

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

## **Pragmatismus a humanismus v ošetřovatelství**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Ester Hauserová

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová Ph.D.

Datum odevzdání práce: 17.5.2012

## **Abstrakt**

Moderní ošetrovatelství se zabývá člověkem jako holistickou bytostí. Klade důraz na odpovědnost a samostatnou práci zdravotníků. Od všeobecné sestry se vyžaduje nejen určité vzdělání a odborné dovednosti, ale i určité osobnostní dispozice. Na jedné straně musí být vzdělaná profesionálka, na druhé straně obětavá, empatická bytost s mnohvrstevným vztahem k pacientovi, s pochopením jeho osobnosti, která se ocitla v závažné životní situaci. Tato diplomová práce byla věnována dvěma filosofickým směrům, které se prolínají v současné ošetrovatelské praxi.

Cílem práce bylo zjistit míru rovnováhy mezi pragmatismem a humanismem v ošetrovatelství a zjistit názor sester na uplatňování těchto filosofických názorů v praxi. Bylo zjištěno, že oba tyto filosofické směry se ošetrovatelstvím prolínají nerovnoměrně, v závislosti na času a okolnostech.

V empirické části bylo použito kvalitativně – kvantitativní šetření k získání a zpracování informací. V kvalitativním šetření bylo použito metody dotazování, technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor s předem vytvořenými otevřenými otázkami. Výzkumný vzorek tvořily 4 všeobecné sestry a 4 studentky ošetrovatelství. V kvantitativním výzkumném šetření bylo použito metody dotazování, techniky dotazníku. Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry a studentky ošetrovatelství. Celkem bylo zpracováno 81 dotazníků od všeobecných sester a 84 od studentek ošetrovatelství.

Výzkumná otázka měla za úkol zmapovat, jak se vyrovnávají sestry s delší praxí při střetu dvou filosofických názorů. Všechny sestry uvedly subjektivní změny, které za dobu své praxe pocítují. Zároveň respondentky uvedly, že se situacemi, kdy se musí chovat spíše pragmaticky, se vyrovnávají sice s delší praxí a zkušenostmi lépe, stále však s problémy.

Hypotéza 1 předpokládala, že mezi názorem sester a studentek ošetrovatelství na uplatňování pragmatismu a humanismu v ošetrovatelství existuje rozdíl. Tato hypotéza

byla potvrzena, rozdíl však není tak významný. Hypotéza 2 předpokládala, že sestry s delší praxí se lépe vyrovnávají se situacemi, kdy musí jednat pragmaticky, než sestry s kratší praxí. Tato hypotéza byla potvrzena. Se zvyšujícím se služebním věkem lze potvrdit jistou pragmatičnost sester. Hypotéza 3 předpokládala, že podmínky reálné praxe vedou sestry k pragmatickému chování. Tato hypotéza byla opět potvrzena s tím, že se tak nemusí dít ve všech oblastech praxe a v každé situaci.

## **Abstract**

Modern nursing deals with a mankind as a holistic being. It mainly emphasise the responsibility and individual and independent work of nurses. Specific education and expert skills, including a certain personal approach are considerably required of the general nurse. She must be an educated professional on one hand, as well as caring and empathetic person with a large scale of relationship to a patient on the other hand. She is expected to understand patient's personality being in a difficult period of life. This thesis was dedicated to two philosophical trends which are reflecting current nursing practice.

The main target of this thesis was to find the balance scale between the pragmatism and humanism in nursing as well as finding out whether it is possible to bring these two philosophical trends into use. Both of these philosophical trends were elicited to influence unevenly regarding to time and circumstances.

We received and processed the information by quality and quantity research in the framework of the empiric part. The quality research contained questioning methods and interviewing process with pre-defined open questions. The tested group consisted of 4 general nurses and 4 students of nursing. Quantity research used the questionnaire. The tested group were general nurses and students of nursing. We have totally processed 81 questionnaires by general nurses and 84 questionnaires by students of nursing.

Investigative question was mapping the difference of opinions and reaction onto the two philosophical trends among the long-term practice nurses. All of the nurses stated subjective changes, which they have been facing to through the whole time of their practice. In addition all respondents pointed out that they can cope with pragmatic situation easier and better with the long term experiences they have had, yet with remaining and not easy to face problems.

Hypothesis 1: Supposed different opinion between general nurses and students of nursing about bringing pragmatism and humanism into use. The hypothesis was

proved though the difference is not so remarkable as assumed. Hypothesis 2: Supposed experienced general nurses will cope with more pragmatic situations better than less experienced nurses or students. Hypothesis was proved. The longer nurses are in practice the more pragmatic they can be. Hypothesis 3: Supposed longer experienced practice leads to more pragmatic reactions. Hypothesis - proved again, however there may be some exceptions in specific parts of practice and situations.

The results of this thesis point out the fact that nurses suffer lack of time and too much work. The results can be used as a basic help for solving long lasting problems of practice for nurses and students of nursing. The issue of this thesis is the suggestion of a supervisory plan, which may lead to a solving of the problematic situations of a current nursing practice, with respect mainly to time and too much extra work for nurses.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 17.5.2012

.....

Bc. Ester Hauserová

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Marii Trešlové Ph.D. za cenné rady a podněty, ochotu, trpělivost a čas, které mi věnovala při psaní mé diplomové práce. Současně děkuji všem, kteří se jako respondenti podíleli na realizaci výzkumné části této práce.

## Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	12
1.1 Filozofie .....	12
1.2 Humanismus.....	12
1.2.1 Humanismus jako filosofický směr.....	13
1.3 Pragmatismus .....	15
1.3.1. Pragmatismus jako filosofický směr.....	15
1.4 Prvky etiky v humanismu a pragmatismu .....	17
1.4.1 Etika pomáhajících profesí .....	18
1.5 Fenomenologie.....	21
1.6. Pomáhající profese.....	22
1.6.1 Problémy pomáhajících profesí .....	23
1.6.2. Historie ošetřovatelství .....	24
1.6.3 Filozofie v ošetřovatelství .....	25
1.7 Humanistické teorie a modely.....	29
1.7.1 Moderní ošetřovatelství F. Nightingale .....	30
1.7.2 Koncepční model M. J. Watsonové .....	31
1.7.3 D. E. Orem: teorie deficitu sebepéče .....	31
1.7.4 Virginia Henderson: teorie základní ošetřovatelské péče.....	32
1.8 Právo v ošetřovatelství .....	33
1.9 Ošetřovatelství .....	34
1.9.1 Práce sestry.....	34
1.9.2 Sestra a pacient .....	37
1.10 Zátěžové situace.....	38



1.10.1 Druhy zátěžových situací.....	38
1.10.2 Zvládání zátěžových situací.....	39
1.10.3 Syndrom vyhoření.....	40
1.10.4 Duševní hygiena sestry.....	41
2 Empirická část.....	43
2.1 Cíl práce .....	43
2.2 Hypotézy .....	43
2.3 Výzkumná otázka.....	43
3 Metodika .....	44
3.1 Metodika práce.....	44
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	44
4 Výsledky .....	46
4.1 Kvalitativní šetření.....	46
4.1.1 Rozhovory - sestry.....	46
4.1.2 Rozhovory - studentky .....	47
4.2 Kvantitativní šetření.....	51
4.3 Trendy pragmatického přístupu .....	77
5 Diskuze.....	80
6 Závěr .....	95
7 Literatura.....	97
8 Klíčová slova.....	103
9 Seznam příloh .....	104

## Úvod

Téměř každý člověk se během života dostane do zdravotnických zařízení jako pacient. Přichází s pocity úzkosti, strachu, obav z dalšího života. Má rozhodně právo, aby se setkal s kvalitními odborníky, ale i s lidmi, kterým není lhostejný a kteří k němu budou přistupovat jako k rovnocenné bytosti. Nejen vzdělání, odborné znalosti a dovednosti, ale i empatie jsou dnes důležitou součástí osobnosti zdravotníka.

V minulosti se na pacienta nahlíželo z hlediska, které je patrné z etymologie, slova „patientia“ – trpělivost. Byl brán jako objekt, na kterém byly vykonávány léčitelské úkony bez jeho jakéhokoli vzájemného působení a spolupráce.

Moderní ošetrovatelství se zabývá člověkem jako holistickou bytostí. Klade důraz na zodpovědnou a samostatnou práci zdravotníků. Od všeobecné sestry se vyžaduje nejen určité vzdělání a odborné dovednosti, ale i určité osobnostní dispozice. Na jedné straně musí být sestra vzdělaná profesionálka, na straně druhé obětavá, empatická bytost s mnohovrstevným vztahem k pacientovi, s pochopením jeho osobnosti, která se ocitla v zátěžové situaci. Se stále se zvyšujícími nároky na ošetrovatelskou praxi je nutno poskytnout dostatečnou profesionální i morální oporu a pomoc.

V etickém kodexu všeobecných sester jsou uvedeny čtyři základní prvky ošetrovatelských činností: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, zlepšovat zdravotní stav a zmírňovat utrpení. Sestra tím přebírá profesionální odpovědnost za veškeré činnosti, které v rámci svého náročného povolání vykoná. Součástí její práce je nejen pragmatické dodržování standardů ošetrovatelské péče, zákonů a nařízení, ale i všech základních principů humanismu, tedy etice založené na nezaměnitelné hodnotě lidské bytosti.

Tato práce byla vypracována k objasnění míry rovnováhy mezi pragmatismem a humanismem v současné ošetrovatelské praxi. Bere v patrnost historii obou filosofických směrů, fenomenologii, současnou náročnou ošetrovatelskou praxi, zdravotnickou etiku i komunikaci ve zdravotnictví. Neméně důležitou součástí dnešní

zdravotnické praxe je i její pragmatická část, zákony, vyhlášky, nařízení, standardy ošetrovatelské péče.

Je jasné, že současná doba jako nikdy předtím klade velmi vysoké nároky na neustále se zvyšující vzdělání odborné. Někdy se zapomíná, že sestra se stává jednou ze styčných osob, poskytujících pacientovi v novém prostředí záruku nejen odborných, ale i lidských jistot. Protože nemocniční prostředí vyvolává zákonitě v pacientovi pocit frustrace a stresové zatížení, bývá mnohdy sestra světlym bodem v relativně neznámém světě.

Vybrala jsem si toto téma, protože je mi blízké a myslím, že v rámci svých povinností a nařízení mnohdy zapomínáme na hlavní prvek ošetrovatelství a lidského bytí vůbec – humanismus.

# 1 Současný stav

## 1.1 Filozofie

Filozofie je vědní disciplína, která se zabývá nejvšeobecnějšími zákonitostmi bytí, poznání světa, společnosti a lidí. Dnes je definována jako ucelený světový názor. Ve starověku byla filozofie chápána jako souhrn všech znalostí a teprve postupně se od ní oddělovaly jednotlivé vědní disciplíny. Ty se pak zabývají jednotlivými konkrétními okruhy, zatímco filozofie obecnými problémovými oblastmi. Využívá poznatků jednotlivých věd a tyto jednotlivé vědy mohou být filozofií zpětně ovlivňovány (12,38).

Problematika člověka se vyhrcovala především v těch obdobích lidstva, která vyžadovala maximální vypětí všech duchovních a fyzických sil člověka v boji o svoji autenticitu, subjektivitu, přítomnost i budoucnost. V těchto obdobích si člověk čím dál více a naléhavěji uvědomuje problémy související s jeho vztahem k okolní skutečnosti, a s jeho vlastním bytím, životem, touhami, ideemi. Tedy s těmi rozměry jeho existence, které úzce souvisejí s jeho subjektivitou, individuálními zvláštnostmi, jedinečností a autenticitou. Tyto problémy pak vyžadují nové přístupy a řešení (17).

Člověka je třeba charakterizovat jako celistvou, tvořivou, prakticky činnou a historicky se měnící biopsychosociální bytost. Objektivní přírodní a sociální svět a praxe jeho přeměny jsou základní determinanty problematiky člověka (17).

## 1.2 Humanismus

Humanismus pochází z latinského slova „humanus“, lidský. Znamená lidskost, mravnost, ušlechtilost, dobročinnost a vzdělanost. Uznává člověka jako osobnost, jeho právo na svobodu a štěstí, na rozvoj jeho sil a schopností. V současnosti představuje etiku založenou na nezaměnitelné hodnotě lidské bytosti (38,45).

Humanismus je programem novověkého vzdělávání a zkoumání světa, jež se neopírá jen o Boží zjevení a teologickou tradici, ale také o lidský rozum a zkušenost. Nehledá proto jen prvotní příčinu podstaty, ale zkoumá i svět, lidstvo a společnost tak, jak se jeví, jak se mohou pozorovat a i měřit (45).

Humanismem rozumíme širokou kategorii aktivních etických filosofí, uznávajících důstojnost a hodnoty všech lidí. Hledá pravdu a etiku prostřednictvím lidských prostředků na podporu lidských činností (44).

### *1.2.1 Humanismus jako filosofický směr*

Ve filosofii humanismus znamená pojetí, v němž vždy ústřední místo znamená člověk – homo – v jeho osvobození k vlastní důstojnosti. Proti poznání Boha staví poznávání člověka a přírody. Považuje zásady rovnosti, spravedlnosti a lidskosti za normy vztahů mezi lidmi. Zabývá se lidskými atributy a charakteristikami, které jsou za lidské považovány. Historicky se vyvíjel již od starověku (38,45).

Zpočátku svého vývoje je humanismus velmi silně inspirován antickou literaturou a filosofii, o něco později se obrací k osvobození člověka, emancipaci a budování lidského světa, k obraně lidské důstojnosti (45).

Renesanční humanismus byl kultovním hnutím v Evropě vzniklé v centrální Itálii 14. století. Oživilo a zlepšilo studium jazyků, vědy, filosofie, umění a poesie klasické antiky. Klade důraz na umění a smysly, což znamená velký posun od středověkých hodnot jako je pokora, zkoumání svého nitra a pasivita. Krása byla vnímána jako odraz vnitřních ctností a hodnot. Počátky humanismu jsou spjaty s tvorbou Francesca Petrarky, tvůrce nové evropské lyriky a autora sonetů. Ten je nazýván „prvním humanistou“. Humanisté jsou učenci bez vědeckých titulů, jsou hrdí na svou vzdělanost. Jejich pozornost je upřena na přirozeného člověka. Objevuje se však nutnost výběru mezi přirozeným právem víry vědců ve svá pozorování a náboženstvím, dochází ke krizi renesančního humanismu. Mezi humanisty patří i Dante, Galileo, Leonardo da Vinci, Shakespeare (42).

Humanismus internacionální byl v Evropě poprvé hlásán starými stoiky, kteří vyslovili myšlenku (v té době neslýchanou), že všichni lidé podléhají stejným zákonům přírody a jsou tak občany jednoho společného státu (35).

Moderní humanismus má dva proudy. Náboženský humanismus se odvíjí od renesančních tradic a osvědčení. Světský humanismus odráží vznik globalismu, rozvoj technologií a zpochybnění náboženské autority. Uznává individuální důstojnost,

oprávnění k seberealizaci pomocí rozumu a logiky. Aspiruje tím na společnou filosofii, která přesahuje hranice kultur, morálních norem a víry. Humanismus 20. století vidí schopnost a svobodu člověka vymanit se z předem daných určení a kódů a vytvářet si své vlastní bytí v souladu s bytím jako takovým a jeho pravdou. Pak se uskutečňuje i skutečná komunikace s druhými lidmi a vytváří se šance pro člověka (6,36,42).

Humanisticko-psychologické teorie osobnosti mají blízko k fenomenologickým pojetím osobnosti, zejména ve zdůraznění jejich intrapsychické podstaty. Hlavními představiteli humanisticko-psychologického pojetí osobnosti byli A. H. Maslow, psychoterapeuté C. G. Rogers, W. Allport (34).

Psycholog C. G. Rogers, v souladu se svými celoživotními zkušenostmi s klienty, zastával hluboce lidský, humanistický a optimistický postoj k lidem. Podle jeho myšlenek lze člověku důvěřovat, neboť jeho založení je vždy pozitivní ve směru základní sociálnosti, pohybu vpřed, racionality a realističnosti. Základní charakteristiky člověka tedy směřují k rozvoji, diferenciaci a ke kooperativním vztahům. Říká, že jsme schopni svět i sebe poznávat a měnit, neseme za své počínání odpovědnost, neboť k nám bytostně patří svoboda, která souvisí s naší psychickou výbavou. Dalším důležitým aspektem je naše sociálnost, spolubytí s druhými a utváření vztahů k jiným lidem. Jeho teorie má fenomenologický charakter s ohledem na to, že Rogers klade silný důraz na vlastní zkušenost jedince, jeho city a hodnoty, na vše, co je označováno jako vnitřní život (20, 33,48).

Americký psycholog A. H. Maslow byl prvním prezidentem společnosti pro humanistickou psychologii. Humanističtí psychologové byli inspirováni existenciální filosofií, která po 2. světové válce přišla do Spojených států. Tato filosofie zdůrazňuje lidskou svobodu rozhodování, zároveň s odpovědností za své vlastní jednání. Právě Maslow pak vytvořil teorii motivace, z níž vychází jeho teorie potřeb. Zdůrazňuje těsné propojení filosofie a psychologie. Tvrdí, že každý jedinec má individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, jelikož jsou některé motivy silnější než jiné. Každý člověk je integrovaný a organizovaný celek, každá potřeba je vždy výrazem celého jedince (48).

Hierarchicky organizovaný systém potřeb dle Maslowa je následující: fyziologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání, ocenění, sebeúcty, potřeba seberealizace, sebeaktualizace. K těmto potřebám řadí Maslow ještě takzvané „metapotřeby“, které vyjadřují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Jde o poznání a porozumění, jednotu, rovnováhu a harmonii, spontaneitu, individualitu, hravost, autonomii, smyslnost a další. Zjistil, že jedinci, kteří uspokojují své základní potřeby (potřeby fyziologické, nebo potřebu bezpečí), jsou šťastnější, zdravější a výkonnější, než jedinci s neuspokojenými potřebami (48).

Tedy na vrcholku hierarchie jsou potřeby seberealizace, následovány uznáním, potřebami poznání, estetickými potřebami (touha po kráse). Předpokladem však je, že jsou uspokojeny potřeby základní. Klienti, kteří jsou hladoví, unavení či v bolestech, budou motivováni k dosažení těchto základních potřeb předtím, než se začnou zajímat o ostatní (1).

Z hlediska humanistické psychologie lze podstatu a vznik poruch zdraví vysvětlit použitím některých pojmů vázaných na teorii osobnosti: prožívání, sebepojetí, sebeúcty, inkongruence. Humanistické terapie zdůrazňují lidské hodnoty sebeurčení, osobního růstu, pluralismu, vzájemného vztahu člověka k člověku, zlostnosti a prožívání jako východiska pro jednání a terapeutickou změnu (8,27).

### **1.3 Pragmatismus**

Slovo pragmatismus pochází z řeckého „pragma“ – skutek, jednání, fakt. Chápe pravdu z hlediska úspěšnosti, užitečnosti, praktičnosti a vyhovování potřebám a tužbám člověka jako zaměření k efektivnosti a užitečnosti jednání. Jedná se tedy o praktickou hodnotu a užitečnost, vyhovující subjektivním potřebám jedince (21,36,38,45).

#### *1.3.1. Pragmatismus jako filosofický směr*

Základ pragmatismu položil americký lékař Charles Sanders Peirce. Tvrdil, že v případě, že myšlenka nemá praktických důsledků, je bezobsažná a zavrhováníhodná. Pouze pokud pochopíme praktické důsledky myšlenky (emoce, pocity), pochopíme její

jediný a úplný smysl. Myšlenka se osvědčuje být pravdivou, pokud se může stát platným prostředkem mého jednání, a naopak každé tvrzení skutečnosti je tvořením skutečnosti. Člověk, který si nepřeje být šťasten; šťasten nebude, přáním, aby něco bylo pravdou, se pravda uskutečňuje. O svých myšlenkách a filosofických úvahách napsal článek, který v lednu 1878 uveřejní v časopise Science Monthly. Článek po létech objevil filosof Wiliam James a postavil jej na filosofický základ. Právě W. James poprvé na své přednášce použil slovo pragmatismus (r. 1898) a je pokládán za zakladatele tohoto filosofického směru. Za nejvýznamnějšího představitele amerického pragmatismu je považován John Dewey. Tvrdil, že zkušenosti nejsou pouhé trpné záznamy ve vědomí, ve skutečnosti jsou činy diktované potřebami a nedostatky a ověřované úspěchy a neúspěchy. Poznání je nástrojem, kterým člověk musí přemáhat praktické nesnáze. Dewey uplatňoval tento filosofický směr v pedagogice, metodou učení děláním (15,35).

Pragmatismus chápe člověka jako jednající bytost. Představy, soudy a jednání vycházejí z jeho potřeb a mají sloužit jako pravidla jednání. Cílem myšlení má být praktické jednání, musí se ovšem v praktickém jednání hledat měřítko pravdy. V ošetřovatelství tedy přání pacienta. Měřítkem pravdy je pak prospěch. Tudíž pravdivé je to, co se osvědčuje být dobrým. Pragmatismus upřednostňuje vědu a rozum před vírou a zohledňuje racionální složky lidské psychiky, konkrétnost před abstrakcí a intelektualismem. Podle pragmatismu je jediným kritériem pravdy to, co nás úspěšně vede, co je pro nás nejprospěšnější pro každou část života a co lze sloučit s celkovým úhrnem životních žádostí. Do Evropy přichází pragmatismus po 1. světové válce, rozmáhá se převážně v anglosaských zemích. Denní život jedince není zajímavý, stejně ani teorie a poznání. Orientuje se na praktickou stránku života (6,7,35,36).

V Čechách se zabývali pragmatismem bratři Čapkové, T. G. Masaryk. Karel Čapek tvrdil, že je sice důležité, aby byla budoucnost zlepšována v myšlenkách a plánech, ale ještě důležitější je její zlepšení v činech a v životě (35).



#### **1.4 Prvky etiky v humanismu a pragmatismu**

Etika, z řeckého slova ethos – mrav, je věda o mravnosti. Tradičním způsobem této vědy je posuzování dobra a zla, poté pravdy a lži, spravedlnosti a nespravedlnosti a jiné. V každé historické době mělo dobro jiný význam; co bylo jednou dobré, bylo příště jinak. Vývoj etiky byl totožný s vývojem filosofie, od období mýtického (staré hrdinské eposy a náboženské spisy) až k vytváření racionálních základů, které vycházely z promyšleného zpracování problémů, jaké lze najít u starých Řeků. Zakladatelem etiky jako filosofické medicíny byl Aristoteles, již od něj se etika chápe jako praktická část filosofie. Etika jako věda o mravnosti byla tradiční součástí filosofie až do 20. století. Poté se osamostatnila jako svébytná filosofická disciplína. Etika je tedy filosofická disciplína, která se zabývá vztahem lidského jednání k morálním normám, původem a povahou těchto norem, jakož i smyslem lidského života a problémem jeho štěstí. Proto etika nemá za úkol soudit a odsoudit jedince, neposuzovat, s čím z jeho jednání je možno se ztotožnit a s čím ne (12,16,39).

Kodexy profesionální etiky jsou často směsí vyznání a příkázání. Jako vyznání, která potvrzují profesionalitu s ohledem na vysoké ideály osobnostní a ideály chování; zavazují členy profese jim dostát. To představuje jakousi přísahu profesionální služby. Na svět lidé přichází se schopností naučit se spolupracovat s jinými lidmi, odlišit spolupráci od zrady, usilovat o důvěru svých nejbližších, budovat si dobrou pověst a dělit se o práci. Téměř bez výjimky označujeme jako ctnosti společenské chování, jako špatné chápeme chování asociální (3,40).

Morálka je předpisovou a popisnou stránkou mravnosti. Lze ji obecně definovat jako systém regulativů lidského jednání, který je založen na rozlišení správného a nesprávného a schopnosti v těchto intencích prakticky jednat, včetně přenesení do oblasti hodnot, vzorů, postojů, norem a jednání. Jde o soubor uznávaných pravidel. Jednotlivec v souladu se společností pokládá tato pravidla za závazná pro své konkrétní chování. Tento soubor pravidel bývá většinou nepsaný a jeho dodržování je v souladu s tradicí a společenskou praxí (2,12).

Morálka plní funkce regulativní a legitimní. Regulativní funkce odpovídá potřebám společnosti, chrání základní hodnoty bezpečí, vzájemnosti a identity

s předpokladem, že se v osobních a sociálních vztazích prosadí úcta, spravedlnost a uznání. Předpokládá hladký chod společnosti a vztahů mezi jednotlivci. Legitimní funkce bývá označována jako etika. Odůvodňuje daná pravidla a klade otázky ohledně hodnot, kterými společnost žije (2).

Život každého člověka, civilizovaného i necivilizovaného, je vždy prostoupen množstvím norem, příkázání a předpisů, jež ovlivňují jeho jednání a podle nichž jeho činy bývají hodnoceny jako správné a nesprávné. Je to například obsah trestního zákoníku, společenský katechismus, vžitá mravy a zvyky, občanské, rodinné a pracovní povinnosti, náboženská příkázání, úřední nařízení. Všechny tyto normy se mění s časem, společenskými a s hospodářskými podmínkami. Splnění normy, příkazu stanoveného někým jiným je jen vnější mechanismus, tedy mravnost nepravá. Etika musí být samozřejmě autonomní, tedy nezávislá, spontánní. Prolíná se do všech oborů, podle toho se rozlišuje etika sociální, lékařská, obchodní, etika společenského chování apod. Hlavní význam má při utváření charakterů a výchově dětí. Pomáhá při vytváření postojů, rozlišování dobra a zla (35,39).

Utváření mravní osobnosti člověka je procesem komplexním, dlouhodobým, složitým, zahrnuje širokou sféru personalizačních a socializačně-občanských funkcí výchovného procesu k morali, společenskosti a občanskosti. Cílovým zaměřením je utváření autoreglativního mravního systému u každého člověka – občana, jeho osobnosti s morálním chováním. Otázky mravní identity člověka ve společnosti se stávají centrálním filosofickým, sociálním, etickým a v neposlední řadě i pedagogickým problémem současnosti. Každý člověk v sobě obsahuje určitý potenciál, aby se s pomocí výchovy a vzdělání stal sám sebou (17).

#### *1.4.1 Etika pomáhajících profesí*

Základy lékařské etiky, vycházející z tradice hippokratovské a v průběhu času uváděné do souladu s tradicemi velkých monoteistických náboženství, nebyly od nedávna jakkoli zpochybňovány. Zásady jsou rozšiřovány i o jiné povinnosti, aniž by byly v rozporu s těmi původními. Tyto syntézy se staly výchozími body lékařských přísah a etických kodexů (32).

Je třeba vždy respektovat základní principy zdravotnické etiky. Princip beneficence (dobřečinění), představuje pozitivní dimenzi nepoškodit, předcházet poškození, odstraňovat je a současně podporovat dobro. Veškerou tělesnou a duševní pohodu a veškerý prospěch pro nemocného, včetně pomoci při uskutečňování jeho vlastní péče. Princip nonmaleficence (nepoškození) zakazuje ublížit, poškodit či dokonce usmrtit jiné. Je podporou známého příkázání „nezabiješ“(32).

Princip autonomie (svébytnosti), je respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání, bez jakéhokoli zevního ovlivnění. Je to forma svobodné aktivity, v níž jednatel určuje způsob svého jednání v souladu se svými plány dle svého vlastního výběru, vlastních preferencí, přání, hodnot, ideálů. Autonomie předpokládá schopnost zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy i schopnost uskutečnit své vlastní plány, které si člověk předsevzal. V kontextu lékařské etiky to jsou především práva nemocného na sebeurčení. Pacient má právo, aby byl respektován jako samostatná osoba, schopná rozhodnout sama o sobě a zároveň zodpovědná za své jednání. Proto ale zároveň musí znát svá práva a povinnosti, která se týkají zdravotní péče. Musí vědět, co může při svém pobytu v nemocnici očekávat (32,41).

Princip spravedlnosti, souvisí především s rozdělováním prostředků, dobra i zátěže a služeb. Jsou dvě hlavní formy uplatňování tohoto principu: buď s pomocí srovnávání potřeb jednotlivců, nebo skupin lidí v případě omezených zdrojů, případně na základě určitého klíče bez komparace (32).

Pacientovy hodnoty, přání preference však musí být těmi určujícími při výběru možných rovnocenných léčebných alternativ. Je třeba získat pacientův informovaný souhlas s veškerým děním a zároveň je nutné spolu s ním zvažovat ukončení léčby, pokud je tato zbytečná či přespříliš zatěžující (30).

Každá společnost existuje díky jistému minimu mravní identity. Je nezbytným předpokladem pro životaschopnost společnosti. Při jednání lidí je přirozeným očekávat lidskost, humanitu. Dochází tak ke zvnitřnění obecného zájmu ve vědomí lidí. Humanita se tak stává nezbytnou podmínkou mravnosti, jejíž podstata spočívá v určité nezbytné míře mravní identity. Člověk je pak schopen respektovat normy i ve svém svědomí. Normy uspokojují potřebu orientace člověka ve světě, protože dávají určitý

obecně závazný řád. Je však důležité rozlišovat normy mravní a právní. Mravní normou je určité, nepsané pravidlo“ v dané skupině (národní, kulturní, profesní, sociální), je podporováno silou veřejného mínění. Norma právní je vyhlášena příslušným veřejně oprávněným orgánem a může mít formu zákona. Plnění této normy již není záležitostí svědomí člověka, ale její překročení může být sankcionováno, přičemž míru překročení již posuzuje soud (16).

Obecně přijímaným základem lékařské etiky vždy byla Hippokratova etika, vycházející z přísahy Hippokratovy. Je v ní zakotvena řada závazných principů a návodů, určujících správné jednání ke vztahu k nemocnému, stejně jako zdůraznění důležitosti „čistoty a posvátného života“ lékaře samotného. V průběhu času byly tyto texty uváděny do souladu s židovsko-křesťanskou tradicí naší společnosti a byly rozšiřovány i o jiné principy, aniž by byly v rozporu s těmi původními v přísaze. Tyto syntézy pak byly základem lékařských přísah a etických kodexů (31).

