



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

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

Bakalářská práce

# Životní hodnoty v ošetrovatelském procesu

Vypracovala: Krislová Anna  
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, PhD

České Budějovice 2014

## Abstrakt

Ošetrovatelství je jedinečná a specifická profese preferující holistický pohled na člověka a požadující od všeobecných sester schopnost empatie. Zahrnuje mnoho náročných činností, včetně zvyšujících se nároků na behaviorální stránku ošetrovatelství. Všeobecná sestra by měla mít široký rozhled, být vzdělaná v mnoha oborech, aby byla schopna vykonávat svoji profesi kvalitně a samostatně a měla by se umět zaměřit na člověka jako na celek bio-psycho-sociální a spirituální.

Práce je zaměřena na životní hodnoty pacienta, jako na součást ošetrovatelského procesu. Výzkumné šetření je orientováno na to, jaké představy mají všeobecné sestry o preferovaných životních hodnotách pacienta, zda se vyskytují rozdíly mezi představami všeobecných sester a preferovanými životními hodnotami pacienta, zda se všeobecné sestry zajímají o životní hodnoty pacientů a zda zapojují práci s životními hodnotami do ošetrovatelského procesu.

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvantitativního sběru dat pomocí dotazníkové techniky. Byly vytvořeny dva dotazníky. První dotazník vlastní konstrukce pro všeobecné sestry a byl rozdán sestřám pracujícím v nemocničních zařízeních na území města Plzně. Druhý dotazník vlastní konstrukce pro pacienty a byl rozdán pacientům hospitalizovaným nebo navštěvujícím odborné ambulance v nemocničních zařízeních na území města Plzně. Výzkumné šetření probíhalo se souhlasem vrchních sester. Byly stanoveny čtyři cíle bakalářské práce. Prvním cílem bylo posoudit, zda všeobecné sestry považují životní hodnoty pacienta za důležitou součást ošetrovatelského procesu. Druhým cílem bylo posoudit, zda jsou všeobecné sestry ochotny zapojit práci s životními hodnotami pacienta do ošetrovatelského procesu. Třetím cílem bylo posoudit, jaké mají všeobecné sestry podmínky k začlenění životních hodnot pacienta do ošetrovatelského procesu. Čtvrtý cíl měl zjistit rozdíly mezi životními hodnotami, které preferují pacienti a představami všeobecných sester o životních hodnotách pacienta.

Všeobecné sestry převážně považují životní hodnoty pacienta za důležitou součást ošetrovatelského procesu a většina z nich je ochotna zapojit práci s životními hodnotami pacienta do ošetrovatelského procesu. Pacienti ve větší míře vnímají péči o své životní hodnoty ze strany sester jako nedostatečnou. I přesto, že nemocí došlo u většiny pacientů ke změně životních hodnot a některé z nich se tak mohly stát nenaplněnými, se všeobecné sestry ne vždy a u každého pacienta zajímají o jeho životní hodnoty. Vyskytly se rozdíly mezi životními hodnotami, které preferují pacienti a představami všeobecných sester o životních hodnotách pacienta.

Stanovené hypotézy byly potvrzeny.

H1: Všeobecné sestry považují práci s životními hodnotami pacienta za důležité.

H2: Všeobecné sestry jsou ochotny zapojit práci s životními hodnotami pacienta do ošetrovatelského procesu, pokud jim budou poskytnuty podmínky.

H3: Práce s životními hodnotami pacienta v rámci ošetrovatelského procesu je častěji ovlivněna pracovními podmínkami všeobecných sester než životními hodnotami, které preferují pacienti.

Bakalářská práce může sloužit při výuce studentů připravujících se na výkon povolání nelékařské zdravotnické profese. Může být poskytnuta všeobecným sestřím a také vedoucím pracovníkům jako nástroj ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče v oblasti psychosociální péče.

## **Abstract**

Nursing is a unique and specific profession preferring the holistic view of a person and requiring the ability of empathy from general nurses. It involves a lot of demanding activities including the increasing demands of behavioural aspect of nursing. A general nurse is expected to be widely educated, is supposed to be learned in many areas, in order to do her job in a high quality and independently and she is expected to be able to focus on a person as a bio-psycho-social and spiritual whole.

This work is aimed at the life priorities of a patient within the context of nursing. The research is focused on the ideas of general nurses of the preferred life priorities of a patient, if there are differences in the ideas of general nurses and the preferred life priorities of a patient, if general nurses take interest in the life priorities of a patient and if they include the work with life priorities within the nursing process.

In order to do the research, the method of quantitative collection of data was used, with the aid of the questionnaire technique. Two questionnaires were formed. The first questionnaire, of my own making, for general nurses was distributed among nurses working in hospitals in the area of the city of Plzeň. The other questionnaire, of my own making, for patients was distributed among patients hospitalized or visiting particular departments in hospitals in the area of the city of Plzeň. The research was carried out with the approval of the head nurse. Four aims of this Bachelor's Thesis were stated. The first one aims at assessment of nurses' ideas of the life priorities of a patient and if they consider these an important part of the nursing process. The second aim deals with the question if general nurses are willing to include the work with the patient's life priorities within the nursing process. The third one focuses on the conditions that general nurses have in order to include the life priorities of a patient within the nursing process. The fourth aim deals with the differences between the life priorities preferred by patients and ideas of general nurses of patients' life priorities.

General nurses mostly consider life priorities of a patient an important part of the nursing process and most of them are willing to include the work with life priorities of a

patient in the nursing process. Patients mostly perceive the care of their life priorities from nurses' side as insufficient. Although illnesses have changed patients' life priorities, some of them could have become unaccomplished, not all general nurses are interested in each patient's life priorities. There have been differences between life priorities preferred by patients and ideas of general nurses of life priorities of patients.

The specific theories have been affirmed:

T1: General nurses consider working with life priorities of patients as important.

T2: General nurses are willing to include the work with life priorities of patients into the nursing process, if certain conditions are granted.

T3: Work with patients' life priorities within the nursing process is more frequently influenced by working conditions of general nurses than life priorities preferred by patients.

This Bachelor's Thesis may be used when teaching students preparing for the a non-physician medical profession. It may be recommended to general nurses as well as management workers as a tool of increasing the quality of nursing care within psychosocial care.

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

Anna Krislová

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost, cenné rady a připomínky, které mi ochotně poskytovala během psaní bakalářské práce. Poděkování patří také všeobecným sestřám a pacientům za vstřícnou spolupráci při sběru dat.

# Obsah

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	11
1.1 Postavení životních hodnot v hodnotovém žebříčku.....	11
1.2 Definice hodnot.....	12
1.3 Vztah hodnot k postojům, cílům, potřebám a motivům.....	13
1.4 Zdraví, nemoc a duchovní zdraví.....	15
1.5 Kultura.....	16
1.6 Komunikace.....	18
1.7 Vliv nemoci na životní hodnoty.....	20
1.8 Potřeby člověka.....	22
1.9 Potřeby vztahující se k hodnotám.....	24
1.10 Ošetrovatelský proces a intervence.....	26
1.11 NANDA taxonomie II- domény vztahující se k životním hodnotám.....	28
1.12 Důstojnost, kvalita života a intimita.....	30
1.13 Vybrané koncepční modely vztahující se k hodnotám.....	31
2 Cíle a hypotézy.....	34
2.1 Cíle práce.....	34
2.2 Hypotézy práce.....	34
3 Metodika.....	35
3.1 Metodika práce.....	35
3.2 Výzkumný soubor.....	36
4 Výsledky.....	37
4.1 Výsledky dotazníků pro sestry.....	37
4.2 Výsledky dotazníků pro pacienty.....	50
4.3 Výsledné rozdíly.....	60
5 Diskuze.....	62
6 Závěr.....	71
7 Seznam použitých zdrojů.....	73
9 Přílohy.....	78



# Úvod

V minulosti sestry pečovaly o nemocné na základě lékařských diagnóz zaměřujících se zejména jen na nemoc. Dnešní moderní ošetřovatelství preferuje především holistický pohled na člověka a požaduje od všeobecných sester schopnost empatie. Holistická filozofie se zabývá celkem, všechny živé organismy vidí ve vzájemné interakci, zdraví chápe holisticky, zahrnuje celého jedince od tělesné stránky přes emoce až k duchovnu (Pavlíková, 2006).

Nejvýznamnějším bodem pro obor ošetřovatelství je konec 20. a začátek 21. století. Obor si získal své nezastupitelné místo se stále zvyšujícími se nároky na ošetřovatelskou péči. Zahrnuje mnoho náročných činností, ale především se zvyšují nároky na behaviorální stránku ošetřovatelství. Všeobecná sestra musí mít široký rozhled a být vzdělaná v mnoha oborech, aby byla schopna vykonávat svoji profesi kvalitně a samostatně. Nejedná se o vzdělávání jen z odborného hlediska, ale také o nabytí znalostí a praktické využití behaviorálních věd. Vývoj ošetřovatelství prošel mnoha etapami a v různých zemích se lišil některými znaky. Vždy však byl ovlivňován náboženstvím, kulturními a sociálními podněty, válkami a vědeckými objevy a osobnostmi. Tyto faktory nelze chápat odděleně, neboť se vždy vzájemně prolínají (Plevová, 2011).

Definice ošetřovatelství podle Světové zdravotnické organizace, jak uvedla Tóthová (2009, s. 14), zní: „Ošetřovatelství je systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.“ Všeobecná sestra by měla pomáhat nemocným, jak jednotlivcům, tak i skupinám k samostatnosti v uspokojování základních fyziologických, psychosociálních a duchovních potřeb. Důležité je orientovat se nejen na výkony a na léčbu onemocnění, ale i na potřeby člověka, upevnění a podporu zdraví. Tento cíl lze dosáhnout jen systematickým přístupem ke zhodnocení potřeb nebo problémů, k plánování a uskutečnění plánu a k zhodnocení práce. Důležitou součástí v péči o nemocné je tedy vedení ošetřovatelského procesu (Tóthová 2009).

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala proto, že jsem přesvědčena o důležitosti životních hodnot pro naše pacienty. Domnívám se, že mnoho všeobecných sester se stále především zaměřuje jen na základní fyziologické potřeby a opomíjí člověka jako celek bio-psycho-sociální a spirituální.

## 1 Současný stav

### 1.1 Postavení životních hodnot v hodnotovém žebříčku

Slovu hodnota dává každý obor jiný význam. Jinak význam slova hodnota chápe ekonom, jinak lékař a jinak také psycholog a další. Hodnotou můžeme rozumět tržní cenu výrobku, vitální hodnotu (důležitou pro přežití pacienta), kalorickou hodnotu potravin. Z pohledu psychologů slyšíme, že se zabývají devalvací a evalvací. O hodnotách mohou mluvit i politici, sportovci a generálové (Křivohlavý, 1994).

Jinak rozumíme hodnotám v našem osobním životě, tedy životním hodnotám. Hodnotou v našem osobním životě rozumíme především mít smysluplný život. Smysluplnost života, tedy naše zamyšlení nad hodnotami je spíše filosofickým zamyšlením. Filosofie rozlišuje hodnotu „mít“ (např. mít nějaké vlastnictví jako auto, dům atd.) a „býti“ (např. být dobrým člověkem). Životní hodnotou můžeme dále rozumět stavění si cílů (Křivohlavý, 1994). Životní hodnotou člověka rozumíme vše, co ve svém životě považuje za důležité, to co ovlivňuje jeho rozhodování, chování a rozpoložení nebo volbu (Marečková, 2006). Mezi životní hodnoty můžeme zařadit sociální hodnoty, estetické hodnoty, duchovní hodnoty a další. Nejsilnější hodnotou v oblasti sociální bývá zejména rodina a přátelé. Další životní hodnotou sociální stránky může být finanční stránka, pomoc, vzdělávání, společenské a kulturní vyžití. Mezi estetické hodnoty lze zařadit vzhled a harmonii. Duchovní hodnoty jsou spjaty s duchovním, religiózním, filozofickým a psychologickým cítěním (Šamánková a kol., 2011). V současné době je pozornost věnovaná hodnotám nejvíce v psychologii. Neustále se setkáváme se zjišťováním toho, co pro danou skupinu lidí je důležité (hodnotné) a co pro ně má nebo nemá význam (Křivohlavý, 2006). Životní hodnotou jsou priority člověka, které si vytváří od útlého dětství a následně pak vlivem socializace. Jedná se o náš vnitřní svět, tedy svět toho, po čem toužíme, čeho si vážíme a naopak čím pohrdáme. Životní hodnota je to, co nám přináší uspokojení v našem

životě, nebo také v užším měřítku vyjadřuje kulturní kategorie odpovídající našim ideálům a normám (Rossmanová, 2013).

Křivohlavý (1994) uvádí rozdělení hodnot podle V. E. Frankla. Hodnoty lze rozdělit z hlediska smysluplného zaměření života do tří okruhů. Jsou to hodnoty: zážitkové, tvořivé a postojové. První okruh tvoří zážitkové hodnoty, mezi které můžeme zařadit lásku. Zde může jít o lásku matky k dítěti, milování člověka, který je nám vzorem. Nejedná se pouze o zážitkové hodnoty k lidem, ale i k tomu, co v nás probouzí kladné emoce. Zde mluvíme o estetických hodnotách, neboli o hodnotách krásy. Díky zážitkovým hodnotám prožíváme hluboké emoce a tyto hodnoty obohacují náš život. Do druhého okruhu řadíme hodnoty vytvořené naší vlastní aktivitou. Může se jednat o projevy tvořivé činnosti. Hlavní je, že se jedná se o aktivitu, která může obohacovat nás, ale i svět. K těmto hodnotám lze zařadit např. práci umělce, ale i práci ošetřovatelky či všeobecné sestry. Podstatou pro tvořivou činnost je „vydanost“ či „oddanost“. Tím rozumíme aktivitu jedince, který ji bere vážně a doopravdy, i přesto, že ho nikdo neohodnotí. Tato aktivita je pro něj smysluplná. Do třetího okruhu jsou zařazeny postojové hodnoty. Postojovou hodnotou rozumíme akceptovatelnost toho, co je neměnné. S těmito hodnotami se setkáváme v naší profesi u všech pacientů, nejvíce však u chronicky nemocných, kteří přijmou svoji nemoc, u lidí s fyzickým znevýhodněním a také u lidí v terminálním stádiu (Křivohlavý, 1994).

## ***1.2 Definice hodnot***

Různost přístupů k teoriím hodnot stále přetrvává. Nelze říci, zda výrok A. H. Maslowa z roku 1957 pozbyl platnosti. Tento výrok uvedl Seitl (2012, s. 10) a zní: „Humanisté se po tisíce let pokoušejí vytvořit skutečný, psychologický systém hodnot, který by byl odvozen z lidské přirozenosti, bez nutnosti zdroje v autoritě mimo lidské bytí samotné. Mnoho takových teorií bylo poskytnuto v průběhu historie. Všechny selhávají pro množství důvodů zrovna tak, jako všechny ostatní teorie hodnot.“

Mnoho významných autorů hodnoty definovalo. Některé z nich ty nejvýznamnější uvedl Seitzl. Dle Rokeacha „hodnota znamená přetrvávající přesvědčení jedince, že určité specifické jednání nebo cílový stav existence je osobně a sociálně výhodnější než alternativní způsob jednání nebo cílový stav existence“. Schwartz a Bilsky mluví o hodnotách jako o „pojetí nebo přesvědčení o žádoucích cílových stavech nebo způsobech jednání, které přesahuje konkrétní situace, provází výběr nebo posouzení jednání a událostí a jsou seřazeny podle vzájemné důležitosti.“ Podle Homoly a Trpišovské „je hodnota obecně kvalitou nebo vlastností věci, která ji činí užitečnou, žádoucí nebo ctěnou. Hodnota je tu dána vztahem subjektu k objektu a je vlastností subjektem prožívanou, nejde o žádnou objektivní vlastnost samu o sobě“ (Seitzl, 2012). Hofstede a Hofstede hovoří o hodnotách jako o „všeobecných tendencích k dávání přednosti určitým stavům skutečnosti před jinými. Hodnoty jsou pocity, které mají směr: mají kladnou a zápornou stranu“ (Hofstede a Hofstede, 2007, s. 17). Cakirpaloglu definoval hodnoty jako systém, který představuje „systém získaných dispozic člověka jednat nebo směřovat k cíli v souladu s žádoucností, kterou určují podmínky existence“ (Cakirpaloglu, 2004, s. 385). Křivohlavý (2006) uvádí definici hodnot dle Čačky. Dle Čačky můžeme hodnotou rozumět jisté zobecnění tendencí člověka, opírající se o jeho zkušenosti a ideje. Další názor, který uvádí Křivohlavý je výstižný podle Krejčího a to tak, že hodnota je to, co stojí za to, aby se stalo předmětem chtění (Křivohlavý, 2006, s. 35).

### ***1.3 Vztah hodnot k postojům, cílům, motivům a potřebám***

Postoje, cíle, motivy a potřeby úzce souvisí s hodnotami, proto se jimi budeme zabývat.

Hodnoty ve vztahu k postojům jsou spíše abstraktnější a nevztahují se k určitým objektům či osobám. Dospělý jedinec vlastní velmi mnoho postojů k objektům nebo situacím, ale jen velmi málo hodnot. Postoje jsou pro jedince vztahem k hodnotám

(Seitl, 2012). Postoje charakterizují složky kognitivní, emocionální a behaviorální. Na základě těchto složek, lze definovat také funkční strukturu hodnot (Cakirpaloglu, 2004).

O vztahu hodnot a cílů Křivohlavý říká: „Na jedné straně je to cíl, který dává všemu, co k jeho dosažení směřuje, kladnou hodnotu, a na druhé straně jsou to hodnoty, které ovlivňují volbu cílů“ (Křivohlavý, 2006, s. 36). Cíle jsou jednou ze spojníc k potřebám a motivacím (Seitl, 2012). Stuchlíková vymezuje cíle jako vnitřní reprezentace pozitivně hodnoceného konečného stavu behaviorální sekvence (In Blatný, 2010). Smékal uvádí, že hodnoty a hodnotové systémy mají k cílům nejbližší. Současně vymezuje pojetí hodnot jako obecných cílů (Smékal, 2009). Cíl je v tomto pojetí určitou formou ideálu, ke kterému se člověk přibližuje naplňováním kritérií cíle v jednotlivých životních situacích (Seitl, 2012).

Ve vztahu hodnot k potřebám, obvykle potřeba určuje určitou míru žádoucnosti nějakého stavu. V nejširším slova smyslu rozumíme potřebou stav, který odráží rozdíl mezi tím, co máme, a co požadujeme. Potřeby mohou plnit úlohu zdrojů hodnot. Mohou také tvořit s hodnotami jeden celek, a to převážně tam, kde není potřeba deficitem, ale požadavek nějakého stavu v budoucnosti (Smékal, 2009). „Dle Maslowa jsou deficitní potřeby naplňovány základními hodnotami, které jsou společné všem lidem. Uspokojení nižších potřeb umožňuje, aby do uvědomění vstoupily vyšší potřeby“ (In Seitl, 2012, s. 14). Maslow vymezil rozdíly mezi vyššími a nižšími potřebami. Mezi hlavní rozdíly například zařadil: čím je potřeba vyšší, tím je méně rozhodující pro přežití, život pod vlivem vyšších potřeb znamená vyšší biologickou účinnost, delší život, méně bolesti, lepší spánek a podobně, vyšší potřeby jsou subjektivně méně bezodkladné, uspokojení vyšších potřeb vede k příznivějším subjektivním důsledkům, hlubšímu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života, vyšší potřeby a jejich uspokojení vede k přijatelným společenským a občanským důsledkům (In Cakirpaloglu, 2012).

Hodnoty a motivy jsou k sobě ve vztahu nejbližší. Motivů můžeme chápat jako hybné síly, které se skládají z emočních a kognitivních procesů a udržují vztah k určitému cíli (Stuchlíková, 2010). Motivů jsou často zaměňovány s potřebami. Přesto se jedná o pojmy, které mají odlišný význam. Motivem rozumíme tendenci k určitému cíli, zatímco potřebou rozumíme vnitřní stav nedostatku nebo přebytku něčeho

v organismu. Motiv je obecnějším pojmem nežli potřeba. Zahrnuje potřebu, příslušné chování směřující k dosažení cíle, který potřebu uspokojí. S motivy úzce souvisí také motivace, která zpravidla označuje proces spouštění, zaměření a regulaci aktivity člověka na objekty a cíle. Motivace a motivy jsou u každého člověka ryze individuální. Pro každého člověka má stejný motiv svůj osobitý význam a jako tendence k cíli je zcela individuální. Toto platí nejen pro potřeby vyšší, ale i pro potřeby biologické. (Cakirpaloglu, 2012).

#### ***1.4 Zdraví, nemoc a duchovní zdraví***

Mezi jednu z nejdůležitějších životních hodnot můžeme jistě zařadit hodnotu být zdravý. Pojem zdraví používáme velmi často, ale definovat zdraví není jednoduché. Existuje mnoho definic zdraví a někteří autoři zastávají myšlenku, že zdraví nelze definovat (Bártlová a Matulay, 2009).

Definice zdraví je multidimenzionální problém. Nejrozšířenější definicí zdraví dle WHO, kterou uvádí Bártlová, je od roku 1948 obsažena v ústavě WHO a zní: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Bártlová, 2005, s. 21). Tato definice rozumí zdravím složitý systém, ve kterém fyzický, psychický a sociální systém tvoří dynamický celek. Bártlová shrnuje i několik dalších definic podle mnoha autorů. Definice podle T. Parsons (In Bártlová) zní: „Zdraví je stav optimální kapacity individua účinně vykonávat své role povinnosti.“ To znamená schopnost individua plnit svoje společenské úlohy. Definice dle německého sociologa K. Wintera zní: „Zdraví je stav, který dovoluje, aby se podle individuality a životních stádií splnilo očekávání společnosti k její spokojenosti i ke společnosti jedince ve vztahu k sociální roli.“ Zdraví nemůžeme chápat jako něco definitivního, ale jako proces, ve kterém může dojít k maximálnímu rozvoji daných možností organismu. Velmi rozšířená je definice podle E. Bureš (In Bártlová). Ten definoval zdraví jako: „potenciál vlastností člověka vyrovnat se s nároky působení vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí“ (Bártlová, 2005, s. 22).

