

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

2012

Mgr. Pavel Scholz

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče založená na humanisticko-altruistických
hodnotách podle modelu Margarety Watsonové

Disertační práce

Školitelka:
prof. PhDr. Valérie Tóthová Ph.D.

Autor:
Mgr. Pavel Scholz

2012

Abstrakt

Téma této disertační práce, je ošetrovatelská péče založená na humanisticko-altruistických hodnotách podle modelu Margarety Watsonové

Vytvoření koncepčních modelů a jejich označení samo o sobě bylo velmi důležitým pokrokem v oboru ošetrovatelství. Koncepční modely v ošetrovatelství představují spojník mezi filozofií, teorií a praxí. Koncepční model M. J. Watson je unikátní v tom, že se soustředí na sebepoznání sestry, také patří mezi humanistické koncepční modely, vychází z principu humanismu, respektování práv pacientů. Zahraniční autoři hovoří o obsahu jejího modelu jako o návratu k hlubokým profesionálním ošetrovatelským kořenům a hodnotám, jako je pomoc druhým, empatie, důvěra, vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného člověka. Pro praktickou aplikaci vytvořila M. J. Watson 10 faktorů humanistické péče.

V oblasti výzkumné části bylo provedeno dotazníkové šetření zaměřené na informovanost o vybraných koncepčních modelech a zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů. Dále byl aplikován koncepční model M. J. Watson v praxi, k čemuž byly využity rozhovory konstruované dle předlohy autorky a dále tzv. deníky sestry. Kvalitativní výsledky byly zpracovány pomocí modifikovaného přístupu dle Ritchieho a Spencera. Stanovili jsme si 2 cíle práce.

K dosažení cíle *zjistit informovanost sester o koncepčním modelu M. J. Watson* bylo stanoveno 6 hypotéz. Hypotéza č. 1: *Sestry nejsou informované o koncepčním modelu M. J. Watson. Tato hypotéza byla potvrzena.* Hypotéza č. 2: *Sestry nevyužívají koncepční model M. J. Watson při ošetrování svých klientů. Tato hypotéza byla potvrzena.* Hypotéza č. 3: *Sestry uznávají empatii jako důležitou schopnost sestry. Tato hypotéza byla potvrzena.* Hypotéza č. 4: *Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle délky praxe. Tato hypotéza byla potvrzena.* Hypotéza č. 5: *Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle věku. Tato hypotéza nebyla potvrzena.* Hypotéza č. 6: *Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle vzdělání. Tato hypotéza nebyla potvrzena.* Za překvapivý výsledek považujeme, že přestože sestry připouštějí nedostatek informací o koncepčních modelech, převládá u nich nezájem o případný kurz v této oblasti.

K dosažení cíle *zjistit, jaké změny vyvolává poskytování ošetrovatelské péče na základě koncepčního modelu M. J. Watson u vybraných sester a klientů* jsme realizovali praktickou aplikaci modelu. V průběhu našeho výzkumu jsme pro dosažení cíle stanovili více výzkumných otázek, kterým se v práci věnujeme. Výzkumná otázka č. 1: *Budou sestry při realizaci ošetrovatelské péče dle M. J. Watson udávat větší spokojenost se svojí prací než dříve?* Výzkumná otázka č. 2: *Budou sestry spatřovat větší přínos ve způsobu poskytování ošetrovatelské péče dle M. J. Watson oproti své běžné praxi?* Výzkumná otázka č. 3: *Jak ovlivňuje klienty poskytovaná ošetrovatelská péče dle M. J. Watson?* Výzkumná otázka č. 4: *Jak budou sestry hodnotit úspěšnost aplikace deseti faktorů humanistické péče dle M. J. Watson?* Výzkumná otázka č. 5: *Jaká negativa vnímají sestry při aplikaci modelu M. J. Watson v praxi?*

Domníváme se, že se nám podařilo touto prací prolomit bariéru v nedostatku informací o koncepčním modelu M. J. Watson v ČR, a zároveň jsme popsali postup, jak se vrátit k láskyplné péči v ošetrovatelství. Tento model vede k tomu, aby sestra přemýšlela sama nad sebou, prováděla u klienta svou činnost s respektem, budovala důvěru. Prostřednictvím deseti humanistických faktorů dosáhne láskyplnosti v ošetrovatelské péči.

Abstract

The theme of this dissertation is the nursing care based on humanistic-altruistic values by model of Margaret Watson.

Creating conceptual models and their designation in itself was a very important progress in the field of nursing. Conceptual models of nursing are some connection among philosophy, theory and practice. Conceptual model of M. J. Watson is unique in that it focuses on self-nurses, are also among the humanist conceptual models based on the principles of humanism respecting patient rights. Foreign authors talk about the content of the model as a return to the deep roots of professional nursing and values, such as helping others, empathy, trust, finding and meeting the needs of ill people. For practical application of established M. J. Watson there are 10 factors of humanistic care.

In the area of research there was carried out questionnaire survey focused on awareness of selected conceptual models of interest in nursing education courses in the area of conceptual models. In addition the conceptual model was applied by M. J. Watson, in practice, for which interviews were used the original author designed and the nurses diaries. Qualitative results were processed by using a modified approach by Ritchie and Spencer. We set two objectives.

To achieve the objective to inform nurses about the conceptual model of M. J. Watson was determined by six hypotheses. Hypothesis 1: Nurses are not informed about the conceptual model of M. J. Watson. This hypothesis was confirmed. Hypothesis 2: Nurses do not use M. J. Watson conceptual model for a care of their clients. This hypothesis was confirmed. Hypothesis 3: Nurses recognize an empathy as an important ability to nurse. This hypothesis was confirmed. Hypothesis 4: The interest of nurses in training courses in the area of conceptual models vary according to the length of experience. This hypothesis was confirmed. Hypothesis 5: The interest of nurses in training courses in the area of conceptual models vary according to their age. This hypothesis was not confirmed. Hypothesis 6: The interest of nurses in training courses in the area of conceptual models varies by their educational attainment. This hypothesis was not confirmed. To consider the surprising result that although the nurses admit a

lack of information on conceptual models which prevails at the lack of interest in any course in this area.

To gain the objective to find out what causes the changes of nursing care are based on a conceptual model of M. J. Watson for selected nurses and clients, we realized the practical application of the model. During our research we set goals to achieve more research questions which we work. Research question 1: Will nurses in implementing nursing care according to M. J. Watson indicate greater satisfaction with their work than before? Research question 2: Will the nurses recognize the increased benefits in the way of nursing care according to M. J. Watson compared to their normal practice? Research question 3: How does the nursing care according to M. J. Watson influence the clients? Research question 4: How nurses will evaluate the success factors of ten applications of humanistic care by M. J. Watson? Research question 5: What do nurses perceive negatively when applying the model of M. J. Watson in practice?

We believe we have done this work to break the barrier of lack of information in the conceptual model of M. J. Watson in the country while we described how to return to the loving care in nursing. This model leads to a nurse wondered at herself, carried out their activities at the client with respect and the build confidence. Through the humanistic factors of ten to reach a tenderness in the nursing care.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou část disertační práci na téma „Ošetrovatelská péče založená na humanisticko-altruistických hodnotách podle modelu Margaret Jean Watson“ vypracoval samostatně a použil jsem jen pramenů, které cituji v přiložené bibliografii.

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

V Praze dne 7. 8. 2012

.....

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní prof. PhDr. Valérii Tóthové Ph.D., za její rady a metodickou pomoc při studiu, psaní a kompletaci této disertační práce. Chci zde rovněž poděkovat mé rodině, za podporu při studiu a zpracovávání této práce.

Obsah

Úvod.....	4
1. Současný stav dané problematiky.....	6
1.1 Ošetřovatelství a jeho vývoj na základě koncepčních modelů – širší pohled... 6	
1.2 Koncepční model dle Margaret Jean Watson	13
1.2.1 Margaret Jean Watson	13
1.2.2 Filozofická a teoretická východiska koncepčního modelu M.J. Watson....	15
1.2.3 Spirituální hodnota lidské existence z pohledu M.J. Watson	17
1.2.4 Předpoklady související s hodnotami lidské péče v ošetřovatelství	19
1.2.5 Základní hodnoty a cíle.....	21
1.2.6 Pečování versus nepečování	22
1.2.7 Humanismus z pohledu M.J. Watson	23
1.2.8 Moderní vs. tradiční pojetí péče z pohledu M.J. Watson	24
1.2.9 Fenomenologie z pohledu M.J. Watson.....	25
1.2.10 Filozofický základ ošetřování dle M.J. Watson na základě humanistických faktorů.....	27
1.2.11 Abraham H. Maslow a vnímání jeho díla M.J. Watson.....	31
1.2.12 Feminismus a jeho vliv na koncepční model M.J. Watson	33
1.2.13 Sociologické aspekty modelu	33
1.3 Hlavní složky modelu	36
1.4 Praktická aplikace modelu humanistické péče dle M.J. Watson	38
1.4.1 Aplikace modelu M.J. Watson ve Středisku humanistické péče	38
1.4.2 Aplikace modelu M.J. Watson v praxi komunitní sestry.....	42
1.5 Metoda pro výzkum teorie M.J. Watson z pohledu autorky modelu.....	43
2. Cíl práce a hypotézy	44
2.1 Cíl práce	44
2.2 Hypotézy	44
2.3 Výzkumné otázky	44
3. Metodické postupy.....	45
3.1 Použité metody a techniky	45
3.2 Charakteristika sledovaného souboru	46
3.3 Realizace kvalitativního výzkumu	46
4. Výsledky	48
4.1 Kvantitativní část výsledků	48
4.2 Kvalitativní část výsledků.....	75
4.2.1 Kategorizace dat dle oblastí M. J. Watson a kategorizace respondentů dle provedených rozhovorů se sestrami.....	75
4.2.2 Kategorizace dat v textu dle oblastí M. J. Watson dle provedených rozhovorů s klienty.....	111

4.2.3	Zhodnocení spokojenosti sester a klientů studie.....	128
4.2.4	Analýza deníku sestry ve strukturované podobě dle 10 humanistických faktorů péče M. J Watson	132
4.2.5	Výsledky subjektivního zhodnocení sester v úspěšnosti naplňování oblastí dle M. J. Watson	138
4.2.6	Kvalitativní výsledky získané od sester po ukončení aplikace modelu M. J. Watson (mimo deníku sestry)	146
4.2.7	Výsledky subjektivního zhodnocení pochopení modelu M. J. Watson a jeho oblastí.....	149
4.2.8	Výsledky určení náročnosti užívání určitých koncepčních modelů	150
5.	Diskuse.....	152
6.	Závěr	176
7.	Seznam použitých zdrojů.....	179
8.	Klíčová slova	187
9.	Seznam použitých zkratk	188
10.	Přílohy	189

Úvod

Ošetřovatelství je úžasný obor, který nabízí mnoho možností ke studiu, praxi a vědeckému zkoumání. Vývoj ošetřovatelství byl až do poloviny minulého století především intuitivní, založený spíše na praktických zkušenostech a tradicích než na teoretických či vědecky podložených základech. Rozvoj teoretické základny ošetřovatelství nastal především v polovině 20. století v USA a Kanadě. V současné době již má ošetřovatelství ve světě jasně vymezenou vědomostní základnu, která zahrnuje i oblast koncepčních modelů. V ČR prošlo ošetřovatelství výrazným procesem změny, a to včleněním koncepčních modelů do vzdělávání sester a aplikací koncepčních modelů do praxe, což představuje výrazný pokrok, který vede k vyšší kvalitě ošetřovatelské péče. Vytvoření koncepčních modelů a jejich označení bylo samo o sobě velmi důležitým pokrokem v oboru ošetřovatelství. Ošetřovatelský koncepční model není jednou provždy daná teorie, ale rozvíjející a měnící se způsob uspořádání myšlení a ošetřovatelské činnosti, jež odráží postoje, metody a cíle ošetřovatelství. Koncepční modely v ošetřovatelství představují spojník mezi filozofií, teorií a praxí.

Koncepční model M. J. Watson je unikátní v tom, že se soustředí na sebepoznání sestry. Jeho další jedinečnost spočívá v tom, že jeho praktická aplikace vede ke vzniku komunit sester, ve kterých na sobě sestry pracují, aby se zdokonalily. Co se týče filozofických základů modelu, domnívám se, že názory autorky, které jsou zde uváděny, mohly být přesněji formulovány. Kupříkladu problematika fenomenologického pole je v současnosti velmi složitá, a přesto je fenomenologické pole v modelu docela razantně prezentováno. I přes tyto nedostatky/jednotlivosti se domnívám, že koncepční model M.J. Watson představuje velmi zajímavý prostředek k hlubšímu poznání sestry samé i pacienta. Tento koncepční model patří mezi humanistické koncepční modely, to znamená, že vychází z principu humanismu, respektování práv pacientů. Zahraniční autoři hovoří o obsahu jejího modelu jako o návratu k hlubokým profesionálním ošetřovatelským kořenům a hodnotám, jako jsou pomoc druhým, empatie, důvěra, vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného člověka.

Změny ve zdravotních systémech na úrovni ekonomické a legislativní kladou před sestry celého světa nové povinnosti a úkoly. Sestry se stávají partnerem v léčbě

jak pro klienta samotného, tak i pro jeho rodinu. Sestry pracují s moderní technologií, plánují, řídí a vylepšují ošetrovatelskou péči. Přes nápor mnoha povinností musejí sestry najít cestu k uchování své empatie do bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb klientů. Koncepční ošetrovatelský model M. J. Watson může tomuto vcítění, a nejen jemu výrazně pomoci. Podpora humanisticko-altruistických hodnot v naší denní praxi pomáhá ošetrovatelství vykročit ze stavu, kdy je chápáno jako pouhá práce, a vkročit do „láskyplné profese“ (1).

Oproti původnímu vnímání tohoto koncepčního modelu musím na základě vlastní zkušenosti zmínit, že tento model je naprosto atypický svým zaměřením na sestru a pacienta. Většina koncepčních modelů se soustředí hlavně na činnost směrem k pacientovi a vypouští samotnou sestru a její práci se sebou samotnou.

Koncepční model M. J. Watson a jeho aplikace v praxi může navracet sestry zpátky ke světlu humanismu, k tomu, co dělá ošetrovatelství výjimečnou profesí.

1. Současný stav dané problematiky

1.1 Ošetřovatelství a jeho vývoj na základě koncepčních modelů – širší pohled

Ošetřovatelství do své současné podoby prošlo a stále prochází mnoha změnami. Ošetřovatelství je ovlivňováno náboženskými, kulturními, vědeckými, sociálními, vojenskými, ekonomickými a v neposlední řadě také politickými faktory (2, 3). K tomu, abychom mohli hovořit o ošetřovatelství a koncepčních modelech, je třeba nastínit, jak se ošetřovatelství vyvíjelo až po samostatnou vědeckou disciplínu s vlastními koncepčními rámci. Jednotlivé lidské skutky, názory i postoje jsou ovlivněny uvědomělým či neuvědomělým filozofickým názorem jedince. Filozofie se výrazně promítá i do vědních disciplín. Pro kompletní seznámení s vývojem ošetřovatelství je nutná znalost nejen historického vývoje, ale také dalších oblastí a skutečností, které tento obor ovlivňují (2, 3, 4).

Ošetřovatelství jako činnost (ošetřování) se zaměřením na pomoc druhým existovalo již od nejstarších dob. Od nejstarších prokazatelných počátků lidstva doprovázejí život člověka choroby, epidemie a různé nemoci (5). Z počátku byla nemoc chápána jako skutečnost daná nadpřirozenými silami a často bylo léčení ponecháno na samotné přírodě. Čím více se člověk vzdaloval svým způsobem života od přírody, tím více využíval účinků vody, slunce, bylin, a dalších přírodních zdrojů k obnově lidského zdraví. O tomto období se hovoří v odborné literatuře jako o neprofesionálním ošetřovatelství (6, 7).

Přístup k nemocným, ale i celé společnosti, začal být v období starověku ovlivňován celou řadou nově vznikajících filozofických směrů. M.J. Watson a její současný koncepční model vychází z humanismu (8). Je třeba se zmínit, že již kolem 5. století př. n. l. jsou datovány počátky humanistického myšlenkového proudu. Prvky humanismu jsou spjaté s poskytováním podpory a útěchy nemocným a jejich blízkým. Služba nemocným byla spíše posláním, vnitřní přesvědčení o tom, že dělám něco dobrého pro druhé. S příchodem křesťanství vzniká opatrovnictví, a to jako součást lidového léčitelství. Opatrovnictvím se zabývaly církevní řády hlavně v období rozsáhlých epidemií. Vznikají tzv. špitály, které měly velmi různorodé poslání.

Některé špitály sloužily především jako útulky pocestným či kupcům, jiné již sloužily pro nemocné či nemajetné jedince (5, 9).

Ošetrovatelství se kolem 9. až 10. století n. l. formovalo na úrovni charitativních (církevních či civilních) institucí nazývaných hospice. O ošetrovatelské péči se v této době hovoří jako o charitativní. Církevní či civilní hospice poskytovaly z hlediska dnešní doby velmi úzce vymezenou péči jako je přístřeší, lůžko, strava a teplo, a to zejména pro jedince vyčleněné z rodin. V těchto institucích bylo pečováno o vdovy, sirotky, staré jedince, a v neposlední řadě i o nemocné jedince. Tato zařízení poskytovala zejména charitativní činnost, kterou konali převážně příslušníci církevních řádů. Charakter této práce nevyžadoval speciální přípravu osob, které péči poskytovali. Ošetrovatelství bylo v této době laickou službou trpícímu člověku, a co je třeba podotknout, tak mělo vysoce humánní charakter a prováděly jej osoby bez jakéhokoliv odborného vzdělání. V minulosti řádové sestry vykonávaly svou službu, aniž by si nárokovaly honorář. Církev jim zajišťovala základní životní potřeby jako je jídlo, oděv, ubytování. Svou činnost vykonávaly z náboženského, osobního a ze svého filantropického citění. Činnosti jako je laskavý úsměv nebo klidné vysvětlení postupu vyšetření nebyly a ani nejsou v současnosti nijak honorovány (5, 10). Jak zmiňuje Watson, je třeba, aby sestry znaly prapůvod své profese a dokázaly si uvědomit svoji profesní historii a zejména humanistické kořeny své profese, láskyplnost a empatii, kterou v pracovnících uváděného historického období můžeme retrospektivně pozorovat (1, 11).

Výrazným vlivem ovlivňujícím již prvopočátky ošetrovatelství byl rozvoj lékařství. Rozvoj medicíny jako vědeckého oboru a lékařského vzdělání v Evropě se datuje okolo let 1300 – 1450 př. n. l. Nicméně vědecká diagnostika, léčení a úspěšné chirurgické metody byly velmi omezené až do konce 19. století. Výrazným zlomem pro rozvoj lékařství v oblasti střední Evropy bylo založení Karlovy univerzity v roce 1348, se kterou byla zároveň založena lékařská fakulta. Rozvoj knih, materiálů pro výuku a studium výrazně souvisí s převratným vynálezem knihtisku. Počátky jeho masového používání k tisku knih jsou okolo roku 1448. Je důležité uvést, že lékařská péče nebyla v této době nikterak podobná dnešnímu principu solidarity ve zdravotnictví.

Hospice byly především centrem pro jedince bez rodiny, případně bez dostatečných finančních prostředků pro léčbu u lékaře. A naopak majetné vrstvy obyvatelstva dávaly v této době přednost léčbě v prostředí rodiny (5, 9).

Kolem první poloviny 19. století se začaly dřívější hospice přetvářet na chudobince, nemocnice, starobince a sirotčince. V těchto zařízeních ale stále neprobíhala léčba za účasti lékaře, tato zařízení si zachovávala svůj původní charitativní charakter. Tyto transformované hospice nicméně zůstávaly i nadále v prostředí dřívějších hospiců, a jakožto takových tedy v prostředí nábožensko-charitativním (4, 9).

Ve druhé polovině 19. století dochází ke změně. Do těchto zařízení začínají docházet lékaři, a následně se tato zařízení stávají těžištěm lékařské činnosti a medicínského poznání. V této době lékař potřeboval ke své činnosti dalšího pracovníka, který by mu byl nápomocný v péči o nemocného. Tímto vývojem byl položen základ k vzniku novodobé sesterské profese. V této době se vyčleňuje sesterská kultura na dvě subkultury a to na nábožensko-charitativní, ve které převažovaly sestry z různých řádů a na racionálně medicínskou, ve které převažovaly sestry civilní (nebyly příslušnicemi náboženských řádů) (5, 9).

Na základě současných historických informací není možno v tomto období ještě hovořit o koncepčních modelech v ošetrovatelství (12).

Výraznou osobou, která ovlivnila vývoj ošetrovatelství po celém světě, je Florence Nightingale, anglická ošetrovatelka (1820-1910) pocházející z bohaté rodiny. Florence Nightingale měla kvalitní vzdělání, a také co bylo důležité, i politicky vlivné přátele. Přes její přání věnovat se péči o nemocné, jí její rodina zabránila, aby se jako mladá věnovala ošetrovatelství v místní nemocnici. Tento náhled její rodiny pravděpodobně souvisí se společenskou situací v oblasti Evropy, kdy bylo ošetrovatelství považováno za nevhodné jako profese pro mladou dámu z vyšších vrstev. S ošetrovatelským systémem se později seznámila v Anglii, Francii a dalších zemích Evropy, čímž získala velmi široké zdravotnické zkušenosti a zejména znalosti. Později byla vyslána na krymské bojiště, kde se skupinou anglických ošetrovatelek organizovala ošetrovatelskou službu, zde uvedla do provozu

prádelnu, kuchyni, hygienická zařízení, systém poštovních a mnoha dalších služeb pro vojáky (7, 13). Hlavní důraz kladla na dodržování hygienických zásad, aby se zamezilo šíření epidemií, které často způsobovaly větší ztráty na životech než válečná zranění. Florence Nightingale pracující se skupinou katolických jeptišek, anglikánských sester a laických ošetřovatelek, se podařilo výrazně snížit počet mrtvých vojáků. Její zkušenosti zásadně ovlivnily moderní ošetřovatelství (14, 15). Hlavní vliv směrem k ošetřovatelství měla její kniha Poznámky o ošetřovatelství. Zahrnují návody na uspokojení pacientových hygienických potřeb, potřeb výživy. Její čtyři zásady jako je čistota, vlídné zacházení, dostatečná výživa a přívětivé slovo se staly mottem i kritériem pro další generaci pracovníků v ošetřovatelské péči (4, 16).

Její pojetí ošetřovatelství nebylo v té době chápáno jako koncepční model v ošetřovatelství, nicméně na konferenci pro rozvoj ošetřovatelství v roce 1973 byly myšlenky Florence Nightingale pojmenovány prvním koncepčním modelem ošetřovatelství (15, 16.). Toto označení pro myšlenkové postupy sester je možné považovat za podstatný krok pro vznik a vývoj ošetřovatelství jako vědní disciplíny. Historickým mezníkem ve vývoji ošetřovatelství se stalo založení první ošetřovatelské školy na světě v Londýně roku 1860. Její zakladatelka Florence Nightingale poprvé cíleně vychovávala ošetřovatelky pro nemocniční a domácí službu. Následně začalo po celém světě vznikat více škol zaměřených na ošetřovatelství (14, 15).

Florence Nightingale, ukázala jak vnímat ošetřovatelství, definovala, co je ošetřovatelství, bojovala za ošetřovatelství (15). Dnešní vývoj znalostí v ošetřovatelství se realizuje na několika úrovních, s různorodým vědeckým přístupem, přispívajících ke zvědečtění ošetřovatelství. Ošetřovatelství také stále patří do mezioborové skupiny v rámci systémů zdravotnictví po celém světě. V počátku tvorby koncepčních modelů se přijímalo do ošetřovatelských teorií mnoho informací z příbuzných vědních oborů a jejich teorií. Vzhledem k výše popsanému lze dedukovat, že se ošetřovatelství rychle vyvíjí a musí být schopno zapracovávat změny. Přestože sestry používají ve světě různý jazyk, lze říci, že prostřednictvím koncepčních modelů v ošetřovatelství naleznou stejný „jazyk“ pro užívání hodnot a základních názorů ve své každodenní praxi (5, 14, 17).

Představa o modelech v ošetrovatelství může být užitečná jako základ pro porozumění ošetrovatelství (14, 16, 18). Model jakožto vědecká konstrukce je ideou, která vysvětluje pomocí symbolické nebo fyzikální vizualizace. Literatura nabízí dodatečné množství způsobů jak popisovat a rozumět ošetrovatelským teoriím. Fawcett uvádí, že je naprosto přirozené, že vznikalo více ošetrovatelských teorií. Ošetrovatelské teorie jsou jednou ze základních komponent hierarchické struktury ošetrovatelského vývoje znalostí, která zahrnuje metaparadigma, filozofii, koncepční modely, ošetrovatelské teorie a empirické ukazatele (17, 18, 19).

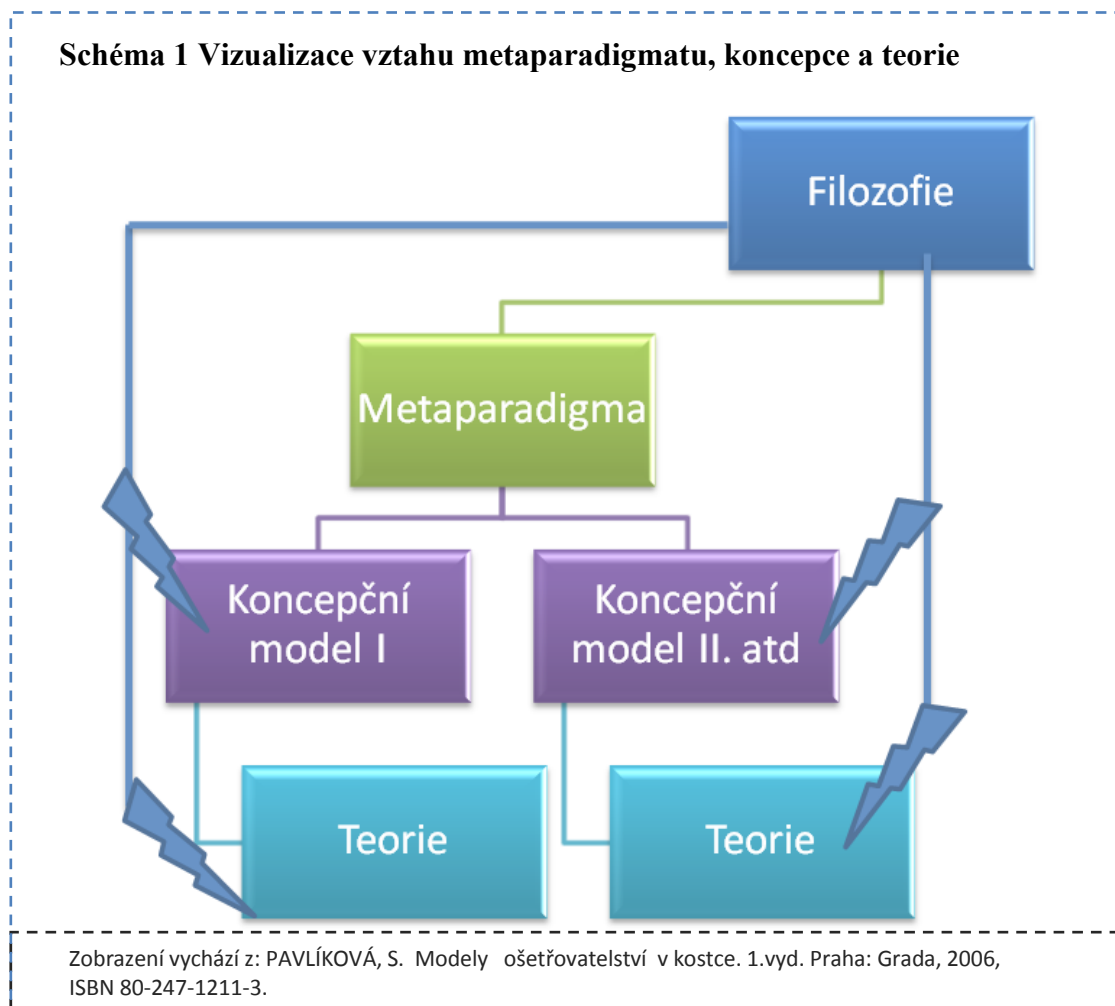
Metaparadigma v ošetrovatelství se stále vyvíjí. Metaparadigmata determinují ošetrovatelství a jeho praxi. Metaparadigma nabízí souvislost pro rozvíjení koncepčních modelů a teorií. Metaparadigma ošetrovatelství je dnes velmi dynamické, především díky řadě výzkumů zaměřených na jádro ošetrovatelství. Další výzkumy, které se k metaparadigmatu vážou, jsou samozřejmě výzkumy zaměřené na praktickou realizaci ošetrovatelství (20, 21, 22). Všechny sestry mají nějaký názor a znalosti ošetrovatelského metaparadigmatu. Alespoň obecná znalost metaparadigmat ošetrovatelství napomáhá sestrám ve výzkumu a jejich práci. Historicky je metaparadigma ošetrovatelství popis pojmu osoby, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Modifikace a alternativy pro meteparadigmata již existují (17).

Příkladem alternativních konceptů metaparadigmat, je metaparadigma dle Kim. Kim vytvořila čtyři domény metaparadigmatu soustředující se na klienta. První doménou je samotný klient, dále pro klientská komunikace mezi sestrou a klientem, praxe, a poslední doménou je prostředí. V posledních letech je v oblasti alternativních metaparadigmat věnována rostoucí pozornost vztahu ošetrovatelství se životním prostředím (14, 18).

Koncepční model je souborem abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné podoby. Týká se globálních představ o jednotlivci, skupinách, situacích a dalších jevech z hlediska vědní disciplíny (21, 23). Koncepční modely poskytují výhledy na nejvýznamnější pojmy metaparadigmat jako je klient (v zahraničí nejčastěji klient), zdraví a prostředí, ošetrovatelství, a životní prostředí (z pohledu moderních metaparadigmat). Díky konkurenceschopnosti koncepčních

ošetřovatelských modelů se také ukazuje rozdílnost ve smýšlení a hodnotách těchto modelů. Výhodou jistě je, že sestra v praxi nemusí užívat pouze jednoho koncepčního modelu (17, 18). Fawcett poukazuje na to, že směr pro výzkum v ošetřovatelství by měl vždy vycházet z konkrétního ošetřovatelského modelu, aby konkrétně vycházel z určitého myšlenkového směru, a bylo to v práci patrné (12, 24). Vztah mezi teorií, koncepčním modelem a filozofií znázorňujeme ve schématu 1.