Etické principy jsou souhrny předpisů určitého druhu, proto aby si jeho příslušníci uvědomili hranice, za které by jejich jednání nemělo zasahovat. Základem etiky je pak svobodná vůle jedince, který dané správné hodnoty přijme a bude je dodržovat. Určitý etos, tedy mravní základ, tedy jakousi množinu morálních norem, které působí jako měřítko vnitřních postojů a jednání, má každý z nás (10).

U zdravotnických profesí je důležité nejen neškodit, tedy nečinit zlé, ale hlavně činit dobré a zároveň dodržovat princip spravedlivého přístupu k pacientům a zachovávat i jejich autonomii. Sestra je jako lékař klíčovým pracovníkem ve zdravotnictví. Na rozdíl od něj však není jejím úkolem diagnostika a plánování léčby, ale péče o nemocného a trpícího člověka. Pacientovi je vždy blíže a intenzivněji, sdílí s ním i utrpení dané moderními lékařskými postupy. Především sestře sděluje pacient své pochybnosti a obavy a často ji zasvěcuje i do podrobností svého osobního života (10).

## 1.5 Fenomenologie

Fenomenologie je filosofický směr, který rozpracoval její zakladatel E. Husserl. Je namířena proti krajnostem mezi objektivismem a subjektivismem. Filosofické zkoumání člověka, které se nechce nebo nemůže omezit na standardní vědecký postup vnějšího pozorování, experimentu a měření, musí tedy použít metodu zkoumání zkušenosti. Jádro fenomenologické metody je možné pochopit, pokud zůstaneme u smyslového vnímání. Podle fenomenologie je třeba dospět k jádru věci, jak se ukáže pohledu, který není vázán žádným zkresleně přijímaným výkladem nebo předchozím neporozuměním. Fenomenologie si nevšímá věcí a faktů, neptá se na reálnou strukturu světa, ale na strukturu aktů, v nichž se svět jeví. Jedinečnou zkušenost si člověk vždy okamžitě pojmenovává a tím zařazuje do nějaké obecné kategorie. Přitom se však může i velmi často mýlit. Cílem fenomenologie je pak očista zkušenosti od předsudků a neprovedených činů. Jde jí o uchopení věcí tak, jak se sami ukazují, navzdory tomu, že se tak děje analýzou způsobů, jimiž je držíme v rozličných aktech vědomí (7,22,44).

Husserl vytvořil základní rámec filosofické metody, která popisuje fenomény, struktury vědomí, nezávisle na jejich předpokladech a kauzální podmíněnosti jako „věci o sobě“. Poté vyvinul filosofickou metodu, jež se pokouší osvětlit roli vědomé zkušenosti při tvorbě významu a poskytnout adekvátnější uchopení zkušenosti. Byl přesvědčen, že úkolem fenomenologie je studovat podstaty nebo kvality, které reprezentují něco skutečného (8).

Fenomenologicky orientovaná psychologie neredukuje studium psychiky jen na výzkum chování, ale chápe psychiku jako funkční jednotku prožívání a jednání, přičemž prožívání chápe jako funkčně primární a rozhodující. Nezdůrazňuje přírodovědecký přístup, ale spíše přístup chápající. Zkoumá psychický život člověka ve vztahu k jeho bytí. Situace člověka je primárně vnitřně (intrapsychicky) zpracována, prožívána a toto pojetí situace je východiskem individuálně smysluplného jednání, které se staví jako reakce na situaci, či jako akce, jejíž smysl lze vyjadřovat v termínech motivů (34).

Podle fenomenologie je třeba se dostat k věcem pravým, tak jak se ukazují, pokud nejsou vázány žádným neobjektivně přejímaným názorem, výkladem či předchozím porozuměním. Místo planých spekulací se zabývat tím, co je nepochybně dáno v našem

vědomí, tedy tím, co je fenoménem. Cílem je čistá zkušenost, bez předsudků a neprověřených činů. Například lesknoucí se ulici v létě „vnímáme“ jako mokrou a teprve po bližším zkoumání zjistíme, že tomu tak není (44).

Fenomenologie je tedy filosofií, ale zároveň je kvalitativní výzkumnou metodou v ošetřovatelství, používanou ke studiu zažitých lidských zkušeností. Je to uvádějící, deskriptivní přístup používaný k vysvětlení fenoménu lidských zkušeností. Van Manen (1990) napsal, že fenomenologie je na jednu stranu popis zažitých kvalit životních zkušeností a na druhou stranu popis významu vyjádření životních zkušeností (4).

## **1.6. Pomáhající profese**

Historie pomáhajících profesí je stará jako lidstvo samo. Lidé vždy pomáhali druhým a náboženství, která určovala řád systému, pomoc předpisovala. Již od starověku se v průběhu času rozlišovali lidé na ty, kteří učili, léčili a pomáhali druhým. Novodobá historie pomáhajících profesí se počítá do druhé poloviny 19. století. Pomoc se začíná stavět na myšlenkovém, vědeckém základě a odděluje se od církve (2).

Dnes se u pomáhajících profesí předpokládá odbornost, zároveň jsou tyto profese postaveny na lidských vztazích mezi pomáhajícím a tím, komu poskytuje pomoc. Tedy tomu, kdo se ocitl v situaci, která mu způsobuje nějaké potíže (2).

Témata s etickým obsahem prostupují všechny oblasti, ve kterých působí. V situaci, kdy je předepsané, jak by se měl pracovník rozhodnout, ale on se chce z nějakých důvodů rozhodnout jinak, vznikají etické problémy. Etická dilemata vznikají, když pracovník cítí, že stojí mezi více možnostmi, které představují konflikt morálních principů, a není přítom jasné, které rozhodnutí bude lepší (2).

Profesní etické normy shrnují a vydávají vždy podle druhu poskytovaných služeb odborné komory, svazy, asociace, instituce a jiné. Odborné organizace, které etické kodexy vytvářejí a zaštiťují výkon pomáhajících profesí u nás, vznikaly v 90. letech 20. století a byly inspirovány zahraničními institucemi podobného charakteru (2).

Viditelná porušení etických norem se řeší primárně v rámci organizace poskytující služby. Další pak řeší instituce, zabývající se etikou zaštiťující svazy a společnosti.

Obvykle jsou sestaveny etické komise, které shromáždí dostupné informace, řeší modelové situace, prezentují je, organizují veřejné diskuze o etice, iniciují změny legislativy a vypracovávají stanoviska ke stížnostem podaným na jednotlivé orgány. Kontrola a vymahatelnost etických norem mimo organizaci je však nadále velmi obtížná (2).

Etiku je nutno vnímat jako nedílnou součást každé pomáhající profese. Každý člověk zastává určitý postoj, na jehož základě se rozhoduje. Tyto postoje však jsou často výsledkem osobních zkušeností, nebo mívají formu předsudků. Pokud tedy člověk není schopen dostatečné sebereflexe, může to mít vážný dopad na jeho práci. Proto je nutné, aby se i etika stala významnou součástí celoživotního vzdělávání každého člověka, obzvláště v pomáhajících profesích (2).

#### *1.6.1 Problémy pomáhajících profesí*

Výkon pomáhajících profesí je spojen s celou řadou obtíží, problémů a zklamání. Služba druhým vyžaduje určité osobnostní dispozice, vzdělání, ale i ochotu přinášet oběti. Vyžaduje ochotu ke službě druhým, respektování určitých etických zásad. Poměrně náročné požadavky na pomáhající profese mohou představovat pro některé pracovníky nepřiměřenou zátěž, která může ve spojení s psychickou, emocionální a fyzickou náročností výkonu takového povolání dospět až k naprostému vyčerpání, tedy syndromu vyhoření, vyhasnutí či vyprahlosti (2).

Pro pomáhající profese je typické altruistické chování. Altruismus znamená nesobeckost, nezištný zájem, lásku k lidem. Altruistické chování je takové, které je prospěšné druhým, ale ne jedinci, který je provádí. Altruista je ten, který pomáhá druhým, ale nic za to nedostává (14).

Povolání pomáhajících je částečně osvobozeno od kapitalistických základních principů produkce směnných hodnot. Relativně málo odcizená práce pak přispívá ke způsobu chování, popsanému jako rys syndromu pomáhajícího. Narcistická uspokojení, která tato povolání nabízí, jsou hodnocena výše než možnosti uspokojení mimo pracovní činnost. Pro řadu pomáhajících se jejich práce stává drogou. Už ani nejsou

schopni se jí vzdát, na dovolených onemocnění psychosomatickými obtížemi nebo depresemi, a vyhýbají se nutkavě tomu, aby si začali užívat volného času (43).

Pomáhající žije v nice (zákoutí) společnosti, která je orientovaná na výkon. Protože zachází s regresemi jiných, kteří se již ve velké soutěži necítí zcela zdraví, je jeho činnost různorodá, zajímavá a méně podřízená tíživým tlakům. Pomáhající pracuje ještě blíže kontaktům a způsobům chování, jež ve feudálních a velkorodinných strukturách, odstraněných kapitalismem, poskytovaly každému člověku bezpečí a možnost zotavení, umožňovaly úplnější vývoj osobností a vztahů ve skupině (43).

### *1.6.2. Historie ošetřovatelství*

Ošetřovatelství jako činnost zaměřená na pomoc nemocným existovalo od nejstarších dob. Tradiční přístup k ošetřovatelství ovlivňovala humanistická filosofie. Humanismus uznává člověka jako osobnost, která má právo na svobodu a štěstí, na rozvoj sil a schopností. Zdůrazňuje význam schopností každého člověka (38).

Počátky ošetřovatelské péče jsou v raném středověku spojené s křesťanstvím. Pomoc druhému byla vždy přirozenou vlastností. Křesťanství vnáší do filosofie bytí trpícího člověka a pomoc bližnímu, tudíž podporovalo ošetřovatelskou péči.

Dříve se zkušenosti s péčí o nemocné předávaly v rodech, z generace na generaci převážně ústně. Využívaly se hlavně zkušenosti odvozené z pozorování. Poté přebírá péči o nemocné náboženský vliv, pacienti se soustřeďují do klášterů, a to dle 7. křesťanských milosrdenství „hladové nasytiti, žíznivé napojiti, pocestné přijímati, nahé odívati, nemocné navštěvovati, zarmoucené těšiti a mrtvé pohřbívati“ (5, s.16). Tedy hlavně uspokojování základních potřeb přístřeší, stravy, hygieny, duchovní opory a později i léčivé péče (21).

Ošetřovatelství ovlivňují hlavně války, které vyvolávají zvýšenou potřebu lékařské a ošetřovatelské péče. Mnoho tradic ošetřovatelských postupů dostává svůj základ právě v ošetřování zraněných vojáků. Již staří Římané stavějí své lazarety, v raném středověku jsou to výpravy křížácké, které mají své organizované vojenské ošetřovatelské řády. Mezi nejvýznamnější řády pečující o nemocné patří Maltéžští rytíři či rytíři sv. Lazara. Ve 12. století se složení evropského společenství v závislosti na



hrůzných válkách a pandemiích začíná měnit. Mor přináší nejen smrt, ale i stagnaci intelektuálního i kulturního života. K léčbě se požívají modlitby, zaříkání, pověry, relikvie, různé amulety. V tomto období je začínají nahrazovat praktická hygienická a účelná opatření. V Krymských válkách umírá nejvíce zraněných vojáků právě spíše kvůli špatným hygienickým podmínkám. To vše důležité a výrazně ovlivňuje rozvoj ošetrovatelské péče (12,21).

V podstatě lze vývoj ošetrovatelské péče shrnout do tří vývojových kategorií. Laická péče, tudíž sebezpečie či péči zajišťuje rodina především na základě tradic. Charitativní péče, jde již o morální a humánní péči o nemocné. A naposled organizovaná péče, koncem 19. století, kdy válkami ovlivněné zdravotnictví dochází k rozvoji (21).

### *1.6.3 Filosofie v ošetrovatelství*

Se změnami společenských období se v ošetrovatelství postupně měnily i idealistické filosofie a náboženské vlivy. V etapách působení idealistické filosofie převládalo profesionální ošetrovatelství pod záštitou církve a mělo jednoznačně humanistický, milosrdný přístup. Do 15.–16. století organizovala nemocniční zařízení pro ošetřování pacientů římsko-katolická církev. Nastává období reformace, vznikají hnutí proti katolické církvi a následně oslabení jejího vlivu. V 16.-18. století nastává opětovné upevňování její moci, vznikají nové církevní řády a kongreace, které se věnují péči o nemocné. Osvícenství 18. století a francouzská revoluce v 19. století přinášejí kromě rozvoje vědy i nové filosofické směry (38).

V ošetrovatelství je zásadním zejména holismus. To je strukturalistický názor, který poprvé formuloval jihoafrický generál a politik J. C. Smuts. Dle něj se sice celek může rozložit v části, ale při takovém rozložení vždy něco zmizí, dojde k poruše celistvosti. Rozložením celku se ztrácí jeho základní charakter. Holismus je filosofický směr, jehož teorie vidí všechny živé organizmy jako jednotlivé celky ve vzájemné interakci se svým okolím. Osobnost člověka zahrnuje pět částí: biologická, společenská, kognitivní, emocionální a duchovní. Pokud dochází k poruše v jedné části, je porušen celý systém. Pokud je člověk chápán holisticky, pak jako neoddělitelný a vnitřně provázaný

organismus, který nelze redukovat na sumu svých částí. Je to tělem obdařená bytost, a proto mu nelze porozumět odděleně od jeho tělesného a emocionálního já. Lidé jsou kontextuální bytosti, kterým je nejlépe možno porozumět ve vztahu k druhým a v jejich životním prostředí. Každý člověk je jedinečná a neopakovatelná bytost, naprosto odlišná od jakéhokoli jiného člověka, který kdy žil a bude žít. Každý pacient proto potřebuje osobní přístup a porozumění pro jedinečnost svých zkušeností a charakteru (8,26,35).

Právě na realizaci základů holistických teorií vzniku onemocnění se zaměřuje moderní ošetrovatelství. Tato holistická teorie pak umožňuje sestřám nahlížet na proces vzniku onemocnění mimo vlastní patologické procesy a přemýšlet, jakým způsobem probíhá interakce člověka s prostředím a stejně tak přemýšlet o dopadu této interakce na jeho psychické a tělesné zdraví (24).

Od poloviny 20. století nastává ve zdravotnictví kult technologie, jenž má své filosofické základy v materialismu. Mezi sestru, lékaře a pacienta vstupuje technika. Zdravotní péče se orientuje na nemoc a zaměřuje se na nemocniční péči. Ošetrovatelství se soustřeďuje na techniku výkonů a s medicínou se orientuje na somatickou stránku těla. Do pozadí ustupují psychické, sociální a duchovní souvislosti, prevence zůstává na okraji zájmu. Od 80. let minulého století začíná v ošetrovatelství opět převládat filosofie humanismu, respektování holistických principů. Je to reakce na přetechnizovanou ošetrovatelskou praxi a důsledek uplatňování vědeckých aspektů (38).

Holistický přístup k člověku začaly sestry v klinické praxi prosazovat právě v důsledku snahy o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka. Medicínská praxe totiž vyústila do stadia vysoké závislosti na složitých diagnostických a léčebných intervencích, které pak dostávaly prioritu před člověkem jako lidskou bytostí. Role sestry se tím rozšiřuje o roli individuální ochránkyně práv pacientů s důrazem na etické principy kvality života (42).

Nový filosofický pohled na člověka a pojetí péče o zdraví (holismus), podle Otawské charty „O posilování a podpoře zdraví“ z roku 1986, představuje nejen péči o tělo, ale i o duševní stav člověka. Součástí kvalitní přímé ošetrovatelské péče je i uplatňování všech poznatků z oblasti humanistické psychologie a psychoterapie. Ve

standardech všeobecné péče jsou ošetrovatelské postupy založeny na poznacích, a to jak z filosofie ošetrovatelství, tak z oblasti komunikace, humanistické psychologie a psychoterapie. V současnosti však stále hrozí nebezpečí preferování techniky před ošetrovatelskou péčí, upřednostňující bio-psycho-socio-spirituální faktory vzniku onemocnění (29,38).

Hlavním rysem dnešního ošetrovatelství je systematické vyhledávání, plánování a hodnocení potřeb zdravého i nemocného člověka. Toto se realizuje pomocí ošetrovatelského procesu. Sestry se dnes zabývají člověkem jako bio-psycho-sociální bytostí, jako bytostí celistvou. Porucha v jedné části celku vede předem k narušení části jiné, případně celého systému. Každý člověk je jedinečný, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby (48).

Lidé nejsou určeni jen k dokonalé fyzické zdatnosti (pragmatismus), ale také k duševnímu a duchovnímu zdraví (humanismus). Všichni lidé jsou určeni k lásce a šíření spravedlnosti ve zdraví i v nemoci. Z tohoto důvodu celostní popis lidského zdraví zahrnuje úplnou fyzickou, psychickou, duchovní či spirituální dimenzi. Tento stav zdraví patří k těm nejzákladnějším právům člověka (11).

Základní filosofií ošetrovatelství současnosti je: respektování a uznání každého jedince, chápání člověka v jeho holistickém pojetí, uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci, uznání potřeby podporovat a udržovat zdraví pro celý život a přesvědčení, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči (26).

Z pohledu humanistické psychologie lze podstatu a vznik poruch zdraví vysvětlit za použití těchto pojmů: prožívání, sebepojetí, sebeúcta, inkongruence. Sebepojetí je organizovaný, soudržný celek, který tvoří vnímání sama sebe a sebe ve vztahu k ostatním lidem a okolnímu světu. Uvědomování si sama sebe a svého bytí v okolním světě je proces, kterým se vytváří sebepojetí. Sebeúcta ovlivňuje chování a jednání člověka jako jedna z nejsilnějších motivačních sil. Inkongruence je neshodou ve vlastním prožívání a sebepojetí, navozující tenzi (27).

Nejvýznamnější hodnotou pro člověka jsou život a zdraví. Každý jedinec si přeje žít dlouho a ve zdraví, méně lidí si však uvědomuje vlastní odpovědnost za zachování

života a zdraví, a potřebu je chránit v rámci svého vlastního jednání i sdílené odpovědnosti s ostatními (11).

Narušení zdraví se na jedné straně jeví jako skutečná somatická nebo psychická choroba, na druhé straně vznikají pro pacienta závažné důsledky pro jeho soběstačnost, psychomotorickou rovnováhu a kvalitu života. Činnost sestry je především zaměřena na pomoc pacientovi, k získání potřebné psychosomatické rovnováhy a soběstačnosti tak rychle, jak je to možné. Pokud toto nelze dosáhnout, cílem je pomoci člověku akceptovat závislost na péči. Pokud jde o nevléčitelnou a progredující nemoc, pak je cílem s úctou a ohleduplností doprovodit umírajícího a zajistit mu pokojnou smrt. Nemoc je v kompetenci lékaře, ale její důsledky pro soběstačnost, psychosomatickou rovnováhu a kvalitu života jsou pak tou hlavní oblastí, které se věnuje ošetrovatelství. Péče je z nejširšího pohledu nepřetržitou pozorností věnovanou lidským potřebám, zajišťující optimální prostředí pro zdraví občanů a léčbu nemocných. Primární role v této péči náleží právě nelékařským zdravotnickým profesím. (25,29).

Rozvoj medicínsko-technologický nabízí velké množství možností, jak léčit a prodlužovat život. Každý člověk tak získává naději a odvalu i v případě, že je mu diagnostikována závažná choroba. Ani velké možnosti současné medicíny však nemohou nabízet falešnou naději, že život a zdraví lze vždy možno zachovat prostřednictvím vědy a techniky, jelikož i tyto možnosti mají vždy svá omezení. Každá zkušenost s utrpením, nemocí a smrtí je důkazem, že nabízené naděje mají svou mez. Smrt bude k životu patřit vždy, jako je nemoc jeho součástí. Nemocný potřebuje kromě profesionální pomoci technického vybavení lidskou blízkost svých příbuzných i ošetřujícího personálu. Občas již není naším cílem uzdravení pacienta, ale tišení jeho bolesti, odstranění úzkosti a zmírnění útrap. Komunikace s nevléčitelně nemocným může postiženému pomoci nehlédnout, že nemoc není přechodný defekt, který lze odstranit a nahradit, ale že existují situace, se kterými se musíme smířit (11).

Možnosti léčby jsou vždy omezené, jak pro jedince, tak pro společnost. Snahu po zdraví je nutno nahlížet v současných existujících finančních možnostech společnosti i jednotlivce. Aby měl pacient kolem sebe dostatečný počet kvalifikovaných lékařů a dalších odborníků v ošetrovatelství, důstojné a prestižní nemocnice, aby pokračoval

medicínský výzkum, vynikající vzdělání zdravotníků, farmaceutický výzkum a všechna kritéria kvalitní rehabilitační péče, to vyžaduje enormní finanční náklady. Vše musí být finančně zajištěno. Člověk a jeho zázemí jistě nedosáhne na odpovídající finanční prostředky, na všechny diagnostické i léčebné náklady, vždy odkázán na solidaritu druhých. Nemocenské a sociální pojištění zůstávají fenomény, bez kterých se civilizovaná společnost nemůže obejít. Je to projev zodpovědnosti za bližního, uznání důstojnosti lidské osoby, a zároveň příklad aktivní participace na solidárně chápaném společném díle. I zde tedy dochází k prolínání pragmatismu a humanismu (11).

Technickou, specializovanou a mnohdy až superspecializovanou medicínu je třeba humanizovat, to znamená obohatit ji o dimenzi lidské účastné pomoci, která byla, ale věřme, že je pouze dočasně postavena na vedlejší kolej. Proto právě humanismu se v ošetrovatelství začala věnovat zvýšená pozornost jako odpověď na technický pokrok, pronikající do této profese. Humanismus se v ošetrovatelství týká postojů a přístupů k pacientovi a jeho nejbližším, je třeba v nich vidět lidské bytosti s lidskými potřebami, a ne pouze „appendix na pokoji číslo 192.“ (13,18).

## **1.7 Humanistické teorie a modely**

Vědní disciplíny a jejich teorie vycházejí z určitých filosofí a filosofických názorů. Konceptní modely ošetrovatelství vycházejí též z nejrůznějších filosofických názorů svých autorů. Ty mají vliv na předmět zájmu i přístup k rozvoji poznatků ošetrovatelství a jsou zaměřené především na charakter vztahů mezi osobou a prostředím. Vývoj ošetrovatelství byl až do minulého století převážně intuitivní, založený spíše na tradici a praxi, než na teoretických základech. Rozvoj teorie začal v 50. letech minulého století v USA a Kanadě. V současnosti již zahrnuje specifické ošetrovatelské koncepce, teorie a modely. Obsahové zaměření modelů a teorií v ošetrovatelství je určené vědomostmi, praktickými zkušenostmi a filosofickými názory jejich autorek. Důležitost těchto modelů je ve způsobu organizace myšlení, pozorování a interpretaci již viděného a zjištěného (38).

Tyto modely umožňují systematický přístup k praxi, řízení a výzkumu a usnadňují i komunikaci mezi sestrami. Předkládají sestram filosofickou a pragmatickou orientaci na služby poskytované sestrou, tedy služby nabízející kompletní pokrytí péče. Pomáhají pochopit širší souvislosti zjištění problémů, lépe a snadněji plánovat ošetrovatelskou péči a zjišťovat výsledky svých intervencí. Konceptní model lze použít v klinické praxi, výchově a řízení či ve výzkumu (38).

Právě humanistické modely a teorie vycházejí z principů humanismu, respektování lidských práv a práv pacientů. Charakteristickými rysy těchto modelů jsou empatie, úcta k člověku, soucit, akceptace autonomie a svobody každého člověka. Mezi humanistické modely patří zejména tyto: F. Nightingale – moderní ošetrovatelství (1859), V. Henderson – Teorie základní ošetrovatelské péče (1955), A. Faye – Dvacetjedna ošetrovatelských problémů (1960), L. Hall – Jádru péče a léčebný model (1964), D. Orem – Teorie deficitu sebezpečí (1970), E. Adam – Konceptní model ošetrovatelství (1975), N. Roper, W. Logan, A. Tierney – Model životních aktivit (1976), J. Watson – Filosofie a věda ošetrovatelství (1979), M. Leininger – teorie transkulturní péče (1980), P. R. Rizzo – Člověk – žití – zdraví (1981), Teorie lidského bytí (1992), P. Benner – Od novicky k expertovi: Dokonalost a síla klinické ošetrovatelské praxe (1984) (38).

### *1.7.1 Moderní ošetrovatelství F. Nightingale*

Florence Nightingalová je považována za zakladatelku ošetrovatelství. Ovlivnila péči 19. a 20. století v celém světě. Celý svůj život se intenzivně věnovala ošetrování nemocných. Při svých cestách navštěvovala nemocnice a sanatoria a získala tak bohaté zkušenosti a mnoho poznatků o řízení a organizaci, uspořádání, o hygieně či sestřích a lékařích. Stává se postupně odbornicí na nemocnice a veřejné zdravotnictví. V době Krymských válek odchází vést sestry do vojenského lazaretu. Zavádí zde hygienická opatření, pravidelnou stravu nemocným, prádelnu a ošetrovatelskou péči. V roce 1859 sepisuje knihu „Poznámky o ošetrovatelství“, určenou všem pečovatelům o nemocné. Popisuje zde pět základních elementů zdravého prostředí – čistý vzduch, čistá voda, čisté prostředí, světlo a funkční kanalizace. Nikdy neměla v úmyslu vytvořit teorii či model. Pouze se snažila poskytnout všeobecná pravidla pro praxi a rozvoj

ošetřovatelství. Její odkaz sestřám nového milénia je stále platný a aplikovatelný, stejně jako před více než 100 lety. Povýšila ošetřovatelství na profesi stejně hodnotnou, jako je práce lékaře (21,38).

Její model vychází z humanistické idealistické náboženské filosofie, matematiky, statistiky, empirické analýzy. Cílem je zajistit pacientovi přežití nebo alespoň zmírnění utrpení a ulehčení umírání (38).

### *1.7.2 Koncepční model M. J. Watsonové*

M. J. Watsonová je významnou představitelkou ošetřovatelství. V současnosti pracuje ve výzkumném centru v University of Colorado Denver § Health Sciences Center v USA. V minulosti zde působila jako děkanka a je i bývalou prezidentkou League for Nursing. Publikovala řadu významných prací, zabývajících se ošetřovatelstvím.

Model M. J. Watsonové vychází z principů humanismu, respektování lidských práv a práv pacientů. Dále do svého modelu aplikuje prvky fenomenologie. Tu promítá především do třech fází ošetřovatelského procesu – diagnostiky, plánování a realizace. (44)

M. J. Watsonová používá 10 faktorů humanistické péče: 1) formování humanisticko-altruistických hodnot, 2) vytváření pocitu důvěry, víry, naděje a optimismu, 3) pěstování citlivého postoje k sobě i k ostatním, 4) vytváření vztahu důvěry i pomoci, 5) vytváření pozitivních i negativních pocitů, 6) tvořivý přístup k ošetřovatelské péči a ošetřovatelskému procesu/ využívání smyslového a tvořivého systému, 7) podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví, 8) pomoc klientovi korigovat změny vnějšího i vnitřního prostředí, 9) pochopení a podpora při uspokojování potřeb, 10) citlivost k existenčním fenomenologicko-spirituálním silám (44).

### *1.7.3 D. E. Orem: teorie deficitu sebpéče*

Ve své sesterské praxi si všimla, že ne všichni pacienti, kteří potřebují péči lékařskou, potřebují péči ošetřovatelskou. Tu potřebují jen ti, kteří nejsou schopni se

o sebe průběžně adekvátně starat v rozsahu a kvalitě, kterou vyžaduje jejich současný zdravotní stav. Na tomto základě začala v 60. letech minulého století koncipovat vlastní teorii. Později rozšířila koncepci ošetrovatelské péče o zaměření na rozvoj aktivit sebeděče. V roce 1973 uvedla svou teorii do praxe. Vychází z filozofie humanizmu, prací H. Selyeho, E. Fromma, G. Allporta. Dále například z východisek F. Nightingale, V. Hendersonové, H. Peplau, I. Orlandové a dalších představitelk ošetrovatelství. Předpokládá, že lidé mají vrozenou schopnost starat se sami o sebe. V životě však vznikají situace, které sebou přinášejí nároky na péči, kterou si může pacient zajistit jen částečně, případně vůbec a pak je žádoucí nástup ošetrovatelské péče.

Cílem ošetrovatelství dle modelu Oremové je taková úroveň sebeděče klienta, aby si člověk udržel optimální zdravotní stav. Klientem je jedinec s projevy deficitu sebeděče. Sestra pak poskytuje pomoc k dosažení optimální úrovně sebeděče, a to prostřednictvím pěti zásahů: činnosti za nebo pro pacienta, vedením, podporou, poskytnutím podnětného prostředí a učením (38).

Požadavky sebeděče dělí na: univerzální (související se základními životními procesy a funkcemi), vývojové (spojené s růstem, vývojem a životními etapami) a terapeutické (při poruchách zdraví či odchylkách od normy). Zaměřuje činnosti na aktivizaci sebeopečovatelského chování člověka. Pacient musí vědět, proč se má o sebe starat, jak to bude vykonávat a co pro to musí udělat.(38)

#### *1.7.4 Virginia Henderson: teorie základní ošetrovatelské péče*

V. Hendersonová nesouhlasila s tím, že je péče pacientům poskytována hlavně podle služebních předpisů, tedy pouze podle pragmatických zásad. Pacient jako příjemce zdravotnických služeb nemá zajištěnou plně kvalifikovanou ošetrovatelskou péči a ochranu před poškozením. Byla přesvědčena, že má být středem pozornosti kvalifikovaných zdravotníků a sester a tato profese má mít jasně formulované funkce. Teoretickými východisky byly pro ni poznatky z fyziologie, psychologie a sociologie, učebnice B. Harmer „Principy a zásady ošetrovatelství“, práce C. Bernarda, E. Thorndika a I. J. Orlando (38).



Cílem ošetřovatelství je podle V. Hendersonové je nezávislost pacienta v uspokojování potřeb. Rolí sestry je udržovat nebo navracet nezávislost pacienta při uspokojování vlastních potřeb, zdrojem potíží jsou nedostatek síly, vůle a vědomostí.