Pojmem stojícím vedle zdraví je pojem nemoc (Bártlová a Matulay, 2009). Nemoc není životní hodnotou, ale je stavem, který může naše životní hodnoty změnit. Nemoc je stavem, ve kterém se jedinec necítí zdrav. Tento pocit může a nemusí být ve vztahu k chorobě (Kozierová, Erbová a Olivierová, 1995).

Podle definice zdraví dle WHO lze říci, že nemoc je diskomfort v jedné, ve dvou nebo ve všech uvedených složkách. V dnešní době bývá ještě ke složkám bio-psycho-sociálním přidáván aspekt ekologický a spirituální. V případě, je-li člověk nemocen, je zapotřebí pečovat o všechny složky, tak aby došlo k navození pocitu pohody a rovnováhy. Pohodu lze nazvat také jako blaho nebo wellness. Tyto pojmy jsou individuálně a interkulturně odlišné a nejsou v definici zdraví dle WHO jednoznačně konkretizovány. K ozřejmení obsahu těchto pojmů přispívá interkulturní a sociopsychologické zkoumání kultur, národů a etnik (Haškovcová, 2007).

Duchovní zdraví, nebo také dle NANDY (2010) „duchovní pohoda“, je schopnost dát životu význam, hodnotu a účel, jejichž výsledkem je harmonie, mír a spokojenost. Duchovní zdraví může vést k upevnění vztahu se sebou samým, komunitou, prostředím, ale i s Bohem (Němcová, 2010). Duchovní zdraví je pocit zdraví, užitečnosti a spokojenosti (Kozierová, Erbová a Olivierová, 1995). Kozierová (1995) definuje základní znaky duchovního zdraví podle několika potřeb. Jsou to: potřeba vlastního významu a účelu v životě, potřeba přijímat a rozdávat lásku, potřeba naděje a tvořivosti.

Vnímání zdraví závisí na jednotlivci jako na individu, ale také na konkrétní kultuře člověka.

## ***1.5 Kultura***

Znakem dnešní moderní společnosti je migrace. Imigranti přicházejí do neznámé země, kde jsou pro ně nezvyklé klimatické podmínky, strava, zvyky, jazyk, rituály i mentalita společnosti dané země. Tito lidé prožívají traumatický proces adaptace, neboli kulturní šok (Kutnohorská, 2008). Existuje mnoho odlišných definic kultury.



Některé z nich jsou příliš obecné, tudíž nevyjadřují skutečný význam pojmu kultura (Tóthová a kol., 2010).

Pod pojmem kultura v širším slova smyslu rozumíme vše, co vytvořila civilizace. Například obydlí, nástroje, průmysl, tedy materiální výsledky lidské činnosti. Kultura zahrnuje také duchovní výtvořiny lidí, především umění, náboženství, zvyky, politiku, právo a další. V užším pojetí rozumíme kulturou projevy chování lidí, jejich zvyklosti, symboly, hodnotové systémy, tabu atd. To znamená, že každá z kultur má svou specifickou víru, hodnoty, zvyky, způsoby léčby. Tyto znaky je třeba zjistit a pochopit a využívat v ošetrovatelské péči. Lidská kultura je tedy výbavou společnosti a náš hodnotový systém většinou odráží naši kulturu, touhy, přání a zájmy (Kutnohorská, 2013). Obecně lze tedy kulturu charakterizovat jako souhrn duchovních a materiálních hodnot vytvořených a vytvářených lidstvem v celé jeho historii (Nový akademický slovník cizích slov A-Ž, 2005). Naše kulturní zázemí určuje, to čemu věříme, co si myslíme a děláme, jak vědomě, tak i nevědomě, neboť politické, ekonomické a sociální vlivy společnosti, ve které žijeme, často mění způsob, kterým jsou určité aspekty konkrétní kultury předávány a udržovány (Tóthová a kol., 2010, s. 19).

Pojem kultura je klíčovým pojmem transkulturního ošetrovatelství. Může být chápána jako životní formy, hodnotové představy a životní podmínky obyvatel. Z pohledu sociologie má kultura tři významy, kterými jsou: souhrn postojů v dané společnosti (symboly, výrobky, nástroje, představy a ideje), souhrn vzorců chování ve skupině, souhrn symbolických systémů a obsahů ve společnosti (náboženství, umění a vědění) (Plevová a kol., 2011).

V kultuře jsou zakořeněné významné hodnotové tendence. Kulturní hodnoty jsou vytvářeny socializací zprostředkovanou rodinou (Cakirpaloglu, 2004). Znaky kultury můžeme charakterizovat symboly, rituály a hodnotami. Kulturní hodnoty nám určují hodnoty individuální, které se vytvářely v průběhu dlouhého rozvoje tj. geografické rozmístění národů, přístup ke zdrojům, historické události a další. Kulturní hodnoty jsou velmi odolné vůči změně (Hofstede a Hofstede, 2007).

Dle charakteru lze společnost rozdělit na multikulturní a interkulturní. Pojem transkulturní se již téměř nepoužívá ve spojení transkulturní společnost, ale užíváme jej

ve spojení transkulturního ošetřovatelství. Pod pojmem multikulturní společnost si lze představit společnost složenou z různých etnických, sociálních a náboženských podskupin. Jedná se o respektování více kultur, kulturních tradic a způsobu života. Interkulturní společnost je společnost podporující vztahy mezi majoritou a minoritou. Pro tuto společnost je charakteristický respekt k odlišnostem, tolerance, rovnost, konstruktivní řešení konfliktů a úsilí o vyhnutí se negativních předsudků a stereotypů. Transkulturní ošetřovatelství nebo také transkulturní přístup vychází ze vzájemné interakce mezi majoritou a minoritou (Kutnohorská, 2013). Transkulturní ošetřovatelství je zaměřeno na odlišnosti a podobnosti mezi jednotlivými kulturami, v případě, že jde o humánní péči, zdraví a nemoc. Při tom klade důraz na kulturní hodnoty, přesvědčení a zvyky dané skupiny nebo jedince (Kutnohorská, 2008).

Oblast kultury a multikultury je velice obsáhlým tématem, proto se jím dále nemůžeme zabývat. Důležité je pro všeobecnou sestru zohlednit při poskytování zdravotní a ošetřovatelské péče cizincům jejich etnické a kulturní hodnoty, praktiky a názory vztahující se ke zdraví jedince a k poskytování zdravotnické péče. Všeobecná sestra musí být schopna zjistit rozdíly v kulturních zvyklostech, pochopit je a přizpůsobit jim poskytování ošetřovatelské péče (Plevová a kol., 2011).

## ***1.6 Komunikace***

Ke zjištění životních hodnot pacienta je nesmírně důležitá schopnost správně komunikovat s pacientem, tak aby došlo k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem (Venglářová a Mahrová, 2006). Mnozí z nás zastávají názor, že umět správně komunikovat je dar. Opak je ale pravdou, komunikaci je třeba se učit, je to celá řada dovedností, které si musíme osvojit (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Dovednost komunikovat by měla patřit mezi profesionální dovednosti všeobecné sestry. Můžeme rozlišit tři druhy profesionální komunikace, které mají své zákonitosti a význam. První je sociální komunikace, kdy se jedná o běžný hovor a kontakt s nemocným. Nemocný si již během sociální komunikace vytváří vztah k osobám, jež o něj pečují. Dalším druhem

je specifická komunikace. Zde pacientovi sdělujeme důležitá fakta a motivujeme ho k další léčbě, edukujeme a podobně. Třetím druhem je terapeutická komunikace, která se odehrává často formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu a rozhovoru s pacientem mu poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích (Venglářová a Mahrová, 2006). Komunikačním základem mezi zdravotnickým personálem a pacientem je hluboký lidský vztah k druhému člověku. Komunikace je důležitou dovedností, která přispívá ke zkvalitnění kontaktu s pacientem. Mezi nejdůležitější komunikační dovednosti, mající velký význam pro poznání pacienta, můžeme zařadit naslouchání a schopnost empatie (Beran a kol., 2010).

*Naslouchání* znamená aktivní vyslechnutí pacienta. Znamená to, že komunikace musí být oboustranná a musí zahrnovat přímou komunikaci všeobecné sestry, ale také aktivní vyslechnutí pacienta. Nasloucháním získáváme od pacienta důležité informace (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Nasloucháním lze rozpoznat i to, co je pro pacienta v životě důležité, tedy jeho životní hodnoty. Naslouchání je tedy velmi důležitou součástí rozhovoru. Dáváme tím najevo, že nejen slyšíme, ale také to, že chápeme a rozumíme. Jsou zde vytvářeny další podmínky k rozhovoru a dáváme najevo ochotu pomoci. Nasloucháme třemi základními způsoby. Jsou to uši, oči a srdce (Venglářová a Mahrová, 2006). Nasloucháním aktivně vnímáme pacienta, vnímáme nejen to, co říká, ale i jak to říká, jeho mimiku a pohyby. Všechny tyto podněty nás přivedou ke smyslu pacientova sdělení (Beran a kol., 2010).

*Empatie*, z řeckého *empathia*, je pojem rozšířený v západoevropské kultuře od dob řeckého starověkého filozofa Aristotela. Obyčejně se převádí jako vžívání se, vcit'ování se do něčeho nebo do někoho. Ve třicátých letech 20. století uvedl rakouský lékař a psycholog Alfred Adler empatii výstižným citátem. Tento citát uvedl Ptáček, Bartůněk a kol. (2011, s. 71) a zní: „Empatizovat znamená vidět očima druhého člověka, slyšet ušima druhého člověka a cítit jeho srdcem“. Pro psychoterapii vypracoval všeobecně uznávanou definici empatie americký psycholog a psychoterapeut, představitel humanistické psychologie C. R. Rogers jako terapii soustředěnou na člověka a na jeho momentální potřeby. Vymezení empatie dle C. R. Rogerse uvedl Ptáček, Bartůněk a kol. (2011, s. 71) a zní: „Empatii nebudu nazývat stavem, protože jde spíše o proces.

Je to vstupování do světa druhého. Znamená to dočasně žít životem druhého člověka a vzdát se vlastního hodnocení. Patří sem též vyjadřování vlastních pocitů vztahujících se ke světu druhého a jejich ověřování míněním druhého. Být takovým způsobem druhým znamená prozatím odložit vlastní názory a hodnoty, odložit své já. Toho se mohou odvážit pouze lidé, kteří jsou si sami o sobě jisti natolik, že se nemusí bát toho, že by se ve světě druhého člověka ztratili.“

V obecném pojetí lze hovořit o empatii jako o vztahu a citlivosti k subjektu vůči psychickým stavům druhých osob. Empatie je důležitou podmínkou sociální komunikace a interakce mezi lidmi (Mlčák a Zášková, 2006). Empatii řadíme mezi základní předpoklady efektivní komunikace a psychotherapeutického přístupu (Beran a kol., 2010, s. 53). Empatií rozumíme schopnost vcítit se do pocitů, myšlení a jednání druhých. Jedná se o schopnost emocionálně se ztotožnit s pocity, s myšlením a s jednáním druhých. Empatie úzce souvisí s nasloucháním (Gulášová, 2009). Všeobecná sestra musí být schopna rozpoznat, v jakém duševním rozpoložení je druhý člověk, jakou má náladu a co prožívá. Musí být schopna poznat vnitřní svět druhého a být schopna vidět svět z pohledu jeho očí (Beran a kol., 2010). Empatické chování vyžaduje vytvoření hlubokých emocionálních vztahů mezi sestrou a pacientem. Vytvoření tohoto vztahu vyžaduje speciální edukaci, osobnostní předpoklady a dovednost soustředit se na druhého. Je to proces, který vyžaduje čas (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Empatie má vedle emoční složky také kognitivní (racionální) složku. Znamená to jak schopnost „být s pacientem“ ve stejném emočním rozpoložení, tak schopnost o něm přemýšlet. Jsme-li empatictí, víme, co prožívá druhý, jaké má pocity, sami však nemáme stejné prožitky jako on (Beran a kol., 2010, s. 54).

### ***1.7 Vliv nemoci na životní hodnoty***

Vlivem nemoci dochází k narušení obvyklého způsobu života a mění se navykly stereotyp. Při nemoci dochází k neuspokojování celé řady potřeb a ke změně životních hodnot, tedy priorit v životě člověka (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007). Každá

nemoc má své důsledky. Tyto důsledky jsou nejen biologické, ale velký význam mají i důsledky psychického a sociálního rázu. Důsledky nemoci jsou rozdílné u různých onemocnění, ale i každý pacient vnímá důsledky jiným způsobem (Bártlová, 2005). Každá nemoc působí na člověka negativně, ovlivňuje jeho chování, reakce, emoce, rysy osobnosti a životní hodnoty (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007). K sociálním důsledkům nemoci lze zařadit nemožnost vykonávat svoji profesi. Tento důsledek může vést ke změně zaměstnání, ale i ke ztrátě zaměstnání. Z psychického hlediska tento důsledek může vést k pocitům nejistoty a k těžkým depresivním stavům. Následkem změny nebo ztráty zaměstnání může dojít k tíživé ekonomické situaci. Sociální důsledky se mohou objevit i v rodině. Nemoc může narušit partnerské, manželské a rodinné vztahy. Nemoc má vliv také na trávení volného času. Dochází k omezení nebo nemožnosti účastnit se společenských, kulturních, sportovních a jiných akcí (Bártlová, 2005).

Hodnoty vycházející z Maslowova trojúhelníku jsou nemocí také ovlivňovány. Nemocný člověk potřebuje mít jistotu, že nezůstane sám a opuštěn, potřebuje mít pocit sounáležitosti a lásky, sebeúcty a seberealizace. Seberealizace v těžké nemoci v podstatě zaniká. Člověk potřebuje raději slyšet, že se mu něco povedlo a že něco dokázal, než slyšet to, jak by se mohl ještě realizovat. Pocit sebeúcty může být narušen nedostatkem soukromí při hospitalizaci a pocitem nemocného, že je na obtíž. Lásky a pocit příslušnosti může být narušen neporozuměním a nepochopením potřeb a nároků. Bezpečí a jistota může být narušena bolestí, nespavostí a dalšími příznaky. Fyziologické potřeby zůstávají v popředí zájmu každého nemocného člověka po celou dobu nemoci (Šamánková a kol., 2011).

Vlivem nemoci dochází ke změně v hierarchii hodnot, proto je důležité jejich zjišťování v rámci anamnézy u každého pacienta (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007).

## **1.8 Potřeby člověka**

Šamánková (2011, s. 12) říká: „Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní“. Potřeba nás pobízí k vyhledání toho, co je pro náš život nezbytné nebo vede k vyhýbání se určitého podnětu, který je pro náš život nepříznivý. Potřeby každý z nás potřebuje ke svému vývoji a životu (Trachtová a kol, 2013). Potřebu můžeme také považovat za základní formu motivu, ve smyslu něco získat nebo něčeho se zbavit. Motiv vede jednotlivce k činnosti, při které bude dosaženo cíle nebo uspokojení potřeby (Tomagová, Bóriková a kol., 2008).

Pro naplnění lidských potřeb je důležitá motivace. Ta je definována jako hybná síla našeho jednání a konání. Je to psychologický proces, jenž aktivuje naše chování a tak mu dává účel a směr. Podle toho jak velká je motivace, tak hodně se jedinci dostává síly a odvahy k naplnění cílů. Lidské chování a jednání je vždy něčím motivováno a k tomu je ovlivňováno aspekty biologickými, kulturními a situačními. Na základě motivace vznikají motivy, neboli pohnutky, příčiny činností a reakcí vedoucí k uspokojení určitých potřeb. Potřeby jsou považovány za základní formu motivů (Šamánková a kol. 2011). Potřeby můžeme uspokojovat žádoucím (neškodí nám ani jiným a jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami jedince) nebo nežádoucím způsobem (mohou škodit a nejsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami jedince) (Trachtová a kol., 2013).

Teorie motivace a lidských potřeb vysvětluje úsilí jednotlivce porozumět sobě a druhým (Tomagová, Bóriková a kol., 2008, s. 13). V případě studia lidské motivace je třeba vzít v úvahu také situaci, ve které se člověk nachází, nacházel nebo bude nacházet. Je třeba tedy zhodnotit situaci v minulosti, současnosti i budoucnosti, ke které se motivace vztahuje. Pod motivací rozumíme, že lidské chování není náhodné, ale vychází z aktuálních potřeb. To v jedinci vytváří pocit napětí, který je subjektivně nepříjemný. Jedinec se tudíž snaží napětí cíleně redukovat nebo odstranit. Motivací rozumíme proces, který určité chování nejen determinuje, ale i energetizuje (udržuje)

a po dosažení cíle ho ukončuje. Toto pojetí se vztahuje především k oblasti biologických potřeb. U vyššího stupně lidského chování je jedinec motivovaný k vedení vlastního života, tak aby byl smysluplný a aby směřoval k vyšším hodnotám. Motivace bývá vyjadřována snahou, přáním, úsilím, tužbou, záměrem a podobně. To jsou vnitřní podněty, které nás motivují. Motivace může být však vyvolána i vnějšími podněty. Mezi nejčastější vnější podnět můžeme zařadit peníze. Pomocí vnějších podnětů, např. peněz, člověk dosáhne uspokojení potřeb. Můžeme říci, že vše, co člověk dělá, ať už z fyziologických, psychických či duchovních pohnutek, směřuje k dosažení určitého uspokojení (Tomagová, Bóriková a kol., 2008).

*Emoce* mají velmi úzký vztah s motivací a nejsou vždy spojeny s nějakým cílem. Jsou subjektivní zkušenostní složkou motivace (Šamánková a kol., 2011). Emoce nejsou onemocněním, ale mnozí z nich mají strach podobně jako z nemocí. Přicházejí většinou také neočekávaně, úplně nebo z části nás pohlcují, omezují, paralyzují. Někdy jsou příjemné, jindy zase nepříjemné. Mohou být nevysvětlitelné a záhadné (Hájek, 2006, s. 8). Pacient postižený nějakou nepříjemnou emocí, ji většinou nepřijímá a chce se jí zbavit. Potřebuje od nás nějakou radu, pomoc, aby se nepříjemného stavu či životní situace zbavil. Pro porozumění pacientovým emocím je velmi důležitá autenticita, empatie a akceptace. To jsou pojmy, které bývají často opomíjeny pracovníky pomáhajících profesí (Hájek, 2006). Je velmi důležité, aby sestra uměla poskytnout pomoc, podporu, inspiraci, poznat lidi takové, jací opravdu jsou, co je baví, co je motivuje, a snažit se je vést k plnému rozvinutí jejich schopností. Účastník pomáhající profese by měl pacientům pomáhat objevovat jejich vlastní dovednosti a dispozice, nalézat vlastní motivační zdroje. Každý zdravotník by si měl uvědomit, že není jediným zdrojem motivace a bez vzájemné důvěry a pochopení neuděláme v oblasti motivace mnoho. Motivovat někoho je vždy snadnější, pokud má sestra schopnost empatie a empatického naslouchání. Empatické naslouchání není jen pouhé poslouchání, je to především snaha pochopit to, jak se druhá strana cítí (Šamánková a kol., 2011).

### ***1.9 Potřeby vztahující se k hodnotám***

V moderním ošetrovatelství jsou potřeby člověka, jak nemocného, tak zdravého, systematicky hodnoceny a plánovitě uspokojovány. Realizace uspokojování potřeb člověka se děje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Při zjišťování potřeb nemocného se musí sestra zabývat člověkem jako celkem (Trachtová a kol., 2013). Holistická ošetrovatelská péče akceptuje práva pacienta. Neoddělitelnou součástí holistického ošetrovatelství je právě ošetrovatelský proces, který je vždy zaměřený na celého člověka. Holistická filozofie zdůrazňuje, že sestra musí brát člověka jako celek a musí se snažit pochopit současně vztah částí ve vztahu k interakcím celku a vztah celku k jeho částem. Holistické ošetrovatelství chápe člověka jako bio- psycho- sociální a spirituální bytost (Pavlíková, 2006).

Společným zájmem zdravotníků a pacienta je návrat ke zdraví. Pro uzdravení jsou nezbytné nejen medikamentózní a léčebné zákroky, ale i další aspekty jako: dostatek spánku, dobré podmínky pro hygienu a vyprazdňování, kvalitní strava a podobně. Nelze opomenout i psychickou pohodu. Vedle základních biologických potřeb musíme brát ohled na pocit bezpečí a jistoty, potřeby estetické, sociální kontakt, úctu a podobně. Uspokojení biologických potřeb je převážně objektivním úsudkem sestry, pomocí fyziologických vyšetření sestrou. Může být však i subjektivním hodnocením pacienta. Psycho- sociální a spirituální potřeby jsou vždy subjektivně hodnoceny pacientem (Trachtová a kol., 2013).

Podle podstaty člověka dělíme potřeby na fyziologické, psychické, estetické, sociální, sociální a kulturní, sebevyjádření a duchovní. Fyziologické potřeby vyplývají z podstaty člověka jako živé bytosti. Pro účel této práce se těmito potřebami nebudeme zabývat. Dále se budeme zmiňovat o potřebách, které se vztahují k životním hodnotám. Těmi jsou potřeby psychické, estetické, sociální, sociální a kulturní, sebevyjádření, duchovní potřeby (Šamánková a kol., 2011). Tyto potřeby nejsou důležité pro přežití člověka, ale pro žití smysluplného života. Mají velmi důležité postavení v psychologii člověka. Uspokojování těchto potřeb přináší člověku pohodu, rozvíjí jeho osobnost (Tomagová, Bóriková a kol., 2008). Psychické potřeby jsou vyjadřovány tím, jak člověk



prožívá psychické stavy. Vycházejí z toho, jak člověk individuálně prožívá a vnímá svět, a jak rozvíjí osobnost (Šamánková a kol., 2011). K psychickým potřebám řadíme především respektování lidské důstojnosti. Je nutno brát člověka jako bytost jedinečnou a tak ho chápat a respektovat. Člověk je bytost, která potřebuje se svým okolím komunikovat. Mnoho z nás často zapomíná na důležitost komunikace s pacientem v agónii (Svatošová, 2012). K psychickým potřebám dále řadíme bezpečí a jistotu, lásku, porozumění, úctu a sebeúctu. K psychickým potřebám lze přidat ještě estetické a kulturní potřeby (Tomagová, Bóriková a kol., 2008). Potřeby estetické jsou závislé na tom, jak moc je jedinec vyspělý a jaké jsou jeho požadavky na estetický soulad a krásno. Potřeby kulturní jsou spojeny s potřebou vzdělání, společenského a kulturního života. Jsou spjaty s kulturou, jež je produktem lidské společnosti. Potřeba sebevyjádření zahrnuje touhu pochopení, přání a názory a schopnost je pojmenovat a také prezentovat se svým životem. Potřeby sociální, nebo také potřeby společenské závisí na společnosti, sociálním zázemí a postavení (Šamánková a kol., 2011). Člověk je bytostí společenskou, a proto také nechce sám stonat a umírat. Nemocný často potřebuje u sebe své blízké, stojí o návštěvy v době hospitalizace. Nejvíce stojí o návštěvy svých nejbližších, tedy rodiny (Svatošová, 2012). Potřeby duchovní jsou spjaty s duchovní, religiózní, filozofickou a psychologickou stránkou člověka (Šamánková a kol., 2011). Duchovní potřeby bývaly dlouho tabuizovány. Mnoho zdravotníků se domnívalo, že jde o potřeby pouze věřících. Spadají sem zajisté potřeby věřících, ale také duchovní potřeby lidí, kteří nežijí s náboženskou vírou. Mnoho lidí se v nemoci zabývá otázkami smysluplnosti svého života a existence. Každý člověk v době vážné nemoci potřebuje vědět, že jeho život měl smysl. V případě nenaplnění této potřeby dochází k duchovní nouzi (Svatošová, 2012).