McKay tvrdí „že teorie jsou vyvrcholením vědecké práce, a dále že teorie se odkazuje na logicky spojené vztahy z potvrzených hypotéz“ (McKay, 1969). Barnum později nabízí otevřenou definici teorie jako pojmu, který vysvětluje nebo organizuje nějaký fenomén, a ošetřovatelskou teorii. Teorie tedy popisuje nebo vysvětluje způsob ošetřování. Definice teorie zdůrazňují různá hlediska teorie a demonstrují, že koncepce ošetřovatelských teorií jsou různé a v čase měnitelné (21, 25).



Ošetrovateľská teória je konceptualizácia niejakého aspektu reality (smyšleného alebo objaveného) a týka sa ošetrovania (21). Konceptualizácia je kľúčová pre účel popisovania, vysvetľovania, predpovedania alebo určujúci ošetrovateľskou praxi. Teória, ako odraz nášho porozumenia, nám poskytuje návody na naše činnosti, pomáha nám stanoviť žadané výsledky a definovať dôkaz tak ako bolo výsledku dosiahnuté (18). Ošetrovateľské teórie sa líšia od ošetrovateľských modelov najmä v úrovni abstrakcie – teória je konkrétnejšia, špecifičtější, je priamo aplikovateľná v praxi. Teória popisuje, vysvetľuje, predvída javy špecifické pre ošetrovateľstvo. Oproti tomu konceptuálny model vyčleňuje vedomostnú bázu pre obor (13, 17, 19, 25).

Ošetrovateľské modely a ich teórie budú v budúcnosti plne integrované do všetkej činnosti a praxe v ošetrovateľstve (26). V prípade výskytu nových teórií bude už pripravená cesta pre zapojenie teórie do praxe. Tieto nové cesty budú zrejme uznávať históriu a tradície ošetrovateľstva a novými pojmami budú posúvať ošetrovateľstvo do nových oblastí myslenia. Teoretici budú viac pracovať v skupinách a budú spoločne vyvíjať znalosti oblasti záujmu ošetrovateľstva, a ich výstupom bude skôr než meno autora definícia spoločnej teórie (27, 28).

Ošetrovateľská filozofia a teória musí stále viac odrážať hodnoty pre porozumenie, rešpekt, a záväzok k zdravotníckemu smýšľaniu a praxi kultúr po celom svete (14). To je dôležité k tomu, aby sme si mohli zodpovedať otázku, ako ďaleko je naša teória vyvinutá a použiteľná v jednej kultúre nežli v ďalších kultúrach. Ako ďaleko musí byť ošetrovateľská teória významná v multikultúrnych súvislostiach? Navzdory úsilí činných medzinárodných odborných spoločností zostáva otázkou, ako významné sú naše ošetrovateľské teórie pre globálne spoločenstvo (28, 29, 30).

Môžeme zistiť informácie a naučiť sa postupy v ošetrovateľstve ako opravdu správne starať? Majú byť tieto otázky viac zodpovedané v rámci študijných programov ošetrovateľstva? Mohou napomôcť v rozpoznaní týchto tém štúdiu doktorských študentov? Je-li tomu tak, ošetrovateľská teória bude nabízať nové spôsoby, ako informovať a učiť sestry pre humanistické vedenie v národnej a globálnej zdravotnej politike (28, 29).

Fawcett upozorňuje ve své publikaci, že sestry v dalších zemích často vyvinuly své systémy vzdělávání, praxe a výzkumu na základě poučení z chyb. Navrhla zřízení celosvětového výzkumného týmu sester, který by komunikoval prostřednictvím moderních informačních technologií, ze svých pracovišť. Tento výzkumný tým by výrazně napomohl ke globální diskusi o ošetrovatelství, a zároveň by měl být jeden z jeho cílů jasně identifikovat jádro ošetrovatelství (12).

Činnost globálního výzkumného týmu sester by mohly sestry vést k vzájemnému naslouchání a k adaptaci teoretických perspektiv vyhovujících kulturním požadavkům. Toto musíme učinit, pokud nechceme přijít o onu esenci a krásu ošetrovatelství. Možná, že bude zjištěno, že esence ošetrovatelství je univerzální, a jen komunikační jazyk bude vyjadřovat rozdíl (24).

1.2 Koncepční model dle Margaret Jean Watson

V následující části textu budeme definovat jednotlivá východiska modelu, ve všech kapitolách se snažíme vycházet co nejvíce z informací publikovaných autorkou.

1.2.1 Margaret Jean Watson

Dr. Margaret Jean Watson, Ph.D., je významná představitelka ošetrovatelství žijící v USA. Narodila se roku 1940 ve Virginii (25) (foto M.J. Watson v příloze 1). V ošetrovatelství získala bakalářské vzdělání v roce 1964 na University of Colorado v Boulder. Roku 1966 získala na University of Colorado Medical Center v Denveru, ve specializovaném navazujícím magisterském oboru psychiatrické ošetrovatelství své magisterské vzdělání. K dalšímu vzdělávání v oblasti psychologie a psychiatrie se M.J. Watson vrátila na University of Colorado v Boulder, kde v roce 1973 úspěšně zakončila studium v oblasti psychologie a poradenství (Dr.). Následně v roce 1973 úspěšně obhájila své doktorandské studium v oblasti výchovné psychologie a poradenství se svou disertační prací pod názvem: *The effect of feelings and various forms of feedback upon conflict in a political group problemsolving*. Získané vzdělání, jak sama ve svých publikacích píše, velmi ovlivnilo její filozofii humanistické péče. M.J. Watson se již od roku 1969 intenzivně věnovala výuce a aktivně přednášela v ošetrovatelství. V současnosti patří mezi vynikající lektory

v rámci vysokoškolských pracovišť po USA. Mezi lety 1969 – 2011 vystřídala řadu vedoucích funkcí od vedoucí výzkumného ošetrovatelského pracoviště, po funkci děkanky University of Colorado Denver & Health Sciences Center v USA, dále působila jako prezidentka National League for Nursing. V současné době pracuje ve výzkumném centru v University of Colorado Denver & Health Sciences Center v USA, je držitelkou šesti čestných doktorátů a je členkou American Academy of Nursing. Zatímco byla ředitelkou střediska pro Human Caring, vybudovala pobočky této instituce a to v několika zemích, včetně Spojeného království, Kanady, Nového Zélandu, Austrálie, Skandinávie, Brazílie, Thajska a v dalších zemích (14, 30, 31).

Vznik počátečních myšlenek a vztahů koncepčního modelu M.J. Watson probíhal zejména mezi lety 1975- 1979. Během zmíněného období skončila válka ve Vietnamu. Právě v tomto období začal být kladen větší důraz na práva žen a jejich příležitosti ke vzdělání. Toto období také výrazně souvisí s vlnou feminismu v USA. Ženy v 70. letech 20. století byly vnímány jako partnerky mužů, muž byl hlavní živitel a hlava rodiny. Ženy měly zajišťovat rodinnou kulturu a chovat se tak, jak očekává společnost. Právě tehdy nastával konflikt mezi očekáváním společnosti a reálným nasazením žen. Nikoliv tedy doma čekající ženy, ale v boji nasazené sestry, lékařky, příslušnice ozbrojených sil USA (25). V této době tedy docházelo k výraznému názorovému střetu, vedoucího ve výsledku ke zrovnoprávnění mužů a žen (o otázce feminismu budeme hovořit v samostatné podkapitole dále). Model vychází také z pohledů autorky na ošetrovatelství, rozvinutý zejména doktorskými studii v pedagogické, klinické a sociální psychologii. V době doktorských studií autorka učinila svůj první pokus o ozřejnění jádra ošetrovatelství v ošetrovatelské péči. Na ošetrovatelství nahlíží jako na vědeckou péči, s regulovanou profesí. Sestry mají jedinečné hodnoty, znalosti, zodpovědnost a praktické dovednosti. Margaret Jean Watson popisuje ošetrovatelství jako samostatnou vědeckou profesi, která má význam a ohnisko v péči o člověka, a je samostatnou zdravotnickou profesí (14, 31, 32). V neposlední řadě M.J. Watson vnímá ošetrovatelství s jeho vlastní etikou a úkolem poskytovat lidskou péči ve společnosti. Autorka a její koncepční model byl také ovlivňován její účastí na přípravě integrovaného vysokoškolského studijního programu

ošetřovatelství. V rámci přípravy tohoto studijního programu se M.J.Watson snažila o nalezené skutečného jádra ošetřovatelství, a jeho významu pro jednotlivce, rodinu, národ, a planetu. Z těchto myšlenek se snažila vybrat ty hodnoty, které se soustředí na jedinečné a dobrosrdečné vlastnosti medicíny a ošetřovatelství, které později pojmenovala jako tzv. humanistické faktory (vzhledem k tomu, že v ČR již byl použit pojem humanistický faktor péče, budeme tento pojem u M.J. Watson užívat v práci i my, ačkoliv přesnější překlad by zněl karativní faktor). (33, 34).

Již v roce 1979, představuje autorka počáteční myšlenky pro svůj koncepční model a to v knize: *Nursing: The philosophy and science of caring*. V roce 1988 se již v odborné veřejnosti mluví o koncepčním modelu dle M.J. Watson. Zajímavé je, že koncepční model autorky se v čase rozvinul (většina koncepčních modelů se již nerozvíjí) a byl lépe definován. Prvotní zmíněná publikace autorky byla zrevidována a roku 2008 byla znovu vydána (24, 35).

Na základě výše uvedených skutečností, a dále dle literatury je patrné, že koncepční model M.J. Watson patří mezi kategorii humanistických ošetřovatelských modelů. Její názory představují nový ucelený filozofický směr v péči a léčení nemocných (36, 37, 38).

1.2.2 Filozofická a teoretická východiska koncepčního modelu M.J. Watson

Tato podkapitola se zabývá hodnotami, které jsou základem lidské péče a humanistické vědy v ošetřovatelství z pohledu M.J. Watson.

M.J. Watson zdůrazňuje, že její teorii je možné číst, studovat, zkoumat a dokonce se jí učit. Ať tak nebo onak se musí její teorie zkusit užít v životě, a tím ji prožít. Teprve poté je možné její teorii skutečně pochopit (39).

Skutečnému pečování o člověka předchází poznání a uznání hodnoty lidské péče v ošetřovatelství. Uznání hodnoty lidské péče je současně předpokladem. Sestra může pacientovi poskytovat péči na základě svého přesvědčení o pomoci druhým, nebo na základě své morální povinnosti, a bude to tedy etická sestra (4). Vždy ale nelze pravdivě říct, že o pacienta skutečně pečovala. Co je totiž oním pečováním? Součástí hodnoty

lidské péče a pečování je vyšší smysl pro ducha lidského já. Pokud sestra pečuje, aniž by o svém počínání přemýšlela, aniž by zapojila své já a celostní vnímání jednice, nejde přeci o péči v plném slova smyslu. Pečování vyžaduje filozofii morálního závazku vůči ochraně lidské důstojnosti a zachování lidskosti (40). Uvedme tato tvrzení do kontextu s Konceptí ošetrovatelství v ČR. V Koncepti ošetrovatelství ČR se hovoří o tom, že ošetrovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka, a že součástí ošetrovatelství je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Nejen v této situaci je potřeba, aby se za péči skrýval i onen vyšší smysl pro ducha lidského já (3, 41, 42). Podle Gauta je součástí všeobecné skupiny významů souvisejících s pojmem pečování: individuální pozornost a zájem o daného člověka, určitá míra individuální odpovědnosti za daného člověka nebo jeho zajištění, individuální pozornost a náklonnost nebo vztah (43).

Ideál a hodnota pečování jednoznačně není nějaká věc, nýbrž je to výchozí bod, (přístup, postoj) z něhož se musí stát vůle (záměr, závazek) a vědomý úsudek, který se projeví v konkrétních činech (44, 45). Lidská péče jako morální ideál přesahuje konkrétní čin jednotlivé sestry a vytváří kolektivní čin ošetrovatelské profese. Tyto kolektivní činy ošetrovatelské profese mají významné důsledky pro celou lidskou civilizaci. Podstata hodnoty lidské péče a pečování je možná bezvýznamná, dokud nepřispívá k filozofii jednání (18, 30).

M.J. Watson přejímá část svých názorů od D. Gauta, který zachází ještě dál a uvádí, že čin musí být posuzován pouze podle blaha osoby, o niž je pečováno. Konkrétní jednání může překračovat hodnotu péče a předávat ji dál. Tuto myšlenku můžeme interpretovat tak, že hodnoty a činy při pečování mohou být přenositelné, a to na individuální i systémové úrovni (46). Hodnota pečování je zakotvena v ošetrovatelství. Gaut uvádí, že potřebné a dostatečné podmínky pro pečování jsou například: povědomí a znalost člověka o jeho vlastní potřebě péče, záměr jednat a činy založené na znalosti, pozitivní změna jako výsledek pečování, posuzovaná pouze na základě blaha druhých. Dále Gaut dodává, že „musí existovat základní hodnota a morální závazek pečovat a vůle pečovat. Aby bylo ošetrovatelství skutečně citlivé vůči potřebám společnosti a přinášelo příspěvky, které jsou v souladu s jeho kořeny a ranými

počátky, musí být jak systém ošetrovatelského vzdělání, tak i poskytování zdravotní péče založeno na lidských hodnotách a starosti o blaho druhých“ (Gaut, 1993). Výsledky pečování v praxi, výzkum a teorie závisí na vyučování ideologie ošetrovatelství. Jelikož se v našem systému poskytování zdravotní péče zvyšuje a šíří ohrožení člověka ze strany biotechnologie, vědeckého inženýrství, fragmentované léčby, byrokracie a odosobnění, musíme zvyšovat a šířit v našem systému filozofii lidské péče, znalostí a praxe. Ošetrovatelství je profese, která má jak vůči jednotlivcům, tak i vůči společnosti etickou a sociální odpovědnost za to, že je nositelem péče a předvojem potřeb lidské péče v současnosti i v budoucnosti (47, 48, 49).

1.2.3 Spirituální hodnota lidské existence z pohledu M.J. Watson

Termín spiritualita je odvozen od latinského slova spiritualitas, což je podstatné jméno, kterým byl od 5. století překládán termín pneumatikos neboli duchovní. V antropologii apoštola Pavla, jež rozšiřuje tělo a ducha, se tento termín nevztahuje k polaritám těla, resp. duše, nýbrž se týká života zakořeněného v Duchu Ježíše Krista. Podobně termín spiritualitas popisuje kvalitu či podobu křesťanského života v jeho celistvosti. Ačkoli spiritualita patří v současné době mezi hojně diskutované disciplíny, stále nebylo dosaženo dohody v oblasti jejího terminologického vymezení. Spiritualita bývá obvykle popisována v kontextu vztahů, které má člověk k sobě samému, druhým lidem, světu, vesmíru a transcendentnu. Analýza výzkumů v oblasti spirituality prozrazuje, že prvořadá pozornost je soustředěna na individuální hledání jedince, přičemž sociální a vztahový kontext je druhořadý. Je tomu tak i přesto, že cesta duchovního zrání je z velké míry ovlivněna mnohonásobnými kontexty, k nimž náleží zejména kultura, rodina, škola, vrstevníci, společenství víry, společnost a národ (1, 25, 35, 36).

V době kdy dochází ke změnám v organizacích států či zdravotních systémech reagujících na změny, a změně stylu práce, mnoho autorů hovoří o lidském prvku na pracovišti. Důležité je provádění péče nejen v organizacích, v pracovních skupinách, ale i u jednotlivců a také sobě samému. S vyšším počtem obyvatel, stoupají požadavky

na individuální zodpovězení otázek, které sestra zjišťuje k provádění věrohodné péče (50). Pro sestru jsou to zejména tyto otázky:

1. Co je přirozenost lidské bytosti a co potřebuje pro svou životní zkušenost (ke svému uplatnění)?
2. Co je základem pro harmonický a produktivní lidský vztah?
3. Co je přirozenost zdraví a uzdravování?
4. Co je účelem, misí organizace nebo pracovního týmu?

Zodpovězení těchto otázek je reflektivní aktivitou vedoucí k rozvoji dalších myšlenek a názorů sestry, k porozumění o nás samotných. Není to tedy pouze zevrubné seznámení s druhým, ale hluboké prozkoumání sama sebe, aby poté bylo možné poznat více druhé (14, 50).

Ošetrovatelské teorie hovoří o lidech jako o multidimenzionálních osobách, které využívají různé přístupy k porozumění zdraví, nemoci, a uzdravování. Již nejranější práce M.J. Watson se zaměřují na spirituální porozumění nemoci. Její 10. humanistický faktor (o tomto faktoru se více zmiňujeme v podkapitole hlavní složky modelu M.J. Watson) (30, 33).

Proces humanistické péče odráží tajemství humanity a tím umožňuje identifikovat uspořádání energie ve vesmíru. Tato energie, která může být aktivována přes ošetrovatelský proces na základě humanistických faktorů (viz kapitola 1.2.10). Takový postup může potencionálně ovlivnit uzdravování a zdraví jednice, usnadnit sebepoznání, sebeúctu, sebeovládání a možná dokonce sebe uzdravení nemocného. Uvědomění si své spirituality a vesmírné síly jsou identifikovány jako základní pro lidskou péči (4, 51).

M.J. Watson udává, že je třeba nejprve rozpoznat spiritualitu druhých lidí, následně poznat své vlastní spirituálno a uznat ho za své. Dále odlišuje lidského ducha od lidské duše následujícím způsobem: lidský duch poskytuje každému z nás spojení s vesmírem. To je ta univerzální energie, která nám určuje cestu směrem k našemu většímu potenciálu. M.J. Watson ve svých knihách zdůrazňuje, že celé světové náboženské tradice poznávají celek vesmíru a realitu duchovní energie (4, 14, 52).

Na druhé straně je lidská duše, což je vnitřní energie, která bývá jedinečná pro každého jednotlivce. Duše vyvíjí a mění celý život. Seaward uvádí, že vývoj lidské duše je čistá esence spirituality. Dále uvádí, že je vrozený předpoklad vývoje duše jednice, a to zejména k tomu, aby milovala. Když mluvíme o péči o duši na pracovišti, zabýváme se vytvořením prostředí, kde péče a láska může kvést (10, 31, 53).

M.J. Watson uvádí, že člověk nemusí být ošetřován vyčleněný z prostředí, přírody a širšího vesmíru. K péči o duši, je třeba najít uznání potřeb pro harmonii a podporu ve vlastním životě, a pak hledat tuto harmonii u spolupracovníků. Zdraví označuje harmonii a rovnováhu mezi různými dimenzemi lidské existence (1). Tento výklad souvisí opět s 10. humanistickým faktorem, ve kterém může docházet k duševně tajemným existencionálním dimenzím života, smrti, péči pro sebe a vlastní duši (54).

M.J. Watson doporučuje, aby její koncepční model sestry nejprve použily u sebe, a poznaly sebe. Do svého života sestry mohou model integrovat již jen prostým uvědoměním svých činností. Dále sestry mají ve svém životě rozjímat, pracovat se svým dechem, využívat jógy. Sestry by měly zůstat ve spojení s přírodou a využívat poznání sebe sama, tak, že získají vyšší energii pro svůj vlastní život (1). Jinak řečeno, pokud sestra začne model aplikovat na sebe, musí ho prožívat ve svém každodenním životě. Teprve po poznání sebe může sestra pomocí modelu M.J. Watson pomoci druhým k uzdravování. Takovou péčí, se zlepšuje nejen poznání sebe, ale i druhých. (14, 55, 56).

Be Langer popisuje M.J. Watson a její porozumění uzdravování založené na její vlastní zkušenosti tak, že je totožné s pojetím, které mu sdělil onkologický klient: „moje cesta k uzdravování mě vedla k pohledu na proces uzdravování jako pohyb směrem k celistvosti. Jsem přesvědčený, že zdroj uzdravení žije uvnitř nás“ (Be Langer, 1996).

1.2.4 Předpoklady související s hodnotami lidské péče v ošetřovatelství

V této podkapitole seznamujeme s hlavním souborem předpokladů lidské péče v ošetřovatelství, dle M.J. Watson.

1. Péče a láska jsou těmi nejjobecnějšími, nejfantastičtějšími a nejtajemnějšími kosmickými silami: zahrnují prvotní a vesmírnou duševní energii.

2. Tyto potřeby bývají často přehlíženy, víme, že se lidé navzájem potřebují v láskyplném a pečujícím slova smyslu. Má-li naše lidství přežít, musíme však být ještě více láskyplní a pečující, abychom živilí svou lidskost a vyvíjeli se jako civilizace a žili společně.
3. Jelikož je ošetřovatelství pečující profesí, ovlivní jeho schopnost udržovat svůj pečující ideál a ideologii v praxi lidský vývoj civilizace a bude určovat přínos ošetřovatelství pro společnost.
4. Pro začátek musíme prosazovat svou vlastní vůli pečovat a milovat ve svém vlastním chování a nikoli vůči chování druhých. Musíme jednat sami se sebou s laskavostí a důstojností, než budeme schopni s laskavostí a důstojností respektovat druhé a pečovat o ně.
5. Ošetřovatelství zaujímá postoj lidské péče a pečování vzhledem k lidem se starostmi o zdraví – nemoc.
6. Pečování je podstatou ošetřovatelství a nejústřednějším a sjednocujícím těžištěm ošetřovatelské praxe.
7. Na lidskou péči na individuální i skupinové úrovni je v systému poskytování zdravotní péče kladen stále menší důraz.
8. Hodnoty pečování se dostávají do pozadí. Proto je dnes ošetřovatelství a společnost v kritické situaci vzhledem k uchování ideálů lidské péče a ideologie pečování v praxi. Role lidské péče je ohrožena nárůstem lékařské techniky, byrokraticko-manažerským institucionálním omezováním ve společnosti jaderného věku. Současně dochází k šíření léčebných a radikálních terapeutických technik často bez ohledu na náklady (11, 28).
9. Zachování a pokrok lidské péče je významným tématem pro ošetřovatelství v současnosti i v budoucnosti (28, 31, 57).
10. Lidskou péči lze účinně předvádět a praktikovat pouze mezilidsky. Mezilidský proces udržuje při životě zdravý rozum lidstva, učí nás, jak být člověkem díky tomu, že se identifikujeme s druhými, přičemž lidství jednoho se odráží ve druhém.

11. Sociální, morální a vědecké příspěvky ošetřovatelství pro lidský rod i společnost spočívají v jeho závazku vůči ideálům lidské péče v teorii, praxi i výzkumu (11, 28).

1.2.5 Základní hodnoty a cíle

V této podkapitole vybíráme základní hodnoty koncepčního modelu M.J.Watson, a cíle které jsou v modelu obsaženy.

Hodnoty, které jsou nedílnou součástí této práce, souvisejí s hlubokou úctou k zázraku a tajemství života a síle lidí ke změně (31, 57). Především to jsou: vysoká úcta a vážnost vůči duchovně-subjektivnímu centru člověka, ne paternalistický přístup k pomoci člověku získat větší znalost o vlastní osobě, dále sebekontrolu člověka jeho připravenost k sebeléčbě bez ohledu na stávající zdravotní stav. Tento hodnotový systém souvisí například humanistickým altruismem, citlivostí vůči sobě i druhým (11, 28).

Cíle teorie souvisejí se spirituálním růstem vlastního já i druhých, a s nacházením významu ve vlastní existenci a zkušenostech, objevováním vnitřní síly a kontroly a umocňováním sebeléčby (31, 57).

Hybná síla změny je autorkou modelu spatřována v jednotlivém pacientovi. Sestra může být spoluúčastníkem změny v pacientovi prostřednictvím péče. Hybnou silou změny není lékař, sestra, medikace, léčba nebo technologie sama o sobě, nýbrž osobní, vnitřní spirituální mechanismus člověka. Tyto mechanismy umožňují překračovat vlastní já a obvyklé zkušenosti. Taková péče vyžaduje znalosti lidského chování a lidských reakcí na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy, znalosti a chápání potřeb jednotlivce, znalost, jak reagovat na potřeby druhých, znalost našich silných stránek a omezení, znalost, kdo je druhý člověk, znalost jeho silných stránek a omezení, významu situace pro něj, a znalosti, jak utěšovat, nabízet soucit a přistupovat empaticky ke druhému člověku (1, 58, 59).

Lidská péče také vyžaduje umožnění činů, tedy činů, které umožňují druhým řešit problémy, růst a překračovat ono tady a teď, činů, které souvisejí s všeobecnými i konkrétními znalostmi pečování a lidských reakcí. Zákroky související s procesem

lidské péče vyžadují záměr, vůli, vztah a činy. Tento proces s sebou nese závazek k pečování jako morální ideál zaměřený k zachování lidskosti. Tento proces potvrzuje subjektivitu lidí a jeho výsledkem je pozitivní změna pro blaho druhých, ale současně také přináší výhody sestře a umožňuje jí růst (57). O kombinaci zákroků je možno hovořit jako o humanistických faktorech, o kterých hovoříme ve zvláštní podkapitole.

Lidská péče vyžaduje od sestry, aby měla konkrétní záměry, vůli, hodnoty a závazek k ideálu intersubjektivního vzájemného působení péče ve vztahu člověk – člověk, které je zaměřeno na zachování osobnosti a lidství sestry i pacienta (11, 28, 31).

Hlavním předmětem této teorie je: ošetřovatelství v rámci vědy o člověku a v kontextu umění. Vztah lidské péče v ošetřovatelství je morální ideál, jehož součástí jsou pojmy jako fenomenální pole, skutečná příležitost k pečování a transpersonální pečování (52).

1.2.6 Pečování versus nepečování

V rámci této podkapitoly chceme diskutovat o tom, co je pečování ve vztahu s nepečováním.

Jak udává Leininger, tak péče je základem pro znovu naplňování lidských potřeb. Leininger dále upozorňuje na nejasnost ve výkladu pojmu péče, kdy není patrné jádro péče. Je důležité upozornit na duální povahu vztahu mezi pečováním a nepečováním (51, 53). To, co nazveme pečováním při jedné příležitosti, musí být stejné jako to, co nazveme pečováním při jiné příležitosti. Pečováním musí být to, čeho člověk dosahuje v okamžiku, kdy pečuje, nebo čeho naopak nedosahuje v okamžiku, kdy nepečuje. K pečování můžeme přistupovat i metodou kontrastu. Odlišnost je možno najít v nějaké podobě ve společnosti (a v ošetřovatelství) mezi těmi osobami (sestrami), které pečují, i těmi, které nepečují. Nejabstraktnější vlastností pečující osoby je to, že je nějakým způsobem citlivá vůči jinému člověku jako jedinečnému jedinci, vnímá jeho city a odlišuje jednoho člověka od jiného. Nepečující osoba je naopak necitlivá vůči jinému člověku jako jedinečnému jedinci, nevnímá jeho city a nemusí nutně odlišovat nějakým zásadním způsobem jednoho člověka od jiného (33).

Empirický výzkum pečování v ošetrovatelství odůvodnil výše uvedený názor tím, že pečování skutečně vyžaduje osobní iniciativu. Raná zjištění, která učinila M.J. Watson v roce 1979, prozradila tento proces: jednání s jedincem jako s člověkem, starost a empatie je pacienty vnímána velmi pozitivně, a domnívají se, že to vede k rychlejšímu uzdravení (28, 60).

Všechna tato zjištění jsou v souladu s individuálním přístupem a činy, které sdělují vůli a záměr pečovat spolu s konkrétními úkony. Jak teoreticky, tak i empiricky není pojetí pečování charakterizováno pouze určitými kategoriemi nebo třídami ošetrovatelských činů, nýbrž ideály, které před sebou mají jak osoby toužící po péči, tak i sestry provádějící tyto činy (14, 33.). Vezmeme-li si tedy definici ošetrovatelství „Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“, může se dle výše uvedeného výkladu jednat jak o pečování, tak o nepečování? (3).

Systém hodnot, o kterém M.J. Watson hovoří, je tvořen hodnotami souvisejícími s hlubokou úctou vůči zázrakům a tajemstvím života, s uznáním duchovní dimenze života a vnitřní síly procesu lidské péče, dále s růstem a změnou (39).

1.2.7 Humanismus z pohledu M.J. Watson

Vzhledem k tomu, že autorka sama zmiňuje humanismus jako důležitou součást své teorie, věnujeme této problematice zvláštní podkapitolu.

Pokud hovoříme o humanismu, je třeba jej blíže definovat. Humanismus pochází z latinského slova „humanus“ – lidský, lidskost, mravnost, ušlechtilost, dobročinnost, vzdělanost. Také jde o lásku k člověku, orientaci na hodnotu člověka, jeho práva na štěstí, svobodu, svobodný rozvoj a uplatnění, na jeho vzdělání, zájem o antiku. Humanismus je také široká kategorie aktivních etických filozofií, které uznávají důstojnost a hodnoty všech lidí. Představuje závazek k hledání pravdy a etiky přes lidské prostředky na podporu lidských účastí. Humanismus je založený na naší schopnosti určovat hodnotu vlastností, kterými se vyznačuje lidství, zvláště rozumnost. Humanismus uznává hodnotu člověka jako osobnosti, jeho právo na svobodu a štěstí, na

rozvoj jeho sil a schopností (2, 10, 57). Považuje zásady rovnosti, spravedlnosti a lidskosti za normy vztahů mezi lidmi. Humanistické motivy lidskosti, lásky k člověku, snahy o jeho štěstí a spravedlnost mezi lidmi se objevují již od hlubokého starověku ve výtvorech lidské tvořivosti, v literatuře, v morálně filozofických a náboženských koncepcích různých národů. Humanismus má být základní vlastností osobnosti, která vykonává ošetrovatelské povolání (50, 61).

Humanismus rozvíjel myšlenku přirozeného práva, posuzoval každé společenské zřízení z hlediska abstraktní lidské přirozenosti, hledal způsob spojení osobních a společenských zájmů. Právě tyto myšlenky modelu, či obecně humanismu před nás staví otázku, jak humanismus uchopit v každodenní ošetrovatelské praxi a skutečně ho využívat. Watson již delší dobu poukazuje na koncepční a filozofické problémy ošetrovatelské péče. Humanismus, dle M.J. Watson, jako lidskost, lidumilnost by měl být základním pilířem osobnosti každého pracovníka v ošetrovatelství. Watson upozorňuje, že povinná orientace v chování nevede k humanistické péči. Sestra má ulehčit jedinci dosáhnout harmonii mysli těla a duše vycházející z poznání sebe samé, z úcty k sobě. Jedinec vyžaduje kvalifikovanou péči a je nutné vyvolat pozitivní změnu. Poukazuje také na problematiku současného postavení sester, a to zejména z pohledu motivace sester – ke studiu, k práci v oboru. Domnívá se, že péče je základ ošetrovatelství, zároveň je i morálním ideálem, a slouží také jako mezilidský vztah (57).

1.2.8 Moderní vs. tradiční pojetí péče z pohledu M.J. Watson

V této podkapitole diskutujeme na základě literatury o pojmech jako je moderní a tradiční ošetrovatelství, autorka modelu této problematice věnovala velkou část svých publikací.

