

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Bc. Michaela Šlajchrtová

Holismus a soucitná péče v interních oborech

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mazalová Ph.D.

Olomouc 2018

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne.....

.....

podpis

Děkuji Mgr. Lence Mazalové Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost a cenné rady při tvorbě diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat mjr. MUDr. Jiřímu Mališovi za odbornou garanci této práce. Děkuji všem participantům za jejich ochotu zúčastnit se výzkumného šetření.

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Diplomová práce
Téma práce:	Holismus v ošetrovateľskej péči v interných oborech
Název práce:	Holismus a soucitná péče v interních oborech
Název práce v AJ:	Holism and compassionate care in internal discipline
Datum zadání:	2017-01-26
Datum odevzdání:	2018-05-03
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetrovateľství
Autor práce:	Bc. Šlajchrtová Michaela
Vedoucí práce:	Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
Oponent práce:	

Abstrakt v ČJ:

Předkládaná diplomová práce se zabývá jednou složkou holistického přístupu. Touto složkou je soucitná péče. Znalosti týkající se pojetí soucitné péče a jejího dopadu zásadním způsobem posilují kvalitu a efektivitu ošetrovateľskej péče. Hlavním cílem diplomové práce je popsat problematiku soucitu v ošetrovateľství v kontextu poskytované ošetrovateľskej péče. Empirická část této práce byla zpracovaná formou kvalitativního výzkumného šetření za použití polostrukturovaných rozhovorů. Z výsledků výzkumu vyplývá, že podle názorů pacientů je soucit významnou součástí profesionálního ošetrovateľství, pozitivně se podílí na poskytované péči, zvyšuje její kvalitu a komfort pacientů. Přínos soucitu pro ošetrovateľství je zcela zřejmý a není ničím jiným nahraditelný. Právě z těchto skutečností vyplývá aktuálnost a potřebnost řešení vybraného tématu této diplomové práce.

Abstrakt v AJ:

This diploma thesis deals with one component of the holistic approach. The component is known as compassionate care. The knowledge of the concept of compassionate care and its impact greatly enhances the quality and efficiency of nursing care. The main aim of the diploma thesis was to describe issues of compassion in context of nursing care. The results show that according to patients' opinions, compassion is an important part of professional nursing, positively contributes to the nursing care, and improves the quality of care and patient comfort. The empirical part of this work was elaborated in the form of a qualitative research survey using semi-structured interviews. The benefit of compassion for nursing is obvious and is irreplaceable. From these facts presented in this diploma thesis, the actuality and necessity of the selected topic is evident.

Klíčová slova v ČJ: dospělý pacient, pohled pacienta, holistická péče, soucitná péče, interní obory

Klíčová slova v AJ: adult patient, patient perception, holistic care, compassionate care, internal discipline

Rozsah: 63 s. / 5 příloh

OBSAH

ÚVOD	1
1. REŠERŠNÍ STRATEGIE	3
2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	5
2.1 Holismus v ošetrovatelství.....	5
2.2 Bio-psycho-socio-spirituální model péče	10
2.3 Pojetí soucitu	13
2.4 Soucit v ošetrovatelské praxi	14
2.5 Shrnutí teoretických východisek.....	20
3. METODIKA VÝZKUMU.....	22
3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	22
3.2 Charakteristika souboru.....	23
3.3 Metoda sběru dat.....	24
3.4 Realizace výzkumného šetření	25
3.5 Popis tematické analýzy	27
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU	29
5. DISKUZE	38
ZÁVĚR	45
REFERENČNÍ SEZNAM.....	47
SEZNAM ZKRATEK.....	56
SEZNAM PŘÍLOH.....	57

ÚVOD

„Dokud nebudeme schopni vnímat a chovat se jako lidské bytosti navzájem a dokud nebudeme považovat za důležité dávat sami sebe, pak se budeme vzájemně ovlivňovat, ale ne navazovat vztahy; a ani uspokojovat ošetrovatelské potřeby pacientů.“

JOYCE E. TRAVELBEE

Holismus je filozofický směr ošetrovatelství, termín „holismus“ poprvé zavedl ve své knize "Holismus a evoluce" v roce 1926 jihoafrický politik a generál Jan Christiaan Smuts. Teorie pojmu spočívá v tom, že vidí živé organizmy jako jednotlivé celky, které jsou ve vzájemné interakci se svým okolím (Dossey, 2013, s. 3-57).

Výklad pojmu „Holismus“ ve slovníku cizích slov je příliš stručný: *pojetí celistvosti nabývající nové vývojové kvality* (in Slovník cizích slov, 1996, s. 366).

Akademický slovník cizích slov je již ohledně definice „Holismu“ konkrétnější: *filozofický směr (především biologický) zdůrazňující celostnost a pokládající celek za něco vyššího než souhrn součástí* (In Akademický slovník cizích slov, 1997, s. 834).

Encyklopedie Nové universum poskytuje podrobnější výklad: *HOLISMUS – (řec. holos – úplný, celý), učení o celistvosti, základní filozofická koncepce, kde jsou všechny oblasti skutečnosti poslopností vzestupné diferenciaci zákonitého celku, zákony vyšších oblastí platí ve zjednodušené formě i pro oblasti nižší. Holismus věří, že tak lze překonat jednostrannosti mechanicismu a vitalismu* (In Nové universum. Všeobecná encyklopedie, 2003, s. 1303).

Celá řada autorů zmiňuje ve svých publikacích holistický přístup, přičemž se jeho prostřednictvím věnují různým problematikám v rámci svých oborů (Mastiliaková, 1999, s. 164). V ošetrovatelství je holistický přístup definován jako „veškeré ošetrovatelské praktiky, jejichž cílem je péče o celého člověka“ (AHNA 1998). Moderní ošetrovatelská péče s neustále se zvyšujícím technickým přístupem má však tendenci k bagatelizaci individuálního přístupu a soucitu v ošetrovatelství. V metodických opatřeních a ošetrovatelských standardech jsou sice stanovena kritéria pro kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, ale úloha soucitu jako jedné ze základních součástí ošetrovatelství zůstává ve většině téměř naprosto nedotčena (Dossey, 2013, s. 3-57).

Holistická ošetrovatelská péče bere úvahu, jak tělesné, tak i psychosociální a spirituální potřeby člověka. Všeobecná sestra poskytující holistickou ošetrovatelskou péči, pohlíží na člověka jako na jedinečnou celostní bytost, nikoli pouze na její pouhé části. Je důležité si uvědomit, že tělo a psychika jsou úzce propojeny, nikoli odděleny. Všeobecné sestry by měly poskytovat péči na základě individuálních potřeb každého jednotlivého pacienta (Grant, 2004, s. 36-41).

Kvalita ošetrovatelské péče založené na vztahu sestra – pacient se odvíjí nejen od přístupu zdravotnického personálu, ale také od přístupu pacientů. Důležitou roli má schopnost projevit empatii a soucit jako základní předpoklad humanizace v ošetrovatelské péči (Grant, 2004, s. 36-41). Pro zlepšení ošetrovatelské praxe je důležité znát zkušenosti pacientů se soucitem v ošetrovatelství (Donovan, 2008). Soucit obsahuje silnou motivační stránku, která nás podněcuje k aktivitě směřující ke zmírnění utrpení daného člověka (Slezáčková, 2012, s. 122). Nejčastěji je utrpení spojováno s bolestí a onkologickým onemocněním, ale také v geriatrii a v intenzivní péči.

Utrpení a potřebu soucitu lze ale nalézt ve kterémkoliv medicínském odvětví, proto je cílem diplomové práce popsat problematiku soucitu v ošetrovatelství v kontextu holistické ošetrovatelské péče v interních oborech.

1. REŠERŠNÍ STRATEGIE

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

```
graph TD; A[ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI] --> B[VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA]; B --> C[DATABÁZE];
```

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: dospělý pacient, pohled pacienta, holistická péče, soucitná péče, interní obory

Klíčová slova v AJ: adult patient, patient perception, holistic care, compassionate care, internal discipline

Jazyk: český, slovenský, anglický, německý

Období: 1964-2017

Další kritéria: věk nad 18let, recenzovaná periodika, sborníky, abstrakta, plnotexty, odborné články, korelace s tématem výzkumu

DATABÁZE

PubMed, MEDLINE, Bibliographia Medica Čechoslovaka, EBSCO, Web of Science, International Journal of Nursing Knowledge, GOOGLE – rozšířené vyhledávání, Národní knihovna České Republiky

Nalezeno 326 zdrojů

VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

články v jiném než zadaném jazyce: 15 zdrojů
duplicitní články: 68 zdrojů
kvalifikační práce: 20 zdrojů
články nesplňující kritéria: 223 zdrojů

**SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH
DOKUMENTŮ**

Pubmed/Medline – 58 článků
Ebsco – 11 článků
Web of Science – 2 články
International Journal of Clinical Nursing – 8 článků
Národní knihovna České Republiky - 34
Google rozšířené vyhledávání – 6 článků

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 31 dohledaných článků, 28 knižních publikací, 4 doporučení a stránky společností.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2.1 Holismus v ošetrovatelství

Hlavním předpokladem holistického pojetí je, že osoba je tvořena vzájemně závislými částmi, pokud jedna část nepracuje správně, budou ovlivněny všechny ostatní části (Strandberg, et. al., 2007, s. 8).

V různých dobách bylo na psychiku a tělo pohlíženo buď jako na celek, nebo jako na dvě různé části. V nejstarších společnostech neexistovalo dělení na „tělo“ a „duši“. Už Hippokrates viděl nemocného v jeho tělesné a duševní jednotě. Je znám jeho výrok: „*Je důležitější vědět jakou člověk nemoc má, než jaký druh nemoci člověk má*“ (Mastiliaková, 2007, s. 22). Holistický přístup byl znám v babylonsko-asyrské, řecké a římské civilizaci i ve středověku. Zvolený přístup byl v souladu s kulturou a myšlením tehdejší doby. V období renesance byla jednota těla a duše striktně zamítnuta. Tělo bylo posuzováno odděleně a léčeno medicínsky, naproti tomu péče o duši se stala doménou náboženství (Bahrami, 2010).

Za zakladatelku holistického ošetrovatelství je považována Florence Nightingale, která učila všeobecné sestry zaměřit se na principy holismu: jednotu, wellness, vzájemný vztah lidského bytí a jeho prostředí. Ošetrovatelství se původně vyvíjelo z náboženských řádů a bylo převážně způsobem, jak sloužit Bohu tím, že slouží chudým a nemocným. I Florence Nightingale věřila, že ošetrovatelství je vnuknuto bohem, a jeho víra a duchovnost ovlivňuje všechny aspekty péče (Bahrami, 2010).

Sestry se dnes často obávají duchovních potřeb svých pacientů, navzdory výzkumu, který demonstruje důležitost poskytování péče v těchto oblastech. Sestry mohou využít intervence, jako je modlitba, aktivní naslouchání a přítomnost u nemocných, stejně jako pochopení jejich duchovních potřeb (Grant 2004, s. 36-41).

Holistické ošetrovatelství není jen něco, co vykonáváme. Je to také postoj, filosofie a vlastní způsob bytí (ANHA, 2017). Pro všeobecné sestry, které poskytují holistickou péči, je důležité rozlišovat a chápat rozdíl mezi uzdravováním a léčením. Léčení se zaměřuje především na vymýcení toho, co způsobuje onemocnění, zahrnuje i farmakoterapii léčení onemocnění. Uzdravování je především pojmem holistického

ošetřovatelství, zaměřuje se na nalezení rovnováhy těla, mysli a ducha v lidské bytosti (Dossey, 2013, s. 3-57).

Nejlepším výsledkem pro pacienta je to, když se uzdravování a léčení spojují. Holistické ošetřovatelství se řídí čtyřmi základními hodnotami, které shrnují ideály a zásady holistického ošetřovatelství. Základní hodnoty popisují rozmanitost ošetřovatelských aktivit, do kterých jsou zapojeny holistické sestry. Jsou založeny na filozofii vědy, pro které je primárním účelem poskytovat služby, které jednotlivcům, rodinám, společenstvím a komunitám umožňují, aby dosáhli celistvosti (Dossey, 2013, s. 3-57).

Současná koncepce holismu: *„Sestry se zaobírají člověkem jako celkem, úplnou holistickou bytostí, ne jako souborem částí a procesů. Termíny holistický a holismus jsou odvozené z řeckého slova, které znamená celek. ... Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci, které jsou takto víc než jen součtem jejich částí. Pokud je vidíme v tomto světle, potom každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému. Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že „sestry musí brát na zřetel osobu jako celek a musí se snažit pochopit současně vztah části individua ve vztahu k interakcím celku a vztah celku k jeho částem“* (Akademický slovník cizích slov. 1997, s. 194).

V roce 1980 byla založena *American Holistic Nurses Association (AHNA)*, která ve svých pravidlech profesionálního přístupu uvádí, že: *„Neodmyslitelnou součástí ošetřovatelství je úcta k životu, důstojnosti a právům všech lidí“*.

American Nurses Association (ANA) poprvé uznala holistické ošetřovatelství v roce 2006 jako speciální oblast ošetřovatelské praxe, která dává všeobecným sestram, které poskytují holistickou ošetřovatelskou péči základ pro její praktikování a také rozlišuje rozdíl mezi holistickými a běžnými všeobecnými sestrami ve zdravotnických profesích (American Nurse Today, 2013).

Ve spolupráci s *American Nurses Association (ANA)* umožnila rozvoj holistické ošetřovatelské oblasti a vytvoření standardů holistické praxe, které popisují standardy poskytování profesionálního holistického ošetřovatelství a definici holistického ošetřovatelství. Zmíněné standardy pro poskytování holistické ošetřovatelské praxe umožnily, aby všechny sestry jejich prostřednictvím pochopily filozofii, hodnoty, znalosti a dovednosti potřebné k praktikování holistické péče, zdraví a léčení (American Nurse Today, 2013).

Základní hodnoty holistického ošetrovatelství dle *American Holistic Nurses Association* jsou:

1. Teorie filosofie a etiky
2. Holistický proces péče
3. Holistická komunikace
4. Terapeutické prostředí a kulturní rozmanitost
5. Holistické vzdělání a výzkum
6. Holistická sebe-péče sestry.

(American Nurse Today, 2013)

Holistická sestra je popsána jako člověk, který skutečně pečuje. Jsou to sestry, které „skutečně“ věnují svůj čas každému pacientovi zvlášť, poskytují individualizovanou péči, jsou schopny vidět pacienta jako bytost, a ne jako diagnózu stanovenou lékařem. Holistická sestra musí rozpoznat psychologickou a emocionální pohodu pacienta, aby usnadnila následné fyzické léčení. Povzbuzuje k péči o sebe-sama, jako jeden z aspektů holistické péče, což vede k terapeutické konzultaci, naději, důstojnosti, sebe ukázněnosti, společenskému růstu a smyslu pro autonomii, energii a vitalitu (Mariano, 2007, s. 165-188).

Cílem holistické sestry je zjistit, které pacientovi myšlenky na zdraví a léčbu usnadňují léčebný plán a zlepšují blaho celého jednotlivce. Celostní ošetrovatelská péče je založena na filozofii, kde jsou všechny prvky života spojeny. Všechny aspekty ovlivňují a mohou ovlivnit celkové zdraví pacienta (Mariano, 2007, s. 165-188).