Potřeby vztahující se k hodnotám se ve velké míře vyskytují u umírajících. Zdravotníci se ve své profesi se smrtí setkávají, ale ne vždy jsou však na ni připraveni. Každý zdravotník by měl znát, jak pečovat o umírající. Způsob, jak pečovat o umírající, ukázala Elizabeth Kübler Rossová. Péče o umírající podle E. K. Rossové ukazuje, že s empatií, láskou, osvícenějším postojem se může stát umírání pokojnou a významnou zkušeností (Kelnarová, 2007). Profesionálně vykonávaná ošetrovatelská péče

o umírající je nezbytná pro uspokojení psychických a spirituálních potřeb umírajících. Mezi tyto potřeby umírajících řadíme potřebu nebýt sám, komunikovat a být v přítomnosti druhých, potřebu soukromí a intimity, potřebu hovořit o své situaci pravdivě, ale s nadějí, potřebu hovořit o smysluplnosti svého dosavadního života, smět dát najevo své obavy ze smrti a umírání, smět vyjádřit svou úzkost, smět si zaplákat, potřeba připravit se na svou smrt, ujistit se, zda blízcí unesou bolest ze ztráty, potřeba truchlit, potřeba rituálů, a podobně (Haškovcová, 2007). Takto bychom mohli pokračovat s potřebami umírajících dále. Tyto potřeby jsou ryze individuální a každý zdravotník by měl tyto individuální potřeby umět zjistit a samozřejmě pomoci je naplnit. Profesionální péče o umírající je zajisté závislá také na respektování hodnot jednotlivých pacientů a i jejich rodin. Každý z nás je individuum, a proto máme každý svůj vlastní systém hodnot. Ke každému nemocnému proto přistupujeme individuálně a snažíme se pochopit a poznat, co je pro nemocného a jeho rodinu v životě důležité. Pochopení životních hodnot umírajícího a rozpoznání potřeb, které s nimi souvisí, jsou velmi důležité pro kvalitu života umírajícího. Důležité je, aby si byl schopen zdravotník uvědomit rozdíl mezi hodnotovým žebříčkem svým a nemocného a být si vědom napětí, které může vzniknout v souvislosti s rozdílností hodnotového žebříčku. Musíme brát ohled také nato, že se hodnoty nemocného a jeho blízkých mohou v průběhu života a nemoci měnit (Marková, 2010).

### ***1.10 Ošetrovatelský proces a intervence***

*Ošetrovatelský proces* můžeme definovat jako systémový komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem na to, co nejvíce přihlížet na individuální potřeby ošetrovaného, řešit jeho problémy a předcházet jim (Tóthová a kol., 2009, s. 16). Aby sestry realizovaly ošetrovatelský proces efektivně a ke každému pacientovi měly individuální přístup, je třeba, aby s pacientem spolupracovaly. Pro ošetrovatelský proces je důležitý vědecký přístup v ošetrovatelském myšlení, teorii i praxi. Představuje z teoretického hlediska metodologii ošetrovatelství a systémovou teorii řešení

problému. Z hlediska praxe představuje komplexní a systematickou metodu posuzování, plánování a poskytování ošetrovatelské péče s cílem změnit zdravotní stav pacienta (Sysel, Belejová a Masár, 2011). Do ošetrovatelské praxe se zavádí ošetrovatelský proces o pěti fázích, kterými jsou: zhodnocení/posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Ve fázi zhodnocení sestra získává informace o nemocném a hodnotí jeho zdravotní stav. Ve druhé fázi sestra provádí analýzu získaných dat a stanovuje problémy, které již existují, nebo které mohou vzniknout, pomocí ošetrovatelských diagnóz. V rámci plánování sestra určuje priority, stanovuje cíle a kritéria, určuje intervence a zaznamenává individuální plán. V další fázi sestra realizuje plán péče a v poslední fázi sestra hodnotí, zda bylo dosaženo cílů (Tóthová a kol., 2009).

*Intervenci* rozumíme ošetrovatelské strategie, které sestra u pacienta bude vykonávat. Vykonávání intervencí předchází plánování ošetrovatelských strategií, během kterého jsou určeny všechny alternativy sesterských činností, které přispějí k řešení pacientova problému. Během tohoto procesu musí sestra spolupracovat s dalšími odborníky, prostudovat odbornou literaturu a standardy. Daný problém sestra řeší pomocí více intervencí. Zásadní je, aby zvolila takové intervence, které nejvíce vyhovují pacientovi, ale zároveň přispějí k dosažení cíle (Tóthová a kol., 2009). Při aplikaci intervencí v oblasti životních hodnot musí být kladen důraz na žebříček hodnot pacienta. Velmi důležité pro sestru je uvědomovat si vlastní hodnotový žebříček a uvědomovat si také i napětí, které může vzniknout, pokud jsou přítomny výrazné rozdíly od hodnotového žebříčku pacienta a jeho blízkých (Marková, 2010). Před tvorbou intervencí musí sestra zjistit priority pacienta v oblasti životních hodnot a to, zda jsou hodnoty pacienta neuspokojovány. To především záleží na subjektivním hodnocení pacienta. Při vykonávání těchto intervencí je zapotřebí, aby sestra spolupracovala s odborníky, kteří jsou kompetentní v oblasti dané hodnoty, například s psychologem, sociálním pracovníkem, duchovním a dalšími. Zajisté nesmí chybět spolupráce s rodinou a blízkými pacienta, neboť nedostatečný kontakt s rodinou bývá nejčastějším problémem z oblasti životních hodnot.

Profese sestry patří k profesím, ve kterých je schopnost řešení problémů rozhodující k dosažení úspěchů. Z tohoto důvodu s sebou ošetrovatelská péče přináší potřebu systémového přístupu a komplexního řešení problému. Ošetrovatelské činnosti nelze realizovat jen dle naučených stereotypů a lékařských ordinací. Je zapotřebí dosáhnout takové úrovně péče, která zabezpečí všechny potřeby nemocného. Sestra musí tedy vědět o pacientovi co nejvíce informací ze všech oblastí. A k tomu jí dopomáhá systematické shromažďování informací (Tóthová a kol., 2009, s. 34).

### ***1.11 NANDA taxonomie II- domény vztahující se k životním hodnotám***

Pro snadnější komunikaci mezi sestrami byla vytvořena standardní terminologie ošetrovatelských diagnóz. Tento systém ošetrovatelských diagnóz vyvinula asociace NANDA (North American Association for Nursing Diagnosis International, Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku). Potřeby člověka, rodiny nebo komunity jsou zde členěny do jednotlivých domén. Každá z domén obsahuje podklady pro diagnostiku v rámci jedné lidské potřeby. Nás bude především zajímat desátá doména, která se vztahuje nejvíce k životním hodnotám. Tuto doménu nazýváme Životní principy. Tato doména dává podklady pro ošetrovatelskou diagnostiku v oblasti postojů, projevů a způsobu myšlení. Tyto zásady mají pro člověka velkou vnitřní hodnotu (Marečková, 2006).

V doméně Životní principy se nachází deset ošetrovatelských diagnóz. Diagnóza *Snaha zvýšit naději* znamená očekávání a tužby, které jsou dostatečné pro mobilizaci vlastní energie člověka a které můžou být posíleny. Tato diagnóza vyjadřuje touhu zlepšit propojení s jinými, zlepšit řešení k dosažení cílů, zlepšit schopnost stanovit si cíle, kterých lze dosáhnout, zlepšit smysluplnost existence, zlepšit soulad mezi očekáváním a touhami, zlepšit své duševno, zlepšit víru v možnosti, zvýšit naději. Další diagnózou je *Snaha zlepšit duchovní well-being*. Zde se jedná o schopnost zažít a začlenit význam a účel v životě přes propojenost se sebou samým, s druhými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou anebo se silou větší, než je vlastní, kterou lze

posílit. Tato diagnóza vyjadřuje např. touhu po zlepšení významu života. Další diagnóza *Zhoršená religiozita* znamená zhoršenou schopnost spolehnout se na náboženská přesvědčení nebo účastnit se rituálů podle tradice konkrétní víry. Určujícími znaky jsou potíže s dodržováním náboženských rituálů, zásad a podobně. Diagnóza *Snaha zlepšit religiozitu* znamená schopnost zvýšit důvěru v náboženská přesvědčení nebo účast na rituálech konkrétní tradice víry. Určujícími znaky jsou odmítání vzorce víry, odmítání zvyků, které jsou škodlivé, požadování náboženských materiálů a prožitků, touha posílit náboženské zvyky. Následuje diagnóza *Riziko zhoršené religiozity*. Zde se jedná o riziko zhoršené schopnosti věřit v náboženská přesvědčení nebo se účastnit na rituálech konkrétní tradice víry. Diagnóza *Duchovní strádání* vyjadřuje zhoršenou schopnost prožít a začlenit význam a smysl v životě přes propojenost se sebou samým, s druhými, uměním, hudbou, literaturou, přírodou nebo se silou větší, než je vlastní. Určujícími znaky jsou hněv, pocit viny, odmítání interakce s blízkými, neschopnost modlit se a podobně. Diagnóza *Riziko duchovního strádání* vyjadřuje riziko předešlé diagnózy. Diagnóza *Konflikt při rozhodování* znamená nejistotu ohledně průběhu činnosti, která má být provedena, když výběr mezi konkurenčními činnostmi zahrnuje riziko, ztrátu nebo zpochybnění hodnot a víry. Zde mezi určující znaky můžeme zařadit např. nejistotu ohledně možností, opožděné rozhodování, pocit strádání, zpochybňování hodnot, víry při snaze rozhodnout se a podobně. Následuje diagnóza *Morální strádání*, která znamená reakci na neschopnost provést zvolené etické rozhodnutí. Určující znaky jsou sklíčenost, bezmocnost, pocit viny, úzkost, frustrace, pochybování o sobě samém a podobně (Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace, 2010, s. 279-292).

Další doménou, která souvisí s životními hodnotami, je i doména šestá sebepercepce. Sebepercepce úzce souvisí se sebepojetím, tedy vnímáním sebe sama (Marečková, 2006). Do této domény patří diagnózy: *Riziko oslabení lidské důstojnosti*, tedy riziko vnímané ztráty úcty a cti. *Beznaděj*, tj. subjektivní stav, při kterém osoba vidí omezené nebo žádné alternativy nebo osobní výběr a není schopna zmobilizovat energii bez cizí pomoci. *Narušená osobní identita* znamená neschopnost udržet si integrované a úplné vnímání sebe sama. *Riziko osamělosti* je riziko prožití diskomfortu spojované s touhou nebo potřebou po kontaktu s jinými. *Snaha zlepšit zdatnost* znamená

vzorec vědomého se podílení na změně, který je dostatečný pro well-being a může být posílen. *Bezmocnost* je vnímání toho, že něčí jednání nemůže významně ovlivnit výsledek, vnímaný nedostatek kontroly nad stávající situací nebo bezprostředním vývojem. *Riziko bezmocnosti* znamená riziko vnímané ztráty kontroly nad situací nebo neschopnost významně ovlivnit výsledek. *Snaha zlepšit sebepojetí* vyjadřuje to, že vzorec vnímání nebo představ o sobě samém je dostatečný pro well-being a může být posílen. *Situačně snížená sebeúcta* znamená vývoj negativního vnímání vlastní hodnoty v reakci na stávající situaci. *Chronicky snížená sebeúcta* je dlouhotrvající negativní sebehodnocení. *Riziko situačně snížené sebeúcty* je riziko předešlé diagnózy. *Narušený obraz těla* znamená zmatek v mentálním obrazu fyzického já člověka (Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace, 2010, s. 177-191).

Další diagnózy vyjadřující potřebu nějaké životní hodnoty bychom našli také v sedmé doméně vztahy mezi rolemi, v deváté doméně zvládnání/tolerance zátěže a ve dvanácté doméně komfort.

### ***1.12 Důstojnost, kvalita života a intimita***

Pojem lidská *důstojnost* je často užívaným pojmem. Přesto není dostatečně vymezena. To, co lidská důstojnost je, si většinou každý uvědomí, až když je ohrožena či pošlapána. Důstojnost pochází z latinského slova dignus. To znamená povinnost určitého respektu a úcty. Existují i další významy pod heslem dignus. Jsou jimi úctyhodný, vážený, ctihodný, ctěný. Lidská důstojnost v nejobecnějším slova smyslu je to, co patří každému člověku. Poukazuje na hodnotu člověka jako na lidskou bytost. Z tohoto aspektu vyplývá požadavek mít úctu ke každému člověku, bez ohledu na jeho sociální, duševní nebo tělesný stav. Lidská důstojnost je základní součástí práv nemocných a povinnosti zdravotníků. Týká se všech lidských bytostí a je jednou z největších hodnot lidské existence (Svobodová a kol., 2012).

S důstojností bývá velmi často spojována i *kvalita života* (Haškovcová, 2007, s. 161). Kvalita života je pojmem velmi širokým, který souvisí s pochopením lidské

existence, smyslu života a samotného bytí. Zaměřuje se na zkoumání materiálních, psychologických, sociálních a spirituálních podmínek pro šťastný, zdravý a naplněný život člověka (Payne a kol., 2005). Marková (2010, s. 38) říká: „Kvalita života souvisí s uspokojováním potřeb. A protože každý člověk a každá rodina má trochu jiné potřeby, je i kvalita života velice individuální pojem. Pro zajištění kvality života je nutné dobře rozpoznávat potřeby a adekvátně na ně reagovat. V žádném případě nelze říci, že pacientovi k prožívání kvalitního života stačí, pokud je bez bolesti a dalších tělesných symptomů.“

S důstojností je často spojována *intimita*. Pod slovem *intimita* si lze představit: soukromí, důvěrnost, nahotu nebo stud. Potřebu intimity lze zařadit k potřebám sebekoncepce, sebeúcty, jistoty a bezpečí. Prostřednictvím sebekoncepce si člověk utváří vztah k sobě samému, ale i k druhým. Potřeba intimity je z velké části dána náboženskou orientací, ale především jde o zachování lidské důstojnosti. Intimitou rozumíme nejen intimitu tělesnou, ale i psychickou, neboť odhalení duše může být pro pacienta těžší než odhalení těla. *Intimita* není pro pacienta pouze potřebou, ale také právem (Pincová, 2011).

### ***1.13 Vybrané koncepční modely vztahující se k hodnotám***

Model je vědecká konstrukce, obraz, představa či popis zkoumaného jevu nebo předmětu. Koncepce je pojetí, chápání, myšlenková osnova či způsob pohledu a výkladu určitého jevu. Předmět zkoumání představuje metaparadigma. Metaparadigma v ošetrovatelství jsou osoba, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Koncepční model je soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace. Každý koncepční model poskytuje odlišný pohled na koncepcie metaparadigmatu. Každý z modelů definuje čtyři, již zmíněné metaparadigmatické koncepcie odlišně a spojuje je různými způsoby (Pavlíková, 2006). Každý koncepční model a teorie ošetrovatelství spadá do určité kategorie. Pro obsáhlost

tohoto tématu se kategorizací nebudeme dále zabývat. Zaměříme se na vybrané koncepční modely vztahující se k životním hodnotám a multikulturnímu ošetrovatelství.

Standardní postupy v multikulturním ošetrovatelství vypracovala Madeleine Leiningerová. Také definovala to, že pacienti mají právo, aby byly pochopeny a respektovány jejich kulturní odlišnosti, tj. víra, hodnoty, životní styl a podobně. To znamená, že ošetrovatelská péče musí být vykonávána tak, že bude v souladu s jejich kulturními odlišnostmi. Musí akceptovat etická hlediska a základní lidská práva. Základní etické pojmy si každý zdravotník musí osvojit. Pokud hovoříme o etických pojmech v multikulturním ošetrovatelství, nachází se zde dvě etické povinnosti sestry. Těmi jsou ochrana lidské důstojnosti a udržování zdraví (Sysel, Belejová a Masár, 2011).

Mezi koncepční modely související s životními hodnotami patří *Teorie lidského bytí*, jehož autorkou je Rosemarie Rizzo Parse. Tato teorie odráží to, že každý jedinec má svůj způsob života. Dalším je *Teorie ošetrovatelského procesu* od Idy Jean Orlandové. V tomto modelu je cílem zlepšit nebo obnovit psychické blaho a pohodu. Dalším koncepčním modelem je *Model funkčních vzorců zdraví* dle Marjory Gordon. Ta uvádí třináct vzorců zdraví. Z těchto vzorců se k životním hodnotám vztahují především životní principy. Dále k těmto modelům můžeme zařadit *Teorii základní ošetrovatelské péče* Virginie Henderson. Zde je cílem nezávislost pacienta v uspokojování potřeb, mezi které V. Henderson mimo jiné zařadila vyznávání vlastní víry, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů (Pavlíková, 2006). Dalším je *Teorie pokojného konce života*. Autorkami jsou Cornelia M. Rulandová a Shirley M. Mooreová. Cílem je zajištění kvality života terminálně nemocných, pokojná a důstojná smrt a také péče o pečující po smrti pacienta. Dalším je *Teorie interakčních systémů, teorie dosažení cíle* od Imogene Kingové. Cílem je zachování zdraví, tak aby pacienti mohli plnit své role, pomoci navrátit plnohodnotné zdraví nebo důstojně zemřít (Machová a kol., 2011). Dále k těmto modelům můžeme zařadit *Teorii čtyř konzervačních principů* Myry Estrin Levineové. Z těchto principů se životních hodnot týká princip zachování osobní integrity. Ten zahrnuje sebeúctu a pocit identity. Další princip je zachování sociální integrity. Zde se jedná o duchovní potřeby a spolupráci



s rodinnými příslušníky (Pavlíková, 2006). I některé další ošetrovatelské modely se vztahují k životním hodnotám, ale vzhledem k obsáhlosti tématu je v naší práci nelze popsat.

## **2 Cíle a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

1. Posoudit, zda všeobecné sestry považují životní hodnoty pacienta za důležitou součást ošetrovatelského procesu.
2. Posoudit, zda jsou všeobecné sestry ochotny zapojit práci s životními hodnotami pacienta do ošetrovatelského procesu.
3. Posoudit, jaké mají všeobecné sestry podmínky k začlenění životních hodnot pacienta do ošetrovatelského procesu.
4. Zjistit rozdíly mezi životními hodnotami, které preferují pacienti a představami všeobecných sester o životních hodnotách pacienta.

### **2.2 Hypotézy práce**

1. Všeobecné sestry považují práci s životními hodnotami pacienta za důležité.
2. Všeobecné sestry jsou ochotny zapojit práci s životními hodnotami pacienta do ošetrovatelského procesu, pokud jim budou poskytnuty podmínky.
3. Práce s životními hodnotami pacienta v rámci ošetrovatelského procesu je častěji ovlivněna pracovními podmínkami všeobecných sester, než životními hodnotami, které preferují pacienti.

### 3 Metodika

#### 3.1 Metodika práce

K získání sběru dat pro danou problematiku byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu a to formou dotazníkové techniky. Dotazníky byly zcela anonymní a dobrovolné. Bylo rozdáno 300 dotazníků všeobecným sestřám a 200 dotazníků pacientům.

První dotazník vlastní konstrukce pro sestry (příloha č. 1) a skládá se z 22 otázek. Z nich je 12 otázek uzavřených, 7 otázek polozavřených, 2 otázky otevřené, u kterých se mohli respondenti sami vyjádřit a 1 otázka filtrační. Úvodní část otázek byla zaměřena na demografické údaje respondentů, další otázky byly zaměřeny na to, zda všeobecné sestry začleňují životní hodnoty pacienta do ošetrovatelského procesu, jsou-li ochotny začlenit životní hodnoty pacienta do ošetrovatelského procesu a zda mají nějaké podmínky pro začlenění životních hodnot pacienta do ošetrovatelského procesu a jak by tyto podmínky zefektivnily. Závěrečná část otázek byla věnována představě všeobecných sester o životních hodnotách pacientů.

Druhý dotazník vlastní konstrukce pro pacienty (příloha č. 2) a skládá se ze 17 otázek. Z nich bylo 13 otázek uzavřených, 3 polozavřené a 1 otázka otevřená, kde se mohli respondenti volně vyjádřit. Úvodní část otázek byla věnována demografickým údajům respondentů, další otázky byly zaměřeny na to, jak jsou životní hodnoty respondentů ovlivňovány nemocí a na to, jaké životní hodnoty respondenti preferují.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno v měsíci únoru 2014.

### 3.2 *Výzkumný soubor*

Výzkumné šetření bylo uskutečněno v nemocničních zařízeních na území města Plzně. Do výzkumného šetření byly zařazeny všeobecné sestry pracující jak u lůžka, tak i v ambulantním úseku. Dále byli osloveni pacienti hospitalizovaní a navštěvující ambulance v těchto nemocničních zařízeních.

Pomocí dotazníkové techniky pro toto výzkumné šetření bylo osloveno 300 všeobecných sester, které byly seznámeny s tímto výzkumným šetřením. Vráceno bylo 232 dotazníků. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 207 dotazníků, zbývajících 25 dotazníků bylo vyplněno neúplně a nemohly být použity pro výzkumné šetření. Návratnost byla 77 %.