Současný vzestup mechanistického názoru ve zdravotnictví, můžeme definovat takto: mechanistický názor vnímá osobu (člověka) jako stroj. Člověk je tedy podobný stroji, a je složený z více částí, je pasivní a reaguje pouze tehdy, pokud dojde k silnému impulsu z vnějšku nebo z vnitřku. Počínání jedince se považuje za lineární řetězec podnětů a odpovědí na podněty. Mechanistický názor je úzce spjatý s redukcionizmem,

který převádí složité jevy na jednoduché, celostní na elementární. Dále tento názor uvádí, že všechny předměty, děje a jejich vlastnosti i naše zkušenost se skládají z konečných prvků nedělitelných částí. Mechanistický názor prezentuje, že jakmile máme dostatek vědomostí o částích, tak můžeme předvídat chování celku (53, 62).

Oproti tomu historicky starší názor organistický chápe osobu jako živý organizmus, integrovaný celek, vnitřně spontánně aktivní, vstupující do interakce s prostředím a reagující na prostředí. Organistický názor chápe chování jedince tak, že je spojeno se strukturálními změnami v organizmu, které mohou být kvalitativní a kvantitativní (4, 17, 42). Organistický názor je spjatý s holizmem. Obecně předpokládá, že živý organizmus je integrovaný a organizovaný celek, který není redukovatelný na části. Z předchozích informací je zcela patrné, že M.J. Watson se snaží ve svém modelu znovunastavit organistické vnímání pacientů, ale i sester samotných sebe. Změny ve zdravotních systémech na úrovni ekonomické a legislativní přinášejí před sestry celého světa nové povinnosti a úkoly. Sestry se stávají partnerem v léčbě jak pro klienta, tak i pro rodinu klienta. Sestry pracují s moderní technologií, plánují a řídí ošetrovatelskou péči, ošetrovatelskou péči vylepšují. Přes nápor mnoha povinností musí sestry najít cestu k uchování vcítění/empatie do bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb klientů (31, 62, 63).

1.2.9 Fenomenologie z pohledu M.J. Watson

M.J. Watson ve své práci dále pracuje s tzv. fenomenologií, proto tuto podkapitolu zařazujeme i do této práce, se snahou přiblížit problematiku co nejvíce čtenářům.

Fenomenologie, původem z řeckého slova „fainomai“, ukazují se, znamená obecně přesné zkoumání jevů. Fenomenologie praví, že je třeba dospět „k věcem samým“, jak se ukazují pohledu, který není vázán žádným nekriticky přejímaným výkladem či předchozím porozuměním. Místo neplodných spekulací je třeba se zabývat tím, co je nepochybně dáno v našem vědomí, tedy tím, co je onen fenomén. Autorka pracuje s pojmy, jako je minulost a přítomnost, které si uvědomujeme v přítomnosti.

Základní teze zní, že co si neuvědomuji, tak s tím nemohu zacházet. Naopak to, co si uvědomím, mi nabízí možnost být bohatší, celistvější. Co zažiji, mohu pochopit a integrovat (31, 50, 59).

Cílem fenomenologie je očista zkušenosti od předsudků a neproověřených činů. Fenomenologie je filosofický směr, založený Edmundem Husserlem ve snaze o pevnější a určitější založení filosofie, aby se tak mohla stát také pevným základem pro vědecké zkoumání skutečnosti vůbec. Husserl fenomenologii charakterizoval jako novou popisnou metodu a z ní vzešlou apriorní vědu, jež se má stát hlavním nástrojem pro přísně vědeckou filosofii. Člověk například vůbec nezpozoruje tiskovou chybu, protože svou intencí míří k obsahu, smyslu textu, takže si správné znění automaticky opraví či domyslí a fenomén vytištěného textu přehlédne. Husserlovu metodu tak můžeme přirovnat k postupu korektora, který nečte kvůli obsahu a smyslu, ale pozorně sleduje, co v textu skutečně vidí. Jak udává dále Fay, tak Husserl pokládal za nezbytné předem vyřadit všechny předpoklady, s nimiž k obsahům své zkušenosti běžně přistupujeme – především předpoklad jejich skutečnosti. To je jádro fenomenologické epoché – doslova zdržení se úsudku – dostat se co nejbliže k jejich původnímu zdroji čili fenoménu. Kdykoli vnímám nějaký hmotný předmět, vnímám jen jeho přivrácenou část, kdežto o té odvrácené sice jaksi vím – mohu se podívat z druhé strany – běžně předpokládám, že jsem věc viděl celou. Neviděná či transcendentní strana předmětu, kterou si mohu případně také prohlédnout, odlišuje předmět „v originále“ od pouhé vzpomínky nebo obrazu, které tuto možnost neposkytují. Originální zkušenost si člověk běžně okamžitě pojmenovává a tím zařazuje do nějaké obecné kategorie. Přitom se může snadno také zmýlit: lesknoucí se vozovku v horkém létě běžně vnímám jako mokrou a teprve při bližším zkoumání zjistím, že mokrá není. Shrnutím těchto různých výsledků dospěl Husserl k pojmu přirozeného světa, v němž se od rána do večera běžně pohybujeme, který však naší pozornosti uniká. V reflexi totiž využíváme všeho toho, co o vnímaném předmětu víme odjinud, zejména z vědy. V přirozeném světě Slunce samozřejmě „vychází“ a „zapadá“, ačkoli dobře víme, že je to zdání vyvolané rotací Země. Prostor se pro nás „prostírá“ dopředu a dozadu, doprava a doleva, nahoru a dolů, ale geometrie nás naučila pokládat jej za třírozměrný

a nezávislý na orientaci našeho těla. O zdánlivě pevném tělese také víme, že se skládá z atomů a je tedy vlastně silně porézní (33, 38, 59, 61).

Klient na první pohled připomínající chronického alkoholika může být ve skutečnosti klient se subdurálním krvácením. Ačkoliv na první pohled působí klient z hlediska vnějších projevů stejně (30).

1.2.10 Filozofický základ ošetřování dle M.J. Watson na základě humanistických faktorů

Základní strukturou humanistického ošetřovatelského modelu M.J. Watson je dodržování deseti humanistických faktorů při ošetřování, proto je třeba v této podkapitole tyto faktory blíže vysvětlit. Humanistické faktory dle M.J. Watson jsou tyto: zformulování humanisticko-altruistického systému hodnot, vytváření důvěry, víry a naděje, dále pěstování citlivého postoje vůči sobě i jiným, vytvoření vztahu pomoci a důvěry, podpora a přijetí pozitivních i negativních citů, využívání smyslového a tvořivého přístupu, podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví, zabezpečení ochranného duševního, fyzického prostředí, napomáhání uspokojení lidských potřeb, citlivost k existenčně-fenomenologicko-spirituálním silám (14, 31).

Analýza jednotlivých faktorů dle M.J. Watson

Faktor 1

Formování humanisticko-altruistického systému hodnot začíná již v raném věku. Tento hodnotový systém se rozvíjí na základě vlastních osobních zkušeností a zážitků. Watson zdůrazňuje, že péče, která je založena na humanisticko-altruistických hodnotách, může být rozvíjena na základě analýzy a na základě revize vlastních zkušeností a zážitků v důsledku interakce s různými kulturami. Jeví se jako nezbytné, aby byla sestra zralá k tomu, aby byla schopna podporovat a projevovat nesobecké altruistické chování k ostatním (14, 63).

Faktor 2

Faktor vytváření důvěry, víry a naděje, je zásadně důležitý jak pro péči, tak pro ozdravný proces. Sestra pomáhá osobám pochopit význam léčebného procesu, ale často je nápomocna při použití i jiných alternativních metod, jako jsou síla víry, naděje, meditace

aj. Když moderní věda již nemá co nabídnout, může být sestra tou, skrze kterou se získá pocit pohody a naplnění dalších složek jedince, tedy těch složek, které následně mají význam pro jedince (viz příklad v podkapitole aplikace modelu M.J. Watson ve Středisku humanistické péče) (14, 57, 63).

Faktor 3

Pěstování citlivého postoje vůči sobě i jiným. Projeví se jako citlivá interakce s ostatními osobami, sestra je schopna být emoční oporou druhých. Vztah musí být založený na důvěře a citlivosti sestry k ostatním. Tento vztah často překračuje fyzický a materiální svět jedince, vytváří se kontakt s emocionálním a subjektivním světem osoby jako cesta do jeho „vnitřního já“ (14, 57, 63).

První tři faktory tvoří "filosofii" pro péči dle modelu M.J. Watson. Zbývajících 7 faktorů vychází ze 3 základních faktorů, a společně tvoří jádro péče (14).

Faktor 4

Vytvoření vztahu pomoci a důvěry. Nejsilnějším nástrojem je způsob komunikace, kterým se utváří vztah k péči. Charakteristické prvky péče: komunikace, empatie, shoda a laskavost. Shoda znamená, že sestry jsou upřímné v interakčním procesu, jednají otevřeně a čestně. Takové sestry jsou schopny empatie (14).

Faktor 5

Podpora a přijetí pozitivních i negativních citů. Vyjádření pocitů jak pozitivních, tak negativních vede ke zlepšení úrovně sebeuvědomění, vede k pochopení chování toho druhého (14).

Faktor 6

Využívání smyslového a tvořivého přístupu. M.J. Watson důrazně doporučuje užívání vědeckých metod v ošetřování. Hovoří mimo jiné o využívání ošetrovatelského procesu. Na rozvíjení vědeckého základu ošetrovatelství je důležité provádění výzkumu. Není třeba vždy objektivních metod výzkumu, někdy je vhodné využít i subjektivních hledisek (14, 57, 63).

Faktor 7

Podpora vzájemného učení se, zodpovědnost za svoje zdraví. Tento faktor je zaměřený na učení sama sebe a druhých. Porozumění druhé osobě pomáhá sestře vytvářet procesní plánování, napomáhá uvědomit si své zdraví (14, 63).

Faktor 8

Zabezpečení ochranného duševního, fyzického prostředí. Zahrnuje činnosti, které sestra využívá na podporu, obnovu a udržování zdraví. Tento faktor zdůrazňuje zajištění podpůrného, ochranného, nápravného, duševního, fyzického, sociokulturního a duchovního prostředí. M.J. Watson tyto faktory dělí na: externě proměnné, jako jsou změna zaměstnání, rozvod, ztráta milované osoby, fyzické ubližování, nedostatek komfortu a jiné, a interně proměnné jako psychický stav, utrpení, bolest, spiritualita atd. Vnější a vnitřní faktory jsou vzájemně závislé. Sestra musí zajistit pohodlí, čistotu, soukromí a bezpečnost v rámci tohoto faktoru (14, 57, 63).

Faktor 9

Napomáhání uspokojení lidských potřeb. M.J. Watson vytvořila hierarchii potřeb pro sestry a ošetřování (jak znázorňujeme v grafu 2 v podkapitole Abraham H. Maslow a jeho pojetí M.J. Watson). Každá potřeba je stejně důležitá vzhledem ke kvalitní, komplexní ošetřovatelské péči, a pro podporu optimálního zdraví jedince (14).

Faktor 10

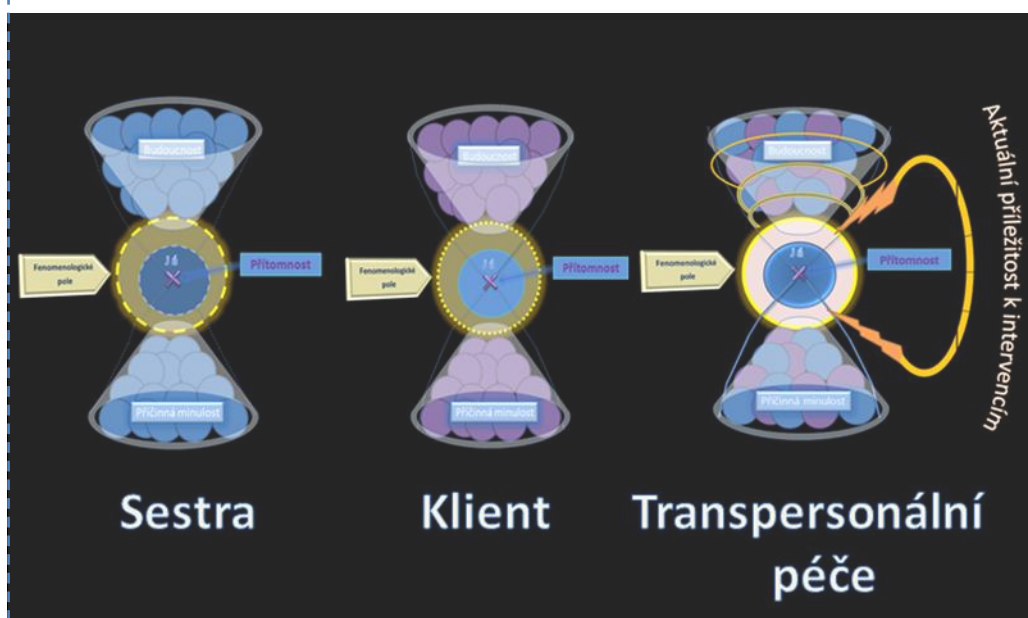
Citlivost k existenčně-fenomenologicko-spirituálním silám. Připuštění existencionálních a fenomenologických sil. Je to způsob, jak pochopit lidi, tedy jak se lidem věc jeví. V tomto faktoru se využívá fenomenologické pole (63, 64, 65).

Jak znázorňujeme ve schématu 2, v základním schématu fenomenologického pole dle M.J. Watson, tak jak sestra, tak klient má svou příčinou minulost, přítomnost, ve které je fenomenologické pole, a budoucnost.

Sestra i klient mají tedy svou příčinnou minulost, například důvod výběru svého povolání. Hodnoty a potřeby, které jsou u sestry či u pacienta vytvořeny v minulosti, vstupují do přítomnosti. V přítomnosti vstupují všechny minulé a přítomné hodnoty a potřeby do fenomenologického pole, ve

kterém dochází k sebepoznání, případně potlačování některých hodnot a potřeb, které sestra má. Fenomenologické pole představuje rámec informací individua, které je známo pouze této osobě, tedy sestře. Následně se promítá fenomenologické pole (a vše co představuje) do budoucnosti. Sestra může skrze své uvědomění si vlastní osobnosti, hodnot, potřeb, schopností a dalších vlastností poznat minulost pacienta (14, 63, 65).

Schéma 2 Fenomenologického pole dle M.J.Watson



Zobrazení vychází z: Watson, J. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science. 2. ed. New York: Springer, 2008. ISBN 82-6121-969

Sestra může prostřednictvím poznání svého fenomenologického pole, prostřednictvím ošetrovatelské péče a komunikace, vstoupit do fenomenologického pole pacienta. Sestra plánuje společně s pacientem jeho péči, za přímého uvědomění si pacientovo minulosti, přítomnosti a možné budoucnosti. V přítomnosti sestra dovede pacienta k tomu, aby vyjádřil své biologické, psychologické, sociální a spirituální síly. Vyjádření těchto sil vede k lepšímu pochopení sebe a ostatních. Prostřednictvím tohoto nalezla sestra s pacientem způsob, jak aktuálně působit na fenomenologické pole. Tím vzniká transpersonální péče. Transpersonalita označuje rozšíření lidského bytí ve světě za hranice fyzického těla, osobní masky, vlastního já, ega, až na vyšší, celostní a spirituální úroveň, na propojenost se všemi bytostmi a věcmi, s celým vesmírem, se

skrytými vnitřními silami. Transpersonální přístup se snaží o poznání nejhlubších možností člověka plynoucích z pravé podstaty lidského bytí, kterou podobně jako moderní psychologie i medicína chápe jako spojení různých existenciálních rovin: úrovně biologické, fyzické, psychické, emoční, sociální, kulturní, spirituální, energetické a dalších (14, 63, 64).

1.2.11 Abraham H. Maslow a vnímání jeho díla M.J. Watson

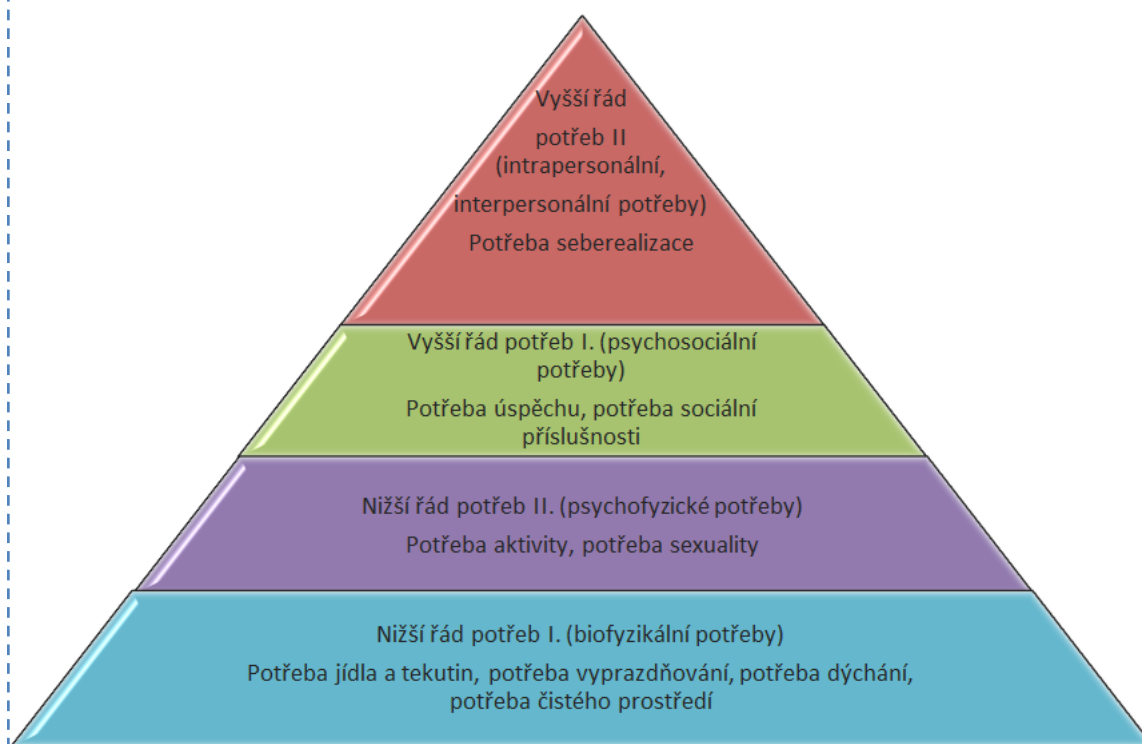
V této podkapitole uvádíme východisko M.J. Watson, směrem k vytvoření vlastní hierarchie potřeb.

Jak uvádí M.J. Watson, tak byla významně ovlivněna při svém studiu i následném hledání jádra ošetřovatelství, pojetím hierarchie potřeb dle A.H. Maslowa. Tento americký psycholog byl organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii v USA. Podle Maslowa má každý jedinec systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, některé z motivů jsou silnější než jiné (50, 57). A.H. Maslow vysvětluje, že člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plného uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo potřeba další. Pro člověka je charakteristické, že v celém životě stále něco potřebuje. Myšlenky A.H. Maslowa zaměřené na využívání poznatků o jedinci a jeho potřeb jsou následující:

- 1) Poznání a pochopení sama sebe napomáhá v uspokojování vlastních potřeb.
- 2) Pochopením potřeb druhých lidí posuzujeme a hodnotíme jejich chování. Poznatky o základních potřebách jsou podkladem pro ošetřovatelský proces a jeho realizaci. Hodnocení potřeb je základem pro zhodnocení člověka, zařazení do priorit a naplánování ošetřovatelských zásahů.
- 3) Teoretické znalosti lidských potřeb, faktorů a situací, vlivem kterých se potřeby mění, umožňují sestře přiměřenou intervenci u jedinců.
- 4) Sestra může znalosti o lidských potřebách využít při edukaci člověka, podpořit ho, podpořit člověka v jeho seberealizaci, pomoci mu nalézt řešení jeho problému, pomoci mu přijmout nevyhnutelné, napomoci uklidnění a ocenění sama sebe (50).

M.J. Watson vypracovala vlastní hierarchii potřeb (vizualizace je uvedena ve schématu 3). Dle její teorie, je každá potřeba je stejně důležitá pro kvalitu ošetrovatelské péče a podporu optimálního zdraví člověka. Všechny potřeby člověka si zaslouží pozornost, nápomoc při naplňování a ocenění při dosažení potřeby (např. člověk, který je po úrazu, je omezen v pohybu dolních končetin, by měl být oceněn, třeba i jen slovně, že rehabilituje). M.J. Watson rozděluje potřeby do dvou základních oblastí: nižší potřeby a vyšší potřeby. Do nižších potřeb řadí biofyzikální potřeby a psychofyzické potřeby. Do vyšších potřeb řadí psychosociální potřeby společně s interpersonální a intrapersonální potřebou. Stanovení hierarchie potřeb nevyklučuje nezbytnost pohledu na každou osobu v celkovém kontextu. Vyzdvihuje holisticko-dynamický rámec pohledu na lidské potřeby, uspokojení lidských potřeb vede k úplnému rozvoji každého jedince (14, 63, 57).

Schéma 3 Uspořádání potřeb podle M.J. Watson



Zobrazení vychází z: Watson, J. Nursing: Human science and human care. 2.ed New York: Appleton-Century-Crofts. 1999. ISBN-10: 08-8737-4174

1.2.12 Feminismus a jeho vliv na koncepční model M.J. Watson

Autorka koncepčního modelu při jeho zpracování vycházela i z prvků feminismu, sama byla aktivní feministkou, pro pochopení modelu je třeba uvést i následující informace.

Jak jsme již zmiňovali, M. J. Watson se zaobírala nejen mechanistickým a organistickým názorem v ošetrovatelství, ale také pojetím ženy v její době. V jejích názorech můžeme spatřovat prvky liberálního feminismu, který si všímá rozdílů mezi soukromou a veřejnou sférou. V soukromé sféře je žena zejména pečovatelka o domácnost, o děti, uspokojovatelka sexuálních potřeb aj. (1, 44). Ve veřejné sféře jde o peníze a moc, sociální status a sebeuplatnění. Jedna z autorek liberálního feminismu udává, že role manžela je nadána autoritou a svobodou, zatímco k ženské roli patří zejména poskytování domácích, sexuálních a emocionálních služeb. Feministky a feministé liberálního proudu uvažují o strategiích, jež mohou vést ke změně stavu. Watson v kontextu s tímto udávala, že žena může být nejen manželka, ale i sestra, uznávaná učitelka, či lékařka. Hovořila také o potřebě rovného přístupu žen ke vzdělání (1, 30).

1.2.13 Sociologické aspekty modelu

V této podkapitole uvádíme nejdůležitější informace z hlediska sociologických aspektů, které jsou v modelu obsažené.

Klient, který přichází poprvé do zdravotnického zařízení, se setkává s celou řadou skutečností, které mu nemusí být úplně jasné, naopak mohou být pro něho velmi neobvyklé v porovnání s tím, co dosud zažil. V případě hospitalizovaného pacienta znamená změna jeho sociální situace radikální změnu prostředí, změnu jeho současného života. Být pacientem není žádoucí sociální role. Současně preferovaný styl života, kdy je za ideálního pracovníka považován mladý jedinec, který netrpí žádným onemocněním, může být pro někoho až frustrující (66). Onemocněním se stává člověk nemocným, členem sociální skupiny nemocní, tedy je vyřazen ze společnosti zdravých lidí. Ocítá se v pozici člověka, který je psychicky, ale i společensky podřízen (potřebuje léky, péči apod.). Tento stav bývá často spojený

s velmi negativním pocitem. Například v souvislosti s návštěvou odborné ambulance mohou vyvstávat v mysli pacienta nejružnější otázky, např. jaká sestra či lékař bude na příjmové recepci, jak vyjádří on sám svoje problémy a pocity, jak dlouho bude čekat na ošetření, jakou náladu bude mít sestra či lékař. Další otázkou je, zda bude v důsledku onemocnění hospitalizován. Hospitalizovaný klient musí ležet bez ohledu na to, zda mu je či není pobyt na lůžku indikován. Tyto otázky velice úzce souvisí s emocemi pacienta. Pobyt v nemocnici, či v čekárně ambulance, je většinou spojen se strachem, napětím a psychickou nepohodou. A kdo může tyto pocity ovlivnit? (57, 67).

Situaci v nemocnici značně ovlivňuje skutečnost, že sociální postavení personálu a pacientů je značně odlišné. Vstup do toho prostředí pro ně dle Bártlové znamená „nutnost osvojit si novou roli“ (Bártová, 2005). Samozřejmě tuto novou roli může klient, spolupacienti, jeho rodina, či přátelé ovlivnit. Výrazným prvkem a činitelem pro nemocného je zdravotnický personál. Právě sestra má možnost svým chováním a vystupováním usnadnit přichozímu vstup do jeho role pacienta tak, aby se necítil bezradný a ztracený (66).

V současnosti, jak uvádí Staňková, „je povolání sestry ošetrovatelská služba nemocnému“ (Staňková, 2003). To tedy znamená postavit se do boje za nejvyšší hodnoty člověka, do boje za zdraví a za navrácení nemocného do rodiny a do společnosti. V tomto významném povolání může sestra dojít štěstí a spokojenosti, jestliže dobře uvážila, zda její ideál být sestrou se kryje s povinnostmi, které tato služba obsahuje. Sestra není služka nebo otrokyně, která musí vždy a za jakýchkoliv situací plnit někdy i nemyslitelná přání pacienta. Sestra však musí být vybavena krizové situace zvládat tak, aby pacientovi neublížila a neublížila ani sama sobě (5, 68, 69).

Názory na ošetrovatelství před reformami Florence Nightingale a jejích současníků byly rozdílné. Podle některých zdrojů a zápisků lze usuzovat, že sestry z chudších vrstev obyvatelstva, mimo ošetřování nemocných pracovali také jako "uklízečky místností" a to zejména pro jejich omezené vzdělání a znalosti. V mnoha nemocnicích byly sestry v tomto období staré, nemohoucí a negramotné. Oproti tomu

některé prameny hovoří o řádových sestřích, které pečovaly o pacienty ve špitálech, a které vykonávaly svojí práci z náboženského přesvědčení (67, 5).

Existuje více motivů, vedoucím k reformě ošetřovatelství. Jeden z motivů, je potřeba lékaře mít vedle sebe dalšího pracovníka, který by ošetřoval nemocného. Přesto existovala obava, že ošetřovatelská profese bude života neschopná. Tato obava se opírala o zmíněnou rozdvoušenost ošetřovatelské profese, kdy chudší vrstvy obyvatelstva nebyly gramotné, a vznikem této profese došlo k obavě z růstu městské dělnické třídy, což představovalo ve své podstatě hrozbu pro nový ekonomický a sociální řád tehdejší společnosti (5, 57, 66). Dalším faktorem při vzniku moderního ošetřovatelství byla potřeba najít zaměstnání mnoha ženám ze střední a vyšší vrstvy, což by je zbavilo jejich závislosti na mužích. Ženy, které nechtěly nebo nemohly najít manžela, měly jen málo příležitostí vydělat si na slušné živobytí (67).

Vedle výše zmíněných skutečností byl ovlivněn další vývoj role sestry i medicínou. Převládlo v ní úzce mechanistické pojetí zdraví a nemoci. Pozornost byla obrácena k jednotlivým orgánům a funkcím, nemoc byl izolovaný jev, a nemocný byl pasivním subjektem v péči zdravotníků. Ošetřování se postupně stávalo spíše souhrnem jednotlivých úkonů, aplikací injekcí, měření teploty, podávání léků atd., zkrátka převládala technická stránka sesterské činnosti. Z ošetřovatelství se vytrácela ona myšlenka humanismu (5, 66). Také obsah výuky na školách se stále více zaměřoval na nácvik ošetřovatelských technik. Tento vývoj byl umocněn v polovině minulého století nebývalým rozvojem medicínských věd a doslova vpádem technických prostředků do nemocnice, o čemž se hovoří jako o mechanistickém pohledu na nemocné (1, 67, 70, 71).

Je nutné připomenout další faktor, který působil na podobu role sestry. Je to růst velikosti nemocnic, ze kterých se často stávaly až nepřehledné spletené a organizačně zmatené budovy. Pro lékaře a pro sestry vznikají nové činnosti, které bezprostředně nesouvisí s ošetřováním nemocných, dochází k přetěžování sester administrativou a i tím k jejich dalšímu vzdalování od pacienta. Toto vše vedlo k určité dehumanizaci ošetřování, stejně jako léčbě (66).

Od počátku vzniku profese byla sestra považována za člena týmu, který poskytuje základní péči pacientům a nepochybně je to i nadále hlavní funkcí ošetřovatelství. Do popředí se dostávají staronové činnosti na principu holistického myšlenkového proudu. Změny sesterské profese byly předmětem I. evropské konference o ošetřovatelství, která se konala ve Vídni v roce 1988 pod záštitou WHO. V deklaraci byla zdůrazněna úloha ošetřovatelské péče v primární zdravotnické linii. Přeměna ošetřovatelství vychází dle deklarace z analýzy populace, nemocnosti apod. V této době začalo docházet k vyššímu výskytu psychosomatických onemocnění (66, 72).

1.3 Hlavní složky modelu

V této podkapitole budeme definovat hlavní složky modelu. Hlavní složky každého koncepčního modelu jsou definice ošetřovatelství, definice pacienta, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob zásahu a důsledky (17).

Hlavní předpoklady ošetřovatelské péče dle M.J. Watson formulované znovu v roce 2002, jsou tyto.

1. Péče může být efektivní, když je v praxi realizována interpersonálně.
2. Péče zahrnuje 10 humanistických faktorů, které směřují k uspokojování lidských potřeb (humanistické faktory jsou uvedeny dále).
3. Efektivní péče podporuje zdraví a individuální vývoj jednotlivce a komunity.
4. Ošetřovatelství akceptuje osobu nejen takovou, jaká je v současnosti, ale jakou se stane v budoucnosti prostřednictvím fenomenologického pole.
5. Péče v prostředí se poskytuje na takové úrovni, aby došlo k rozvoji potenciálu, osoba má možnost vybrat tu nejkvalitnější péči v daném čase.
6. Péče má být založena na důkazech. Ošetřovatelská praxe slučuje medicínské znalosti se znalostmi o lidském chování a podporuje zdraví.
7. Péče a ošetřovatelská praxe jsou prioritou pro ošetřovatelství (1, 18, 52).

Ošetřovatelství se zaměřuje na podporu zdraví, prevenci nemocí, péče o nemocné a obnovení zdraví. Zaměřuje se na podporu zdraví a léčbě nemocí. M.J. Watson věří, že komplexní zdravotní péče má zásadní význam pro praktickou péči v ošetřovatelství.

