření k rozvoji soucitu v systému zdravotní péče, zejména systematickou výuku soucitu, podporu zdravotnického personálu v jeho rozvoji, oceňování a odměňování soucité péče.

Předpoklady pro rozvíjení soucitu názorným způsobem zpracoval P. Gilbert viz schéma číslo 4.

Schéma 4 – Předpoklady k rozvíjení soucitu



Zdroj – Vlastní překlad, modifikované schéma (Gilbert, Cole-King, 2011, 30 s.)

V pojetí Gilberta (2013) je zřejmé, že motivace je prvním aspektem soucitu a projevem lidskosti, pohnutkou, jak být nápomocný a užitečný druhým. Motivace je také důležitá v péči o subjektivní pohodu viz schéma 3 na straně 40. Motivovaní jednotlivci jsou méně konfliktní, mají kvalitnější společenské vztahy a zpravidla pociťují větší blahobyt. Citlivost je způsobilost být citlivý k druhým i k sobě samému a zároveň si udržet

otevřenou pozornost. Tento předpoklad umožňuje zjistit, kdy ostatní potřebují pomoc. Soucit vyžaduje schopnost být emočně zapojen do obav či úzkosti druhých. Je spontánní reakcí na potřebu pomoci od utrpení. Tolerance k tísní je schopnost snášet obtížné emoce, být schopen snést tíseň, vypořádat se s ní, přitom zůstat aktivně přítomen a být nápomocný a užitečný druhé osobě. Empatie je způsobilost vnímat emoce druhého člověka, umožňuje předvídat působení našeho chování ve vztahu k ostatním. Nesouzení znamená přijmout a uznat bolest a jiné nepříjemné stavy druhé osoby, nalézt způsob jejich řešení, vypořádat se s nimi a zůstat empatický (Cole-King, Gilbert, 2011).

Za povšimnutí stojí mezinárodní studie, které se zúčastnila také Česká republika v zastoupení děkanky Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, profesorky Valérie Tóthové. Jedná se o první celosvětovou studii, jež zkoumá odlišnosti v pojetí definice soucitu v různých zemích. Celkem se na studii podílelo 1323 účastníků z 15 zemí, z nichž 59.5 % se shodlo, že soucit je hluboké povědomí o utrpení druhých s přáním ho zmírnit a je nezbytnou součástí ošetrovatelské péče. A stejné procento účastníků studie uvedlo, že by se soucit měl vyučovat. Důležité je také, aby soucit byl podporován na všech úrovních organizace a řízení zdravotnických zařízení (Papadopoulos et al., 2016).

Moderní ošetrovatelství klade vysoké nároky na zdravotníky. Je proto bezpodmínečně nutné sledovat vývoj, plánovat odborný růst a celoživotní vzdělávání. Dříve získané znalosti a dovednosti se stávají překonanými a jen dalším vzděláváním lze rozvíjet a prohlubovat klíčové interpersonální dovednosti v činnostech sester, zejména pak v interakci s pacienty, kolegy a ostatními lidmi (Mastiliaková, 2014).

3.1 Komunikace jako základ soucitné péče

Komunikace je sociální dovednost a patří k profesionální výbavě v ošetrovatelské péči. Pomocí komunikace probíhá interakce mezi sestrou a pacientem (Venglářová, Mahrová, 2006). Komunikační dovednosti jsou důležitým nástrojem pro všechny zdravotnické pracovníky. Nevhodná komunikace může ovlivnit postoj pacienta a ve svém důsledku může vést k nespokojenosti jeho i ošetrujícího personálu. V praxi se často stává, že pacienti zcela nerozuměli lékařům a poté žádají po zdravotní sestře jasnější vysvětlení. Komunikace jako taková je předávání informací dvou či více jednotlivců, kteří v dané situaci „o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a reagují“ (Pokorná, 2008).

Latinský výraz „*communicare*“ obsahuje kromě sdělení informací také sdílení, tedy kolektivně se účastnit nějaké činnosti i jen prostou přítomností (Jiřincová, 2010). Z psychologického hlediska je lidské dorozumívání komplikovaným procesem, který je závislý na „*individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a individuálních a sociálních zkušenostech*“. Cílem komunikace je dorozumět se. Jedná se o aktivní účast všech zainteresovaných, i přesto, že jejich reakce znamenají třeba jen pouhé mlčení (Linhartová, 2007).

Existují tři modely komunikace. Pro všeobecnou sestru jsou důležité modely lineární, interakční a transakční. Lineární model podle Shannon a Weaver (1949) byl původně znám jako matematický model komunikace (Boyd, Dare 2008). V lineárním modelu je odesílatel a příjemce, jedna osoba vysílá, druhá přijímá. Osoby se vždy střídají (DeVito, 2008). Tento model nezohledňuje vzájemnou interakci a zpětnou vazbu. Příkladem může být komunikace s lidmi různých kultur, kdy je naše zpráva často předána jedním či více z pěti smyslů (zrak, hmat, sluch, chuť nebo vůně). W. Schramm (In Boyde, Dare, 2008) demonstroval kruhový interakční model komunikace. V jeho pojetí je komunikace dvoucestný proces mezi mluvčím a posluchačem, který poskytuje a přijímá verbální či neverbální zpětnou vazbu. Transakční model je založen na interaktivním předání neverbálních komunikačních metod (gestikulace, oční kontakt, používání ticha, mimika apod.). Aktéři si v komunikaci vzájemně střídají své pozice mluvčího a posluchače, tyto děje neprobíhají současně (DeVito, 2008). Transakční model bere v úvahu šum nebo rušení v komunikaci a také časový faktor. Nonverbální projevy mají v tomto modelu význam obzvláště v komunikaci s lidmi jiných kultur, pokud hovoříme jinými jazyky a každá strana má své vlastní zkušenosti, osobní kulturu, historii a sociální vlivy. (Boyd, Dare, 2008).