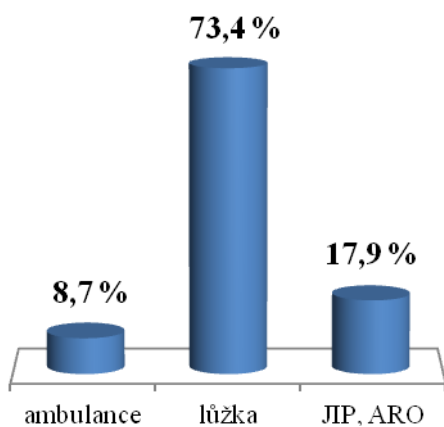
Dále bylo osloveno 200 pacientů, kteří byli plně seznámeni s důvody a cíli výzkumného šetření. Vráceno bylo 162 dotazníků. Všechny byly použity pro výzkumné šetření. Návratnost byla 81 %.

Výsledky byly zpracovány pomocí grafů.

## 4 Výsledky

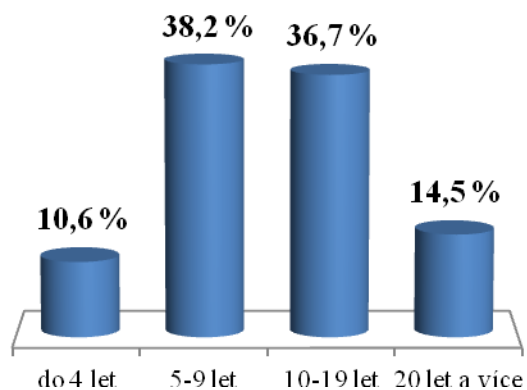
### 4.1 Výsledky dotazníků pro sestry

**Graf 1 Pracoviště**



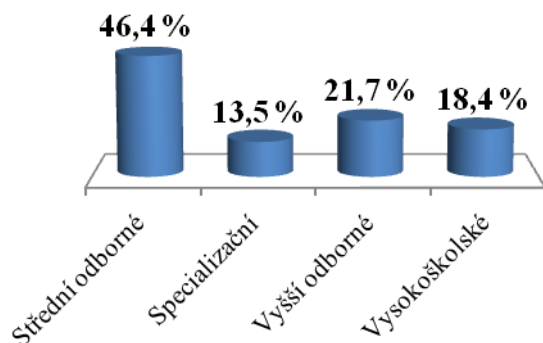
Z celkového počtu 207 (100 %) respondentů pracuje 18 (8,7 %) respondentů v ambulancním úseku, 37 (17,9 %) na JIP nebo ARO a 152 (73,4 %) v lůžkovém úseku.

**Graf 2 Délka praxe**



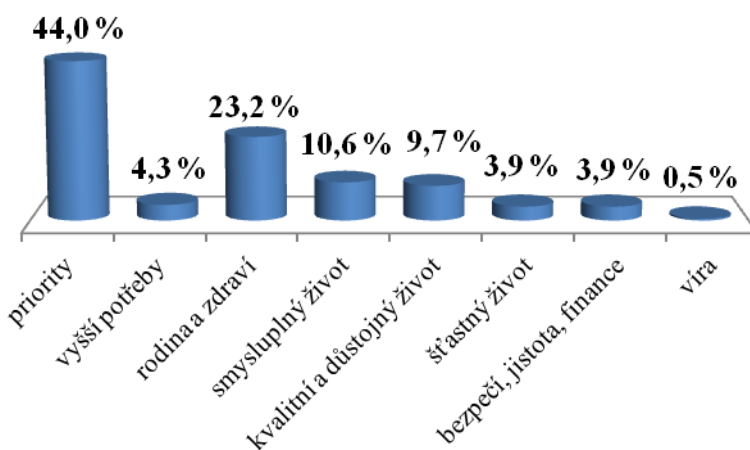
Praxi všeobecné sestry vykonává 22 (10,6 %) respondentů do 4 let, 79 (38,2 %) 5-9 let, 76 (36,7 %) 10-19 let a 30 (14,5 %) 20 let a více.

**Graf 3 Vzdělání**



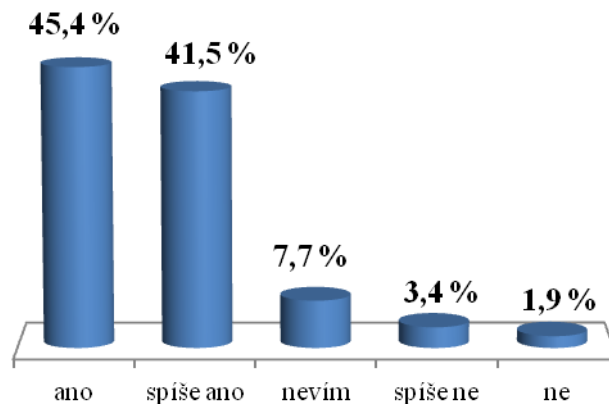
Nejvyššího dosaženého vzdělání středního odborného s maturitou dosáhlo 96 (46,4 %) respondentů, 28 (13,5 %) specializačního vzdělání, 45 (21,7 %) vyššího odborného vzdělání a 38 (18,4 %) respondentů vysokoškolského vzdělání.

**Graf 4 Pojem životní hodnota**



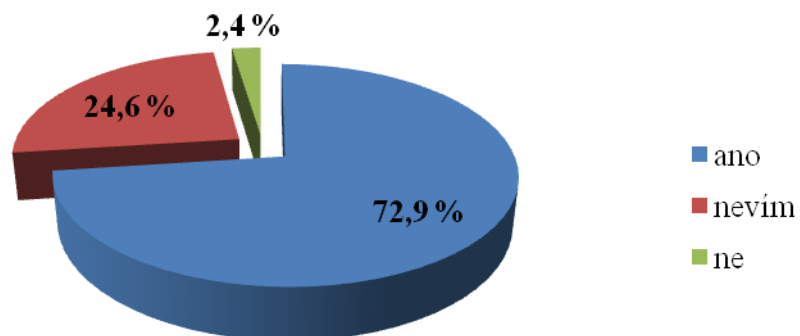
Graf znázorňuje odpovědi respondentů, které byly rozděleny do 7 kategorií. Pod pojmem životní hodnota si představuje 91 (44,0 %) respondentů priority, 9 (4,3 %) vyšší potřebu, 48 (23,2 %) rodinu a zdraví, 22 (10,6 %) smysluplný život, 20 (9,7 %) kvalitní a důstojný život, 8 (3,9 %) šťastný život, 8 (3,9 %) bezpečí, jistotu a finanční zabezpečení a 1 (0,5 %) víru.

**Graf 5 Důležitost životních hodnot**



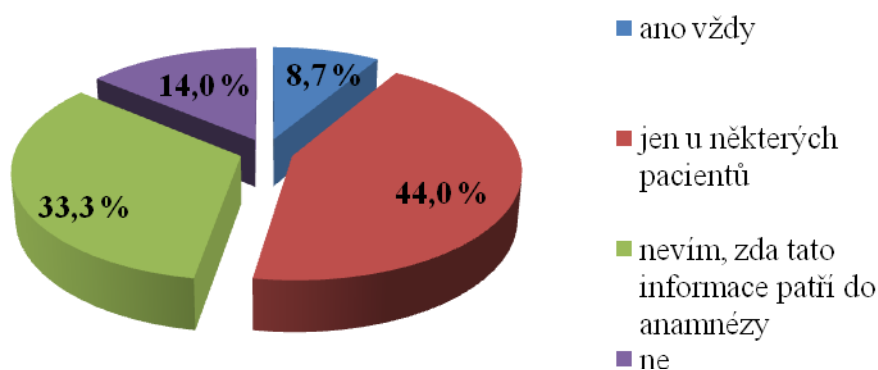
Graf znázorňuje představu sester o tom, zda jsou životní hodnoty pro pacienta důležité. 94 (45,4 %) respondentů se domnívá, že životní hodnoty jsou pro pacienta důležité, 86 (41,5 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 16 (7,7 %) nevím, 7 (3,4 %) spíše ne a 4 (1,9 %) respondenti se domnívají, že životní hodnoty nejsou pro pacienta důležité.

**Graf 6 Vliv nemoci na životní hodnoty**



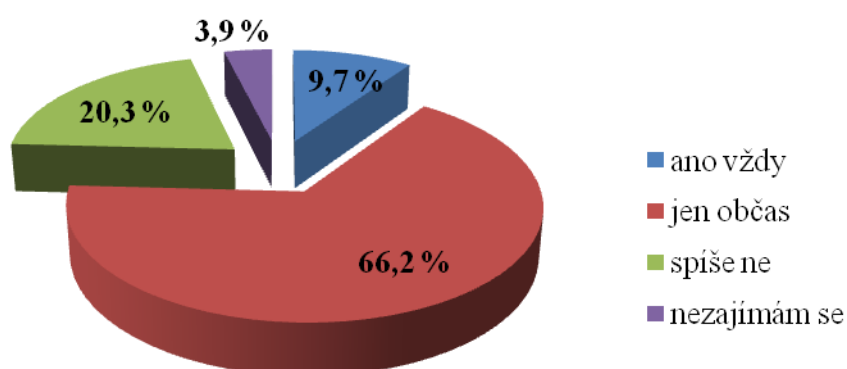
151 (72,9 %) respondentů se domnívá, že nemoc ovlivňuje životní hodnoty pacienta, 51 (24,6 %) neví a 5 (2,4 %) respondentů se domnívá, že nemoc neovlivňuje životní hodnoty pacienta.

**Graf 7 Zjišťování životních hodnot v rámci anamnézy**



Graf znázorňuje zjišťování životních hodnot pacienta v rámci anamnézy. 18 (8,7 %) respondentů zjišťuje životní hodnoty v rámci anamnézy vždy a u každého pacienta, 91 (44,0 %) jen u některých pacientů, 69 (33,3 %) neví, zda tato informace patří do anamnézy a 29 (14,0 %) respondentů nezjišťuje životní hodnoty v rámci anamnézy vůbec.

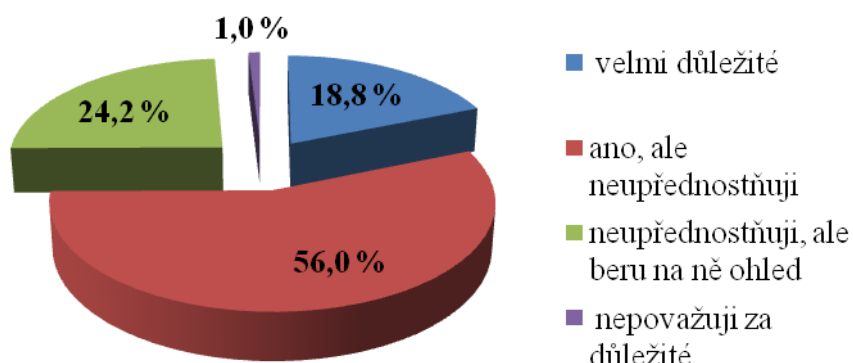
**Graf 8 Zájem o životní hodnoty pacienta v rámci ošetrovatelské péče**



Zájem o životní hodnoty v rámci poskytování ošetrovatelské péče má 20 (9,7 %) respondentů, 137 (66,2 %) jen občas, 42 (20,3 %) spíše ne a 8 (3,9 %) respondentů se nezajímá o životní hodnoty pacienta v rámci poskytování ošetrovatelské péče.

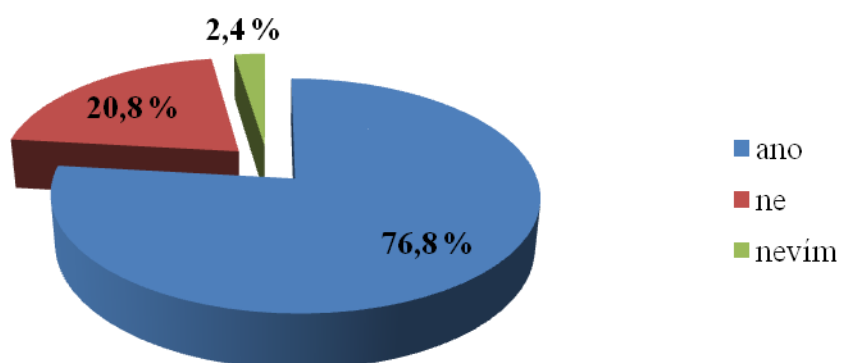


**Graf 9 Naplnění životních hodnot pacienta**



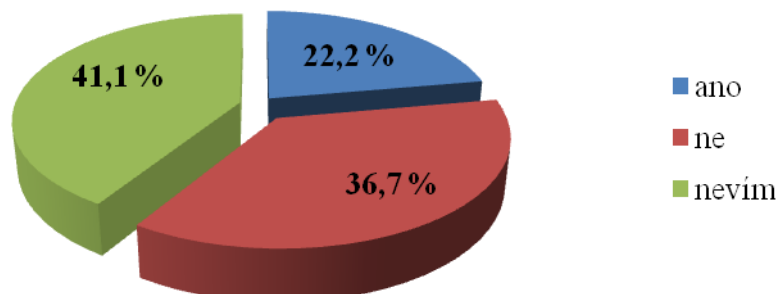
Naplnění životních hodnot pacientů považuje za velmi důležité 39 (18,8 %) respondentů, 116 (56,0 %) je považuje za důležité, ale jejich naplnění neupřednostňuje, 50 (24,2 %) je nepovažuje za důležité, ale bere na ně ohled a 2 (1,0 %) respondenti je vůbec nepovažují za důležité.

**Graf 10 Realizace ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu**



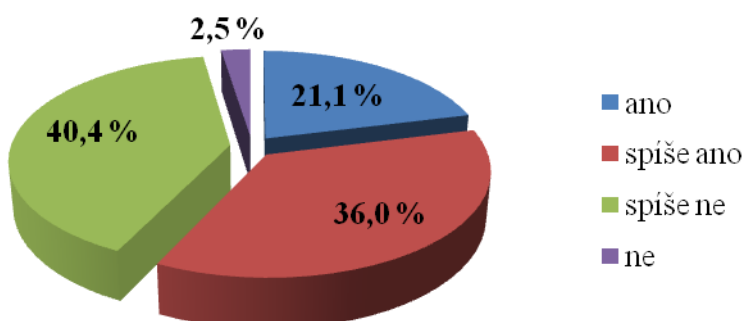
Ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu na svém pracovišti realizuje 159 (76,8 %) respondentů, 43 (20,8 %) ošetrovatelský proces nepoužívá a 5 (2,4 %) respondentů neví, zda realizuje ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu.

**Graf 11 Začlenění životních hodnot do ošetrovatelské péče**



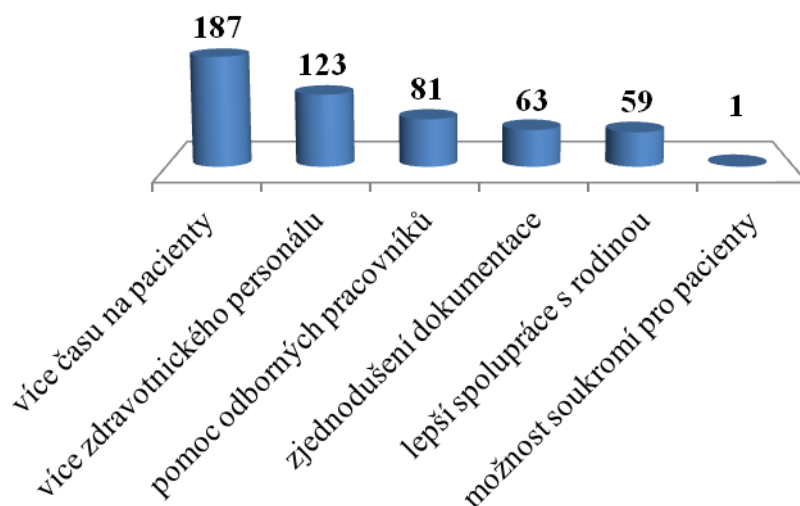
Životní hodnoty do ošetrovatelské péče začleňuje 46 (22,2 %) respondentů, 76 (36,7 %) je nezačleňuje do ošetrovatelské péče a 85 (41,1 %) respondentů neví, zda začleňuje životní hodnoty pacienta do ošetrovatelské péče.

**Graf 12 Ochota začlenit životní hodnoty do ošetrovatelské péče**



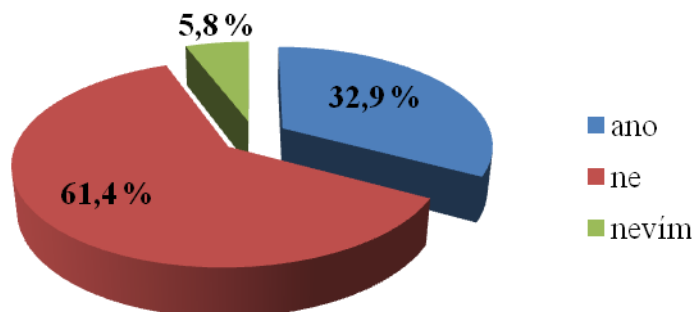
Ochotu začlenit životní hodnoty pacienta do ošetrovatelské péče projevilo z celkového počtu 161 (100%) respondentů 34 (21,1 %) respondentů, 58 (36,0 %) odpovědělo spíše ano, 65 (40,4 %) odpovědělo spíše ne a 4 (2,5 %) respondenti neprojevili zájem o začlenění životních hodnot pacienta do ošetrovatelské péče.

**Graf 13 Podmínky pro začlenění životních hodnot do ošetrovatelského procesu**



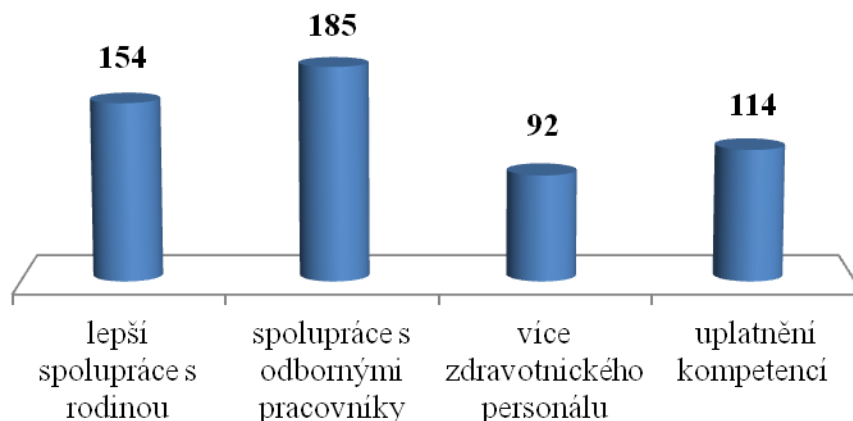
Respondenti vybírali z více možností. Z celkového počtu 514 (100%) odpovědí nejčastěji respondenti vybrali jako podmínky pro začlenění životních hodnot pacienta do ošetrovatelského procesu 187× (36,4 %) „více času na pacienty“, 123× (23,9 %) „více zdravotnického personálu“, 81× (15,8 %) „pomoc odborných pracovníků“, 63× (12,3 %) „zjednodušení dokumentace“, 59× (11,5 %) „lepší spolupráce s rodinou“ a 1× (0,2 %) „možnost soukromí pro pacienty“.

**Graf 14 Výskyt podmínek pro začlenění životních hodnot na pracovišti**



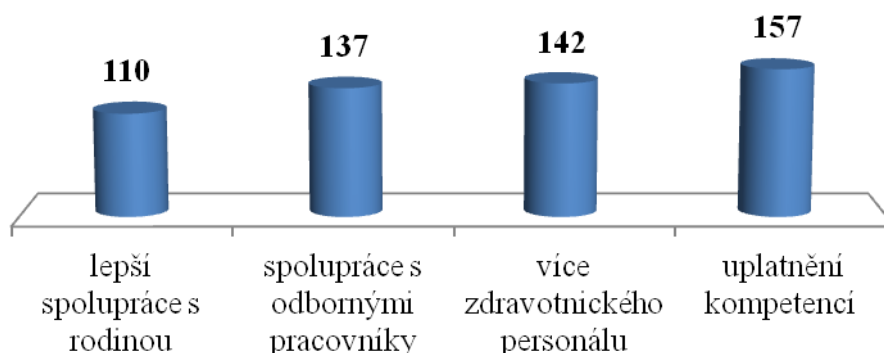
Z celkového počtu 207 (100%) respondentů má 68 (32,9 %) podmínky pro začlenění životních hodnot pacienta na svém pracovišti, 127 (61,4 %) tyto podmínky nemá, 12 (5,8 %) neví, zda tyto podmínky má.

**Graf 15** Přístup pro naplnění životních hodnot pacienta



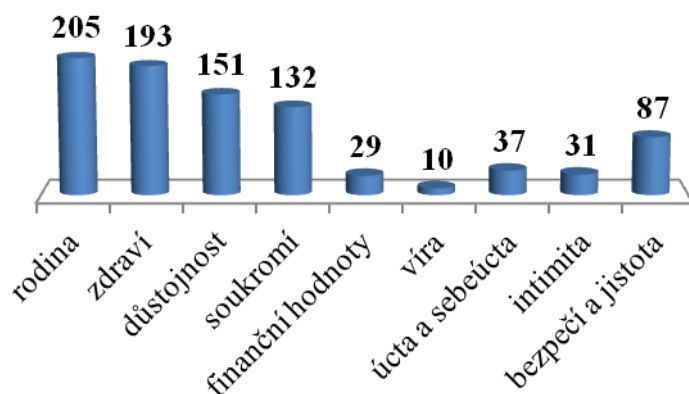
Respondenti vybírali z více možností. Pro zefektivnění přístupu sester k naplnění životních hodnot pacienta by sestry požadovaly z celkového počtu 545 (100%) odpovědí 154× (28,3 %) zlepšení spolupráce s rodinou, 185× (33,9 %) spolupráci s odbornými pracovníky, 92× (16,9 %) více zdravotnického personálu a 114× (20,9 %) větší prostor pro uplatnění kompetencí v této oblasti.