Vymezuje ošetřovatelství jako pečující vědu osob o lidském zdraví a nemoci ve zkušenostech, které jsou zprostředkovány profesní, osobní, vědeckou, estetickou a etickou lidskou transakcí (1, 18, 73).

Cíl ošetřovatelství je pomoci jedinci dosáhnout harmonii mysli, těla a duše prostřednictvím 10. faktorů humanistické péče. Tento cíl vychází z poznání sebe sama, z úcty k sobě, vede k uzdravování, a k sebeběči (14, 45, 63, 73)

Pacient/klient je lidská bytost, je to neopakovatelný jedinec, jehož zdraví souvisí s harmonií biologických, psychologických a sociálních složek, a na této harmonii je jeho zdraví přímo závislé. Mysl jedince a jeho emoce jsou oknem do jeho duše (14, 63, 73)

Zdraví naznačuje harmonii a rovnováhu mezi různými dimenzemi lidské existence. Je to také vysoká úroveň celkového fungování v oblasti fyzické, duševní a sociální. Obecně je také zdraví, když je jedinec schopen adaptace na každodenní situace. Zdraví je také stav, kdy je nepřítomnost nemoci, nebo je přítomnost úsilí o nepřítomnost nemoci (1, 31).

Ošetřující *prostředí* existuje v každé společnosti. Sestra má v sobě a v okolí vytvářet takové prostředí, které vede k poznání sebe i druhých (31).

Role sestry je humanistický přístup prostřednictvím 10. faktorů péče k sobě, pacientovi, rodině pacienta. Sestra má ulehčit jedinci dosáhnout harmonii mysli těla a duše, vycházející z poznání sebe samé, z úcty k sobě (31, 57, 63, 64, 74).

Zdroj potíží je v nerovnováze mysli, těla a duše (vnitřní a vnější prostředí).

Způsob zásahu: ošetřovatelský proces, kvalifikovaná péče, ovlivnění myšlení, relaxace, meditace, edukace, pochopení. Ošetřování je jádrem ošetřovatelství, senzibilita mezi osobou a sestrou je neoddělitelnou součástí péče (64).

M.J. Watson hovoří o tom, že *ošetřovatelský proces* obsahuje stejné kroky jako vědecký výzkum procesu. Oba se snaží řešit procesně problém (14, 34).

Výsledkem ošetrovatelské péče je posílení zdraví jedince a vytvoření či navrácení jeho vnitřní harmonie. Podpora humanisticko-altruistických hodnot v naší denní praxi pomáhá překročit ošetrovatelství ze stavu, kdy je ošetrovatelství chápáno jako „jen práce," do stavu „láskyplné profese“ (34, 39).

M.J. Watson věří, že skrz lásku a empatii dostane klient lepší péči. Osoba, která zná sebe, je poté schopna více vnímat a poznat druhého jedince. Další významnou oblastí, o které autorka hovoří, je vlastní proces pečování. M.J. Watson věří, že pokud je proces péče sdílen jak sestrou, tak jedincem, napomáhá se tím v efektivnosti a důvěrnosti péče. Její teorie volá po úctě a posvátnosti vzhledem k životům jedinců, které sestry ošetřují, a k úctě a posvátnosti k všemu žijícímu. Ona nás doslova vyzývá k novému pohledu na sebe, na svůj život, na ošetřování a teorie v ošetrovatelství. Její teorie usiluje o to, aby sestra dokázala poznat sama sebe, kořeny své profese, aby si toto uvědomovala a tyto vlastnosti vložila do výkonu své profese. Sestra by tedy měla poskytovat péči, kterou reaguje na druhého člověka, a při tom svou práci poskytovat s láskou a empatií (31, 74, 75, 76).

1.4 Praktická aplikace modelu humanistické péče dle M.J. Watson

1.4.1 Aplikace modelu M.J. Watson ve Středisku humanistické péče

The Denver Nursing Project in Human Caring (dále Středisko humanistické péče), bylo založeno jako reakce na myšlenky modelu M.J. Watson, jako projekt podporovaný ošetrovatelskou odbornou veřejností v USA. Během několika let personál tohoto výzkumného centra vytvořil mnoho introspekcí o tom, jak model funguje v praktickém využití. Středisko humanistické péče zajišťovalo nepřetržitý provoz nemocným s HIV/AIDS od roku 1988. Na základě zkušeností z tohoto projektu zaměstnanci udávají, že tím zásadním posláním Střediska humanistické péče byla jeho pozornost na duši a duševno všech zúčastněných jedinců, tedy nejen pacientů, ale i personálu. Zaměření na duši, na spirituální část jedince, souvisí dle jejich názorů se schopností zúčastněných k vyjádření lásky. Následující odstavce popisují některé hodnoty a postupy, které k tomu mohou dopomoci.

V tomto odstavci využijeme popisů a komentářů k činnostem, které vykonával ve Středisku humanistické péče pan Hecomovich (ošetřovatelský pracovník). Když poprvé začal spolupracovat se střediskem, debatoval společně s kolegy o tom, že jejich způsoby společné práce budou určitě rozdílné, protože budou rozdíly v postupech, které znají. Přesto jejich cílem bude pracovat dle modelu M.J. Watson. Postupně se ukázala jejich týmová práce jako jedinečná kombinace pracovních činností, sami přispěli k výjimečné a naplňující týmové spolupráci. Když hovoříme o týmu, nejedná se pouze o tým zaměstnanců, ale spíše o komunitu, jenž vznikla společně s pacienty tohoto střediska. Všichni oceňovali jejich spiritualitu, a ačkoli mohou užívat jiných slov k popisu jejich systému či víry, tak jejich práce má smysluplný význam konkrétně zde a právě teď (14, 77).

Středisko humanistické péče bylo mnohem více než jen pracoviště pro personál a zázemí pro klienty, kteří přišli pro léčbu, službu, informaci, či podporu. V průběhu času se ukázalo, že je to nová pečující komunita. Jak vyjádřil v psané eseji jejich klient: "V tomto malém stavení z červených cihel se všichni tito mimořádní lidé spojili s ostatními jako jedna velká rodina. Sdílené smýšlení a hodnoty zahrnovali úctu k důstojnosti každé osoby, práva a zodpovědnost každé osoby k tomu, aby dělaly svá informovaná rozhodnutí, vztahující se ke zdraví, či víře. Tito jedinci měli vnitřní zdroje k tomu, aby podporovali jejich vlastní růst a uzdravování a dostatečně vybudovanou víru k tomu, aby přispěla skrze ošetřovatelskou péči k uzdravení a zdraví" (14, 77).

Právě tyto charakteristiky vystihují tuto komunitu, a zejména zaměstnance, po celou dobu jejího provozu. Kerfoot z tohoto střediska vysvětluje, že rolí vůdce je vytvořit smysl společenství na pracovišti, kde lidé mohou cítit silný smysl jednoty a sounáležitosti dbající o sociální potřeby obyvatelstva. Hovoří o tom, že pečování a jeho plnohodnotné uvědomění je základ úspěšného vedení a vytváření ducha komunity. Ve Středisku humanistické péče bylo vedení vždy sdílenou funkcí. Jak se učili lidé ze Střediska humanistické péče komunikovat laskavě a otevřeně sami mezi sebou, pomohlo to odhalit jejich jednotlivé hodnoty, naděje a obavy. Najednou se byli schopni rozhodnout společně na sdíleném úkolu, který měl přednost před osobními potřebami

a přáními. Mnohem častěji byl zaměstnanec střediska partnerem pacienta, v činnosti pro jejich centrum (14).

Kerfoot udává, že většinou se lidé ptají na následující otázky k Středisku humanistické péče.

1. Bylo to snadnější nebo těžší "zavádět a užívat tuto teorii u skupiny lidí s HIV/AIDS, než by to bylo s jinou skupinou?
2. Jak se sestry a další personál vyhnul syndromu vyhoření ve skupině jedinců s tak vysokou úmrtností?

Odpovědi na tyto otázky jsou popisem pozorování a názorů, mnohé z nich byly vytvořeny na základě diskuse se zaměstnanci centra, klienty, studenty a dalšími návštěvníky. Konkrétně tedy k otázce 1. Teorie humanistické péče dle M.J. Watson velmi přesně pasovala jako průvodce přístupu skupinové péče, se skupinou pacientů s HIV/AIDS onemocněním. Není (doposud neexistuje) causální léčba pro pacienty s touto vážnou diagnózou. Teorie M.J. Watson a postupy jaké doporučuje s jejich důrazem na duchovní energii, spojitost, a vnitřní uzdravení, byla nejvíce realistickým a upřímným přístupem, který mohl být využit (77, 78)

Ve spisech o seniorské populaci západních států v kontextu s poskytovanou péčí se objevují následující zajímavé názory. Jsme neochotní si přiznat, že všichni máme potřebu péče. Domnívá se, že jsme neochotni rozeznat důležitost role péče v našich životech, od naší neschopnosti v pochopení smrti. Bez ohledu na to, jak úspěšně pečujeme o sebe nebo druhé, lidský život končí smrtí. Tronto věří, že jestli interpretujeme jistotu smrti jako důkaz o lidské zranitelnosti, nedokážeme používat péči jak důležitou část lidského života. Uvádí důležitost rozpoznání své role, v postupném spojení vzájemných vztahů přijímání a dávání během života. Uvědomění tohoto nám může poskytnout možnost, jak přehodnotit a uvážit některé ze způsobů, ve kterých nyní nedokážeme pracovat s lidskou zranitelností (69).

K otázce 2. Část odpovědí k první otázce se této otázky také týká. Přesto je důležité tuto otázku odpovědět. Personál tohoto centra rozeznává a ctí vážnou zkušenost sdílení spirituální cesty pacientů, kteří akceptují, že jejich lékařská diagnóza povede k fyzické smrti. Přesto se tito pacienti rozhodují žít naplno jak je maximálně

možné až do smrti. Personál se učí nevytvářet bariery, nevzdalovat se spirituálně od klientů, se kterými je ve vztahu. Ošetrovatelský personál i klienti sdílejí svoji zranitelnost, uvědomují si smrtelnost, v tomto případě přímé následky fatální diagnózy jako je HIV/AIDS pro jedince, a tak čerpají sílu jeden z druhého.

Projektový ředitel střediska byl také zahrnut do tohoto smýšlení, modelu M.J. Watson. Chceme zde uvést Jasonův příběh, protože popisuje mnoho z myšlenek spirituálního růstu, který se nám ve středisku daří vytvářet. Tento příběh je popisován právě z pohledu projektového ředitele Střediska humanistické péče. Je to jeden z tisíce autentických vztahů, které v tomto středisku vznikají.

Jason byl klient Střediska humanistické péče téměř 3 roky. Když jsem ho poprvé potkal, působil jako příjemný, inteligentní, úspěšný a poněkud arogantní muž. Jeho vzkaz k nám byl, jdu zničit AIDS, nemůže mě dostat, ale nebylo tomu tak. Jason měl v průběhu své léčby neobvyklou smůlu ve vedlejších účincích testovaných antivirotik (vyžadovala četné transfuze krve). Jason zažil množství oportunních infekcí, později také bolestivé a vysilující periferní neuropatie a závažný Wasting syndrom. Jak se jeho zdravotní stav zhoršoval, pozměnilo to jeho přístup k nemoci. Říkal, že ho možná AIDS nezničí, ale nikdy nenechá dojít vývoj AIDS tak, aby ho nechalo závislým na druhých v jeho základních životních potřebách. Popsali jsme to sice jako názory Jasona, nicméně personál střediska to vnímal jako jisté cíle Jasona. Brzy poté se Jason přesunul do domu své 76leté matky, což bylo extrémně stresující pro ně oba. Postupně byly jeho základní životní potřeby zajišťovány jeho matkou a domácí ošetrovatelkou. Jasona jsem navštívil doma asi týden předtím, než umřel. Požádal jsem ho (s ujištěním, že pokud považuje otázku za nevhodnou, že na ní nemusí odpovídat), jak se staví ke svým prohlášením směrem k AIDS z dob počátků u nás ve středisku, jestli se to změnilo, když je teď upoutaný na lůžko a základní potřeby mu zajišťují druzí lidé. Usmál se, zjevně rozuměl důvodu mé otázky, a sdělil mi, že nejdříve začal zaznamenávat, že pokud ztratí jednu schopnost, musí najít nějakou jinou, o které předtím nevěděl. Potom během několika posledních měsíců se s matkou usmířil, a nyní je jejich vztah krásný, lepší než dříve. Což je pro něj dobrý pocit. Rozhodl se nespáchat sebevraždu, protože matku nechtěl opustit. Nechce také opustit Marka

(jeho 4letý synovec) tímto způsobem, a nakonec se začal cítit jako pozorovatel vlastního života pokračujícího a jsoucího zajímavým. Jason chce zůstat, aby mohl pozorovat vývoj okolo sebe.

Jason strávil mnoho času během posledních měsíců života v centru. Jeho matka ho nechávala mimo domov, jak to jen šlo. Mnoho času strávil podřimováním na sofa ve společenské místnosti centra, kde přemýšlel a přetvářel svůj život. Přijal svou vlastní smrt. Ocenil tuto autentickou péči střediska. Umřel duchovně zdravý, vyrovnaný. Chtěl zůstat, aby viděl, co se stane příště, s pocitem přijetí a míru (77, 78).

Sestry a personál střediska dávali pozor na vlastní spirituální cesty, respektovali a podporovali ostatní. Mnoho specifických strategií zahrnující psychologické taktiky (výstup na horu), arteterapeutické aktivity, fyzická cvičení, psaní zpráv, tělesných terapií a další činnosti vedly k zajištění otevřené komunikace a společné podpore v bezpečí této komunity. Když opustil zmiňovaný projektový ředitel tento projekt, a dostal se k úplně odlišné práci, byl překvapen, jak byl schopen vydržet zkušenost být součástí nové ošetrovatelské komunity, tato zkušenost ho posílila (14, 77, 78).

1.4.2 Aplikace modelu M.J. Watson v praxi komunitní sestry

Nesim je 60 let starý muž, a žije v manželském svazku. Bydlí ve vícegeneračním domě se svými dětmi a vnoučaty. Jeho primární lékařská diagnóza je hypertenze. Svoji nemoc při prvním setkání s komunitní sestrou vnímal jako něco co ho obtěžuje, co musí zdolat léky, není přeci třeba měnit své životní návyky. Podle modelu M.J. Watson začala postupně komunitní setra budovat s pacientem důvěryhodný a autentický vztah. Prostřednictvím tohoto ošetrovatelského vztahu vedlo stanování společných cílů k rozvinutí pacientova přístupu k řešení problému, již po krátké době se sestře podařilo podporovat a přijmout Nesimovi pozitivní i negativní city. Komunitní sestra podporovala tato vyjádření pozitivních i negativních pocitů pacienta. Společně s Nesimem se jí podařilo vytvořit změnu v uvědomění si vlastního zdraví a zejména nemoci. Edukovala Nesima a jeho rodinu k vhodné péči. Jak Nesima edukovala o hypertenzi, postupně se začali zlepšovat Nesimovy techniky zvládání nemoci. Při dalších setkáních se již na komunitní setru Nesim těšil, a potvrdil také hlubokou důvěru v sestru. Nesim se sestrou vytvořil uzdravující prostředí na všech

úrovních. Sestra zaujala Nesima v umění své péče a v uzdravujících postupech. Ve výsledku se sestře podařilo, aby dovedla pacienta k samostatnosti v léčbě hypertenze, pomohla jeho novému vnímání zdraví a nemoci a zejména k zodpovědnosti za své zdraví. Podpořila uspořádání bio-psycho-sociálně spirituální jednoty Nesima, tedy celistvosti a jednoty ve všech aspektech péče, směrem k léčbě hypertenze (79).

Účinnost péče dle modelu M.J. Watson na kvalitu života a výši krevního tlaku u pacientů s hypertenzí, zkoumali odborníci v rámci projektu: The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. Tato studie prokázala souvislost mezi péčí dle modelu péče M.J. Watson a zvýšením kvality života pacientů s hypertenzí. Dále studie ukázala, že u těch pacientů, u kterých byl vykonáván model péče dle M.J. Watson, byl vztah ke snížení krevního tlaku těchto pacientů. Na základě tohoto výzkumu se doporučuje model M.J. Watson jako návod pro ošetřování pacientů s hypertenzí, jako jedna z cest snižování krevního tlaku a zvýšení kvality života pacientů s hypertenzí (80).

1.5 Metoda pro výzkum teorie M.J. Watson z pohledu autorky modelu

Optimální metoda pro výzkum teorie je přirozenější prostřednictvím výzkumu v terénu, který má kvalitativní uspořádání. Názory autorky jsou nejvíce v souladu s fenomenologickou a existenciální metodikou pro studium a šetření. Výzkumníkům tohoto modelu je doporučeno, aby zaujali přesahující přístup charakterizovaný kreativním paradigmatem, který bude odpovídat nové filozofii vědy, ale současně zachovávali vysoké standardy, důslednost a důvěryhodnost. K příkladům patří historický výzkum, srovnávací případové studie, literární díla, filozofická analýza a podrobování klinických dat novým analytickým technikám, například empirické fenomenologické analýze, neoetnografickým přístupům atd. Metodicky je možno testovat model na stejném místě, kde proběhne šetření, ještě před zaváděním výzkumného šetření, a následně v průběhu výzkumného šetření. Stejná data jsou tedy prezentována ze dvou odlišných hledisek. Takový přístup může být nejvhodnější (81, 82).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

1. Zjistit informovanost sester o koncepčním modelu M. J. Watson.
2. Zjistit, jaké změny vyvolává poskytování ošetrovatelské péče na základě koncepčního modelu M. J. Watson u vybraných sester a klientů.

2.2 Hypotézy

1. Sestry nejsou informované o koncepčním modelu M. J. Watson.
2. Sestry nevyžívají koncepční model M. J. Watson při ošetrování svých klientů.
3. Sestry uznávají empatii jako důležitou schopnost sestry.
4. Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle délky praxe.
5. Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle věku.
6. Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle vzdělání.

2.3 Výzkumné otázky

1. Budou sestry při realizaci ošetrovatelské péče dle M. J. Watson udávat větší spokojenost se svojí prací než dříve?
2. Budou sestry spatřovat větší přínos ve způsobu poskytování ošetrovatelské péče dle M. J. Watson oproti své běžné praxi?
3. Jak ovlivňuje klienty poskytovaná ošetrovatelská péče dle M. J. Watson?
4. Jak budou sestry hodnotit úspěšnost aplikace deseti faktorů humanistické péče dle M. J. Watson?
5. Jaká negativa vnímají sestry při aplikaci modelu M. J. Watson v praxi?

3. Metodické postupy

3.1 Použité metody a techniky

Kvantitativní výzkumná část byla zpracována pomocí dotazníku, který byl připraven na základě studia odborné literatury při spolupráci na grantovém projektu GAJU 079/2010/ s názvem Použití koncepčního modelu a klasifikačních systémů v ošetrovatelské dokumentaci, realizovaném na ZSF JU, jehož byl autor úspěšným spoluřešitelem (dotazník je umístěn v příloze č. 2).

Pomocí dotazníků zaměřených na problematiku koncepčních modelů jsme zjišťovali informovanost sester o koncepčním modelu M. Gordon a M. J. Watson. Zde jsme se zaměřili také na informovanost sester dle délky jejich praxe, dle jejich věku a vzdělání. Dále jsme zjišťovali zájem o využívání koncepčních modelů v praxi a zájem sester k dalšímu vzdělávání v oblasti koncepčních modelů. Dotazník byl určen pro sestry ze standardních oddělení a z oddělení intenzivní péče. Byl anonymní a obsahoval celkem 54 otázek, z nichž bylo 21 otázek zaměřených na oblast koncepčních modelů. Celkový počet všech rozdaných dotazníků činil 750. K analýze dat bylo potom použito 565 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 75 %. Data byla zpracována pomocí frekvenčních a následně kontingenčních tabulek.

Kvalitativní výzkumná část byla realizována v Domově Sue Ryder v Praze, kde byl koncepční model M. J. Watson i realizován. Pro tuto část výzkumu byly využity rozhovory se sestrami a klienty. Rozhovor byl zpracován na základě překladu originálního textu M. J. Watson (65) určeného pro analýzu aplikace jejího koncepčního modelu (rozhovor je umístěn v příloze č. 3 a 4). Dále proběhla rámcová analýza a třídění dat z deníku sestry. Deník sestry byl připraven na základě studia literatury M. J. Watson. Výsledky z rozhovorů jsou zpracovány pomocí modifikovaného přístupu rámcové analýzy dle Ritchieho a Spencera. Získané výsledky dále vyhodnocujeme pomocí základních statistických procedur obsažených v programu Microsoft Office Excel 2010, kdy vycházíme ze studia údajů od Hendla (83).

3.2 Charakteristika sledovaného souboru

Výběrový vzorek sester v kvantitativní i kvalitativní části výzkumného šetření tvořily všeobecné sestry, které mají oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu, pracující u vybraného poskytovatele zdravotních služeb.

Výzkumný soubor pro kvantitativní formu šetření tvořily sestry od všech sedmi nemocničních poskytovatelů zdravotních služeb Jihočeského kraje.

Pro realizaci kvalitativní části výzkumného šetření byl využit poskytovatel zdravotních služeb Domov Sue Ryder v Praze. Domov Sue Ryder pečuje od roku 1998 o seniory, kteří potřebují v důsledku nemoci či vysokého věku pomoc druhých. Domov usiluje o to, aby jeho klienti a jejich blízcí prožívali důstojné stáří, zůstávali součástí přirozeného společenství a mohli si užívat drobných radostí života. Jednou ze služeb, kterou Domov Sue Ryder poskytuje, je pobytová služba Domov pro seniory. Nabízí dva druhy pobytů - dlouhodobé a přechodné. V Domově Sue Ryder je ošetrovatelská péče poskytována ošetrovatelským procesem.

Výzkumný soubor pro kvalitativní část šetření tvořily sestry a klienti s dlouhodobým pobytem v Domově Sue Ryder. Sester (respondentek) bylo celkem 8 a klientů (respondentů) bylo rovněž 8. Všichni respondenti vyjádřili souhlas s výzkumným šetřením, ale nesouhlasí se zveřejňováním údajů, které by bylo možno v případě jejich využití chápat jako porušení zákona na ochranu osobních údajů. Dle jejich požadavků se toto opatření vztahuje také na jméno, příjmení, věk a délku celkového pobytu v Domově Sue Ryder. Lékařské diagnózy anonymizovaných klientů studie jsou uvedeny v příloze práce č. 5. Sestry byly motivovány k intenzivní spolupráci na výzkumném šetření nefinanční odměnou ze strany autora práce.

3.3 Realizace kvalitativního výzkumu

Výzkum byl realizován celkem 6 pracovních týdnů v období dubna až června 2012. Na začátku proběhlo jednání s hlavní sestrou Domova Sue Ryder (dále Domov), kde byl vysvětlen výzkumný účel šetření. Po souhlasném stanovisku s realizací výzkumného šetření v Domově vybrala hlavní sestra skupinu sester a klientů, kteří se výzkumného šetření zúčastnili. Sestry a klienti byli seznámeni s možností účastnit

se výzkumného šetření zabývajícího se jejich prací, pokud jde o sestry, a u klientů péčí, jež je jim sestrami poskytována.

V následující fázi proběhly rozhovory se sestrami a klienty. Tentýž rozhovor byl využit na začátku výzkumu, 3. týden výzkumu (před přednáškou o koncepčním modelu M.J. Watson) a 6. týden výzkumu.

3. týden výzkumu, prozatím bez aplikace modelu, byla realizována přednáška o koncepčním modelu M. J. Watson pro sestry Domova. V rámci této přednášky byly sestry informovány o hlavních složkách modelu a byla jim prezentována kazuistika klienta, u kterého byl koncepční model M. J. Watson využit (příloha č. 8). Byla jim zdůrazněna skutečnost, že mají jako první v ČR možnost tento model využít v praxi. Dále byla nabídnuta možnost konzultace kdykoliv během výzkumu u autora této práce. V následné rozsáhlé diskusi byl představen deník sestry a vysvětlen princip fenomenologického pole. Deník sestry byl připraven na základě studia odborné literatury, obsahoval základní informace o koncepčním modelu, včetně doporučení, jak koncepční model a jeho 10 faktorů uvést v praxi. Na každý pracovní den měla sestra v rámci deníku sestry k dispozici formulář zkoumající vývoj, očekávání, hodnoty a úspěšnost aplikace koncepčního modelu M. J. Watson (příloha 6). Tento formulář vyplňovala sestra vždy před koncem své pracovní směny. Na základě deníku sestry mohly sestry každý den zaznamenávat svá očekávání a postup implementace tohoto modelu.

Po ukončení výzkumu (tj. 6 týden) jsme s každou ze sester realizovali znovu totožný polostrukturovaný rozhovor jako na počátku. V rámci rozhovoru byla přidána oblast zaměřená na změny, které dle názoru sester vyvolalo poskytování péče na základě tohoto modelu jak u nich, tak i u klientů. Tato oblast byla dotazována teprve po zodpovězení předchozích dotazů. Rovněž jsme po ukončení výzkumu realizovali s klienty totožný polostrukturovaný rozhovor jako před začátkem výzkumu.

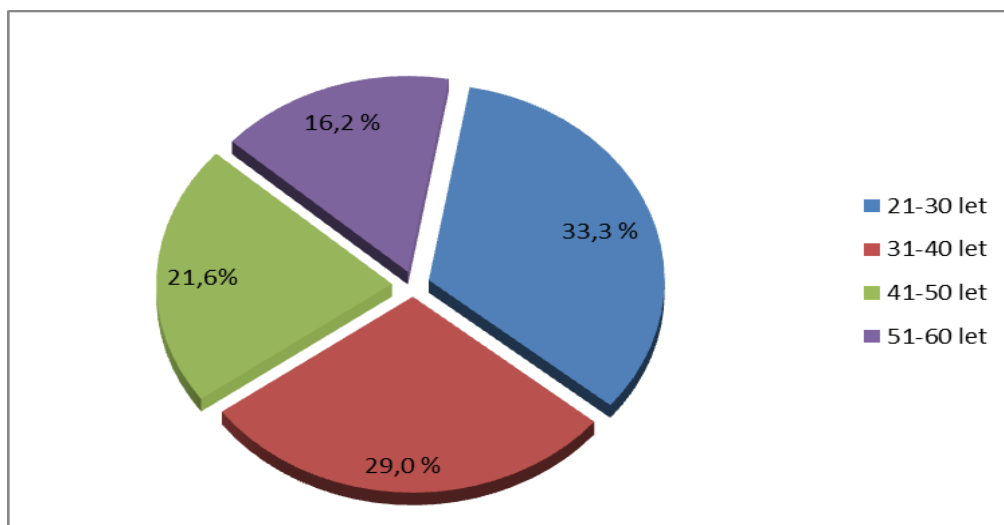
4. Výsledky

4.1 Kvantitativní část výsledků

Graf 1 Věk respondentů

(v %)

N = 561

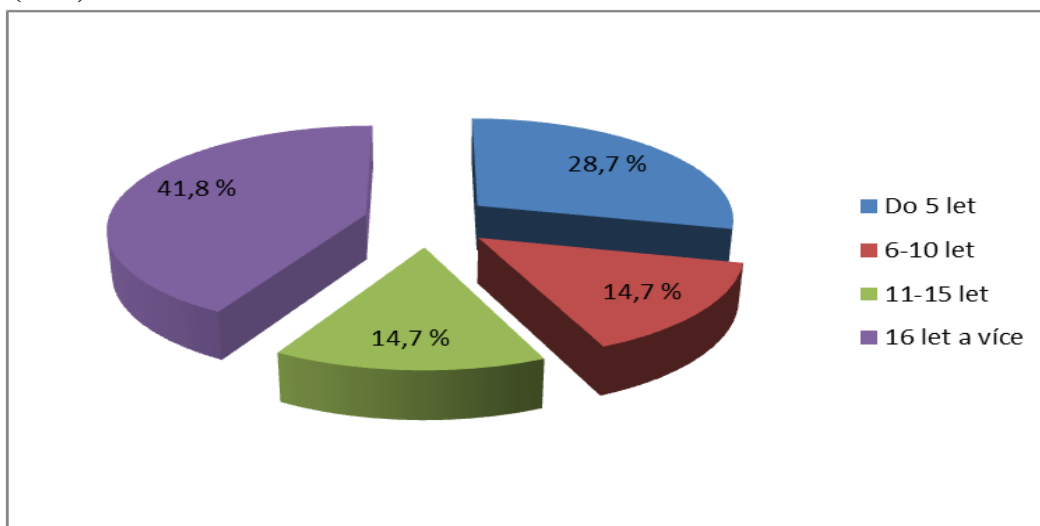


Jak znázorňujeme v grafu, tak nejvíce respondentů bylo pak ve věkové kategorii od 21-30 let, a to 33,3 %. Následovala kategorie 31-40 let (29,0 %), 41-50 let (21,6 %) a kategorie 51-60 let (16,2 %).

Graf 2 Délka praxe

(v %)

N = 561

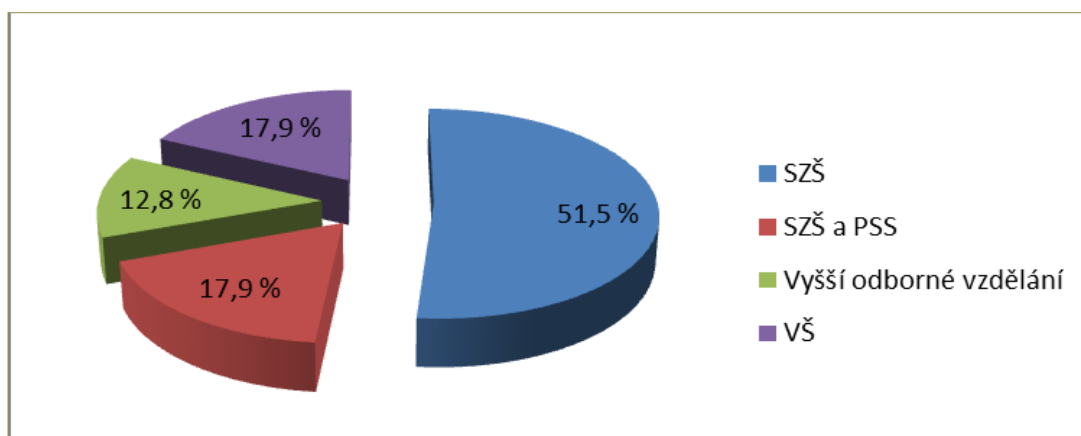


Jak znázorňujeme v grafu, tak nejdelší délka praxe respondentů byla uváděna, jako kategorie 16 let a více, a to ve 41,8 %. Délka praxe do 5 let byla uvedena ve 28,7 % a délka praxe v kategorii 6-10 let a 11-15 let byla uvedena shodně, a to ve 14,7 %.