Není-li sestra dostatečně psychicky vyžralá a duševně připravena, nemůže pacientovi plně porozumět. Důležitá je také sebereflexe, která sestru vede k tomu, aby si uvědomila své limity, pozitiva a negativa. Jen pokud se sestra plně zaměřuje na komunikaci, může odpovídajícím způsobem vnímat a pochopit pacienta v jeho jedinečnosti, neboť každý pacient má svá přesvědčení, předsudky a také negativní postoje. Takový přístup přináší respekt a důvěru, v níž může pacient otevřeně komunikovat. Roberston (2008, in Edwards, 2009) popisuje čtyři dovednosti sester: zúčastněné neverbální chování, porozumění verbálním a neverbálním projevům a chování pacienta, dotazování a reflexe k pacientovi pomocí zrcadlení a parafrázování. Zúčastněné chování sester naznačuje

pacientovi zájem a pozornost a odpovídá příběhu pacienta. Zahrnuje také otevřenou polohu při komunikaci, kdy je sestra s přívětivým výrazem v obličeji, v přiměřené vzdálenosti, mírně nakloněná k pacientovi a udržuje vhodný oční kontakt. Důležitou roli v soucitné péči sehrává například také tzv. haptika, kdy sestra lehkým tlakem na paži soucitně vyjadřuje ochotu vyslechnout nemocného a poskytnout mu pomoc. Pokud jde o reflexi, jedná se o komunikační dovednost, kterou mohou sestry dát pacientovi najevo, že jeho slova a pocity byly vyslyšeny. To také spočívá v odrazu některých slov, které pacient používá. Je to účinný způsob, jak udržet zaměření rozhovoru v rámci obsahu sdělení pacienta a současně prokázat, že pacientovy pocity a obavy byly pochopeny (Donovan, 2008). Reflexe je snaha pochopit myšlenky pacienta, formulovat je vlastními slovy a volně je interpretovat (Plevová, Slowik, 2010). Pokud pacient hovoří o svém problému, je třeba mu pozorně naslouchat a v jeho vyjádření ho podpořit. Důležité je, aby se pacient cítil bezpečně, cítil respekt a porozumění ze strany ošetřujícího personálu. V takové atmosféře je reflexe účinná a přispívá ke zlepšení komunikace.

Každé chování pacienta je informací a tedy komunikací. Podle Jiřincové (2010) prostřednictvím komunikace je předáváno sdělení explicitně slovní a implicitně neverbální. Důležitá je právě souhra mezi verbálními a neverbálními projevy. U pacienta si mohou sestry všimnout takové nesouhry mezi slovem a neverbálním projevem například, když pacient říká, že je v pořádku, ale vyhýbá se očnímu kontaktu nebo se mu oči zalévají slzami (Boyd, Dare, 2014)

Do soucitné komunikace patří aktivní naslouchání, kdy aktivně posloucháme druhou osobu a zároveň rozumíme jejímu sdělení (Pokorná, 2008). Zdravotník jako aktivně naslouchající je zaměřen na pacienta či na hovořící osoby jak slovně, tak neverbálně, čímž jim vyjadřuje svůj zájem (Tomanová, Křivková, 2016). Abychom mohli aktivně naslouchat, je nezbytné nahlížet na předmět komunikace očima hovořícího (Jiřincová, 2010). Podle Rogerse a Farsona (1987) se s aktivním nasloucháním můžeme setkat na pracovišti, ale i ve všedních situacích. V jejich pojetí je aktivní naslouchání pevně obsaženo v postojích posluchače a přináší změny postojů vůči sobě i druhým. Posluchač se stane více otevřeným, poslouchá s větší pozorností, jasně vysvětluje to, co cítí a na co myslí, je více emotivní a méně autoritářský. V pojetí (Shiple, 2010) poslech přináší pacientovi emocionální úlevu, a tím podporuje léčbu. Sestře pak poskytuje informace, které jsou nezbytné pro pochopení pacienta, jeho potřeb a přání. Podle DeVita (2008), pokud nasloucháme, tak se většinou nesoustředíme jen na pozornost, ale také

vyhodnocujeme obsah zprávy a můžeme poskytovat i zpětnou vazbu. Nichols (2005) spatřuje umění naslouchat v empatii, která posluchače a mluvčího spojuje pomyslným mostem porozumění. Jiřincová (2012) shodně uvádí, že pokud se umíme vcítit do smýšlení a představ ostatních, pak vidíme svět z jejich úhlu pohledu a zároveň jim projevujeme úctu. Stickle a Freshwater (2006, in Shipley, 2010) jsou toho názoru, že v ošetrovatelství je naslouchání terapeutické, empatické a efektivní. Aby byl poslech terapeutický, musí sestra respektovat pacienta, projevit empatii a soucit. Současně musí být schopná detekovat verbální i neverbální podněty, které jsou nezbytné pro pochopení pacienta. Mezi dovednosti, které patří k aktivnímu naslouchání řadíme také pauzy a mlčení. Mlčení je komunikací bez zvuku. Může nám dávat čas na promyšlenou nebo může být projevem úzkosti, studu či přání nekomunikovat. Často se s ním lze setkat například u nespolupracujících pacientů (DeVito, 2008). Při porovnání teorie s praxí lze dospět k závěru, že aktivnímu naslouchání je věnována mnohem menší pozornost než jiným ošetrovatelským dovednostem. Proto by bylo vhodné zařadit význam naslouchání jako ošetrovatelské intervence do učebních osnov a kompetencí.

Setká-li se sestra s utrpením druhých, není pro ni jednoduché komunikovat. Může se dokonce komunikaci vyhýbat. Obtížné je pro ni komunikovat s pacienty nevléčitelně nemocnými a umírajícími. Sestry často neví, jak mají reagovat. Existenční otázky spojené s umíráním jsou obtížné pro každého i pro odborníky. Sestra by měla disponovat dovednostmi, jak zlepšit komunikaci a své chování (Childs, 2009). Freeman (2015) uvádí, že právě empatie a soucit jsou nezbytné nepostradatelné kvality v komunikaci s nevléčitelně nemocnými a umírajícími pacienty, kdy vlivem stresové zátěže selhává krátkodobá paměť. Komunikace proto musí být přizpůsobena potřebám pacienta.

V paliativní péči je zvláště kladen důraz právě na soucitnou komunikaci, při níž je důležité mít synchronizovanou verbální komunikaci s neverbální. Pokud tomu tak není, může dojít k nesprávné interpretaci, jež má často za následek nepochopení mezi zdravotníkem a pacientem. Soucitné komunikační projevy jsou převážně neverbální. Jako příklad lze uvést přiložení chladné zínky na čelo umírajícímu či nabízení šálku čaje rodinným příslušníkům u lůžka. Sestra tak dává najevo pacientovi a členům rodiny svou lidskost a přístupnost, a tím získává jejich důvěru. Pacient často ví, že sestra je zaneprázdňena a váží si každého projevu soucitu (Freeman, 2015).