**Graf 16** Podmínky pro naplnění životních hodnot pacienta



Respondenti vybírali z více možností. Pro zefektivnění přístupu sester k naplnění životních hodnot pacienta by sestry požadovaly z celkového počtu 546 (100%) odpovědí 157× (28,8 %) větší prostor pro uplatnění kompetencí v této oblasti, 142× (26,0 %) více zdravotnického personálu, 137× (25,1 %) spolupráci s odbornými pracovníky a 110× (20,1 %) zlepšení spolupráce s rodinou.

**Graf 17 Preferované životní hodnoty**



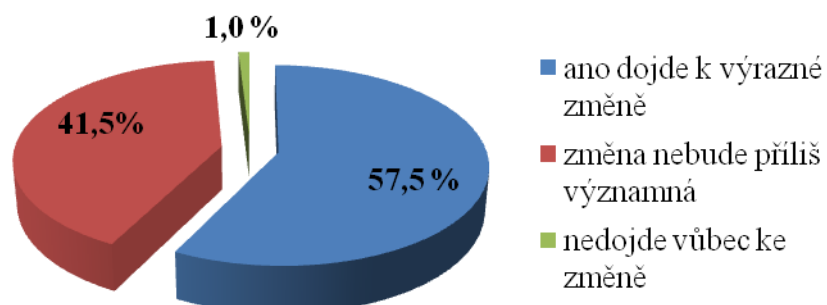
Respondenti volili více odpovědí. Graf znázorňuje představu sester o tom, jaké životní hodnoty pacienti preferují. Z celkového počtu 875 (100%) odpovědí bylo odpovězeno na to, jaké hodnoty preferují pacienti 205× (23,4 %) „rodina“, 193× (22,1 %) „zdraví“, 151× (17,3 %) „důstojnost“, 132× (15,1 %) „soukromí“, 29× (3,3 %) „finanční hodnoty“, 10× (1,1 %) „víra“, 37× (4,2 %) „úcta a sebeúcta“, 31× (3,5 %) „intimita“ a 87× (9,9 %) „bezpečí a jistota“.

**Tabulka 1**

životní hodnoty	preferance
zdraví	1
rodina	2
důstojnost	3
soukromí	4
bezpečí a jistota	5
úcta a sebeúcta	6
intimita	7
finanční hodnoty	8
víra	9

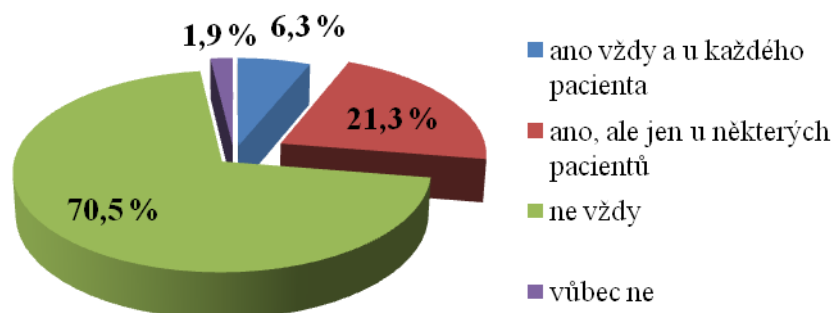
Priority životních hodnot pacientů sestry vnímají v následujícím pořadí: zdraví, rodina, důstojnost, soukromí, bezpečí a jistota, úcta a sebeúcta, intimita, finanční hodnoty, víra.

**Graf 18 Změna žebříčku hodnot vlivem nemoci**



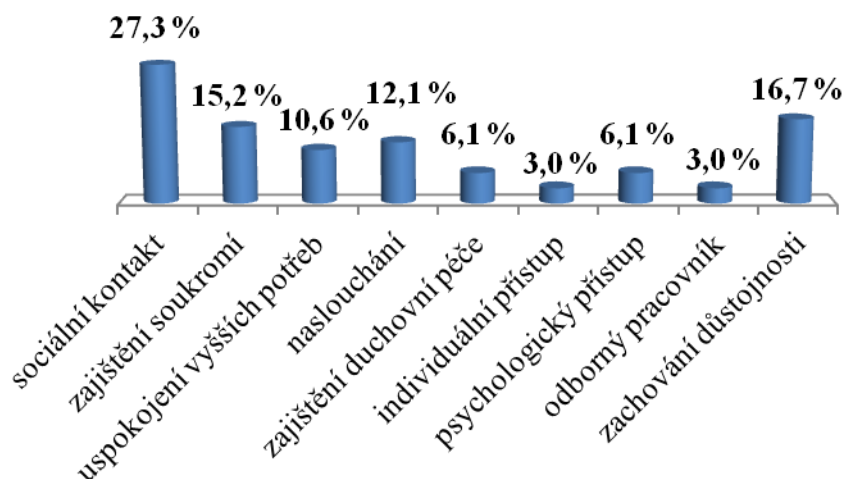
Z celkového počtu 207 (100%) respondentů se 119 (57,5 %) respondentů domnívá, že vlivem nemoci dojde k výrazné změně v hodnotovém žebříčku, 86 (41,5 %) se domnívá, že změna nebude příliš významná a 2 (1,0 %) respondenti se domnívají, že nedojde vůbec ke změně.

**Graf 19 Snaha o naplnění životních hodnot pacienta**



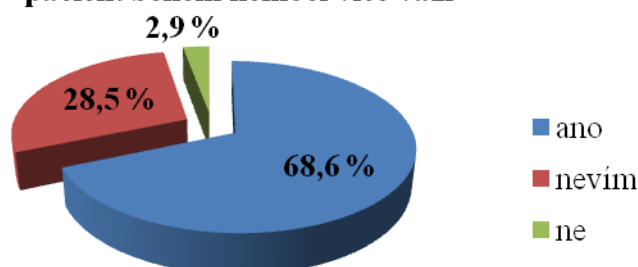
Naplnit životní hodnoty pacienta se snaží 13 (6,3 %) respondentů vždy a u každého pacienta, 44 (21,3 %) jen u některých pacientů, 146 (70,5 %) ne vždy a 4 (1,9 %) respondenti se nesnaží vůbec naplnit životní hodnoty pacienta.

**Graf 20 Naplnění životních hodnot pacienta**



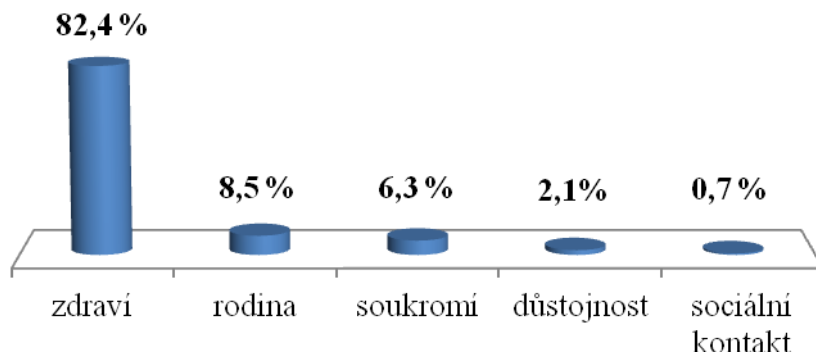
Respondenti se mohli volně vyjádřit a také napsat více odpovědí. Odpovědi byly rozděleny do devíti kategorií. Z celkového počtu 66 (100%) respondentů se snaží naplnit životní hodnoty pacienta 18 (27,3 %) respondentů sociálním kontaktem, 10 (15,2 %) zajištěním soukromí, 11 (16,7 %) zachováním důstojnosti, 8 (12,1 %) nasloucháním, 7 (10,6 %) uspokojením vyšších potřeb, 4 (6,1 %) zajištěním duchovní péče, 4 (6,1 %) psychologickým přístupem, 2 (3,0 %) individuálním přístupem a 2 (3,0 %) respondenti spoluprací s odbornými pracovníky.

**Graf 21 Výskyt životní hodnoty, které si pacient během nemoci více váží**



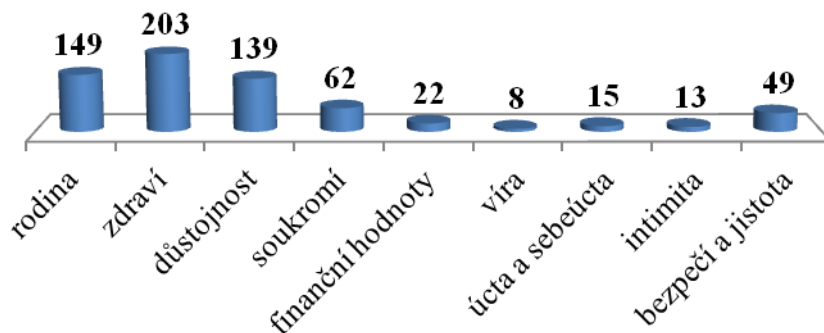
Z celkového počtu 207 (100%) respondentů se 142 (68,6 %) respondentů domnívá, že existuje životní hodnota, které si pacient během nemoci více váží, 59 (28,5 %) neví a 6 (2,9 %) respondentů se domnívá, že neexistuje životní hodnota, které si pacient během nemoci více váží.

**Graf 22 Životní hodnota, které si pacient více váží z pohledu sester**



Graf znázorňuje představu sester o konkrétní životní hodnotě, které si pacient během nemoci více váží. Z celkového počtu 142 (100%) respondentů se domnívá 117 (82,4 %) respondentů, že více váženou životní hodnotou během nemoci je zdraví, 12 (8,5 %) rodina, 9 (6,3 %) soukromí, 3 (2,1 %) důstojnost a 1 (0,7 %) respondent se domnívá, že více váženou životní hodnotou je sociální kontakt.

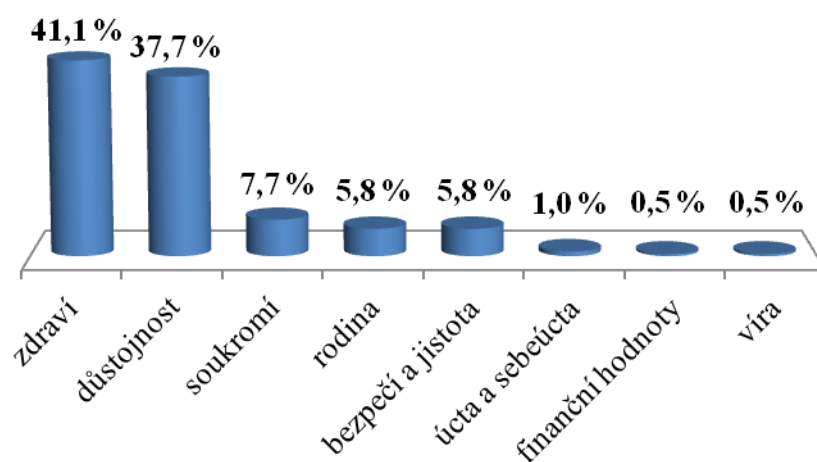
**Graf 23 Životní hodnoty změněné během nemoci**



Respondenti vybírali z více možných odpovědí. Z celkového počtu odpovědí 660 (100%) byly označeny životní hodnoty, které se podle sester změní u pacienta během nemoci. 203× (30,8 %) bylo označeno zdraví, 149× (22,6 %) rodina, 139× (21,1 %) důstojnost, 62× (9,4 %) soukromí, 49× (7,4 %) bezpečí a jistota, 22× (3,3 %) finanční hodnoty, 15× (2,3 %) úcta a sebeúcta, 13× (2,0 %) intimita a 8× (1,2 %) víra.



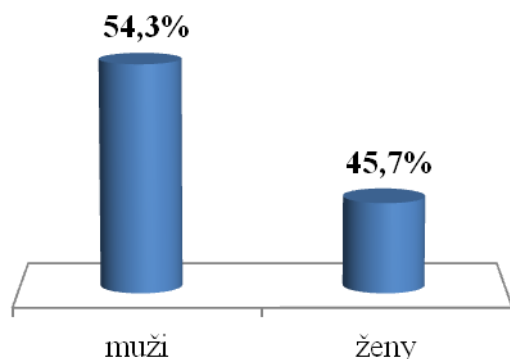
**Graf 24 Nejpodstatnější změněná životní hodnota**



Z celkového počtu 207 (100%) respondentů se domnívá 85 (41,1 %) respondentů, že nejpodstatnější změněnou životní hodnotou pro pacienta během nemoci je zdraví, 78 (37,7 %) důstojnost, 16 (7,7 %) soukromí, 12 (5,8 %) rodina, 12 (5,8 %) bezpečí a jistota, 2 (1,0 %) úcta a sebeúcta, 1 (0,5 %) finanční hodnoty a 1 (0,5 %) respondent se domnívá, že nejpodstatnější změněnou životní hodnotou pacienta je víra.

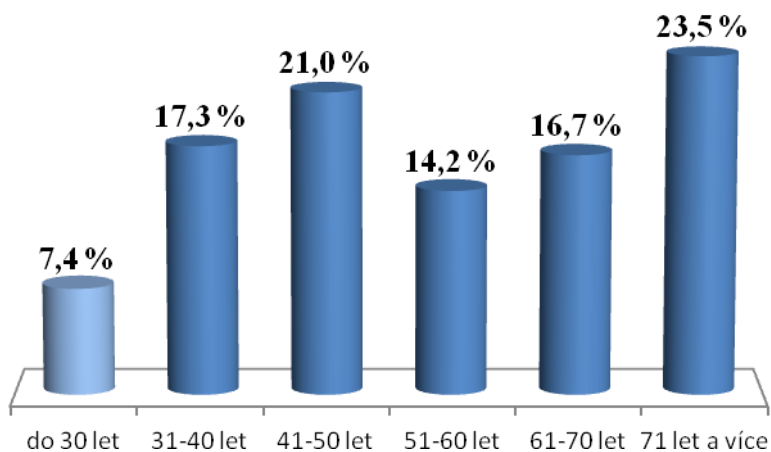
## 4.2 Výsledky dotazníků pro pacienty

**Graf 25 Pohlaví**

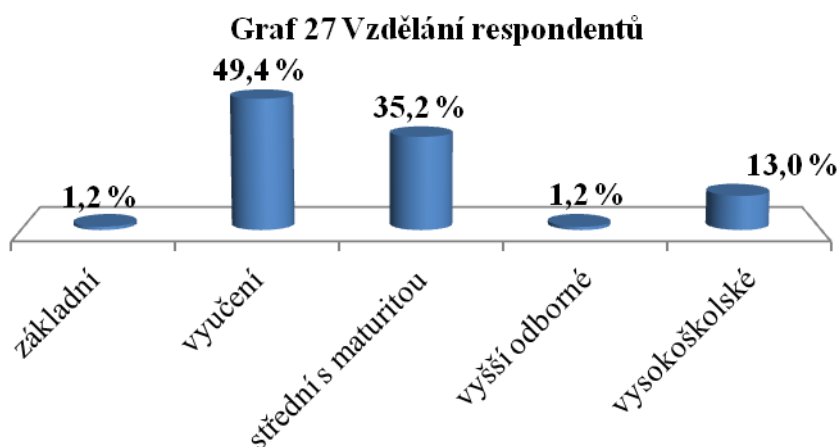


Z celkového počtu 162 (100%) respondentů je 88 (54,3 %) mužů a 74 (45,7 %) žen.

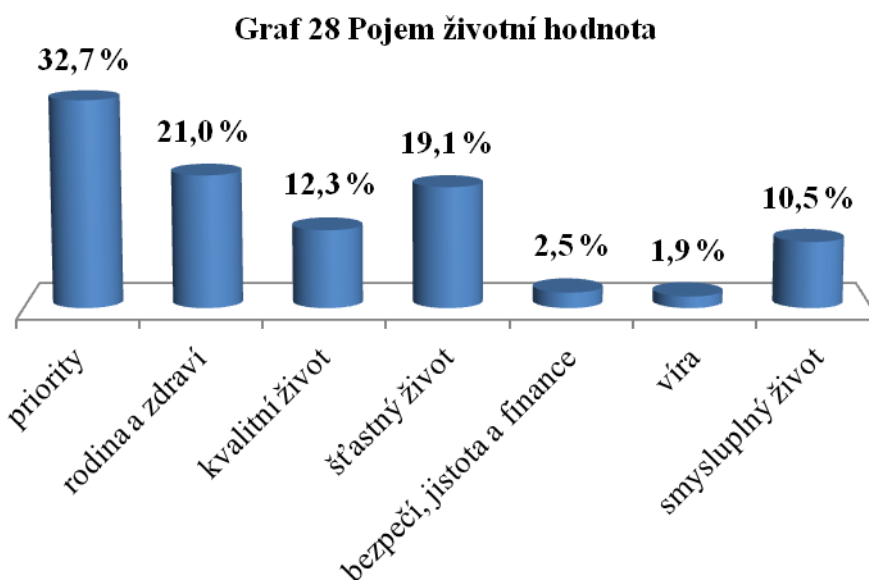
**Graf 26 Věk respondentů**



12 (7,4 %) respondentů je ve věkovém rozmezí do 30 let, 28 (17,3 %) ve věkovém rozmezí 31- 40 let, 34 (21,0 %) ve věkovém rozmezí 41- 50 let, 23 (14,2 %) ve věkovém rozmezí 51-60 let , 27 (16,7 %) ve věkovém rozmezí 61-70 let a 38 (23,5 %) respondentů ve věkovém rozmezí 71 let a více.

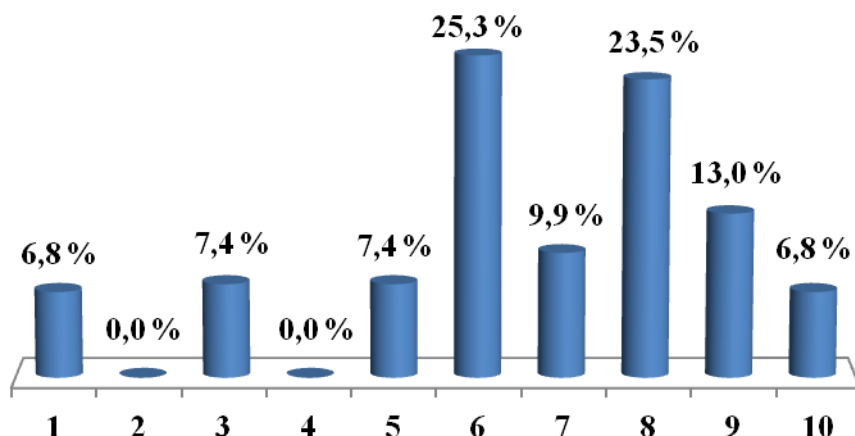


2 (1,2 %) respondenti mají základní vzdělání, 80 (49,4 %) respondentů má střední s výučním listem, 57 (35,2 %) střední s maturitou, 2 (1,2 %) vyšší odborné a 21 (13,0 %) vysokoškolské vzdělání.



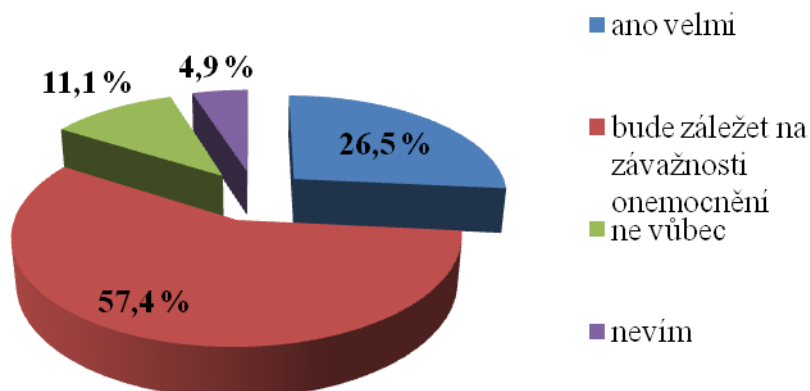
53 (32,7 %) respondentů si představuje pojem životní hodnota priority, 34 (21,0 %) rodinu a zdraví, 20 (12,3 %) kvalitní život, 31 (19,1 %) šťastný život, 4 (2,5 %) bezpečí, jistotu a finanční zabezpečení, 3 (1,9 %) víru a 17 (10,5 %) respondentů si představuje pojem životní hodnota smysluplný život.

**Graf 29 Vliv nemoci na životní hodnoty**



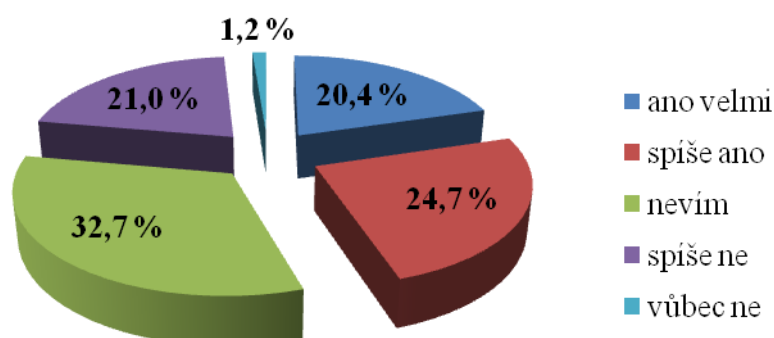
Graf znázorňuje vliv nemoci na životní hodnoty pacientů na škále od 1 do 10, kdy 1 představuje minimální vliv a 10 zásadní vliv na životní hodnoty. Vliv nemoci na životní hodnoty vyznačilo 11 (6,8 %) respondentů číslicí 1, 12 (7,4 %) číslicí 3, 12 (7,4 %) číslicí 5, 41 (25,3 %) číslicí 6, 16 (9,9 %) číslicí 7, 38 (23,5 %) číslicí 8, 21 (13,0 %) číslicí 9 a 11 (6,8 %) číslicí 10 na škále. Stupeň 2 a 4 neuvědl nikdo z respondentů.