Proces komunikace je základem pro veškerou ošetrovatelskou praxi a je-li efektivní, přispívá značnou měrou k rozvoji vztahu mezi všeobecnou sestrou a pacientem. Všeobecná sestra prostřednictvím komunikace získává od pacienta informace, informuje pacienta, ovlivňuje ho, motivuje a povzbuzuje. Pacient prostřednictvím efektivní komunikace získává pocit bezpečí a důvěry (Klagsbrun, 2001, s. 115-130). Holistická komunikace zahrnuje pacienta, který vnímá přítomnost všeobecné sestry jako pečující, nesoudící, soucitnou a oceňující pacientův úhel pohledu. Významnou úlohu hraje i neverbální projev. První dojem, který pacient může získat ze všeobecné sestry, závisí hlavně na zvládnutí neverbálního projevu, je tedy určen postojem těla, gesty, mimikou či dotekem. Úlohou všeobecné sestry je umět nejen neverbální signály vysílat, ale také přijímat, a hlavně porozumět jim. Tím je umožněno

všeobecné sestře lépe pochopit pacienta a jeho aktuální potřeby. Všeobecné sestry bohužel nemají vždy čas při své práci komunikovat (Klagsbrun, 2001, s. 115-130). Klagsbrun (2001) také uvádí, že nezáleží na množství času, ale především na schopnosti tento čas co nejefektivněji využít. Čím více času stráví všeobecná sestra s pacientem, tím lépe všeobecná sestra rozpoznává individuální potřeby pacienta. (Orlando 1990).

"Zdraví je stav úplného tělesného, duševního a společenského blahobytu, a ne pouze absence choroby nebo nemoci." V této definici, která byla přijata v roce 1948 World Health Organisation (WHO) po jejím založení duchovní rozměr chybí. V roce 1999 však 52. shromáždění této instituce navrhlo některé změny své ústavy. Jednou z navrhovaných změn bylo vložení duchovního blahobytu do koncepce WHO o zdraví. Nový text ve znění "Zdraví je dynamický stav úplného fyzického, duševního, duchovního a sociálního blahobytu, a ne pouze absence choroby nebo slabosti". Přesto, i přes schválení během shromáždění, byla nová verze později zrušena. Nicméně v mnoha příležitostech v posledních desetiletích WHO zdůraznila význam duchovního rozměru pro klinické účely (WHO, 2017).

Většina populace pacientů touží po potřebě duchovní péče, proto je nezbytné pochopit samotnou povahu a význam spirituality a potřebu poskytovat duchovní péči. Bohužel chybí znalosti a vzdělání o duchovnosti, především díky neurčité nebo nejasné povaze spirituality a nedostatku vzdělání a vedení při poskytování duchovní péče. Duchovní víry poskytují smysl a směr životů některých lidí. Pro jiné má duchovnost širší smysl než náboženství a nemůže být definována pouhým jednáním (Grant, 2004). Proto je důležité pro dnešní všeobecné sestry, aby porozuměly pojetí duchovnosti a nabídly podstatu holistického ošetřovatelství (Baldacchino, 2006, s. 885-896).

Ošetřovatelské činnosti, které mohou pomoci uspokojit duchovní potřeby pacienta, jsou u všeobecné sestry přítomné ve formě dobrosrdečnosti a aktivního naslouchání. Mnoho pacientů popisuje svůj čas v nemocnici jako období osamělosti. Když je všeobecná sestra, která je přítomna v místnosti, soustředěna na potřeby pacienta a je ochotna zastavit se, věnovat svůj čas a poslouchat pacienta, může to být skvělý holistický zásah (O'Brien, 2003)

Sestry by se měly učit, že kvalitní péče o pacienta je ošetřování pacienta, nejen sledování jeho fyziologických funkcí. Tím, že jsou sestry přítomné u pacienta a projevují ochotu aktivně naslouchat, mohou uspokojit některé duchovní potřeby svých pacientů a otevřít dveře komunikace, aby našly další duchovní potřeby, které by pacient mohl mít (O'Brien, 2003).

Holistické všeobecné sestry věří v účinnost duchovní péče a používají duchovní intervence v situacích, kdy pacienti zaznamenali vážné a složité emocionální situace. Když je poskytnuta duchovní péče, pacienti mohou zažít vnitřní klid, fyzickou relaxaci a snížení fyzické bolesti (Grant 2004, s. 36-41).

Bohužel existují důkazy, že většina všeobecných sester byla vychovávána s biomedicínským alopatickým zaměřením a nemají dobré znalosti o významu holistické péče. Dále bylo zjištěno, že sestry nejsou obeznámeny s holistickou péčí a často zanedbávají tento model péče (Selimen, 2011, s. 482-490), tuto metodu nepoužívají a berou v úvahu pouze tělesné potřeby pacientů. V tomto ohledu nejsou řešeny jiné potřeby pacientů a někdy závažnější problémy pacientů (Olive, 2003, s. 127-132). Duchovní potřeby pacientů jsou opomíjeny a pacienti jsou považováni za biologické stroje (Kolcaba, 1997, s. 290-296).

Používání samotného běžného lékařského modelu k léčbě vystavuje pacienty vážným hrozbám, prodlužuje hospitalizaci a zvyšuje náklady na léčbu (Olive, 2003, s. 127-132). V mnoha zemích, jako je Spojené království, Austrálie, (Henderson, 2002, s. 244-250) a Írán, (Bahrami, 2010, s. 245-251) jsou často přehlíženy holistické aspekty potřeb pacientů. Podobné studie provedené v USA ukázaly, že 67 % Amerických pacientů v nemocnicích nedostává holistickou péči (Daaleman et. al., 2008, s. 406-411) a studie provedená v Anglii ukázala, že pouze 5 % hospitalizovaných pacientů bylo podrobena celostní péči (Olive, 2003 s. 127-132).

Společnost zaznamenala nárůst technologického pokroku a její dopad na kvalitu ošetrovatelství, kde technické aspekty péče mají přednost před poskytováním holistické ošetrovatelské péče a to má za následek narušení podstaty ošetrovatelství (Wright, 2004, s. 525).

2.2 Bio-psycho-socio-spirituální model péče

Holistické ošetřovatelství využívá bio-psycho-sociálně-spirituální model, kde je třeba vzít v úvahu celou lidskou bytost. Tato teorie ukazuje, jak mají čtyři komponenty schopnost být vzájemně závislé a vzájemně související. Teorie dává do popředí, že pacienti jsou víc než jen onemocnění nebo nemoci. Péče o pacienta vyžaduje zohlednění těla, ducha mysli a duše (Montgomery et. al., 2004, s. 36-41).

Bio-psycho-socio-spirituální model měl před prosazením důležitosti duchovních potřeb základ v modelu bio-psycho-sociálním, jehož zakladatelem je George L. Engel. Podle jeho slov: "*všechny tři úrovně, biologické, psychologické a sociální, musí být zohledněny při každé úloze zdravotní péče*". Jeho tvrzením bylo, že zdravotníci musí současně sledovat biologické, psychologické a sociální rozměry nemoci, aby lépe porozuměli a reagovali na utrpení pacientů. Tento model, dosud zcela nerealizovaný, umístil pacienta přímo do souvislostí, které zahrnovalo afektivní a jiné psychologické stavy tohoto pacienta jako lidské osoby, stejně jako významné mezilidské vztahy, které obklopují tuto osobu. Na praktické úrovni je to způsob, jak porozumět pacientově subjektivní zkušenosti jako zásadnímu přispěvateli k přesné diagnóze, zdravotním výsledkům a humánní péči (Orlando, 1990).

V posledních desetiletích se humanizace lékařství a ošetřovatelství a posílení postavení pacientů neustále zlepšovala tím, že se do posouzení stavu zahrnovala i vnitřní rozpoložení pacienta, vlivy přispívající ke vzniku jeho nemoci a jeho subjektivní pohled. Ve stejnou dobu představili White, Williams a Greenberg (1996) ekologický model péče o pacienty, který zahrnoval i životní prostředí. Žádný z těchto však modelů neobsahoval žádnou zmínku o duchovnosti. Ačkoli oba modely měly určitou pravdu, když viděly pacienty jako lidské osoby, neposkytly žádné skutečné základy pro teorie, které by se mohly nazvat filozofickou antropologií. To znamená, že se ani nepokusili vyjádřit metafyzickou základnu pro své představy o pacientech jako o osobách, ačkoli se oběma zdálo, že péče je závislá na takovém pojetí. Oba tyto modely se snažily najít místo ve zdravotnictví. Neúspěchy se objevily na základě přijetí přesně opačného model ošetřovatelské péče. Spíše než zvažovat pacienta jako subjekt nacházející se v souvislostech vztahů, věda často považovala tuto osobu za předmět, který je přizpůsoben oddělenému vyšetřování (Orlando, 1990).

Zkušenosti jak pacientů, tak odborníků z praxe 21. století jsou v tom, že reduktivistický vědecký model je nedostatečný pro skutečné potřeby pacientů, kteří jsou celistvými osobami s bio-psycho-socio-duchovními potřebami. K tomuto účelu byl přijat další model – bio-psycho-socio-spirituální model. Avšak tito autoři, podobně jako Engel a White před nimi, jen zdůraznili potřebu tohoto rozšířeného modelu, aniž by dělali více, než jen modelu přidělili jméno. Neukázali, jak může být tento nový model integrován s reduktivistickou vědeckou koncepcí pacienta nebo jak může být integrován do obecnější metafyziky života a smrti (O'Brien, 2003).

Skutečně holistická zdravotní péče tedy znamená systém zdravotní péče, který se věnuje všem narušeným vztahům nemocného jako celku a obnovuje ty, které mohou být obnoveny, a to i v případě, že člověk není zcela obnoven tak, aby prokázal dokonalou celistvost. Holistický přístup k léčbě znamená, že korekce fyziologických poruch a obnovení vnitřního prostředí je pouze začátkem úkolu. Holistické léčení vyžaduje pozornost i na psychologické, sociální a duchovní poruchy (O'Brien, 2003). Jak to uvádí Orlando (1990), vedle vnitřního prostředí je také důležité prostředí působící na člověka.

Podle bio-psycho-socio-spirituálního modelu má každý svou duchovní historii. Pro mnoho lidí se tato duchovní historie odvíjí v kontextu explicitní náboženské tradice. Ale bez ohledu na to, jak se projevuje, tato duchovní historie pomáhá tvořit každého pacienta jako celistvého člověka (Mastiliaková, 1990). Tato celistvost zahrnuje nejen biologické, psychologické a sociální aspekty osoby (Bramley et. al. 2014), ale také duchovní aspekty celé osoby (O'Brien, 2003). Tento bio-psycho-sociálně-duchovní model není "dualismem", ve kterém "duše" náhodně obývá tělo. Biologické, psychologické, sociální a duchovní složky mají v tomto modelu spíše pouze rozličné rozměry a žádný aspekt nelze oddělit od celku. Každý aspekt může být různě ovlivněn historií a nemocí člověka (O'Brien, 2003).

Nemoc narušuje všechny dimenze vztahu, které tvoří pacienta jako lidskou osobu, a proto pouze bio-psycho-socio-spirituální model může poskytnout základ pro holistické léčení pacientů. Právě v tomto modelu jsou biologické, psychologické, sociální a duchovní spojení s pacientem zohledněny při jeho léčbě. Tento model nám umožňuje seznámit se s příznaky a onemocněním pacienta, které ovlivňují různé projevy, které se vyskytují u každého pacienta (Dossey 2005, s. 56-58).

Biologický systém se zabývá anatomicou, strukturální a molekulární podstatou onemocnění a účinky na fyziologické fungování pacienta. Mezi potřeby biologické patří všechny primární potřeby, tedy potřeby, které jsou nutné k samostatné existenci. Sociální systém zkoumá kulturní, environmentální a rodinný vliv. Změny potřeb v této oblasti jsou ovlivněny hlavně předchozími zvyky, společenskými aktivitami i současným průběhem onemocnění, kdy jsou jejich sociální aktivity výrazně omezeny. Jako problém navíc vystupuje i samotná hospitalizace, kterou část pacientů zvládá špatně. Psychologický systém má vliv na psychodynamické faktory, jako je motivace a osobnost, má vliv na zkušenosti a reakci na nemoci. Na první pohled se zdá, že potřeby duchovní se týkají pouze části pacientů, kteří jsou věřící, u ostatních se tato potřeba nemůže vyskytovat. Opak je však pravdou. Každý člověk, ať už věřící či ateista, má svůj duchovní život, svoji víru. Věřící lidé si však tuto potřebu více uvědomují. (Dossey, 2005, s. 56-58).

Spiritualita je jedinečná pro každého člověka. U některých lidí je spiritualita vyjádřena jako náboženství a zahrnuje rituály a chování jedinečné pro jeho praktikování. Duchovní víra poskytuje smysl a směr životů některých lidí. Pro jiné má duchovnost širší smysl než náboženství a nemůže být definována pouhým jednáním (Dossey, 2005, s. 56-58). Daaleman (2008) definuje spiritualitu jako "*víru ve vztah s vyšší mocí, tvůrčí silou, božskou bytostí nebo nekonečným zdrojem energie*".

Holistické všeobecné sestry věří v účinnost duchovní péče a používají duchovní intervence v situacích, kdy pacienti zaznamenali vážné složité emocionální situace. Když je poskytnuta duchovní péče, pacienti mohou zažít vnitřní klid, fyzickou relaxaci a snížení fyzické bolesti (Grant, 2004, s. 36-41).

Bio–psycho–socio– spirituální model poskytuje koncepční rámec pro řešení nemocných pacientů a připomíná, že mohou existovat jiné důležité otázky kromě čistě biologických. Toto modelové uzdravení je často charakterizováno, jako "vytváření celku". Léčení ve svém nejzákladnějším smyslu znamená obnovení správných vztahů. Provedené studie dokázaly, že většina všeobecných sester holistický model neuplatňuje. Výsledky také ukazují, že vzdělávací systém a pracovní prostředí jsou hlavními faktory ovlivňující poskytování holistické péče. Proto je nutné rozšířit povědomí o holismu u všeobecných sester (Mastiliaková, 1990).

Čtyři pojmy charakterizující Holistický model péče (viz příloha č. 3) jsou jedinečné a vzájemně propojené a bez ohledu na příčinu onemocnění je třeba je kombinovat, aby se dosáhlo optimálního uzdravení, nebo aby bylo dosaženo cíle (Dossey, 2005, s. 56-58).

2.3 Pojetí soucitu

V mnoha kulturách je jednou z nejvýznamnějších lidských ctností právě soucit. Podle Hájka (2006) je soucit myšlení a porozumění i beznadějnému utrpení bez toho, abychom prožívali negativní emoce. V pojetí Vašiny (2010) je soucit schopnost vybavit si a prožít to, co právě teď a tady druhý prožívá se všemi souvislostmi, které zapříčinily jeho momentální stav. Z pohledu morálky je na soucit nahlíženo podle toho, co je a co není dobré, tedy z pohledu morálního kodexu (O'Brien, 2003). Dewar (2011) uvádí definici soucitu vycházející z Mezinárodní konference Royal College of Nursing (RCN 2010) „*soucit je způsob, jakým se věnujeme lidským bytostem. Zahrnuje zjištění zranitelnosti jiné osoby, prožívání emoční reakce na ni a jednání s ní za účelem jí ulehčit.*“

Soucit je v dostupných zdrojích často zaměňován se sympatií a empatií. Studie, které porovnávají a kontrastují pohledy pacientů na sympatii, empatii a soucit z velké části chybí. Ve výzkumném kvalitativním šetření prováděném za cílem ucelení významu zmíněných pojmů z pohledu pacientů bylo zjištěno, že pacienti popisovali sympatii jako nežádoucí a zavádějící reakci založenou na lítosti. Lítost byla snadno projevena spíše ve snaze ochránit sebe sama než ve snaze pomoci trpícímu. Empatii popisovali jako mnohem citověji zapojený proces, kdy se jednotlivci pokoušeli přizpůsobit se emocím pacienta prostřednictvím uznání jeho utrpení. Studie zabývající se perspektivami soucitu pacientů definuje soucit jako ctnostnou reakci, která se snaží řešit utrpení a potřeby člověka prostřednictvím vzájemného porozumění a jednání (Bramley et. al., 2014).

Soucit úzce souvisí s empatií a altruismem. Altruismus je prosociální chování, které je zaměřeno na pomoc druhému člověku, bez očekávané odměny, bez vyzvání (Stehlíková, 2016).