67, 43 % respondentů pak uvedlo, že pracuje na standardním oddělení a 32,6 % na jednotce intenzivní péče.

Graf 3 Vzdelání respondentů
(v %)

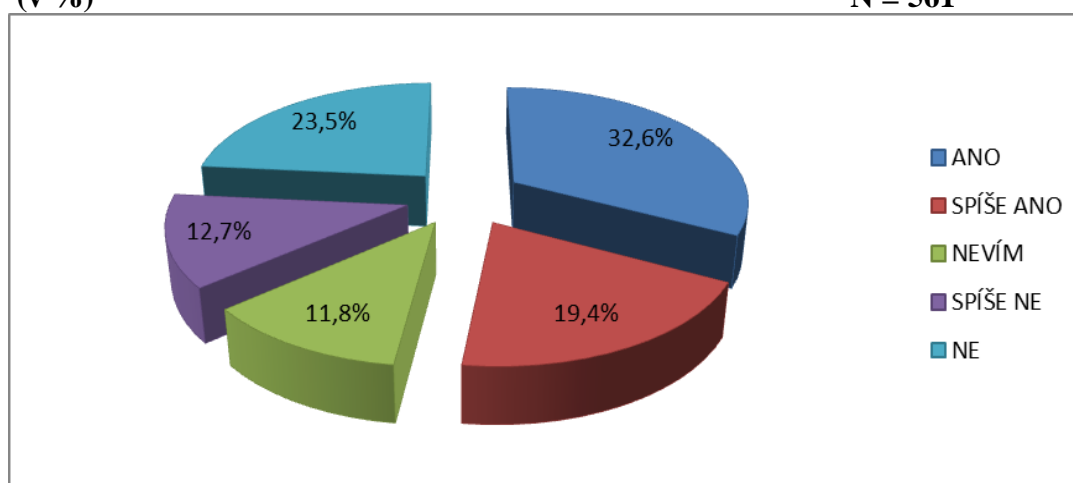
N = 561



Jak znázorňujeme v grafu, tak největší zastoupení měli respondenti s ukončeným středoškolským vzděláním (51,5 %), vyšší odborné vzdělání mělo 12,8 % respondentů, vysokoškolské vzdělání uvedlo 17,9 % respondentů a stejný počet (17,9 %) respondentů uvedlo SZŠ a PSS vzdělání.

Graf 4 Znalost pojmu koncepční model v ošetrovatelství
(v %)

N = 561



V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: znáte pojem „koncepční modely v ošetrovatelství“? Více než polovina (52,0 %) sester uvedla, že pojem „koncepční modely v ošetrovatelství“ spíše nebo určitě zná. Negativní stanovisko v této

souvislosti zaujalo 36,2 % sester, zbývajících 11,8 % zvolilo odpověď „nevím“. Lze tedy konstatovat, že většina sester z nemocnic Jihočeského kraje uvedla, že zná pojem „koncepční modely v ošetrovatelství“.

Analýzy realizované na základě druhého stupně třídění prokázaly, že znalost pojmu „koncepční modely v ošetrovatelství“ významně ovlivňuje řada faktorů. Skutečnost, že znají koncepční modely, častěji uvádějí sestry z nemocnic ve Strakonících a Českých Budějovicích, méně tyto modely znají sestry z nemocnice v Jindřichově Hradci. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě rozdělení dle zdravotnického zařízení hodnotu 88,739 při 24 stupních volnosti. To znamená, že ve znalosti koncepčních modelů v ošetrovatelství jsou mezi sestrami ze sledovaných nemocnic statisticky významné rozdíly (platí pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$). Stanovisko k této problematice je tedy závislé na tom, ve které nemocnici sestra pracuje. Platí rovněž, že větší znalosti v této oblasti mají sestry s kratší dobou praxe (do 10 let), menší mají naopak sestry s praxí delší. (Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 72,372 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$). Statisticky významný je rovněž vliv vzdělání. Větší znalost uvádějí sestry s VOŠ a zejména VŠ, zatímco absolventky SZŠ a sestry se SZŠ a PSS vzděláním uvádějí znalost menší. (Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 168,993 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$). Objevila se rovněž výrazná tendence, že častěji uvádějí znalost pojmu „koncepční modely v ošetrovatelství“ mladší sestry, méně potom sestry starší. Testy významnosti však nebylo možné v případě věku pro malý počet pozorovaných v některých věkových skupinách aplikovat.

Dalším problémem, na který se zaměřila pozornost výzkumníků, byla skutečnost, zda se s určitým koncepčním modelem sestry setkaly v průběhu svého vzdělávání. Otázka byla položena jako uzavřená se standardizovanou pětistupňovou škálou odpovědí.

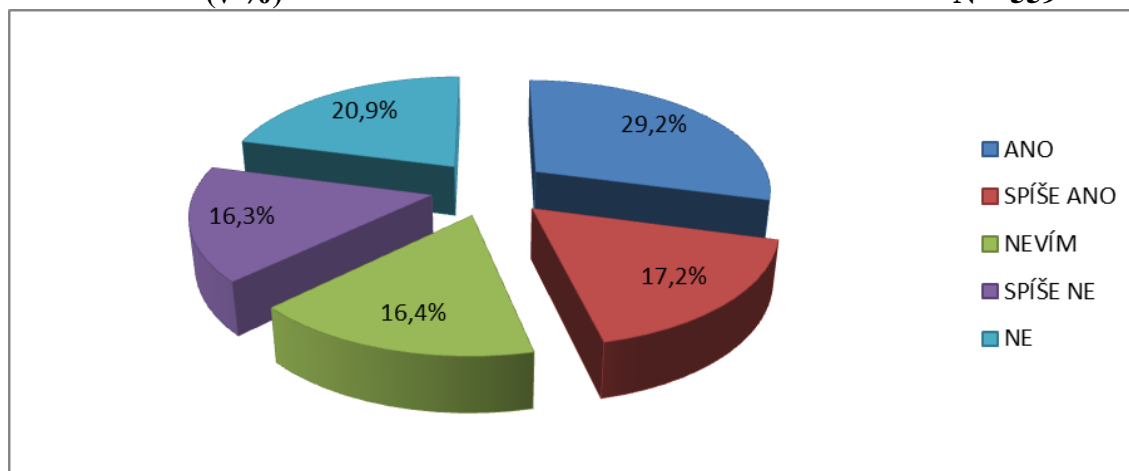
V průběhu svého vzdělávání se s určitým koncepčním modelem setkalo 46,4 % sester (suma odpovědí „ano“ a „spíše ano“). Negativně na tuto otázku odpovědělo 37,2 % sester, zbývajících 16,4 % zvolilo odpověď „nevím“. Větší část zdravotních

sester tedy uvádí, že se s určitým koncepčním modelem v průběhu svého vzdělávání spíše nebo určitě setkala. V současnosti však mírně převažují ty sestry, které uvedly, že se s konkrétním modelem nesetkaly, případně o tom nevědí.

Graf 5 Setkání s koncepčním modelem v průběhu vzdělávání sester

(v %)

N = 559



V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: setkal/a jste se s určitým koncepčním modelem v průběhu svého vzdělávání?

S určitým koncepčním modelem se v průběhu svého vzdělávání výrazně častěji setkaly sestry z nemocnic v Českých Budějovicích, Písku a Strakonících, méně často sestry z nemocnic v Jindřichově Hradci a Prachaticích. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě rozdělení dle zdravotnického zařízení hodnotu 95,556 při 24 stupních volnosti. To znamená, že mezi sestrami ze sledovaných nemocnic panují statisticky významné rozdíly (platí pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$) v tom, zda se v průběhu svého vzdělávání setkaly s koncepčním modelem či nikoliv. Tato skutečnost je rovněž významně ovlivňována délkou praxe. S určitým komplexním modelem se v průběhu svého vzdělávání výrazně častěji setkaly sestry s kratší praxí (do 10 let), sestry s delší praxí tuto skutečnost uvádějí významně méně. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 97,552 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$.

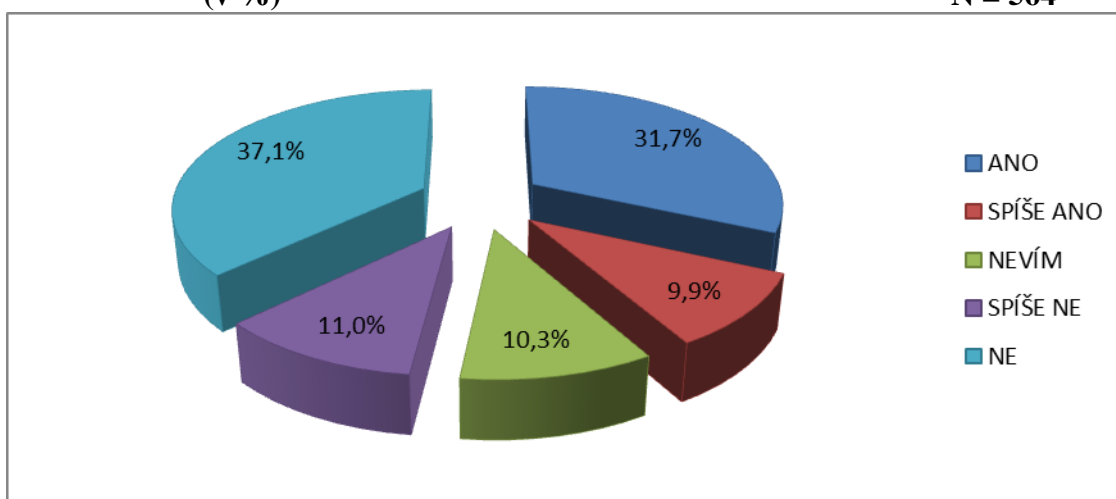
Značný vliv na tuto skutečnost má rovněž vzdělání. S konkrétním koncepčním modelem se v průběhu svého vzdělávání mnohem častěji setkaly sestry s VOŠ a VŠ vzděláním, méně často naopak sestry se SZŠ a sestry se SZŠ a PSS vzděláním. (Chí

kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 190,731 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$). Lze rovněž vypočítat tendenci, že mladší sestry uvádějí častěji než starší sestry, že se s konkrétním koncepčním modelem v průběhu svého vzdělávání setkaly.

Konkrétněji byl význam vzdělání na informovanost o koncepčních modelech zjišťován prostřednictvím uzavřené otázky následujícího znění: „Měl/a jste do své výuky zařazen předmět, v rámci kterého jste se dozvěděl/a o koncepčních modelech?“ Respondenti měli opět možnost zvolit jednu odpověď ze standardní pětistupňové škály.

Graf 6 zařazení koncepčních modelů do výuky sester u sester
(v %)

N = 564



V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: měl/a jste do své výuky zařazen předmět, v rámci kterého jste se dozvěděl/a o koncepčních modelech v ošetrovatelství? Dotazovaný soubor sester je v odpovědi na tuto otázku rozdělen. Skutečnost, že ve své výuce měly zařazen předmět, v jehož rámci se učily o koncepčních modelech v ošetrovatelství, připustilo 41,6 % dotázaných sester (suma odpovědí „ano“ a „spíše ano“), opačný názor vyjádřilo 48,1 % sester (suma odpovědí „spíše ne“ a „ne“). Zbývající cca 1/10 volí neutrální odpověď „nevím“. Větší část sester tedy uvádí, že ve své výuce neměly zařazen předmět, v jehož rámci by se dozvěděly o koncepčních modelech v ošetrovatelství.

Identifikované statisticky významné souvislosti jsou podobné jako u předcházející otázky, týkající se průběhu celého procesu vzdělávání. Skutečnost, že ve

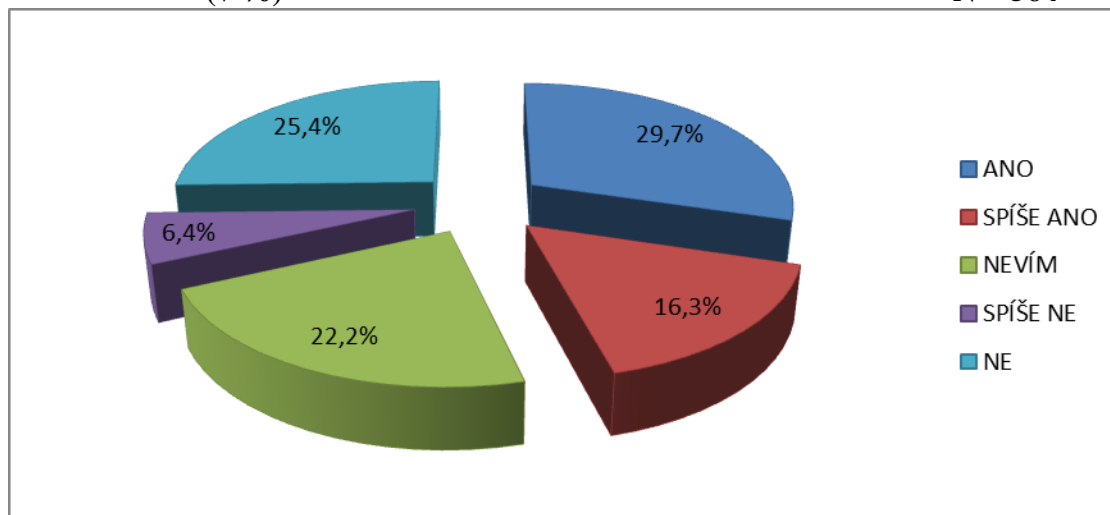
své výuce měly zařazen předmět, v jehož rámci se dozvěděly o koncepčních modelech v ošetrovatelství, významně více uváděly sestry z nemocnic v Českých Budějovicích, v Písku a ve Strakoniciích, významně méně naopak sestry z nemocnic v Jindřichově Hradci a v Prachaticích. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě rozdělení dle zdravotnického zařízení hodnotu 137,677 při 24 stupních volnosti. To znamená, že ve skutečnosti, zda sestry měly ve výuce zařazen předmět s problematikou koncepčních modelů v ošetrovatelství, jsou mezi sestrami ze sledovaných nemocnic statisticky významné rozdíly (platí pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$). Tento fakt je rovněž významně ovlivňován délkou praxe. Předmět s problematikou koncepčních modelů měly ve své výuce významně častěji zařazen sestry s kratší praxí (do 10 let), sestry s delší praxí tuto skutečnost uvádějí významně méně. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 148,552 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Značný vliv na tuto skutečnost má rovněž vzdělání. Uvedený předmět měly do své výuky zařazen významně častěji sestry s VOŠ a VŠ vzděláním, méně často naopak sestry se SZŠ a sestry se SZŠ a PSS vzděláním. (Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 223,135 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$). Lze rovněž vypořadovat tendenci, že mladší sestry uvádějí častěji než starší sestry, že takový předmět ve výuce zařazen měly.

V souvislosti s informovaností sester o koncepčních modelech v ošetrovatelství bylo rovněž zjišťováno, zda sestry vědí, dle kterého koncepčního modelu je vytvořena ošetrovatelská dokumentace na oddělení, kde pracují. Otázka byla položena jako uzavřená v následujícím znění: víte, podle kterého koncepčního modelu/koncepčních modelů je Vaše ošetrovatelská dokumentace vytvořena? Rozložení odpovědí na tuto otázku je patrné z následujícího grafu.

Graf 7 Informace o tom, podle kterého koncepčního modelu je vytvořena lokální ošetrovatelská dokumentace

(v %)

N = 564

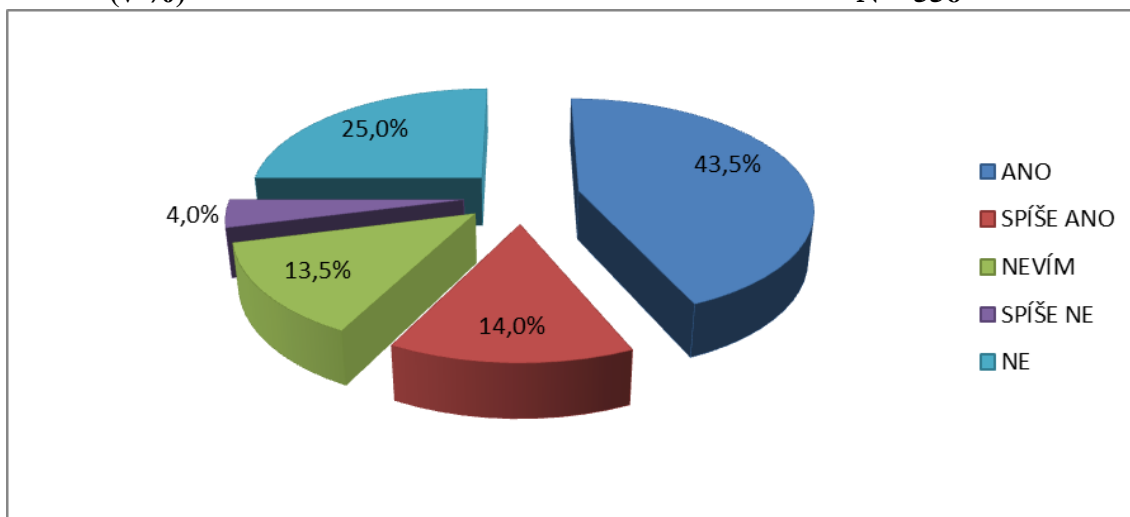


V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: víte, podle kterého koncepčního modelu je Vaše ošetrovatelská dokumentace vytvořena?

Celkem 46,0 % sester uvedlo, že spíše nebo určitě vědí, dle kterého koncepčního modelu je vytvořena ošetrovatelská dokumentace, se kterou pracují. Jedná se o necelou polovinu sester ze sledovaných nemocnic Jihočeského kraje. Lze tedy konstatovat, že více než polovina sester tuto skutečnost nezná.

Podobně jako v předcházejících případech, i nyní jsou o této skutečnosti informovány nejvíce sestry z nemocnic v Českých Budějovicích, v Písku a ve Strakoniciích, nejméně pak sestry z nemocnic v Jindřichově Hradci a v Prachaticích. Jde o rozdíly zjištěné na základě porovnání relativních četností, nízký počet pozorování však nedovoluje aplikovat s dostatečnou průkazností testy významnosti. Jednoznačně však platí, že to, dle jakého koncepčního modelu je vytvořena ošetrovatelská dokumentace, se kterou pracují, vědí především sestry s kratší dobou praxe. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 63,648 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Ukázala se rovněž tendence, že informovanost o této záležitosti je závislá na vzdělání – větší je u sester s VOŠ a VŠ vzděláním, menší u sester se SZŠ a SZŠ a PSS vzděláním. Ani zde však nízký počet pozorování nedovoluje s dostatečnou přesností aplikovat testy významnosti.

Graf 8 Setkání s koncepčním modelem M. Gordon (v %) N = 556

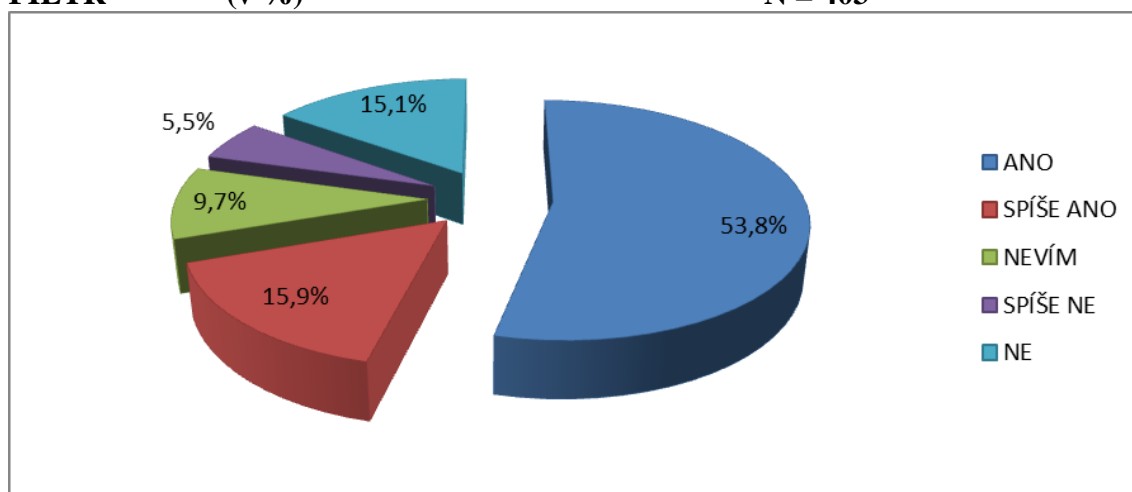


V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: setkal/a jste se s koncepčním modelem Marjory Gordon? Lze konstatovat, že koncepční model Marjory Gordon je mezi sestrami z Jihočeských nemocnic poměrně znám. Více než polovina (57,5 %) uvádí, že se s tímto koncepčním modelem spíše nebo určitě setkala. Necelé 3/10 (29,0 %) sester odpovídají na tuto otázku záporně, zbývajících 13,5 % zvolilo odpověď „nevím“. Lze tedy uzavřít, že většina sester z nemocnic Jihočeského kraje se již setkala s koncepčním modelem Marjory Gordon.

Malý počet pozorování a jejich rozložení v jednotlivých políčkách kontingenčních tabulek neumožnilo aplikovat testy statistické významnosti bez korekce. Nicméně byly zjištěny silné tendence spočívající v tom, že nejčastěji se s tímto modelem setkaly sestry z nemocnice v Českých Budějovicích a Strakonících, nejméně sestry z nemocnic v Jindřichově Hradci a v Prachaticích. Ukázalo se rovněž, že častěji se s tímto modelem setkaly sestry s kratší praxí, mladší sestry a sestry, které ukončily VOŠ nebo VŠ. Z toho lze vyvodit, že informace o tomto modelu jsou předávány zejména v posledních letech a na vyšších stupních škol (VOŠ, VŠ).

Skutečnost, zda se sestry setkaly s tímto koncepčním modelem přímo při studiu, byla zjišťována prostřednictvím samostatné otázky. Tato otázka byla filtrovaná a byla položena všem sestrám s výjimkou těch, které jednoznačně uvedly, že se s tímto modelem dosud nesetkaly.

Graf 9 Setkání s koncepčním modelem M. Gordon při studiu
FILTR (v %) N = 403

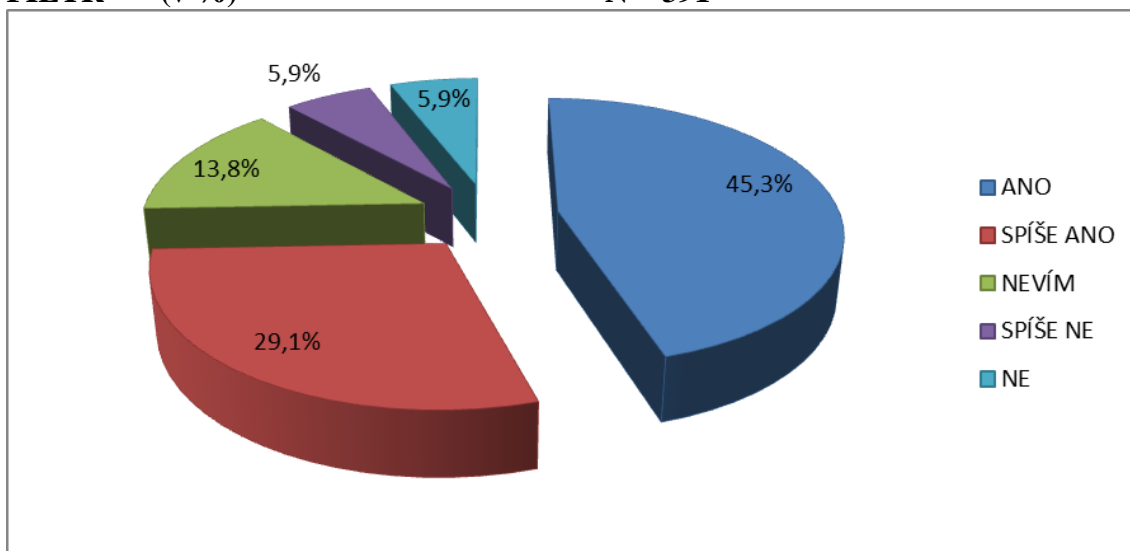


V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: setkal/a jste se s koncepčním modelem Marjory Gordon při studiu? Téměř 7/10 sester (69,7 %) uvedlo, že se s tímto modelem určitě nebo spíše setkalo. Jen 20,6 % tuto skutečnost popřelo a zvolilo odpověď „spíše ne“ nebo „ne“. Zbývající sestry (9,7 %) si nebylo jisto a označilo odpověď „nevím“. Lze tedy s určitostí konstatovat, že ty sestry, které se někdy s koncepčním modelem Marjory Gordon setkaly, učinily tak většinou v průběhu studia. Studium je tedy pro informovanost o tomto modelu klíčové.

Vzhledem k tomu, že otázka byla filtrovaná, nebylo možné pro malý počet pozorování aplikovat testy statistické významnosti. Rozložení relativních četností v kontingenčních tabulkách nicméně indikuje řadu výrazných tendencí. Ty umožňují konstatovat, že se s tímto koncepčním modelem především v průběhu studia setkaly zejména mladší sestry s kratší praxí, které absolvovaly VOŠ nebo VŠ.

Další filtrovaná otázka (odpovídaly na ni všechny sestry s výjimkou těch, které výslovně uvedly, že se s koncepčním modelem Marjory Gordon nesetkaly) se týkala informovanosti sester o obsahu tohoto koncepčního modelu.

**Graf 10 Subjektivní názor na znalost obsahu koncepčního modelu M. Gordon
FILTR (v %)** **N = 391**

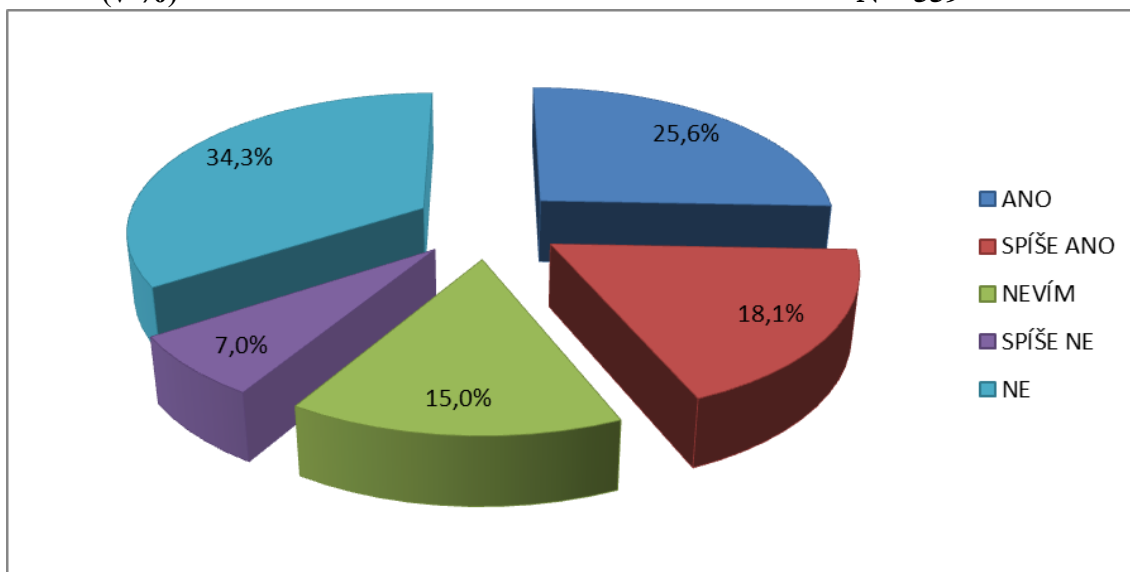


V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: víte, co je obsahem koncepčního modelu Marjory Gordon? O obsahu koncepčního modelu Marjory Gordon jsou spíše nebo určitě informovány téměř $\frac{3}{4}$ (74,4 %) těch sester, které se s tímto modelem setkaly. Jen 11,8 % zvolilo v této souvislosti zápornou odpověď a zbývajících 13,8 % se zachovalo neutrálně a zvolilo odpověď „nevím“. Většina sester ze sledovaných nemocnic je tedy o obsahu koncepčního modelu Marjory Gordon informována.

Informovanost o obsahu tohoto koncepčního modelu je z hlediska porovnání relativních četností větší u sester z nemocnic v Českých Budějovicích a Strakonících, u sester s menší délkou praxe a u sester, které absolvovaly VOŠ a VŠ. Testy významnosti však nelze aplikovat pro malý počet pozorování.

Poslední oblastí, sledovanou v souvislosti s koncepčním modelem Marjory Gordon, bylo využívání tohoto modelu v praxi.

Graf 11 Využívání koncepčního modelu Marjory Gordon v praxi
(v %) N = 559



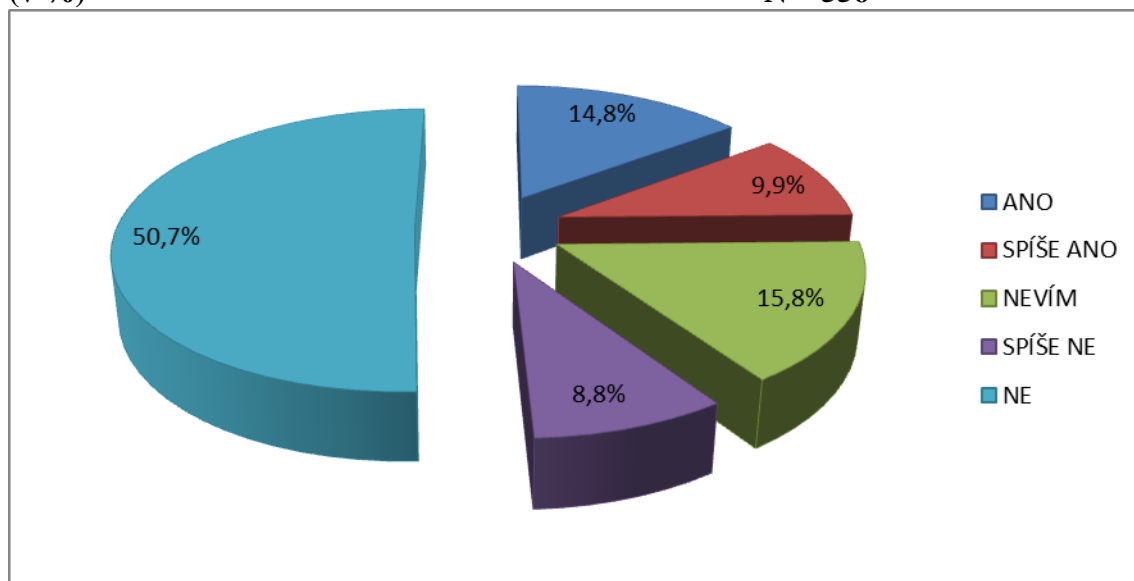
V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: využíváte koncepčního modelu Marjory Gordon ve své praxi? Celkem 43,7 % sester uvedlo, že tento koncepční model spíše nebo určitě ve své praxi využívá. Téměř stejně velká část (41,3 %) naopak toto využívání spíše nebo určitě popřela a zbývajících 15,0 % sester uvedlo, že nevědí, zda tento koncepční model v praxi využívají či nikoliv.