**Graf 30 Vliv nemoci na zaměstnání**



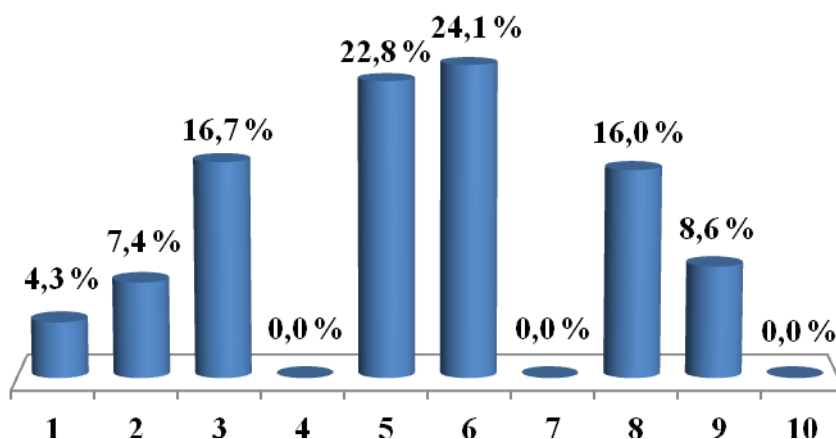
Graf znázorňuje vliv nemoci na výkon zaměstnání. Z celkového počtu 162 (100%) respondentů odpovědělo 43 (26,5 %) respondentů „ano velmi“, 93 (57,4 %) „bude záležet na závažnosti onemocnění“, 18 (11,1 %) „ne vůbec“ a 8 (4,9 %) respondentů odpovědělo „nevím“.

**Graf 31 Změna životní situace vlivem nemoci**



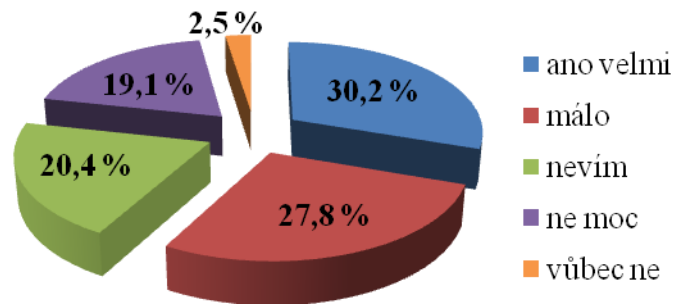
Na míru změněné životní situace vlivem nemoci odpovědělo 33 (20,4 %) respondentů „ano velmi“, 40 (24,7 %) „spíše ano“, 53 (32,7 %) „nevím“, 34 (21,0 %) „spíše ne“ a 2 (1,2 %) „vůbec nedojde ke změně životní situace“.

**Graf 32 Vliv změněné životní situace na pacienta**



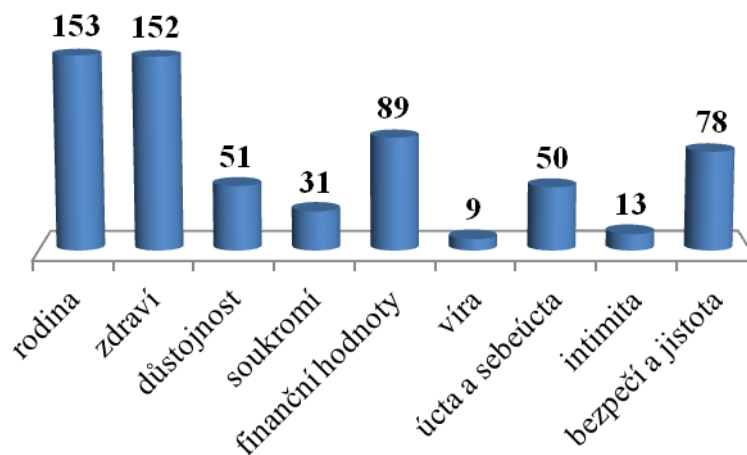
Graf znázorňuje do jaké míry změněná životní situace ovlivní pacienta na škále od 1 do 10, kdy 1 představuje minimální vliv a 10 zásadní vliv. Míru změněné životní situace vyznačilo 7 (4,3 %) respondentů číslicí 1, 12 (7,4 %) číslicí 2, 27 (16,7 %) číslicí 3, 37 (22,8 %) číslicí 5, 39 (24,1 %) číslicí 6, 26 (16,0 %) číslicí 8 a 14 (8,6 %) číslicí 9. Stupeň 4, 7 a 10 nevedl nikdo z respondentů.

**Graf 33 Změna kvality života**



Ke změně kvality života v důsledku nemoci dojde u 49 (30,2 %) respondentů velmi, u 45 (27,8 %) málo, 33 (20,4 %) respondentů neví, zda dojde ke změně kvality života, u 31 (19,1 %) nebude změna moc zásadní a u 4 (2,5 %) respondentů nedojde vůbec ke změně kvality života.

**Graf 34 Preferované životní hodnoty**



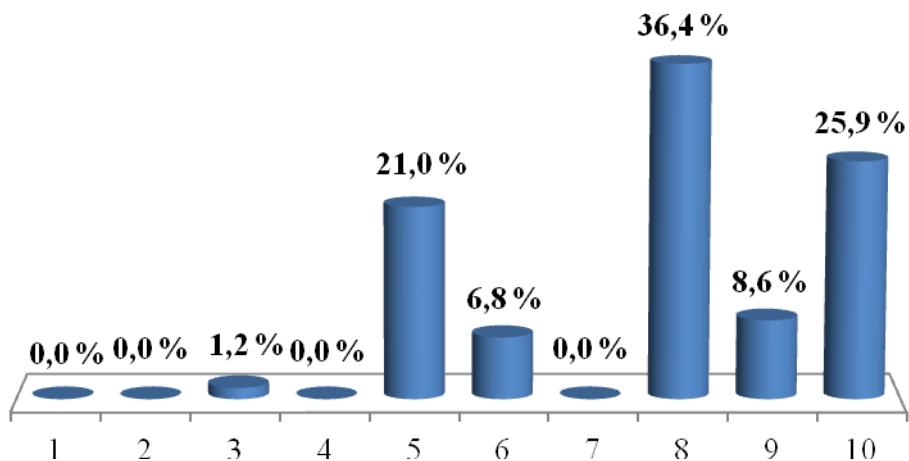
Respondenti volili více odpovědí nebo mohli napsat jinou životní hodnotu. Z celkového počtu 626 (100%) odpovědí, na preferovanou životní hodnotu, označilo 153 (24,4 %) respondentů rodinu, 152 (24,3 %) zdraví, 51 (8,1 %) důstojnost, 31 (5,0 %) soukromí, 89 (14,2 %) finanční hodnoty, 9 (1,4 %) víru, 50 (8,0 %) úctu a sebeúctu, 13 (2,1 %) intimitu a 78 (12,5 %) bezpečí a jistotu. Jiná životní hodnota nebyla nikým z respondentů uvedena.

**Tabulka 2**

životní hodnoty	preferance
rodina	1
zdraví	2
finanční hodnoty	3
bezpečí a jistota	4
důstojnost	5
soukromí	6
úcta a sebeúcta	7
intimita	8
víra	9

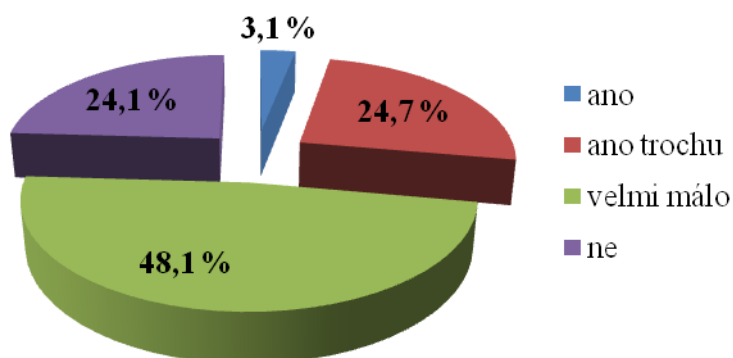
Priority životních hodnot uvedené pacienty jsou v následujícím pořadí: rodina, zdraví, finanční hodnoty, bezpečí a jistota, důstojnost, soukromí, úcta a sebeúcta, intimita, víra.

**Graf 35 Míra důležitosti naplnění životních hodnot**



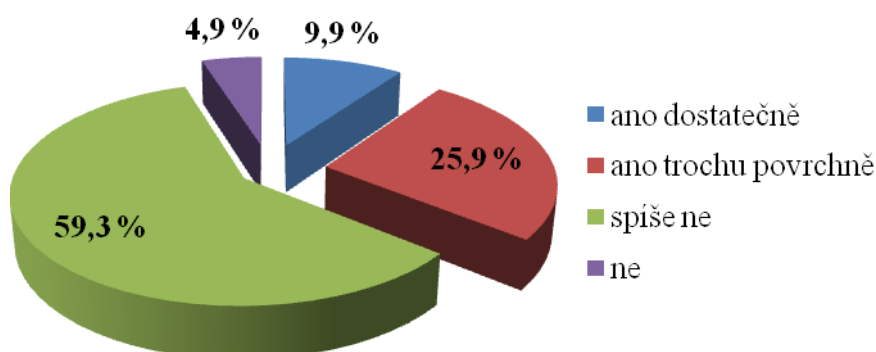
Graf znázorňuje míru důležitosti naplnění životních hodnot pro pacienty na škále od 1 do 10, kdy 1 představuje minimální důležitost a 10 vysokou důležitost. Z celkového počtu 162 (100%) respondentů označilo míru důležitosti naplnění životních hodnot v nejvyšším zastoupení 59 (36,4 %) respondentů číslicí 8, 42 (25,9 %) číslicí 10, 34 (21,0 %) číslicí 5, 14 (8,6 %) číslicí 9, 11 (6,8 %) číslicí 6 a 2 (1,2 %) číslicí 3. Stupeň 1, 2, 4 a 7 nevedl nikdo z respondentů.

**Graf 36 Zájem sester o životní hodnoty pacienta**



Graf znázorňuje to, zda všeobecné sestry projevily zájem o pacientovy životní hodnoty. Z celkového počtu 162 (100%) respondentů uvedlo 5 (3,1 %) respondentů ano, sestra projevila zájem o mé životní hodnoty, 40 (24,7 %) ano trochu, 78 (48,1 %) velmi málo a 39 (24,1 %) respondentů odpovědělo ne.

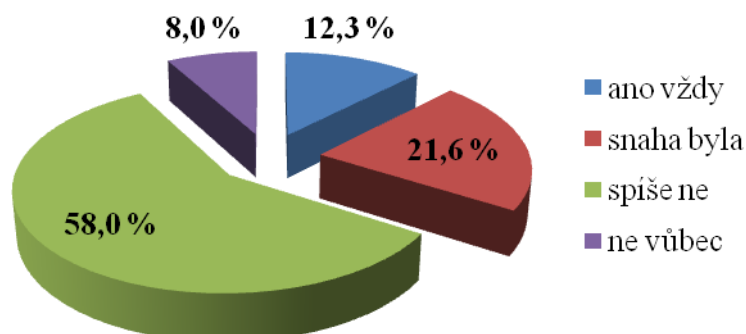
**Graf 37 Rozhovor sester o životních hodnotách pacienta**



Graf znázorňuje to, zda si sestra promluvila o tom, co pacienta trápí v oblasti životních hodnot. 16 (9,9 %) respondentů uvedlo, že s nimi sestra mluvila o jejich životních hodnotách dostatečně, 42 (25,9 %) uvedlo, že si sestra s nimi promluvila málo a povrchně, 96 (59,3 %) uvedlo, že s nimi sestra spíše nemluvila a 8 (4,9 %) respondentů uvedlo, že s nimi sestra nemluvila vůbec.

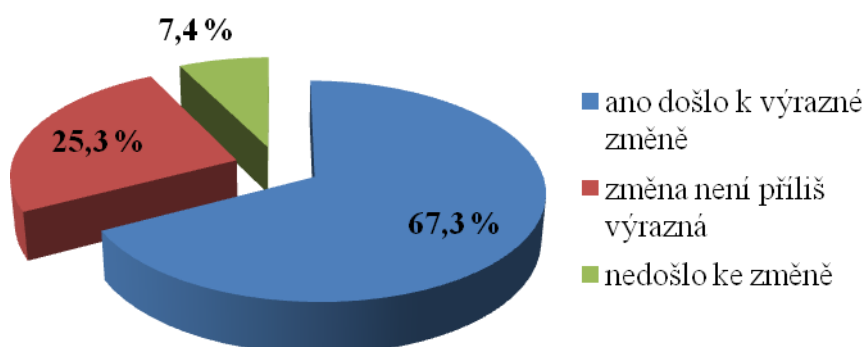


**Graf 38 Snaha o naplnění životních hodnot**



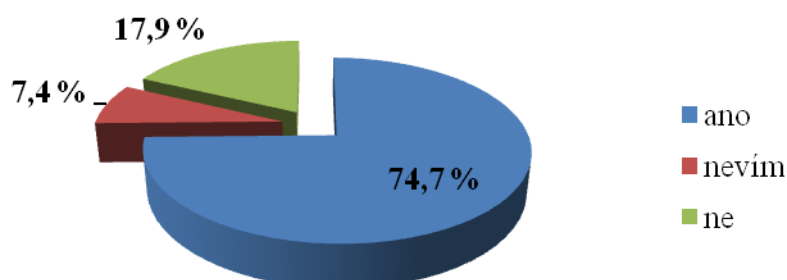
20 (12,3 %) respondentů uvedlo, že sestry naplňovaly vždy životní hodnoty pacienta, 35 (21,6 %) uvedlo snahu o naplnění životních hodnot pacienta, 94 (58,0 %) uvedlo, že se sestry spíše nesnažily naplnit životní hodnoty pacienta a 13 (8,0 %) respondentů uvedlo, že se sestry vůbec nesnažily naplnit životní hodnoty pacienta.

**Graf 39 Změna žebříčku hodnot vlivem nemoci**



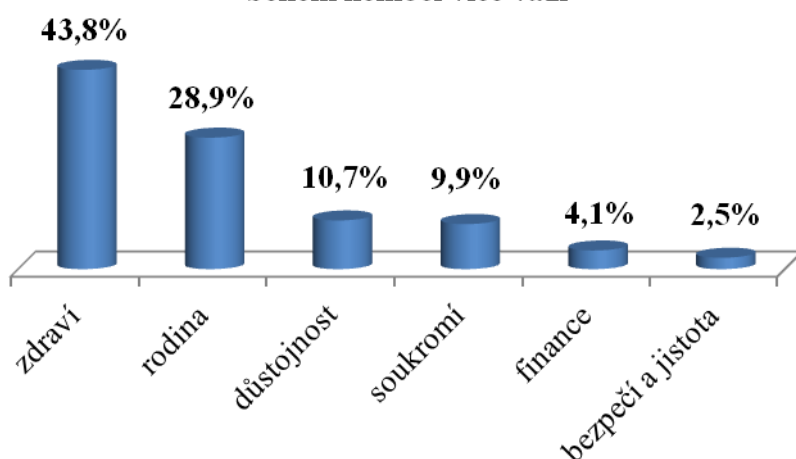
Graf znázorňuje míru změny žebříčku hodnot vlivem nemoci. K výrazné změně žebříčku hodnot došlo u 109 (67,3 %) respondentů, u 41 (25,3 %) nedošlo k příliš významné změně a u 12 (7,4 %) respondentů nedošlo vůbec ke změně.

**Graf 40 Výskyt životní hodnoty, které si pacient během nemoci více váží**



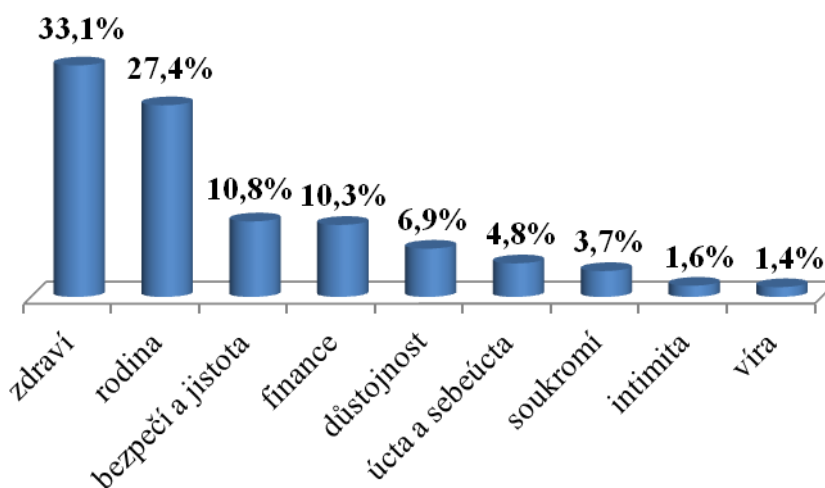
Životní hodnotu, které si během nemoci více váží má 121 (74,7 %) respondentů, 12 (7,4 %) neví, zda má životní hodnotu, které si během nemoci více váží a u 29 (17,9 %) respondentů neexistuje životní hodnota, které si během nemoci více váží.

**Graf 41 Konkrétní životní hodnoty, kterých si pacient během nemoci více váží**



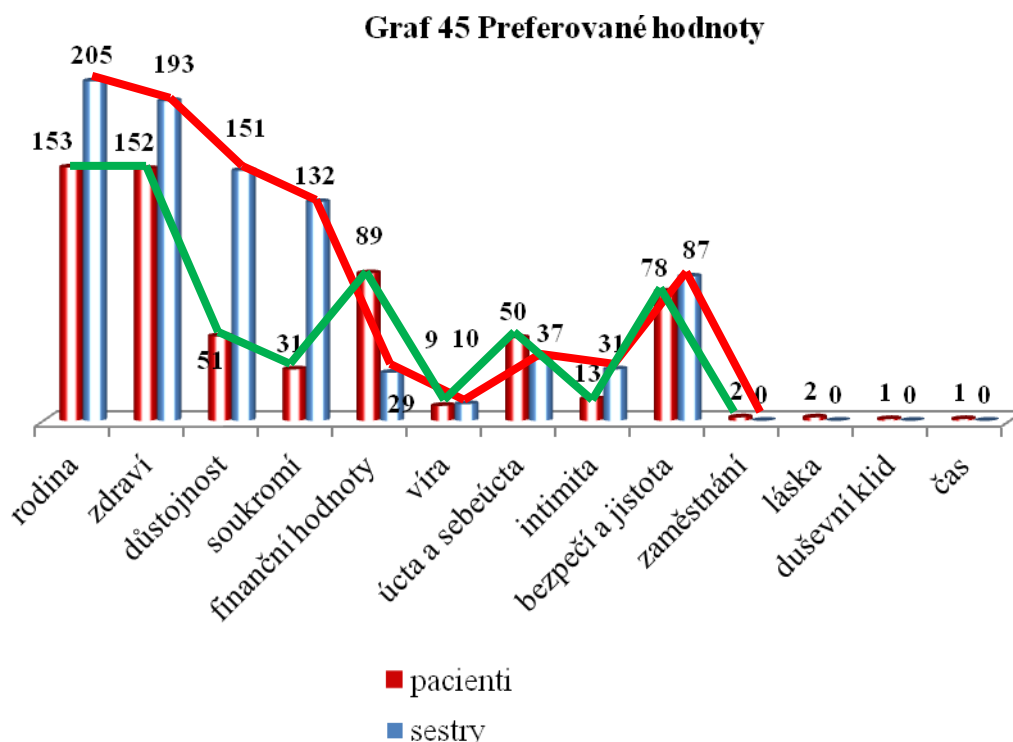
Graf znázorňuje konkrétní životní hodnotu, které si pacienti během nemoci více váží. Z celkového počtu 121 (100%) respondentů si 53 (43,8 %) více váží zdraví, 35 (28,9 %) rodiny, 13 (10,7 %) důstojnosti, 12 (9,9 %) soukromí, 5 (4,1 %) finančních hodnot a 3 (2,5 %) bezpečí a jistoty.

**Graf 42 Nejpodstatnější změněné životní hodnoty**



Respondenti vybírali z více možných odpovědí. Z celkového počtu 435 (100%) odpovědí bylo jako nejpodstatnější životní hodnota označeno 144× (33,1 %) zdraví, 119× (27,4 %) rodina, 47× (10,8 %) bezpečí a jistota, 45× (10,3 %) finanční hodnoty, 30× (6,9 %) důstojnost, 21× (4,8 %) úcta a sebeúcta, 16× (3,7 %) soukromí, 7× (1,6 %) intimita a 6× (1,4 %) víra,.

### 4.3 Výsledné rozdílly



Graf znázorňuje rozdílnost mezi preferovanými životními hodnotami pacientů a představami všeobecných sester o preferovaných životních hodnotách pacienta. Vysoká rozdílnost je znatelná u důstojnosti, kterou označilo 51 (8,1 %) pacientů a 151 (17,3 %) sester, dále u soukromí, které označilo 31 (5,0 %) pacientů a 132 (15,1 %) a také u finančních hodnot, které označilo 89 (14,2 %) pacientů a 29× (3,3 %) sester. Nižší rozdílnost vidíme u rodiny, kterou označilo 153 (24,4 %) pacientů a 205 (23,4 %) sester, dále u zdraví, které označilo 152 (24,3 %) pacientů a 193 (22,1 %) sester a také u intimity, kterou označilo 13 (2,1 %) pacientů a 31 (3,5 %) sester. Největší shodu vidíme u víry, kterou označilo 9 (1,4 %) pacientů a 10 (1,1 %) sester, u úcty a sebeúcty, kterou označilo 50 (8,0 %) pacientů a 37× (4,2 %) sester a u bezpečí a jistoty, kterou označilo 78 (12,5 %) pacientů a 87× (9,9 %). Životní hodnoty zaměstnání, láska, duševní klid a čas, které byly uvedeny pacienty, žádná ze sester neuvedla.

**Tabulka 3**

<b>životní hodnoty</b>	<b>všeobecné sestry</b>	<b>pacienti</b>
rodina	2	1
zdraví	1	2
důstojnost	3	5
soukromí	4	6
finanční hodnoty	8	3
<b>víra</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
úcta a sebeúcta	6	7
intimita	7	8
bezpečí a jistota	5	4

Tabulka ukazuje rozdíl mezi představami sester o prioritách životních hodnot pacienta a prioritami životních hodnot pacientů. Úplnou shodu vidíme u víry, kde obě strany respondentů zařadily víru na poslední deváté místo. Velmi blízko jsou životní hodnoty: rodina, zdraví, úcta a sebeúcta, intimita a bezpečí a jistota. Úplná rozdílnost je patrná u důstojnosti, soukromí a u finančních hodnot.