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

s empatií se často diskutuje také o termínu sympatie. Nejprve byla za důležitější považována sympatie, postupně se však snižoval její původní význam, až ve druhé polovině dvacátého století převládlo používání termínu empatie (Slaměník, 2011).

V pojetí Wispé (1986) lze empatii a sympatii navzájem odlišit a definovat. „*Sympatie se vztahuje k jasnému uvědomění si utrpení jiné osoby jako něčeho, co má být zmírněno. Empatie je naproti tomu pokusem jedince uvědomujícího si sama sebe porozumět neúsudkově pozitivnímu a negativnímu prožívání jiné osoby*“ (In Slaměník, 2011, s. 141).

Sympatie je reflexní, afektivní reakce na vzniklou situaci. Jedná se o reakci, která vzniká nedobrovolně a má tendenci vyvolávat pocit soucitu, lítosti a něžnosti. Sympatie může také znamenat vzájemný vztah, ve kterém sympatizant podporuje trpící osobu. Empatie přesahuje toto postavení sympatie a předpokládá mnohem komplexnější a intenzivnější lidské zapojení a porozumění. V empatickém vztahu se empaticizující vědomě snaží o psychické zapojení a pochopení pocitů a motivů jiné osoby. Snaží se porozumět jiným zážitkům, jako kdyby je prožíval sám (Donovan, 2008, S. 121-127).

2.4 Soucit v ošetrovatelské praxi

Soucitná péče je nezbytným aspektem dobré ošetrovatelské péče a také tím, co lidé od poskytovatelů zdravotní péče očekávají. Za jeden z indikátorů kvality práce zdravotnického týmu se v britském zdravotnictví považuje míra soucitu, který sestry vůči pacientovi projevují. Právě soucitná péče je považována za nejcennější hodnotu ošetrovatelství, základní prvek ošetrovatelské péče a jednu ze silných stránek této ošetrovatelské profese (Boyd, 2014, 208 s.).

Soucítění nelze předstírat. Do určité míry je člověku schopnost soucítit dána a záleží jen na něm, do jaké míry ji bude schopen a ochoten rozvíjet. Záleží na každé všeobecné sestře, na jejích hodnotách a přístupu k životu. Soucitné osoby pomáhají jiným z důvodu, že jsou motivovány pochopením, které je příčinou a základní součástí soucitu. Aby se dosáhlo tohoto cíle, empatie se musí přeměnit na soucit. Schopnost vcítění se přechází do skutků a pomoci druhým, do pomoci trpícím lidem. Úkolem všeobecné sestry je začlenit soucit do každodenních ošetrovatelských činností (Meleis, 1997).

K tomu, aby byly všeobecné sestry schopny soucit v klinické praxi využívat, i přesto, že je tato schopnost lidem částečně dána, je potřeba začlenit několik výukových hodin týkajících se soucitu do vzdělávacího programu u budoucích všeobecných sester. Má-li všeobecná sestra vytvořit a udržovat s pacientem vzájemné porozumění musí se všeobecným sestram ukázat a připomenout, jaký je primární cíl a hodnoty povolání, které si vybraly (Meleis, 2007).

Spolu s popisem soucitné péče několik nedávných studií uvedlo, jak soucitná péče ovlivnila výsledky pacientova zdraví. Pacienti uváděli, že přijímání soucitné péče jim pomáhá při zotavení, včetně zvýšeného smyslu pro zodpovědnost a sebekontrolu jejich zdraví. V průzkumu Schwartz Center for Compassionate Healthcare se pacienti i sestry shodli na tom, že soucitná péče posílila důvěru pacientů (79%, 85%) a zvýšila naději (57%, 57%) (Lown, 2011). Studie také popsala soucit jako účinné médium pro získávání informací o pacientovi, na rozdíl od toho, když byly tyto informace zjišťovány bez soucitného přístupu (Burack et. al., 1999). Stejná studie uváděla, že soucitná péče zlepšuje compliance pacientů. Naproti tomu nepřátelský postoj vůči pacientům, snižoval diagnostickou přesnost a ovlivňoval rozhodovací proces.

Vlastní akce související se soucitem spočívaly především v účasti na "malých věcech", "malých skutcích laskavosti" (Perry, 2009), které jak citlivým, tak proaktivním způsobem, sloužily jako terapeutický základ, jímž by mohl být pacientův emoční podnět odhalen a dále rozvíjen (Perry, 2009). Zatímco akce ve vztahu k soucitu zahrnovala dodatečné úkony soucitné péče, kvalitativní studie hospicových ošetřovatelů popsala jako soucitné jednání i tzv. "dávání ostatním daru ticha, času a prostoru" (Way, 2012) Tato terapeutická nečinnost, záměrná volba nečinnosti, jako ponechání pacienta odpočívat nebo odrážet ticho, byla autory vnímána jako soucitná akce, která byla vedena intuicí a zkušenostmi všeobecných sester, spíše než úkolově orientovaným přístupem, který je evidentní u začínajících sester (Perry, 2009).

Právě komunikační dovednosti jsou pro poskytování soucitné ošetřovatelské péče velice zásadní. Jedná se o efektivní interpersonální dovednosti a techniky, například aktivní poslech, dotazování a vhodné použití neverbální komunikace. Fyzický dotek tzv. terapeutický dotek je forma neverbální komunikace a také zásadním aspektem terapeutické komunikace. Dotek může být použit jako forma ujištění, pohodlí a jako prostředek odbourání bariér mezi pacienty a všeobecnými sestrami. Pro soucitnou ošetřovatelskou péči je důležitá komunikace a aktivní spolupráce pacienta

a zdravotnického personálu (Gleeson, 2009, s. 382-389). Podstatou vzájemného porozumění je poskytování profesionální ošetrovatelské péče, avšak u sester se může vyskytnout tendence dehumanizovat nemocného, tj. vidět nemocného jako „ošetrovatelský problém“, jako „žlučník na dvojce“, což popírá člověka jako osobu a redukuje jej na pouhou „diagnózu na pokoji číslo...“. V této souvislosti je potřeba připomínat, a to nejen sestřím, že nemocní nejsou „problémem“, ale „lidské bytosti s individuálními problémy“ (Travelbee, 1964, s. 68-71).

Joyce E. Travelbee kladla důraz na emocionální aspekty ošetrovatelství, porozumění, soucit, empatii (Marriner-Tomey, Alligood, 2002). Integrální součástí vzájemné interakce je komunikace na všech úrovních. Proto také Joyce Travelbee navrhovala rozšířit vzdělávání sester o komunikační cvičení a zavést výuku filosofie a náboženství. Z čehož jasně vyplývá, její snaha o zaměření vzdělávání na výuku soucitné péče.

Výraz „soucítit“ dle Joyce E. Travelbee znamená, že jiná lidská bytost navazuje vztah a sdílí naše utrpení, což zmírní zátěž pacienta právě v okamžiku, kdy je nejintenzivnější. Znamená to, že naše utrpení někoho znepokojuje a ten někdo začne podnikat kroky, jak jej zmírnit. Joyce E. Travelbee pojem „soucit“ podrobně analyzovala ve smyslu: přijmout soucit, poskytnout soucit, projevovat soucit, tedy soucítit a vliv soucitu na pacienta při poskytování ošetrovatelské péče. Joyce E. Travelbee apelovala na sestry, že je důležité, aby byly empatické, ale i soucitné. Bez upřímného soucitu nelze vytvořit mezilidský vztah sestra – pacient (Travelbee, 1964, s. 68-71). Vztahem sestra a pacient v ošetrovatelské péči se zabývala již F. Nightingale v knize *Notes on Nursing* (Poznámky o ošetrovatelství), vydané roku 1860. Dle Koloroutis (2013) F. Nightingale pojala ošetrovatelství jako umění a aplikovala soucit do vlastní praxe. Chápala potřebu vztahů, jejichž prostřednictvím dochází k uzdravení, ať už léčba probíhá či nikoliv. Oproti tomu Trešlová (2010) uvedla, že činnost F. Nightingale již vykazovala znaky, které jsou charakteristické pro moderní ošetrovatelství, jako jsou „vzdělání, prevence, zdraví a pohoda (well being), uspokojování potřeb, individualizovaná péče, komplexní – holistický přístup, týmová péče, vědecký přístup, aktivní péče“ (Trešlová, 2010, s. 16). Lze tudíž konstatovat, že činnost F. Nightingale znamenala počátky profesionální ošetrovatelské péče. Největšího rozvoje ošetrovatelství dosáhlo od poloviny 20. století.

Současný přehled znalostí poskytuje určitý pohled na povahu soucitu, což naznačuje, že soucit se vyskytuje ve vztazích, které jsou podmíněny dvěma podmínkami

- přítomností utrpení v osobě a touhou jiné osoby osvobodit ji (Way, 2012). Je důležité poznamenat, že soucit není závislý na již existujícím vztahu, nýbrž spíše vychází a je doručován prostřednictvím vztahu. Na základní úrovni se soucit sestává ze specifických dovedností a akcí zaměřených na zlepšení multifaktoriálního utrpení, totiž na uznávání, reagování, porozumění soucitu a aktivním řešení utrpení jiného (Way, 2012) Žádná z těchto dovedností nebo činností, není sama o sobě soucitná; spíše jde o složení těchto dovedností a jejich rozšiřování o ctnosti pečovatele, intuici a vliv přítomnosti, která tvoří soucit. Praktický soucit je také zásadním výsledkem duchovních tradic a účinné duchovní péče.

V textech B. T. Basavanthappy (2007) je uvedeno, že péče, kterou sestry poskytují, je prioritně zaměřena na uspokojování biologických potřeb, tato péče však postrádá empatii a soucit, a proto pro zlepšení péče o nemocné Joyce E. Travelbee navrhla tzv. „humanistickou revoluci v ošetřovatelství“ (Basavanthappa, 2007, s. 418), tedy návrat k ošetřovatelské funkci všeobecné sestry, péči o nemocné v pravém slova smyslu, s kladením důrazu na soucit, který musí být ústředním bodem ošetřovatelství. Tuto myšlenku prezentovaly i Joan P. Riehl a Callista L. Roy.

Důležitou složkou oboustranného vztahu vyplývající z koncepčního modelu Joyce E. Travelbee je fáze empatie a fáze soucitu. Na fázi empatie navazuje fáze soucitu. Znamená to, že jiná lidská bytost navazuje vztah a sdílí naše utrpení, což zmírní zátěž právě v okamžiku, kdy je nejtěžší (Marriner-Tomey, 2002).

Ve Velké Británii získal soucit značnou důležitost vydáním *Compassion in Practice* zveřejněném v roce 2012 *National Health Service* (NHS). Tento dokument se zaměřuje na soucitnou péči v ošetřovatelství a porodní asistenci a určuje společný cíl pro všeobecné sestry, porodní asistentky a pečující zaměstnance, kteří poskytují vysoce kvalitní, soucitnou péči k dosažení vynikajících výsledků v oblasti zdraví a blahobytu. Cílem je rozvíjení kultury soucitné péče: Vytvoření nové vize pro všeobecné sestry, porodní asistentky a pečovatele (Boyd, 2014, s. 208).

6 hodnot chování vyplývající z *Compassion in Practice*

- **Péče** – Hlavní činností našich organizací je péče, kterou poskytujeme, která pomáhá jednotlivci a zlepšuje zdraví celé společnosti. Péče definuje nás a naši práci. Lidé, kteří dostávají péči, očekávají, že pro ně bude k dispozici ta správná, v každé etapě jejich života.
- **Soucit** – Soucit je, jak se péče poskytuje prostřednictvím vztahů založených na empatii, úctě a důstojnosti, může být také popsána jako inteligentní laskavost a je zásadní pro to, jak lidé vnímají svou péči.
- **Kompetence** – Kompetence znamená, že všichni ti, kteří mají pečovatelskou roli, musí mít schopnost porozumět jednotlivcům zdravotním a sociálním potřebám a odborným znalostem, klinickým a technickým znalostem pro dosažení efektivnosti péče a léčby založené na výzkumu a důkazech.
- **Sdělení** – Komunikace je důležitá pro úspěšné péče o vztahy a efektivní týmovou práci. Poslech je stejně důležitý jako to, co říkáme a děláme, a je zásadní pro to, aby "o mně nebylo rozhodnuto beze mě". Komunikace je klíčem k dobrému pracovišti s výhodami pro ty, kteří jsou v naší péči a zaměstnanci.
- **Odvaha** – Odvaha nám umožňuje dělat správnou věc pro lidi, o něž máme zájem, mluvit, když máme obavy a mít osobní sílu a vizi inovovat a přijímat nové způsoby práce.
- **Závazek** – Závazek vůči našim pacientům a obyvatelstvu je základním kamenem toho, co děláme a potřebujeme. Stavíme na našem odhodlání zlepšit péči a zkušenosti našich pacientů, podniknout kroky, učinit tuto vizi a strategii realitou pro všechny a splnit požadavky na zdraví, péči a podporu vpřed.

(NHS England, 2012)

Všeobecné sestry samy vidí, že klinická praxe se mění a že se bude nadále měnit, a musí si uvědomit, že vyspělé klinické dovednosti a soucitná péče se navzájem nevylučují. Moderní technika nemusí znamenat snížení úrovně péče, i když je jasné, že i nadále bude práce všeobecných sester ovlivňována stále intenzivnějším využíváním techniky, stále větším počtem vážněji nemocných pacientů, snižováním počtu všeobecných sester a zvyšováním nároků na jejich administrativní a manažerské schopnosti (NHS England, 2012).

Mezinárodní studie zabývající se definicí slova „soucit“ zkoumá odlišnosti v pojetí definice v různých zemích, které se zúčastnila také Česká Republika. Celkem se na studii podílelo 1323 účastníků, 45,4 % kvalifikovaných všeobecných sester a zbylá procenta tvořili pacienti z různých oddělení. Celková většina účastníků (59,5 %) popsala soucit jako "hluboké povědomí o utrpení ostatních s touhou toto utrpení zmírnit" a 69,6 % si myslí, že soucit je velmi důležitý pro ošetrovatelskou praxi. Ačkoli více než polovina (59,6 %) z nich uvedla, že soucit by měl být zařazen do vzdělávacího systému všeobecných sester, 44,3 % všeobecných sester uvedlo, že vzdělávání o pojetí soucitu v ošetrovatelské praxi je nedostačující (Papadopoulos, et. al., 2016, s. 395-405).

Jedná se o první studii, která zkoumala, zda definice a zkušenosti se soucitem se v jednotlivých zemích liší, a jak se očekávalo, výsledky ukázaly mnoho podobností a rozdílů mezi zeměmi. Rozdíly mezi zeměmi ohledně definice soucitu podporují myšlenku, že kulturní zázemí a zkušenosti mají dopad na jejich názory a v tomto případě na to, jak člověk definuje soucit (Papadopoulos et al., 2016, s. 395-405).

Podle Larsona (2014, s. 8), Attree (2001, s. 456-466), Goetz (2004) a Tweddle (2007, s. 18-19), soucit závisí na kulturním pozadí a duchovnosti. Sociální a politické faktory mohou navíc ovlivnit soucit. Například jednotlivci ze zemí, kde dochází ke konfliktu nebo válce, byli shledáni méně soucitnými (Stewart 2009, s. 91).

Téměř tři čtvrtiny všech článků o soucitu a soucitné péči bylo publikováno v posledních pěti letech, což znamená, že pacienti, jejich rodiny a společnost stále více považují soucit za základní právo pacienta (Francis, 2013). Mezi hlavní témata v literatuře patřila povaha soucitu, jak je soucit rozvíjen nebo erodován v rámci klinické praxe a vzdělávacího prostředí, mezilidské kvality, dovednosti a činnosti, které definují soucit a výsledky soucitné péče.

Jen málo studií se týkalo výlučně pacientů, zahrnovalo definice soucitu z pohledu pacienta nebo hodnotilo výsledky týkající se zdravotního stavu pacienta nebo kvality života souvisejícího se zdravím.