Lidem jsou vlastní čtyři základní složky, které jsou tvořeny souhrnem 14 elementárních potřeb. Jedná se o normální dýchání, dostatečný příjem stravy a tekutin, vylučování, pohyb a udržování vhodné polohy, spánek a odpočinek, vhodné oblečení, udržování tělesné teploty, upravenost a čistota těla, odstranění rizik z životního prostředí, komunikace s druhými, vyznávání vlastní víry, smysluplná práce, hry, relaxace a odpočinek, učení a objevování nového. Tyto potřeby jsou ovlivňovány kulturou a individualitou každého člověka v oblastech bio-psycho-socio-spirituálních (38).

### **1.8 Právo v ošetřovatelství**

Pokud má jakýkoli systém fungovat, musí být vždy jeho forma upravena normami, které jsou obecně závazné a musí je tedy dodržovat všichni. Většinou jsou normy, obsažené v právních předpisech vnímány tak, že omezují práva jedince, neboť něco zakazují a něco přikazují. Ale tyto normy především všechny chrání, regulují chování tím, že stanovují jeho pravidla. Interní předpisy zdravotnických zařízení jsou právní celky, vydané zdravotnickým zařízením, jeho kompetentními a pověřenými vedoucími zaměstnanci. Poskytování ošetřovatelské péče je upraveno řadou obecně závazných předpisů a norem. V zájmu pacientů, ale i ochrany zdravotnických pracovníků jsou tyto předpisy velmi důležité a musí být dodržovány, stejně jako postupy diagnostické či léčebné (50,53).

Formální prameny práva v České republice jsou: ústavní zákony (ústava, listina základních práv a svobod, mezinárodní smlouvy dle zákona 10. Ústavy ČR, běžné zákony, zákonná opatření senátu, nálezy ústavního soudu, nařízení vlády, předpisy ministerstva, právní předpisy orgánů územní samosprávy (51).

Kvalita zdravotní péče je dána proměnnými vlastnostmi, o kterých se někdy hovoří jako o dimenzích kvality. Každá tato dimenze je jedinečná a tvoří nezastupitelnou

komponentu kvalitní ošetrovatelské péče. Mezi tyto dimenze patří zejména: bezpečnost, kompetentnost, přijatelnost, kontinuita, dostupnost, efektivita, včasnost a vhodnost (37).

V současné době se při přímé péči sestry ve vyspělých zemích používají standardy. Tyto standardy mají různé formy, nejčastěji to jsou manuály, kapesní průvodce, příručky. Jejich charakteristickým rysem je systémovost a nejnovější poznatky založené na důkazech, vysoká kvalita je zajištěna pravidelným doplňováním nejnovějších poznatků a opětovným vydáním. (28).

Poskytování ošetrovatelské péče je velice složitá, citlivá, ale i stále více riziková oblast zdravotní péče. Sestra jako člen týmu, který tuto péči poskytuje, je stále více vystavována nejen stoupajícím požadavkům na její odbornost, ale také stále větším požadavkům na odpovědnost za poskytnutou péči. Oprávněnost při poskytování ošetrovatelské péče je ochota trpět sankce za protiprávní jednání v rozporu s interními předpisy a pravidly, ale i chováním v rozporu s dobrými mravy a předpisy organizace. Sestra tedy může být volána z odpovědnosti: trestně právní, občanskoprávní, pracovně právní, disciplinární odpovědnost a smluvní odpovědnost (46,53).

## **1.9 Ošetrovatelství**

### *1.9.1 Práce sestry*

Řecký lékař Soranus z Efesu (98-138 n.l.) je autorem knihy, která je pokládána za jednu z nejlepších antických prací o praktické gynekologii. Ve své knize (O věcech ženských) píše: Od ženy, která se chce stát pomocnicí při porodu se očekává dobrá paměť, musí být pracovitá, vytrvalá, mravná, aby jí bylo možno důvěřovat, obdařena zdravými smysly a silnou konstrukcí. Má mít dlouhé jemné prsty a krátce ostříhané nehty, o své ruce se má starat, aby byly měkké a citlivé, dbát na to, aby žádnou řemeslnou práci nezhrubly. Trpící má utěšovat, s porozuměním jim pomáhat, být odvážná v každém nebezpečí. Musí být teoreticky i prakticky vzdělaná ve všech oblastech lékařského umění, zkušená, aby mohla určovat nejen životosprávu, ale

i chirurgické a lékárnické pokyny. Nesmí být pověřivá a ziskuchtivá. Mnohé z těchto vlastností by měly mít sestry samozřejmě dodnes (54).

Zdravotnická povolání dnes patří z hlediska přípravy i konkrétního profesního výkonu mezi povolání velmi náročná. Objektem péče zdravotníka je totiž zdravý i nemocný člověk. Je kladen velký význam na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i spolupracovníkům. Je očekáváno, že sestra zvládne dnes již velmi odbornou činnost, dále práci s nejmodernější technikou, unese fyzickou zátěž své práce, bude umět ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, bude vykonávat administrativní práce a v neposlední řadě bude schopna se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy, které život přináší. To vše sestra řeší mnohdy v třísměnném provozu a na velmi specializovaných pracovištích. Všechny tyto požadavky jsou velmi náročné na osobnost sestry, profesní přípravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu (55).

Sestra by měla být v očích pacientů vždy člověkem, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který je s nimi s velkou dávkou laskavosti a tolerance řeší. Ve své práci má zdravotník dodržovat zásady profesního chování, které má jeho vztahy s pacienty posílit. Mezi tyto zásady patří zejména znalost práv pacienta, jejich respektování a dodržování. Dále pak korekce chování tak, aby se projevovalo v kladném působení na pacienta a ovládnání svých emocí a nálad při jednání s pacienty, ale i spolupracovníky. Zejména je ale významné povýšení zájmů a potřeb pacientů nad své (55).

Etický kodex práv pacientů byl v České republice vyhlášen v roce 1992, kdy vznikl v návaznosti na Listinu základních práv a svobod. Pokud tuto listinu čteme, zjistíme, že se tento dokument snaží o vyjmenování všech obecně platných složek, které se týkají kvalitního a bezpečného života v demokratické společnosti. Listina základních práv a svobod má právní charakter, a byla zakotvena jako ústavní zákon. Plnění jednotlivých článků je tedy i soudně vymahatelné. Práva pacientů mají však závaznost pouze jako mravní norma, protože nebyla sestavena na obecné rovině, ale přímo na morální ochranu pacientů. Porušení některých práv pacientů však může být předmětem soudní žaloby, ale opět pouze v návaznosti na článek 10 Listiny základních práv a svobod,

nikoli jako porušení práva pacienta (3). (změna od 1.4.2012 dle zákona o zdravotnických službách 372/2011, nyní již tímto zákonem upraveno)

Etický kodex sester poskytuje základní rámec, podle něhož by sestry měly činit vlastní etická rozhodování. Přestože jednotlivé situace mohou svou povahou podmiňovat použití určitých specifických morálních zásad, základní filosofické hodnoty, nařízení a předpoklady v něm obsažené, lehce přizpůsobitelné situacím vzniklým při praktickém poskytování péče (13).

Dnes dochází ke změnám v systému poskytování zdravotní péče, vztahů společnosti vůči zdravotníkům. Dochází k přehodnocení postavení všeobecné sestry do role odborné pracovnice, která je plně odpovědná za svá rozhodnutí a jednání. Sestry by měly brát v úvahu nejen všechny následky svých rozhodnutí, ale především všelidské morální hodnoty, které tvoří hlavní osu morálních jednání zdravotnického pracovníka (13).

K osobnosti zdravotnického pracovníka je zapotřebí i určitých osobnostních předpokladů, například tvůrčí přístup, dostatečná kritičnost a sebekritičnost, značná dávka empatie, porozumění problémům pacientů, určité vystupování, smysl pro humor, hodnotová orientace, humánní vztah k nemocným. Dále vyrovnaná osobnost s klidným vystupováním a uměním se ovládat. Sestra musí v nemocném umět vzbudit i důvěru ve své odborné znalosti a projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, protože je zasvěcována do problémů a starostí nemocného, do jeho nálad, depresí či osobnostních zvláštností. Role sestry vyžaduje porozumění, pochopení a velkou laskavost (55).

Mezi faktory, které ovlivňují profesní chování sester, patří samozřejmě kladné vlastnosti její osobnosti, dále pak vzdělání a vzdělávání. Etický kodex sester úzce souvisí s jejich profesní morálkou. V neposlední řadě jejich profesní chování ovlivňují i požadavky pracoviště. Práva pacientů ovlivňují profesní chování zdravotníků k nemocným. Jde o soubor požadavků, které může pacient uplatnit vůči zdravotníkovi, ale i celému zdravotnickému zařízení (55).

Empatie je jedna z hlavních podmínek lidského přístupu k pacientovi. Je to vcítění do duševního stavu druhé osoby, osobitá kognitivně emoční funkce, které je poznáním a pochopením prožívání pacienta. Patří k ní pozitivní naladění bez kladení jakýchkoli

podmínek, které vytváří průchodnější cestu při snaze sestry porozumět vnitřním procesům a mechanismům pacienta. Být empatická znamená neustále usilovat o vnímání a pochopení vnitřního světa druhého a nahlížet jeho pohledu. Empatické naslouchání je pak velice namáhavým a velmi náročným úkolem, neboť dostat se k jádru toho, co klient říká, a odhalit podstatu a smysl jeho sdělení, rozhodně není jednoduché (9,19).

Každá sestra postupuje v práci svým vlastním, často rutinním způsobem. Tedy má svůj určitý vlastní standard, který je uložen v jejím podvědomí a působí jako neuvědomovaný průvodce při provádění jednotlivých činností při poskytování individuální péče. Důležitou součástí práce s lidmi je i hodnocení jejich projevů, především těch pozorovatelných. Každý si v průběhu své praxe vytvoří svá hodnotící kritéria a ta využívá (28,49).

### *1.9.2 Sestra a pacient*

Nelze dnes přehlédnout skutečnost, že narůstající komplexnost zdravotnické péče, zvyšující se akutnost hospitalizovaných pacientů, narůstající komplexita vztahů a stresů nemocničního prostředí nebo informační exploze ohrožují kvalitu práce lékařů, sester a často i pověst zdravotnického zařízení. (47).

Vzájemný vztah sestry a klienta je velice křehký, založený na vzájemné důvěře a úctě. Oba mají samozřejmě svá práva a povinnosti. Navzdory tomu, že jejich vztah je rovnoprávný, je ve skutečnosti všeobecně přijímán a prosazován názor, že pacient má právo se dovolávat proti neetickému a protiprávnímu jednání zdravotnických pracovníků. Již podstatně méně je rozšířen názor, že stejné právo má sestra. Pacient se někdy chová neeticky, je hrubý, verbálně či agresivně napadá personál. Existuje ale názor, že nevhodné chování pacienta bývá ovlivněno jeho zdravotním stavem nebo úzkostí, proto má zdravotnický personál toto chování tolerovat a omlouvat (5).

Lidé se projevují různými způsoby. Je možné pozorovat jejich chování a vyvozovat z něj, jak danou situaci prožívají, hodnotí ji, a jak o ní uvažují. Tyto projevy pak mohou vyplývat z určitých zkušeností, nebo mohou být z některých důvodů úplně jiné. Odlišnost reagování se může projevit i pouze v některých méně obvyklých či

zátěžových situacích. Za běžných situací se jedinec chová nenápadně, ale pokud se určitým způsobem tyto situace změní, reaguje nestandardní interpretací a výkyvy chování. Tato situace je jiná, a proto člověk reaguje odlišně. V životě se však objevují situace, kdy reaguje nestandardně téměř každý. Musíme tedy brát v úvahu: o jakou situaci se jedná, o jakého jedince jde, jeho vlastnosti a kompetence, charakter jeho sociálního prostředí (49).

### **1.10 Zátěžové situace**

Působení různých zátěží může vést k narušení psychické rovnováhy. Někdy pouze dočasně, což se projeví změnou prožívání, uvažování a chování. Tyto situace lze rozdělit z hlediska jejich závažnosti i možného přínosu k dalšímu vývoji možných kompetencí (49).

Jednotlivé emoce, jakými je například strach nebo vztek, mají za následek určitý projev a cíleně zaměřené jednání, jakým je například výbuch hněvu. V průběhu emoce tím vědomě prožíváme i tělesné změny, které souvisí s předmětem či situací, která v nás emoci vyvolala (1).

#### *1.10.1 Druhy zátěžových situací*

Z hlediska jejich vzniku a možných následků rozlišujeme základní projevy a následky zátěží. Frustrací označujeme situaci, kdy je jedinci znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl o tom přesvědčen. Frustrace je neočekávaná ztráta veškeré naděje na uspokojení. Vyvolává pocity zklamání a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnání nepříznivé situace (49).

Konflikt patří mezi potíže, s nimiž se člověk běžně a opakovaně setkává. Subjektivně významným se stává tehdy, jeli skutečně závažným a trvá dlouho, zahrnuje osobně důležitou oblast, či jedinec není schopen jej řešit. Z hlediska psychopatologie mohou být významné vnitřní konflikty. Odehrávají se ve vědomí jedince a jsou střetnutím dvou vzájemně neslučitelných, přibližně vyrovnaně stejných tendencí. Příkladem může být rozpor mezi vědomím povinnosti a tendencí k aktuálnímu

uspokojení. Například pacient, který si uvědomuje nutnost určitých omezení spojených se svou nemocí, ale vědomě je nedodržuje (49,55).

Frustrace a konflikt patří mezi tzv. „denní mrzutosti“. Většinou ruší pocit osobní pohody, ale sami o sobě nejsou závažnějšími zátěžovými faktory. Pouze za určitých okolností může být častá frustrující zkušenost nebo nezvládnutý dlouhodobý konflikt stresujícím faktorem (49).

Stres lze chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. Nemusí mít vždy negativní význam. Přiměřená míra může člověka aktivizovat, stimulovat k hledání účinného řešení situace. Mezi charakteristické znaky negativních stresových situací patří: pocity neovlivnitelnosti situace, pocity nepředvídatelnosti vzniku stresové situace, pocity nezvládnutelnosti situace, nepříjemný tlak okolností vyžadující mnoho změn (49).

Krize se projevuje jako narušení psychické rovnováhy. Dochází k ní v důsledku náhlého vyhrocení situace, dlouhodobého hromadění či situačního nárůstu problémů. Dochází k selhání adaptačních mechanismů, dosud využívané způsoby nejsou funkční a jedinec musí hledat jiné. Toto je doprovázeno negativními citovými prožitky narušením pocitů bezpečnosti a jistoty. Objeví se silná tenze, úzkost a beznaděj. Krizi lze chápat jako vyhrocení stresové situace (49).

Pokud některá z objektivně významných potřeb není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeně a po dostatečnou dobu, dochází k deprivaci. Ta patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům, nepříznivě ovlivňuje aktuální psychický stav jedince, ale i jeho další psychický vývoj. Typy deprivace se rozlišují dle oblasti strádání: v oblasti biologických potřeb (například spánku), podnětová (například v oblasti stimulace), kognitivní (výchovné zanedbávání), citová (neuspokojivý citový vztah) a sociální (omezený kontakt s lidmi) (49).

### *1.10.2 Zvládání zátěžových situací*

Míra odolnosti k zátěžovým situacím se označuje termínem hardiness (pevnost, tvrdost), který je chápán jako vyjádření stupně odolnosti a resiliencí, která vyjadřuje naši elasticnost, houževnatost, individuální schopnost rychle se zadaptovat (49).

Coping je reakce či mechanismus zvládací, relativně vrozená forma reakce na stresovou situaci, vědomě řízené aktivity na zvládnutí stresové situace. Obecně se charakterizují tři hlavní strategie zvládnutí zátěží: aktivní na úrovni chování (zaměření na zvládnutí situace), aktivní na úrovni myšlení (chce zvládnout hodnocení situace) a pasivní (jedinec nechce problému čelit). Zvládnutí stresu se učí jedinec celý život. Lze je podpořit pomocí nácviků na podporu sebeúcty a osvojováním nových zvládacích strategií (2,20, 49).

Každý z nás má vlastní způsob, jak se vyrovnávat se situacemi, když nám není psychicky zrovna nejlépe. Některé způsoby jsou účinnější, jiné ne. Je dobré zjistit, jak se s těžkostmi tohoto druhu vyrovnávají ostatní. Existuje zajisté mnoho způsobů, jak se s nimi vyrovnávat. Nejčastějšími způsoby ale stále zůstávají: rodina, přátelé, specifické formy uvolňování (relaxace) a řešení problémů s nadhledem (20).

### *1.10.3 Syndrom vyhoření*

Syndrom vyhoření je komplexní procesuálně utvářený stav, prožitek únavy, vyčerpání, ztráty zájmu, zklamání, demotivace. Má vztah k vykonávané profesi, který je navozený v důsledku souhry několika okolností, zejména vlivu rezignace, chronického stresu a přesvědčení, že přes značné úsilí vložené do činnosti se očekávaný výsledek nedostavil. Syndrom vyhoření je aktuální medicínský problém. Výrazně snižuje kvalitu života postižených osob, působí destruktivně na úroveň osobní pohody, personální vztahy. Prostřednictvím psychologické reflexe negativně ovlivňuje celkový zdravotní stav (2).

Příčiny jsou v kombinaci několika vlivů: chronického nezvládnutého stresu, stereotypu vykonávané činnosti, nízké autonomie vykonávané činnosti, dynamicky se vyvíjejícího poklesu pracovního nasazení a nástup stále sílícího přesvědčení, že vykonávaná činnost ztrácí svůj smysl. Vynaložené úsilí nepřináší výsledky odpovídající vynaloženému úsilí. Zpočátku je vždy velmi silná motivace, úsilí, empatie, motivace a nadšení. Postupně dochází k rezignaci, lhostejnosti až pocitům negativismu, jež postupně vyústí k pocitu vyhoření. Klíčovou složkou syndromu je pravděpodobně emoční únava, exhaustace, z níž postupně sílí projevy lhostejnosti, cynismu,



kognitivního vyčerpání. Projevují se nechutí se tématem zabývat a celkovou tělesnou únavou. Řada těchto symptomů se projevuje v rovině psychické, fyzické i sociální. Objevuje se silná nechuť k vykonávané činnosti a všemu, co s ní souvisí. Převažuje deprese, smutek, frustrace, sebelítost. V chování se objevují projevy hostility, negativismu, cynismu a vykonávaná činnost je redukována na rutinní minimum. Fyzicky dominuje unavitelnost a únava, bolesti hlavy, poruchy spánku. Dochází ke zvýšenému riziku vzniku závislostí všeho druhu. Na sociální a vztahové úrovni se projevuje útlum, tendence redukovat kontakty, nízká empatie a postupně narůstání konfliktů v důsledku nezájmu, lhostejnosti a sociální apatie (2).

Hlavní intervence k člověku se syndromem vyhoření bývají vždy v souvislosti s jeho etiopatogenezí. Je zdůrazňována důležitost týmové kolegiální podpory. Hlavní zůstává primární a sekundární prevence. Posílení otevřenosti vůči novým zkušenostem, aktivní řešení náročných požadavků a situací, izolace stresu od osobního života, rozvoj kvalitních vztahů s druhými lidmi, posilování osobní odpovědnosti. Významná je zejména sociální opora a dodržování zásad zdravého životního stylu (2).

#### *1.10.4 Duševní hygiena sestry*

Duševní hygiena je soubor poznatků, dovedností a aktivit, jež mohou ovlivnit život jedince. Ovlivňují jej snížením či odstraněním rizik vyvolávajících duševní problémy a zvýšením vlivu projektivních, ochranných činitelů, které podporují duševní zdraví a osobní pohodu. Již od starověku byly v rámci filosofie, teologie a medicíny rozvíjeny poznatky životní vyrovnanosti a moudrosti. Jde o témata duševní hygieny, jako je rozvoj osobnosti, správná životospráva, a předcházení nemocem (2).

Duševní hygiena je multioborová, názorová, prováděcí a výzkumná platforma. Systematizuje poznatky, přístupy a činnosti, které pocházejí z různých přírodovědných a společenských oborů, zejména psychologie, filosofie, sociologie, antropologie, pedagogiky a jejich podoborů. Jejím specifickým je tradiční úsilí chránit, upevňovat a podporovat duševní zdraví především u psychicky zdravých osob. V současné době je tématickou součástí psychologie zdraví. Je zaměřena na péči o ideální stav a vývoj duševního zdraví jako součásti celkového zdraví člověka. Pozitivním pojetím je

pozitivně založená, aktivně vytvářená a orientovaná orientace na hlavní oblasti psychického zdraví. Klade důraz na vlastní odpovědnost V užším pojetí je duševní hygiena chápána jako odstranění duševních nemocí ve smyslu prevence. Bývá spojována se snižováním a odstraňováním nadměrné psychosomatické zátěže a stresu.(2).

Mezi hlavní oblasti duševní hygieny patří: poznávání sebe sama a rozvoj vlastního potenciálu, otevřené a akceptující poznávání, umění uvědomovat si sám sebe, respektovat své pocity včetně těch nepříjemných. Autoregulace hlavních oblastí duševní činnosti (kognitivní, emocionální, konativní) včetně umění plánovat a efektivně využívat svůj čas, péče o biologickou, psychickou, sociální, kulturní a spirituální rovinu své osobnosti. Důležitý je rozvoj vlastní autonomie, utváření sebedůvěry, sebevědomí, pěstování vytrvalosti a důslednosti ke sledování svých cílů. Dále rozvoj přiměřených sociálních vztahů a vazeb, prevence a zvládání zátěže, umění přijímat výhry i prohry. Umění odpočívat včetně zdravého spánkového režimu, relaxace a zdravého životního stylu. Důraz klade na rozvoj pozitivní orientace ve svém životě (2).

Lidská péče v ošetrovatelství není pouze citem, zájmem, postojem či touhou. Tento výraz označuje osobní odpověď. Zahrnuje vědomosti, vůli, hodnoty, oddanost ošetrovatelství, zručnost, ošetrovatelské zásahy a jejich důsledky. Veškerá lidská péče se váže na intersubjektivní odpovědi člověka v podmínkách zdraví a nemoci: je to znalost vztahů zdraví-nemoc a člověk-prostředí, znalost ošetrovatelského procesu, poznání sama sebe, svých možností a jejich hranic. Podpora humanisticko-altruistických hodnot v denní ošetrovatelské praxi pomáhá překročit ošetrovatelství ze stavu, kdy je chápáno pouze jako práce, do láskyplné profese (18,44).

## **2 Empirická část**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1 : Zjistit míru rovnováhy mezi pragmatismem a humanismem v ošetrovatelství.

Cíl 2 : Zjistit názor sester na uplatňování filosofických názorů pragmatismu a humanismu v praxi.

### **2.2 Hypotézy**

H 1 : Mezi názorem sester a studentek ošetrovatelství na uplatňování pragmatismu a humanismu v ošetrovatelské praxi existuje rozdíl.

H 2 : Sestry s delší praxí se lépe vyrovnávají se situacemi, kdy musí jednat pouze pragmaticky, než sestry s kratší praxí.

H 3 : Podmínky reálné praxe vedou sestry k pragmatickému chování.

### **2.3 Výzkumná otázka**

Jak se vyrovnávají sestry s delší praxí při střetu dvou filosofických názorů?

## **3 Metodika**

### **3.1 Metodika práce**

V empirické části diplomové práce bylo použito kvalitativně – kvantitativního šetření k získání a zpracování potřebných informací. K dosažení cílů práce a získání informací byla v kvalitativním šetření použita metoda dotazování. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor s předem vytvořenými otevřenými otázkami (příloha č. 1, 2). Byl proveden audio záznam rozhovorů, následně jejich přepis, určeny koncepty a skupiny. Kvantitativní šetření probíhalo metodou dotazování, technikou dotazníku. Dotazník byl anonymní a byl určen všeobecným sestřím a studentům bakalářských a magisterských programů oborů ošetřovatelství. Dotazník pro všeobecné sestry (příloha č. 3) obsahoval 25 otázek, 16 otázek bylo uzavřených, 7 polouzavřených a 2 otevřené. Dotazník pro studenty (příloha č. 4) obsahoval 24 otázek, 14 bylo uzavřených, 8 polouzavřených a 2 otázky byly otevřené. Otázky směřující na oblast šetření byly u obou skupin respondentů shodné, pouze u všeobecných sester byla na rozdíl od studentů navíc jedna identifikační otázka. U jedné otázky označovaly respondentky odpověď na škále, 11 otázek vybízelo k výběru z různých alternativ. Otázky byly zaměřeny ke zmapování odpovědí respondentek v oblastech jejich přístupů a pocitů, s ohledem na jejich humanistický či pragmatický přístup v ošetřovatelství. Výsledky byly zpracovány a vizualizovány v grafech. K ověření hypotéz bylo použito statistického zpracování a následné vizualizace v grafech a s použitím statistického sledování trendů pragmatismu. Tyto výsledky byly zpracovány s použitím programu Microsoft Excel.

### **3.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumný soubor kvalitativní části výzkumu zastupují 3 sestry z Nemocnice České Budějovice a.s. (jedna sestra z ortopedického oddělení, jedna z chirurgického a jedna z psychiatrického oddělení) a jedna sestra z nemocnice Písek (chirurgické oddělení). Celkem tedy 4 sestry. Všechny respondentky – sestry měly praxi u lůžka

delší než 15 let. Dále 4 studenti prezenčního studia oboru Všeobecná sestra Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích (dvě studentky druhého ročníku a dvě studentky třetího ročníku).

Výzkumný soubor kvantitativní části tvořily sestry a studentky. Studentům bakalářského a magisterského studia ošetrovatelství Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích bylo rozdáno 100 dotazníků, po návratu a vytřídění chybně vyplněných bylo použito 84 dotazníků. Dále bylo rozdáno 100 dotazníků všeobecným sestrám v Nemocnici České Budějovice a.s., nemocnici Písek a nemocnici Strakonice. Po návratu a vytřídění chybně vyplněných bylo použito 81 dotazníků od všeobecných sester. Návratnost tedy činila 81% od sester a 84% od studentů.

## 4 Výsledky

### 4.1 Kvalitativní šetření

#### 4.1.1 Rozhovory - sestry

První otázka mapovala názor respondentek (sester), zda sestry uplatňují ve své praxi prvky humanismu. Ze čtyř respondentek odpověděla jedna souhlasně, 2 respondentky uvedly, že je to individuální, dvě odpovědi uvedly jako faktor čas a jedna odpověď okolnosti. Za nejdůležitější zásady ve své praxi považují 2 respondentky lidskost a ochotu, z nich jedna navíc uvedla empatii. Další odpovědí byla komunikace a kontakt a poslední respondentka zastává názor, že nejdůležitější je empatie. Další otázka mapovala preference sester. Dvě respondentky preferují důvěru, dvě komunikaci. Po jedné odpovědi navíc zazněla spolupráce, kontakt s pacientem a empatie.

V otázce, jestli je v současné praxi dostatek praktických návodů (standardů) pro plnění práce sestry se dvě respondentky shodly na tom, že ano a dvě jsou přesvědčeny, že standardů je nadbytek. Přitom jenom standardy se však neřídí žádná z respondentek. Tři preferují vlastní zkušenost a pouze jedna se řídí jak standardy, tak zkušeností.

Jestli je v praxi lepší držet se etických principů sestry a práv pacientů, či spíše svých vlastních pocitů, vypovídaly sestry v další otázce. Jedna se řídí právy, principy i zkušeností; jedna výhradně právy pacientů; další vlastní zkušeností. Čtvrtá respondentka preferuje práva pacientů a etické principy sestry před vlastní zkušeností. Komunikaci s pacientem považují za prioritní 3 respondentky, čtvrtá ji označila za důležitou pouze částečně.

Všechny respondentky mají občas u pacienta problémy být empatická. Shodly se na situaci s náročným a nespokojeným pacientem (4x), 2 cítí problém s empatií při práci s agresivním pacientem a jedna při simulujícím pacientovi. Situace, kdy musí být více pragmatická (direktivní), zvládá každá z respondentek jinak. R1 uvedla, že „*lépe s delší praxí*“, R2 ji zvládá „*podle situace a okolností*“. Třetí respondentka cítí výhodu spolu se zkušenostmi, poslední sestra tyto situace stále zvládá velmi špatně.

Za dobu svého působení v profesi sestry cítí změnu 2 respondentky v oblasti nadhledu, 2 udávají více empatie, 2 odpovědi zněly zkušenosti v jednání s lidmi. Po jedné odpovědi bylo navíc více pochopení, citu, lidskosti. Jedna respondentka cítí, že s delší praxí si „méně odnáší své problémy z práce domů“. Další odpovědi mapovaly přání změny v profesi všeobecné sestry. Shodně všechny respondentky uvedly přání více financí, 3 odpovědi se souhlasně chtějí větší možnosti prevence přetížení a vyhoření. Po dvou odpovědích zněla větší prestiž a méně administrativy. V dalším přání zněla lepší ochrana sestry, více pravomocí, více personálu a přání možnosti relaxace. Jedna respondentka uvedla, že si přeje „menší negativní vliv na rodinu“.

Poslední otázka mapovala zkušenost sester se situací, kdy nařízení lékaře odporovalo jejich vlastnímu přesvědčení. S takovou situací se setkala pouze jedna respondentka. Tuto situaci popsala: „lékař vykázal z nemocniční ambulance pacienta s větou – není čas, běžte si na polikliniku“.

#### 4.1.2 Rozhovory - studentky

Na otázku, zda sestry ve své praxi uplatňují prvky humanismu, odpověděly dvě studentky, že je to individuální a podle času. Jedna z respondentek si myslí, že je to vždy a jedna uvedla víceméně. Za nejdůležitější zásadu pro profesi sester považují studentky vzdělanost (3x), dále po dvou odpovědích empatii a nadšení z práce. Dalšími variantami byly organizační schopnosti, rychlost, rozhodnost a komunikativnost. V profesi sestry studentky preferují komunikaci a empatii (po dvou odpovědích), po jedné odpovědi schopnost být potřebná, snahu pomoci, zodpovědnost a umění spolupráce.

V otázce na názor, zda je v praxi dostatek praktických návodů (standardů) uvedly dvě respondentky, že jich je dostatek. Jedna odpověď zněla příliš a jedna respondentka si myslí, že je lze vyhledat. Studentky dále vypovídaly k otázce, zda je v praxi lepší řídit se standardy, či vlastní zkušeností. Jako lepší řídit se vlastní zkušeností si myslí dvě studentky, jedna respondentka preferuje standard a jedna uvedla, že: „je lepší vyjít ze standardu a přidat vlastní zkušenost“.