Důležitým aspektem v péči je role sestry jako advokátky, a to převážně v podpoře rodiny, při zodpovězení otázek týkajících se ošetrovatelské péče a plnění přání a potřeb, jak umírajícího, tak členů rodiny. Tyto informace by měly být poskytovány způsobem, který odráží individuální osobnostní, rodinné, sociokulturní a emocionální aspekty. Pro tyto účely bylo vyvinuto komunikační schéma COMFORT, které je jednou ze součástí modelu CARES tool⁴ viz příloha 6. COMFORT obsahuje 7 principů k výuce a realizaci komunikace v paliativní péči, v komunikaci, která je orientována na pacienta. Model nabízí sestřím zaměřit se na pacienta a rozpoznat komunikační očekávání, které má pacient na sklonku života. Jedná se o efektivní komunikaci, která je nezbytná pro skutečné sdílení pocitů a přání pacienta v terminálním stádiu nemoci. Sestry poskytují podpůrnou soucitnou péči v přítomnosti, plně respektují důstojnost a přání, kulturní odlišnosti a spirituální potřeby pacienta v terminálním stadiu nemoci a jeho rodiny (Freeman, 2015).

⁴ CARES tool je model ošetrovatelské péče o umírající, který se skládá z péče o umírajícího pacienta, o jeho rodinu a péče o emoční a duchovní potřeby (Freeman, 2015).

Závěr

Ošetřovatelství procházelo různými etapami vývoje od intuitivního pojetí až po moderní ošetřovatelskou péči. Obdobně se také vyvíjela problematika soucitu v ošetřovatelství. Úvahy na toto téma jsou zákonitě spojeny se širší diskuzí o filozofických, biopsychosociálních a duchovních základech, na kterých spočívá péče o nemocného a zdravého člověka. Cílem předkládané práce bylo analyzovat problematiku soucitu v ošetřovatelství a poukázat na jeho význam při poskytování ošetřovatelské péče. V této souvislosti byly položeny otázky: Jak je reflektován soucit v ošetřovatelství? V čem spočívá přínos soucitu pro ošetřovatelství?

Na základě analýzy a interpretace jednotlivých publikací lze konstatovat, že ošetřovatelská péče je založena na vztahu pacienta a ošetřovatelského personálu. Důležitou fází oboustranného vztahu je empatie a soucit. Z hlediska tématu bakalářské práce lze označit za přínosný model profesionální ošetřovatelské praxe a péče založené na vztahu, který zahrnuje základní dimenze péče založené na vztahu, v nichž sehrává významnou roli schopnost propojit empatii a soucit jako základní předpoklad humanizace v ošetřovatelské péči.

Skutečností však zůstává, že péče založená na vzájemném vztahu bývá často ovlivňována neosobním chováním a nedostatkem empatie a soucitu zdravotnického personálu. Příčiny pravděpodobně spočívají v neúplné připravenosti všeobecných sester, ale také v jejich přetěžování, dále pak často v neúměrné ekonomizaci ošetřovatelské péče. Významnou roli sehrává rovněž dehumanizace ošetřovatelství vlivem technického pokroku a rychlého technologického rozvoje, která má za následek narušování lidského kontaktu mezi zdravotníky a pacienty. Z pohledu bakalářské práce lze považovat za zajímavý konceptuální rámec dimenzí humanizace, který obsahuje výčet humanizované péče ve vztahu k negativnímu rozměru dehumanizace. Jeho využitím lze systematicky identifikovat humanizující a dehumanizující prvky v ošetřovatelské péči a vytvořit tak podnět k odpovídající reflexi zdravotnického personálu tak, aby soucit v ošetřování mohl být běžně a odpovídajícím způsobem uplatňován.

Skrze provedenou interpretaci textu lze dospět k závěru, že soucit je v ošetřovatelství reflektován, ale v jeho uplatnění a prosazení se vyskytují nemalé rezervy, jako např.

v nedostatečné přípravě ošetřovatelského personálu a malé podpoře v organizaci a řízení zdravotnických zařízení.

Soucit vzájemně souvisí a doplňuje se s empatií a altruismem. Stručně můžeme charakterizovat altruismus jako prosociální chování ve prospěch druhých, empatii jako vcítění se do utrpení druhého a soucit jako ulehčení utrpení druhého. Platí také, že empatie je předpokladem soucitu, když soucit je kombinací empatie a porozumění. Z tohoto obsahového vymezení je zřejmé, jaký význam mají uvedené pojmy ve vztahu k ošetřovatelství a proč je soucit považován za základní složku ošetřovatelské péče. Soucit totiž umožňuje správně zaměřit ošetřovatelskou péči a pozitivně se podílet na péči o pacienty. Proto je také soucit významnou součástí profesionálního ošetřovatelství. Je důležité si uvědomit, že soucit zvyšuje kvalitu poskytované péče a komfort pacientů. Za pozornost rovněž stojí jedna z nejnáročnějších forem soucitu, tj. soucit k sobě samému, který zvyšuje odolnost ošetřujícího personálu proti profesnímu vyhoření a pomáhá mu mírnit úzkost a snášet stres od stálého soucítění.

Důležitou roli v uplatňování soucitu sehrává také efektivní komunikace, která patří k měkkým neboli interpersonálním dovednostem a je součástí emoční inteligence. Významnou složkou soucitné komunikace je rovněž aktivní naslouchání, jež pacientovi přináší emocionální úlevu, a tím podporuje jeho léčbu. Sestře pak poskytuje informace, které jsou nezbytné pro poznání a pochopení pacienta. V praxi je však soucitné komunikaci a aktivnímu naslouchání věnována mnohem menší pozornost než jiným ošetřovatelským dovednostem.