Přestože soucit a soucitná péče se zdají samozřejmými a často se odkazují na literaturu, posledních 25 let přineslo jen málo empirické zkušenosti. Objevují se významné klinické studie, které společně přispívají k souboru důkazů, které přinášejí náhled do soucitu v klinické péči. Tyto studie se však často opírají o předem stanovené teoretické definice soucitu, které postrádají specifickou, klinickou použitelnost a koncepční platnost a nedokáží přiměřeně začlenit porozumění a zkušenosti pacientů. Ve výsledku, je soucit pravděpodobně jedním z nejvíce odkazovaných principů kvality

péče, pro které je málo empirických důkazů (Perry, 2009).

Především budoucí výzkum týkající se povahy soucitu a jeho aplikace v klinické praxi musí zahrnovat perspektivu pacientů (Sinclair, 2015), kteří zoufale touží a stále více očekávají, že soucit se stane klíčovou složkou jejich zdravotní péče.

2.5 Shrnutí teoretických východisek

Holistické ošetřovatelství pohlíží na člověka jako celostní bytost, která je složena ze čtyř na sobě závislých složek (biologická, psychologická, sociální a duchovní). Porušením jedné, byť sebemenší části, je narušeno fungování celého systému jako celku. Přínosem uvedeného pojetí je větší kooperace mezi zdravotní péčí a sociálními službami, protože ovlivňováním sociálních podmínek života je možno posilovat jak ozdravný proces, tak i udržení a zachování přijatelného zdravotního stavu a jemu odpovídající kvality života. Holistický přístup k člověku se v klinické praxi začal prosazovat v důsledku snahy o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka. Holistické chápání pramení již z hebrejského a biblického chápání člověka, které zakořenilo v evropském myšlení. Stejně tak ale prvky holistického přístupu nacházíme i v kultuře řecko-římské, např. u Hippokrata nebo Aristotela (Mastiliaková, 2007).

Holistické ošetřovatelství má nezastupitelné postavení v péči o člověka. Každá osoba má své jedinečné potřeby. Ideální stav nastává v okamžiku, kdy se o každého jedince staráme jako o jednotný celek a člověka vnímáme jako bytost biopsychosociální a duchovní. Duchovní potřeby jako takové jsou v holistickém ošetřovatelství stále opomíjenou dimenzí, a z pohledu většiny všeobecných sester a pacientů jsou ne zcela správně ztotožňovány s potřebami náboženskými (Sartori, 2010).

Duchovní potřeby se významnou měrou podílí na průběhu choroby i vnímání vlastního života nemocných. Všeobecné sestry ve zdravotnických zařízeních nezastupují roli duchovního či psychologa, základem jejich laické duchovní péče je především schopnost naslouchat a snaha nabídnout nemocnému adekvátní pomoc. Jako zásadní je třeba zmínit fakt, že i „nevěřící“ člověk má duchovní potřeby (Jakabovičová, 2008, s. 22).

Významnou součástí profesionálního ošetřovatelství je soucit, pozitivně se podílí na poskytované péči, zvyšuje její kvalitu a komfort pacientů. Přínos soucitu pro ošetřovatelství je zcela zřejmý a ničím jiným nenahraditelný. Soucit je složitý fenomén a je obtížné ho jednoznačně definovat (Van Der Cingel 2009, s. 124-136). Nejvíce se definici soucitu v kontextu s ošetřovatelstvím přibližuje myšlenka, že soucit je ctnostná reakce, která se snaží řešit utrpení a potřeby člověka prostřednictvím vzájemného porozumění a jednání.

Soucit v ošetřovatelství je stále považován za morální ctnost, za něco, co se od všeobecné sestry očekává, co všeobecné sestry mají a popisuje se jako podstata péče, tedy podstata ošetřovatelství (Chambers & Ryder, 2009).

3 METODIKA VÝZKUMU

Kvalitativní výzkum je dle Dismana (2000, s. 285) nenumerické šetření a interpretace sociální reality, jehož cílem je odkrýt význam sdělovaných informací. Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz a teorií. Ve své podstatě je analýza kvalitativních dat analýzou textů vedoucích k porozumění daného fenoménu. Vedle porozumění slouží analýza také k popisu a interpretaci různých fenoménů lidského života, často slovy samotných zkoumaných jedinců. Kvalitativní výzkum má vývojový charakter, jeho postup je utvářen v průběhu sběru dat. Zkoumaná realita je studována velmi podrobně a do hloubky. Dostáváme tak spoustu informací o poměrně malém počtu jedinců. O nasycenosti dat nerozhoduje výzkumník, ale respondenti, kteří nám o předmětu našeho výzkumu sdělují informace. Kvalitativní typ výzkumu prokazuje vysokou validitu. Navíc díky tomu, že naše zkoumání má hloubkový charakter, zvyšuje se šance na porozumění zkoumanému fenoménu. Interpretace dat vycházejí od konkrétního výzkumníka, narážíme tak na nízkou reliabilitu. Informace jsou tímto ovlivněny.

3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumného šetření je popsat soucit v ošetrovatelské péči v interních oborech. Vymezeny byly následující dílčí cíle a z nichž vyplývající výzkumné otázky:

Cíl výzkumu č. 1:

Popsat představu soucitu v ošetrovatelské péči na interních odděleních podle názorů pacientů.

Cíl výzkumu č. 2:

Popsat zkušenosti pacientů se soucitem v ošetrovatelské péči na interních odděleních.

Cíl výzkumu č. 3:

Popsat faktory ovlivňující soucitnou péči na interních odděleních podle názorů pacientů.

Výzkumné otázky:

1. Výzkumná otázka č. 1: Jakou představu o soucitu v ošetrovatelské péči na interních odděleních mají pacienti?
2. Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou zkušenosti pacientů se soucitem v ošetrovatelské péči na interních odděleních?
3. Výzkumná otázka č. 3: Jaké faktory ovlivňují soucitnou péči na interních odděleních podle názorů pacientů?

3.2 Charakteristika souboru

Výběr výzkumného souboru byl realizován použitím metody záměrného (účelového) výběru na podkladě předem stanovených kritérií. Kritériem výběru je námi zvolená vlastnost nebo stav, z čehož plyne výběr pouze těch jedinců, kteří toto kritérium splňují (Miovský, 2006, s. 135).

Byla stanovena následující kritéria výběru respondentů souboru:

- Hospitalizace v Thomayerově nemocnici delší než 3 dny
- Pacienti ve věku nad 18 let
- Pacienti bez rozdílu pohlaví
- Pacient s podepsaným informovaným souhlasem s výzkumným šetřením a s audiozáznamem rozhovoru pomocí diktafonu
- Hospitalizace za účelem konzervativní terapie
- Hospitalizace pacienta na klinikách interních oddělení

Výzkumného šetření se účastnilo 9 respondentů hospitalizovaných na různých klinikách spadající pod interní obory (interní klinika, neurologická klinika, pneumologická klinika). Respondenti byli ve věkovém rozmezí 26–66 let (muži - 5, ženy - 4). Počet účastníků byl dostačující, z důvodu nasycenosti dat. Z důvodu ochrany osobních údajů byli všichni účastníci označeni velkým písmem abecedy.

Respondentům, kteří splňovali předem zvolená kritéria a byli ochotni se zúčastnit, byl dán k podpisu informovaný souhlas s výzkumným šetřením a s pořízením audiozáznamu rozhovoru za pomoci diktafonu. Souhlas byl dokumentován a následně bezpečně archivován.

Soubor respondentů:

- respondent A: muž, 33let, ženatý, délka hospitalizace – 3 dny, interní oddělení
- respondent B: muž, 34let, ženatý, délka hospitalizace – 3 dny, interní oddělení
- respondent C: žena, 59let, rozvedená, délka hospitalizace – 5 dnů, revmatologické oddělení
- respondent D: žena, 50let, vdaná, délka hospitalizace – 4 dny, revmatologické oddělení
- respondent E: žena 39let, svobodná, délka hospitalizace – 3 dny, interní oddělení
- respondent F: žena, 64let, vdaná, délka hospitalizace – 12 dní, interní oddělení
- respondent G: muž, 26let, svobodný, délka hospitalizace – 6 dnů, plicní oddělení
- respondent H: žena, 44let, vdaná, délka hospitalizace – 8 dnů, plicní oddělení
- respondent CH: žena, 66let, vdaná, délka hospitalizace – 5 dnů, plicní oddělení

3.3 Metoda sběru dat

Kvalitativní data jsou přirozeně uspořádaná, popisují každodenní život a vyznačují se lokální zakotveností. (Hendl, 2012, s. 165) V první fázi výzkumného šetření byla provedena rešeršní činnost a analýza dostupných publikovaných zdrojů vztahující se definici soucitu a jeho kontextu v ošetrovatelské péči. Následně bylo vytvořeno schéma a okruh otázek týkající se dané problematiky. Jak uvádí Miovský (2006), možnost kombinace prvků strukturovaného a nestrukturovaného interview přináší velkou výhodu v možnosti pokládat doplňující otázky i u odpovědí, které dostaneme na pevně strukturované podněty, což nám umožní dosáhnout větší přesnosti a výtěžnosti.

Samotný proces sběru dat probíhal formou polostrukturovaného interview. Polostrukturované interview vyžaduje náročnější technickou přípravu, při níž je vytvořeno určité schéma. Schéma specifikuje okruhy otázek, které jsou respondentům

pokládány. Pořadí otázek je možné zaměňovat a upravovat, abychom tím maximalizovali jejich výtěžnost (Miovský, 2006, s. 159). V průběhu interview je vhodné upřesňovat a specifikovat odpovědi účastníka, což přispívá ke správnému pochopení otázky respondentem (Miovský, 2006 s. 159).

Podle Miovského (2006, s. 155) patří interview k nejvýhodnějším metodám pro získání kvalitativních dat. Výhodou interview oproti jiným výzkumným metodám je navázání osobního kontaktu, jenž umožňuje hlubší pochopení motivů a postojů respondentů. Můžeme také sledovat reakce respondenta na kladené otázky a podle nich řídit jeho další průběh (Chrásková, 2007, s. 182). Interview trvá, dokud nasycenost informací není dostatečná, nelze tak předem určit přesný časový limit.

3.4 Realizace výzkumného šetření

Před zahájením samotného výzkumného šetření bylo zajištěno souhlasné stanovisko Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého a následně byl udělen souhlas vedení zdravotnického zařízení Thomayerovy nemocnice v Praze s prováděním výzkumného šetření na jejích klinikách. Po schválení žádosti k provedení výzkumného šetření byla oslovena vrchní sestra konkrétní kliniky a byl jí předložen návrh výzkumu. Realizace rozhovorů probíhala od listopadu do prosince 2017.

Pilotní rozhovory

V rámci přípravy interview byl proveden jeden pilotní rozhovor s respondentem, který splňoval všechna stanovená kritéria pro zařazení do výzkumného šetření. Před pilotním rozhovorem si tazatelka připravila tematické okruhy otázek.

Pilotní studie nebývá v případě kvalitativního výzkumu velmi obvyklou metodou. Vzhledem k faktu, že soucit není jednoduché definovat, obzvláště v kontextu s ošetrovatelstvím bylo rozhodnuto o jejím provedení. Dle doporučení Miovského (2006) byla provedena pilotní studie pro posílení zkušeností výzkumníka a ověření okruhu otázek, respektive k jejich případné modifikaci.

Respondent byl seznámen s tématem a účelem celého výzkumného šetření a podstatou pilotních rozhovorů. Rozhovor proběhl v klidném prostředí, na nadstandardním pokoji, v odpoledním čase, nezávisle na terapeutických výkonech. Pacient sám čas navrhl. Délka pilotního interview byla 15 minut. Pokládání otázky byly v průběhu rozhovoru rozšířeny o doplňující podotázky týkající se faktorů ovlivňující poskytování soucitné péče tak, aby došlo k maximální saturaci dat.

Výzkumné rozhovory

Rozhovory probíhaly v převážně v odpoledních hodinách v závislosti na preferencích jednotlivých účastníků. Další podmínkou byla volba prostředí. Rozhovory probíhaly v klidném prostředí s eliminací rušivých fenoménů a v místě, které bylo volbou pacienta. Rozhovory tedy probíhaly nejčastěji na denních místnostech nebo na vyšetřovně. Celé šetření probíhalo bez závislosti na léčebných, terapeutických či ošetrovatelských činnostech.

Vlastní realizace výzkumného rozhovoru:

- respondent A: doba zvolená pacientem - 14.15 – 14.30, místo – vyšetřovna
- respondent B: doba zvolená pacientem - 16.00 – 16.20, místo – pokoj
- respondent C: doba zvolená pacientem - 14.00 – 14.25, místo – vyšetřovna
- respondent D: doba zvolená pacientem - 10.30 – 10.40, místo – vyšetřovna
- respondent E: doba zvolená pacientem - 14.00 – 14.15, místo – vyšetřovna
- respondent F: doba zvolená pacientem - 9.30 – 9.45, místo – pokoj
- respondent G: doba zvolená pacientem - 16.00 – 16.20, místo – pokoj
- respondent H: doba zvolená pacientem - 13.00 – 13.15, místo – pokoj
- respondent CH: doba zvolená pacientem - 14.15 – 14.35, místo – denní místnost

Těmito podmínkami byla splněna tzv. triangulace settingu v rámci kontroly validity při procesu získávání dat. Vhodné místo, čas, prostředí a přítomnost vhodných osob hraje významnou roli a souvisí často zásadním způsobem na ovlivněním kvality i kvantity dat, a to pozitivním i negativním směrem (Miovský, 2006, s. 265). Zmíněné podmínky přispěly k udržení pozornosti respondenta po celou dobu rozhovoru.

Délka rozhovorů měla průměrně 15 minut. K záznamu dat byl použit audio záznamník, s nímž dal předtím respondent souhlas. Na začátku byl jasně vysvětlen účel a předmět rozhovoru a stanovena základní pravidla v přístupu k získaným informacím a jejich anonymitě. Účastníci byli seznámeni s právem kdykoliv rozhovor přerušit. Po podepsání souhlasu byla s každým respondentem provedena nezávazná konverzace pro navození uvolněné atmosféry a k odstranění nervozity. Respondenti byli rovněž ujištěni, že k získaným informacím nebudou mít přístup neoprávněné osoby, audiozáznamy budou uchovány pouze po dobu nezbytnou pro zpracování a poté budou znehodnoceny.

3.5 Popis tematické analýzy

Pomocí transkripce získaných dat byly audiozáznamy doslovně přepsány do textové podoby. Jelikož audio záznam zachycuje i doprovodné fenomény mluveného slova, při transkripci tedy dochází k prvotní redukci dat (Miovský, 2006, s. 206). Transkripce byla provedena výzkumníkem za pomoci textového editoru MS Word. Po dokončení přepisu byl proveden opakovaný poslech pro kontrolu provedení písenného záznamu a porovnání a jeho transkribovanou podobou (Miovský, 2006, s. 207).

Dalším krokem bylo zpracování a roztřídění získaných dat pomocí tematické analýzy. Data jsou zpracována podle předem stanovených kritérií (Miovský, 2006, s. 209). Použitá technika úprav dat pro analýzu byla barvení textu. Barevnost rozlišuje určité pasáže a tematické celky. Takto připravený text usnadňuje orientaci a urychluje analýzu (Miovský, 2006, s. 211). Roztřídění dat do jednotlivých kategorií na základě slov se stejným významem vedlo ke vzniku tematických celků a okruhů se společnými znaky.

V počáteční fázi analýzy byly jednotlivé odpovědi, komentáře a znaky seskupeny do skupin – trsů. Jednotlivé trsy vznikaly na podkladě tematického překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Do jednotlivých trsů byly identifikovány a zařazeny podobnosti v interview respondentů, které se týkaly jednotlivých tematických okruhů. Další primární kumulací dat a pojmů byly stanoveny analytické kategorie (Miovský, 2006, s. 221).