## 5 Diskuze

Životní hodnoty jsou důležitou součástí našeho života a úzce souvisejí s vyššími potřebami a proto jsme naše výzkumné šetření zaměřili na životní hodnoty pacientů a na představy sester o životních hodnotách pacienta v rámci ošetrovatelského procesu. Zjišťovali jsme představu všeobecných sester o pojmu životní hodnota. Pod pojmem životní hodnota si všeobecné sestry v největším zastoupení 91 (44,0 %) představují *prioritu*. Kromě toho si všeobecné sestry pod pojmem životní hodnota představují *vyšší potřeby, rodinu a zdraví, smysluplný život, kvalitní a důstojný život, šťastný život, bezpečí, jistotu a finanční zabezpečení*. V nejnižším zastoupení si všeobecné sestry představují pod pojmem životní hodnota *víru* (Graf 4). Pacientům byla položena stejná otázka. Pod pojmem životní hodnota si v nejvyšším zastoupení představuje 53 (32,7 %) pacientů *prioritu*. Dále si pacienti představují pod pojmem životní hodnota *rodinu a zdraví, kvalitní život, šťastný život, bezpečí, jistotu a finance, smysluplný život* a v nejnižším zastoupení *víru* (Graf 28). Můžeme říci, že odpovědi sester jsou shodné s odpověďmi pacientů. Marečková (2006) uvádí, že životní hodnota je to, co člověk považuje ve svém životě za důležité, tedy prioritní a stejně tak se vyjádřili i respondenti. Dotazovaní, kteří uvedli ostatní zmíněné představy o pojmu životní hodnota, uvažovali také správně. Dle Křivohlavého rozumíme pojmem životní hodnota především mít smysluplný život (Křivohlavý, 1994). Dle Šamánkové si můžeme pod pojmem životní hodnota představit sociální hodnoty, tedy rodinu, přátele a finanční stránku a estetické hodnoty, kam můžeme zařadit vzhled, harmonii a také duchovní hodnoty (Šamánková a kol., 2011). Pokud se podíváme na Maslowovu hierarchii potřeb je znatelné, že vyšší potřeby a potřeba bezpečí a jistoty jsou ve velmi úzkém vztahu k životním hodnotám. Lze tedy říci, že každá z odpovědí respondentů byla myšlená správně, tedy, že životní hodnota může být uspokojená.

Dále jsme zjišťovali představu všeobecných sester o tom, zda jsou životní hodnoty pro pacienta důležité. Většina všeobecných sester se domnívá, že životní hodnoty jsou pro pacienta důležité (Graf 5). Tato domněnka se shoduje s odbornou literaturou, která

říká, že životní hodnoty jsou v úzké souvislosti s vyššími potřebami člověka. Tyto potřeby nejsou důležité pro přežití člověka, ale pro žití smysluplného života a mají velmi důležité postavení v psychologii člověka. Uspokojování vyšších potřeb přináší člověku pohodu a rozvíjí jeho osobnost (Tomagová, Bóriková a kol., 2008). Jak uvádí Pavlíková, je nutné chápat člověka jako bio-psycho-sociální a spirituální bytost (Pavlíková, 2006). Víme, že vedle základních biologických potřeb mají pacienti také potřebu bezpečí a jistoty a vyšší potřeby, jako jsou potřeby estetické, sociální kontakt, úctu a sebeúctu a podobně (Trachtová, 2008). Dle odborné literatury lze tedy říci, že životní hodnoty jsou pro pacienta důležité. Důležitost životních hodnot jsme taktéž zjišťovali z pohledu pacientů. U pacientů byla zjišťována míra důležitosti naplnění životních hodnot na škále od 1 do 10, kdy číslice 1 představuje minimální důležitost a číslice 10 vysokou důležitost. V nejvyšším zastoupení byla označena číslice 8 a to 36,4 % respondentů, číslice 10 byla označena 25,9 % respondentů a číslici 5 označilo 21,0 % respondentů. Dále byly označeny číslice 9 a 6 (Graf 35). Protože se vyjádření míry důležitosti naplnění životních hodnot objevuje vpravo na škále, můžeme říci, že pro většinu pacientů je naplnění životních hodnot důležité. Překvapující je, že 56,0 % sester považuje životní hodnoty pacienta za důležité, ale jejich naplnění neupřednostňuje, 24,2 % sester životní hodnoty neupřednostňuje, ale bere na ně ohled a jen 18,8 % sester považuje naplnění životních hodnot za velmi důležité. To, že necelá třetina sester neupřednostňuje životní hodnoty pacienta vede k zamyšlení proč tomu tak je. Lze předpokládat, že příčinou mohou být nevyhovující podmínky a přístup pro naplnění životních hodnot pacienta.

Představa všeobecných sester o vlivu nemoci na životní hodnoty pacienta je taková, že většina 72,9 % sester se domnívá, že nemoc ovlivňuje pacientovy životní hodnoty (Graf 6). Na základě publikace Zacharové, Hermanové a Šrámkové (2007), která uvádí, že nemoc narušuje mezilidské vztahy, dochází k méně častému kontaktu s rodinou, může mít negativní vliv na sociálně-ekonomickou situaci, narušuje obvyklý způsob života a tím člověka omezuje v jeho běžných zvyklostech, lze říci, že představy všeobecných sester, které se domnívají, že nemoc ovlivňuje životní hodnoty pacienta jsou v souladu s odbornou literaturou (Trachtová, 2013, Tomagová, Bóriková a kol.,

2008, Šamánková a kol., 2011). Tyto výsledky můžeme také porovnat s Bártlovou, která uvádí, že nemoc má nejen důsledky biologické, ale i důsledky psychického a sociálního rázu, například pocity nejistoty, narušení rodinných vztahů, nemožnost vykonávat svoji profesi a podobně (Bártlová, 2005). I v tomto porovnání lze říci, že nemoc ovlivňuje pacientovy životní hodnoty. Vliv nemoci na životní hodnoty byl zmapován také z pohledu pacientů. Pacienti měli k dispozici škálu od 1 do 10, kdy číslice 1 představovala minimální vliv nemoci na životní hodnoty a číslice 10 představovala zásadní vliv na pacientovy životní hodnoty. V nejvyšším zastoupení byla míra vlivu nemoci na životní hodnoty označena číslicí 6 a to 25,3 % respondentů. 23,5 % respondentů označilo míru vlivu nemoci na životní hodnoty číslicí 8. Dále byla často označována míra vlivu nemoci na životní hodnoty číslicí 9 a 7 (Graf 29). Přestože je velmi obtížné porovnat míru vlivu nemoci na životní hodnoty, zjistili jsme na škále, že většina pacientů pocítuje vliv nemoci na životní hodnoty jako zásadní. V porovnání s představami sester nacházíme shodu. Většina sester se domnívá, že nemoc ovlivňuje životní hodnoty pacienta (Graf 6). Kromě vlivu nemoci na životní hodnoty, jsme konkrétně zjišťovali vliv nemoci na zaměstnání pacientů, změnu životní situace a změnu kvality života vlivem nemoci z pohledu pacientů. Jen 26,5 % pacientů vnímá vliv nemoci na zaměstnání jako zásadní. Nejvyšší počet respondentů uvedl, že vliv nemoci na zaměstnání bude záležet na závažnosti onemocnění (Graf 30). Zda bude nemoc ovlivňovat zaměstnání pacienta, bude záležet na závažnosti onemocnění a na vykonávané profesi. Jedním z důvodů těchto výsledků, může být, že nebyl ve výzkumném šetření sledován druh zaměstnání. Bártlová uvádí, že nemoc má sociální důsledky, které mohou mít několik aspektů. Jedním z těchto aspektů je, že nemoc často může způsobit nemožnost vykonávat v plné míře svoji profesi (Bártlová, 2005). Ke změně životní situace vlivem nemoci dojde u 33 (20,4 %) pacientů velmi a u 40 (24,7 %) spíše ano. Míru změněné životní situace pacienti uváděli na škále od 1 do 10, kdy číslice 1 představovala minimální vliv a číslice 10 zásadní vliv. V nejvyšším zastoupení uvedlo míru změněné životní situace 24,1 % pacientů číslicí 6 a 22,8 % číslicí 5. Další výsledky jak pozitivní, tak negativní byly velmi vyrovnané (Graf 32). Ke změně kvality života dojde u většiny pacientů alespoň v malé míře (Graf 33). Někdo by



mohl říci, že vzhledem k tomu, že každý jedinec vnímá životní situaci a kvalitu života odlišně a má jiné nároky, není v našich kompetencích posuzovat míru změněné životní situace a kvality života. Ale nemoc ovlivňuje potřeby člověka, které mají vliv na kvalitu života a životní situaci. Proto tyto potřeby sledujeme a snažíme se je uspokojit.

I přesto, že všeobecné sestry považují životní hodnoty pacienta za důležité a domnívají se, že nemoc na tyto hodnoty má vliv, nezjišťují všechny sestry životní hodnoty u všech pacientů v rámci anamnézy (Graf 7). Všeobecné sestry, které nezjišťují životní hodnoty v rámci anamnézy, jednají v rozporu s odbornou literaturou, neboť dle publikace Tóthové (2009) by měly být životní hodnoty zjišťovány u každého pacienta. Cílem ošetřovatelské anamnézy není jen seznam stanovených otázek, ale i vypátrání a zaznamenání informací, jako je zjišťování osob blízkých a významných pro pacienta, vyznávání víry a z toho vyplývající kulturní a duchovní zvláštnosti, rodinné zázemí, zaměstnání a podobně (Sysel, Belejová, Masár, 2011). Většina sester se o pacientovy životní hodnoty zajímá v rámci ošetřovatelské péče jen občas (Graf 8), 116 (56,0 %) sester životní hodnoty pacienta považuje za důležité, ale jejich naplnění neupřednostňuje (Graf 9) a většina 146 (70,5 %) sester se *vždy nesnaží* pacientovy životní hodnoty naplnit (Graf 19). Některé všeobecné sestry ovšem životní hodnoty pacienta naplňují. Nejčastěji se sestry snaží naplnit životní hodnoty pacienta *sociálním kontaktem*, dále pak *zachováním důstojnosti*, *zajištěním soukromí*, *nasloucháním*, *uspokojením vyšších potřeb*, *zajištěním duchovní péče*, *psychologickým přístupem*, *individuálním přístupem* a *spoluprací s odbornými pracovníky* (Graf 20). Všechny odpovědi všeobecných sester se shodují s odbornou literaturou a tudíž je považujeme za správné v přístupu naplnění životních hodnot pacienta. Dle publikace Šamánkové je důležité maximálně dbát o soukromí nemocného, projevovat individuální zájem o nemocného a dát nemocnému najevo, že nezůstane opuštěn, naslouchat mu a spolupracovat s rodinou, která nemocného podpoří (Šamánková a kol., 2011). Dle článku Lelkešové a Juhásové je součástí kvalitní ošetřovatelské péče respektování lidské důstojnosti (Lelkešová a Juhásová, 2012). Lidská důstojnost je jistě ohrožena nemocí a především hospitalizací. Pacient se setkává se zdravotnickými pracovníky, kteří se podílejí v různé míře na jeho léčbě a tak se stávají „pozorovateli“, kteří mohou

vstupovat do jeho intimního soukromí. Všeobecná sestra by měla brát zřetel na to, že důstojnost pacienta by měla být trvalá a nedotknutelná (Pellegrino, 2008). Tomagová a Bóriková uvádí ve své publikaci, že uspokojení vyšších potřeb přináší člověku pohodu a rozvíjí jeho osobnost (Tomagová, Bóriková a kol., 2008). Svatošová klade zřetel na to, aby zdravotníci měli k dispozici duchovní, neboť v některých případech je důležitou součástí léčby, aby zajišťovali duchovní potřeby a včas ošetřili spirituální bolest a předešli tím pozdější bolesti fyzické (Svatošová, 2012). Zájem všeobecných sester o pacientovy životní hodnoty byl zmapován i z pohledu pacientů. Z výsledků je patrné, že podle pacientů byl zájem o životní hodnoty ze strany sester minimální (Graf 36). Sestry na tuto problematiku v nejvyšším zastoupení řekly, že zjišťují životní hodnoty jen u některých pacientů a jen občas (Graf 7, 8). Dále jsme zjišťovali od pacientů to, zda si sestra s nimi promluvila o tom, co je trápí v oblasti životních hodnot. Pouze 16 (9,9 %) pacientů uvedlo, že s nimi sestra mluvila o jejich životních hodnotách dostatečně. Ostatní pacienti odpověděli negativně na tuto problematiku (Graf 37). Většina respondentů byla z interního oddělení, kde se jedná převážně o akutní péči a to může být důvodem toho, že s nimi sestra nemluvila o jejich životních hodnotách dostatečně. V případě, že by výzkumné šetření probíhalo v hospicích, byly by výsledky zajisté pozitivní. Sestry, které si s pacientem promluvily o tom, co ho trápí v oblasti životních hodnot a aktivně mu naslouchaly, jednaly v souladu s odbornou literaturou, neboť dle Venglářové a Mahrové je ke zjištění životních hodnot pacienta nesmírně důležitá schopnost správně komunikovat s pacientem, tak aby došlo k navázání a rozvíjení kontaktu. Nasloucháním lze rozpoznat i to, co je pro pacienta v životě důležité, tedy jeho životní hodnoty (Venglářová a Mahrová, 2006). Aktivní naslouchání a rozhovor s pacientem je jednou z nejefektivnějších cest, jak navázat dobrý vztah s pacientem a jak snadno získat informace týkající se preferovaných životních hodnot pacienta (Špatenková a Králová, 2009). Dle publikace Tóthové řadíme rozhovor do metod získávání informací a aplikujeme ho ve všech fázích ošetrovatelského procesu (Tóthová a kol., 2009). Můžeme říci, že rozhovor s pacientem je klíčovým pro zjištění toho, co ho trápí v oblasti životních hodnot. Od pacientů bylo dále zjišťováno, zda sestry projevíly snahu o naplnění životních hodnot pacienta. Na tuto problematiku pacienti odpovídali

ve větší míře negativně (Graf 38). V porovnání s výsledky sester, kterých jsme se ptali na to, zda se snaží naplnit pacientovy životní hodnoty (Graf 19), můžeme říci, že výsledky jsou téměř shodné. Sestry ve větší míře životní hodnoty pacienta nenaplnují (Graf 19) a tak to pociťují i pacienti.

Dále jsme zjistili, že většina sester realizuje ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu (Graf 10). V porovnání s odbornou literaturou provádí všeobecné sestry, které realizují ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu, dle Tóthové kvalitní a plánovanou péči, která je zaměřena na uspokojení všech potřeb pacienta, neboť ošetrovatelský proces umožňuje, abychom reagovali na aktuální i potencionální problémy jedince, které se odrazí v individualizovaném plánu ošetrovatelské péče. Realizace ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu přináší výhody jak příjemci, tak i poskytovateli ošetrovatelské péče (Tóthová, 2009). I přesto, že by se sestry, které realizují ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu měly zaměřovat na všechny potřeby pacienta, pouze 46 (22,2 %) sester začleňuje životní hodnoty pacienta do ošetrovatelské péče (Graf 11). Ze zbývajících 161 sester, které životní hodnoty do ošetrovatelské péče nezahrnují, nebo neví, zda začleňují životní hodnoty pacienta do ošetrovatelské péče, projevilo 34 (21,1 %) sester ochotu začlenit životní hodnoty do ošetrovatelské péče a 58 (36,0 %) by také spíše začlenily životní hodnoty do ošetrovatelské péče.

Pro začlenění životních hodnot pacienta do ošetrovatelského procesu sestry v nejvyšším zastoupení chtěly *více času na pacienty a více zdravotnického personálu, dále pomoc odborných pracovníků, zjednodušení dokumentace, lepší spolupráci s rodinou a možnost soukromí pro pacienty* (Graf 13). Tyto podmínky má na svém pracovišti pouze 68 (32,9 %) sester (Graf 14). Všechny tyto podmínky by dle mého názoru měla mít sestra na svém pracovišti k dispozici a měla by umět tyto podmínky využít a plně spolupracovat se všemi odbornými pracovníky jako jsou psychologové, sociální pracovníci případně duchovní a podobně. Za nejdůležitější osobně považují spolupráci s rodinou, neboť i rodina ve své podstatě přispívá k rychlejšímu uzdravení nebo zlepšení stavu pacienta (Bártlová, 2005). Dále jsme zjišťovali, jak by sestry zefektivněly přístup a podmínky pro naplnění životních hodnot pacienta. Přístup

pro naplnění životních hodnot pacienta by sestry nejčastěji zefektivněly *spoluprací s odbornými pracovníky a lepší spoluprací s rodinou*, dále pak *větším prostorem pro uplatnění kompetencí a větším počtem zdravotnického personálu* (Graf 15). Jako zajímavé považují zefektivnění přístupu sester pro naplnění životních hodnot pacienta větším prostorem pro uplatnění kompetencí. Vzhledem k tomu, že většina sester nemá na svém pracovišti podmínky pro začlenění životních hodnot pacienta (Graf 14), lze považovat větší prostor pro uplatnění kompetencí za nejefektivnější. Podmínky pro naplnění životních hodnot pacienta by všeobecné sestry zefektivněly v nejvyšším zastoupení *větším prostorem pro uplatnění kompetencí a větším počtem zdravotnického personálu* (Graf 16). S ohledem na fakt, že většina sester nemá podmínky pro začlenění životních hodnot pacienta do ošetrovatelské péče (Graf 14), lze předpokládat, že budou sestry požadovat větší prostor pro uplatnění kompetencí. Tyto kompetence v oblasti uspokojování životních hodnot pacienta pochopitelně znamenají větší vytíženost sester, proto lze očekávat, že další podmínkou bude více zdravotnického personálu. Na základě zjištěných dat, lze potvrdit, že všeobecné sestry jsou ochotny začlenit práci s životními hodnotami pacienta do ošetrovatelského procesu, pokud jim budou poskytnuty podmínky a považují práci s životními hodnotami pacienta za důležité.

Dále jsme zjišťovali představu všeobecných sester o preferovaných životních hodnotách pacienta a preferované životní hodnoty pacientů. Jednou z životních hodnot, kterou jsme sledovali byla důstojnost (respekt). Rozdíl mezi představami sester a preferencemi pacientů je zde znatelný. Důstojnost označilo 8,1 % pacientů a 17,3 % sester. Lze tedy říci, že důstojnost není nejpreferovanější životní hodnotou pacientů, ale sestry ji považují za více preferovanou a v žebříčku priorit ji zařadily na třetí místo. Odpovědi pacientů se rozcházejí s tvrzením Svobodové, která ve své publikaci uvádí, že lidská důstojnost je jednou z největších hodnot lidské existence a poukazuje na hodnotu člověka jako na lidskou bytost (Svobodová a kol., 2012). I přes to, že se snažíme vždy v první řadě zachovat důstojnost pacientů, pacienti tuto hodnotu tak nepocítují a v žebříčku priorit ji zařadili až na páté místo. Další sledovanou životní hodnotou bylo soukromí. Soukromí označilo 5,0 % pacientů a 15,1 % sester. I přesto že, otázka soukromí je dle Zacharové, Hermanové a Šrámkové (2007) pro nemocného velmi

důležitá a lze očekávat, že nemocný sdělí zdravotníkovi řadu věcí, které většinou před ostatními tají, tak není soukromí upřednostňovanou životní hodnotou pacientů a v žebříčku hodnot jej zařadili až na šesté místo oproti sestřám, které soukromí zařadily na čtvrté místo. Rozdíl mezi představami sester a preferencemi pacientů je také znatelný v preferenci finančních hodnot. Finanční hodnoty označilo 14,2 % pacientů a 3,3 % sester. Je nutno vzít v úvahu, že každý jedinec má jiné nároky na finanční hodnoty. Lze ale říci, že vlivem nemoci může být ovlivněno zaměstnání pacienta, to znamená i finanční příjem a pacient se může ocitnout ve finanční tísní. Nepatrný rozdíl mezi odpověďmi respondentů obou vzorků je v preferenci rodiny, zdraví a intimity. Tyto výsledky se shodují s Bártlovou, která ve své publikaci uvádí, že významnou úlohu v otázce nemoci sehrává rodina jedince, neboť se předpokládá existence řady onemocnění u kterých nelze uspokojivě léčit pacienta bez pomoci rodiny, přátel a rodinného prostředí a mezi jednu z nejdůležitějších životních hodnot řadí hodnotu být zdravý (Bártlová a Matulay, 2009). Intimita je jednou z upřednostňovaných životních hodnot dnešní doby, i přesto pacienti intimitu zařadili v žebříčku priorit až na osmé místo. Shoda respondentů obou vzorků je znatelná u preference víry, úcty a sebeúcty a bezpečí a jistoty. Dle těchto výsledků lze říci, že všeobecné sestry mají představu o preferovaných životních hodnotách pacienta v souladu s odbornou literaturou, ale existují rozdíly mezi představami sester o životních hodnotách pacienta a životními hodnotami, které preferují pacienti. Na základě zjištěných dat, můžeme potvrdit, že práce s životními hodnotami pacienta v rámci ošetrovatelského procesu je častěji ovlivněna pracovními podmínkami všeobecných sester, než životními hodnotami, které preferují pacienti. Sestry by chtěly poskytovat péči v oblasti životních hodnot pacienta, ale podmínky jim to neumožňují. Proto sestry nejčastěji uváděly *větší prostor pro uplatnění kompetencí a více zdravotnického personálu* jako podmínky pro naplnění životních hodnot pacienta (Graf 16).

Dále jsme zjišťovali představu všeobecných sester o změně žebříčku životních hodnot pacientů vlivem nemoci. Většina sester se domnívá, že dojde k výrazné změně v žebříčku životních hodnot pacientů (Graf 18). Porovnáme-li výsledky sester a výsledky pacientů nacházíme shodu. Ke změně v žebříčku životních hodnot došlo u 109 (67,3 %)

pacientů (Graf 39). Tyto výsledky se shodují se Zacharovou, Hermanovou a Šrámkovou, které ve své publikaci uvádí, že nemoc přináší potíže, je pro většinu lidí náročnou životní situací, narušuje obvyklý způsob života a omezuje člověka v jeho běžných zvyklostech (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007). Také Bártlová uvádí, že nemoc může narušit rodinné vztahy, výkon zaměstnání a aktivity ve volném čase (Bártlová, 2005). Lze tedy usuzovat, že si pacienti budou některé z těchto hodnot více vážit a jejich žebříček hodnot se tedy změní.