Z uvedené interpretace je zřejmé, že přínos soucitu pro ošetřovatelství je zcela nesporný. Soucitná zdravotní péče však nespočívá jen v uvědomění si významu soucitu a jeho připomínání zdravotnickému personálu, ale vyžaduje vytváření odpovídajících systémů zdravotní péče, systematickou výuku soucitu, ale také oceňování a odměňování soucitné péče ze strany managementu. Kromě toho potřeba soucitu v ošetřovatelství bude narůstat s rozvojem informačních a komunikačních technologií a elektronizací zdravotnictví. Koncept Health 4.0, technické a technologické revoluce ve zdravotnictví, který vyplývá z probíhající 4. průmyslové revoluce, přinese řadu dehumanizujících prvků, jimž bude nutné čelit prohlubováním soucitu a soucitné péče. V této souvislosti bude nutné, jak vyplývá z textu této práce, rozvíjet některé znalosti a dovednosti ošetřovatelského personálu. Jedná se zejména o hlubší vzdělávání v psychologii a psychoterapii s cílem

pochopit, jak znalosti těchto oborů mohou ovlivnit ošetrovatelskou péči, dále o rozvoj osobnostních předpokladů a dovedností sester, které jsou podmínkou zdokonalování ošetrovatelské péče. Nezbytné také bude posilování empatie a soucitu v ošetrování a soucitu k sobě samému. Do ošetrovatelských dovedností bude také potřebné zařadit prohlubování komunikace jako základu soucitné péče, včetně aktivního naslouchání. Uvedené náměty bude možné použít k doplnění studijních osnov, metodických pokynů, ošetrovatelských standardů a zásad organizace a řízení zdravotnických zařízení o pravidla týkající se soucitu v ošetrovatelství, klinické praxi a celoživotním vzdělávání zdravotnického personálu.

Seznam použitých zdrojů

1. ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. ARCHALOUSOVÁ, A. et al., 2006. *Ošetrovatelská péče. Úvod do oboru ošetrovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství*. Praha: Karolinum. 295 s. ISBN 80-246-1113-9.
3. ATKINSON, R. L. et al., 2003. *Psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
4. SINGER, T., BOLZ, M et al. (Eds.), 2013. *Compassion – Bridging Practice and Science* [online]. Leipzig: Max-Planck-Institut für Kognitions-Neurowissenschaften [cit. 2016-05-05]. ISBN 978-3-9815612-0-3. Dostupné z: <http://www.compassion-training.org/>
5. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada Publishing. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
6. BÁRTLOVÁ, S., Profese sestry, profesionalizace elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*, 2007, roč. 9, č. 2, s. 254-259. ISSN: 1212-4117.
7. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2009. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
8. BATSON, C. D., ©2011. *Altruism in humans*. New York: Oxford University Press. 329 s. ISBN 978-0-19-534106-5.
9. BOYD, C., DARE, J., 2014. *Communication Skills for Nurses*. Chichester, England: Wiley Blackwell. 208 s. ISBN 978-1-118-76752-8.
10. CABANE, O. F., 2014. *Charisma mýtů zbavené: naučte se, jak získat a posílit své osobní kouzlo*. Brno: BizBooks. 252 s. ISBN 978-80-265-0223-4.
11. CAPPER, C., 2008. Compassion. In: MASON-WHITEHEAD, E. et al., 2008. *Key Concepts in Nursing*. London: Sage, s. 69-73. ISBN 978-1-4462-1606-4.
12. COLE-KING, A., GILBERT, P., 2011. *Compassionate care: the theory and the reality*. [online] In: *Journal of holistic healthcare* ©2011 8(3) s. 29-37 [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.connectingwithpeople.org/sites/default/files/Compassionate%20care%20ACK%20and%20PG.pdf>

13. DEVITO, J. A. 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
14. DONOVAN, T., 2008. Empathy. In: MASON-WHITEHEAD, E. et al., 2008. *Key Concepts in Nursing*. London: Sage, s. 121-127. ISBN 978-1-4462-1606-4.
15. EDWARDS, M., 2009. *Communication Skills for Nurses: A practical guide on how to achieve successful consultations*. [online]. Luton Bedfordshire: Andrews UK. 253 s. [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: ProQuest Ebook Central
16. EKMAN, P., 2015. *Odhalené emoce: naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých*. Brno: Jan Melvil Publishing. 328 s. ISBN 978-80-87270-81-3.
17. EKMAN, P., DALAILAMA, 2012. Webisode 14: Distal vs Proximal Compassion. In: *Developing Global Compassion: Webisode Series* [online], ©2012 [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.paulekman.com/webisodes/>
18. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetřovatelství – teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-182-4.
19. FERRELL, B. R., COYLE, N., 2014. *The nature of suffering and the goals of nursing* [online]. Oxford: Oxford University Press, 2014 [cit. 2017-07-06]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10375176>.
20. FREEMAN, B., 2015. *Compassionate Person-Centered Care for the Dying: An Evidence-Based Palliative Care Guide for Nurses* [online]. New York, NY: Springer Publishing Company. 275 s. [cit. 2017-04-05]. ISBN 978-0-8261-2248-3. Dostupné z: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/natl-ebooks/detail.action?docID=2166642>
21. GATES, B. et al., 2015. *Learning disability nursing at a glance* [online]. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Inc. [cit. 2017-07-02]. ISBN 978-1-118-50611-0. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=11005752>.
22. GILBERT, P., 2013. *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. 2. vydání. London: Constable. 592 s. ISBN 978-1-84901-098-6.
23. GOLEMAN, D., 2011. *Emoční inteligence*. 2. vydání. Praha: Metafora. 315 s. ISBN 978-80-7359-334-6.
24. GOUMAZ P., 2013 *Healthcare professionals need to cultivate altruism* [online]. © 2013 [cit. 2016-5-20]. Dostupné z: https://www.ted.com/talks/matthieu_ricard_how_to_let_altruism_be_your_guide
25. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce (Pro pedagogické obory)*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.