Koncepční model Marjory Gordon je v praxi využíván zejména v nemocnicích v Českých Budějovicích a Strakonících. Lze považovat za prokázané, že jej využívají zejména sestry s kratší praxí do 10 let, naopak sestry s nejdělsí praxí tento koncepční model využívají významně méně. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 60,604 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Jednoznačně bylo rovněž prokázáno, že tento koncepční model využívají v praxi zejména sestry s VOŠ a VŠ vzděláním, sestry se SZŠ více než ostatní uvádějí, že nevědí, a sestry se SZŠ a PSS tento koncepční model ve srovnání s ostatními využívají významně méně. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 90,849 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Lze tedy konstatovat, že využívání koncepčního modelu Marjory Gordon v praxi je závislé na délce praxe a vzdělání sester.

Graf 12 Setkání s koncepčním modelem M. J. Watson

(v %)

N = 556



V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku : setkal/a jste se s koncepčním modelem M. J. Watson? S koncepčním modelem M. J. Watson se spíše nebo určitě setkala cca $\frac{1}{4}$ (24,7 %) sester zaměstnaných v nemocnicích Jihočeského kraje. Více než $\frac{1}{2}$ (50,7 %) jednoznačně uvádí, že se s tímto koncepčním modelem nesešla, 8,8 % volí odpověď „spíše ne“. Zbývajících 15,8 % zvolilo odpověď „nevím“. Znamená to, že koncepční model M. J. Watson je mezi sestrami méně známý než koncepční model Marjory Gordon a většina sester se s ním dosud nesešla.

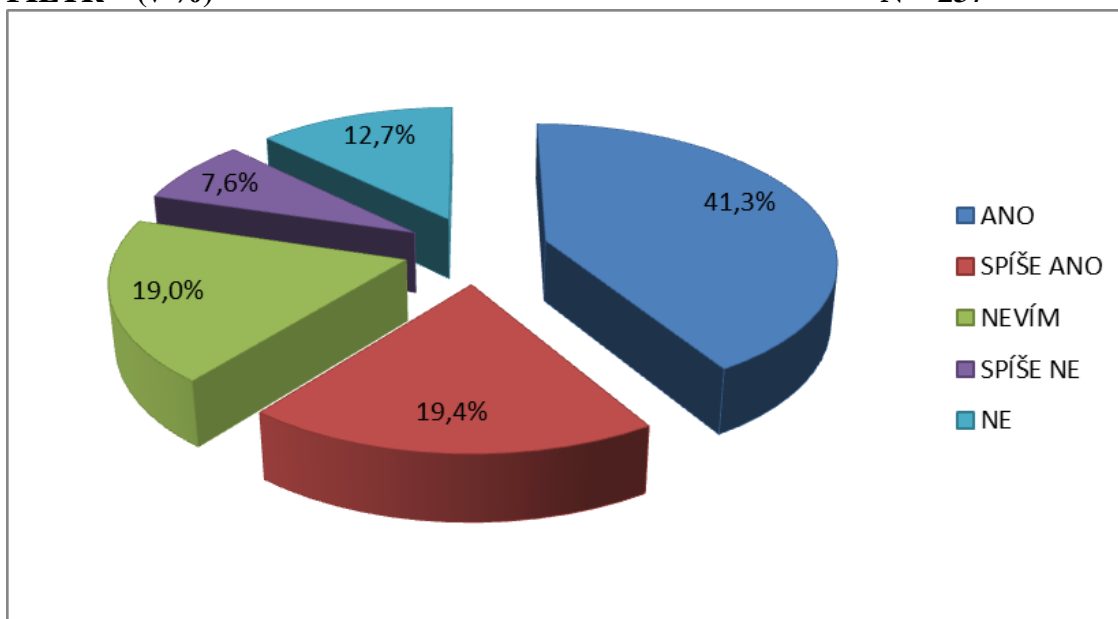
S koncepčním modelem M. J. Watson se častěji setkaly sestry z nemocnic v Českých Budějovicích a ve Strakoniciích. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě rozdělení dle zdravotnického zařízení hodnotu 103,297 při 24 stupních volnosti. To znamená, že mezi sestrami ze sledovaných nemocnic jsou statisticky významné rozdíly (platí pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$) v tom, zda se s tímto koncepčním modelem setkaly. Skutečnost, zda se sestry s tímto modelem setkaly, souvisí rovněž s délkou jejich praxe. Častější setkání uvádějí sestry s kratší dobou praxe, sestry s nejdélší praxí se s tímto modelem naopak setkávají méně často. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 46,887 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Jednoznačně bylo rovněž prokázáno, že s tímto koncepčním modelem se častěji setkaly sestry s VOŠ

a VŠ vzděláním, sestry se SZŠ více než ostatní uvádějí, že nevědí, a sestry se SZŠ a PSS se s tímto koncepčním modelem ve srovnání s ostatními setkaly významně méně. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 127,339 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Lze tedy konstatovat, že informovanost o koncepčním modelu M. J. Watson je závislá na délce praxe a vzdělání sester.

Podobně, jako v případě předchozího koncepčního modelu, bylo i v případě koncepčního modelu M. J. Watson u sester s výjimkou těch, které uvedly, že se s tímto koncepčním modelem nesetkaly, zjišťováno, zda se s ním setkaly při studiu a zda znají jeho obsah. Otázky tedy byly filtrované a byly položeny jako uzavřené se standardní pětistupňovou stupnicí odpovědí.

U těch sester, které připustily, že se s koncepčním modelem M. J. Watson setkaly, bylo dále zjišťováno, zda se s tímto modelem setkaly v průběhu studia. Tuto skutečnost potvrdilo 60,7 % dotázaných sester z nemocnic Jihočeského kraje. Dalších 20,3 % uvedlo, že se s tímto modelem spíše nebo určitě nesetkalo, a zbývajících 19,0 % zvolilo neutrální odpověď „nevím“.

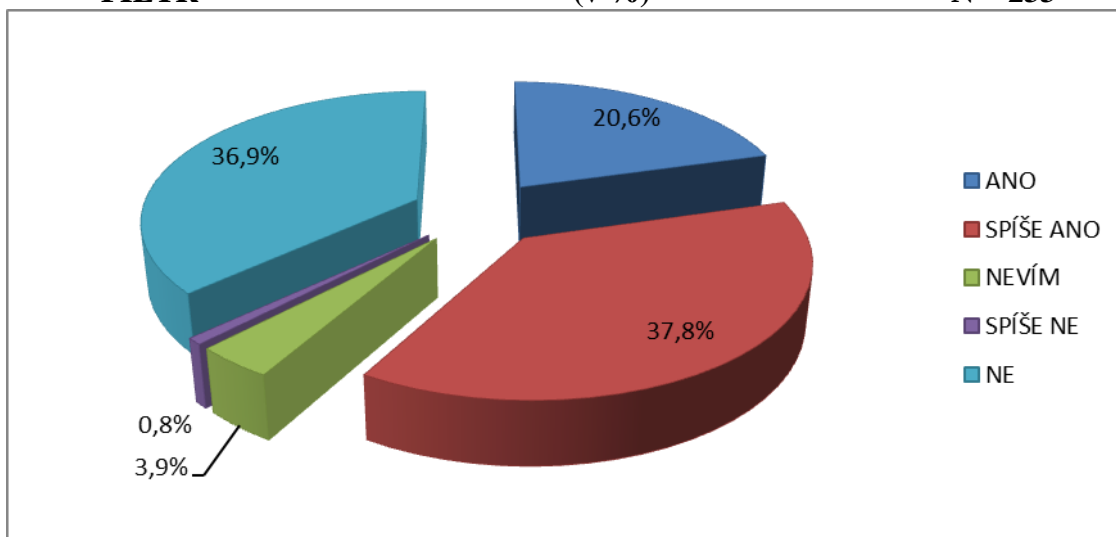
**Graf 13 Setkání s koncepčním modelem M. J. Watson při studiu
FILTR (v %)** **N = 237**



V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: setkal/a jste se s koncepčním modelem M. J. Watson při studiu? Lze konstatovat, že většina sester, které se setkaly s koncepčním modelem M. J. Watson, uvedla, že se tak stalo v průběhu jejich studia. Skutečnost, že jde o filtrovanou otázku, znamená, že pro malý počet pozorování nelze aplikovat testy statistické významnosti. Nicméně na základě analýzy rozložení relativních četností byly zaznamenány některé tendence. S tímto modelem se v průběhu studia častěji setkaly sestry z nemocnice v Českých Budějovicích a ve Strakoniciích, sestry s kratší praxí do 5 let a sestry, které absolvovaly VOŠ nebo VŠ.

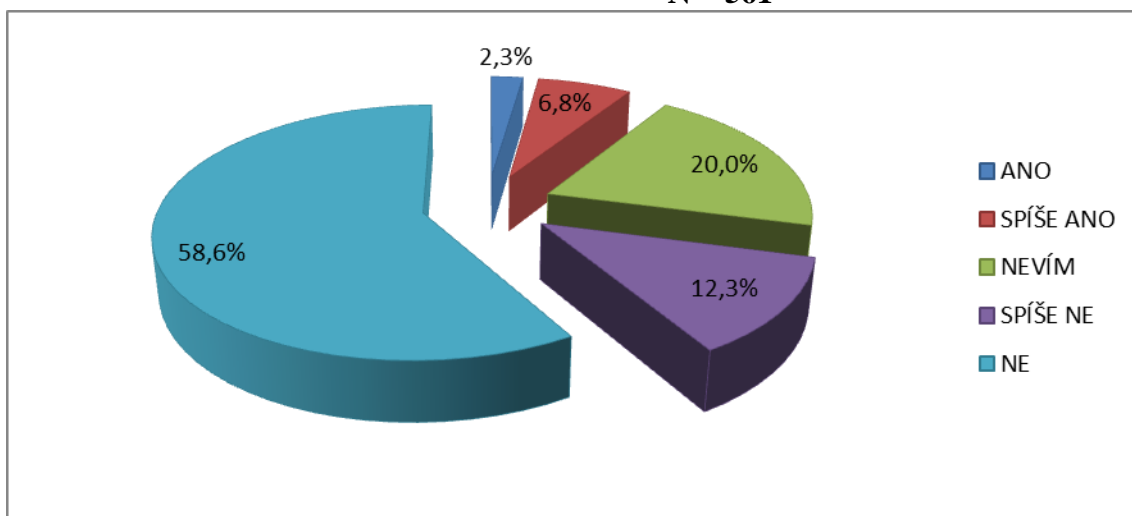
Další filtrovaná otázka položená sestrám s výjimkou těch, které jednoznačně uvedly, že se nesetkaly s koncepčním modelem M. J. Watson, byla zaměřena na informovanost o obsahu tohoto koncepčního modelu. Většina sester (58,4 %) uvedla, že je informována o obsahu tohoto koncepčního modelu. Záporně na tuto otázku odpovědělo 37,7 % sester a zbývajících 3,9 % zvolilo odpověď „nevím“. Lze tedy uzavřít, že pokud se sestry setkaly s koncepčním modelem M. J. Watson, stalo se tak především v průběhu jejich studia. Tyto sestry pak většinou znají obsah tohoto koncepčního modelu.

**Graf 14 Subjektivní názor na znalost obsahu koncepčního modelu M. J. Watson
FILTR (v %) N = 233**



V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: víte, co je obsahem koncepčního modelu M. J. Watson? Nízký počet pozorování (filtrovaná otázka) neumožnil provést testování statisticky významných souvislostí. Z prostého porovnání relativních četností vyplývá, že o obsahu tohoto koncepčního modelu jsou nejvíce informovány sestry z nemocnic v Českých Budějovicích a ve Strakonících a sestry, které absolvovaly VOŠ nebo VŠ.

Graf 15 Využívání koncepčního modelu M. J. Watson v praxi (v %) N = 561



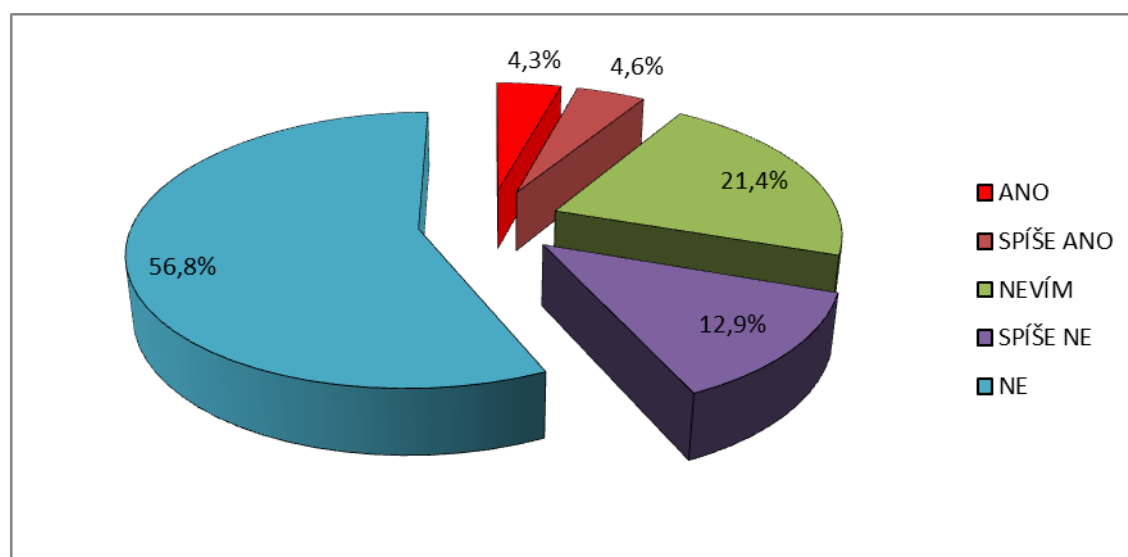
Další otázka, položená v souvislosti s koncepčním modelem M. J. Watson byla zaměřena na jeho využívání v praxi. Analýza odpovědí na tuto otázku v tomto grafu

ukázala, že tento koncepční model využívají sestry ve své praxi jen minimálně. Kladně na tuto otázku odpovědělo 9,1 % dotázaných sester, zápornou odpověď zvolilo 70,9 % sester a zbývajících 20,0 % uvedlo, že neví. V porovnání s koncepčním modelem Marjory Gordon je koncepční model M. J. Watson v praxi nemocnic Jihočeského kraje využíván mnohem méně. Nízký počet pozorování zejména v krajních hodnotách škály neumožnil aplikaci testů statistické významnosti. Z prostého porovnání relativních četností vyplývá, že nejvíce je tento model využíván v nemocnici Strakonice. Jiné větší odchylky nebyly zjištěny.

Graf 16 Využívání koncepčního modelu Callisty Roy v praxi

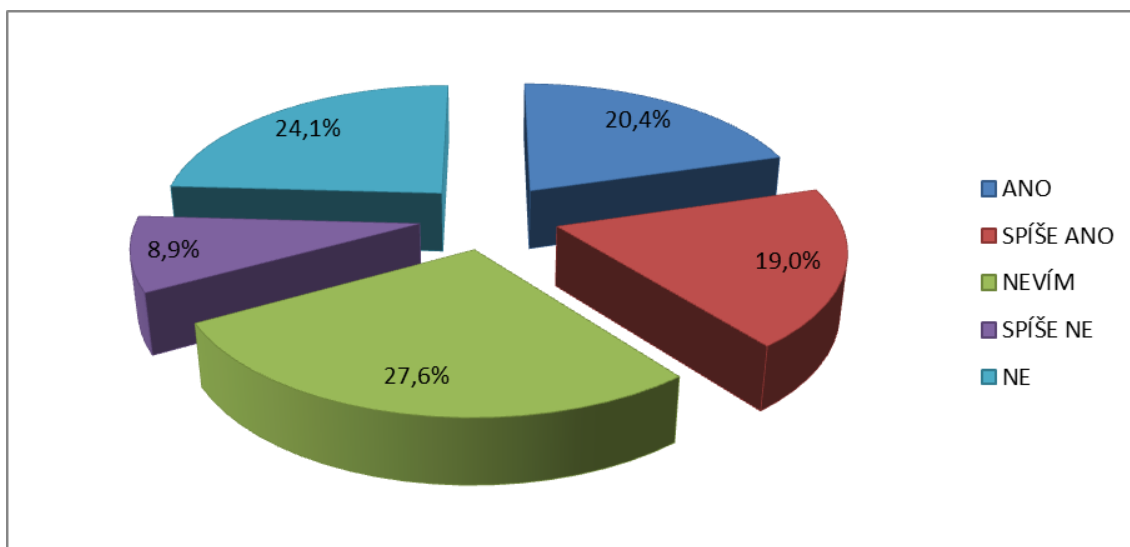
(v %)

N = 560



V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: využíváte koncepčního modelu Callisty Roy ve své praxi? Rovněž koncepční model Callisty Roy je v ošetrovatelské praxi nemocnic Jihočeského kraje využíván jen řídce. Pouze 8,9 % dotázaných sester připustilo, že tento model v praxi využívají, většina (69,7 %) se k dotazu postavila negativně a více než 1/5 (21,4 %) zvolila odpověď „nevím“. Koncepční model Callisty Roy je tedy, podobně jako koncepční model M. J. Watson, v praxi využíván jen minimálně. Nejrozšířenější je model Marjory Gordon. Analýzy druhého stupně třídění nebyly realizovány v důsledku nízkého počtu pozorování v krajních hodnotách škály.

Graf 17 Využívání postupů z koncepčních modelů v praxi (v %) **N = 564**



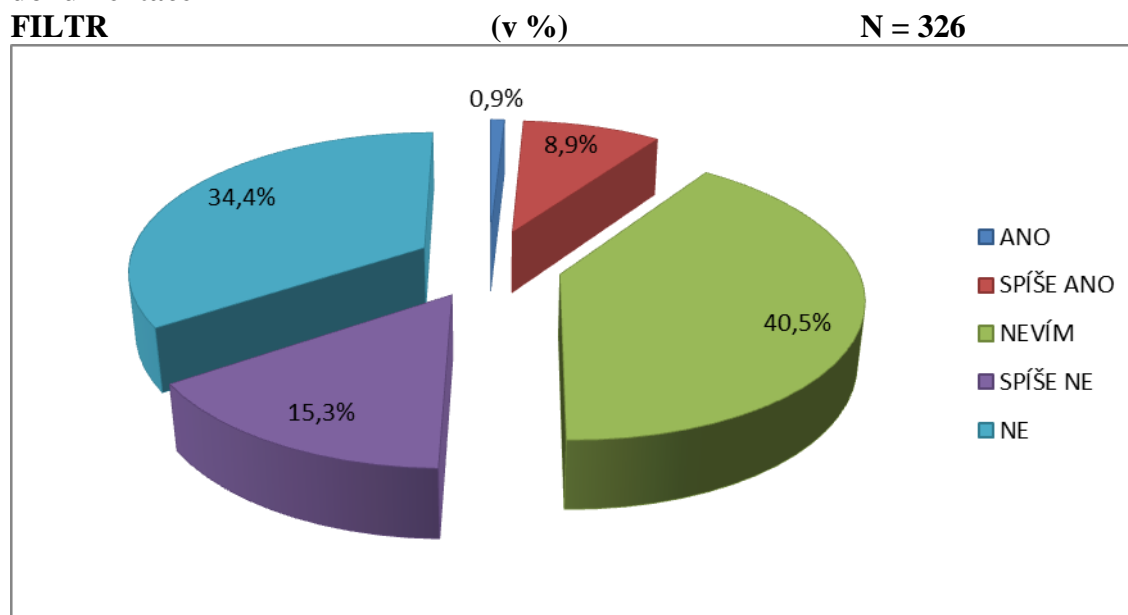
V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: využíváte některých postupů z koncepčních modelů ve své praxi? Téměř 2/5 (39,4 %) sester z nemocnic Jihočeského kraje uvedlo, že některé postupy z koncepčních modelů ve své praxi spíše nebo určitě využívá. Více než ¼ (27,6 %) tuto skutečnost není schopna posoudit a volí odpověď „nevím“, zbývající cca 1/3 (33,0 %) uvádí, že takové postupy ve své praxi spíše nebo určitě nevyužívá. Lze tedy konstatovat, že mezi sestrami z nemocnic Jihočeského kraje mírně převažují ty, které využívání některých postupů z koncepčních modelů ve své praxi připouštějí.

Mezi sestrami jednotlivých nemocnic byly identifikovány v odpovědích na tuto otázku statisticky významné diference. Některé postupy z koncepčních modelů využívají ve své praxi zejména sestry z nemocnice ve Strakonících a Českých Budějovicích, významně méně pak sestry z nemocnice v Prachaticích. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě rozdělení dle zdravotnického zařízení hodnotu 168,271 při 24 stupních volnosti. To znamená, že ve využívání některých postupů z koncepčních modelů v praxi jsou mezi sestrami ze sledovaných nemocnic statisticky významné rozdíly (platí pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$). Skutečnost, zda se sestry tyto postupy využívají, souvisí rovněž s délkou jejich praxe. Častější je využívají sestry s kratší dobou praxe, sestry s nejdelší praxí tyto postupy pak

využívají méně často. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 36,348 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Jednoznačně bylo rovněž prokázáno, že tyto postupy významně častěji využívají sestry s VOŠ a VŠ vzděláním, sestry se SZŠ více než ostatní uvádějí, že nevědí, a sestry se SZŠ a PSS tyto postupy využívají méně. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 75,331 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Lze tedy konstatovat, že využívání postupů z koncepčních modelů v praxi je závislé na délce praxe a vzdělání sester.

Sestry, které uvedly, že využívají některých postupů z koncepčních modelů ve své praxi (odpověď „ano“ a „spíše ano“) byly dále prostřednictvím uzavřených a filtrovaných otázek dotázány, zda uvažují o tom, že by používaly koncepční modely ošetrovatelství v rámci ošetrovatelské dokumentace, a zda se domnívají, že mají dostatek informací ohledně koncepčních modelů v ošetrovatelství.

Graf 18 Názor na používání koncepčních modelů v rámci ošetrovatelské dokumentace



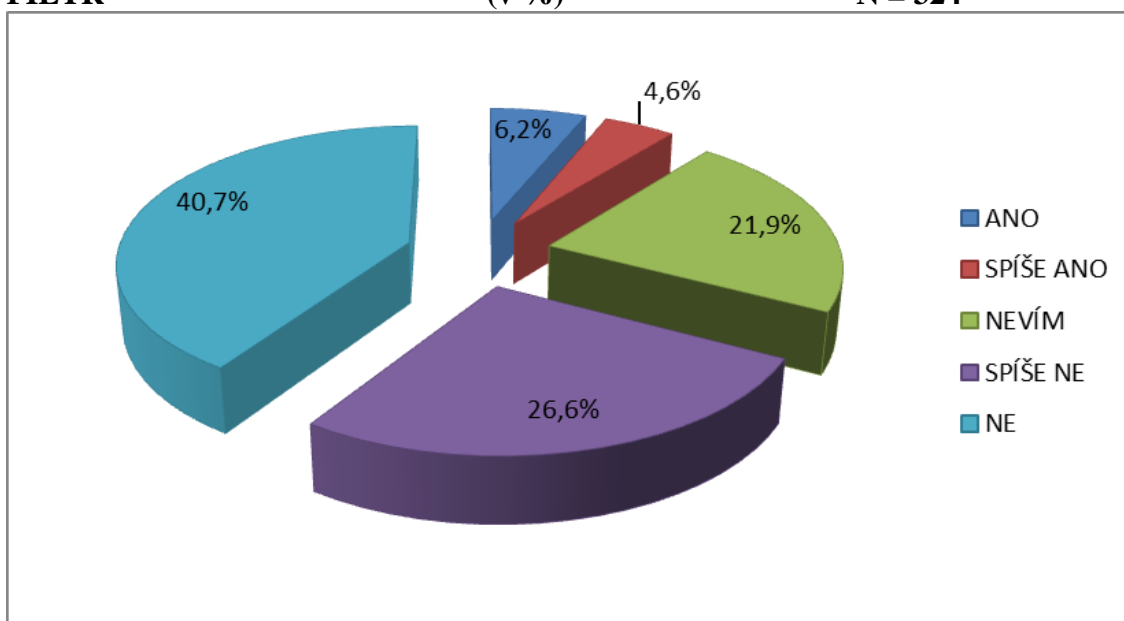
V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: uvažujete o tom, že byste používal/a koncepční modely v ošetrovatelství v rámci ošetrovatelské dokumentace? O využívání koncepčních modelů v ošetrovatelství v rámci ošetrovatelské dokumentace

uvažuje jen necelá 1/10 (9,8 %) z oněch sester, které uvedly, že některé postupy z koncepčních modelů ve své praxi používají. Téměř 1/2 (49,8 %) odpověděla na tuto otázku záporně, to znamená, že o využívání koncepčních modelů v ošetrovatelství spíše nebo určitě neuvažují, zbývající cca 2/5 (40,5 %) nemají v této otázce jasno a zvolily odpověď „nevím“. Lze tedy konstatovat, že sestry z nemocnic Jihočeského kraje většinou neuvažují o tom, že by v ošetrovatelské dokumentaci využívaly koncepční modely.

Testy statistické významnosti nebyly v tomto případě aplikovány pro malý počet pozorování (filtrovaná otázka, malý počet pozorování v krajních hodnotách škály). Z prostého porovnání relativních četností nevyplývají ani žádné tendence odlišující názory na tuto otázku u jednotlivých skupin sester. To znamená, že rozložení zjištěné u celého souboru v zásadě platí i pro jeho jednotlivé části, členěné dle sociodemografických znaků.

Filtrované skupině sester (viz výše) byla rovněž položena otázka, týkající se dostatku informací o koncepčních modelech v ošetrovatelství. Tato otázka byla rovněž formulována jako uzavřená se standardní pětistupňovou škálou odpovědí.

**Graf 19 Dostatek informací o koncepčních modelech v ošetrovatelství
FILTR (v %) N = 324**



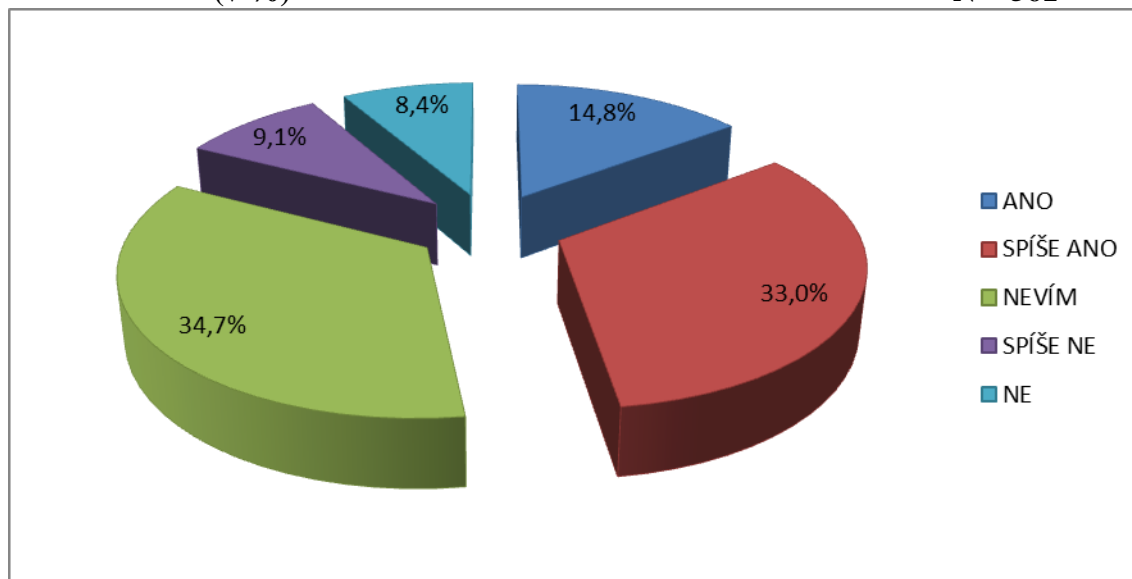
V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: máte dostatek informací ohledně koncepčních modelů v ošetrovatelství? Jen cca 1/10 (10,8%) sester se domnívá, že má dostatek informací o koncepčních modelech v ošetrovatelství. Další cca 2/3 (67,3 %) si myslí, že těchto informací dostatek nemá, a zbývajících 21,9 % nedokáže tuto otázku posoudit a volí odpověď „nevím“. Lze tedy konstatovat, že většina sester z nemocnic Jihočeského kraje se domnívá, že nemá dostatek informací o koncepčních modelech v ošetrovatelství.

Testy statistické významnosti nebylo možné v tomto případě aplikovat pro malý počet pozorování (filtrovaná otázka). Porovnání relativních četností však signalizuje, že rozložení, zjištěné v celém souboru v zásadě platí i v jeho jednotlivých částech, členěných dle sociodemografických znaků.

Graf 20 Souhlas s využíváním jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace

(v %)

N = 561



V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: máte dostatek informací ohledně koncepčních modelů v ošetrovatelství? Využívání pouze jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace by přivítalo 47,8 % sester působících v nemocnicích Jihočeského kraje. Negativní stanovisko k tomuto dotazu zaujalo 17,5 % sester, zbývajících 34,7 % nemá na tuto otázku jasný názor a zvolilo odpověď „nevím“. Sestry se tedy z větší části přiklánějí k využívání jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace.