V otázce preference vlastních pocitů či etického kodexu sester a práv pacientů jsou tři respondentky názoru, že důležitá je kombinace všech tří možností. Pouze jedna studentka si myslí, že důležitější jsou etické principy a práva pacientů před vlastní zkušeností. Při otázce důležitosti komunikace s pacientem se všechny studentky shodly, že správná komunikace je v profesi sestry to nejdůležitější.

Problém se schopností být empatická cítí studentky v situacích, kdy jsou v kontaktu s pacientem nepříjemným a zanedbaným (2x). Dalším problémem v empatii byla vlastní nejistota a jedna respondentka nemá problém s empatií nikdy. Pragmatické (direktivní) chování k pacientům je ovšem pro dvě respondentky stále obtížné. Jedna studentka takové chování zvládá s narůstající praxí stále lépe a poslední respondentka se s takovou situací zatím nesešla.

Za dobu své praxe cítí respondentky změnu v tom, že se staly rozhodnější (2x), více jistější (2x). Jedna ze studentek pocítuje méně stresu a další má názor, že podstatně lépe komunikuje. Změnu v profesi sestry by si studentky přály ve vyšším sebevědomí sester (2x), změnu submisivního postavení před lékaři (2x), prestižní postavení ve společnosti (2x) a změně strachu a obav sester se ozvat při nespokojenosti (2x). Jedna respondentka zároveň žádá více času na pacienty.

Žádná ze studentek se za celou dobu praxe nesešla se situací, kdy nařízení lékaře odporovalo jejímu vlastnímu přesvědčení.



**Schéma 1 - Studentky**

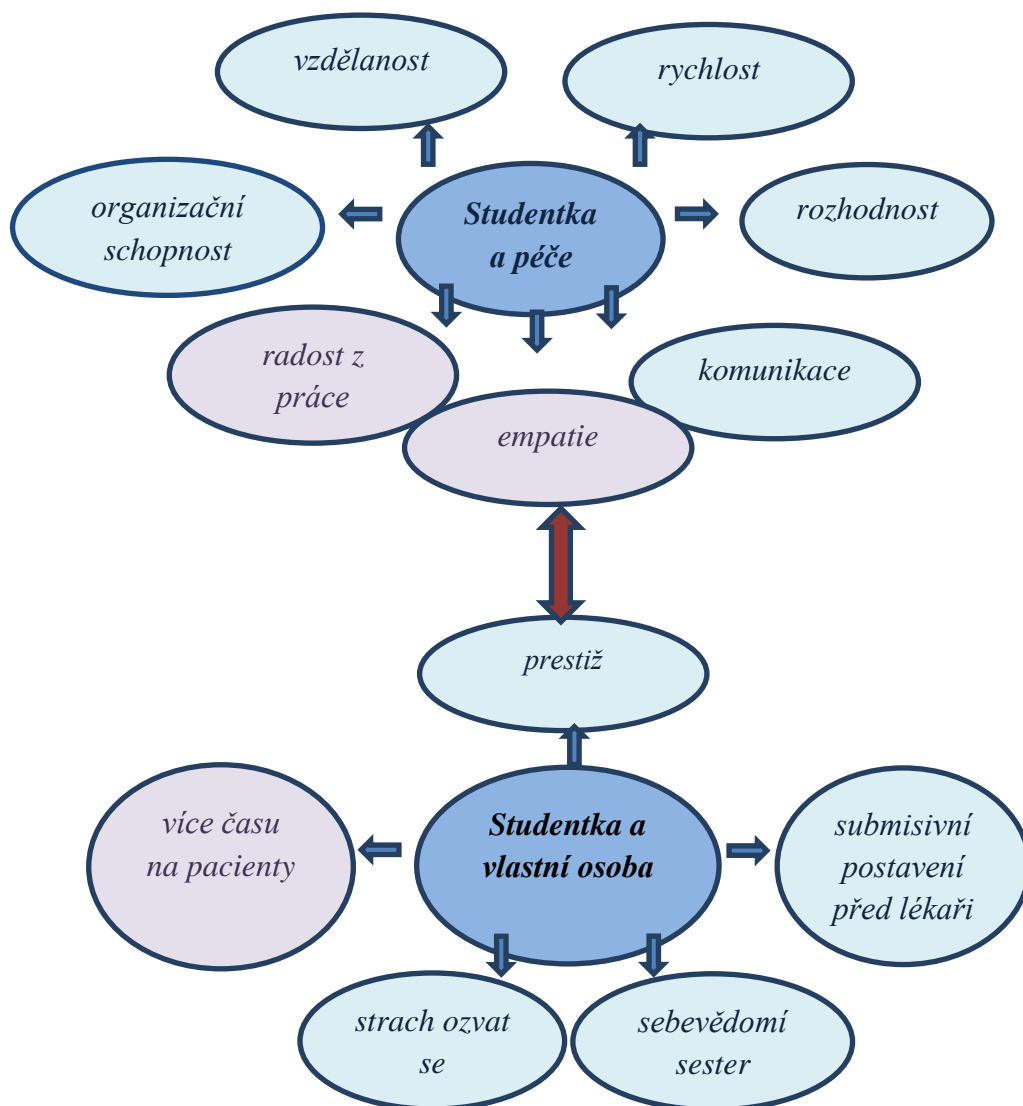


Schéma znázorňuje názor na vztah péče a podmínek z pohledu studentek. Jako nejdůležitější zásady v péči o pacienty uvádějí studentky vzdělanost, rychlost, organizační schopnosti, rozhodnost, komunikaci, radost z práce či empatii. Změnit se pak sestry mají v oblasti sebevědomí, větší prestiže, strachu říct svůj názor, ve svém submisivním postavení před lékařem a je třeba více času na pacienty. Ve schématu jsou barevně odlišeny odpovědi spíše pragmatické (modře) a spíše humanistické (červená).

Schéma 2 - Sestry

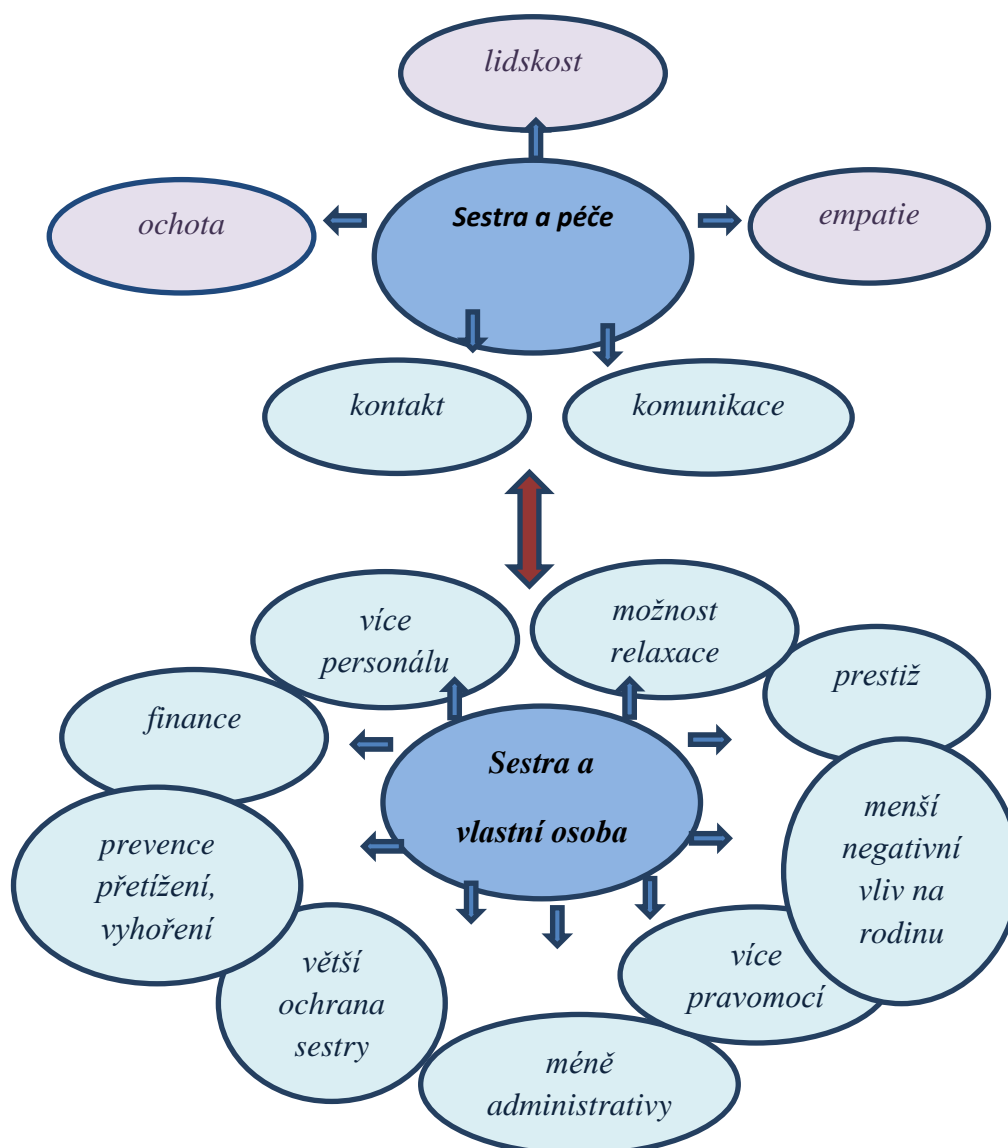
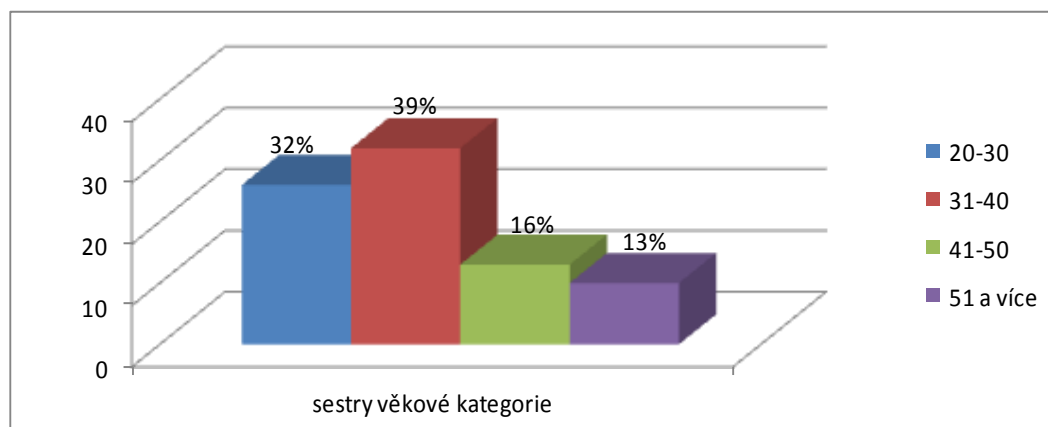


Schéma znázorňuje názory sester na vztah péče o pacienty a daných podmínek. Za nejdůležitější zásady pro péči o pacienty uvedly sestry lidskost, ochotu, empatii, kontakt a komunikaci. Jako podmínky pro sestru si přejí větší prestiž, menší negativní vlivy na rodinu, více pravomocí, méně administrativy, větší ochranu sestry, prevenci přetížení a vyhoření, větší finanční ohodnocení, více personálu a možnost relaxace. Barevně jsou odlišeny odpovědi spíše pragmatické (modrá) a spíše humanistické (červená).

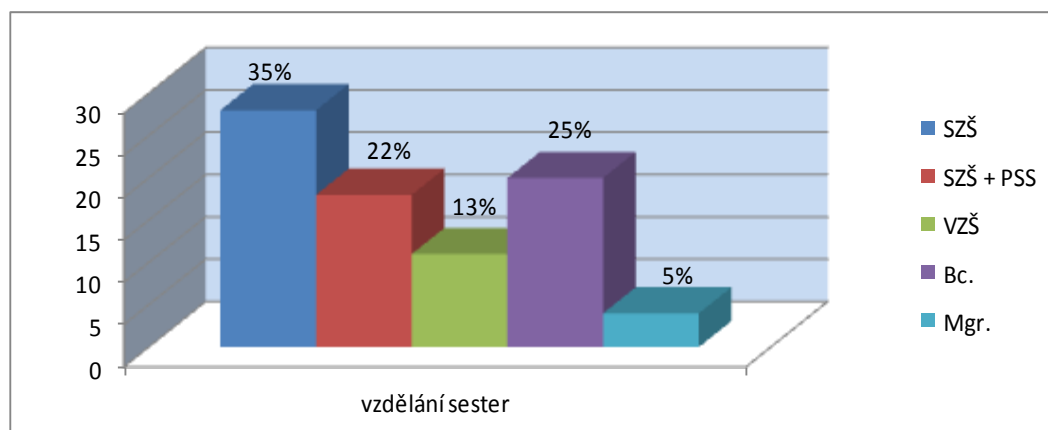
## 4.2 Kvantitativní šetření

**Graf 1: Sestry věkové kategorie**



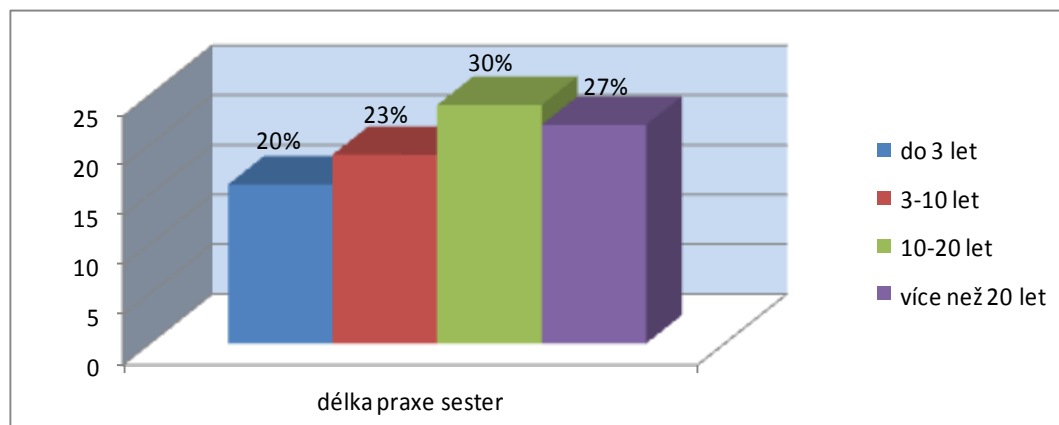
Graf znázorňuje věkové kategorie respondentů – sester. Z celkového počtu 81 bylo 26 (32 %) ve věku 20 – 30 let, 32 (39 %) ve věkové kategorii 31 – 40 let, 13 (16 %) ve věkové kategorii 41 – 50 let a 10 respondentů (13 %) ve věkové kategorii 51 a více.

**Graf 2: Vzdělání sester**



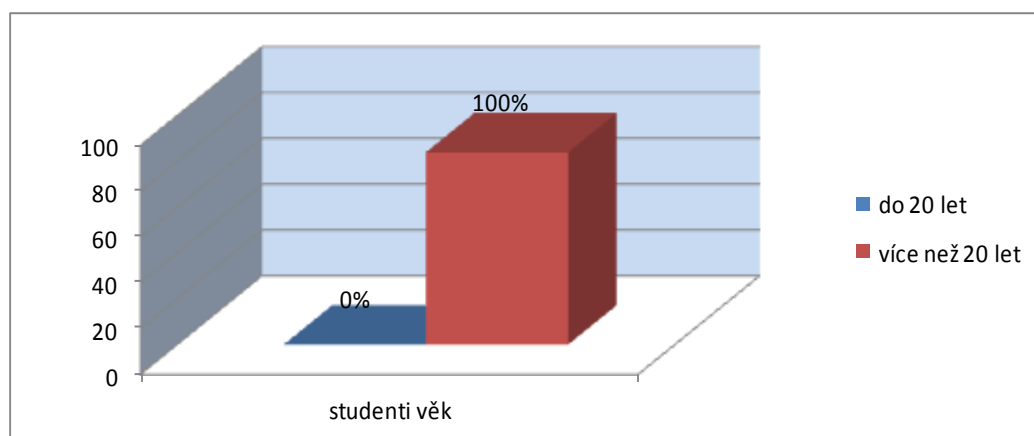
Graf znázorňuje dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu bylo 28 (35 %) sester absolventkami SZŠ, 18 (22 %) má středoškolské vzdělání + PSS, 11 (13 %) absolvovalo na VZŠ, 20 respondentů (25 %) dosáhlo vysokoškolského studia bakalářského a 4 (5 %) respondentů vysokoškolského magisterského studia.

**Graf 3: Délka praxe sester**



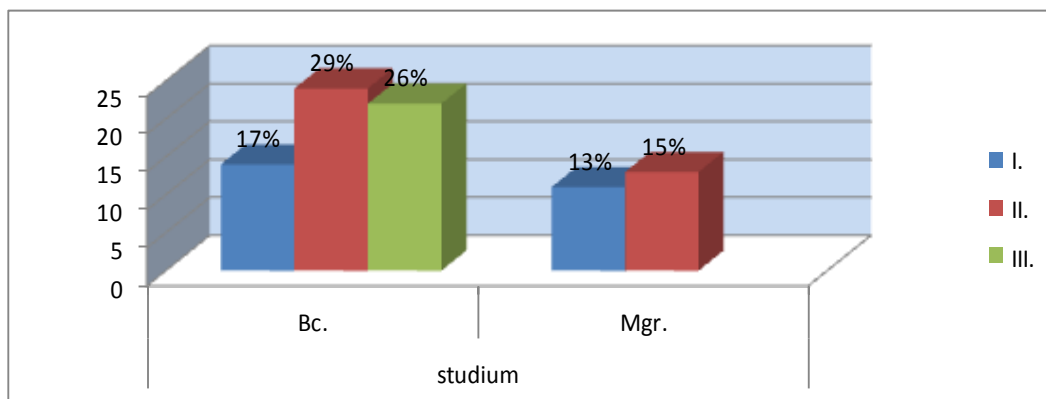
Graf znázorňuje délku praxe ve zdravotnictví u respondentů. Z celkového počtu pracuje 16 (20 %) respondentů ve zdravotnictví do tří let, 19 (23 %) respondentů od 3 do 10 let, 24 (30 %) do 20 let a 22 (27 %) má praxi delší než 20 let.

**Graf 4: Studenti věk**



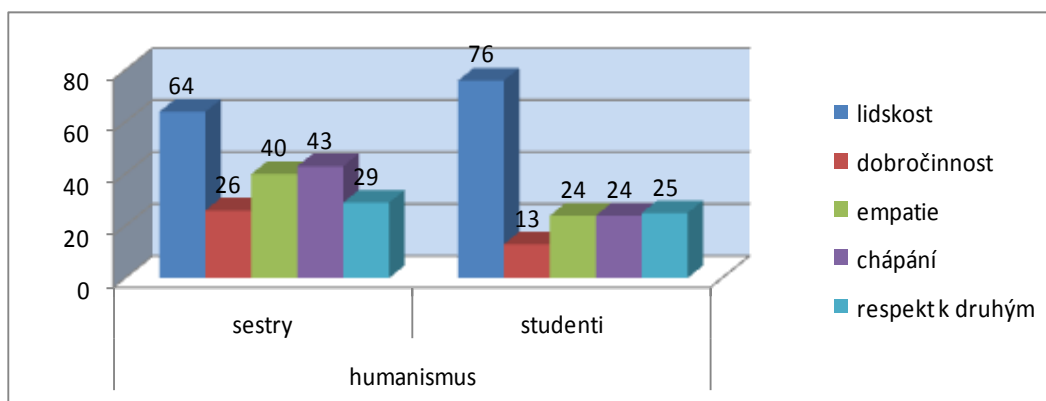
Graf znázorňuje věk studentů. Všechny 84 respondentů bylo ve věku nad 20 let.

**Graf 5: Druh studia respondentů**



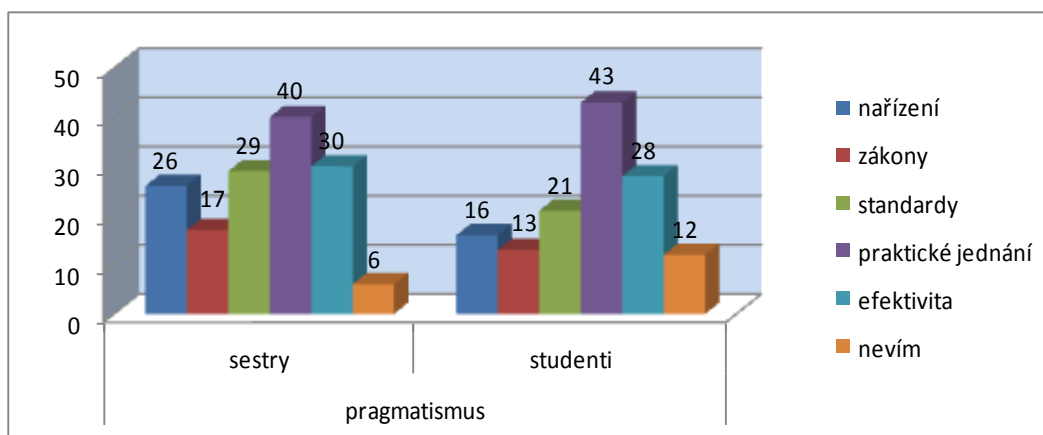
Graf znázorňuje program a ročník studia respondentů. 14 (17 %) respondentů studuje v prvním ročníku bakalářského studia programu ošetrovatelství, 24 (29 %) respondentů studuje ve druhém, 22 (26 %) studuje. V magisterském programu studuje 11 (13 %) respondentů v prvním ročníku a 13 (15 %) ve druhém ročníku programu ošetrovatelství magisterského studia na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích.

**Graf 6: Pojem humanismus**



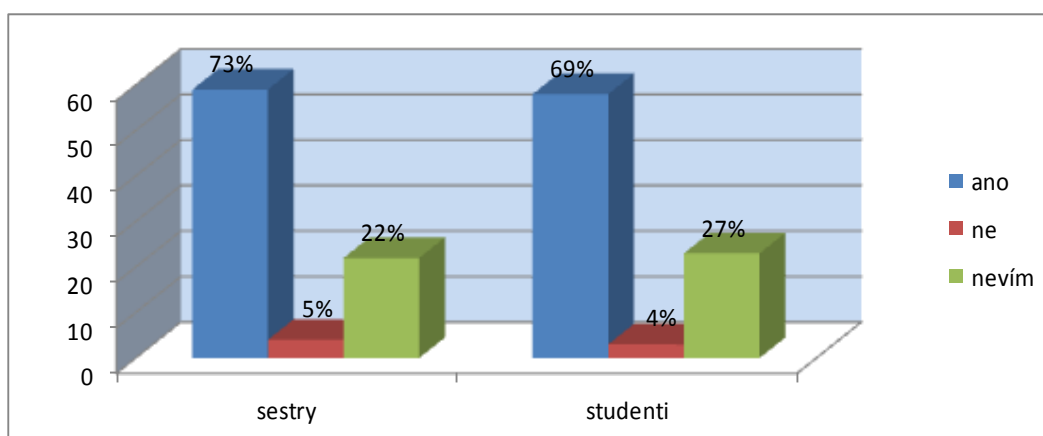
Graf uvádí názory, co znamená pojem humanismus. Bylo možné volit více odpovědí. Nejčastější to byla lidskost (64 sester a 76 studentů). U všeobecných sester dále chápání druhých (43 odpovědí), empatie (40 odpovědí), respekt k druhým (29 odpovědí) a dobročinnost (26 odpovědí). U studentek to byl respekt k druhým (25 odpovědí), 24 odpovědí získaly empatie a chápání druhých. Nejméně (13) získala dobročinnost.

**Graf 7: Pojem pragmatismus**



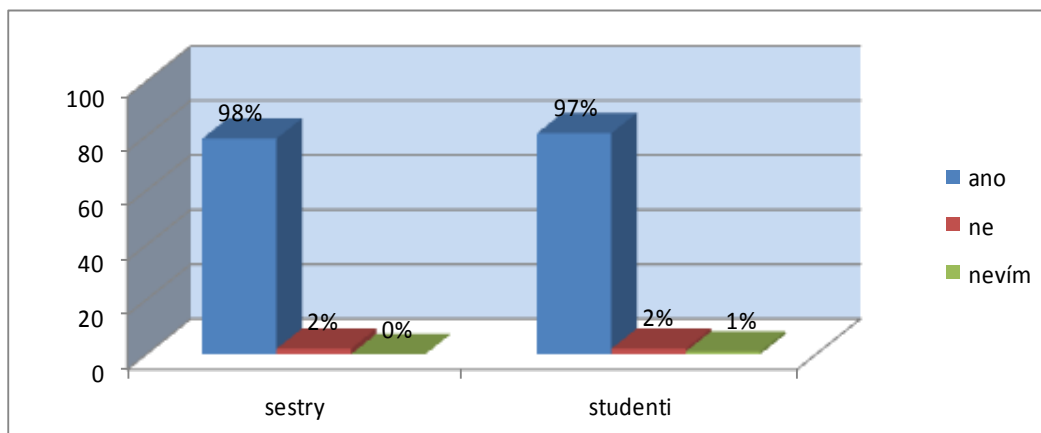
Graf znázorňuje odpovědi respondentů, co znamená pragmatismus. Bylo možné označit více možností. Nejčastější volenou možností studentů bylo praktické jednání (43), dále efektivita (28), standardy (21), nařízení (16) a nejméně odpovědi označilo možnost zákony (13). 2 studentů na otázku odpovědělo nevím. Sestry nejčastěji volily možnost praktické jednání (40), dále efektivita (30), standardy (29), nařízení (26) a nejméně odpovědi označilo možnost zákony (17). 6 sester odpovědělo na otázku nevím.

**Graf 8: Pragmatismus v profesi sestry**



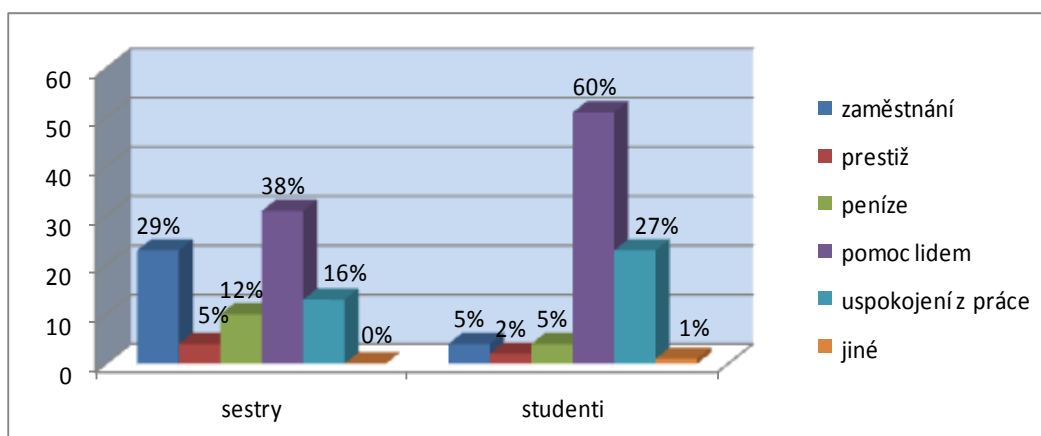
Graf znázorňuje názor, zda pragmatismus patří do profese všeobecné sestry. 59 (73 %) sester odpovědělo ano, 4 (5 %) ne a 22 (22 %) odpovědi bylo nevím. U studentek bylo 58 (69 %) odpovědi ano, 3 (4 %) odpovědi ne a 23 (27 %) odpovědi nevím.

**Graf 9: Humanismus v profesi sestry**



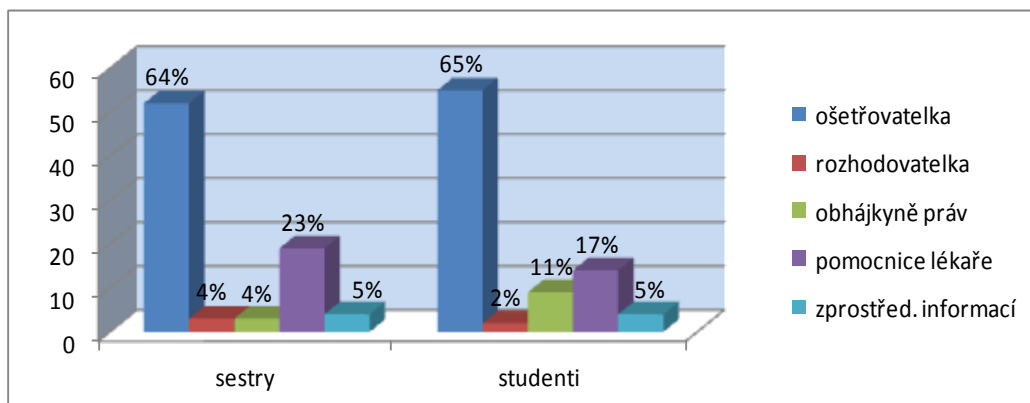
Graf znázorňuje odpovědi, zda humanismus patří do profese sestry. Z respondentek – sester bylo 79 (98 %) odpovědí ano, 2 (2 %) odpovědí ne a žádná nevím. Z odpovědí studentek bylo 81 (97 %) odpovědí ano, 2 (2 %) ne a 1 (1 %) odpověděla nevím.