26. HASS, A., 1999. *Morální inteligence. Jak rozvíjet a kultivovat dobro v nás*. Praha: Columbus. 152 s. ISBN 80-7249-010-9.
27. HÁJEK K., 2006 *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Portál. 119 s. ISBN 80-7367-107-7.
28. HALIFAX, J., 2015. *Bytí v umírání: rozvíjení soucitu a překonávání strachu v přítomnosti smrti*. Praha: Maitrea. 240 s. ISBN 978-80-7500-118-4.
29. HELUS, Z., 2011. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia a VŠ*. Praha: Grada. 317 s. ISBN 978-80-247-3037-0."
30. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-02.
31. CHAMBERS, C., RYDER, E., ©2009. *Compassion and caring in nursing*. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd. 217 s. ISBN 978-1-84619-287-6.
32. CHASKALSON, M., 2016. *Mindfulness za 8 týdnů: revoluční plán pro čistou mysl a zklidnění životního tempa*. V Brně: BizBooks. 281 s. ISBN 978-80-265-0517-4.
33. CHILDS, L. L. et al., 2009. *Essential skills clusters for nurses: theory for practice*. Chicester: Wiley-Blackwell. 256 s. ISBN 978-1-4051-8341-3.
34. JAKUBÍKOVÁ, M., KOŠKOVÁ, J., (2006). Humanistický konceptuální model Joyce Travelbee. In: KUDLOVÁ, P. et al., 2006. *Sociokulturní kontexty v ošetrovatelství a porodní asistenci, příspěvek k podpoře humánnější péče o člověka*. 2 sv. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 42-48. ISBN 80-244-1424-4.
35. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
36. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
37. JIŘINCOVÁ, B., 2010. *Efektivní komunikace pro manažery*. Praha: Grada. 138 s. ISBN 978-80-247-1708-1.
38. KALVACH, Z., KABELKA L., 2011. Potřeby v ohrožení lidí umírajících. In: *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, s. 84-87. ISBN 978-80-247-4026-3.
39. KILÍKOVÁ, M. et al., 2013. *Teorie moderního ošetrovatelství I*. Bratislava: VŠZ a SP sv. Alžbety. 196 s. ISBN 978-80-260-3755-2.
40. KLAPETEK, M., 2008. *Komunikace, argumentace, rétorika*. Praha: Grada, 247 s. ISBN 978-80-247-2652-6.

41. KOUKOLÍK, F., 2007. *Proč se Dostojevskij mýlil?* Praha: Galén. 216 s. ISBN 978-80-7262-482-9.
42. KOUKOLÍK, F., 2010 *Lidství: neuronální koreláty*. Praha: Galén. 257 s. ISBN 978-80-7262-654-0.
43. KOUKOLÍK, F., 2016. *Rozhodování: eseje*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 276 s. ISBN 978-80-246-3364-0.
44. KOLOROUTIS, M., 2004. *Relationship-Based Care: A Model for Transforming Practice*. Minneapolis MN: Creative Health Care Management. ISBN 978-1-886624-19-1.
45. KOLOROUTIS, M., 2013. Relationship-Based Care. In: GLEMBOCKI, M. M., FITZPATRICK J. J., 2013. *Advancing professional nursing practice: relationship-based care and the ANA standards of professional nursing practice* [online]. Minneapolis, Minnesota: Creative Health Care Management, [cit. 2017-05-06]. s. 15-50 ISBN 978-1-886624-72-6. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10951796>
46. KRÁMSKÝ, D., 2015. *Filosofické základy psychologie morálky*. Liberec: Bor. 175 s. ISBN 978-80-87607-43-5.
47. KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G., 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 159 s. ISBN 978-80-7318-726-2.
48. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, s. 163. ISBN 978-80-247-2069-2.
49. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
50. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
51. LANCASTER, S., 2016. *Na co lidé slyší: tajné tipy pro ty, kdo chtějí lépe komunikovat*. Praha: Management Press. 246 s. ISBN 978-80-7261-436-3.
52. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
53. LOWN, B.A., 2014. *Toward more compassionate healthcare systems; Comment on "Enabling compassionate healthcare: perils, prospects and perspectives"*. [online] Int J Health Policy Manag 2014. 2(4) s. 199–200. doi: 10.15171/ijhpm.2014.41 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4025098/>

54. LOWN, B.A., 2015. *Compassion is a necessity and an individual and collective responsibility: Comment on "Why and how is compassion necessary to provide good quality healthcare?"* Int J Health Policy Manag. 2015 4(9) s. 613–614. doi:10.15171/ijhpm.2015.110 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556578/>
55. MACHOVÁ, A., 2011. Vybrané konceptuální modely a teorie ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, s. 130-186. ISBN 978-80-247-3557-3.
56. MARKOVÁ, E., 2012. Pojetí českého profesionálního ošetrovatelství v kontextu světového ošetrovatelství [online]. *Kontakt*. 14(2), 129-136. [cit. 2016-10-22]. ISSN1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2012>
57. MASTILIAKOVÁ, D., 2002. *Úvod do ošetrovatelství I. Systémový přístup I*. Praha: Karolinum. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
58. MASTILIAKOVÁ, D, 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
59. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
60. MLČÁK Z., 2009. Teoretické aspekty empatie. In: ZÁŠKODNÁ, 2009. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton, s. 99-148. ISBN 978-80-7387-306-6.
61. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
62. NEFF, K., © 2003. *Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself*. [online] Self and Identity. 2(2), 85-101. [cit. 2017-06-10]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com.arl.cbvk.cz:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=b608d62b-1def-4f16-a7ff-db30e05b923b%40sessionmgr120>
63. NĚMCOVÁ, M., 2002. *Úvod do satiterapie: (příručka ke kursu)*. 2. vyd. Praha: Atelier satiterapie, 40 s. ISBN 80-239-2158-4.
64. NIGHTINGALE, F., 2010. *Florence Nightingale's Notes on nursing: what it is and what it is not & Notes on nursing for the labouring classes; commemorative edition*

- with commentary* [online]. New York: Springer, ©2010 [cit. 2017-06-14]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10404276>
65. NICHOLS, M. P., 2015. *Zapomenuté umění naslouchat: (proč naslouchání vztahům prospívá)*. Praha: Návrat domů. 300 s. ISBN 80-7255-106-X.
 66. PALENČÁR, M., 2009. Ošetrovatelství jako veda. In: ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009. *Ošetrovatelství: teória a vedecký výskum*. 2. vydání. Martin: Osveta, s.13-68. ISBN 978-80-8063-304-2.
 67. PAPAPOULOS, I. et al., 2016. International study on nurses' views and experiences of compassion. *International Nursing Review* [online]. 2016, **63**(3), 395-405 [cit. 2017-06-06]. DOI: 10.1111/inr.12298. ISSN 00208132.
 68. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
 69. PELIKÁNOVÁ, I., 2011. Rogersovský přístup [online]. *Zdravi.euro.cz* [cit. 2016-11-03]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/rogersovsky-pristup-v-humanizaci-oseetrovatelstvi-459323>
 70. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
 71. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
 72. POCHYLÁ, K., 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: Základní terminologie*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
 73. POKORNÁ, A., 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
 74. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
 75. REICHOVÁ, A., 2016. *Ověřování konvergentní a diskriminační validity české verze dotazníku Self-Compassion Scale*. [online] Praha [cit. 2017-05-29]. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/165873/>
 76. ROGERS, C. R., 2014. *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. 2. vydání. Praha: Portál. 340 s. ISBN 978-80-262-0597-5.