Stanovisko k této otázce je diferencováno dle zdravotnického zařízení, ve kterém sestra pracuje. Jeden koncepční model preferují zejména sestry ze Strakonice a z Písku, které mají na tuto problematiku vyhraněnější názor než sestry z ostatních nemocnic. Ty častěji uvádějí, že nevědí. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě rozdělení dle zdravotnického zařízení hodnotu 95,642 při 24 stupních volnosti. To znamená, že v názoru na tuto otázku jsou mezi sestrami ze sledovaných nemocnic statisticky významné rozdíly (platí pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$). Více se k využívání jednoho koncepčního modelu v ošetrovatelské dokumentaci přiklánějí sestry s kratší dobou praxe, sestry s delší praxí častěji nemají na tuto otázku jasný názor. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle délky

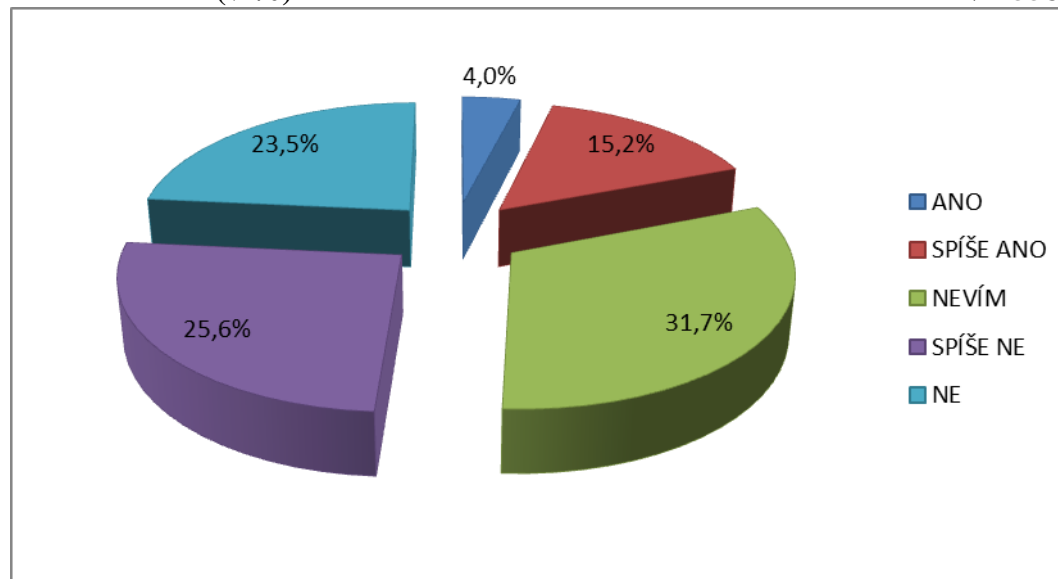
praxe hodnotu 27,918 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,01$. Bylo rovněž prokázáno, že využívání jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace preferují zejména sestry s vysokoškolským vzděláním, sestry se SZŠ a SZŠ a PSS vzděláním nemají jasný názor a více volí odpověď „nevím“. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 46,637 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Lze tedy konstatovat, že stanovisko k využívání jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace je závislé na délce praxe a vzdělání sester.

V rámci výzkumu byla rovněž formulována teze týkající se využívání více koncepčních modelů v rámci ošetrovatelské dokumentace. Rovněž k této tezi zaujímaly sestry stanoviska. Otázka byla míněna jako kontrolní, neboť se předpokládalo, že sestry, které preferují využití jednoho modelu, budou zaujímat negativní stanoviska k využití více modelů a naopak. Získané výsledky tuto úvahu potvrdily.

Graf 21 Souhlas s využitím většího počtu koncepčních modelů v rámci ošetrovatelské dokumentace

(v %)

N = 558



V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: souhlasíte s využitím většího počtu koncepčních modelů v rámci ošetrovatelské dokumentace? Analýza výsledků ukazuje, že s využitím více koncepčních modelů v rámci ošetrovatelské dokumentace vyslovilo souhlas 19,2 % dotázaných, proti tomuto postupu je 49,1 % sester a

zbývajících 31,7 % nemá na tuto záležitost jasný názor. Potvrdilo se tedy, že ty, které preferují využití jednoho koncepčního modelu, nesouhlasí s využíváním více koncepčních modelů a naopak.

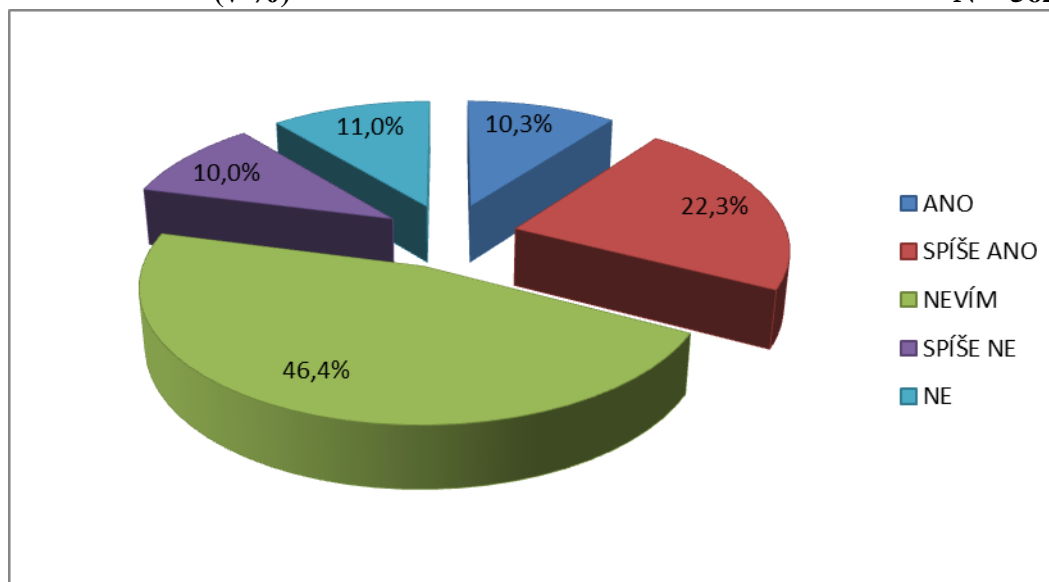
Lze tedy konstatovat, že sestry z nemocnic Jihočeského kraje preferují využívání jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace. Využívání více modelů podporuje jen menšina dotázaných, značný je však podíl těch sester, které nemají na tuto otázku jasný názor.

Poslední otázka, sledovaná v rámci této problematiky, se týkala vhodnosti systému péče praktikovaného na oddělení, na kterém sestra pracuje, k využití koncepčního modelu. Otázka byla položena jako uzavřená se standardní pětistupňovou škálou možných odpovědí.

Graf 22 Názor na vhodnost systému péče pracoviště pro ošetrovatelskou dokumentaci vypracovanou dle koncepčního modelu

(v %)

N = 562



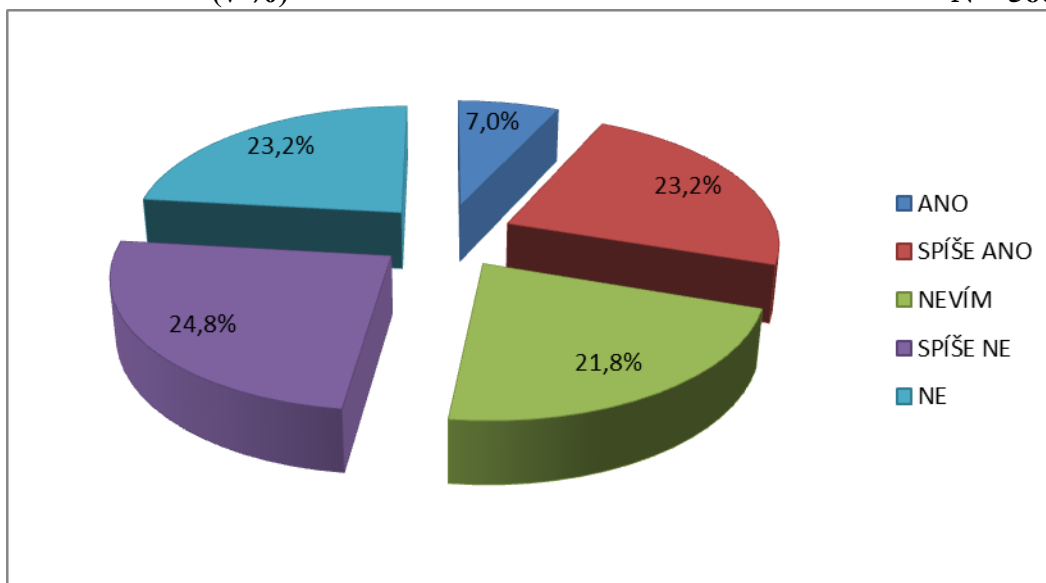
V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: je systém péče na Vašem pracovišti vhodný pro ošetrovatelskou dokumentaci vypracovanou dle koncepčního modelu? Výzkum ukázal, že téměř 1/2 (46,4 %) sester není schopna posoudit, zda je systém péče, který praktikují na oddělení, vhodný pro ošetrovatelskou dokumentaci vypracovanou dle koncepčního modelu. Cca 1/3 (32,5 %) sester se domnívá, že jejich systém vhodný je, zbývajících 21,0 % sester je toho názoru, že vhodný není. Lze tedy

uzavřít, že větší část sester nemá v této otázce jasno a neumí posoudit vhodnost koncepčního modelu pro ošetrovatelskou dokumentaci na svém oddělení.

K možnosti využití koncepčního modelu se více přiklánějí sestry pracující na standardních odděleních, negativní stanovisko častěji zaujímají sestry z jednotek intenzivní péče. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle oddělení hodnotu 15,365 při 4 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,01$. Stanovisko sester v této problematice je tedy podmíněno typem oddělení, na kterém pracují. Názor na tuto otázku je rovněž podmíněn délkou praxe v tom smyslu, že čím je praxe sester delší, tím je jejich stanovisko neurčitější a tím častěji je volena odpověď „nevím“. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 38,112 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Bylo rovněž prokázáno, že názor na možnost využití koncepčního modelu pro ošetrovatelskou dokumentaci je podmíněn vzděláním. Tuto možnost preferují zejména sestry s vysokoškolským vzděláním, sestry se SZŠ a se SZŠ a PSS vzděláním častěji uvádějí, že nevědí. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle vzdělání hodnotu 37,688 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Lze tedy konstatovat, že stanovisko k této otázce je podmíněno typem zařízení a typem oddělení, ve kterém sestra pracuje, délkou její praxe a výší dosaženého vzdělání.

Graf 23 Zájem o vzdělávací kurz v oblasti koncepčních modelů
(v %)

N = 560

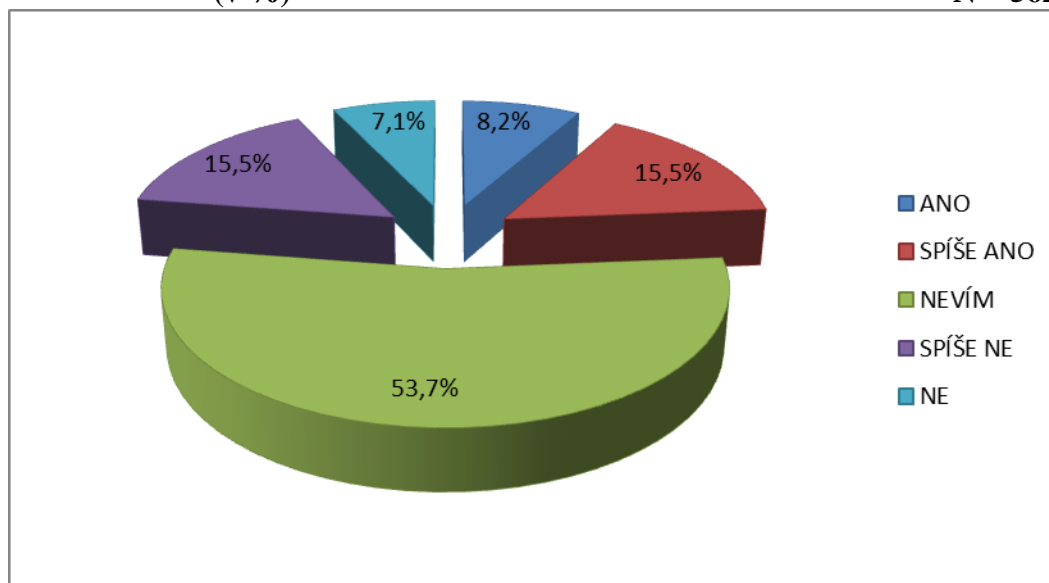


V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: máte zájem o vzdělávací kurz v oblasti koncepčních modelů? Z analýzy vyplývá, že v současnosti u sester z nemocnic Jihočeského kraje převládá nezájem o případný kurz v oblasti koncepčních modelů. Tento nezájem dala najevo téměř 1/2 (48,0 %) sester. Zájem naopak projevíly cca 3/10 (30,2 %) sester, zbývající více než 1/5 (21,8 %) sester nemá v této otázce jasno a zvolila odpověď „nevím“. Z prostého porovnání relativních četností vyplývá, že největší zájem o vzdělávací kurz projevíly sestry z nemocnice ve Strakonici. Testy významnosti však nelze pro malý počet pozorování v krajních hodnotách škály aplikovat. Platí, že větší zájem projevují sestry se střední dobou praxe, sestry s nejkratší a nejdelší praxí v oboru mají zájem menší. Chí kvadrát charakteristika testu nezávislosti (X^2) má v případě členění dle délky praxe hodnotu 45,896 při 12 stupních volnosti, hladina významnosti $\alpha = 0,001$. Jiné statisticky významné souvislosti identifikovány nebyly.

Sestry byly v rámci výzkumu rovněž dotázány, zda považují současnou nabídku vzdělávacích kurzů v oblasti koncepčních modelů za dostatečnou.

Graf 24 Dostatečné nabídky vzdělávacích kurzů dle sester
(v %)

N = 562

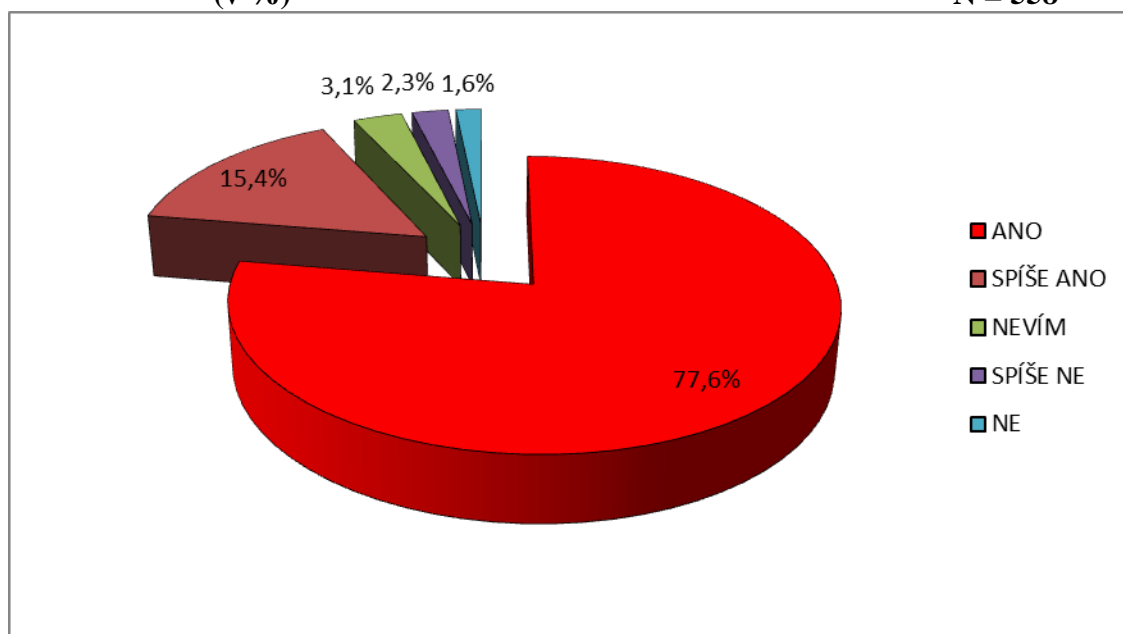


V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: považujete současnou nabídku vzdělávacích kurzů v oblasti koncepčních modelů za dostatečnou? O současnou nabídku vzdělávacích kurzů v oblasti koncepčních modelů nejsou sestry z nemocnic Jihočeského kraje dostatečně informovány. Více než polovina (53,7 %) nebyla schopna současnou nabídku posoudit a zvolila odpověď „nevím“. Zbývající sestry jsou rozděleny na dvě v podstatě stejně velké skupiny. K tomu, že současná nabídka je spíše nebo určitě dostatečná, se přiklání 23,8 % sester, o její nedostatečnosti je přesvědčeno 22,6 % sester. Lze tedy uzavřít, že informovanost sester o současnou nabídku vzdělávacích kurzů v oblasti koncepčních modelů je malá a jejich stanoviska jsou diferencovaná. Analýzy druhého stupně třídění nebyly v tomto případě pro malý počet pozorování v krajních polohách škály realizovány.

Poslední oblastí, sledovanou mimo rámec stanovených kategorií, byla schopnost empatie. Bylo zjišťováno, zda je pro sestry důležitá schopnost empatie, tj. schopnost vcítit se do pocitů, jednání druhé osoby.

Graf 25 Empatie jako důležitá schopnost sestry
(v %)

N = 558



V tomto grafu prezentujeme odpověď na otázku: považujete u sestry za důležitou schopnost empatie? Stanovisko sester v této oblasti je zcela jednoznačné. Naprostá většina z nich (93,0%) považuje schopnost empatie u sestry za důležitou. Neutrální stanovisko (odpověď „nevím“) zaujalo 3,1% sester, zbývajících 3,9% této schopnosti důležitost nepřikládá. Lze tedy jednoznačně konstatovat, že sestry z nemocnic Jihočeského kraje přikládají velkou důležitost schopnosti empatie. Tuto schopnost by měla dle jejich názoru sestra mít.

4.2 Kvalitativní část výsledků

Tabulka 1. Bližší charakteristika sester této studie

	Vzdělání	Délka praxe
Sestra 1	VŠ magisterské	1,5 roku zde
Sestra 2	SZŠ	2,5 roku zde
Sestra 3	SZŠ	5 let zde
Sestra 4	SZŠ	6 let zde
Sestra 5	VŠ bakalářské	3 roky zde
Sestra 6	SZŠ	4 roky zde
Sestra 7	SZŠ	1 rok zde
Sestra 8	SZŠ	8 let zde

V tabulce uvádíme informace o vzdělání a délce praxe respondentek v Domově Sue Ryder. Sestra 1 má vysokoškolské vzdělání magisterského stupně v ošetrovatelství, a praxi 1,5 roku v Domově. Sestra 2 má středoškolské vzdělání, a praxi 2,5 roku v Domově. Sestra 3 má středoškolské vzdělání, a praxi 5 let v Domově. Sestra 4 má středoškolské vzdělání a praxi 6 let v Domově. Sestra 5 má vysokoškolské bakalářské vzdělání v ošetrovatelství a praxi 3 roky v Domově. Sestra 6 má středoškolské vzdělání, a praxi 4 roky v Domově. Sestra 7 má středoškolské vzdělání a praxi 1 rok v Domově. Sestra 8 má středoškolské vzdělání a praxi 8 let v Domově.

4.2.1 Kategorizace dat dle oblastí M. J. Watson a kategorizace respondentů dle provedených rozhovorů se sestrami

Následující text je rozdělen do oblastí dle M. J. Watson a na základě analýzy odpovědí respondentů v rámci rozhovoru jsou uvedeny výsledky v suboblastech.

Oblast 1. Formování humanisticko-altruistického systému hodnot..... 77

Individuální přístup ke klientovi

Respektování klienta

Trpělivost a neúnavnost vůči klientovi

Vlastní profesionalita

Technická zručnost, důležitost techniky, administrativa

Klientovo první místo

Oblast 2. Vytváření důvěry, víry a naděje 82

Důvěra v klienta

Vlastní důvěryhodnost

Podporování naděje klientů

Oblast 3. Pěstování citlivého postoje vůči sobě i jiným	86
Plánování ošetrovatelské péče s klientem	
Komunikace s klientem	
Úsměv při komunikaci s klientem	
Oblast 4. Vytvoření vztahu pomoci a důvěry	89
Naslouchání klientům	
Pomoc klientovi mimo pracovní dobu	
Podávání informací klientovi důvěrně	
Empatie ke klientovi	
Oblast 5. Podpora a přijetí pozitivních i negativních citů.....	93
Podpora klienta ve vyjádření pozitivních a negativních emocí	
Podpora klienta ve vyjádření problémů	
Upřímnost ke klientovi	
Dohled nad klientem	
Oblast 6. Využívání smyslového a tvořivého přístupu	97
Kreativní a tvořivý přístup	
Oblast 7. Podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví	98
Informace důležité pro klientovo rozhodování	
Edukace klienta	
Oblast 8. Zabezpečení ochranného duševního i fyzického prostředí.....	100
Poskytování psychické a emocionální pohody	
Oblast 9. Napomáhání uspokojení lidských potřeb	101
Schopnost poznat potřeby klienta	
Podpora klienta	
Posilování rozvoje klienta	
Včasnost a ochota reagovat na potřeby klienta	
Zmírňování bolesti klienta	
Oblast 10Citlivost k existenčně-fenomenologicko-spirituálním silám.....	106
Podpora klienta jako lidské bytosti	
Zájem o klienta - subjektivní názor	
Klient a jeho priorita v práci	
Subjektivní názor na úroveň vlastní poskytované péče	
Pomoc v ulehčení příznakům onemocnění klientů	

Oblast 1. Formování humanisticko-altruistického systému hodnot

Sestra 1	SUBOBLAST: Individuální přístup ke klientovi
-3t	Ano, mám individuální přístup
0	Ano, mám individuální přístup
3t	Ano, nyní myslím, že to je více individuální přístup, máme lepší spolupráci.
Sestra 2	
-3t	Ano, mám individuální přístup
0	Ano, mám individuální přístup
3t	Ano, mám individuální přístup, ano, zapojuji více klienta.
Sestra 3	
-3t	Snažím se o tento přístup
0	Snažím se o tento přístup
3t	Ano, nyní myslím, že to je více individuální přístup, který dávám klientovi
Sestra 4	
-3t	Jinak to nejde
0	Snažím se o tento přístup
3t	Ano, mám individuální přístup
Sestra 5	
-3t	Ano, mám individuální přístup
0	Ano, mám individuální přístup
3t	Ano, mám individuální přístup
Sestra 6	
-3t	Ano, mám individuální přístup
0	Ano, mám individuální přístup
3t	Ano, mám individuální přístup
Sestra 7	
-3t	Snažím se o tento přístup
0	Snažím se o tento přístup
3t	Ano, mám individuální přístup, ano, poznala jsem více sebe sama
Sestra 8	
-3t	Ano, mám individuální přístup
0	Ano, mám individuální přístup
3t	Ano, mám individuální přístup, ano, zapojuji více klienta
-3t	značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)
0	značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu
3t	značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Sestra 1		SUBOBLAST: Respektování klienta
-3t	Ano, respektuji klienta	
0	Ano, respektuji klienta	
3t	Ano, respektuji klienta, i když někdy je těžké přijmout negativní pocity	
Sestra 2		
-3t	Zcela jistě ano	
0	Zcela jistě ano	
3t	Zcela jistě ano	
Sestra 3		
-3t	Zcela jistě ano	
0	Zcela jistě ano	
3t	Ano, respektuji klienta	
Sestra 4		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, respektuji klienta, a ano, on respektuje mě	
Sestra 5		
-3t	Ano, respektuji klienta	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, respektuji klienta	
Sestra 6		
-3t	Ano, respektuji klienta	
0	Ano, respektuji klienta	
3t	Ano, a on respektuje mě	
Sestra 7		
-3t	Ano, respektuji klienta	
0	Ano, respektuji klienta	
3t	Ano, respektuji klienta	
Sestra 8		
-3t	Zcela jistě ano	
0	Ano, respektuji klienta	
3t	Ano, respektuji klienta	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Sestra 1		SUBOBLAST: Trpělivost a neúnavnost vůči klientovi
-3t	Ano	
0	Ano	
3t	Ano	
Sestra 2		
-3t	Až tak ne	
0	Snažím se	
3t	Snažím se více, je to důležité i pro mě	
Sestra 3		
-3t	Snažím se (jak je čas)	
0	Snažím se, ne vždy je na to čas	
3t	Snažím se více, je to důležité i pro mě	
Sestra 4		
-3t	Až tak ne	
0	Až tak ne	
3t	Nyní ano	
Sestra 5		
-3t	Snažím se	
0	Snažím se	
3t	Ano	
Sestra 6		
-3t	Snažím se (jak je čas)	
0	Snažím se	
3t	Až tak ne	
Sestra 7		
-3t	Ano	
0	Ano	
3t	Ano	
Sestra 8		
-3t	Snažím se (jak je čas)	
0	Snažím se	
3t	Ano	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Sestra 1		SUBOBLAST: Vlastní profesionalita
-3t	Ano, jsem profesionálka	
0	Ano, jsem profesionálka	
3t	Ano, jsem profesionálka	
Sestra 2		
-3t	Snažím se být profesionálkou	
0	Snažím se být profesionálkou	
3t	Ano, jsem profesionálka	
Sestra 3		
-3t	Snažím se být profesionálkou	
0	Snažím se být profesionálkou	
3t	Snažím se být profesionálkou	
Sestra 4		
-3t	Ano, jsem profesionálka	
0	Ano, jsem profesionálka	
3t	Ano, jsem profesionálka	
Sestra 5		
-3t	Ano, jsem profesionálka	
0	Ano, jsem profesionálka	
3t	Ano, jsem profesionálka	
Sestra 6		
-3t	Ano, jsem profesionálka	
0	Ano, jsem profesionálka	
3t	Ano, jsem profesionálka	
Sestra 7		
-3t	Ano, jsem profesionálka	
0	Ano, jsem profesionálka	
3t	Ano, jsem profesionálka	
Sestra 8		
-3t	Snažím se být profesionálkou	
0	Snažím se být profesionálkou	
3t	Snažím se být profesionálkou	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Sestra 1		SUBOBLAST: Technická zručnost, důležitost techniky, administrativa
-3t	Jsem technicky (zdravotnická technika) zručná	
0	Jsem technicky (zdravotnická technika) zručná	
3t	Jsem technicky (zdravotnická technika) zručná	

Sestra 2

-3t	Nejsem technicky zručná
0	Nejsem technicky (zdravotnická technika) zručná,
3t	Nejsem technicky (zdravotnická technika) zručná, klient je pro mě důležitý, plánuji svůj čas efektivně (administrativa, technika)

Sestra 3

-3t	Jak u kterých přístrojů (zdravotnická technika) jsem zručná
0	Jak u kterých přístrojů (zdravotnická technika) jsem zručná, klient je důležitější než technika
3t	Jak u kterých přístrojů (zdravotnická technika) jsem zručná, klient je pro mě důležitý, plánuji svůj čas efektivně (administrativa, technika)

Sestra 4

-3t	Jak u kterých přístrojů (zdravotnická technika) jsem zručná
0	Jak u kterých přístrojů (zdravotnická technika) jsem zručná
3t	Jak u kterých přístrojů (zdravotnická technika) jsem zručná, klient je pro mě důležitý, plánuji svůj čas efektivně (administrativa, technika)

Sestra 5

-3t	Ano, jsem technicky zdatná
0	Jsem technicky (zdravotnická technika) zručná, klient je pro mě důležitý, plánuji svůj čas efektivně (administrativa, technika)
3t	Jsem technicky (zdravotnická technika) zručná, klient je pro mě důležitý, plánuji svůj čas efektivně (administrativa, technika)

Sestra 6

-3t	Jsem technicky (zdravotnická technika) zručná
0	Jsem technicky (zdravotnická technika) zručná
3t	Jsem technicky (zdravotnická technika) zručná, klient je pro mě důležitý

Sestra 7

-3t	Jsem technicky (zdravotnická technika) zručná
0	Jsem technicky (zdravotnická technika) zručná
3t	Jsem technicky (zdravotnická technika) zručná, klient je důležitější než technika

Sestra 8

-3t	Jak u kterých přístrojů (zdravotnická technika) jsem zručná
0	Jak u kterých přístrojů (zdravotnická technika) jsem zručná
3t	Jak u kterých přístrojů (zdravotnická technika) jsem zručná, klient je pro mě důležitý, plánuji svůj čas efektivně (administrativa, technika)

-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)

0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu

3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Sestra 1		SUBOBLAST: Klientovo první místo
-3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
0	Klient je u mě v práci na 1. místě	
3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
Sestra 2		
-3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
0	Klient je u mě v práci na 1. místě	
3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
Sestra 3		
-3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
0	Klient je u mě v práci na 1. místě	
3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
Sestra 4		
-3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
0	Klient je u mě v práci na 1. místě	
3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
Sestra 5		
-3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
0	Klient je u mě v práci na 1. místě	
3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
Sestra 6		
-3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
0	Klient je u mě v práci na 1. místě	
3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
Sestra 7		
-3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
0	Klient je u mě v práci na 1. místě	
3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
Sestra 8		
-3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
0	Klient je u mě v práci na 1. místě	
3t	Klient je u mě v práci na 1. místě	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Oblast 2. Vytváření důvěry, víry a naděje

Sestra 1		SUBOBLAST: Důvěra v klienta
-3t	Ano, důvěřuji klientovi	
0	Ano, důvěřuji klientovi	
3t	Ano, důvěřuji klientovi	
Sestra 2		
-3t	Jak kdy	
0	Jak kdy	
3t	Ano, chápu to jinak než dříve, důvěřuji vyjádřením klienta, obsah nemusí být vždy pravdou, ale pohledem klienta	
Sestra 3		
-3t	Ano, důvěřuji klientovi	
0	Ano, důvěřuji klientovi	
3t	Ano, důvěřuji klientovi	
Sestra 4		
-3t	Nelze ve všem	
0	Nelze ve všem	
3t	Ano, chápu to jinak než dříve, důvěřuji vyjádřením klienta, obsah nemusí být vždy pravdou, ale pohledem klienta	
Sestra 5		
-3t	Jak kdy	
0	Jak kdy	
3t	Ano, důvěřuji klientovi	
Sestra 6		
-3t	Ano, důvěřuji klientovi	
0	Ano, důvěřuji klientovi	
3t	Ano, důvěřuji klientovi	
Sestra 7		
-3t	Nelze ve všem	
0	Nelze ve všem	
3t	Ano, důvěřuji klientovi	
Sestra 8		
-3t	Jak kdy	
0	Jak kdy	
3t	Ano, důvěřuji klientovi	

-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Sestra 1		SUBOBLAST: Vlastní důvěryhodnost
-3t	Ano, jsem důvěryhodná	
0	Ano, jsem důvěryhodná	
3t	Ano, jsem důvěryhodná	
Sestra 2		
-3t	Nevím	
0	Nevím	
3t	Snažím se o to	
Sestra 3		
-3t	Ano, jsem důvěryhodná	
0	Ano, jsem důvěryhodná	
3t	Ano, jsem důvěryhodná, snažím se o to	
Sestra 4		
-3t	Nevím	
0	Nevím	
3t	Ano, jsem důvěryhodná	
Sestra 5		
-3t	Ano, jsem důvěryhodná	
0	Ano, jsem důvěryhodná	
3t	Ano, jsem důvěryhodná	
Sestra 6		
-3t	Ano, jsem důvěryhodná	
0	Ano, jsem důvěryhodná	
3t	Snažím se o to	
Sestra 7		
-3t	Nevím	
0	Nevím	
3t	Ano, jsem důvěryhodná	
Sestra 8		
-3t	Nevím	
0	Nevím	
3t	Ano, jsem důvěryhodná, snažím se o to	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Sestra 1		SUBOBLAST: Podporování naděje klientů
-3t	Ano, hodně podporuji	
0	Ano, hodně podporuji	
3t	Ano, určitě ano	
Sestra 2		
-3t	Ano, pokud to lze	
0	Ano, pokud to lze	
3t	Ano, více než dříve (před výzkumem), ano, pokud to lze	
Sestra 3		
-3t	Ano, pokud to lze, je to těžké	
0	Ano, pokud to lze, je to těžké	
3t	Ano, určitě ano	
Sestra 4		
-3t	Snažím se	
0	Snažím se	
3t	Ano, pokud to lze	
Sestra 5		
-3t	Ano, pokud to lze	
0	Ano, pokud to lze	
3t	Ano, pokud to lze	
Sestra 6		
-3t	Ano, pokud to lze	
0	Ano, pokud to lze	
3t	Ano, určitě ano	
Sestra 7		
-3t	Ano, pokud to lze	
0	Ano, pokud to lze	
3t	Ano, určitě ano	
Sestra 8		
-3t	Ano, pokud to lze	
0	Ano, pokud to lze	
3t	Ano, pokud to lze	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Oblast 3. Pěstování citlivého postoje vůči sobě i jiným