**Graf 10: Profese sestry**



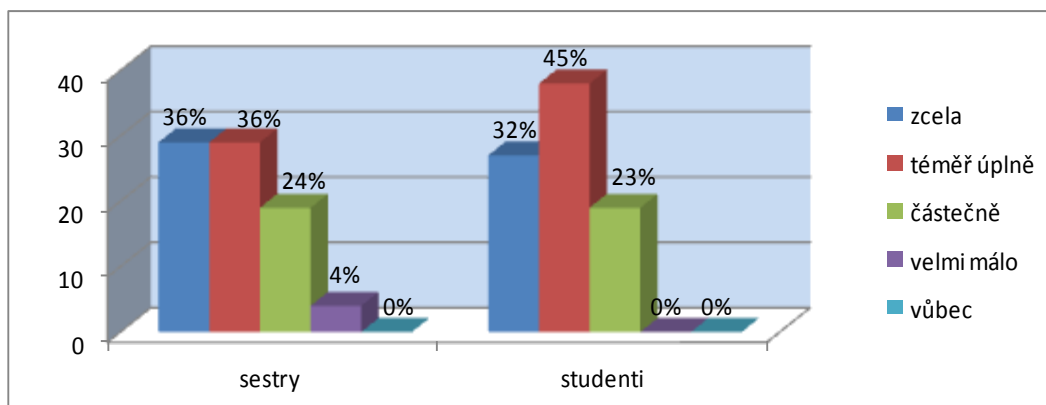
Graf znázorňuje názory, co považují v profesi sestry za nejdůležitější. Sestry považují za nejdůležitější pomoc lidem 31 (38 %), zaměstnání 23 (29 %), 13 (16 %) uspokojení z práce, 10 (12 %) peníze a 4 (5 %) prestiž. Žádná respondentka neuvedla jinou možnost. Studentky uvedly nejvíce 51 (60 %) pomoc lidem, 23 (27 %) uspokojení z práce, shodně 4 (5 %) respondentky uvedly zaměstnání a peníze, 2 (2 %) považují za nejdůležitější prestiž. 1 (1%) respondentka uvedla jiný názor, a to mezilidské vztahy.

**Graf 11: Role sestry**



Zde jsou znázorněny odpovědi, která z rolí sestry je nejdůležitější. Sestry nejčastěji uvedly ošetřovatelka 52 (64 %), dále pomocnice lékaře 19 (23 %), zprostředkovatelka informací 4 (5 %). Nejméně odpovědi označily 3 (4 %) respondentky u dvou možností - rozhodovatelka a obhájkyňe práv. Odpovědi studentek bylo nejvíce 55 (65 %) ošetřovatelka, 14 (17 %) pomocnice lékaře, 9 (11 %) obhájkyňe práv a 4 (5 %) zprostředkovatelka informací. Nejméně studentek 2 (2 %) uvedly rozhodovatelka.

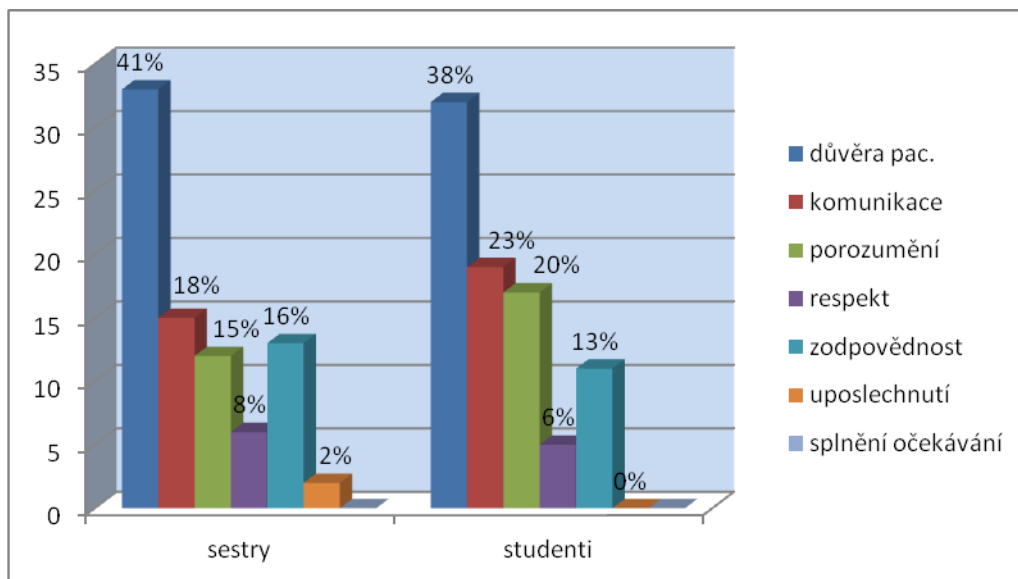
**Graf 12: Naplnění role sestry**



Graf znázorňuje odpověď, nakolik mohou tuto roli naplnit. Zcela odpovědělo 29 (36 %) sester, téměř úplně odpovědělo shodně 29 (36 %) sester, 19 (24 %) si myslí, že částečně a 4 (4 %) odpovědí bylo, že málo, 0 vůbec. 38 (45 %) studentek uvedlo, že téměř úplně, 27 (32 %) si myslí, že zcela a 19 (23 %), že částečně, velmi málo a vůbec žádná.

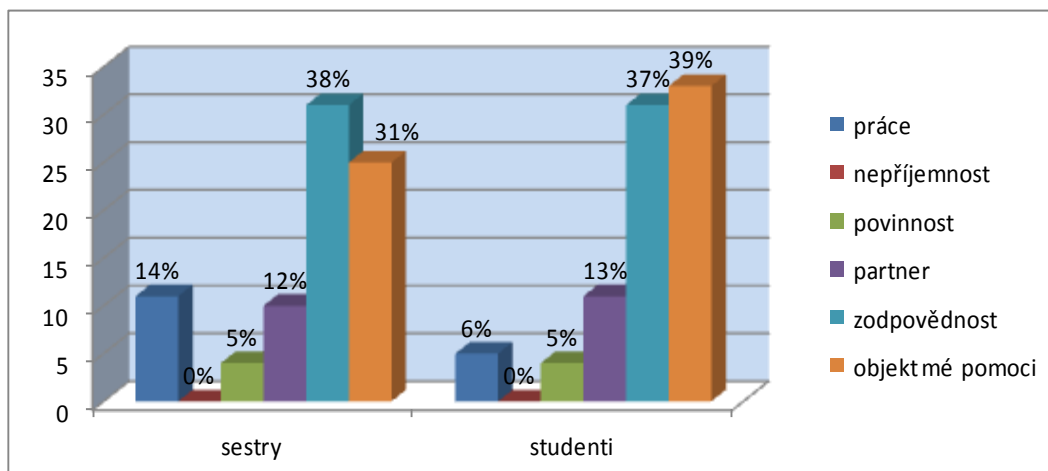


**Graf 13: Vztah s pacientem**



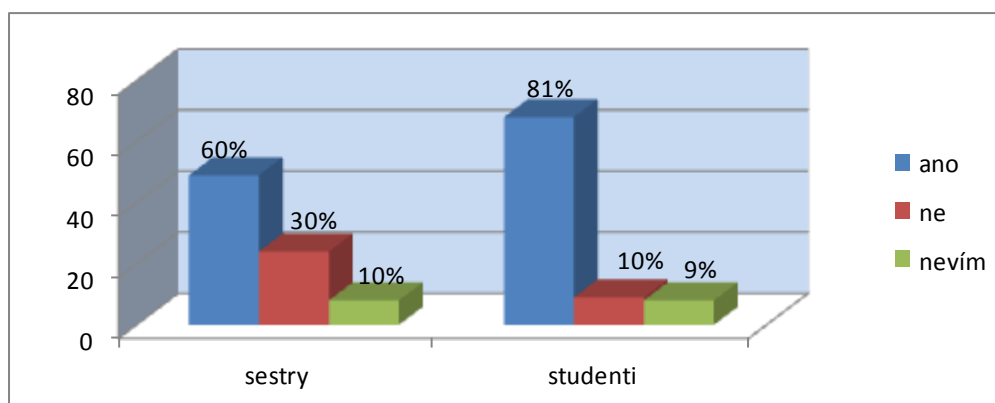
Graf znázorňuje názor respondentek, co je nejdůležitější ve vztahu s pacientem. Odpovědi respondentek sester byly nejčastěji důvěra pacienta ke mně 33 (41 %), dále dobrá komunikace 15 (18 %), 13 (16 %) moje zodpovědnost za pacienta, 12 (15 %) odpovědí znělo vzájemné porozumění. 6 (8 %) odpovědí znělo respekt pacienta ke mně a 2 (2 %) uposlechnutí mých doporučení. Pro žádnou respondentku nebylo ve vztahu s pacientem nejdůležitější splnění očekávání bez poznámek. U respondentek- studentek bylo nejčastější odpovědí důvěra pacienta ke mně 32 (38 %), dále 19 (23 %) dobrá komunikace, 17 (20 %) uvedlo vzájemné porozumění, 11 (13 %) zodpovědnost za pacienta a 5 (6 %) respekt pacienta ke mně. Žádná respondentka – studentka si nemyslí, že nejdůležitější ve vztahu s pacientem je splnění očekávání bez poznámek.

**Graf 14: Co znamená pacient**



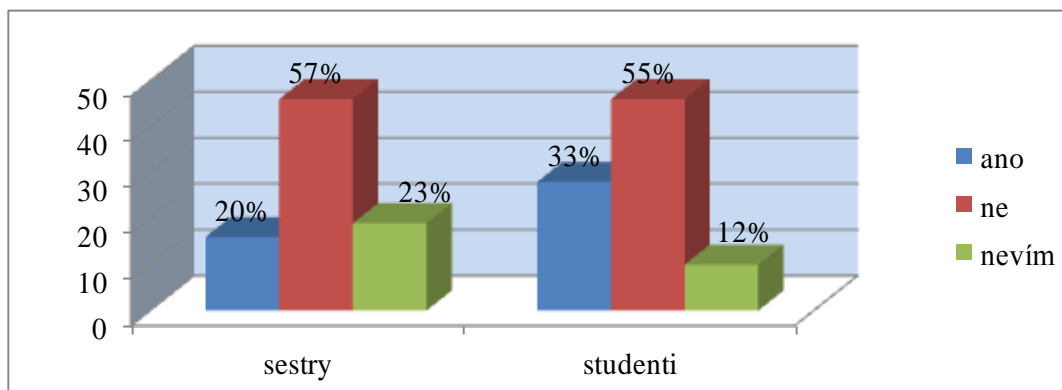
Graf znázorňuje názor, co pro respondentky znamená pacient. Nejčastější odpovědi sester byla zodpovědnost 31 (38 %), 25 (31 %) někoho, komu mohu pomoci, 11 (14 %) práci, 10 (12 %) partnera. Povinnost znamená pacient pro 4 (5 %) sester a žádná neoznačila možnost nepříjemnost. Studentky odpovídaly nejčastěji 33 (39 %) někoho, komu mohu pomoci, dále 31 (37 %) odpovědí bylo zodpovědnost, 11 (13 %) odpovědělo partnera, 5 (6 %) práce a 4 (5 %) povinnost, nepříjemnost nikdo.

**Graf 15: Poslání**



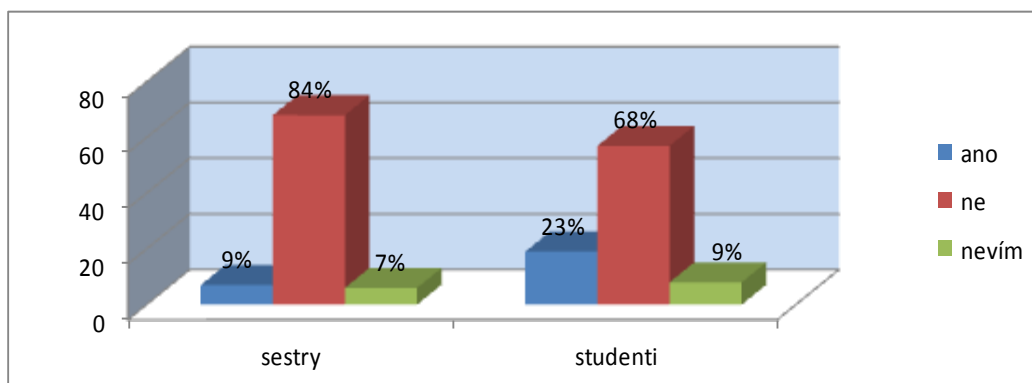
Graf znázorňuje odpovědi respondentek na otázku, zda je profese sestry poslání. 49 (60 %) sester si myslí, že ano, 24 (30 %) sester má názor, že ne, 8 (10 %) respondentek neví. 68 (81 %) studentek odpovědělo, že ano, 9 (9 %) odpovědí bylo ne a 8 (9 %) neví.

**Graf 16: Pravidla**



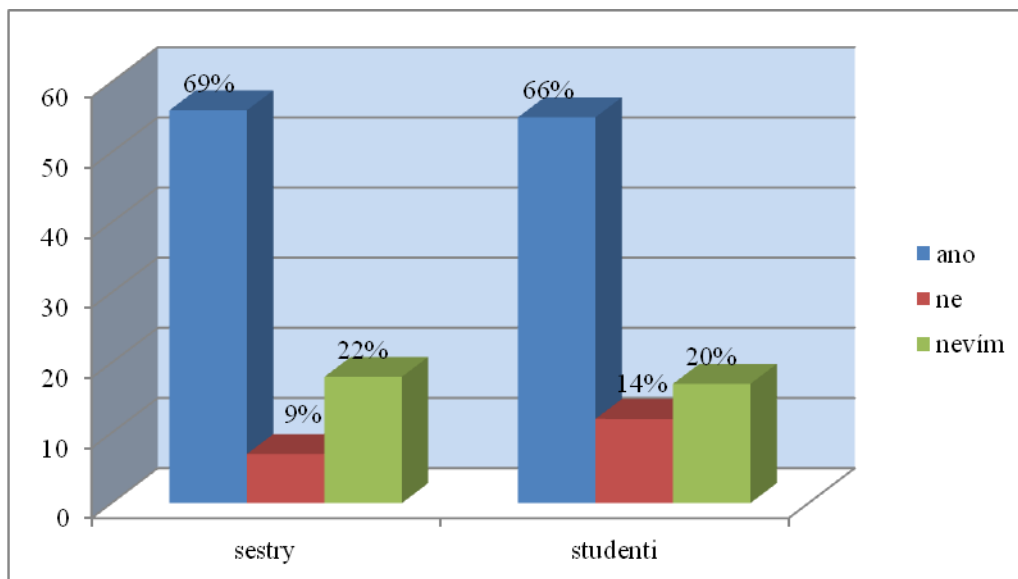
46 (57 %) sester odpovědělo, že v dodržování daných pravidel nebrání nic, 19 (23 %) neví a 16 (20 %) sester si myslí, že ano. 46 (55 %) studentek si myslí, že nebrání nic, 28 (33 %) si myslí, že ano a 10 (12%) neví. Jako důvod uvedly sestry nedostatek času 8, personálu 5 a nesmyslnost nařízení uvedly 3 respondentky. Studentky uvedly nejčastěji čas 28, finance 8, málo personálu 2, příliš administrativy 1 a 1 studentka kolektiv sester.

**Graf 17: Citlivý přístup**



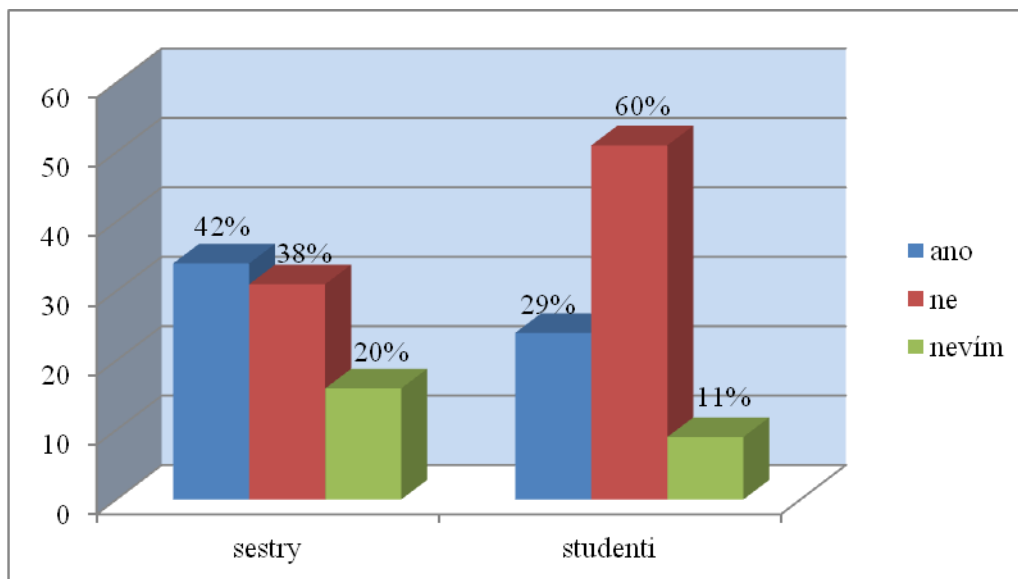
Graf demonstruje odpovědi respondentek, zda něco brání citlivému přístupu k pacientovi. 68 (84 %) sester uvedlo ne, 7 (9 %) ano a 6 (7 %) uvedlo, že neví. 57 (68 %) studentek uvedlo ne, 19 (23 %) si myslí ano a 8 (9 %) studentek neví. Z odpovědí sester je nejvíce uveden čas (5) a nadměrná administrativa (2). Studentkám (8) čas, únava (6), předpojatost, malé uznání pacientů, náročnost povolání, stres a problémy v osobním životě.

**Graf 18: Místo pro humanismus**



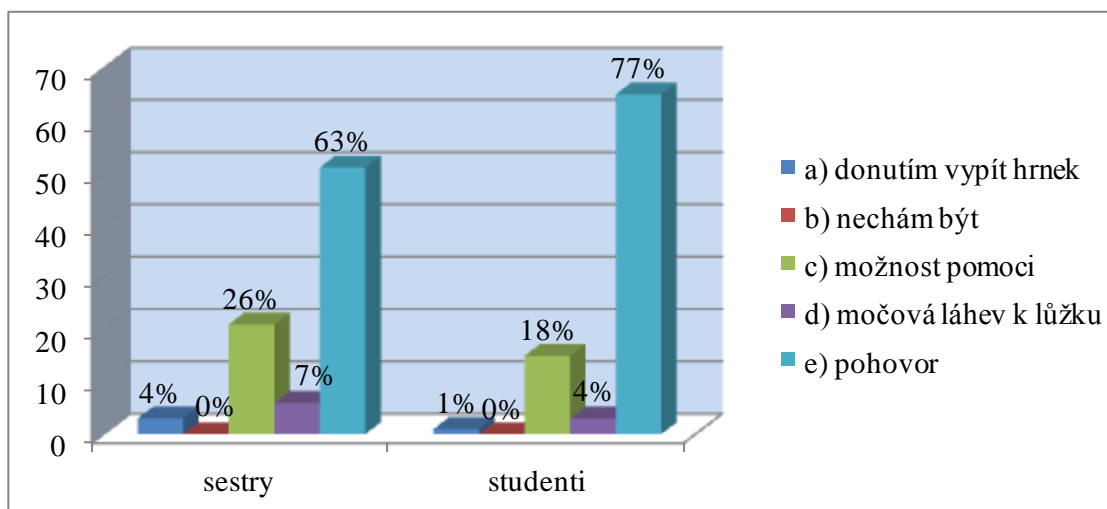
Graf znázorňuje odpovědi, zda je v současné ošetrovatelské praxi místo na humanismus. 56 (69 %) sester odpovědělo ano, 7 (9 %) odpovědělo ne a 18 (22 %) respondentek – sester odpovědělo nevím. 55 (66 %) studentek si myslí, že ano, 12 (14 %) ne a 17 (20 %) studentek neví. Jako vysvětlení uvedly sestry důvody, že ošetrovatelství je o lidech, humanismus práci sestry prolíná, patří to k profesi, je smyslem ošetrovatelství, filosofií ošetrovatelství. Jako vysvětlení, proč pro humanismus není místo, byl ve všech (7) případech uveden nedostatek času. Studentky uvedly jako vysvětlení, proč humanismus má místo v současném ošetrovatelství, důvody, že je to filosofie ošetrovatelství, práce o lidech, ošetrovatelství je lidské, sestra musí být humánní, bez humanismu nejde tuto práci dělat. Jako důvod pro odpověď, že zde místo pro humanismus není, byl ve všech případech čas a vytíženost sester.

**Graf 19: Změna přístupu**



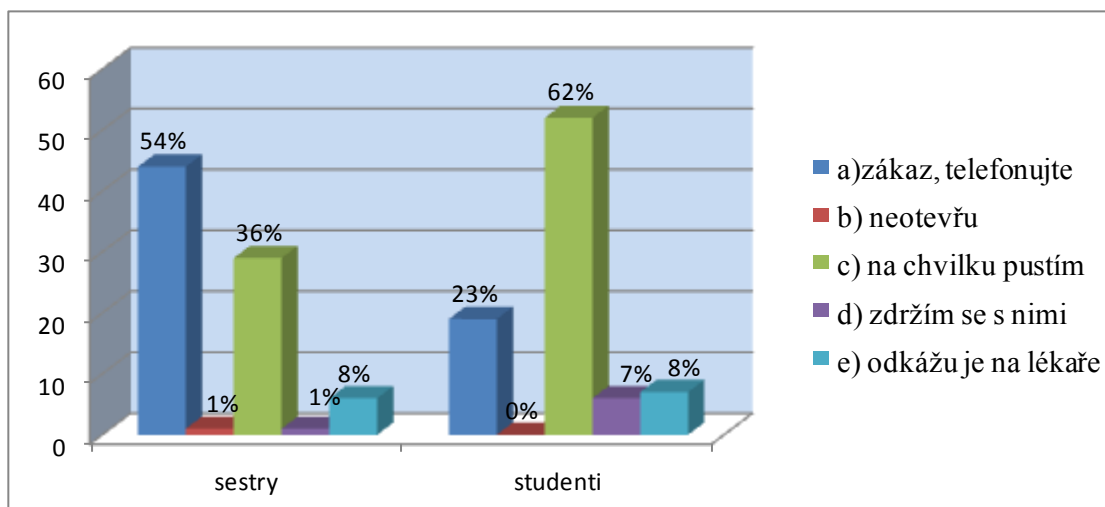
Graf znázorňuje odpovědi, jestli u respondentek došlo za dobu jejich praxe ke změně přístupu k pacientovi. 34 (42 %) respondentek – sester si myslí, že ke změně došlo, 31 (38) si myslí, že ke změně nedošlo, 16 (20 %) sester je neví. 24 (29 %) studentek si myslí, že ke změně došlo, 51 (60 %) studentek změnu popírá a 9 (11 %) neví. Respondentky – sestry uvedly změny v oblastech komunikace, přecitlivělosti, zodpovědnosti, „nošení si problémů domů“, zkušeností, ale i méně nadšení, větší obavy ze stížností a náročnost práce. Jedna sestra si myslí, že lépe chápe pacientův strach. Respondentky – studentky si myslí, že ke změnám došlo v oblastech komunikace, pohledu na pacienta, zodpovědnosti, zkušeností, vstřícnosti, pochopení, empatie, vlastních emocí, otevřenosti. Jedna studentka si myslí, že je direktivnější a další, že se snaží vidět pacienta „holisticky“.

**Graf 20: Příklad s pitným režimem**



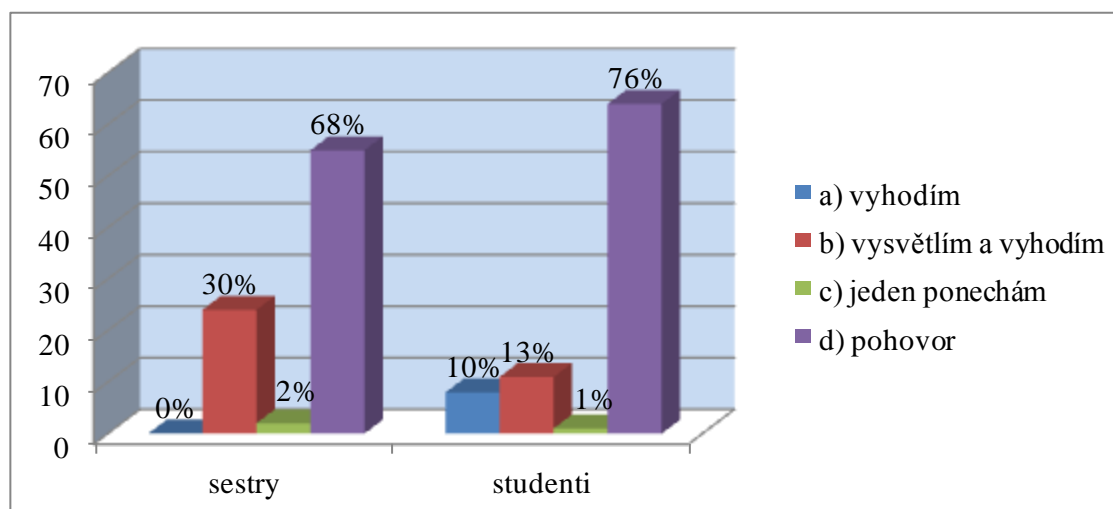
Graf znázorňuje odpovědi na situaci s pacientem, který odmítá tekutiny, protože se mu špatně vstává z lůžka na WC. Nejvíce 51 (63 %) sester uvedlo odpověď e): (popovídám s pacientem, vysvětlím mu důležitost příjmu tekutin a společně vymyslíme vhodné řešení), dále c): (zjistím, jak mu mohu pomoci – snížit lůžko, schůdky) 21 (29 %), 6 respondentek uvedlo odpověď d): (dám mu k posteli močovou láhev) a 3 (4 %) odpověď a): (donutím ho ihned vypít hrnek). Žádná ze sester by neřešila situaci podle vzoru b): (nechám ho být, je to jeho věc). Studentky by nejčastěji řešily situaci řešením e) 65 (77 %), dále c) 15 (18 %), d) 3 (4 %) a a) 1 (1 %). Opět by žádná studentka situaci neřešila řešením b).

**Graf 21: Situace se zákazem návštěv**



Graf znázorňuje odpovědi na situaci se zákazem návštěv. 44 (54 %) sester by zvolilo řešení a): (vysvětlím návštěvě, že je zákaz, odkáži je na telefon), 29 (36 %) řešení c): (za dodržení bariérových opatření je na chvíli pustím), 6 (8 %) řešení e): (při jejich neústupnosti je odkáži na lékaře), a po jedné (1 %) sestře řešení b): (neotevřu, mají zákaz vypsaný na dveřích) a d): (návštěvu k pacientovi dovedu a zdržím se s nimi). Respondentky – studentky by volily řešení c) 52 (62 %), a) 19 (23 %), e) 7 (8 %) a d) 6 (7 %). Žádná ze studentek by situaci neřešila možností b).

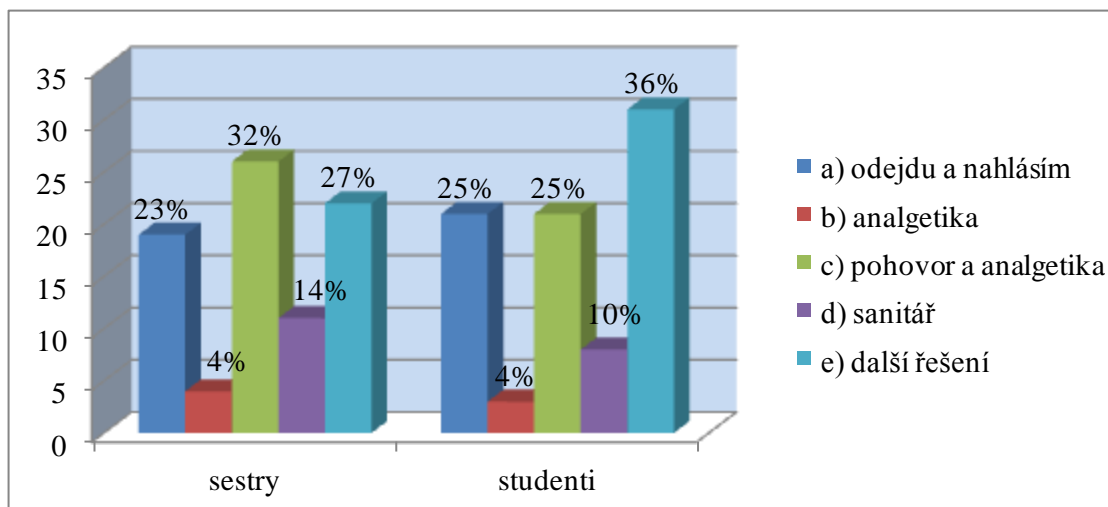
**Graf 22: Situace s dietou**



Graf znázorňuje odpovědi respondentek na řešení situace s pacientem s diabetickou dietou a bonbony. 55 (68 %) sester by ji řešilo možností d): (promluvím s ním o vhodné dietě a doporučím diabetické sladkosti), 24 (30 %) možností b) :(vysvětlím znovu dietu a sáček vyhodím), 2 (2 %) možností c): (ponechám mu jeden bonbon a zbytek vyhodím). Žádná sestra by situaci neřešila možností a): (okamžitě vyhodím). Respondentky studentky odpovídaly nejvíce d) 64 (76 %), dále b) 11 (13 %), a) 8 (10 %) a možnost c) volila 1 (1 %) studentka.