77. ROGERS, C., R., FARSON, R. E., 1987. *Active listening* [online]. ©2007 Gordon Training International [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: http://info.gmu.edu/TrainingManual/ActiveListening_RogersFarson.pdf
78. SHELTON, R., ©2015. In: BURTON N., 2015. Empathy Vs Sympathy: Sympathy and empathy often lead to each other, but not always [online]. Psychology Today blog [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/blog/hide-and-seek/201505/empathy-vs-sympathy>
79. SHIPLEY, S. D., 2010. *Listening: A Concept Analysis* [online]. Nursing Forum 45(2) 125–134 [cit. 2017-06-10]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6198.2010.00174.x/full>
80. SIKOROVÁ, L., 2011. Role sestry a nemocného. In: PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, s. 81-104. ISBN 978-80-247-3557-3.
81. SITZMAN, K., WATSON, J. 2015. *Caring Science, Mindful Practice: Implementing Watson's Human Caring Theory*. New York: Springer Publishing Company. 152 s. ISBN 978-0-8261-7154-2.
82. SLAMĚNÍK, I., 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3311-1.
83. SLEZÁČKOVÁ, A., 2012. *Průvodce pozitivní psychologií. Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.
84. STAŇKOVÁ, M., 1998. *Koncepce českého ošetrovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
85. STASKOVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., 2015. Pojetí vztahu člověka k člověku v ošetrovatelství. *Kontakt*. 17(4), 212-217. ISSN 1212-4117.
86. STEHLÍKOVÁ, M., 2016. *Život s vysokou inteligencí: Průvodce pro nadané dospělé a nadané děti*. Praha: Grada. 169 s. ISBN 978-80-271-0101-6.
87. STŘEDA, L., HÁNA, K., 2016. *eHealth a telemedicína: učebnice pro vysoké školy*. Praha: Grada Publishing, 2016. 159 s. ISBN 978-80-247-5764-3.
88. SUCHÝ, J., NÁHLOVSKÝ, P. 2012. *Pozitivní emoce: jak je posilovat a rozvíjet v osobním i pracovním životě*. Praha: Grada. 105 s. ISBN 978-80-247-4375-2.
89. SVOBODOVÁ, D., 2015. *Profesní poradenství: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5092-7.
90. ŠIFFELOVÁ, D., 2010. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-2938-1.
91. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. 222 s. ISBN 978-80-247-5306-5.

92. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, s. 248. ISBN 80-247-1213-X.
93. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada, 143 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
94. TODRES, L. et al., 2009. *The humanization of healthcare: a value framework for qualitative research, International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. [ONLINE] Taylor & Francis, 4(2) S. 68-77, [cit. 2017-05-07]. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17482620802646204?needaccess=true>
95. TOMANOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
96. TÓTHOVÁ, V. et al., 2009, *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
97. TREŠLOVÁ, M., 2010. Sesterské povolání v minulosti a dnes. In: BÁRTLOVÁ, S. et al., 2010. *Vztah sestry-lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 15-19. ISBN 978-80-7013-526-6.
98. VAŠINA, L., 2010. *Komparativní psychologie*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-2847-6.
99. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
100. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. 100 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
101. VORLÍČEK, J. et al., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
102. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: Sbírnka zákonů České republiky, částka 20, s. 482-543. ISSN 1211-1244.
103. VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3. vydání. Praha: Grada. 287 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
104. WHARAM, J., 2014. *Emoční inteligence: cesta do středu sebe sama*. Praha: Práh, 198 s. ISBN 978-80-7252-542-3.

105. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
106. ZVÍROVSKÝ, M., 2015. Pedagogika – moderní věda o výchově. In: BENDL, Stanislav et al., 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada Publishing, 16–40. ISBN 978-80-247-4248-9.
107. ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J., 2012. Etická problematika bolesti a utrpení. In: HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, s. 85-97. ISBN 978-80-247-3469-9.
108. ŽIAKOVÁ, K. et al., 2007. *Ošetrovatelské konceptuálne modely*. Martin: Osveta. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.
109. ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009. *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. 2. vydání. Martin: Osveta, 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2.

Přílohy

Seznam příloh

PŘÍLOHA 1 – CONCEPTUAL FRAMEWORK OF THE DIMENSIONS OF HUMANISATION

PŘÍLOHA 2 – MULTI-MODAL COMPASSIONATE MIND TRAINING

PŘÍLOHA 3 – ŠKÁLA SOUCITU SE SEBOU

PŘÍLOHA 4 – PŘEDPOKLADY K ROZVÍJENÍ SOUCITU

PŘÍLOHA 5 – EMPATIE VERSUS SYMPATIE

PŘÍLOHA 6 – THE CARES TOOL MODEL OF NURSING CARE FOR THE DYIN

Příloha 1 – Conceptual framework of the dimensions of humanisation

Forms of humanization	Forms of dehumanization
Insiderness	Objectification
Agency	Passivity
Uniqueness	Homogenization
Togetherness	Isolation
Sense-making	Loss of meaning
Personal journey	Loss of personal journey
Sense of place	Dislocation
Embodiment	Reductionist body

This table is just to help the reader imagine each dimension along a spectrum of possibility rather than indicating an either/or category in each case.