Proces kategorizace byl iniciován předem vytvořenými výzkumnými otázkami, které byly specifikovány následujícími kategoriemi a podkategoriemi:

1. Představa o soucitu v ošetrovatelské praxi z pohledu pacienta.
2. Zkušenosti se soucitem v ošetrovatelské praxi z pohledu pacienta.
3. Faktory ovlivňující soucit v ošetrovatelské praxi z pohledu pacienta
 - překážky v poskytování soucitné ošetrovatelské péče
 - faktory které přispívají k poskytování soucitné ošetrovatelské péči.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Představa o soucitu v ošetrovatelské praxi z pohledu pacienta

První otázka, na kterou respondenti odpovídali, měla za úkol zjistit představu pacientů o pojmu "soucit v ošetrovatelské péči". Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti. Z výsledků vyšlo najevo, že někteří respondenti kladli velmi vysoký důraz na význam komunikace ve vztahu sestry – pacient během samotné ošetrovatelské péče během pobytu v nemocnici.

Respondent C: „... Představím si to že ta pracovnice, ta sestřička, takže jako mluvit jako potichu, v klidu. Ptát se jako na různé věci které ten člověk zrovna zažívá nebo co prožil špatného, když na něm vidí, že ho něco trápí a chce mu pomoci, tak jako jestli o tom chce hovořit, nechce hovořit. A když ten pacient chce mluvit, ptají se na ty věci, které ho vlastně trápějí aby ho z toho dostaly a pomohly mu nějakým způsobem to vyřešit. Prostě je tu zájem ulehčit těm lidem ...“

Další dotázaný pacient si pod pojmem "soucitné péče" představil nejen komunikaci mezi ošetřující všeobecnou sestrou a pacientem týkající se vlastního zdravotního problému, ale i komplexní přístup během ošetrovatelské péče k jejich potřebám. Podle respondenta se jednalo o péči tzv. mimo rámec vlastní zdravotní péče. Do zdravotní péče zahrnul i osobní přístup všeobecné sestry k pacientovi, přístup k jeho obtížím a obavám, strachu ze zákroku, z vlastní nemoci a jejich důsledků pro další život.

Respondent B: „... Soucitná péče, já si myslím, je to celkový přístup k tomu nemocnému, nejenom se orientovat na takový ty věci typu jako bolest ale jako i zlepšit tu náladu dobrým slovem uklidnit pacienta a tak podobně ...“

Naopak někteří respondenti do pojetí soucitné péče zahrnuli nejen osobnější přístup všeobecné sestry k pacientovi, ale i ochranu důstojnosti a soukromí pacienta během hospitalizace a během vyšetřovacích procedur.

Respondent H: „... Já si myslím, že je to to, že když něco někdo potřebuje, třeba pomoci s pohybem nebo nakrmit, nebo i popovídat si... ..nebo něco v klidu vysvětlit a dát prostor pro otázky....myslím, že je to třeba i o té důstojnosti, protože se tu sestra snažila

mi sehnat župan na vyšetření, abych nemusela s holým zadkem chodit po nemocnici, byla mi ta představa dost nepříjemná ...“

Jeden z dotázaných respondentů definoval pojem soucitná péče, jako spolupráci všeobecné sestry s pacientem při řešení stresujících (zátěžových) situací pro daného pacienta během pobytu v nemocničním zařízení. Přirovnal tedy soucitnou ošetrovatelskou péči poskytovanou všeobecnou sestrou k určité formě krizového managementu.

Respondent F: „... *No tak to je, když jsem v krizové situaci nebo mám problém a někdo mi prostě pomůže ...“*

Většina dotázaných respondentů očekává během hospitalizace "soucitnou ošetrovatelskou péči" spíše od všeobecných sester než od lékařského zdravotnického personálu.

Respondent G: „... *Co si o tom myslím, myslím, že je to vlastně práce každý sestry, každýho bratra v té nemocnici, že by měl jako soucítit s lidma, který tam jsou a naslouchat tem lidem okolo kterých běhá. Už nevím, co k tomu mám říct...“* dále, „...*Je to nějaké, bych řekla z mého pohledu, nějaké plus v rámci té starostlivosti toho pomocného personálu, ne doktorů, ale sester ...“*

Respondent CH: „... *Je to nějaké, bych řekla z mého pohledu, nějaké plus v rámci té starostlivosti toho pomocného personálu, ne doktorů, ale sester ...“*

Respondenti se ve svých odpovědích shodují na všeobecně uznávané charakteristice pojmu „soucitné péče“.

Respondent A: „... *Myslím, že je to hlubší přístup zdravotníka, pochopení a touha pomoci někomu, kdo trpí, jakkoliv ...“*

Respondent E: „... *Soucitná péče, myslím, že je to důležitý pro psychiku člověka a pro jeho rychlé uzdravení ...“*

Dotázaní respondenti si v několika případech byli vědomi i rozdílu mezi pojmy "empatie" a "soucit", a to i přesto, že tyto dva pojmy se velmi často zaměňují.

Respondent D: „... *Pomoc, pochopení a něco víc než vcítění se ...“*

Zkušenosti se soucitem v ošetrovatelské praxi z pohledu pacienta

Většina dotázaných pacientů v rámci poskytované soucitné ošetrovatelské péče ocenila pozornost a všímavost všeobecné sestry. Z pohledu pacientů je nejdůležitější čas, který jim zdravotnický personál poskytuje během hospitalizace, ve kterém se cítí být středem pozornosti všeobecné sestry. Poskytnutí dostatku času je pacienty vnímáno pozitivně.

Respondent A: „... *Upřímně nemám rád nemocnice, nedělá mi to dobře. Opravdu je mi nepříjemné být někde zavřen a ještě vidět bílé pláště. Jsem zvyklý pracovat a stále něco řešit, řídit. Proto jsem i nervózní a skutečně oceňuji zájem sester o to, jak se cítím. Sestra si všimla, že jsem roztěkaný a nabídla mi, zda si nechci promluvit. Vím, že to moc není, ale jen její vstřícnost a čas, který mi věnovala mi pomohl se uvolnit. Hlavně jsem byl rád za to, že mi věnovala čas, který mi věnovala mi pomohl se uvolnit. Hlavně jsem byl rád za to, že chápala mou situaci ...*“

Respondent CH: „... *Určitě ano, tak když člověk potřebuje nebo je na něm vidět, že není v pořádku, necítí se dobře a myslím, že ta sestřička velice ráda pomohla a zajímala se jestli je všechno v pořádku a jestli mne něco nebolí víc než ten můj stav momentální vyžaduje ...*“

Někteří dotázaní respondenti uvedli, že poskytnutá soucitná péče nezávisí pouze na množství poskytnutého času, ale i na způsobu jeho využití. Jedná se nejen vlastní o rozhovor s pacientem o jeho obtížích a potřebách, ale například i krátký terapeutický dotek, který je pacientem vnímán velice pozitivně a dokáže zmírnit jeho napětí.

Respondent F: „... *Měla jsem takovou menší mozkovou příhodu a sestřičky mě učily chodit. Můžu říct, že se mi teda věnovali maximálně. Byly mi, sestřičky mi byly psychickou podporou, povídaly si a utěšovaly, když jsem brečela. Doktor na mě byl velice nepříjemný, když jsem byla u vizity přecitlivělá a řekl mi, že mi dá něco na uklidnění. Prášky? No to je pomoc... Místo toho mi pomohla sestra, chytla mě za ruku a řekla, že tu všechno zvládneme ...*“ ,

Podobné odpovědi v rámci zkušenosti pacientů se soucitnou ošetrovatelskou péčí zazněly i v odpovědích respondentů z jiných oddělení.

Respondent H: „... *Sestry jsou tu moc hodné a udělají si vždycky čas, hlavně hned přijdou, když mi něco je a něco potřebuju. Teda i minule, když jsem tu byla kvůli operaci, tak mě uklidňovaly. Trošku se pak člověk zklidní, je mu lepší, a tak jako*

uklidníte se. Přijdou pohladěj vás po ruce, tak je to lepší...no nemáte rodinu, která vám řekne mami nebo no Evo neboj se ...“

Kromě výše zmíněné aktivní účasti samotné všeobecné sestry v procesu soucitné péče pacienti pozitivně přijímají i pomoc jiných pracovníků příslušného zdravotnického zařízení. Významnou roli v tomto hrají nezdravotničtí pracovníci, kteří v rámci dobrovolnických a terapeutických center působí ve zdravotnickém zařízení. Doplňují vlastní ošetrovatelskou péči poskytovanou odborným zdravotnickým personálem, často s výhodou toho, že nejsou pod časovým tlakem.

Respondent C: *„... Při mé hospitalizaci mi zemřel tady syn. Syn měl RS, tady jim padnul do nějakýho, ne přímo do komatu, byl na tom hrozně špatně, takže ho převáželi do nemocnice ...ježiši do Vojenský, protože tam s ním mohli rehabilitovat tím slavíkem, s tím dejčačem a s takovejhlema věcma. Bylo to hrozně daleko, což mi bylo hrozně nepříjemný, tak mi tady dovolili že za ním budu moct ject. Jenomže než jsem to stihla tak bohužel zemřel. A prvně mi přišla pomoci sestřička, která tam byla, takový strašně milá, strašně hodná. Přišla jako první a řekla: „Chcete nějaký prášek na uklidnění atd... tak jsem řekla, že teda ano. ... Pak za mnou přišla sestřička, která tady dělá v tý, dělá v tý...jak se to jmenuje...tady jak spolupracuju...centrum Lékořice. Ta za mnou přišla a hovořila semnou o všem možném od Bohu, sestřičky mi jí poslaly...nejdříve se mě zeptaly, zda ji mohou zavolat a já řekla, že jo. Ona přišla, sama se zeptala, zda s ní chci mluvit nebo nechci mluvit a bylo to...opravu jsem se jí mohla vymluvit a bylo to asi to nejlepší, co pro mne mohli udělat. Že jsem se jako vypovídala z toho, ze všeho ...“*

Část dotázaných respondentů uvedla, že neměla přímo osobní zkušenost se soucitnou ošetrovatelskou péčí, ale byli přítomni, když byla soucitná péče poskytnuta někomu v blízkém okolí, ať již v rodinném kruhu, nebo pacientovi na stejném lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení.

Respondent D: *„ ... Určitě, já vlastně osobně ne, ale za paní vedle nikdo za celou dobu, co tu jsem nepřišel a co vím, tak to s ní není dobré. A mě osobně přijde, že dost strádá. No... a sestřičky se přišly zeptat, zda nechce společnost a jestli ji nevadí, že přijde někdo na popovídání si ... a jak jsem viděla, tak i ten zájem a pohlázení po ruce paní potěšilo ...“*

Na základě analýzy uvedených opovědí od dotázaných pacientů vyplývá, že pacienti oceňují zejména lidský přístup všeobecné sestry a soucitnou péči nevidí pouze v uspokojení bolesti a fyzických potřeb pacienta, ale i potřeb psychických a duchovních, což je vlastní princip holistické péče.

Respondent B: „... Ty sestry starají se o ty pacienty nejen tím, že dorozdají ty léky nebo tady u kolegy zkontrolují proleženiny a podobně, ale i tím že vlastně pomůžou těm pacientům i třeba i s nějakou sebeobsluhou, dobrým slovem nebo mu přinesou nějakou dobrou knížku. Je to takový prostě zlepšení od toho striktně přijít na pokoj a rozdat léky, zkontrolovat a odejít pryč. Tady je ten personál mnohem příjemnější, není na něm vidět, že by pracoval v nějakém stresu, často jsou na těch pokojích. V podstatě kdykoliv se jich má pacient možnost na něco zeptat a nemá pocit, že by je nějak obtěžoval ...“

Většina dotázaných pacientů dále ocenila profesionalitu všeobecných sester při poskytování soucitné péče. Tato profesionalita se v očích dotázaných pacientů projevuje tím, že ani při vysokém pracovním nasazení, často plném stresových situací nedochází ke změně kvality poskytované soucitné ošetrovatelské péče ze strany všeobecných sester nebo jiného zdravotnického personálu nemocničního zařízení.

Respondent G: „... Hlavně teda tady v tý nemocnici. Já jsem teda prošel druhou teď. To byl pravej opak toho, co tady. Třeba tady si to třeba absolutně užívám se sestřičkama, protože se s nima dá bavit, povídat o všem. Jde o to, že ty sestřičky se chovaj prostě jako lidi. Dělej to nejenom jako práci, ale vypadá to, že to dělají s tím, že je to baví. V tom Táboře, to bylo prostě takový, přesně že fakt jenom přišli, zeptali se, co vám je, a i když to člověk řekl co mu je, tak se sebrali a odešli a tím to haslo. V té druhé nemocnici nebyly skoro vidět, ty byly zalezlý na sesterně, takže když člověk něco akutně potřeboval, tak si musel bud dojít nebo zazvonit, a ještě musel doufat, že sestřička má dobrou náladu jo ...“

Faktory ovlivňující soucit v ošetrovatelské praxi z pohledu pacienta

V souvislosti se zkoumanou problematikou byly na základě analýzy informací získaných od respondentů, vyhodnoceny dvě základní tematické oblasti. První tematický okruh zahrnuje faktory, které působí jako překážky v poskytování soucitné ošetrovatelské péče. Druhou kategorií jsou faktory, které přispívají k poskytování soucitné ošetrovatelské péče. Souhrn faktorů ovlivňujících soucitnou péči je vyobrazen v příloze číslo 4 (faktory ovlivňující soucitnou péči z pohledu pacienta)

Překážky v poskytování soucitné ošetrovatelské péče

Velká část dotázaných pacientů dle svých zkušeností a domněnek uvádí, že jsou všeobecné sestry více zahlceny vypracováváním zdravotnické dokumentace na úkor času, který by mohly věnovat péči o pacienty. Respondenti dle svých slov tuto tzv. papírovou práci považují za méně důležitou ve srovnání s praktickými činnostmi, které souvisejí s poskytováním soucitné ošetrovatelské péče pacientům a udávají, že tato v jejich očích méně důležitá práce ubírá všeobecným sestřím velké množství času, který by mohly věnovat jím samým.

Respondent A: „... *Abnormální pracovní vytížení a zátěž, mají mnoho úkolů, při kterých musí stihnout mnoho věcí převážně nesmyslných, jako je papírová práce, a proto nemají čas se věnovat pacientům. V tom současném režimu na to nemají čas, jsou zahaleny papírovou prací, pro kterou nemají čas být u lůžka, jak je potřeba. To je právě faktor toho času, který tomu ten zdravotník věnuje, já mám teď péči dobrou, která je standardní, ale je časově omezená, velmi striktně. Sestřička má na starosti hodně pacientů a svůj čas musí rozdělit mezi ty pacienty a taky dobu, které věnuje tvorbě té dokumentace, která je poměrně velká ...“*

Respondent E : „... *Já si myslím, že nemají čas, je na ně kladeno hrozně moc požadavků ...“*

Přímo za chybu v záměru či myšlence moderního zdravotnictví uvedl nadměru administrativních úkonů, které musí všeobecné sestry vypracovávat tzv. papírové, činnosti jeden z dotázaných respondentů.

Respondent B: „... Alespoň já jako pacient mám pocit, že taková ta papírová práce je tedkon na úkor přístupu k tomu pacientovi. Že je víc té teoretické práce a toho papírování než toho, aby ty sestry měli čas se těm pacientům jako plně věnovat. Vidím chybu v té koncepci toho zdravotnictví ...“

Téměř všichni z dotázaných pacientů silně vnímají i samotný vliv osobního života zdravotnických pracovníků, který se následně může odrazit i v kvalitě poskytované soucitné ošetrovatelské péče poskytované pacientovi. Respondenti také převážně uvádí, že by požadovali důraz na odlišení profesního a soukromého života zdravotnických pracovníků ve zdravotnickém zařízení. Zároveň respondenti vnímají práci všeobecné sestry jakožto určité poslání pomáhat trpícím a nemocným.