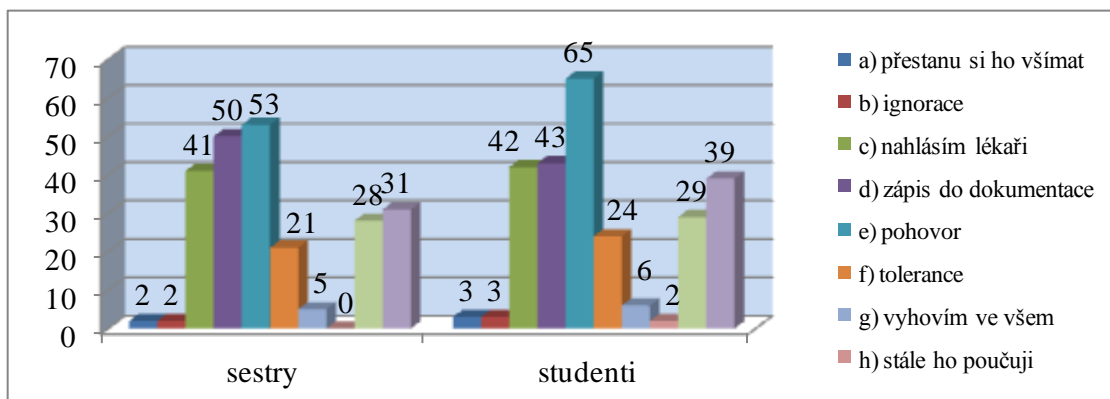


**Graf 23: Situace s vyšetřením**



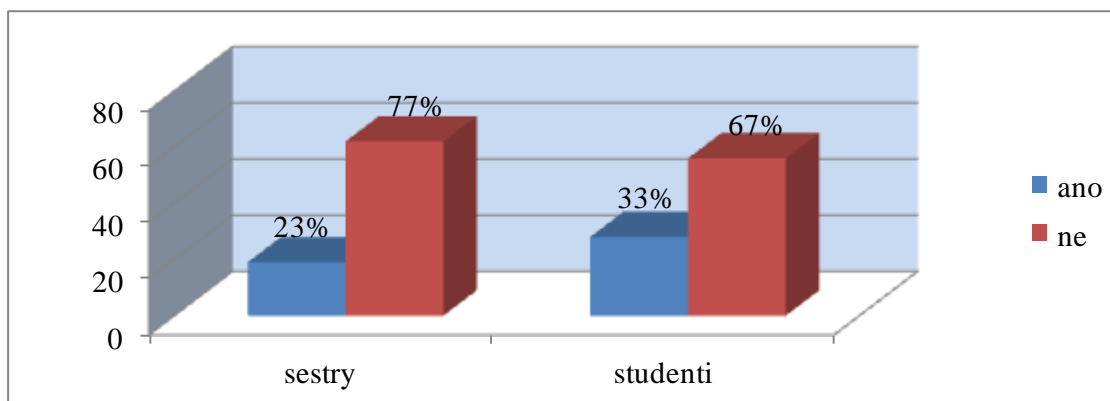
Graf znázorňuje odpovědi respondentek na otázku, jak by řešily další ze situací. Lékař čeká na pacienta, ten odmítá vstát z lůžka a udává bolesti. Možnost a) odchod a oznámení situace lékaři, volilo 19 (23 %) sester, b) aplikaci analgetik 3 (4 %) sester, 26 (32 %) sester by s pacientem promluvilo, vysvětlilo důvod a podalo analgetika. Zavolat sanitáře a pacienta odvézt volilo 11 (14 %) a na základě rozhovoru zjistit možnosti řešení 22 (27 %) respondentek sester. Studentky řešily situaci odchodem z pokoje 21 krát (25 %), aplikací analgetik 3 (4 %), promluvou a analgetiky 21 (25 %), sanitářem 8 (10 %) a dalším řešením na základě rozhovoru 31 (36 %) respondentek - studentek.

**Graf 24: Situace s konfliktním pacientem**



U situace s konfliktním a nespokojeným klientem bylo možno volit více odpovědí. Nejčastěji volily možnost e) s pacientem promluví a zkusím zjistit důvod (53 sester a 65 studentek), d) provedu zápis do dokumentace (50 sester a 43 studentek). Situaci nahlásí lékaři (41 sester a 42 studentek), usměrnit pacienta se pokusí 31 sester a 39 studentek, režim připomene 28 sester a 29 studentek. Tolerantní k pacientovi by bylo 21 sester a 24 studentek. Možnost g) pokusím se ve všem vyhovět (5 sester a 6 studentek), a) přestanu si ho všímat (2 sestry a 3 studentky), budu ho očividně ignorovat (2 sestry a 3 studentky). Možnost h) nevolila žádná sestry a jen 2 studentky.

**Graf 25: Takhle se to u nás prostě dělá!**



Graf ukazuje odpovědi na frázi: „*takhle se to tady u nás prostě dělá!*“. 19 (23 %) sester tuto otázku slyšelo, 62 (73 %) ne. 28 (33 %) studentek tuto frázi již slyšelo, 56 (67 %) ne.

**Tabulka 1: Vysvětlení fráze – sestry**

<b>Číslo</b>		<b>Počet odpovědí</b>
1.	Neradi přijímají nové věci	3
2.	Poučování nové pracovnice	5
3.	Zvyklosti oddělení	11
4.	Změna se těžko prosazuje	1
5.	Při nástupu na nové pracoviště	2
6.	Praxe daného oddělení	1
7.	Specifika na oddělení	1
8.	Tento způsob je ověřený, nejlepší	18
9.	Nechceme změny	7
10.	Lenost, neochota změny	2
11.	Zajetý postup, rutina	6
12.	Drž ústa a krok	2
13.	Konec diskuze	3
14.	Tak to tu chodí	3
15.	Tak se dá najevo autorita	2
16.	Tak to prostě budeš dělat	5
17.	Nevím	9
<b>Celkem počet odpovědí</b>		<b>Počet respondentů - 81</b>

Tabulka znázorňuje odpovědi sester na vysvětlení fráze „*takhle se to u nás dělá*“. Nejvíce (18) respondentek si tuto frázi vysvětluje jako „*ověřený, nejlepší způsob*“; dále jako zvyklosti oddělení (11 sester). „*Nechceme změny*“ uvedlo 7 sester, „*rutinu*“ 6 sester, 5 odpovědí znělo „*poučování nové pracovnice*“ a příkaz „*tak to prostě budeš dělat*“. Shodně 3 odpovědi zněly „*neradi přijímají nové věci*“, „*konec diskuze*“ a „*tak to tu chodí*“. 2 odpovědi uvedly, že tak se dá najevo autorita; lenost, neochota změny; dále „*drž ústa a krok*“ a „*tak se dá najevo autorita*“. Jedna respondentka si myslí, že fráze vyjadřuje praxi daného oddělení a jedna ji chápe jako specifika daného oddělení. 9 respondentek – sester nevědělo.

**Tabulka 2: Vysvětlení fráze studentky**

Číslo		Počet odpovědí
1.	Na oddělení mají své zvyklosti	17
2.	Zavedená pravidla, která nezměníš	7
3.	Ověřený postup, který funguje	8
4.	Nestandardní postup	13
5.	Nepřijímají nové zvyky, i když jsou lepší	12
6.	Tady se budeš řídit podle nás	2
7.	Drž ústa a krok	4
8.	Nechceme nic měnit	3
9.	Nedostatek kritického myšlení	1
10.	Stereotyp	1
11.	Zařad' se	1
12.	Takhle si to ulehčujeme	3
13.	Nástup na nové oddělení	4
14.	Nevím	8
<b>Celkem počet odpovědí</b>		<b>Počet respondentů - 84</b>

Tabulka znázorňuje odpovědi respondentek - studentek na vysvětlení fráze „*takhle se to u nás dělá*“. Nejvíce studentek (17) si myslí, že jde o zvyklosti oddělení. 13 respondentek si ji vysvětluje jako nestandardní postup, 12 odpovědělo „*nepřijímají nové zvyky, i když jsou lepší*“. 8 odpovědí znělo – „*ověřený postup, který funguje*“ a 8 nevím. Jako „*zavedená pravidla, která nezměníš*“ ji chápe 7 studentek. 4 studentky si myslí, že

se tato fráze může říkat při nástupu na nové oddělení a 4 jako „*drž ústa a krok*“. Po 3 odpovědích znělo „*takhle si to ulehčujeme a nechceme nic měnit*“. 2 respondentky ji chápou jako „*tady se budeš řídit podle nás*“. Po jedné studentce si frázi vysvětlují jako nedostatek kritického myšlení, stereotyp a rozkaz „*zařad' se*“.

**Tabulka 3: Situace sestry**

<b>Číslo</b>	<b>Situace</b>	<b>Počet odpovědí</b>
1.	Při nástupu na oddělení	2
2.	Při zaučení služebně starší sestrou	2
3.	Služby lékařům – donáška novin, svačín	1
4.	Odběr krve na glykémii bez použití kapiláry	3
5.	Léky nepodány dle zvyklostí pacienta	1
6.	Odlišné lepení svodů na EKG záznam	1
7.	Opakovaná sterilizace pomůcek na jedno použití	1
8.	Noční buzení pacientů na ranní měření TT	1
9.	Nepřiměřené šetření pomůckami	1
10.	Léky se podávají v 8 hod. po snídani a polední v 11 hod před obědem, tedy již po 3 hodinách	1
11.	Podání časovaných léků ve standardní dobu (pro oddělení), ne pro pacienta	1
12.	Nestandardní šetření materiálem	3
13.	Jiné (nestandardní) postupy při vyšetření	1
<b>Celkem počet odpovědí - 13</b>		<b>Počet respondentů - 19</b>

V tabulce jsou uvedeny odpovědi sester, jaké situace mají spojeny s frází „*takhle se to u nás prostě dělá*“. Shodně 3x uvedly situace – odběr krve na glykémii bez použití kapiláry a nestandardní šetření materiálem. 2x šlo o situace – zaučení služebně starší sestrou, nástup na oddělení. Dále šlo o situace nestandardních služeb lékařům, nepodání

léků dle zvyklosti pacienta, odlišné lepení svodů EKG, sterilizace pomůcek na jedno použití. Další respondentky uvedly noční buzení pacientů na měření ranní TT, nepřiměřené šetření pomůckami, podávání léků ve špatných časových intervalech, nestandardní postup při vyšetření a opět podání léků v jinou dobu, tentokrát časovaných.



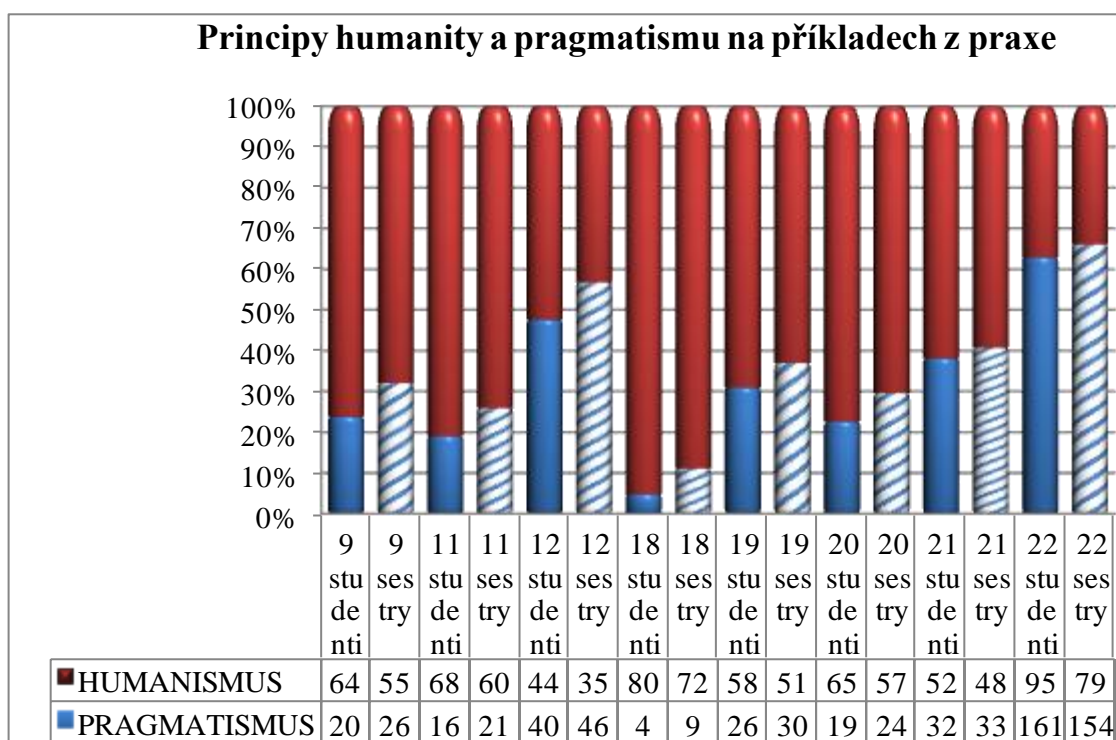
**Tabulka 4: Situace studentky**

Číslo	Situace	Počet odpovědí
1.	Při zahájení praxe na oddělení – zápis do dokumentace	2
2.	Při zahájení praxe na oddělení – příprava léků	1
3.	Pacient před operací – ne úschova cenností na odd.	1
4.	První doba porodní v jedné poloze, ne pomůcky	1
5.	Nedostatek informací pacientům	1
6.	Nestandardní postup	3
7.	Denní počet plen na výměnu pro jednoho pacienta	1
8.	Použité ampule ponechané v emitní misce	1
9.	Infuze – není popsána na láhvi, ale na papírku a připevněna gumičkou	1
10.	Pacient s plánovaným propuštěním hodiny čeká – nepřipravena administrativa	1
11.	Koupelele dle harmonogramu, ne dle přání pacienta	2
12.	Aplikace s.c. injekce ne dle standardu	1
13.	Cévkování ne zcela sterilně	2
14.	Odběr glykemie bez kapiláry	4
15.	Převazy ne zcela sterilně	3
16.	Zápis do teplotní tabulky bez měření a v nevhodný čas	1

17.	Nepamatuji se	2
<b>Celkem počet odpovědí 17</b>		<b>Počet respondentů - 28</b>

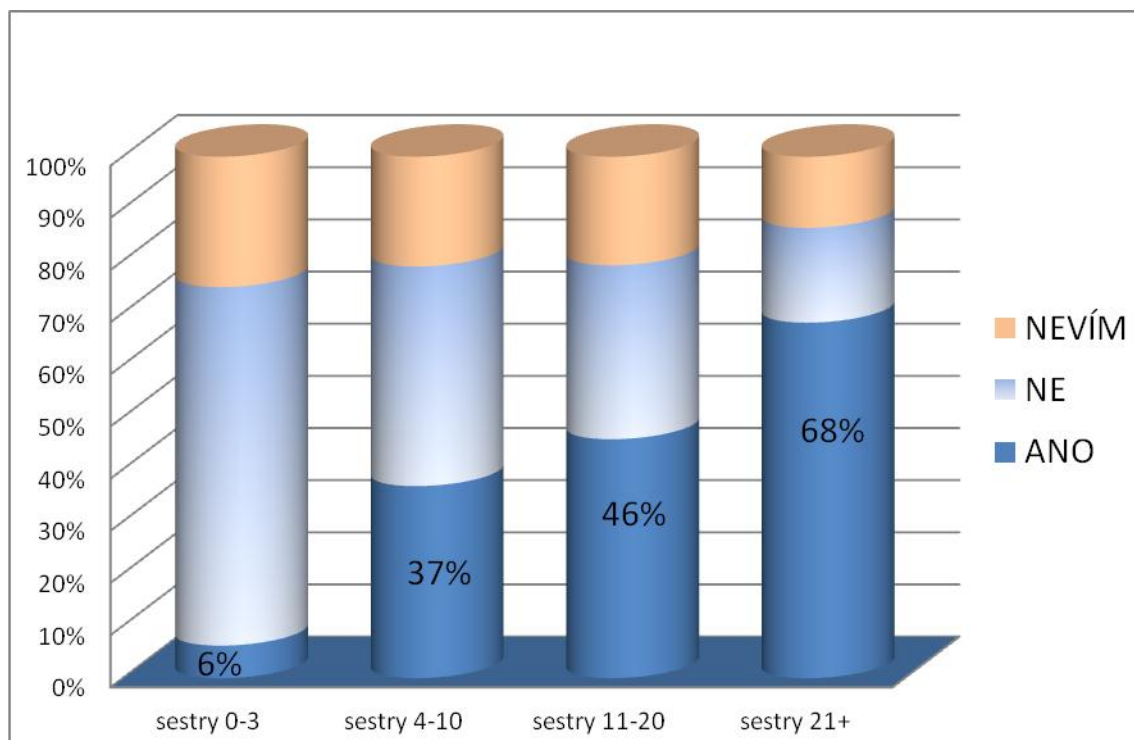
V tabulce jsou uvedeny situace, popsané studentkami. Tyto situace jsou zkušenostmi studentek, kdy se setkaly s frází, „*takhle se to u nás prostě dělá*“. Nejvíce studentek (4) uvedlo situaci s odběrem krve na glykémii bez použití kapiláry, dále po 3 odpovědích to byl nestandardní postup a ne zcela sterilní převazy. Po 2 odpovědích zněl – zápis do dokumentace při zahájení praxe, koupel dle harmonogramu a ne dle přání pacienta, ne zcela sterilní cévkování pacienta a dvě studentky si již situaci nepamatovaly. Po jedné to byly situace – při zahájení praxe příprava léků, neuschování pacientových cenností na oddělení po dobu operace, nepodání dostatečných informací pacientovi, limit jednorázových plen na pacienta a den. Další studentky se s frází setkaly v situaci, kdy pacientky trávila první dobu porodní pouze v jedné poloze a bez pomůcek, na inspekci se nechávají použité ampule od léků v emitní misce; infuzní lahev není popsána, pouze je opatřena lístečkem s napsaným jménem pacienta a ten je k infuzi přichycen gumičkou. Dalšími příklady byl pacient s plánovaným propuštěním, který dále v nemocnici hodiny čeká, protože není připravena administrativa; aplikace s.c. injekce nestandardně a zápis TT do teplotní tabulky bez jejího změření a navíc v nevhodný čas.

**Graf 26: Přehled odpovědí**



Tento graf znázorňuje v přehledu odpovědi respondentek v kategoriích humanismu a pragmatismu. Otázka č. 9 (graf 11) zjišťovala, kterou z rolí sestry považují respondentky za nejdůležitější, co je nejdůležitější ve vztahu k pacientovi znázorňuje otázka č. 11 (graf 13), č. 12 (graf 14) ukazuje odpovědi na otázku, co pro respondentky znamená pacient. Otázky č. 18 – 22 znázorňují odpovědi respondentek na různé situace s pacienty a výběru možností jejich řešení. Odpovědi byly rozděleny na pragmatické a humanistické, následně členěny. Pragmatické odpovědi jsou znázorněny v barvě modré, humanistické v barvě červené. Pro názorné odlišení jsou pragmatické odpovědi sester začátků sloupců modro bíle pruhované.

**Graf 27: Změna přístupu sester**

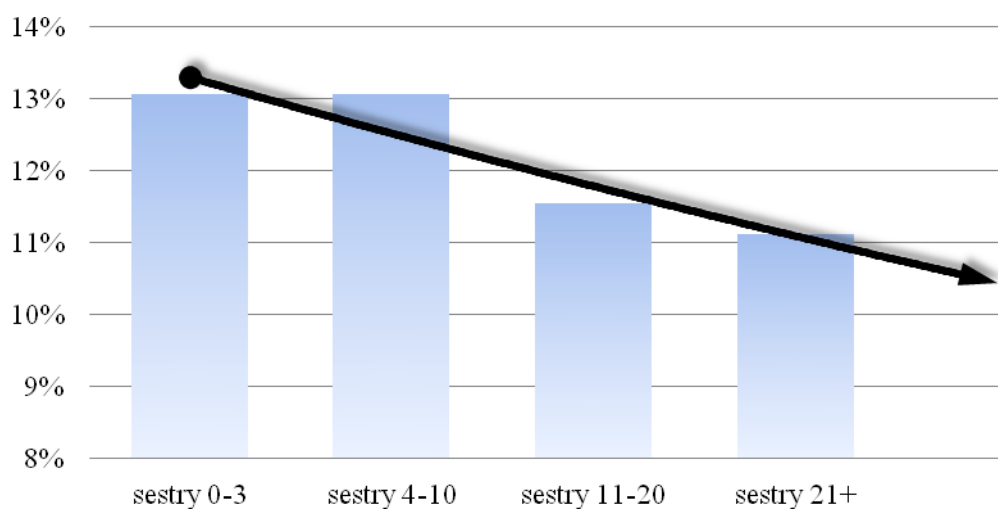


V grafu jsou v kategoriích statisticky znázorněny odpovědi respondentek na otázku 17 (graf 19), která se tázala na pocit změny přístupu k pacientovi za dobu praxe respondentek a jsou uvedena do souvislosti s dobou praxe sester. V kategorii 0 – 3 roky cítí změnu 6 % sester, v kategorii 4 – 10 let praxe 37 % sester, v kategorii 11 – 20 let je to 46 % sester. V kategorii 21 a více let cítí změnu ve svém přístupu k pacientovi již 68 % sester.

Respondentky uvedly tyto změny v oblastech komunikace, přecitlivělosti, zodpovědnosti, „nošení si problémů domů“, zkušeností, ale i méně nadšení, větší obavy ze stížností a náročnost práce. Jedna sestry si myslí, že lépe chápe pacientův strach.

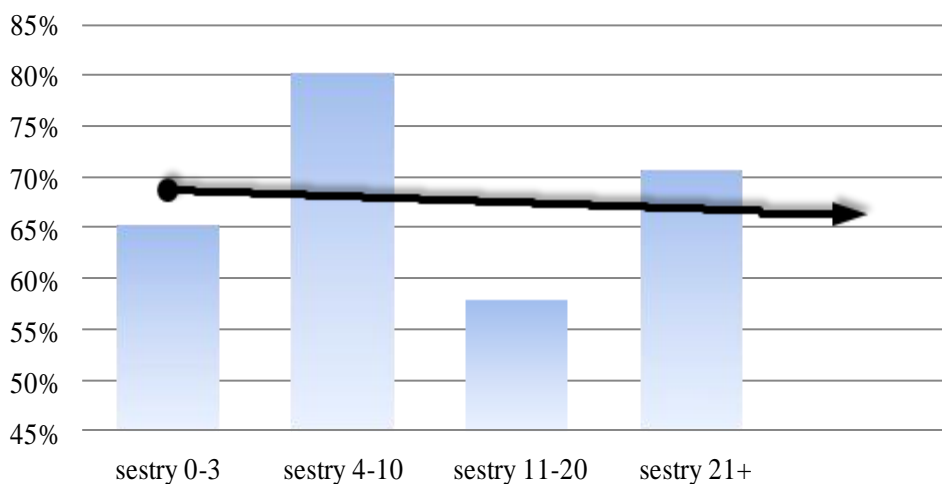
### 4.3 Trendy pragmatického přístupu

**Graf 28: Pitný režim**



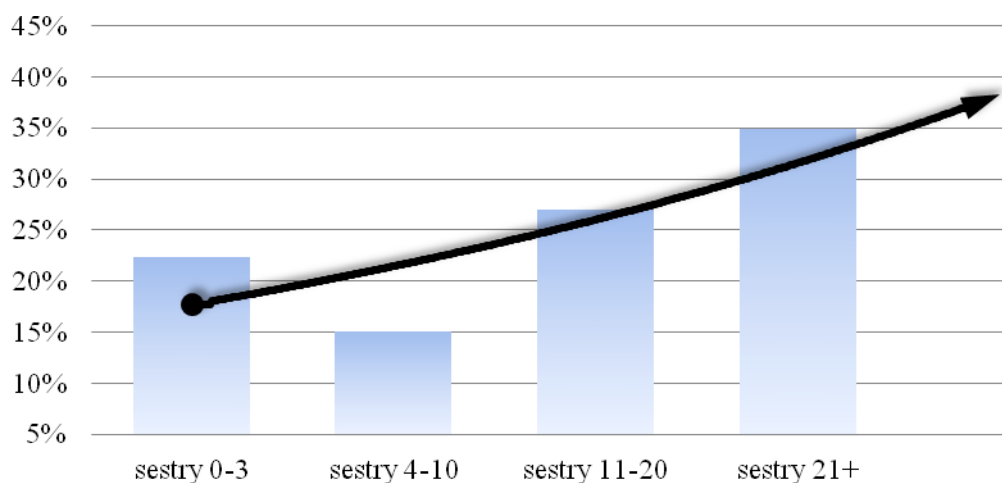
Graf znázorňuje přehled odpovědí respondentek v jednotlivých kategoriích dle délky praxe. Odpovědi byly členěny na humanistické a pragmatické. Graf má výrazně klesající trend pragmatického přístupu, sestry v kategorii 0 – 3 roky praxe tudíž volily pragmatičtější možnosti odpovědí než ostatní kategorie.

**Graf 29: Zákaz návštěv**



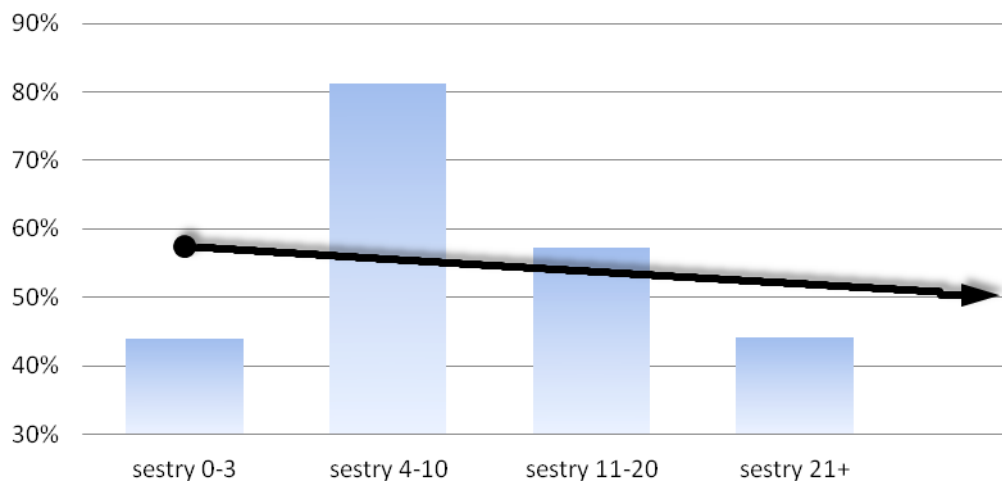
Graf znázorňuje statistický přehled pragmatických odpovědí respondentek – sester na otázku se situací se zákazem návštěv. Graf ukazuje mírně klesající trend.

**Graf 30: Dieta**



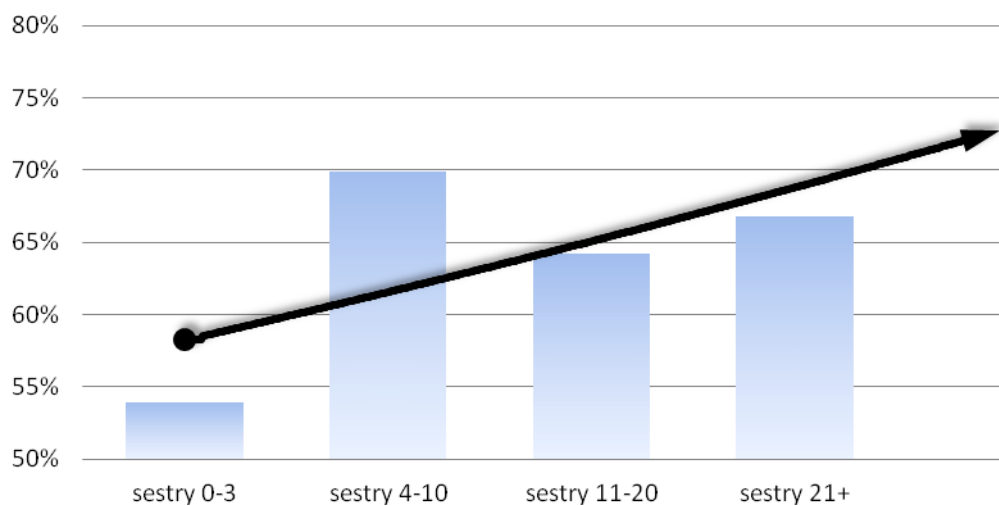
Tento graf znázorňuje přehled pragmatických odpovědí respondentek – sester na otázku situace s dietou. Odpovědi jsou v kategoriích členěných dle délky praxe respondentek. Graf má jednoznačně stoupající trend, tedy respondentsky s delší dobou praxe volily pragmatičtější možnosti odpovědí, než respondentsky s kratší dobou praxe.

**Graf 31: Vyšetření**



Tento graf znázorňuje statistický přehled pragmatických odpovědí respondentek – sester, členěných v kategoriích dle délky praxe, na otázku se situací s vyšetřením pacienta. Graf má mírně klesající trend.

**Graf 32: Konfliktní pacient**



Graf znázorňuje statisticky pragmatické odpovědi respondentek – sester v kategoriích podle délky praxe na otázku, která se týká možností jednání s konfliktním a nespokojeným pacientem. Tento graf má jednoznačně stoupající trend, tudíž sestry v kategoriích s delší délkou praxe odpovídaly pragmatičtěji než sestry s kratší délkou praxe.

## 5 Diskuze

V současné ošetrovatelské praxi jsou kladeny extrémně vysoké nároky na osobnost všeobecné sestry. Ve změní standardů, právních norem, metodických pokynů a směrnic je velmi těžké zorientovat se směrem k pacientovi. Přitom empatie, kontakt a dobrá komunikace jsou základními pilíři tohoto vztahu. Vondráček (53) uvádí, že sestra je stále vystavována stoupajícím požadavkům na svou odbornost, ale také stále větším požadavkům na odpovědnost za poskytovanou péči.

Tato diplomová práce byla zaměřena právě na zjištění přítomnosti dvou filosofických směrů v ošetrovatelství a také na zjištění míry, do jaké jsou v této profesi využívány. Bylo zřejmé, že se celou touto profesí prolíná humanismus, ale nakolik se sestry dokáží chovat pragmaticky a jak je při tom ovlivňuje délka praxe?

Jako výzkumný vzorek pro tuto diplomovou práci byly vybrány pro *kvalitativní* šetření 4 studentky prezenčního studia bakalářského programu oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, a 4 všeobecné sestry (3 z Nemocnice České Budějovice a.s. a 1 z Nemocnice Písek). Všechny tyto sestry měly praxi delší než 15 let. V rámci tohoto šetření jsme hledali odpověď na otázku *Jak se vyrovnávají sestry s delší praxí při střetu obou filosofických názorů?* Zároveň jsme zjišťovali, jestli v odpovědích na otázky (příloha č. 1,2) převažuje spíše pragmatický, či humanistický přístup.

Během stanovených rozhovorů bylo zjištěno, že ze čtyř sester si 2 myslí, že uplatňování prvků humanismu je individuální, záleží na času a okolnostech. Velkým překvapením bylo, že pouze jedna respondentka je přesvědčena, že sestry ve své praxi prvky humanismu uplatňují. Překvapivě i studentky na stejnou otázku uvádějí jako faktor pro uplatňování prvků humanismu v ošetrovatelské praxi čas. Opět pouze jedna studentka je přesvědčena, že sestry tyto prvky uplatňují. Dalšími názory studentek bylo, že je to „víceméně“ a „individuálně“. I Pavlíková (38) uvádí, že humanistická filosofie ovlivňovala již tradiční přístup k nemocným. Přesto jsou sestry patrně ovlivněny vzrůstající náročnou ošetrovatelskou praxí a tradiční lidský přístup je ne vždy naplněn.