Převzato z:

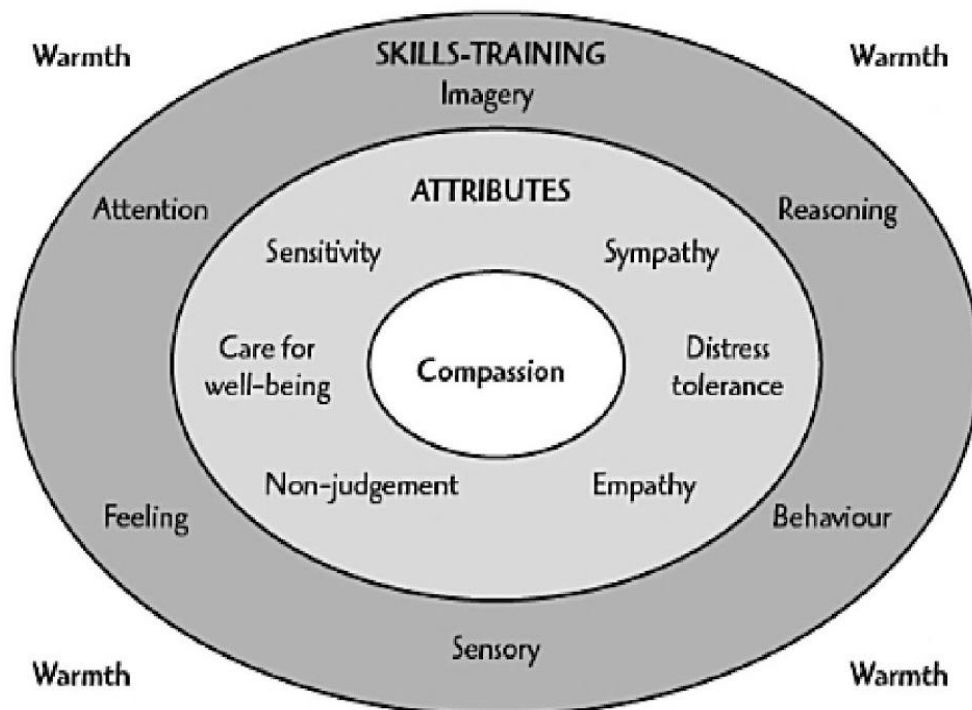
TODRES, L., GALVIN K. T. & HOLLOWAY I., 2009. *The humanization of healthcare: a value framework for qualitative research*, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. [ONLINE] Taylor & Francis, 4(2) S. 68-77, [cit. 2017-05-07].

Dostupné

z:

<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17482620802646204?needaccess=true>

Příloha 2 – Multi-Modal Compassionate Mind Training



Zdroj: (Gilbert, 2013, s 219)

GILBERT, P., 2013. The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. 2. vydání. London: Constable. 592 s. ISBN 978-1-84901-098-6.

Příloha 3 – Škála soucitu se sebou

Jméno respondenta _____

Datum _____

SCS-CZ – Škála soucitu se sebou

Přečtete si, prosím, následující tvrzení a označte zakroužkováním příslušné číslo, jak často se chováte daným způsobem.	téměř nikdy	málokdy	někdy	často	velmi často, téměř vždy
1. Odmitám a odsuzuji své chyby a nedostatky.	5	4	3	2	1
2. Když jsem na dně, mám sklon se nutkavě zaměřovat na vše špatné.	5	4	3	2	1
3. Když přemýšlím o svých nedostatcích, mívám pocit, že jsem oddělený/a a odříznutý/a od zbytku světa.	5	4	3	2	1
4. Když prožívám emoční bolest, snažím se být k sobě laskavý/a.	1	2	3	4	5
5. Když sežu v něčem, co je pro mě důležité, zahití mě pocity vlastní nedostatečnosti.	5	4	3	2	1
6. Když jsem na dně a „mimo hru“, připomínám si, že na světě je spousta lidí, kteří se cítí stejně jako já.	1	2	3	4	5
7. Když přijdou opravdu těžké časy, mám tendenci být na sebe tvrdý/a.	5	4	3	2	1
8. Když se cítím nějakým způsobem nedostatečný/a, snažím se připomínat si, že pocity nedostatečnosti zažívá většina lidí.	1	2	3	4	5
9. Jsem netolerantní a netrpělivý/a vůči těm stránkám své osobnosti, které nemám rád/a.	5	4	3	2	1
10. Když procházím nějakým velmi těžkým obdobím, poskytuji si takovou péči a láskypnost, jakou potřebuji.	1	2	3	4	5
11. Když je mi na nic, mívám pocit, že ostatní lidé jsou jistě šťastnější než já.	5	4	3	2	1
12. Když mě něco zraní, snažím se na situaci dívat nezaujatým pohledem.	1	2	3	4	5
13. Když si uvědomím některé své vlastnosti, které se mi nelíbí, sklíčuje mě to.	5	4	3	2	1
14. Když sežu v něčem, co je pro mne důležité, snažím se celou záležitost vnímat realisticky.	1	2	3	4	5
15. Když se s něčím opravdu potýkám, mívám pocit, že druzí lidé to určitě zvládají lépe.	5	4	3	2	1
16. Když prožívám nějaké trápení, jsem k sobě laskavý/a.	1	2	3	4	5

Prosím, otočte →

	téměř nikdy	málokdy	někdy	často	velmi často, téměř vždy
17. Když mě něco naštve, nechávám se unést vlastními pocity.	5	4	3	2	1
18. Když se stane něco bolestného, mám sklon danou situaci zveřejňovat.	5	4	3	2	1
19. Když seizu v něčem, co je pro mě důležité, mívám pocit, že jsem v tom zcela sám/sama.	5	4	3	2	1
20. Snažím se přistupovat s porozuměním a trpělivostí vůči těm stránkám své osobnosti, které nemám rád/a.	1	2	3	4	5

Vyhodnocení

Abyste získali výsledek, sečtěte, prosím, body u jednotlivých položek. V následující tabulce najdete vypočítaný výsledek ve sloupci označeném HS. Ve stejném řádku ve vedlejším sloupci najdete výsledek v percentilech (0-100).

HS	%
20-43	5
44-47	10
48-50	15
51-52	20
53-54	25
55-56	30
57-58	35
59	40
60-61	45
62	50
63-64	55
65	60
66-67	65
68-69	70
70-71	75
72-73	80
74-75	85
76-78	90
79-83	95
84-100	100