Respondent D: „... Já si myslím, že jsou přetížený z domova, problémy doma...“, „... ty starosti si nechat opravdu před vratama nemocnice a jít s tím, že jsou tady pro lidi, že udělali školu, proto aby tu byli pro lidi, který jsou nemocný a který sem nejdou dobrovolně, který prostě musej ...“

Zároveň respondenti vnímají náročnost profese všeobecné sestry. Dotázaní pacienti při pobytu ve zdravotnickém zařízení vnímají aktuální personální situaci, především nedostatek všeobecných sester ve zdravotnických zařízeních a zvýšené pracovní nároky, které jsou na ně kladeny. Podle názoru respondentů je práce všeobecné sestry nedostatečně finančně ohodnocena

Respondent CH: „... Z mého pohledu a z mých nějakých chabých informací, co se týče zdravotnictví si myslím, že je to hlavní důvod nebo hlavní problém nedostatek zdravotního personálu a nedostatek sester, které jsou strašně špatně ohodnoceny, a proto nechtějí dělat tohle povolání, které si vybraly ...“, „... Já si myslím, že nemají čas, je na ně kladeno hrozně moc požadavků. Je jich málo a jsou nízký plat y...“

Mnoho z dotázaných respondentů odpovědělo, že o kvalitě poskytované soucitné péče vypovídá i jedinečnost každé všeobecné sestry, neboť každá všeobecná sestra se potýká s překážkami v poskytování soucitné všeobecné péče.

Respondent G: „... Nevím...no to je právě o člověku. Záleží také na sestře. Každá je úplně jiná jo. Ale říkám většina z těch sester je úplně o něčem jiným. Že fakt člověk se s ní začne bavit a nikam nechvátá, zastaví se a dokáže si s člověkem povídat ať se jedná vo ...vo nemocnici nebo o soukromý život, nebo vo čemkoliv. Ty sestry prostě naslouchaj, dokážou odpovědět sami za sebe ...“

Na základě jednotlivých odpovědí dotázaných pacientů lze usoudit, že překážky jsou specifické a závisí na konkrétní všeobecné sestře nebo ostatním zdravotnickém

personálu zdravotnického zařízení (např. povaha všeobecné sestry, nadměrná míra profesionality ve snaze si udržet vlastní duševní pohodu).

Faktory přispívající k poskytování soucitné ošetrovatelské péče

Jako hlavní faktory přispívající k poskytování soucitné ošetrovatelské péče uváděli respondenti potřebu prohloubení povědomí o komplexní ošetrovatelské péči a jejich jednotlivých složkách již v rámci vzdělávacího procesu všeobecné sestry.

Respondent A: „... *Je potřeba, aby byly dozdělané v této dovednosti. Myslím, že většina sester nemá ani potuchy o tom, co to je. Takže by měly být proškolené a vzdělané. Myslím si, že v tom to současným provozu nemají čas ani pomyslení na to mluvit s námi, s pacienty ...*“

Respondent B: „... *No určitě když sestra studuje na zdravotní škole tak určitě i co se týče toho celkového přístupu k těm nemocným tak nějaký ty předměty jsou, říkají jim, jak asi může člověk reagovat na tu nemoc, jaký mohou nastat situace ...*“

Respondent C: „... *A myslím si že ve škole třeba nějaký hodiny psychologie nebo něco takového ...*“

Mezi dotázanými pacienty se vyskytla jedna z pohledu pacienta důležitá odpověď týkající se rozdílu v poskytování soucitné ošetrovatelské péče s důrazem na generační rozdíl mezi všeobecnými sestrami.

Respondent CH: „... *Rozdíl mezi standardní a soucitnou péčí je vidět hlavně v generačním rozdílu. Což znamená, myslím si že sestry neboli sestry, které to povolání vykonávají dlouho a mají v tom povolání nějaké životné poslání, tak tu soucitnou stránku té sestry budete vidět víc jako u těch mladých sester, které možná nevědí, co mají očekávat od toho pojmu soucitná péče, co mají dělat v rámci poskytování péče ...*“

Stejně jako v předchozí podkategorii i zde dotázaní respondenti často uváděli odpovědi vypovídající o jedinečnosti každé všeobecné sestry, ve vztahu k faktorům přispívajícím k poskytování soucitné ošetrovatelské péče pacientovi během hospitalizace. Dle respondentů se jedná převážně o povahové rysy všeobecných sester nebo jiného zdravotnického personálu.

Respondent D: „... No, to je zase ten člověk od člověku. Jaká ta sestra je, někdo je prostě ráznej člověk a někdo je takovej, že jako opravdu už tedka je to už zaplat pánbůh, z velký části že jsou setry, kteří jsou opravdu strašně hodný, vstřícný a pomáhaj vám...“

Respondent G: „... Zase je to o sestře, každý člověk je úplně jinej. Říkám, jedna sestra dokáže se bavit, poradit, a tak nějak s člověkem komunikovat a další sestra to v povaze nemá a bere to jen jako práci, odkroutit si tady svý hodiny a jít domů ...“

Dotázaní pacienti se shodli na tom, že přispívajícími faktory soucitné ošetrovatelské péče jsou zejména vyšší finanční ohodnocení profese všeobecné sestry a navýšení počtu všeobecných sester ve zdravotnických zařízeních.

Respondent E: „... Více peněz a personálu“

Respondent H: „... Určitě ty finance...noo...a hlavně kdyby jich bylo víc ...“

5. DISKUZE

V oblasti znalostí a představ o soucitu v ošetrovatelské praxi byla téměř všemi respondenty soucitná péče popsána, jako komplexní pečující činnost, která zahrnovala individuální přístup k pacientovi a jeho potřebám s cílem ulehčit mu a pomoci mu. Pojem „soucit“ lze pro obor ošetrovatelství jen těžko jednoznačně definovat (Van Der Cingel 2009, 2011). Nejvýstižnější definice soucitu v kontextu s ošetrovatelstvím uvádí Dewar (2011): „...zjištění zranitelnosti jiné osoby, prožívání emoční reakce na ni a jednání s ní za účelem jí ulehčit“ Hájek (2006) a Joyce E. Travelbee (1964) zmiňují ve svých publikacích v kontextu s pojmy „soucit“ či „soucítit“ sdílení utrpení a pomoc toto utrpení zmírnit. Joyce E. Travelbee (1964) prozkoumala utrpení jako jedinečnou lidskou zkušenost a reakci sester na trpící. Utrpení je většinou spojováno s bolestí fyzickou a psychickou. Jak uvádí Hájek (2006), psychické trápení ještě více nabývá na síle při utrpení fyzickém. Utrpení je zkušeností nebo zážitkem jedince na podkladě psychických, biologických, sociálních, či duchovních příčin.

Pozitivní odezva byla nejen na ošetrovatelskou péči zohledňující zdravotní stav pacienta, ale i na ošetrovatelskou péči mimo rámec očekávané všeobecné ošetrovatelské péče. Dotázaní pacienti do zdravotní péče zahrnuli i osobní přístup všeobecné sestry k pacientovi, tj. jak se pacient cítí během pobytu v nemocničním zařízení (nálada, strach, samota, ...).

Důležité pro poskytování soucitné péče je také pochopení vnitřního vnímání pacienta, zvláště když pacient není schopen vyjádřit své vlastní potřeby zvenčí kvůli různým stavům vědomí anebo neschopnosti mluvit. Spolu s pečlivou pozorností věnovanou detailům ovlivňují celkový stav pacienta úsudky týkající se postupů péče o pacienta. Je nezbytné, aby všeobecná sestra poznala pacienta, aby mohla poskytovat péči přizpůsobenou jednotlivci (Orlando, 1990). Stabilní a konzistentní komunikace s nepřetržitým kontaktem tváří v tvář může posílit důvěru pacienta a zvýšit vliv všeobecné sestry během procesu uzdravování. Tato zjištění jsou shodná s výsledky získanými Crockerem a Scholesem a zdůrazňují, že pro kontinuitu péče je nezbytné poznání pacienta.

Část pacientů oceňuje, ochotu ošetřující všeobecné sestry s pacientem mluvit o běžných věcech nejen o zdravotním stavu pacienta. Stejně jako Joyce E. Travelbee kladla důraz na emocionální aspekty a na mezilidský vztah mezi všeobecnou sestrou a pacientem během hospitalizace, tak někteří respondenti sdíleli tentýž názor.

Někteří respondenti zahrnuli do soucitu ochranu důstojnosti a soukromí. Vedle respektování důstojnosti pacientů vyžaduje holistická péče, aby poskytovatel péče byl shovívavý k jejich požadavkům, potřebám, emocím a přesvědčením pacienta. Udržování důstojnosti je důležitým aspektem etiky a etické péče (Zehtab et. al., 2014). Koncept důstojnosti je definován čtyřmi atributy zahrnujícími respekt, autonomii, posílení a komunikaci (Griffin-Heslin, 2005, s. 251-257).

Přirovnání soucitné ošetřovatelské péče k formě krizového managementu bylo uvedeno jedním respondentem, který péči popsal jako interakci mezi všeobecnou sestrou a pacientem při řešení stresujících situací. Vodáčková (2002) ve své publikaci popisuje krizovou intervenci jako prostředek ke zpřehlednění a strukturování pacientova prožívání a případné zastavení ohrožující tendence v jeho chování. Soucitná ošetřovatelská péče je pacienty očekávána především od středního zdravotnického personálu, tedy od všeobecných sester.

Byl uváděn i vědomý rozdíl mezi empatií a soucitem, i přesto, že tyto dva pojmy se velmi často zaměňují, což také potvrzují výsledky výzkumného šetření zaměřeného na rozdílnost a definice jednotlivých pojmů (Bremley, 2014, s. 2790-2799).

V oblasti zkušenosti se soucitem v ošetřovatelské péči jsou respondenti velice vnímaví a oceňují pozornost a všímavost všeobecné sestry k jejich obtížím. Důležitým faktorem z pohledu pacienta při poskytování soucitné péče je čas, který se mu dostává. Pacienti nepožadují kvantitu, ale kvalitu poskytnutého času. S tím také souhlasí Klagsbrun (2001), který taktéž uvádí, že nezáleží na množství času, ale především na schopnosti tento čas co nejefektivněji využít. Právě trávení času s pacientem s konzistentním vědomím a ostražitostí motivuje všeobecnou sestru, aby věnovala velkou pozornost všem aspektům pacienta (Klagsbrun, 2001).

V rámci věnované časové jednotky se jedná nejen o rozhovor s pacientem o jeho obtížích, ale například i krátký terapeutický dotek, který je vnímán velice pozitivně. Již Gleeson (2009) ve své publikaci poukazuje na příznivé účinky neverbální komunikace, jako je již zmíněný fyzický dotek, jenž pro pacienta může znamenat formu ujištění a vyjádření podpory. Špatná komunikace s pacientem způsobuje nejen úzkost, ale může také vést k pomalejšímu zotavení (Orlando, 1990). Všeobecné sestry uvedly, že vizuální

komunikace a fyzický kontakt mohou pacientovi pomoci uvolnit se i během procesu weaningu na lůžkových odděleních charakteru ARO/ICU). Je tedy nezbytné vytvořit důvěryhodný vztah s pacientem a přemýšlet o jeho fyzických a duševních potřebách při provádění denní péče (Orlando, 1990)

Nejen všeobecná sestra může pacientovi pomoci samotnou aktivní účastí, ale důležité místo v procesu poskytování soucitné péče zauímají i jiní pracovníci v příslušném zdravotnickém zařízení. Jedná se o nezdravotnické pracovníky, kteří v rámci dobrovolnických a terapeutických center působí ve zdravotnickém zařízení. Pacienti velmi oceňují profesionalitu všeobecných sester, která je prezentována nezměněnou kvalitou soucitné ošetrovatelské péče i v případě stresových situací a vysokého pracovního nasazení.

Pacienti oceňují zejména lidský přístup všeobecné sestry i přes tendenci moderního zdravotnictví, tedy i ošetrovatelství se zvyšujícím se technickým přístupem soustředit se především na fyzickou stránku obtíží pacienta a pohlížet na pacienta jako na „ošetrovatelský problém“. V ošetrovatelských standardech a v metodických opatřeních postrádáme složku soucitné péče. Tento trend dehumanizuje pacienta a bagatelizuje holistický model péče, který se vyznačuje bio-psycho-sociální-spirituální strukturou (Dossey, 2013 s. 3-57; Gleeson, 2009, s. 382-389).

Všeobecné sestry jsou si sami vědomy, že se klinická praxe mění. Přesto moderní technika a vyspělé klinické dovednosti nevylučují poskytování soucitné ošetrovatelské péče a nemusí nutně znamenat snížení úrovně kvality ošetrovatelské péče (NHS England, 2012).

Jak již bylo zmíněno výše, narušení jedné z částí holistického modelu zdraví vede k jeho dysfunkčnímu vzorci, a tedy pocitu nepohody (Dossey, 2005 s. 56-58; Olive, 2003, s. 27-32). Pacienti sami uvádějí, že soucitnou ošetrovatelskou péčí nevidí jen v odborných ošetrovatelských činnostech prováděných všeobecnou sestrou, nevidí ji pouze v uspokojení bolesti a fyzických potřeb pacienta, ale i potřeb psychických a duchovních, což je vlastní princip holistické péče. Pacienti vyžadují duchovní péči, která jim často poskytuje určitý smysl a směr života. Duchovní potřeby se významnou měrou podílejí i na vnímání vlastního života a ovlivňují samotný průběh onemocnění (Grant, 2004, s. 36-41; Jakabovičová 2008, s. 22). World Health Organisation (WHO, 2017) v posledních letech zdůrazňuje význam duchovního rozměru.

V souvislosti s cílem popsat faktory ovlivňující soucitnou ošetrovatelskou péči byly na základě analýzy informací získaných od respondentů určeny dvě základní

tematické oblasti. První tematická oblast zahrnuje faktory, které působí jako překážky v poskytování soucitné ošetrovatelské péče. Druhou oblastí jsou faktory, které přispívají k poskytování soucitné ošetrovatelské péči.

Jako jednu z překážek identifikují respondenti práci všeobecných sester se zdravotní dokumentací. Vnímají nepoměr času, který je věnován této dokumentaci v kontrastu s vlastním poskytováním ošetrovatelské péče. Přímo za chybu v záměru či myšlence moderního zdravotnictví uvedl nadměru administrativních úkonů, které musí všeobecné sestry vypracovávat „tzv. papírové“ činnosti jen jeden z dotázaných respondentů. Sestry však již dávno vyjádřily obavu, že nemají dostatek času na pečlivou péči o pacienty (British Journal of Nursing, 2004) a že úkoly, rutina a dokumentace mají přednost před holistickou péčí (Pearcey, 2007). *National Health Service* (NHS England, 2012) uvádí, že i přes navyšování administrativní činnosti a manažerské schopnosti se nemusí snižovat úroveň ošetrovatelské péče.

Dotázaní pacienti také často jako negativní faktor (negativně působící) v poskytování soucitné ošetrovatelské péče uvádí psychické rozpoložení všeobecných sester, tj. v mnohých případech si pacienti byli vědomi, že se vlivy osobního života odrážejí v kvalitě poskytované soucitné ošetrovatelské péče, kladou tedy důraz na striktní odlišení profesního a soukromého života.

Mezi odpověďmi dotazovaných respondentů je také velmi znatelná všímavost k psychické i fyzické náročnosti profese všeobecné sestry. Svými odpověďmi respondenti poukazují na aktuální nedostatek zdravotnického personálu, hlavně všeobecných sester. Z tohoto důvodu jsou na všeobecné sestry kladeny zvýšené pracovní nároky. Dalším negativním faktorem, který ovlivňuje soucitnou ošetrovatelskou péči, je podle některých názorů respondentů, podfinancování práce všeobecné sestry. Otázka platových podmínek všeobecných sester je široké téma ovlivněné mnoha faktory, které není součástí této diplomové práce. Problém financování zdravotní péče je povšechný. Samotnou otázkou je vztah mezi finanční stránkou běžné ošetrovatelské a péče soucitné. Problematikou financování poskytování soucitné ošetrovatelské péče se zabývá *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE). NICE (2016) ve své studii zaměřené na finanční efektivitu poskytování soucitné péče uvádí, že poskytování holistické péče je finančně náročnější, než poskytování běžné ošetrovatelské péče, především v důsledku časové náročnosti a její finanční hodnoty. Přesto je ve výsledku holistická ošetrovatelská péče i přes vyšší finanční nároky hodnocena jako celkově finančně efektivnější s ohledem na morbiditu.