V jiném duchu se ovšem nesly odpovědi na další otázku, co považují respondentky ve své praxi za nejdůležitější. 2 respondentky uvedly lidskost a ochotu, jedna z nich navíc empatii. Další sestry preferuje komunikaci a kontakt a čtvrtá respondentka opět empatii. Je zřejmé, že u všech těchto zásad převažuje humanistický charakter, který byl v minulé otázce pro ošetrovatelskou praxi spíše negován. Respondentky – studentky se k této otázce vyjadřují spíše pragmaticky, sestra má být vzdělaná (3x), organizačně schopná, rychlá, rozhodná. Ve dvou odpovědích ovšem zněla empatie a to, že sestru její práce musí bavit. Zacharová (55) uvádí mezi osobnostními předpoklady sestry mimo jiné také dávku empatie a humánní vztah k nemocnému, ve kterém jde o projev vyrovnanosti a zralosti osobnosti. Myslíme si, že toto rozhodně k nejdůležitějšímu v profesi sestry patří.

Ve svém oboru preferují sestry v kontaktu s pacientem důvěru a komunikaci (2x). Na dalším místě je po jedné odpovědi spolupráce, empatie a kontakt. Studentky v oboru všeobecné sestry preferují empatii a komunikaci (po dvou odpovědích), po jedné odpovědi touhu být potřebná, snahu někomu pomoci, zodpovědnost a spolupráci. Všechny tyto odpovědi jsou v souladu s prvky kvalitní a humánní práce sestry. V další otázce se respondentky vyjadřovaly ke standardům. Dvě ze sester jsou přesvědčeny, že standardů ošetrovatelské péče je v současné praxi dostatek, dvě vyjádřily názor, že nadbytek. Také dvě studentky cítí standardů dostatek, jedna je přesvědčena, že je lze vyhledat. Jedna studentka vidí množství standardů ošetrovatelské péče nadbytečné. Myslíme si, že je to dáno příliš velkým množstvím informací, kterými jsou sestry zahlceny a pouze zběžnou informovaností, k čemu vlastně tyto pomůcky slouží. V otázce standardů se respondentky dále vyjadřovaly k tomu, zda je pro ně rozhodující práce se standardy či se řídí spíše vlastní zkušeností. S převahou zněla vlastní zkušenost (3 sestry) a jedna respondentka se řídí obojím. Také dvě respondentky – studentky preferují před standardy vlastní zkušenost. Jedna studentka je názoru, že lepší je používat standard a čtvrtá studentka preferuje vyjít ze standardu a přidat vlastní zkušenost. I tyto odpovědi byly překvapující, protože je zřejmé, že většina respondentek standardy ošetrovatelské péče spíše odmítá a dává přednost pouze vlastní zkušenosti. Podle Vondráčka (53) každý výkon ošetrovatelské péče však musí být prováděn

v souladu s postupy stanovenými standardy či postupy lege artis. Je tedy zřejmé, že i když je samozřejmě vlastní zkušenost velmi důležitá, stále je potřeba standardy používat. Podle našeho názoru tím sestra především chrání sama sebe. Při stoupající náročnosti práce a velkém vyčerpání může být právě používání standardů bezpečnostní bariérou pochybení a následnému postihu.

V podobném duchu byla další otázka, která zjišťovala názor respondentek, zda je lepší se v praxi všeobecné sestry držet etických principů sestry a práv pacientů, či spíše vlastními pocity. Jedna sestra se drží práv, principů i vlastních zkušeností. Druhá sestra výhradně právy pacienta, další vlastní zkušeností a čtvrtá respondentka sestra preferuje etické principy a práva pacienta před vlastními pocity. Respondentky studentky si myslí, že je důležité používat jak práva a principy, tak vlastní zkušenost. Pouze jedna by se řídila etickými principy a právy pacientů před vlastními pocity. Dodržovat práva pacienta je tedy naprostou samozřejmostí, bez které si dnešní sestra nemůže dovést vykonávat své povolání. Zároveň jsou tu etická pravidla, a to proto, že jsou prakticky neměnná a lze se o ně vždy opřít (Příkaský, 39). Jednoznačně je tedy důležité se držet jak práv pacientů, tak etických norem, které jsou pomůckou a výchozím bodem pro chování sestry.

V otázce důležitosti komunikace s pacientem se respondentky (studentky i sestry) shodly, že právě komunikace je tím nejdůležitějším, prioritním. Pouze jedna sestra si myslí, že je důležitá pouze částečně. Podle Zacharové (55) bylo prokázáno, že vztahy mezi zdravotníkem a nemocným jsou silně závislé na dobrém osobním kontaktu. Samozřejmě žádný vztah nemůže být dobrým bez kvalitní komunikace. Je zřejmé, že toto si respondentky uvědomují.

Všechny respondentky dále uvedly určité problémy s empatií k některým pacientům. Shodně všechny sestry mají tyto problémy s nespokojeným, náročným pacientem. Dvě sestry navíc uvedly agresivního pacienta a jedna má problémy být empatická při práci se simulujícím pacientem. Studentky uvedly potíže s empatií při styku s nepříjemným nebo zanedbaným pacientem (po dvou odpovědích). Další uvedla problém v situaci, kdy se necítí jistá sama sebou a svým výkonem. Pouze jedna respondentka (studentka) uvedla, že jí v empatii k pacientům nebrání nic. Tyto názory

nás velmi překvapili, protože právě empatie byla v rozhovorech často uváděna jako jedna z hlavních schopností sestry. Určitě je celkem pochopitelná úzkost studentky, pokud si ještě není jistá sama sebou a soustředí se víc na to, aby pacientovi neublížila. V tu chvíli je pro ni jistě empatie vedlejší. Ale odpovědi ostatních respondentek jsou místy zarážející. Je určitě snadné být empatická s pacientem, který je poslušný a spolupracující, ale sestra by měla tuto vlastnost projevit právě v situacích, kdy tomu tak úplně není. Myslíme si, že právě práce s problémovými pacienty poskytuje nové zkušenosti pro další práci.

Dále se respondentky vyjadřovaly k situacím, kdy musí být více pragmatické, direktivní. Zde má každá sestra jiný názor. Je to lépe s delší praxí, zkušenostmi a jedna sestra toto zvládá „*různě dle situace*“. Poslední respondentka sestra uvedla, že své pragmatické, direktivní chování zvládá stále špatně. Obtížně je nesou i dvě studentky, jedna lépe s delší praxí. Pouze jedna respondentka studentka se s podobnou situací ještě nesešla. Je zřejmé, že nastane chvíle, kdy je takové chování sestry nutné. Nemyslíme tím samozřejmě hrubost, ale asertivní, lehce direktivnější komunikaci s pacientem. Vždy k tomu musí dojít pro pacientovo dobro a jistě je potřeba k zvládnutí těchto situací dostatek zkušeností, komunikačních dovedností, ale i empatie a umění pacientovi porozumět. Dvě z respondentek se dále k tomuto tématu vyjádřily, že byly svědkem takového chování sestry k pacientovi. Nejsm si jistá, zda to byl dobrý příklad. Je dobré si uvědomit, že studentky při své praxi chování sester nejen vidí, ale že ho hodnotí a mohou i napodobovat. Mohou však některé nuance chování sester k pacientovi pochopit špatně. Zacharová (55) uvádí, že zdravotník se musí bránit emocionální únavě, profesionálnímu opotřebení až otrlosti, které vedou k neúměrně zjednodušenému pohledu na nemocného a jeho problémy. S tím nelze než souhlasit.

Za dobu svého působení v profesi sestry cítí změnu 2 sestry v oblasti nadhledu, zkušeností v jednání s lidmi a více empatie. Navíc byly v odpovědích po jedné více pochopení, citu, lidskosti. Jedna respondentka uvedla, že si problémy z práce méně nosí domů. Všechny studentky také cítily za dobu své praxe změnu. Po dvou odpovědích to bylo v oblastech stresu, jistoty a rozhodnosti. Jedna respondentka sestra uvedla navíc méně obav a jedna zlepšení v oblasti komunikace. Všechny odpovědi jsou samozřejmě

na malém vzorku respondentů a značně subjektivní. Je totiž pochopitelné, že u všech sester musela nastat změna v oblasti komunikace, zodpovědnosti, rozhodnosti i méně stresu, kterou sebou nese pouze čas a zkušenosti.

Dále jsme se ptali na možná přání změny v profesi sestry. Pokud by to bylo možné, chtěly by všechny respondentky sestry lepší finanční ohodnocení, 3 sestry se shodly na větší možnosti prevence přetížení a vyhasnutí, po dvou odpovědích zněla větší prestiž a méně administrativy. Další přání byla lepší ochrana sestry, menší negativní vliv na rodinu, více pravomocí, více personálu a jedna respondentka si přála možnou relaxaci. Oproti tomu studentky (po dvou odpovědích) by chtěly zvýšit sebevědomí sester, změnit submisivní postavení před lékaři, prestižní postavení ve společnosti a strach sester se ozvat při nespokojenosti. Jedna respondentka by si přála více času na pacienty. Tedy zatím co u sester jsou všechna přání zaměřena pragmaticky na vlastní osobu, studentky jednoznačně chtějí upravit sestru jako takovou, její osobnost a prestiž. Pouze jedna studentka uvedla ve svých přáních pacienty – více času na ně. Pouze jednu odpověď můžeme označit jako humanistickou.

Na závěr jsme se ptali na situace, kdy nařízení lékaře odporovalo vlastnímu přesvědčení respondentek. Ze všech osmi respondentek se s takovou situací setkala jediná. Bylo to v okamžiku, kdy lékař z nemocniční ambulance vykázal pacientku s větou „*běžte si na polikliniku, my na vás nemáme čas*“. Na tuto situaci však nijak nereagovala, pouze se s ní delší dobu sama zaobírala.

Překvapilo nás, že i když v otázce péče o pacienty preferují sestry ryze humanistické prvky, jako je lidskost, ochota, empatie či kontakt, při otázkách, týkajících se toho, co sestrám v jejich práci chybí, ovšem vyplývají naprosto pragmatická přání, jakými jsou finance, prestiž, více pravomocí či možnost relaxace. Domnívali jsme se, že je to dáno zatížením sester reálnou praxí i jistě (při tomto povolání) náročným osobním životem. Ovšem tímto nezatížené studentky uvedly v odpovědích na stejné otázky v obou oblastech převážně pragmatické prvky. V péči o pacienty preferují organizační schopnost, rozhodnost, rychlost, komunikaci, dále sice empatii a radost z práce, množství pragmatismu však převažuje. V oblastech změn osobnosti sester je to pak sebevědomí, submisivní postavení před lékaři, prestiž či strach se ozvat. Pouze jedna

studentka uvedla přání více času na pacienty. Jednoznačně tedy respondentky studentky uvažují převážně pragmaticky (schéma 1, 2)

Pro *kvantitativní* šetření bylo použito dotazníkové metody, dotazníky byly rozdány studentům Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v oboru Všeobecná sestra I., II., a III. ročníku a I. a II. ročníku magisterského studia programu Ošetřovatelství. Podobný dotazník byl rozdán všeobecným sestřám v Nemocnici České Budějovice a.s., nemocnici Strakonice a nemocnici Písek. Bylo rozdáno 100 dotazníků pro studenty a 100 dotazníků pro všeobecné sestry. Návratnost byla 84% dotazníků od studentů a 81% dotazníků od sester.

V dotazníku pro sestry byly první tři otázky identifikační a sloužily k rozřídění do kategorií dle věku, dosaženého vzdělání a délky praxe. Nejvíce respondentek bylo ve věku 31 – 40 let (39 %) a ve věku 20 – 30 let (32 %). Dle vzdělání tvořilo soubor nejvíce (35 %) absolventek SZŠ, vysokoškolské vzdělání mělo 30 % respondentek. Délka praxe sester byla nejčastěji do 20 let (30 %) a 27 % respondentek pracovalo více než 20 let. Většina respondentek tedy měla již s pacienty značnou praxi. Dotazník vytvořený pro studenty obsahoval pouze dvě identifikační otázky. Všechny studentky byly starší 20 let. Otázka číslo 2 se ptala na program a ročník studia. Nejvíce, 29 % respondentů studuje II. ročník Bc. programu, 26 % III. ročník Bc. V magisterském programu studuje 28 % respondentů. Tedy převážná většina respondentů má již s praxí v nemocničním prostředí dost zkušeností.

Další otázky již byly pro respondenty studenty i sestry shodné. Byly zaměřeny na ověření stanovených hypotéz. Pavlíková (4) uvádí, že abychom porozuměli ošetřovatelství, musíme poznat nejen historický vývoj ošetřovatelství, ale také filosofii a její směry, které tuto disciplínu ovlivňovaly a ovlivňují. Otázka č. 4 (graf 6), chtěla zjistit názor respondentek, co pro ně znamená pojem humanismus. Jednoznačně nejvíce odpovědi volilo lidskost, ušlechtilost (76 studentů a 64 sester), dále chápání druhých (43 sester a 24 studentek). Dalšími volenými byla možnost empatie (40 sester a 24 studentů) a respekt k druhým (29 sester a 25 studentů). Je zajímavé, že nejméně byla volena možnost dobročinnost (26 sester a 13 studentů). Další otázka (graf 5) zjišťovala povědomí respondentek o pojmu pragmatismus. Jako praktické jednání jej volilo 40

sester a 43 studentek, efektivitu volilo 30 sester a 28 studentek. Standardy představují pragmatismus pro 29 sester a 21 studentek, nařízení 20 sester a 16 studentek, zákony 17 sester a 13 studentek. Co znamená pojem pragmatismus, nevědělo 6 sester a 12 studentek. Další otázka (graf 8) se ptala na názor, zda pragmatismus patří do profese sestry. Kladně odpovědělo 73 % sester a 69 % studentek, záporně 5 % sester a 4 % studentek. Překvapivě 22 % sester a 27 % studentek nevědělo. Tedy pouze přibližně 70 % respondentek souhlasí, že do práce sestry patří i pragmatické věci. Zda patří do této profese humanismus (graf 9), odpovědělo kladně 98 % sester a 97 % studentek, záporně odpověděla 2 % sester a 2 % studentek, 1 studentka nevěděla. Bylo by však s podivem, kdyby respondentky humanismus v ošetrovatelství odmítly. Graf 10 znázorňuje odpovědi respondentek, co je v profesi sestry nejdůležitější. 38 % sester a 51 % studentek volilo pomoc druhým, 29 % sester a pouze 5 % studentek zaměstnání, uspokojení z práce 16 % sester a 27 % studentek. Peníze vidí jako nejdůležitější 12 % sester a 5 % studentek, prestiž tohoto povolání pouze 5 % sester a 2 % studentek. Jedna studentka uvedla jako jinou možnost mezilidské vztahy. Převažují jednoznačně humanistická témata, jako pomoc lidem a uspokojení z práce, ovšem u sester je to méně výrazné, protože zde již uvádějí pragmatictější záležitosti, jakými jsou zaměstnání, peníze, prestiž. I toto je jistě dáno již jiným životním stylem a prioritami.

Mastiliaková (29) uvádí, že plnění profesionálních rolí sestry v praxi vlastně popisuje jejich činnosti. V otázce 8 (graf 11) respondentky uvedly názor, jaká z rolí sestry je pro ně nejdůležitější. 64 % sester a 65 % studentek označilo možnost ošetrovatelka, 23 % sester a 17 % studentek pomocnice lékaře. Shodně 5 % sester i studentek označilo možnost zprostředkovatelka informací, 4 % sester a 11 % studentek obhájkyň práva pacienta a pouze 4 % sester a 2 % studentek možnost rozhodovatelka. Do jaké míry mohou danou roli naplnit, označovaly respondentky na škále (graf 12). Zcela, si myslí 36 % sester a 32 % studentek; téměř úplně 36 % sester a 45 % studentek, pouze částečně uvedlo 24 % sester a 23 % studentek a 4 % sester si myslí, že velmi málo. Zde opět respondentky odpovídají nejčastěji humanisticky, ovšem 36 % sester a 35 % studentek, preferujících pragmatickou roli sestry, je ve výsledku poměrně vysoké procento.

Graf 13 vypovídá, co je pro respondentky nejdůležitější ve vztahu s pacientem. Důvěru pacienta ke mně označilo 41 % sester a 38 % studentek. 18 % sester a 23 % studentek dobrou komunikaci. Pro 16 % sester a 13 % studentek je nejdůležitější jejich zodpovědnost za pacienta, 15 % sester a 20 % studentek preferuje vzájemné porozumění. Pro 8 % sester a 6 % studentek je důležitý respekt pacienta ke mně. Jen 2 % sester uvedla uposlechnutí mých doporučení, která neoznačila žádná ze studentek. Možnost splňuje má očekávání bez poznámek, nevolila ani jedna respondentka. Je zřejmé, že vztah s pacientem většina respondentek vidí s humanistickým podtextem. Zodpovědnost se v tomto ohledu trochu vymyká, byť pragmatická, jistě má v ošetrovatelství své výrazné místo. To se odráží i v další otázce: Co pro mě pacient znamená (graf 14), volilo 38 % sester a 37 % studentek zodpovědnost, 31 % sester a 39 % studentek někoho, komu mohu pomoci, 12 % sester a 13 % studentek partnera. Pro 14 % sester a 6 % studentek znamená pacient práci, 5 % sester a 5 % studentek volilo možnost povinnost. Jako nepříjemnost nevidí pacienta ani jedna z respondentek. Překvapilo nás, že značná část respondentek vidí pacienta jako „objekt mé pomoci“, tedy v poněkud submisivním postavení, oproti pouhé třetině, která jej chápe jako partnera. Přitom pacient není „chudák“, ale jednoznačný partner, kterému je potřeba pomoci a navést ho na správnou cestu. Poslání (graf 15) vidí profesi sestry 60% sester a 81 % studentek. Záporně odpovědělo 30 % sester a bohužel 10 % studentek, nerozhodných je 10 % sester a 9 % studentek. Zde opět vyplývá, že pravděpodobně podmínky reálné praxe sestrám změnil pohled ne celé ošetrovatelství.

Na otázku 13 (graf 16), zda něco brání sestrám v dodržování daných pravidel (standardů, nařízení) odpovědělo 20% sester a 33 % studentek kladně. Záporně odpovědělo 57 % sester a 55 % studentek, neví 23 % sester a 12 % studentek. Jako důvod, co dodržování pravidel brání, byl uveden nejčastěji nedostatek času (8 sester a 28 studentek), nedostatek personálu (5 sester a 2 studentky), 3 sestry si myslí, že v dodržování pravidel jim brání nesmyslnost nařízení. Finance (šetření) uvedlo 8 studentek, jedna studentka uvedla přebytek administrativy a jedna studentka kolektiv. Jestli existuje něco, co sestrám brání ve vstřícném a citlivém přístupu k pacientovi? Záporně (graf 17) odpovědělo 84 % sester a 68 % studentek, neví 7 % sester a 9 %

studentek. Kladně odpovědělo 9 % sester a 23 % studentek. Nejvíce byl opět uveden nedostatek času (5 sester a 8 studentek), sestry dále uvedly příliš administrativy. Studentky jsou názoru, že v dodržování vstřícného a citlivého přístupu dále brání únava sester (6), a po jedné odpovědi i předpojatost pacientů, malé uznání pacientů, náročnost povolání, stres a problémy sester v osobním životě. Zde nás překvapilo opět poměrně velké množství studentek, které si myslí, že v dodržování citlivého přístupu k pacientovi něco brání. Přitom právě studentky by měly být nastavené především k tomuto vstřícnému a citlivému přístupu. Zajímavé je, že jako faktor bránící dodržování pravidel i citlivému přístupu je uváděn čas. Je zřejmé, že v tomto množství má tento faktor už jistou vypovídající hodnotu a problémem v ošetrovatelské praxi jistě je.

V další otázce respondentky vyjádřily svůj názor, jestli je v současné ošetrovatelské praxi pro humanismus místo (graf 18). 69 % sester a 66 % studentek je přesvědčeno, že ano, 9 % sester a 14 % studentek si myslí, že ne a 22 % sester a 20 % studentek neví. Jako důvody, proč humanismus své místo v ošetrovatelství má, uvedly sestry, že ošetrovatelství je o lidech, humanismus je prolíná, patří to k profesi, je smyslem ošetrovatelství, filosofií ošetrovatelství. Jako vysvětlení, proč pro humanismus není místo, byl ve všech (7) případech uveden nedostatek času. Studentky uvedly jako vysvětlení, proč humanismus má místo v současném ošetrovatelství, důvody, že je to filosofie ošetrovatelství, práce o lidech, ošetrovatelství je lidské, sestra musí být humánní, bez humanismu nejde tuto práci dělat. Jako důvod pro odpověď, že zde místo pro humanismus není, byl ve všech případech čas a vyčerpání sester. I zde jsou tedy čas a vyčerpání sester uvedeny jako hlavní negativní faktor. Zároveň je zajímavé, že v otázce, zda humanismus do profese sestry patří, odpovídalo kladně téměř 100 % respondentek (graf 9), zde při otázce, zda humanismus patří do současné ošetrovatelské praxe, je to již o poznání menší počet kladných odpovědí. Zároveň se z nulových odpovědí neví stalo nyní kolem 20 %. To vypovídá o tom, že obecně ošetrovatelství humanistické má být, ovšem v současnosti to tak úplně není.

Na změnu za dobu praktické výuky či praxe se dotazuje otázka 16 (graf 19). 38 % sester a 60 % studentek je názoru, že se žádná změna nestala, neví 20 % sester a 11 % studentek. Kladně odpovědělo 42 % sester a 29 % studentek. Respondentky – sestry



vedly změny v oblastech komunikace, přecitlivělosti, zodpovědnosti, „nošení si problémů domů“, zkušeností, ale i méně nadšení, větší obavy ze stížností a náročnost práce. Jedna sestra si myslí, že lépe chápe pacientův strach. Respondentky – studentky si myslí, že ke změnám došlo v oblastech komunikace, pohledu na pacienta, zodpovědnosti, zkušeností, vstřícnosti, pochopení, empatie, vlastních emocí, otevřenosti. Jedna studentka si myslí, že je direktivnější a další, že se snaží vidět pacienta „holisticky“. Tedy v této oblasti vypovídaly sestry spíše pragmaticky, téměř všechny odpovědi jsou zaměřeny na vlastní osobu sestry, často jsou i velmi negativní (méně nadšení, větší obavy ze stížností, náročnost práce). Oproti tomu odpovědi studentek chápeme jako převážně humanistické (vstřícnost, empatie, pochopení, otevřenost). Pravděpodobně je to dáno příliš krátkou zkušeností studentek s každodenní praxí a problémy a jejich téměř bezstarostnou dobou studia. Je zřejmé, že se vstupem do pracovního života a problémy, které sebou nese i každodenní osobní život, značně se mění i priority každého člověka.

V dalším bloku otázek vybíraly respondentky svou možnou reakci na určitou situaci s pacientem. Tímto jsme chtěly zjistit, zda respondentky přistupují k péči o pacienta pragmaticky či humanisticky. Tyto otázky ověřovaly H1: *Mezi názorem sester a studentek ošetřovatelství na uplatňování pragmatismu a humanismu v ošetřovatelské praxi existuje rozdíl*. Odpovědi, členěné na humanistické a pragmatické jsou přehledně uvedeny v grafu č. 26. První z otázek (graf 20) pojednává o situaci, kdy pacient odmítá pít, protože se mu špatně vstává z lůžka při odchodu na WC. Nejvíce 63 % sester uvedlo odpověď e): (popovídám s ním, vysvětlím důležitost příjmu tekutin a vymyslíme společně vhodné řešení), dále 29 % možnost c): (zjistím, jak mu mohu se vstáváním pomoci). Tyto sestry volily humanistický přístup a hlavně správně komunikaci s pacientem. Také studentky volily nejčastěji (77 %) možnost e), tedy opět komunikaci s pacientem. Myslíme si, že správnou komunikací lze vyřešit většinu situací, kdy pacient nespolupracuje, protože vždy to má nějaký důvod.

Další situací (graf 21) byl zákaz návštěv z důvodu chřipkové epidemie, pacient je úzkostný, ve špatném stavu. 54 % sester by zvolilo řešení a): (vysvětlím návštěvě důvod zákazu návštěv a odkážu je na telefon), 36 % řešení c): (za dodržení bariérových

opatření na chvíli návštěvu povolím). 62 % respondentek – studentek by volily řešení chvilkové návštěvy a 23 % opět možnost vysvětlení. I zde tedy převládají odpovědi humanistického charakteru, dosahují však pouze kolem dvou třetin. Podle našeho názoru však respondentky volily správně a vhodné možnosti, pouze s ohledem na subjektivní pocit z toho, jaký je důvod zákazu návštěv, respektive dopad chřipkové epidemie.

Situaci, kdy má pacient předepsanou diabetickou dietu a sestra u něj nalezne sáček bonbonů, nejvíce 68 % sester by ji řešilo možností d): (rozhovor o vhodné dietě a doporučení diabetických sladkostí) a 30 % možností b): (vysvětlení diety a likvidace bonbonů). Respondentky studentky odpovídaly nejvíce 76 % (pohovor o vhodné dietě a sladkostech), dále také možnost b) 13 %. Opět dochází k převaze humanistických reakcí na situaci, značný počet respondentek ovšem reaguje pragmaticky. Celých 10 % studentek by bez dalšího vysvětlení sáček vyhodilo. Ovšem celkově opět převládá správně komunikace s pacientem a zejména jeho správná edukace.

V další situaci má jít pacient na vyšetření, lékař již čeká. Pacient odmítá vstát z lůžka, udává bolesti. Zde byly respondentkami opět nejvíce voleny možnosti, při kterých je prioritní komunikace. Nejčastěji byly voleny možnosti e) na základě pohovoru zjistím další řešení (27 % sester a 36 % studentek) a možnost pohovoru o důležitosti vyšetření a aplikaci analgetik (32 % sester a 25 % studentek). Celkový počet volby pragmatických reakcí na situace u této otázky nedosahoval reakcí humanistických, ovšem i tak byl jejich počet poměrně vysoký.

Posledním příkladem (graf 24) byla situace s konfliktním, nespokojeným pacientem. Bylo možné označit více odpovědí. Nejčastěji byla volena možnost, že s pacientem promluvím a zkusím zjistit důvod (53 sester a 65 studentek), dále provedu zápis do dokumentace (50 sester a 43 studentek). Celkově zde převažuje počet pragmatických odpovědí. Je to ovšem v souvislosti s tím, že bylo možno označit větší počet odpovědí. Tím respondentky označovaly i možnosti, které by v této situaci pravděpodobně udělaly až následně (zápis do dokumentace, nahlášení situace lékaři) a přitom jsou pragmatická. Ukazuje se tedy, že pragmatická řešení do ošetřovatelství rozhodně patří.

Jestli respondentka slyšela někdy ve své praxi frázi „takhle se to tady u nás prostě dělá“, zjišťuje další otázka (graf 25). Sestry odpověděly kladně 19x (23 %), studentky 28 x (33 %). Jako nejčastější vysvětlení této fráze uvedly sestry (tabulka 1): tento způsob je ověřený, nejlepší, (18x), zvyklosti oddělení (11x), nechceme změny (7x) či například: takhle to prostě budeš dělat. Studentky (tabulka 2) si tuto frázi vysvětlují: na oddělení mají své zvyklosti (17x), nestandardní postup (13x) či tak, že sestry nepřijímají nové zvyky, i když jsou lepší (12x). Myslíme si, že by si sestry měly více uvědomovat, že jsou pro studenty či nově nastupující kolegyně vzorem, který budou následně napodobovat.

Poslední otázka dotazníku byla otevřená, a respondentky, které odpověděly na otázku s frází kladně, zde uváděly situaci, při které se s touto frází setkaly. Shodně uvedly 3 sestry situaci s nestandardním šetřením materiálem, odběrem krve na glykémii bez použití kapiláry (3x), při nástupu na oddělení (2x) či zaučení sestry služebně starší sestrou (2x). Studentky uváděly shodně situaci s odběrem krve na glykémii bez použití kapiláry (4x), převazy ne zcela sterilně (3x) či použití nestandardního postupu (3x). Další z těchto situací jsou uvedeny v tabulkách 3 a 4. Je zřejmé, že často je na odděleních zaveden rutinní postup, který je velmi těžké změnit, i když existuje lepší způsob.

Výstupem dotazníkového šetření, které je součástí empirické části této diplomové práce, je potvrzení či vyvrácení hypotéz. Způsobem, kterým bylo tohoto výsledku dosaženo, bylo analytické porovnání statistických údajů pro jednotlivé skupiny respondentů a určení shody či rozdílů v odpovědích. Podle našeho názoru má svůj význam i vliv jednotné etiky na rozdílný charakter respondentů. Hypotéza 1: *Mezi názorem sester a studentek ošetrovatelství na uplatňování pragmatismu a humanismu v ošetrovatelské praxi existuje rozdíl*, byla potvrzena. Rozdíl však není tak markantní, jak jsme původně předpokládaly (graf 26). Mnohdy svými odpověďmi vyjadřují názor, že humanitní přístup bývá i pragmatickým. Obě skupiny tím, podle našeho názoru, vyjadřují potřebu vyváženosti mezi pragmatismem a humanismem. V žádném z případů nebyla zjištěna výraznější odchylka.

Hypotéza 2: *sestry s delší praxí se lépe vyrovnávají se situacemi, kdy musí jednat pouze pragmaticky než sestry s kratší praxí*, vychází z názoru, že delší doba praxe vede k vyšší profesní zdatnosti, zaběhlosti postupů a metod, které jsou zaměřeny spíše na praktický užitek. S vyšší mírou osvojených rutinních postupů roste riziko ztráty humanistických ideálů. K hledání důkazů, (hypotézu potvrzujících či vyvracejících) je využito dvou zástupných statistických procesů. Prvním indikátorem správnosti hypotézy je porovnání odpovědí různých skupin sester podle délky praxe a vysledování existence trendů. Pokud se trend vyskytuje a ukazuje na pragmatičtější jednání ve vztahu k rostoucí délce praxe, pak je zřejmé, že sestry s delší praxí tíhnou k pragmatickým metodám častěji a nalézají možnost, jak se s jejich nutností vyrovnat. Porovnání je prováděno u dotazů na reálné situace v ošetrovatelské praxi, tj. otázky č. 18 až 22. Druhým významnějším indikátorem správnosti hypotézy je možný trend v odpovědích u otázky č. 17 (graf 27), která ukazuje na pocit změny přístupu. Graf k otázce č. 18 vykazuje výrazně klesající trend pragmatického přístupu, pro otázky č. 19 a 21 je trend klesající, ovšem mírněji, tyto odpovědi nemají přímou vazbu na délku praxe. Naopak otázky č. 20 a 22 mají trend rostoucí, lze vyvodit jistou pragmatičnost respondentek se zvyšujícím se služebním věkem. Odpovědi na otázku č. 17, zkoumající změnu přístupu k pacientovi za dobu praxe respondentek, byly uvedeny do souvislosti s dobou praxe respondentů. Z grafu vyplývá jednoznačný fakt, že čím delší je doba praxe, tím více sester si uvědomuje změny v přístupu k pacientovi, které uvedená praxe vyvolává. Indikátor tedy správnost hypotézy naznačuje.