Vysvětlení

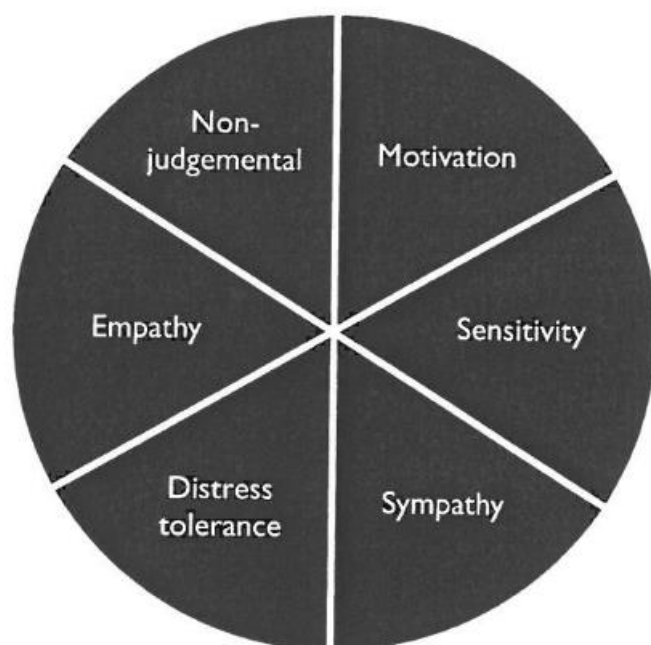
Škála soucitu se sebou posuzuje, jak sami se sebou zacházíte ve chvílích, kdy prožíváte nějaké trápení nebo kdy si u sebe všimnete něčeho, co se vám nelíbí. Výsledek ukazuje, zda se umíte smířlivě vyrovnávat s vlastními chybami a nedokonalostmi nebo zda jste k sobě naopak spíše tvrdí či krutí. Lidé s vyšším skóre o sebe umějí pečovat s pochopením a zájmem i v okamžicích, kdy se jim nedaří. Vědí, že chybami se člověk učí a že nikdo není bezchybný a dokonalý. Jsou si vědomi, že nepříjemným zkušenostem se v životě nikdo nemůže zcela vyhnout a že je někdy prožívají všichni lidé. Jejich postoj k sobě není podmíněný výkonem a je vždy akceptující a laskavý. Protože lidé s vyšším skóre nemají strach ze selhání, snáze přijímají nové výzvy a pouštějí se do věcí naplno. Lidé s nižším skóre na této škále mají naopak sklon odsuzovat se přísně a bez milosti za jakoukoli chybu či nedostatek. Jsou k sobě nároční, neumějí si odpouštět a mají sklon utápět se v nekonečných výčitkách a lámat nad sebou hůl. Když se jim něco nedaří, připadají si navíc osamělí a oddělení od ostatních. Připadá jim, jako by všichni ostatní na tom byli lépe a měli v životě „větší štěstí“. Soucit se sebou je velmi podstatným předpokladem zdravého vztahu k sobě.

© Kristin D. Neff, University of Texas, 2003
Translation © Jan Benda, Anna Reichová, www.jan-benda.com, 2016

Převzato z:

<http://www.psychoterapeut.net/downloads/SCS-CZ.pdf>

Příloha 4 – Předpoklady k rozvíjení soucitu



Gilbert and Cole-King 2011

Převzato z:

COLE-KING, A., GILBERT, P., 2011. *Compassionate care: the theory and the reality.* [online] In: *Journal of holistic healthcare* ©2011 8(3) s. 29-37 [cit. 2017-03-15].

Dostupné

z:

<http://www.connectingwithpeople.org/sites/default/files/Compassionate%20care%20ACK%20and%20PG.pdf>

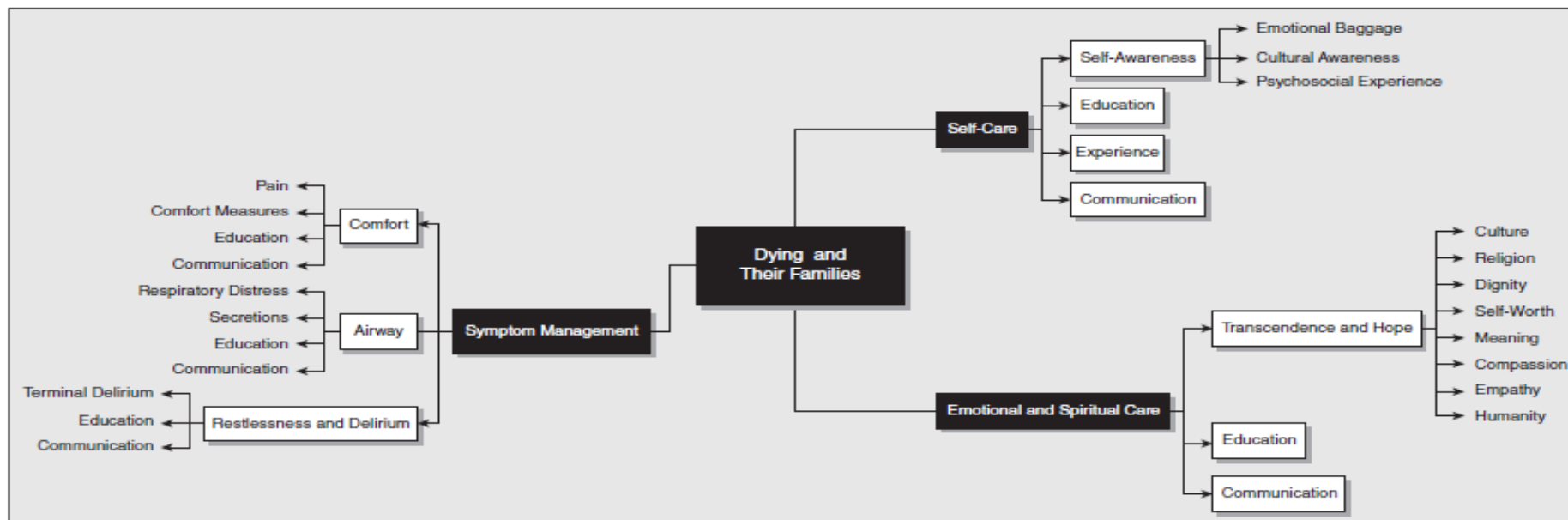
Příloha 5 – Empatie versus sympatie



Převzato z:

SHELTON, R., ©2015. In: BURTON N., 2015. Empathy Vs Sympathy: Sympathy and empathy often lead to each other, but not always [online]. Psychology Today blog [cit. 2017-05-20]. Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/blog/hidden-and-seek/201505/empathy-vs-sympathy>

Příloha 6 – The CARES tool model of nursing care for the dying



Převzato z: (Freeman, et al., 2015, s. 172)

FREEMAN, B., 2015. Compassionate Person-Centered Care for the Dying: An Evidence-Based Palliative Care Guide for Nurses [online]. New York, NY: Springer Publishing Company. 275 s. [cit. 2017-04-05]. ISBN 978-0-8261-2248-3. Dostupné z: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/natl-ebooks/detail.action?docID=2166642>