Všeobecná sestra je z pohledu pacienta jedinečná bytost poskytující soucitnou ošetrovatelskou péči. Meleis (1997) uvádí, že v rámci povahových vlastností je člověku schopnost soucitu dána a že je do určité míry na něm, jak ji bude schopen rozvíjet. Proto závisí na konkrétní všeobecné sestře, jak bude k poskytování soucitné ošetrovatelské péči přistupovat.

Mezi hlavní přispívající faktory respondenti řadí vzdělávání všeobecných sester a potřebu specifických vzdělávacích programů týkající se komplexní ošetrovatelské péče a jejich jednotlivých složek. Méleis (2007) poukazuje, že většina všeobecných sester bio – psycho – sociální – duchovní model péče neprojektuje, to poukazuje na nutnost rozšířit povědomí o holismu u všeobecných sester. I další autoři zabývající se ve svých odborných publikacích povědomím a praktikováním soucitné ošetrovatelské péče všeobecnými sestrami potvrdily, že všeobecné sestry nejsou dostatečně obeznámeny s holistickou péčí (Grant, 2004 s. 36-41, Selimen, 2011, s. 482-490;). Na základě těchto poznatků *American Nurses Association* (ANA) ve spolupráci s *American Holistic Nurses Association* (AHNA) vydala standardy k poskytování holistické péče, jejíž součástí je i péče soucitná. Tyto standardy umožňují všeobecným sestram pochopení filosofie, hodnot a dovedností potřebných k praktikování holistické péče (American Nurse Today, 2013). Studie zahrnující lektory a studenty ošetrovatelství prezentovaly obtíže při rozvíjení soucitu během odborné přípravy ve zdravotnictví. Sestry v odborné přípravě identifikovaly soucit jako důležitou dovednost ve svém vzdělávání ve zdravotnictví; nicméně se cítili nedostatečně připraveni poskytnout soucitnou péči poté, co se zapojili do klinické praxe (Bramley 2014)

Zatímco schopnost soucitu je silně ovlivněna vrozenými vlastnostmi, které mají všeobecné sestry již už od počátku, a zdá se, že praktické situace při poskytování péče mají podobný a potenciálně silnější vliv na tyto vlastní vrozené kvality a s nimi souvisejícím vzděláváním v oblasti zdravotní péče. Vzhledem k ústřední roli, kterou má klinické prostředí pro studenty ošetrovatelství, již pracující všeobecné sestry a pacientovi zkušenosti v oblasti soucitné péče (Francis 2013), je nutná reforma výzkumu zdravotní péče na organizační úrovni, včetně institucionálních etnografií, sociální návratnosti výzkumu, studie a vývoj měření výkonu souvisejících se soucitnem.

Dalšími přispívajícími faktory podle dotazovaných respondentů patří zejména lepší finanční ohodnocení profese všeobecné sestry a navýšení počtu personálu, nejen všeobecných sester, ale i nelékařského zdravotnického personálu, který by poskytoval soucitnou zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních. V neposlední řadě hrají svou

roli v poskytování soucitné zdravotní péče i povahové rysy samotné všeobecné sestry, které jako u předchozí kategorie byly naopak zařazeny některými dotazovanými pacienty jako překážka v poskytování více soucitné ošetrovatelské péče. Jarvis (1996) ve své práci udává, že povaha všeobecné sestry je stejně důležitá jako její odborné znalosti a zkušenosti, a že soucit je přirozenou kvalitou charakteru všeobecné sestry a může být dále rozvíjen.

Z hlediska odpovědí a názorů na soucitnou ošetrovatelskou péči ze strany respondentů a jejich vnímání ošetrovatelské péče nebyly pozorovány rozdíly ve vztahu k pohlaví, pouze ženy odpovídaly na otázky více citlivě. Ženy vnímaly především „lidský přístup“ všeobecné sestry, zatímco muži oceňovali především poskytnutý čas. Nebyl zjištěn generační rozdíl mezi názory respondentů, z toho lze usoudit, že soucitná ošetrovatelská péče je stejnoměrně vyžadována napříč generacemi. Soucitná ošetrovatelská péče je vnímána a vyžadována v interních oborech stejně jako jiných oborech, kde je tento přístup pacienty i rodinnými příslušníky všeobecně očekáván (například onkologie, geriatric, ...).

Toto výzkumné šetření zjistilo, že pacienti vnímají všeobecnou sestru, jako člověka, který jim má poskytnout individuální a komplexní péči, které je soucit nezbytnou součástí. Soucit v ošetrovatelské péči byl předmětem neustálé diskuse (Chamberlain, 2000) a tato studie znovu potvrzuje, že sounáležitá péče je důležitá v ošetrovatelství. Sestry by měly poskytovat péči na základě individuálních potřeb pacienta.

Dle Miovskeho (2006), validita tohoto typu výzkumu závisí na tom, jak autenticky je ve výzkumu reprezentován zkoumaný jev, tedy jak přesvědčivě je doložen provedeným výzkumem. Data získaná pomocí kvalitativního výzkumného šetření jsou charakteristická svou bohatostí a komplexností. Umožňují tedy důkladný popis zkoumaného jevu (Miovský, 2006, s. 259).

Ve své publikaci Miovský (2006) uvádí množství faktorů ovlivňujících validitu, tedy platnost výsledků získaných během kvalitativního výzkumného šetření. Validita je ukazatelem toho, do jaké míry lze závěry získané z výzkumného šetření považovat za platné, podložené a odpovídající realitě. Jedním ze zmíněných faktorů jsou dezinterpretace způsobená výzkumníkem především prostřednictvím jeho reaktivity, což je vliv výzkumníka na studované prostředí. Dalším faktorem ovlivňujícím validitu je dle Miovskeho (2006) je *turistika*, což je pojem, který souvisí s vyhledáváním zvláštností a odlišností a může tedy přehlédnout souvislosti a podobnosti s jinými jevy.

Romantismus, který ztvárňuje možné nebezpečí považování zobrazení zkušenostní roviny za dostatečný cíl výzkumu, může vést k zanedbávání sociálního kontextu.

K *holistickému zkreslení* dochází při strukturovanější interpretaci získaných dat, než je tomu ve skutečnosti. V neposlední řadě je zde *zkreslení elitou*, které může nastat v případě získání kvalitativních dat jen od dobře informovaných respondentů mající často vysoký společenský status. (Miovský, 2006, s. 273).

K zajištění validity výsledků získaných na základě kvalitativního výzkumného šetření byly realizovány následující postupy a opatření. Respondenti, splňující předem určená výběrová kritéria byli zařazeni do souboru především na základě jejich ochoty k dobrovolné účasti na kvalitativním výzkumném šetření. Výběr respondentů byl ukončen ve chvíli, kdy došlo k nasycení dat a odpovědi respondentů na otázky v interview již opakovaly,

Výzkumné šetření bylo limitováno následujícími aspekty: šetření bylo provedeno pouze v Thomayerově nemocnici, na různých klinikách, výběr respondentů byl záměrný a respondenti měli možnost kdykoliv ukončit výzkumného šetření.

Soucitná péče je tedy nezbytnou součástí komplexního přístupu k pacientovi a komplexní přístup je základním znakem ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská výchova by měla hrát významnou roli při rozvoji znalostí a dovedností sester, které pomohou sestřám poskytovat soucitnou péči. Tento názor je opakován Světovou zdravotnickou organizací, která souhlasí s tím, že dobrá sestra má soucit, kvalitu, kterou je potřeba uchovat (Chan, 2010).

ZÁVĚR

Soucitná péče o nemocné je významnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče. Snažíme se vidět nemocného člověka nejenom jako fungující či nefungující organismus, ale vidět i hloubku jeho nitra, jeho vnitřních jistot i nejistot. Duchovní rozměr člověka lze označit jako základ, na kterém vše ostatní stojí. Z výše uvedeného vyplývá, že nemocný člověk, který je hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení, kromě odborné medicínské a ošetrovatelské péče potřebuje především vnímavý a vzdělaný personál, který je schopen zpracovat a přijímat pacientovi stavy beznaděje, radosti, úzkosti atd.

Hlavním cílem diplomové práce je popsat problematiku soucitu v ošetrovatelství v kontextu poskytované ošetrovatelské péče. Empirická část byla zpracovaná formou kvalitativního výzkumného šetření za použití polostrukturovaného rozhovoru. Následné zpracování dat proběhlo za použití tematické analýzy dat.

Prvním dílčím cílem empirické části bylo popsat představu soucitu v ošetrovatelské péči na interních odděleních podle názorů pacientů. Z výsledku dotazování vyplývá, že pacienti kladli velmi vysoký důraz na význam komunikace, komplexní přístup v ošetrovatelské péči, nejen osobnější přístup všeobecné sestry k pacientovi, ale i ochranu důstojnosti a soukromí pacienta, spolupráci všeobecné sestry s pacientem při řešení stresujících (zátěžových) situací a vědomí rozdíl mezi pojmy "empatie" a "soucit", a to i přesto, že tyto dva pojmy se velmi často zaměňují.

Druhý dílčí cíl zahrnoval popis zkušeností pacientů se soucitem v ošetrovatelské péči na interních odděleních, nejčastěji byla uváděna pozornost a všímavost všeobecné sestry, faktor času, aktivní účast všeobecné sestry v procesu soucitné ošetrovatelské péče i intervence jiných terapeutických pracovníků v příslušném zdravotnickém zařízení, důraz je dále kladen na humánní přístup. Důležitou informací je fakt, že pacienti sami nevidí holistickou ošetrovatelskou péči „jen“ v tišení jejich fyzické bolesti a v instrumentálních činnostech. Z pohledu většiny respondentů má psychická a duchovní „pohoda“ pro jejich uzdravení větší význam než profesionální ošetrovatelská péče zaměřené čistě na jejich fyzické obtíže.

V souvislosti s naplněním třetího dílčího cíle byly, na podkladě výsledků tematické analýzy vygenerovány dva okruhy. Prvním z okruhů jsou faktory, které působí jako překážky v poskytování soucitné ošetrovatelské péče. Nejčastějšími

překážkami byly respondenty identifikovány témata jako velké množství zdravotnické dokumentace a její časová náročnost, vliv osobního života všeobecných sester promítající se do poskytované soucitné ošetrovatelské péče a jedinečnost povahy všeobecné sestry, od které se odvíjí přístup k poskytování soucitné ošetrovatelské péče. Druhá kategorie zahrnuje faktory, které přispívají k poskytování soucitné ošetrovatelské péče, a těmi byla respondenty nejčastěji zmiňována potřeba specifického vzdělávání všeobecných sester ve smyslu komplexní ošetrovatelské péče, nejen v rámci jejich studia, ale i formou postgraduálního, vzdělávání. I zde dotázaní respondenti často uvedli odpovědi vypovídající o jedinečnosti každé všeobecné sestry, její povahy a vztahu k práci a pacientům, dále uvedli vhodnost vyššího finančního ohodnocení profese.

Stanovené výzkumné cíle byly splněny.

Znalost problematiky soucitu v ošetrovatelské praxi významně zvyšuje efektivitu ošetrovatelské péče v rámci komplexního přístupu k pacientům. Pacienti jsou vnímaví k poskytované péči a vyžadují, aby tato péče byla více soucitná. Výsledky provedeného kvalitativního výzkumného šetření poskytují informace o názorech pacientů na soucitnou ošetrovatelskou péči a jejich subjektivní pohled na faktory ovlivňující soucitnou ošetrovatelskou péči. Výsledky tohoto kvalitativního výzkumného šetření mohou pomoci k pochopení významu soucitné péče pro pacienty a ke zlepšení poskytované ošetrovatelské péče.

Moderní ošetrovatelství klade vysoké nároky na zdravotníky. Je proto také bezpodmínečně nutné sledovat vývoj ošetrovatelské péče, plánovat odborný růst a celoživotní vzdělávání.

REFERENČNÍ SEZNAM

Ahna.org. 2017. Welcome to AHNA: What is Holistic Nursing?

Dostupné online z: <http://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing>

Akademický slovník cizích slov. 1. vyd. Praha : Academia, 1997. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.

ATTREE, M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33(4):456-466.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251733>

BAHRAMI, M. Do nurses provide holistic care to cancer patients? *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2010;15:245–251.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203285/>

BALDACCHINO, D. Nursing competencies for spiritual Care. *Journal of Clinical Nursing* 2006;15:885-896.

BASAVANTHAPPA, B.T. 2007. *Nursing theories*. New Delhi: Jaypee Brothers, 418 s. ISBN 978-8-1806-1963-2.

BOYD, C., DARE, J. 2014. *Communication Skills for Nurses*. Chichester, England: WileyBlackwell. 208 s. ISBN 978-1-118-76752-8.

BRAMLEY, L, et. al. How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate

nurses, J Clin Nurs, 2014;23(19-20):2790-2799. Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24479676>

BURACK, JH, et. al. Teaching compassion and respect. Attending physicians' responses to problematic behaviors. J Gen Intern Med. 1999;14(1):49–55. Dostupné online z : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496445/>

CAPPER, C. 2008. Compassion. In: MASON-WHITEHEAD, E. et al., 2008. Key Concepts in Nursing. London: Sage, s. 69-73. ISBN 978-1-4462-1606-4

DAALEMAN, TP. Usher BM, Williams SW, Rawlings J, Hanson LC. An exploratory study of spiritual care at the end of life. Ann Fam Med. 2008;6:406–411.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18779544>

DEWAR, B. 2011. Caring about Caring: An Appreciative Inquiry about Compassionate Relationship-Centred Care. PhD Thesis, Edinburgh Napier University, Edinburgh.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23427893>

DONOVAN, T. 2008. Empathy. In: MASON-WHITEHEAD, E. et al., 2008. Key Concepts in Nursing. London: Sage, s. 121-127. ISBN 978-1-4462-1606-4.

DOSSEY, B. Florence Nightingale and holistic nursing. NSNA Imprint, 2005; 56–58.

Dostupné online z: https://www.researchgate.net/publication/7896953_Florence_Nightingale_and_holistic_nursing

DOSSEY, BM. Nursing: integral, integrative, and holistic—local to global. In: Dossey BM, Keegan L, eds. Holistic Nursing: A Handbook for Practice. 6th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2013;3-57.

Dostupné online z: <https://nursekey.com/nursing-integral-integrative-and-holistic-local-to-global/>

FRANCIS, R.. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry. The Stationary Office: London, England; 2013.

GOETZ, J. 2004. Research on Buddhist conceptions of compassion: An annotated bibliography. Greater Good.

Dostupné online z: <http://greatergood.berkeley.edu/topic/compassion>

GRANT, D. Spiritual interventions: How when and why nurses use them Holistic Nursing practice. 2004;18:36-41.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14765691>

GRIFFIN-HESLIN, VL. An analysis of the concept dignity. Accid Emerg Nurs., 2005; 13(4):251-257.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16298291>

HASS, A. 1999. Morální inteligence. Jak rozvíjet a kultivovat dobro v nás. Praha: Columbus. 152 s. ISBN 80-7249-010-9. 27.

HÁJEK, K. 2006 Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání. Praha: Portál. 119 s. ISBN 80-7367-107-7. 28.

HENDERSON S. Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Educ Pract.* 2002;2:244–250.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19036306>

HENDL, Jan, 2012. *Kvalitativní výzkum: základní metody, formy a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-262-0219-6.

CHAMBERS, C.; RYDER, E., *Compassion and Caring in Nursing*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2009.