Kromě změny v žebříčku životních hodnot jsme zjišťovali, zda se vyskytuje životní hodnota, které si pacient během nemoci více váží, zda dojde ke změně některé z životních hodnot pacienta a jaká z těchto změněných životních hodnot bude pro pacienta nejpodstatnější. Z výsledků obou výzkumných vzorků bylo zjištěno, že 142 (68,6 %) sester se domnívá, že existuje životní hodnota, které si pacient během nemoci více váží a 121 (74,7 %) pacientů má životní hodnotu, které si během nemoci více váží (Graf 40). Oba výzkumné vzorky považují zdraví za nejpodstatnější změněnou životní hodnotu. Zásadní rozdíl je patrný v preferenci rodiny (Graf 41). Tyto výsledky jsou ryze individuální a důležitým faktorem je to, v jaké rodině člověk žije a jaké má rodinné vztahy. Pacient si může více vážit zdraví, které je během nemoci ohroženo a samozřejmě v případě hospitalizace si může více vážit také rodiny, od které je odloučen. Dle mého názoru může dojít ke změně u jakékoliv životní hodnoty a je třeba brát v úvahu, že každý jedinec vnímá životní hodnoty individuálně.

Na základě zjištěných dat lze potvrdit, že všeobecné sestry považují práci s životními hodnotami pacienta za důležité, jsou ochotny zapojit práci s životními hodnotami do ošetrovatelského procesu pokud jim budou poskytnuty podmínky a práce s životními hodnotami je častěji ovlivněna pracovními podmínkami než životními hodnotami, které preferují pacienti. Hypotézy byly potvrzeny.

Na základě výsledků našeho výzkumného šetření, by bylo vhodné zkvalitnit ošetrovatelskou péči především v oblasti psychosociální. Ke zkvalitnění péče je třeba poskytnout všeobecným sestřám podmínky pro efektivnější naplnění životních hodnot pacientů, vzdělávat sestry v behaviorálních vědách a motivovat je k aktivnímu zjišťování životních hodnot pacientů.

## 6 Závěr

Životní hodnoty jsou důležitou součástí našeho života. Do životních hodnot můžeme zahrnout vše, co je pro nás v životě důležité, na čem nebo na kom nám záleží a také to, zda je náš život smysluplný. Životní hodnoty úzce souvisejí s vyššími potřebami, které by měly být naplněny nejen u zdravého člověka, ale především u nemocného. Životní hodnoty jsou nezdůvěhodně nemocí narušeny či ovlivněny a to především důstojnost, soukromí, intimita a podobně.

Cílem našeho výzkumného šetření bylo posoudit, zda všeobecné sestry považují životní hodnoty pacienta za důležitou součást ošetrovatelského procesu. Další cíl jsme zaměřili na zjištění, zda jsou všeobecné sestry ochotny zapojit práci s životními hodnotami pacienta do ošetrovatelského procesu. Ne vždy mají všeobecné sestry vhodné pracovní podmínky k tomu, aby se mohly plně věnovat životním hodnotám pacienta, proto jsme další cíl zaměřili na posouzení podmínek, které potřebují všeobecné sestry k začlenění životních hodnot pacienta do ošetrovatelského procesu. Vzhledem k tomu, že každý pacient vnímá své životní hodnoty rozdílně, jsme další cíl zaměřili na zjištění rozdílů mezi životními hodnotami, které preferují pacienti a představami všeobecných sester o životních hodnotách pacienta.

První hypotéza, ve které jsme předpokládali, že všeobecné sestry považují práci s životními hodnotami pacienta za důležité, se potvrdila.

Druhá hypotéza předpokládající, že všeobecné sestry jsou ochotny zapojit práci s životními hodnotami pacienta do ošetrovatelského procesu, pokud jim budou poskytnuty podmínky, se také potvrdila.

Ve třetí hypotéze jsme předpokládali, že práce s životními hodnotami pacienta v rámci ošetrovatelského procesu je častěji ovlivněna pracovními podmínkami všeobecných sester než životními hodnotami, které preferují pacienti. Tato hypotéza se také potvrdila.

Z výsledků našeho výzkumného šetření vyplývá, že všeobecné sestry považují životní hodnoty pacienta za důležitou součást ošetrovatelského procesu, ale i přesto životní hodnoty pacienta vždy nenaplnují. Lze předpokládat, že je to způsobeno

pracovními podmínkami. Z výzkumného šetření je také patrné, že se vyskytují značné rozdíly mezi preferovanými hodnotami pacienta a představou všeobecných sester o životních hodnotách pacienta. Z tohoto důvodu je třeba, aby se sestry i přes velkou vytíženost svého povolání aktivně zajímaly o životní hodnoty pacientů a to zejména o návštěvy rodiny, zdraví, finanční hodnoty a bezpečí a jistotu, které jsou dle výsledků výzkumného šetření pacienty nejvíce preferovány. Měly by umět pacientovi naslouchat a komunikovat s ním a měly by se dále vzdělávat nejen v klinických oborech, ale i v behaviorálních vědách.



## 7 Seznam použitých zdrojů

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny=Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6.

BERAN, Jiří a kol., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4711-256.

CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2004. *Psychologie hodnot*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-722-0195-6.

CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4740-331.

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2009. Empatický přístup k pacientovi podl'a věku. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Roč. 5, č. 8, s. 27-28. ISSN 1801-1349.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HÁJEK, Karel, 2006. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367-107-7.

HOFSTEDE, Geert a Gert Jan HOFSTEDE, 2007. *Kultury a organizace: software lidské mysli: spolupráce mezi kulturami a její důležitost pro přežití*. Praha: Linde. ISBN 978-80-86131-70-2.

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.

KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Glenora a Rita OLIVIEROVÁ, 1995. *Ošetrovatelstvo 1: Koncepcia, ošetrovatelský proces a praxe*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1994. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha: Návrat domů. ISBN 80-854-9533-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1370-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2008. Kultura, multikultura a holismus. *Ošetrovatelství*. Roč. 10, č. 1-2, s. 3-6, ISSN 1212-723X.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-01.

LELKEŠOVÁ, Silvia a Ingrid JUHÁSOVÁ, 2012. Dôstojný prístup sestier k pacientom v domovoch sociálnych služieb. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Roč. 3, č. 4, s. 484- 489. ISSN 1804- 2740.

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-711.

MLČÁK, Zdeněk a Helena ZÁŠKODNÁ, 2006. Analýza vztahu mezi prosociálními tendencemi, empatií a pětifaktorovým modelem osobnosti u studentek pomáhajících oborů. *Kontakt*. Roč. 2, s. 318-319, ISSN 1212-4117.

NĚMCOVÁ, Jitka, 2010. Saturace spirituálních potřeb pacientů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Roč. 6, č. 1., s. 26-29. ISSN 1801-1349.

*Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1351-2.

*Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2009-2011*. 1. české vyd. Editor T. Herdman. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4734-231.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4657-0.

PELLEGRINO, Edmund D, 2008. CHAPTER 20: THE LIVED EXPERIENCE OF HUMAN DIGNITY. [online]. [cit. 2014-03-20].DOI: [http://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/human\\_dignity/chapter20.html](http://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/human_dignity/chapter20.html).

PINCOVÁ, Dana, 2011. *Pořeba intimity a její zajištění v ošetrovatelské péči u vybraných minoritních skupin*. České Budějovice. Diplomová práce. Fakulta zdravotně sociální Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Nováková Dita, PhD.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4739-762.

ROSSMANNOVÁ, Kateřina, 2013. *Hodnoty současné mládeže*. Bakalářská práce. České Budějovice. Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Mgr. Procházka Miroslav, PhD.

SEITL, Martin, 2012. *Poznávání interpersonálních charakteristik osobnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3320-2.

SMĚKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 3. opr. vyd. Brno: Barrister, c2009. ISBN 978-808-7029-626.

STUHLÍKOVÁ, Iva. Motivace a osobnost. In: BLATNÝ, Marek a kol., 2010. *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, s. 137-166. ISBN 978-80-247-3434-7.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4741-079.

SVOBODOVÁ, Hana a kol., 2012. *Etika v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-699.

SYSEL, Dušan, BELEJOVÁ, Hana a Oto MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4732-237.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

TOMAGOVÁ, Martina, BÓRIKOVÁ, Ivana a kol., 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.

TÓTHOVÁ, Valérie, 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3874-148.

TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2013. *Potreby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4720-685.

## **8 Přílohy**

Příloha 1- Dotazník vlastní konstrukce pro sestry

Příloha 2- Dotazník vlastní konstrukce pro pacienty

Příloha 3- Souhlas Městské nemocnice Privamed a.s. s poskytnutím informací

Příloha 4- Souhlas vedení Mulačovy nemocnice s poskytnutím informací

## Příloha 1- Dotazník vlastní konstrukce pro sestry

Vážené kolegyně a kolegové,  
dovolte, abych se Vám představila. Jmenuji se Anna Krislová, jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji bakalářský obor všeobecná sestra. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Vámi uvedené údaje budou určeny výhradně k výzkumným účelům pro mou bakalářskou práci na téma Životní hodnoty v ošetřovatelském procesu. Touto prací chci poukázat na životní hodnoty našich pacientů, nato zda a jak jsou nemocí ovlivňovány, jaké životní hodnoty pacienti preferují a zda na tyto hodnoty berou sestry ohled. Odpovědi prosím kroužkujte nebo vypište do připravených kolonek. Za Vaši ochotu, čas a informace děkuji.

1. V jakém úseku zdravotní péče pracujete?
  - a) Ambulantním
  - b) Lůžkovém
  - c) JIP, ARO
  
2. Jak dlouhá je Vaše odborná praxe sestry?
  - a) Do 4 let
  - b) 5-9 let
  - c) 10- 19 let
  - d) 20 let a více
  
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) Střední odborné s maturitou
  - b) Specializační vzdělání
  - c) Vyšší odborné vzdělání
  - d) Vysokoškolské vzdělání
  
4. Co si představujete pod pojmem životní hodnota? (vypište)

-----  
-----

5. Domníváte se, že jsou životní hodnoty pro pacienta důležité?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Nevím
  - d) Spíše ne
  - e) Ne
6. Myslíte si, že nemoc ovlivní pacientovi životní hodnoty?
- a) Ano
  - b) Nevím
  - c) Ne
7. Zjišťujete na Vašem oddělení životní hodnoty u všech pacientů v rámci anamnézy?
- a) Ano vždy
  - b) Jen u některých pacientů
  - c) Nevím, zda tato informace patří do anamnézy
  - d) Ne
8. Zajímají Vás v rámci poskytování ošetrovatelské péče životní hodnoty pacienta?
- a) Ano vždy
  - b) Jen občas
  - c) Spíše ne
  - d) Nezajímám se
9. Považujete naplnění životních hodnot pacienta za důležité?
- a) Ano považuji jejich naplnění za velmi důležité
  - b) Považuji je za důležité, ale jejich naplnění neupřednostňuji
  - c) Nepovažuji je za důležité, ale beru na ně ohled
  - d) Vůbec je nepovažuji za důležité
10. Realizujete na svém pracovišti ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu?
- a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nevím



11. Začleňujete životní hodnoty pacienta do ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

- pokud jste odpověděli ano, pokračujte prosím otázkou číslo 13

12. Chtěli byste začlenit životní hodnoty do ošetrovatelského procesu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

13. Jaké podmínky byste chtěli (potřebovali) pro začlenění životních hodnot do ošetrovatelského procesu? (i více odpovědí)

- a) Více času na pacienty
- b) Více zdravotnického personálu
- c) Pomoc odborných pracovníků např. sociální pracovníce
- d) Zjednodušení dokumentace
- e) Lepší spolupráce s rodinou
- f) Jiné (vypište)

-----  
-----

14. Máte tyto podmínky na Vašem pracovišti k dispozici?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Jak byste zefektivnila přístup pro naplňování životních hodnot u pacientů? (i více odpovědí)

- a) Lepší spolupráci s rodinou
- b) Spolupráci s odbornými pracovníky (sociální pracovník, psycholog, řádová sestra a kněz, a podobně)
- c) Více zdravotnického personálu
- d) Větší prostor pro uplatnění kompetencí v této oblasti
- e) Jiné (vypište)

-----  
-----

16. Jak byste zefektivnila podmínky pro naplňování životních hodnot u pacientů? (i více odpovědí)

- a) Lepší spolupráci s rodinou
- b) Spolupráci s odbornými pracovníky (sociální pracovník, psycholog, řádová sestra a kněz, a podobně)
- c) Více zdravotnického personálu
- d) Větší prostor pro uplatnění kompetencí v této oblasti
- e) Jiné (vypište)

-----  
-----

17. Jaké životní hodnoty myslíte, že pacienti preferují? (i více odpovědí, každou životní hodnotu prosím označte čísly od 1-10 podle preferencí)

A. (zaškrtněte)

B. (označte čísla podle preference)

Rodina	
Zdraví	
Důstojnost	
Soukromí	
Finanční hodnoty	
Víra	
Úcta a sebeúcta	
Intimita	
Bezpečí a jistota	
Jiné (vypište)	

.....

Rodina	
Zdraví	
Důstojnost	
Soukromí	
Finanční hodnoty	
Víra	
Úcta a sebeúcta	
Intimita	
Bezpečí a jistota	
Jiné (vypište)	

.....

18. Domníváte se, že nemocí dojde ke změně v žebříčku hodnot?

- a) Ano dojde k výrazné změně
- b) Změna nebude příliš významná
- c) Nedojde vůbec ke změně

19. Snažila jste se někdy naplnit pacientovi životní hodnoty?

- a) Ano vždy a u každého pacienta
- b) Ano, ale jen u některých pacientů
- c) Ne vždy
- d) Vůbec ne

- pokud ano jak? (vypište)

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

20. Myslíte si, že existuje nějaká životní hodnota, které si pacient během nemoci více váží?

- a) Ano
- b) Nevím
- c) Ne

-pokud ano můžete ji uvést?

.....

21. Jaká životní hodnota pacienta, se domníváte, že se změní během nemoci? (i více odpovědí, zaškrtněte)

Rodina	
Zdraví	
Důstojnost	
Soukromí	
Finanční hodnoty	
Víra	
Úcta a sebeúcta	
Intimita	
Bezpečí a jistota	
Jiné (vypište)	

.....

22. Která ze změněných hodnot je podle Vás pro pacienta nejpodstatnější? (vypište).....

.....

Zdroj: vlastní výzkum

## Příloha 2- dotazník vlastní konstrukce pro pacienty

Vážená paní, pane,

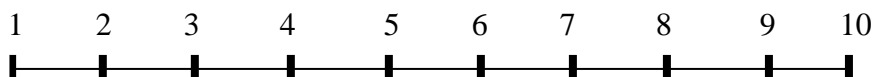
dovolte, abych se Vám představila. Jmenuji se Anna Krislová, jsem studentkou 3. Ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji bakalářský obor všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Vámi uvedené údaje budou určeny výhradně k výzkumným účelům pro mou bakalářskou práci na téma Životní hodnoty v ošetrovatelském procesu. Touto prací chci poukázat na Vaše životní hodnoty, nato zda a jak jsou nemocí ovlivňovány, jaké životní hodnoty preferujete a zda na tyto hodnoty berou sestry ohled. Odpovědi prosím kroužkujte nebo vypište do připravených kolonek. Za Vaši ochotu, čas a informace děkuji.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
  - a) Muž
  - b) Žena
  
2. Jaký je Váš věk?
  - a) Do 30 let
  - b) 31-40 let
  - c) 41-50 let
  - d) 51-60 let
  - e) 61-70 let
  - f) 71 let a více
  
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) Základní
  - b) Střední s výučním listem
  - c) Střední s maturitou
  - d) Vyšší odborné
  - e) Vysokoškolské

4. Co si představujete pod pojmem životní hodnota?

.....  
.....

5. Do jaké míry ovlivňuje nebo ovlivnila Vaše nemoc Vaše životní hodnoty? (prosím vyznačte na škále od 1 do 10, kdy 1 představuje minimální vliv a 10 zásadní vliv na Vaše životní hodnoty)



6. Ovlivní Vaše nemoc výkon Vašeho zaměstnání?

- a) Ano velmi
- b) Bude záležet na závažnosti onemocnění
- c) Ne vůbec
- d) Nevím

7. Změní se nemocí Vaše životní situace?

- a) Ano velmi
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Vůbec ne

8. Do jaké míry Vás tato změněná situace ovlivní? (vyznačte na stupnici)



9. Změní se Vaše kvalita života?

- a) Ano velmi
- b) Málo
- c) Nevím
- d) Ne moc
- e) Vůbec ne

10. Jaké životní hodnoty preferujete? (lze i více odpovědí, každou z uvedených hodnot označte číslem od 1 do 10 podle preferencí)

A. (zaškrtněte)

B. (označte preference)

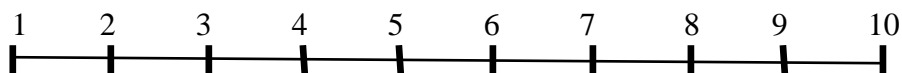
Rodina	<input type="checkbox"/>
Zdraví	<input type="checkbox"/>
Důstojnost	<input type="checkbox"/>
Soukromí	<input type="checkbox"/>
Finanční hodnoty	<input type="checkbox"/>
Víra	<input type="checkbox"/>
Úcta a sebeúcta	<input type="checkbox"/>
Intimita	<input type="checkbox"/>
Bezpečí a jistota	<input type="checkbox"/>
Jiné (vypište)	<input type="checkbox"/>

Rodina	<input type="checkbox"/>
Zdraví	<input type="checkbox"/>
Důstojnost	<input type="checkbox"/>
Soukromí	<input type="checkbox"/>
Finanční hodnoty	<input type="checkbox"/>
Víra	<input type="checkbox"/>
Úcta a sebeúcta	<input type="checkbox"/>
Intimita	<input type="checkbox"/>
Bezpečí a jistota	<input type="checkbox"/>
Jiné (vypište)	<input type="checkbox"/>

.....

.....

11. Do jaké míry považujete naplnění Vašich životních hodnot za důležité? (vyznačte na škále od 1 do 10, kdy 1 představuje minimální důležitost a 10 velkou důležitost)



12. Zajímal se některý ze zdravotnických pracovníků o Vaše životní hodnoty?

- a) Ano
- b) Ano trochu
- c) Velmi málo
- d) Ne

13. Promluvil si s Vámi zdravotnický pracovník o tom, co Vás trápí z oblasti životních hodnot, kromě eventuelní bolesti?
- a) Ano dostatečně
  - b) Ano trochu povrchně
  - c) Spíše ne
  - d) Ne
14. Snažil se některý ze zdravotnických pracovníků Vaše životní hodnoty, které preferujete naplnit?
- a) Ano vždy
  - b) Snaha byla
  - c) Spíše ne
  - d) Ne vůbec
15. Došlo u Vás vlivem nemoci ke změně žebříčku hodnot?
- a) Ano došlo k výrazné změně
  - b) Změna není příliš výrazná
  - c) Nedošlo ke změně
16. Existuje nějaká životní hodnota, které si nyní více vážíte?
- a) Ano
  - b) nevím
  - c) Ne

Můžete ji uvést?.....

17. Změna, které hodnoty je pro Vás nejpodstatnější? (i více odpovědí)

Rodina	<input type="checkbox"/>
Zdraví	<input type="checkbox"/>
Důstojnost	<input type="checkbox"/>
Soukromí	<input type="checkbox"/>
Finanční hodnoty	<input type="checkbox"/>
Víra	<input type="checkbox"/>
Úcta a sebeúcta	<input type="checkbox"/>
Intimita	<input type="checkbox"/>
Bezpečí a jistota	<input type="checkbox"/>
Jiné (vypište)	<input type="checkbox"/>

Zdroj: vlastní výzkum

**Žádost o poskytnutí informací v souvislosti  
s vypracováním bakalářské práce**  
(určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky)

**Jméno a příjmení studenta:** Anna Krislová

**Úplný název vysoké školy:** Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

**Fakulta / katedra:** Zdravotně sociální fakulta

**Studijní obor / ročník:** Všeobecná sestra/ 3. ročník

**Název bakalářské práce:** Životní hodnoty v ošetrovatelském procesu

**Akademický rok:** 2013/2014

**Jsem zaměstnancem ZZ:** Mulačova nemocnice s.r.o., všeobecná sestra na interním oddělení

---

**Metoda empirické části:** Pro sběr informací, pomocí dotazníku, oslovím: Zdravotnické pracovníky (všeobecné sestry)

**Cíl mé bakalářské práce:**

Zjistit, zda všeobecné sestry, považují životní hodnoty pacientů za důležitou součást ošetrovatelského procesu.

Posoudit, zda jsou všeobecné sestry ochotny zapojit práci s životními hodnotami pacienta do ošetrovatelského procesu.

Zjistit rozdíly mezi životními hodnotami, které preferují pacienti a představami všeobecných sester o životních hodnotách pacienta.

**Termín přípravy:** únor 2014

**Kontaktní pracoviště pro empirickou část:** Městská nemocnice Privamed a.s., Plzeň

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Student: Krislová Anna, tel.: 732704291, e-mail: A.Krislova@seznam.cz

V Plzni dne: 17. 2. 2014

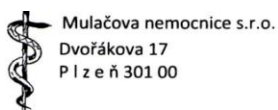
Podpis studenta: *Krislová*

**ZZ souhlasí:** ANO- NE

**Razítko ZZ a podpis:** Magdalena Budková  
ředitelka ošetrovatelské péče  
Městská nemocnice Plzeň  
**PRIVAMED a.s.**  
Kotíkovská 19, 323 00 Plzeň  
IČO: 46 88 52 51 ©



## Příloha 4- Souhlas vedení Mulačovy nemocnice s poskytnutím informací



Krislová Anna  
[A.Krislova@seznam.cz](mailto:A.Krislova@seznam.cz)  
tel. 732 704 291

**Věc:** Souhlas s poskytnutím informací k bakalářské práci

Vážená paní Krislová

na základě žádosti o souhlas s poskytnutím informací v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce „Životní hodnoty v ošetrovatelském procesu“ sdělujeme, že Mulačova nemocnice souhlasí se sběrem informací pomocí 2 dotazníků, kdy budou osloveni pacienti i zdravotničtí pracovníci.

  
Ing. Jaroslav Zimmermann  
ředitel nemocnice

**MULAČOVA NEMOCNICE s.r.o.**  
320 02 PLZEŇ, Dvořákova ul. 17  
IČO: 252 02 189  
tel.: 377 673 417  
fax: 377 375 055

Vyřizuje: Bc.Krňoulová E.

V Plzni 14. 2. 2014

TELEFON  
377677111

IČO  
25202189

FAX  
377375055