Předpoklad hypotézy 3: *Podmínky reálné praxe vedou sestry k pragmatickému chování*, vychází z názoru, že delší doba praxe vede k vyšší profesní zdatnosti, zaběhlosti postupů a metod, které jsou zaměřeny na praktický užitek. Tím se pragmatizuje chování sester v kontaktu s pacientem. Otázky č. 17 až č. 22 vycházejí z problematiky ošetrovatelské praxe a odpovědi na ně dokazují míru pragmatického chování. Porovnáním odpovědí jednotlivých skupin respondentek (dělených do 4 kategorií dle délky praxe) můžeme prokázat vliv praktických zkušeností způsobených délkou výkonu ošetrovatelského povolání na způsob řešení nastolených situací. Odpovědi na otázku č. 17 (graf 27), zkoumající změnu přístupu k pacientovi za dobu

praxe respondentek, byly uvedeny do souvislosti s dobou praxe těchto respondentů. Z grafu jednoznačně vyplývá fakt, že čím delší je doba praxe, tím více sester si uvědomuje svou změnu přístupu k pacientovi, kterou uvedená praxe vyvolává. Ty vedou k pragmatickému jednání. Graf k otázce č. 18 vykazuje výrazně klesající trend pragmatického přístupu, pro otázky č. 19 a 21 je trend klesající, ovšem znatelně mírněji. Naopak otázky č. 20 a 22 mají trend rostoucí, lze vyvodit jistou pragmatičnost respondentů se zvyšujícím se služebním věkem. Otázky č. 18, 19, 21 vedou svými závěry k popření hypotézy, otázka č. 17, 20 a 22 hypotézu potvrzují. Vzhledem k poměrně málo průkaznému trendu v otázce č. 19, který poukazuje na nepravidelnost výstupů, a vzhledem k silně gradujícím trendům v otázkách č. 17, 20 a 22 lze hypotézu potvrdit s tím, že se tak nemusí nutně dít ve všech aspektech praxe a v každé situaci, ale obecně je tato hypotéza platná.

Subjektivní změny v přístupu k pacientovi za dobu praxe, uvedené do souvislosti s délkou praxe znázorňuje graf 27. Je zřejmé, že tyto změny jsou výrazně pocíťované, v kategorii nad 20 let praxe ji uvádí 68 % respondentek, na rozdíl od 6 % v kategorii do 3 let. Tyto změny uvádějí respondenty v oblastech lepší komunikace s pacienty, větší zodpovědnosti, více zkušeností, méně přecitlivělosti. Zároveň ale uvádějí méně nadšení, větší náročnost práce a stále větší obavy ze stížností. Všechny tyto aspekty jsou pochopitelné, pouze menší nadšení z práce je podle našeho názoru opět známkou přetížení a vyčerpání sester s delší praxí.

Při zpracování výsledků nás překvapila další záležitost. V odpovědích velmi často zněl názor, že sestry nemají dostatek času, jsou přetížené, unavené, vyčerpané, vyhasnuté. Faktor času byl uváděn v oblastech dodržování humanistických prvků, jako je citlivý přístup k pacientovi či prostě místo pro humanismus v ošetrovatelství. Zároveň je tento faktor uváděn u pragmatických prvků, jakými je dodržování pravidel, jako jsou standardy a nařízení. Toto se může projevit jednoznačným pochybením, v horším případě i poškozením pacienta. Zajímavé bylo, že tak vypovídaly a tento faktor uváděly i respondenty - studentky. Velmi pravděpodobně se s těmito jevy při své praxi setkávají. Domníváme se tedy, že je důležité v současném ošetrovatelství věnovat více času a prostoru vzdělávání a informování sester v oblastech duševní hygieny, prevenci

přetížení, syndromu vyhasnutí a zejména asertivní komunikaci. I když jsme tedy čas nesledovaly záměrně, z výsledků jednoznačně vyplývá nástin další oblasti pro výzkumné šetření, jehož výzkumná otázka je: *jak souvisí faktor času s uplatňováním humanismu v současné ošetrovatelské praxi*. V případě, že sestry nebudou tolik vytížené, budou jejich interakce s pacientem více humanistické.

Jaká je tedy vazba humanismu a pragmatismu? Je zřejmé, že sestra nemůže být jen naivní, pacienty pouze utěšující a hýčkající, či sebeobětující bytost. Současná sestra je vzdělaná, zdravě sebevědomá, komunikativní bytost, schopná kritického myšlení, která umí vhodným způsobem o pacienta pečovat a schopná své vědomosti a znalosti přiměřeně a vhodným způsobem pacientovi předat. Pokud je znovu uveden etymologický význam slova pacient, tak proto, že je v něm implicitně obsažen smysl působení zdravotníků: mimo nejvíce rozšířený význam „trpělivý“, reflektující optimální vazbu v procesu léčení i další významy slova, „znamenající snášející, zdrženlivý, shovívavý“. Je až s podivem, jak přesně lze tyto významy slov aplikovat na osobnost sestry. Z uvedeného významu slova pacient tedy vyplývá jednoznačný závazek souzvuku humanistického i pragmatického přístupu.

## 6 Závěr

Tato diplomová práce je věnována dvěma hlavním filosofickým směrům, které se prolínají v současné ošetrovatelské praxi. Základním filosofickým směrem je humanismus, který vyjadřuje lidskost, empatii, lásku k člověku a uznání jeho hodnot. Současně je však v péči o nemocného člověka velmi důležitý i pragmatismus, tedy zaměřenost k efektivnosti, užitečnosti a praktickému řešení problémů. Práce porovnává názory všeobecných sester a studentek ošetrovatelství na přítomnost těchto dvou filosofických směrů v ošetrovatelství. Zároveň mapuje jejich odpovědi na uvedené otázky v kategoriích humanismu a pragmatismu. Tyto dvě kategorie však byly možné rozdělit pouze subjektivně, neboť nelze jednoznačně určit, co je ještě humanistické a co pragmatické.

Ke zpracování tématu byly v úvodu stanoveny cíle: cíl I. *Zjistit míru rovnováhy mezi pragmatismem a humanismem v ošetrovatelství* a cíl II. *Zjistit názor sester na uplatňování těchto filosofických názorů v praxi*. Cíle byly naplněny.

Výzkumná otázka měla za úkol zjistit, jak se vyrovnávají sestry s delší praxí při střetu obou filosofických názorů? Sestry uvedly subjektivní změny, které pociťují za dobu své praxe. Je to v oblasti více nadhledu, empatie a zkušeností v jednání s lidmi, tedy spíše humanistické odpovědi. Zároveň respondentky uvádí, že se s pragmatickými situacemi vyrovnávají lépe s delší praxí a zkušenostmi, pouze jedna uvádí stále problémy s těmito situacemi.

Hypotéza 1 předpokládá, že mezi názorem sester a studentek ošetrovatelství na uplatňování pragmatismu a humanismu v ošetrovatelství existuje rozdíl. Hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 2 předpokládá, že sestry s delší praxí se lépe vyrovnávají se situacemi, kdy musí jednat pouze pragmaticky, než sestry s kratší praxí. Hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 3 předpokládá, že podmínky reálné praxe vedou sestry k pragmatickému chování. Hypotéza byla potvrzena.

Je zřejmé, že v ošetrovatelství je rozhodně místo pro oba tyto filosofické směry a nelze jednoznačně říci, který z nich v současné ošetrovatelské praxi převládá. Zároveň není ani jednoznačný názor sester na uplatňování. Vyplývá, že toto je vždy záležitost

individuální, s ohledem na okolnosti a čas. Jednoznačně ovšem respondentky uvádějí nedostatek času na pacienty, přetíženost a tím i ovlivnění své práce. Nedostatek času, únava, vyčerpání se v odpovědích respondentek vyskytuje velmi často. Je tedy možné pokračovat dalším výzkumným šetřením, které by mapovalo faktor času jako možnou překážku v humanistickém přístupu sester k pacientovi.

Reakce respondentek naznačují, co je v současné ošetrovatelské praxi trápí a v čem je potřeba změny. Je pouze na reakci managementu zdravotnických zařízení, jak na tuto situaci budou reagovat. Závěrem této diplomové práce jsme proto připravili návrh na pořádání supervizního sezení (příloha 5), zaměřeného na řešení problémových situací v ošetrovatelství. Toto supervizní sezení doporučujeme zdravotnickým zařízením i vzdělávacím institucím, které by se touto problematikou více zabývaly.



## 7 Literatura

1. BASTABLE, S.B. *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing for practice*. 3.ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett publishers, 2008. 667 s. ISBN 978-0-7637-4643-8.
2. BAŠTECKÁ, B. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 520 s. ISBN 978-80-7367-470-0.
3. BENJAMIN, M., CURTIS, J. *Ethics in nursing: cases, principles, and reasoning*. 4.ed. New York: Oxford University press. Inc., 2010. 285 s. ISBN 978-0-19-538022-4.
4. BILLINGS, D.M., HALSTEAD, J.A. *Teaching in Nursing: A guide for fakulty*. 3. Edition. Missouri, ST. Luis: Saunders Elsevier, 2009. 541 s. ISBN 978-1-4160-4084-2.
5. BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 13., Sestra a pacient: Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi II*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
6. BLECHA, I. *Filosofie*. 4. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2004. 279 s. ISBN 80-7182-147-0.
7. BLECHA, I. *Proměny fenomenologie: úvod do Husserlovy filosofie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 403 s. ISBN 978-80-7254-938-2.
8. CAIN, D.J., SEEMAN, J., ed. *Humanistická psychoterapie: příručka pro výzkum a praxi 1. díl*. Praha: Triton, 2006. 432 s. ISBN 80-7254-643-0.
9. CAIN, D. J., SEEMAN, J. ed. *Humanistická psychoterapie: příručka pro výzkum a praxi 2. díl*. Praha: Triton, 2006. 418 s. ISBN 978-80-7254-867-5.
10. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

11. DOLISTA, J., VURM, V. *Vybrané kapitoly z bioetiky: aspekt filozofický*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2004. 70 s. ISBN 80-7040-700-X.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 5: Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
14. HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 168 s. ISBN 80-7178-198-3.
15. JAMES W. *Pragmatism. Nové jméno pro staré způsoby myšlení*. Praha: Jan Laichner. 1918. 205 s.
16. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
17. KLIMEKOVÁ, A. *Filosoficko-etické problémy člověka a společnosti: historicko-filosofický náčrt problematiky člověka, společnosti, a humanizmu*. 1.vyd. Prešov: VEOS, 2000. 132 s. ISBN 80-968450-1-2.
18. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. Přel. A. Krišková, M. Musilová, V. Závodná. přel z. *Fundamentals of Nursing*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
19. KRISTOVÁ, J., TOMAŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2002. 164 s. ISBN 80-8063-107-7.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

21. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
22. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
23. LINHART, J., a kol. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2004. 412 s. ISBN 978-80-8584-361-3.
24. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Insitut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
25. MASTILIAKOVÁ, D. *Kvalita ošetrovatelské péče (I. část)*. Ošetrovatelství: teorie a praxe moderního ošetrovatelství. 2001. vol. 3, č. 3/4, s. 69-73. ISSN 1212-723x.
26. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl: systémový přístup*. 1. vyd. dotisk, Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
27. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II.: systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2003. 1. vyd. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
28. MASTILIAKOVÁ, D. *Kvalita ošetrovatelské péče (III. část)*. Ošetrovatelství: teorie a praxe moderního ošetrovatelství. 2002, vol. 4, č. 3/4, s. 52-57. ISSN 1212-723x.
29. MASTILIAKOVÁ, D. *Kvalita ošetrovatelské péče (IV. část)*. Ošetrovatelství: teorie a praxe moderního ošetrovatelství. 2003, vol. 5, č.1/2 , s. 16-25. ISSN 1212-723x.
30. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
31. MUNZAROVÁ, M. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.
32. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.

33. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 2003. 336 s. ISBN 80-200-1289-3.
34. NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. dotisk. Praha: Academia, 2004. 590 s. ISBN 80-200-1290-7.
35. NEFF, V. *Filosofický slovník pro samouky neboli Antigorgias*. 4. vyd. Praha: Mladá fronta, 2007. 456s. ISBN 978-80-204-1547-9.
36. OLŠOVSKÝ, J. *Slovník filosofických pojmů současnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 2005. 261 s. ISBN 80-200-1266-4.
37. PAPOUŠKOVÁ, P., OTÁSKOVÁ, J., BRABCOVÁ, I. *Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu*. Kontakt, 2006. vol. 8, č. 2, s. 240-248. ISSN 1212-4117.
38. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
39. PŘÍKASKÝ, J. V. *Učebnice základů etiky*. 1. vyd. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. 134 s. ISBN 80-7192-505-5.
40. RIDLEY, M. *Původ ctnosti. O evolučních základech a zákonitostech nesobeckého jednání člověka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 296 s. ISBN 80-7178-351-x.
41. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. Vyd. Praha, Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
42. SAPÍK, M. *Novověká filosofie: dějiny filosofického myšlení od humanizmu do 19. století- vybrané kapitoly*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, katedra společenských věd, 1999. 200 s. ISBN 80-7040-358-6.
43. SCMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 171 s. ISBN 80-7178-312-9.

44. SCHOLZ, P., TÓTHOVÁ, V. *Humanistická péče dle modelu Margarety Jean Watsonové*. Kontakt, 2010, vol. 12, č. 1, s. 34-38. ISSN 1212-4117.
45. SOKOL, J. *Malá filosofie člověka*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1998. 389 s. ISBN 80-7021-253-5.
46. ŠAMÁNKOVÁ M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
47. ŠKRLA, P. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
48. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO-NZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
49. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
50. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *České ošetrovatelství 12: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně, 2003. 74 s. ISBN 57-852-03.
51. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní a staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 100 s.
52. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. vyd. Praha: Grada, 2006. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.
53. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.

54. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vyd. Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.

55. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

## **8 Klíčová slova**

Pragmatismus

Humanismus

Etický kodex

Práva pacientů

Ošetřovatelství

## **9 Seznam příloh**

Příloha 1 Okruhy otázek pro sestry

Příloha 2 Okruhy otázek pro studentky

Příloha 3 Dotazník pro sestry

Příloha 4 Dotazník pro studentky

Příloha 5 Návrh struktury tematického plánu pro supervizní sezení



## **Příloha 1**

### **Okruhy otázek pro sestry:**

1. Myslíte si, že sestry uplatňují prvky humanismu ve své praxi?
2. Jaké zásady považujete ve své praxi za nejdůležitější?
3. Co ve své profesi preferujete?
4. Myslíte si, že máte dostatek praktických návodů (standardů) pro plnění vaší práce?
5. Uplatňujete ve své profesi spíše standardy či se řídíte vlastní zkušeností?
6. Držíte se ve své praxi etických principů sestry a právy pacienta či spíše svých vlastních pocitů?
7. Myslíte si, že je důležitá komunikace s pacientem?
8. Je něco, co Vám brání být empatická?
9. Jakým způsobem zvládáte situace, kdy musíte být více pragmatická – direktivní?
10. Cítíte změnu za dobu působení v profesi sestry?
11. Co byste chtěla (pokud byste mohla) ve své profesi změnit?
12. Byla jste někdy v situaci, kdy nařízení lékaře odporovalo vašemu vlastnímu přesvědčení? Pokud ano, rozved'te ji.

## **Příloha 2**

### **Okruhy otázek pro studenty:**

1. Myslíte si, že sestry uplatňují prvky humanismu ve své praxi?
2. Jaké zásady považujete v profesi sestry za nejdůležitější?
3. Co v této profesi preferujete?
4. Myslíte si, že je dostatek praktických návodů (standardů) pro plnění práce sestry?
5. Je rozhodující práce se standardy či spíše vlastní zkušenost sestry?
6. Je lepší se v praxi držet etických principů sestry a právy pacienta, či se řídit vlastními pocity?
7. Myslíte si, že je důležitá komunikace s pacientem?
8. Je něco, co Vám brání být empatická?
9. Jakým způsobem zvládáte situace, kdy musíte být více pragmatická – direktivní?
10. Cítíte změnu za dobu vaší praktické výuky v nemocnici?
11. Co byste chtěla (pokud byste mohla) v profesi sestry změnit?
12. Byla jste někdy v situaci, kdy nařízení lékaře odporovalo vašemu vlastnímu přesvědčení? Pokud ano, rozved'te ji.

### **Příloha 3**

#### **Dotazník pro sestry:**

Vážené kolegyně, jmenuji se Ester Hauserová a jsem studentkou posledního ročníku magisterského studia Ošetřovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění mého dotazníku, který je součástí mé diplomové práce a je samozřejmě anonymní. Prosím Vás o spolupráci, otázku přečtete a označíte jednu odpověď. U některých otázek je uvedeno, že můžete označit více odpovědí.

Předem všem velice děkuji.

Ester Hauserová

1. Věk:

- 20 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- SZŠ
- SZŠ + PSS
- VZŠ
- VŠ Bc.
- VŠ Mgr.

3. Kolik let pracujete ve zdravotnictví:

- Do 3 let
- Do 10 let
- Do 20 let
- Více než 20 let

4. Co pro vás znamená pojem humanismus? (můžete zvolit více odpovědí)

- Lidskost, ušlechtilost

- Dobročinnost
- Empatii
- Chápání druhých
- Respekt k druhým
- Jiné .....
- Nevím

5. Co pro vás znamená pojem pragmatismus? (můžete zvolit více odpovědí)

- Nařízení
- Zákony
- Standardy
- Praktické jednání
- Efektivitu
- Jiné .....
- Nevím

6. Myslíte si, že pragmatismus patří do vaší profese?

- Ano – ne – nevím

7. Myslíte si, že humanismus patří do vaší profese?

- Ano – ne – nevím

8. Co je pro vás ve vaší profesi všeobecné sestry nejdůležitější?

- Zaměstnání
- Prestiž
- Peníze
- Pomoc lidem
- Uspokojení z práce
- Jiné .....

9. Kterou z rolí sestry považujete za nejdůležitější?

- Ošetřovatelka
- Rozhodovatelka
- Obhájkyně práv pacienta
- Pomocnice lékaře

- Zprostředkovatelka informací

10. Do jaké míry podle vás můžete zvolenou roli naplnit?

- Zcela – téměř úplně – částečně – velmi málo – vůbec

11. Co je pro vás nejdůležitější ve vztahu k pacientovi?

- Důvěra pacienta ke mně
- Dobrá komunikace
- Vzájemné porozumění
- Respekt pacienta ke mně
- Moje zodpovědnost za pacienta
- Uposlechnutí mých doporučení
- Splňuje má očekávání bez poznámek

12. Pacient pro mě znamená:

- Práci
- Nepříjemnost
- Povinnost
- Partnera
- Zodpovědnost
- Někoho, komu mohu pomoci

13. Myslíte si, že profese sestry je poslání?

- Ano – ne – nevím

14. Je něco, co vám brání v dodržování daných pravidel (standardů, nařízení)?

- Ano, co .....
- Ne
- Nevím, nepřemýšlela jsem o tom

15. Je něco, co vám brání ve vstřícném a citlivém přístupu k pacientovi?

- Ano, co .....
- Ne
- Nevím, nepřemýšlela jsem o tom

16. Je v současné ošetrovatelské praxi místo pro humanismus?

- Ano – ne – nevím

- Proč .....

17. Máte pocit, že za dobu vaší praxe u vás došlo ke změně přístupu k pacientovi?

- Ano, k jaké .....

- Ne

- nevím

18. Pacient odmítá pít. Rozhovorem zjistíte, že se mu špatně vstává z lůžka na WC.

Co uděláte?

a) Donutím ho ihned vypít hrnek

b) Nechám ho být, je to jeho věc

c) Zjistím, jak mu mohu se vstáváním pomoci (snížit lůžko, schody k lůžku)

d) Dám mu k posteli močovou láhev

e) Popovídám si s ním, vysvětlím mu důležitost příjmu tekutin a vymyslíme společně vhodné řešení

19. Z důvodu chřipkové epidemie je zákaz návštěv a pacient je ve špatném stavu, úzkostný.

a) Vysvětlím návštěvě, že je bohužel zákaz, odkážu je na telefon

b) Návštěvě neotevřu, mají napsaný zákaz na dveřích

c) K pacientovi návštěvu na chvílku pustím, za dodržení bariérových opatření

d) Návštěvu k pacientovi sama dovedu a zdržím se u pacienta s nimi

e) Pokud jsou neústupní, odkážu je na lékaře

20. Pacient má předepsanou diabetickou dietu, na stolku u něj najdete sáček bonbonů.

a) Okamžitě je vyhodím

b) Vysvětlím mu znovu, má předepsanou dietu a sáček vyhodím

c) Ponechám mu jeden bonbon a zbytek vyhodím

d) Popovídám si s ním o vhodné dietě a doporučím diabetické sladkosti

21. Pacient má jít na vyšetření, lékař na něj čeká. On ale odmítá vstát z lůžka, udává bolesti.

a) Odejdu z pokoje a nahlásím to lékaři

- b) Aplikuji mu analgetika
- c) Promluvím s ním o nutnosti vyšetření a podám analgetika
- d) Zavolám sanitáře, aby pacienta odvezl na sedačce
- e) Na základě rozhovoru zjistím další možnost řešení situace

22. Máte na oddělení konfliktního pacienta, stále je s něčím nespokojen. Co uděláte?  
(můžete zvolit více odpovědí)

- a) Přestanu si ho všímat
- b) Budu ho očividně ignorovat
- c) Nahlásím to lékaři
- d) Provedu zápis do dokumentace
- e) Promluvím s ním a zkusím zjistit důvod
- f) Budu k němu tolerantní
- g) Pokusím se mu ve všem vyhovět
- h) Budu ho neustále poučovat
- i) Připomenu mu opět režim oddělení
- j) Pokusím se ho usměrnit

23. Slyšela jste někdy ve své praxi frázi: „takhle se to tady u nás prostě dělá?“

- Ano
- Ne

24. Jak této frázi rozumíte?

.....  
.....  
.....

25. Pokud jste odpověděla na otázku č. 23 kladně, popište prosím situaci:

.....  
.....  
.....  
.....

## Příloha 4

### Dotazník pro studenty:

Vážené kolegyně, jmenuji se Ester Hauserová a jsem studentkou posledního ročníku magisterského studia Ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění mého dotazníku, který je součástí mé diplomové práce a je samozřejmě anonymní. Prosím Vás o spolupráci, otázku přečtete a označíte jednu odpověď. U některých otázek je uvedeno, že můžete označit více odpovědí.

Předem všem velice děkuji.

Ester Hauserová

1. Věk:

- Do 20 let
- Nad 20 let

2. Jste student:

- VŠ – bakalářské studium
- VŠ – magisterské studium

Prosím, uveďte ročník .....

3. Co pro vás znamená pojem humanismus? (můžete zvolit více odpovědí)

- Lidskost, ušlechtilost
- Dobročinnost
- Empatii
- Chápání druhých
- Respekt k druhým
- Jiné .....
- Nevím

4. Co pro vás znamená pojem pragmatismus? (můžete zvolit více odpovědí)



- Nařízení
  - Zákony
  - Standardy
  - Praktické jednání
  - Efektivitu
  - Jiné .....
  - Nevím
5. Myslíte si, že pragmatismus patří do profese všeobecné sestry?
- Ano – ne – nevím
6. Myslíte si, že humanismus patří do profese všeobecné sestry?
- Ano – ne – nevím
7. Co je podle vás v profesi všeobecné sestry nejdůležitější?
- Zaměstnání
  - Prestiž
  - Peníze
  - Pomoc lidem
  - Uspokojení z práce
  - Jiné .....
8. Kterou z rolí sestry považujete za nejdůležitější?
- Ošetřovatelka
  - Rozhodovatelka
  - Obhájkyň práv pacienta
  - Pomocnice lékaře
  - Zprostředkovatelka informací
9. Do jaké míry podle vás můžete zvolenou roli naplnit?
- Zcela – téměř úplně – částečně – velmi málo – vůbec
10. Co je pro vás nejdůležitější ve vztahu s pacientem?
- Důvěra pacienta ke mně
  - Dobrá komunikace
  - Vzájemné porozumění

- Respekt pacienta ke mně
- Moje zodpovědnost za pacienta
- Uposlechnutí mých doporučení
- Splňuje má očekávání bez poznámek

11. Pacient pro mě znamená:

- Práci
- Nepříjemnost
- Povinnost
- Partnera
- Zodpovědnost
- Někoho, komu mohu pomoci

12. Myslíte si, že profese sestry je posláním?

- Ano – ne – nevím

13. Je něco, co sestřám brání v dodržování daných pravidel (standardů, nařízení)?

- Ano, co .....
- Ne
- Nevím, nepřemýšlela jsem o tom

14. Je něco, co sestřám brání ve vstřícném a citlivém přístupu k pacientovi?

- Ano, co .....
- Ne
- Nevím, nepřemýšlela jsem o tom

15. Je v současné ošetrovatelské praxi místo pro humanismus?

- Ano – ne – nevím
- Proč .....

16. Máte pocit, že za dobu vaší praktické výuky u vás došlo ke změně přístupu k pacientovi?

- Ano, k jaké .....
- Ne
- Nevím

17. Pacient odmítá pít. Rozhovorem zjistíte, že se mu špatně vstává z lůžka na WC. Co uděláte?
- a) Donutím ho ihned vypít hrnek
  - b) Nechám ho být, je to jeho věc
  - c) Zjistím, jak mu mohu se vstáváním pomoci (snížit lůžko, schody k lůžku)
  - d) Dám mu k posteli močovou láhev
  - e) Popovídám si s ním, vysvětlím mu důležitost příjmu tekutin a vymyslíme společně vhodné řešení
18. Z důvodu chřipkové epidemie je zákaz návštěv a pacient je ve špatném stavu, úzkostný.
- a) Vysvětlím návštěvě, že je bohužel zákaz, odkážu je na telefon
  - b) Návštěvě neotevřu, mají napsaný zákaz na dveřích
  - c) K pacientovi návštěvu na chvíli pustím, za dodržení bariérových opatření
  - d) Návštěvu k pacientovi sama dovedu a zdržím se u pacienta s nimi
  - e) Pokud jsou neústupní, odkážu je na lékaře
19. Pacient má předepsanou diabetickou dietu, na stolku u něj najdete sáček bonbonů.
- a) Okamžitě je vyhodím
  - b) Vysvětlím mu znovu, má předepsanou dietu a sáček vyhodím
  - c) Ponechám mu jeden bonbon a zbytek vyhodím
  - d) Popovídám si s ním o vhodné dietě a doporučím diabetické sladkosti
20. Pacient má jít na vyšetření, lékař na něj čeká. On ale odmítá vstát z lůžka, udává bolesti.
- a) Odejdu z pokoje a nahlásím to lékaři
  - b) Aplikuji mu analgetika
  - c) Promluví s ním o nutnosti vyšetření a podám analgetika
  - d) Zavolám sanitáře, aby pacienta odvezl na sedačce
  - e) Na základě rozhovoru zjistím další možnost řešení situace

21. Máte na oddělení konfliktního pacienta, stále je s něčím nespokojen. (můžete zvolit více odpovědí)

- a) Přestanu si ho všímat
- b) Budu ho očividně ignorovat
- c) Nahlásím to lékaři
- d) Provedu zápis do dokumentace
- e) Promluví s ním a zkusím zjistit důvod
- f) Budu k němu tolerantní
- g) Pokusím se mu ve všem vyhovět
- h) Budu ho neustále poučovat
- i) Připomenu mu opět režim oddělení
- j) Pokusím se ho usměrnit

22. Slyšela jste někdy ve své praxi frázi: „takhle se to tady u nás prostě dělá?“

- Ano
- Ne

23. Jak této frázi rozumíte?

.....

.....

.....

.....

24. Pokud jste odpověděla na otázku č. 22 kladně, popište prosím situaci:

.....

.....

.....

.....

## **Příloha 5**

### **Návrh struktury tematického plánu supervizního sezení**

#### **Cíl:**

- posílit jedince i skupiny pro další práci při řešení problémových situací (práce s časem, pracovním vytížením)

#### **Anotace:**

- sestry se ve své praxi často setkávají se situacemi, které jsou náročné a vyčerpávající. Často dochází k vnitřním konfliktům, přetížení a následně i syndromu vyhasnutí. Aby proto nedocházelo ke snížení podílu humanistického přístupu k pacientovi, přispívá supervizní sezení.

#### **Cíl programu:**

- účastníci pojmenují problémy a nedostatky z pohledu sester
- získají podporu a povzbuzení
- získají teoretické znalosti o prevenci syndromu vyhasnutí
- získají informace o duševní hygieně
- budou schopni získané dovednosti využít

#### **Cílová skupina:**

- všeobecné sestry pracující v nemocnici.

#### **Forma:**

- skupinová
- maximální počet do 10 účastníků.

#### **Program semináře:**

- podle potřeb
- minimálně 2x ročně

- součástí semináře je monitorování postojů účastníků k problematice
- značná část programu je podle potřeby věnována reflexi

### **Realizace:**

- realizace probíhá v prostorách nemocnice, společenská místnost
- seminář trvá 3 x 45 minut
- první část je věnována diskuzi o problematických situacích v práci všeobecné sestry
- v druhé části proběhne jejich analýza a reflexe
- třetí část je věnována informacím o duševní hygieně, možnostech vhodné relaxace

### **Náplň programu:**

- navázání kontaktu
- brainstorming zaměřený na návrhy k diskuzi
- výběr témat
- diskuze
- podpora návrhů k řešení
- sebereflexe
- navržení cílů (individuálních)
- návrh další schůzky
- možnosti relaxace, duševní hygiena

### **Pomůcky:**

- vhodná místnost
- flipchart
- psací potřeby