CHAMBERLAIN, K. Methodolatry and qualitative health research. *Journal of Health Psychology.* 2000;5:285–296.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22049137>

CHAN, MF. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care, *J Clin Nurs.* 2010;19(15-16):2128-2136.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19619214>

JAKABOVIČOVÁ, A. Saturácia spirituálnych potrieb u onkologického pacienta, *Onkologická péče*, 2008;4:22.

JARVIS, P (1996) Commentary on a case study of a patient centred nurse. In: Fulford KWM et al (eds) *Essential Practice in Patient Centred Care*. Oxford: Blackwell Science.

KOLCABA R. The primary holisms in nursing. *J Adv Nurs.* 1997;25:290–296.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9044002>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro: Psychologie nemoci. Praha : Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

LARSON, M. Cultural immersion and compassionate care in a study abroad course: the Greek Connection. *Journal of Compassionate Health Care*. 2014;1(1):8.

Dostupné online z: <https://jcompassionatehc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40639-014-0008-6>

Lown BA, Rosen J, Marttila J. An agenda for improving compassionate care: A survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Aff (Millwood)*. 2011; 30(9) Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21900669>

MARIANO, C. Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing—Scope and Standards of Practice. *Nursing Clinics of North America*. 2007;42(2):165-188. Dostupné online z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029646507000138>

MARRINER-TOMEY A, Alligood MR. *Nursing theorists and their work*. 5. vyd. St. Louis, Mo: Mosby; 2002.

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: IDVPZ, 1999. 164s. ISBN 80-7013-277-9.

MELEIS, AI. *Theoretical nursing: development and progress*. 3. vyd. Philadelphia: Lippincott; 1997.

MELEIS, AI. *Theoretical nursing: development and progress*. 4. vyd. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

MONTGOMERY, Dossey, B. Keegan, L and Guzzetta. C. Holistic Nursing a Handbook for practice, 2004;18:36-41.

NHS England Compassion in Practice: Our Culture of Compassionate Care. NHS England, Redditch; 2012

Dostupné online z: <https://www.bedfordhospital.nhs.uk/wp-content/uploads/our%20culture%20of%20compassionate%20care.pdf>

NICE, Cost-effectiveness analysis: holistic assessment compared to usual care, National Guideline Centre (UK), London: National Institute for Health and Care Excellence (UK) 2016, Guideline, No. 56.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409233/>

Nové universum. Všeobecná encyklopedie. 1. vyd. Praha : Euromedia Group, 2003. 1303 s. ISBN 80-242-1069-X.

O'BRIEN, M. E. (2003). Spirituality in nursing: Standing on holy ground. Boston, MA: Jones and Bartlett.

OLIVE, P. The holistic nursing care of patients with minor injuries attending the A and E department. Accid Emerg Nurs. 2003;11:27–32.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12718948>

ORLANDO, IJ. The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process, and Principles. New York: National League for Nursing; 1990.

PAPADOPOULOS, I. et al. 2016. International study on nurses' views and experiences of compassion. *International Nursing Review*. 2016;63(3):395-405.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27557745>

PEARCEY, P. Tasks and routines in 21st century nursing: student nurses' perceptions, *Br J Nurs*, 2007;16(5):296-300.

PERRY, B. Conveying compassion through attention to the essential ordinary. *Nurs Older People*. 2009;21(6):14–21.

SARTORI, P. Understanding the subjective experiences and needs of patients as they approach death, *Nurs Times*. 2010;106(37):14-16.

SELIMEN, D. Andsoy II. The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN J*. 2011;93:482–490.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459186>

SINCLAIR, S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S, Chochinov HM. Compassion in health care: An empirical model. *J Pain Symptom Manage*. 2015. Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26514716>

SLAMĚNÍK, I. 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada. s. 141 ISBN 978-80-247-3311-1

Slovník cizích slov. 2. dopl. vyd. Praha : Encyklop. dům, 1996. 366 s. ISBN 80-90-1647-8-1.

SLEZÁČKOVÁ, A. 2012. Průvodce pozitivní psychologií. Praha: Grada s. 122 ISBN 978-80-247-3507-8.

STEHLÍKOVÁ, M.. 2016. Život s vysokou inteligencí: Průvodce pro nadané dospělé a nadané děti. Praha: Grada. 169 s. ISBN 978-80-271-0101-6

STRANDBERG, E, Ingvar O, Borgquist L, Wilhelmsson S. The perceived meaning of a (w) holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: A qualitative study. BMC Fam Pract. 2007;8:8.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17346340>

Teorie vývoje, podle níž se nové stupně vývoje vynořují jako úplně nové kvality. Akademický slovník cizích slov. Praha : Academia, 1997, s. 194 – citace přímá

TRAVELBEE, J. What's wrong with sympathy? The American Journal of Nursing 1964;64(1):68–71.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14113741>

TREŠLOVÁ, M. 2010. Sesterské povolání v minulosti a dnes. In: BÁRTLOVÁ, S. et al., 2010. Vztah sestra-lékař. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 15-19. ISBN 978-80-7013-526-6.

TWEDDLE, L. Compassion on the curriculum Nursing Times. 2007;103(38):18-19.

Dostupné online z: https://www.researchgate.net/publication/306920063_International_study_on_nurses'_views_and_experiences_of_compassion

VAN DER CINGEL, M. Compassion and professional care: exploring the domain. *Nursing Philosophy*. 2009;10:124–136.

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19291200>

WAY, D, Tracy SJ. Conceptualizing compassion as recognizing, relating and (re) acting: A qualitative study of compassionate communication at hospice. *ComM*. 2012;79(3): 292–315.

WHO (World Health Organization). Fifty-Second World Health Assembly. 7 April 1999. Available online: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew24.pdf (accessed on 1 October 2017).

WRIGHT, B, et. al. The emerging role of the emergency care practitioner. *Emergency Medicine Journal* 2004;21:525.

ZEHTAB, S, et. al. The Importance of spiritual care in nursing. *Nurs. Midwifery Stud.*, 2014;3(3):e22809

Dostupné online z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4228536>

SEZNAM ZKRATEK

ANA	American Nurses Association
AHNA	American Holistic Nurses Association
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NHS	National Health Service
RCN	Royal College of Nursing
WHO	World Health Organisation
MS Word	Microsoft Word

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Stanovisko Etické komise

Příloha č. 2: Informovaný souhlas pro pacienty

Příloha č. 3: Schéma č.1 Holistický model péče

Příloha č. 4: Schéma č. 2 Faktory ovlivňující soucitnou péči z pohledu pacienta

Příloha č. 5: Ukázka přepisu rozhovoru

Příloha č. 1: Stanovisko Etické komise



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Vážená paní
Michaela Šlajchrtová

UPOL-84433/1040-2017

2017-06-28

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní Šlajchrtová,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „Holismus v ošetrovatelské péči v interních oborech“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etická komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 852
www.fzv.upol.cz

Příloha č. 2: Informovaný souhlas pro pacienty



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Diplomová práce

Období realizace: 1.11. 2017 – 20. 12. 2017

Řešitelé projektu: Bc. Šlajchrtová Michaela

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je získat informace, které by ve svém důsledku umožnily zdravotníkům lépe pochopit potřeby pacienta a pohlížet na něj jako na celek, jehož každá část je stejně důležitá. Výzkumné šetření je koncipováno jako kvalitativní, polostrukturovaný rozhovor. Schéma rozhovoru je tvořeno z výzkumného cíle, formulovaných výzkumných okruhů a dále z doplňujících otázek. Předpokládaná doba rozhovoru 10 – 20 minut. Z účasti na projektu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět.

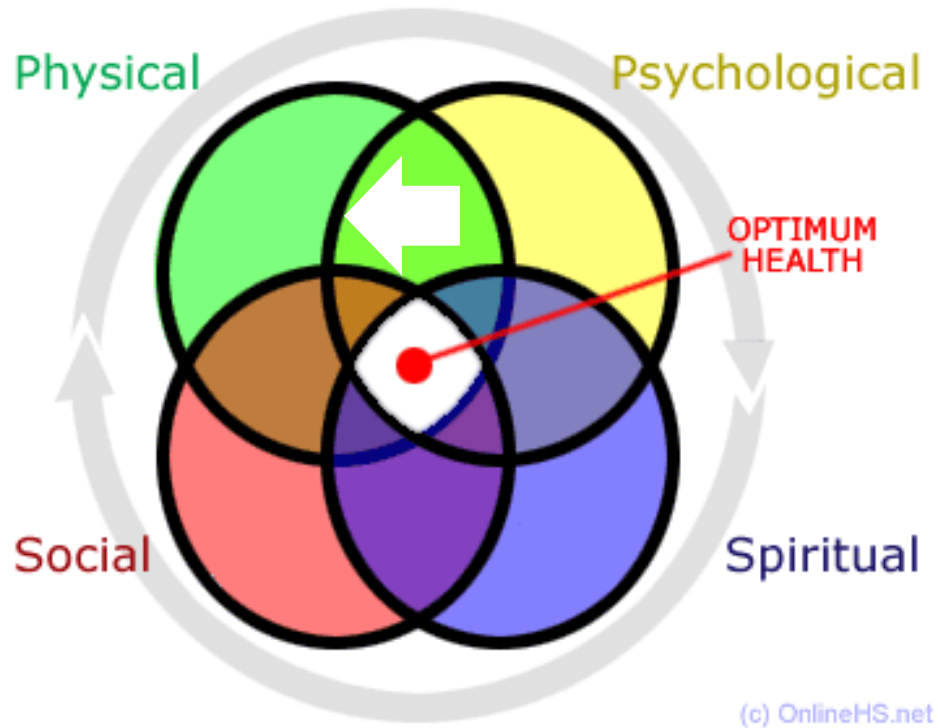
Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

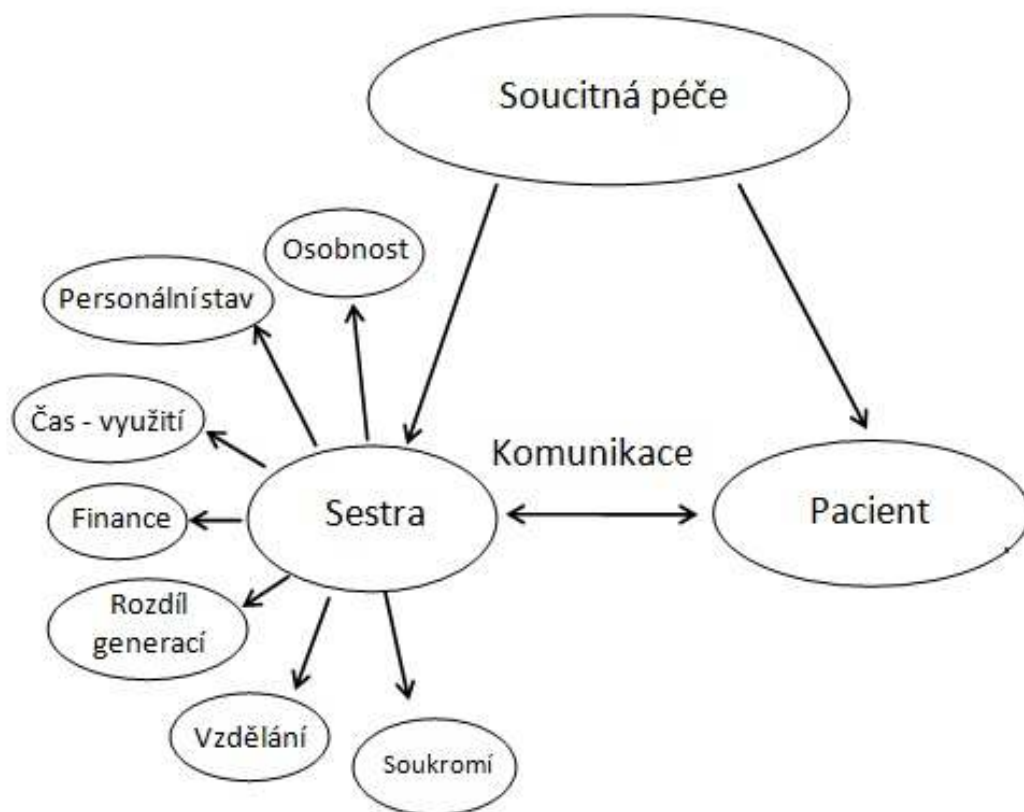
Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: _____
V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu (zákonného zástupce): _____
V _____ dne: _____

Wellness: The Holistic Model



Příloha č. 4: Faktory ovlivňující soucitnou péči z pohledu pacienta



Příloha č. 5: Ukázka přepisu rozhovoru

...

„Jako první otázkou, bych začala asi tím, co si myslíte o pojmu soucitná péče?“

***Respondent B:** „Soucitná péče, já si myslím, je to celkový přístup k tomu nemocnými, nejenom se orientovat na takový ty věci typu jako bolest ale jako i zlepšit tu náladu dobrým slovem uklidnit pacienta a tak podobně“*

„Nastala během Vaší hospitalizace situace, ve které jste přišel do styku s projevem soucitné péče?“

***Respondent B:** „Ty sestry starají se o ty pacienty nejen tím, že dorozdají ty léky nebo tady u kolegy zkontrolují proleženiny a podobně, ale i tím že vlastně pomůžou těm pacientům i třeba i s nějakou sebeobsluhou, dobrým slovem nebo mu přinesou nějakou dobrou knížku. Nabídnou i kávu v době kdy už člověk třeba může. Je to takový prostě zlepšení od toho striktně přijít na pokoj a rozdat léky, zkontrolovat a odejít pryč. Tady je ten personál mnohem příjemnější, není na něm vidět, že by pracoval v nějakém stresu, často jsou na těch pokojích. V podstatě kdykoliv se jich má pacient možnost na něco zeptat a nemá pocit, že by je nějak obtěžoval.“*

„Jaké jsou podle Vás faktory ovlivňující poskytování soucitné péče? Myslíte, že je něco, co sestrám brání v poskytování soucitné péče? “

***Respondent B:** „Vysloveně, že by něco bránilo. Těžko říct. Myslím, že je to spíš tím celkovým stavem toho zdravotnictví. Že všichni jsou prostě ve spěchu, všichni se snaží, co nejrychleje udělat svoji práci, které je čím dál tím víc. Alespoň já jako pacient mám pocit, že taková ta papírová práce je tedkon na úkor přístupu k tomu pacientovi. Že je víc té teoretické práce a toho papírování než toho, aby ty sestry měli čas se těm pacientům jako plně věnovat.*

Vidím chybu v té koncepci toho zdravotnictví. “

„A myslíte si, že je něco, co by pomohlo sestrám být více soucitné? “

***Respondent B:** „Já nevím, nevím, jakým způsobem by se to dalo zlepšit. No určitě když sestra studuje na zdravotní škole tak určitě i co se týče toho celkovýho přístupu k těm nemocným tak nějaký ty předměty jsou, říkají jim, jak asi může člověk reagovat na tu*

nemoc, jaký mohou nastat situace a pak je to spíš otázkou jednotlivce, zda si to k srdci vezme nebo nevezme. “

„Takže by se mělo zlepšit vzdělání sester?“

Respondent B: *„Vzdělání si myslím, že právě ne. Myslím si, že to vzdělání asi nějak funguje. Je pravda, že na zdravotní školu jsem nechodil, že těžko to můžu posoudit. Spíš si myslím, že je to o nástupu d té praxe, o přístupu tý jednotlivý sestry. Jestli se vysloveně omezí jen na to, aby udělala tu svojí práce nebo jestli chce tak něm těm lidem pomoci i po tý psychický stránce.*

Jednak si myslím, že by potřebovaly víc času na ty pacienty na úkor vlastně toho času na tu dokumentaci. A co se týče finančního ohodnocení tak všichni víme, že hlavně u toho nelékařského personálu to není nejlepší a do budoucna by tam určitě chtělo přidat, to už je otázkou jiných lidí, který se touto otázkou zabývají.“

...