Sestra 1	SUBOBLAST: Plánování ošetrovatelské péče s klientem
-3t	Ano, spíše pomáhám tvořit s klientem
0	Ano, spíše pomáhám tvořit s klientem
3t	Ano, s klientem
Sestra 2	
-3t	Určuji ho já
0	Určuji ho já
3t	Ano, více se snažím zapojit klienta
Sestra 3	
-3t	Ne
0	Ne
3t	Ano, s klientem, zajímají mě názory klienta
Sestra 4	
-3t	Jak kdy
0	Dle časových možností
3t	Ano, s klientem, někdy nejde zapojit klienta
Sestra 5	
-3t	Sestavuji plán péče sama, bez klienta
0	Sestavuji plán péče sama, bez klienta
3t	Ano, s klientem, zajímají mě názory klienta
Sestra 6	
-3t	Sestavuji plán péče sama, bez klienta, určuji ho já
0	Sestavuji plán péče sama, bez klienta
3t	Ano, s klientem, někdy nejde zapojit klienta
Sestra 7	
-3t	Určuji ho já
0	Sestavuji plán péče sama, bez klienta
3t	Ano, s klientem, zajímají mě názory klienta
Sestra 8	
-3t	Sestavuji plán péče sama, bez klienta
0	Sestavuji plán péče sama, bez klienta
3t	Ano, s klientem, někdy nejde zapojit klienta
-3t	značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)
0	značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu
3t	značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Sestra 1		SUBOBLAST: Komunikace s klientem
-3t	Snažím se používat slabý a vlídný hlas	
0	Snažím se používat slabý a vlídný hlas	
3t	Používám více slabý a vlídný hlas, vždy si najdu čas na klienta, mám lepší vztah s klientem, více komunikujeme	
Sestra 2		
-3t	Najdu si čas na klienta	
0	Najdu si čas na klienta	
3t	Používám více slabý a vlídný hlas, vždy si najdu čas na klienta	
Sestra 3		
-3t	Jak kdy, doma řvu	
0	Snažím se	
3t	Používám více slabý a vlídný hlas, klient je pro mě důležitý, mám lepší vztah s klientem, více komunikujeme	
Sestra 4		
-3t	Není vždy čas na klienta	
0	Není vždy čas na klienta	
3t	Vždy si najdu čas na klienta	
Sestra 5		
-3t	Není vždy čas na klienta	
0	Snažím se	
3t	Používám více slabý a vlídný hlas, vždy si najdu čas na klienta	
Sestra 6		
-3t	Snažím se používat slabý a vlídný hlas	
0	Snažím se používat slabý a vlídný hlas	
3t	Používám více slabý a vlídný hlas, vždy si najdu čas na klienta, mám lepší vztah s klientem, více komunikujeme	
Sestra 7		
-3t	Najdu si čas na klienta	
0	Najdu si čas na klienta vždycky	
3t	Používám více slabý a vlídný hlas, vždy si najdu čas na klienta, mám lepší vztah s klientem, více komunikujeme	
Sestra 8		
-3t	Snažím se používat slabý a vlídný hlas, najdu si čas na klienta	
0	Snažím se používat slabý a vlídný hlas, najdu si čas na klienta	
3t	Používám více slabý a vlídný hlas, vždy si najdu čas na klienta, mám lepší vztah s klientem, více komunikujeme	
-3t	značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0	značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t	značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Sestra 1		SUBOBLAST: Úsměv při komunikaci s klientem
-3t	Ano, úsměv používám	
0	Ano, úsměv používám	
3t	Ano, úsměv používám	
Sestra 2		
-3t	Ano, úsměv používám	
0	Ano, úsměv používám	
3t	Ano, úsměv používám	
Sestra 3		
-3t	Snažím se usmívat	
0	Snažím se usmívat	
3t	Snažím se usmívat	
Sestra 4		
-3t	Ano, úsměv používám	
0	Ano, úsměv používám	
3t	Ano, úsměv používám	
Sestra 5		
-3t	Snažím se usmívat	
0	Snažím se usmívat	
3t	Snažím se usmívat	
Sestra 6		
-3t	Snažím se usmívat	
0	Snažím se usmívat	
3t	Snažím se usmívat	
Sestra 7		
-3t	Snažím se usmívat	
0	Snažím se usmívat	
3t	Snažím se usmívat	
Sestra 8		
-3t	Ano, úsměv používám	
0	Ano, úsměv používám	
3t	Ano, úsměv používám	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Oblast 4. Vytvoření vztahu pomoci a důvěry

Sestra 1		SUBOBLAST: Naslouchání klientům
-3t	Ano, naslouchám	
0	Ano, naslouchám	
3t	Ano, naslouchám, více naslouchám pocitům a potřebám klienta, pracuji s tím	
Sestra 2		
-3t	Když je na to čas	
0	Když je na to čas	
3t	Ano, naslouchám	
Sestra 3		
-3t	Spíše ne	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, naslouchám, více s tím pracuji	
Sestra 4		
-3t	Když je na to čas	
0	Snažím se o to, když je na to čas	
3t	Snažím se více, když je na to čas	
Sestra 5		
-3t	Když je na to čas	
0	Naslouchám, ale ne vždy je na to čas	
3t	Ano, naslouchám a pracuji s tím	
Sestra 6		
-3t	Ano, naslouchám	
0	Ano, naslouchám	
3t	Ano, naslouchám	
Sestra 7		
-3t	Když je na to čas	
0	Když je na to čas	
3t	Ano, naslouchám, více naslouchám pocitům a potřebám klienta, pracuji s tím	
Sestra 8		
-3t	Snažím se	
0	Snažím se, ne vždy to jde	
3t	Ano, naslouchám více, čas si najdu	

-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Sestra 1		SUBOBLAST: Pomoc klientovi mimo pracovní dobu
-3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
0	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
Sestra 2		
-3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
0	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
3t	Ano, pomáhám, a to někde i více (hlavně podpora psychiky klienta a přijetí jeho pocitů), ano, pomáhám, i když už nejsem v práci	
Sestra 3		
-3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
0	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
Sestra 4		
-3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
0	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
3t	Ano, pomáhám, a to někde i více (hlavně podpora psychiky klienta a přijetí jeho pocitů), ano, pomáhám, i když už nejsem v práci	
Sestra 5		
-3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
0	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
Sestra 6		
-3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
0	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
Sestra 7		
-3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
0	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
Sestra 8		
-3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
0	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
3t	Ano, pomáhám, pomáhám, i když už nejsem v práci	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Sestra 1		SUBOBLAST: Podávání informací klientovi důvěrně
-3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
0	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
Sestra 2		
-3t	Snažím se o to, abych podávala informace důvěrně	
0	Snažím se o to, abych podávala informace důvěrně	
3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně, sama bych chtěla, aby mně takové informace byly sdělovány důvěrně	
Sestra 3		
-3t	Snažím se o to, abych podávala informace důvěrně	
0	Snažím se o to, abych podávala informace důvěrně	
3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně, sama bych chtěla, aby mně takové informace byly sdělovány důvěrně	
Sestra 4		
-3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
0	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně, sama bych chtěla, aby mně takové informace byly sdělovány důvěrně	
Sestra 5		
-3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
0	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
Sestra 6		
-3t	Jinak to asi nejde, než podávat informace důvěrně	
0	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně, sama bych chtěla, aby mně takové informace byly sdělovány důvěrně	
Sestra 7		
-3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
0	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
Sestra 8		
-3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
0	Ano, podávám klientovi informace důvěrně	
3t	Ano, podávám klientovi informace důvěrně, musím podle zákona	
-3t	značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0	značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t	značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Sestra 1		SUBOBLAST: Empatie ke klientovi
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, jsem empatická, více než dříve	
Sestra 2		
-3t	Je to náročné	
0	Je to náročné, snažím se o to	
3t	Ano, jsem empatická více než dříve (před výzkumem)	
Sestra 3		
-3t	Ano, jsem empatická	
0	Ano, jsem empatická	
3t	Ano, jsem empatická, asi více než dříve	
Sestra 4		
-3t	Snažím se (když to lze z mé strany)	
0	Snažím se (když to lze z mé strany)	
3t	Ano, jsem empatická více než dříve (před výzkumem), více se o to snažím	
Sestra 5		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, jsem empatická	
Sestra 6		
-3t	Je to náročné	
0	Je to náročné	
3t	Ano, jsem empatická, více se o to snažím	
Sestra 7		
-3t	Ano, jsem empatická	
0	Ano, jsem empatická	
3t	Ano, jsem empatická, více než dříve	
Sestra 8		
-3t	Ano, jsem empatická	
0	Ano, jsem empatická	
3t	Ano, jsem empatická	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Oblast 5. Podpora a přijetí pozitivních i negativních citů

SUBOBLAST: Podpora klienta ve vyjádření pozitivních a negativních emocí	
Sestra 1	
-3t	Ano, podporuji klienta
0	Ano, podporuji klienta
3t	Ano, podporuji klienta, ano, poznala jsem více i sama sebe
Sestra 2	
-3t	Jak kdy
0	Jak kdy
3t	Jak kdy
Sestra 3	
-3t	Jak kdy
0	Jak kdy
3t	Ano, podporuji klienta, více než dříve
Sestra 4	
-3t	Jak kdy
0	Jak kdy
3t	Ano, podporuji klienta, jak kdy, ano, poznala jsem více i sama sebe
Sestra 5	
-3t	Ano, podporuji klienta
0	Ano, podporuji klienta
3t	Ano, podporuji klienta, ano, poznala jsem více i sama sebe, více než dříve
Sestra 6	
-3t	Ano, podporuji klienta,
0	Ano, podporuji klienta,
3t	Ano, podporuji klienta, ano, poznala jsem více i sama sebe
Sestra 7	
-3t	Snažím se
0	Snažím se
3t	Ano, podporuji klienta, jak kdy, ano, poznala jsem více i sama sebe
Sestra 8	
-3t	Ano, podporuji klienta
0	Ano, podporuji klienta
3t	Ano, podporuji klienta

-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Sestra 1		SUBOBLAST: Podpora klienta ve vyjádření problémů
-3t	Ano, podporuji klienta	
0	Ano, podporuji klienta	
3t	Ano, podporuji klienta	
Sestra 2		
-3t	Ano, podporuji klienta	
0	Ano, podporuji klienta	
3t	Ano, podporuji klienta, více než dříve	
Sestra 3		
-3t	Jak kdy	
0	Jak kdy	
3t	Ano, podporuji klienta	
Sestra 4		
-3t	Jak kdy	
0	Jak kdy	
3t	Ano, podporuji klienta, více než dříve	
Sestra 5		
-3t	Ano, podporuji klienta	
0	Ano, podporuji klienta	
3t	Ano, podporuji klienta	
Sestra 6		
-3t	Ano, podporuji klienta	
0	Ano, podporuji klienta	
3t	Ano, podporuji klienta, je to důležité	
Sestra 7		
-3t	Jak kdy	
0	Ano, podporuji klienta	
3t	Ano, podporuji klienta	
Sestra 8		
-3t	Ano, podporuji klienta	
0	Ano, podporuji klienta	
3t	Ano, podporuji klienta, více než dříve	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Sestra 1		SUBOBLAST: Upřímnost ke klientovi
-3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
0	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
Sestra 2		
-3t	Snažím se (ne, když jsou to špatné zprávy)	
0	Snažím se	
3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi, ten model mě k tomu vedl	
Sestra 3		
-3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
0	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
Sestra 4		
-3t	Podle situace ano	
0	Podle situace ano	
3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
Sestra 5		
-3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
0	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi, ten model mě k tomu vedl	
Sestra 6		
-3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
0	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
Sestra 7		
-3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
0	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
Sestra 8		
-3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
0	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
3t	Ano, jsem upřímná ke klientovi	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Sestra 1		SUBOBLAST: Dohled nad klientem
-3t	Dohlížím nad klientem	
0	Dohlížím nad klientem	
3t	Dohlížím nad klientem, a je mi bližší	
Sestra 2		
-3t	Dohlížím nad klientem	
0	Dohlížím nad klientem	
3t	Dohlížím nad klientem	
Sestra 3		
-3t	Dohlížím nad klientem	
0	Dohlížím nad klientem	
3t	Dohlížím nad klientem	
Sestra 4		
-3t	Dohlížím nad klientem	
0	Dohlížím nad klientem	
3t	Dohlížím nad klientem	
Sestra 5		
-3t	Dohlížím nad klientem	
0	Dohlížím nad klientem	
3t	Snažím se dohlížet na klienta	
Sestra 6		
-3t	Snažím se dohlížet na klienta	
0	Společně s ostatními dohlížím na klienta	
3t	Společně s ostatními dohlížím na klienta	
Sestra 7		
-3t	Snažím se dohlížet na klienta	
0	Snažím se dohlížet na klienta	
3t	Snažím se dohlížet na klienta	
Sestra 8		
-3t	Dohlížím nad klientem	
0	Dohlížím nad klientem	
3t	Dohlížím nad klientem	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Oblast 6. Využívání smyslového a tvořivého přístupu

Sestra 1		SUBOBLAST: Kreativní a tvořivý přístup
-3t	Snažím se o to, být kreativní	
0	Snažím se o to, být kreativní	
3t	Nevím, jestli jsem kreativní, klientka mi říká, že jsem	
Sestra 2		
-3t	Já být nemusím	
0	Ne	
3t	Snažím se o to, být kreativní	
Sestra 3		
-3t	Snažím se o to, být kreativní	
0	Snažím se o to, být kreativní	
3t	Snažím se o to, být kreativní	
Sestra 4		
-3t	Ano, jsem kreativní	
0	Ano, jsem kreativní	
3t	Ano, jsem kreativní, vytvořili jsme společně hru	
Sestra 5		
-3t	Snažím se o to, být kreativní	
0	Snažím se o to, být kreativní	
3t	Ano, jsem kreativní, více než dříve	
Sestra 6		
-3t	Snažím se o to, být kreativní	
0	Snažím se o to, být kreativní	
3t	Model mě vedl k tomu, zamyslet se nad tím, a jsem nyní více kreativní	
Sestra 7		
-3t	Snažím se o to, být kreativní	
0	Snažím se o to, být kreativní	
3t	Snažím se o to, být kreativní	
Sestra 8		
-3t	Snažím se o to, být kreativní	
0	Snažím se o to, být kreativní	
3t	Snažím se o to, být kreativní	

-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Oblast 7. Podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví

Sestra 1		SUBOBLAST: Informace pro rozhodnutí klienta
-3t	Snažím se	
0	Snažím se	
3t	Ano, určitě ano, více než dříve	
Sestra 2		
-3t	Spíše ne, rozhoduje se sám	
0	Spíše ne, rozhoduje se sám	
3t	Teď ano	
Sestra 3		
-3t	Snažím se	
0	Snažím se	
3t	Ano, určitě ano	
Sestra 4		
-3t	Snažím se	
0	Snažím se	
3t	Snažím se	
Sestra 5		
-3t	Snažím se	
0	Snažím se	
3t	Ano	
Sestra 6		
-3t	Dávám tyto informace	
0	Dávám tyto informace	
3t	Dávám tyto informace	
Sestra 7		
-3t	Snažím se	
0	Snažím se	
3t	Ano	
Sestra 8		
-3t	Ne	
0	Ne	
3t	Ano, při tomto modelu ano	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Sestra 1		SUBOBLAST: Edukace klienta
-3t	Ano, edukuji klienta	
0	Souhlasím, edukuji	
3t	Ano, edukuji klienta, ano, v oblasti přijetí pocitů, zajímá mě pohled klienta, ano, snažím se být kreativní, aby to klienta zaujalo	
Sestra 2		
-3t	Když je to třeba – podle mě	
0	Většinou ano	
3t	Ano, edukuji klienta, po domluvě s klientem, ano, snažím se být kreativní, aby to klienta zaujalo	
Sestra 3		
-3t	Snažím se	
0	Snažím se	
3t	Ano, když klient potřebuje, tak hodně	
Sestra 4		
-3t	Ne	
0	Ne, needukuji	
3t	Ano, edukuji klienta	
Sestra 5		
-3t	Snažím se	
0	Snažím se	
3t	Zajímá mě pohled klienta, snažím se	
Sestra 6		
-3t	Když je to třeba – podle mě	
0	Podle času	
3t	Ano, edukuji klienta, ano, v oblasti přijetí pocitů, ano, když klient potřebuje, tak hodně	
Sestra 7		
-3t	Ano, edukuji klienta	
0	Ano, edukuji	
3t	Ano, edukuji klienta, po domluvě s klientem	
Sestra 8		
-3t	Snažím se	
0	Snažím se	
3t	Ano, edukuji klienta, ano, snažím se být kreativní, aby to klienta zaujalo	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Oblast 8. Zabezpečení ochranného duševního i fyzického prostředí

Sestra 1 SUBOBLAST: **Poskytování psychické a emocionální pohody**

- 3t Ano, poskytuji psychickou a emocionální pohodu
- 0 Ano, poskytuji psychickou a emocionální pohodu
- 3t Ano, více než dříve

Sestra 2

- 3t Ano, poskytuji psychickou a emocionální pohodu
- 0 Ano, poskytuji
- 3t Ano, a jsem z toho spokojená

Sestra 3

- 3t Snažím se
- 0 Ano, poskytuji psychickou a emocionální pohodu
- 3t Snažím se klientovi navodit pocit pohody

Sestra 4

- 3t Někdy ano (když je na to čas)
- 0 Ano, poskytuji
- 3t Ano, a jsem z toho spokojená

Sestra 5

- 3t Snažím se
- 0 Snažím se
- 3t Ano, a jsem z toho spokojená

Sestra 6

- 3t Snažím se
- 0 Snažím se
- 3t Ano, více než dříve

Sestra 7

- 3t Ano, poskytuji psychickou a emocionální pohodu
- 0 Ano, poskytuji psychickou a emocionální pohodu
- 3t Ano, více než dříve

Sestra 8

- 3t Snažím se
- 0 Snažím se
- 3t Ano, více než dříve

-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)

0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu

3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Oblast 9. Napomáhání uspokojení lidských potřeb

Sestra 1	SUBOBLAST: Schopnost poznat potřeby klienta
-3t	Ano, umím poznat potřeby klienta
0	Ano, umím poznat potřeby klienta
3t	Ano, umím poznat potřeby klienta
Sestra 2	
-3t	Ano, umím poznat potřeby klienta
0	Ano, umím poznat potřeby klienta
3t	Ano, umím poznat potřeby klienta, člověk si uvědomuje, co vše tím ovlivní, když dokáže potřeby rozpoznat
Sestra 3	
-3t	Myslím si, že ne vždy potřeby klienta poznám
0	Myslím si, že ne vždy potřeby klienta poznám
3t	Ano, umím poznat potřeby klienta, doufám, že je teď (po výzkumu) umím lépe rozpoznat (potřeby)
Sestra 4	
-3t	Ne vždy potřeby klienta poznám, jsou někdy schované
0	Ano, umím poznat potřeby klienta
3t	Ano, umím poznat potřeby klienta
Sestra 5	
-3t	Ano, umím poznat potřeby klienta
0	Ano, umím poznat potřeby klienta
3t	Ano, umím poznat potřeby klienta
Sestra 6	
-3t	Ano, umím poznat potřeby klienta
0	Ano, umím poznat potřeby klienta
3t	Ano, umím poznat potřeby klienta
Sestra 7	
-3t	Ano, umím poznat potřeby klienta
0	Ano, umím poznat potřeby klienta
3t	Ano, umím poznat potřeby klienta
Sestra 8	
-3t	Ano, umím poznat potřeby klienta
0	Ano, umím poznat potřeby klienta
3t	Ano, umím poznat potřeby klienta doufám, že je teď (po výzkumu) umím lépe rozpoznat (potřeby)

-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Sestra 1		SUBOBLAST: Podpora klienta
-3t	Ano, podporuji klienta	
0	Ano, podporuji klienta	
3t	Ano, hlavně ve vyjádření jeho potřeb, v oblasti vyjádření pocitů, v oblasti příjemného prostředí, v jeho učení	
Sestra 2		
-3t	Ano, hlavně ve vyjádření jeho potřeb	
0	Ano, hlavně v péči	
3t	Ano, hlavně ve vyjádření jeho potřeb, v oblasti vyjádření pocitů, v oblasti příjemného prostředí, v jeho učení, ve vytvoření pozitivního vztahu	
Sestra 3		
-3t	Ano, podporuji klienta	
0	Ano, podporuji klienta	
3t	Ano, hlavně ve vyjádření jeho potřeb, v oblasti vyjádření pocitů, v oblasti příjemného prostředí, v jeho učení	
Sestra 4		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, hlavně ve vyjádření jeho potřeb, ano, v oblasti vyjádření pocitů, v oblasti příjemného prostředí, v jeho učení, ve vytvoření pozitivního vztahu	
Sestra 5		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, hlavně ve vyjádření jeho potřeb, v jeho učení, v jeho uzdravování	
Sestra 6		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, hlavně ve vyjádření jeho potřeb, v oblasti příjemného prostředí, ve vytvoření pozitivního vztahu	
Sestra 7		
-3t	Ano, podporuji klienta	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, hlavně ve vyjádření jeho potřeb, v oblasti vyjádření pocitů, v oblasti příjemného prostředí, v jeho učení	
Sestra 8		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, hlavně ve vyjádření jeho potřeb	
-3t	značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0	značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t	značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Sestra 1		SUBOBLAST: Posilování rozvoje klienta
-3t	Ano, posiluji rozvoj klienta	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, posiluji rozvoj klienta	
Sestra 2		
-3t	Ano, posiluji rozvoj klienta	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, bavím se o tom s klientem	
Sestra 3		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, posiluji rozvoj klienta	
Sestra 4		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, u nás je to důležité	
Sestra 5		
-3t	Ano, posiluji rozvoj klienta	
0	Ano, posiluji rozvoj klienta	
3t	Ano, posiluji rozvoj klienta	
Sestra 6		
-3t	Ano, posiluji rozvoj klienta	
0	Ano, posiluji rozvoj klienta	
3t	Ano, posiluji rozvoj klienta	
Sestra 7		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Ano, posiluji rozvoj klienta, ano, bavím se o tom s klientem	
Sestra 8		
-3t	Ano, posiluji rozvoj klienta	
0	Ano, posiluji rozvoj klienta	
3t	Ano, posiluji rozvoj klienta, nyní více než dříve	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Sestra 1 SUBOBLAST: **Včasnost a ochota reagovat na potreby klienta**

- 3t Ano, vždy reaguji včas na potreby klienta
- 0 Ano, vždy reaguji včas na potreby klienta
- 3t Ano, vždy reaguji včas na potreby klienta, řeším ochotně potreby klienta

Sestra 2

- 3t Snažím se reagovat včas na potreby klienta
- 0 Snažím se reagovat včas na potreby klienta
- 3t Snažím se reagovat včas na potreby klienta, řeším ochotně potreby klienta

Sestra 3

- 3t Ano, vždy reaguji včas na potreby klienta
- 0 Snažím se reagovat včas na potreby klienta
- 3t Po domluvě s klientem některé potreby řešíme dlouhodobě, a ne tak rychle, řeším ochotně potreby klienta

Sestra 4

- 3t Nelze to vždy, reagovat včas na potreby klienta
- 0 Nelze to vždy, reagovat včas na potreby klienta
- 3t Snažím se reagovat včas na potreby klienta, řeším ochotně potreby klienta

Sestra 5

- 3t Nelze to vždy, reagovat včas na potreby klienta
- 0 Nelze to vždy, reagovat včas na potreby klienta
- 3t Ano, vždy reaguji včas na potreby klienta, řeším ochotně potreby klienta

Sestra 6

- 3t Snažím se reagovat včas na potreby klienta
- 0 Snažím se reagovat včas na potreby klienta
- 3t Ano, vždy reaguji včas na potreby klienta, řeším ochotně potreby klienta

Sestra 7

- 3t Snažím se reagovat včas na potreby klienta
- 0 Snažím se reagovat včas na potreby klienta
- 3t Ano, vždy reaguji včas na potreby klienta, řeším ochotně potreby klienta

Sestra 8

- 3t Ano, vždy reaguji včas na potreby klienta
- 0 Ano, vždy reaguji včas na potreby klienta
- 3t Ano, vždy reaguji včas na potreby klienta, řeším ochotně potreby klienta

-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)

0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu

3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Sestra 1		SUBOBLAST: Zmírňování bolesti klienta
-3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
0	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
Sestra 2		
-3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
0	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
Sestra 3		
-3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
0	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
Sestra 4		
-3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
0	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
Sestra 5		
-3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
0	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
Sestra 6		
-3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
0	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
Sestra 7		
-3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
0	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
Sestra 8		
-3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
0	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
3t	Ano, zmírňuji bolest a utrpení klienta	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Oblast 10. Citlivost k existenčně-fenomenologicko-spirituálním silám

Sestra 1		SUBOBLAST: Podpora klienta jako lidské bytosti
-3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
0	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
Sestra 2		
-3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
0	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost, výzkum mi otevřel oči, chápu to nyní jinak, podpora je třeba ve více oblastech	
Sestra 3		
-3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost, někdy je to těžké	
0	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
Sestra 4		
-3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
0	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
Sestra 5		
-3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
0	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
Sestra 6		
-3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
0	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost, někdy se musím na to zaměřit, ale ta podpora je důležitá, také bych to tak chtěla u sebe	
Sestra 7		
-3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost, někdy je to těžké	
0	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost, výzkum mi otevřel oči, chápu to nyní jinak, podpora je třeba ve více oblastech	
Sestra 8		
-3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost, někdy je to těžké	
0	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
3t	Podporuji klienta jako lidskou bytost	
-3t	značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0	značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t	značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Sestra 1		SUBOBLAST: Zájem o klienta - subjektivní názor
-3t	Myslím si, že projevuji zájem o klienta	
0	Myslím si, že projevuji zájem o klienta	
3t	Projevuji zájem o klienta	
Sestra 2		
-3t	Myslím si, že projevuji zájem o klienta	
0	Myslím si, že projevuji zájem o klienta	
3t	Klientka mi sama řekla, že jsem první, kdo se jí na některé věci zeptal	
Sestra 3		
-3t	Není na to vždy čas, je hodně administrativy	
0	Myslím si, že projevuji zájem o klienta	
3t	Projevuji zájem o klienta	
Sestra 4		
-3t	Není na to vždy čas, je hodně administrativy	
0	Není na to vždy čas, je hodně administrativy	
3t	Projevuji zájem o klienta	
Sestra 5		
-3t	Není na to vždy čas, je hodně administrativy	
0	Není na to vždy čas, je hodně administrativy	
3t	Projevuji zájem o klienta	
Sestra 6		
-3t	Myslím si, že projevuji zájem o klienta, snažím se o to, ne vždy to lze	
0	Myslím si, že projevuji zájem o klienta, snažím se o to, ne vždy to lze	
3t	Ano projevuji ho, stojí mě to hodně času, i já bych to tak chtěla	
Sestra 7		
-3t	Není na to vždy čas, je hodně administrativy	
0	Není na to vždy čas, je hodně administrativy	
3t	Klientka mi sama řekla, že jsem první, kdo se jí na některé věci zeptal	
Sestra 8		
-3t	Myslím si, že projevuji zájem o klienta	
0	Myslím si, že projevuji zájem o klienta	
3t	Projevuji zájem o klienta více než dříve, hodně s ním komunikuji	
-3t	značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0	značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t	značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Sestra 1		SUBOBLAST: Klient a jeho priorita v práci sestry
-3t	Klient je u mě na 1. místě, pomáhám klientovi i mimo pracovní dobu	
0	Klient je u mě na 1. místě, pomáhám klientovi i mimo pracovní dobu	
3t	Klient je u mě na 1. místě, pomáhám klientovi i mimo pracovní dobu	
Sestra 2		
-3t	Klient je u mě na 1. místě, jen v práci, doma už ne	
0	Klient je u mě na 1. místě, jen v práci, doma už ne	
3t	Klient je u mě na 1. místě, jen v práci, doma už ne	
Sestra 3		
-3t	Klient je u mě na 1. místě, jen v práci, doma už ne	
0	Klient je u mě na 1. místě, jen v práci, doma už ne	
3t	Klient je u mě na 1. místě, jen v práci, doma už ne	
Sestra 4		
-3t	Je pro mě důležitý, ale nemůžu zcela jistě říct, že na prvním místě	
0	Je pro mě důležitý, ale nemůžu zcela jistě říct, že na prvním místě	
3t	Klient je u mě na 1. místě, pomáhám klientovi i mimo pracovní dobu	
Sestra 5		
-3t	Jen v práci, doma už ne, pomáhám klientovi i mimo pracovní dobu	
0	Jen v práci, doma už ne, pomáhám klientovi i mimo pracovní dobu	
3t	Klient je u mě na 1. místě, pomáhám klientovi i mimo pracovní dobu	
Sestra 6		
-3t	Klient je u mě na 1. místě, jen v práci, doma už ne	
0	Klient je u mě na 1. místě, jen v práci, doma už ne	
3t	Klient je u mě na 1. místě	
Sestra 7		
-3t	Klient je u mě na 1. místě	
0	Klient je u mě na 1. místě	
3t	Klient je u mě na 1. místě	
Sestra 8		
-3t	Pomáhám klientovi i mimo pracovní dobu	
0	Pomáhám klientovi i mimo pracovní dobu	
3t	Klient je u mě na 1. místě, pomáhám klientovi i mimo pracovní dobu	
-3t	značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0	značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t	značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Sestra 1		SUBOBLAST: Subjektivní názor na úroveň vlastní poskytované péče
-3t	Samozřejmě ano, poskytují nejlepší péči	
0	Samozřejmě ano, poskytují nejlepší péči	
3t	Ano, poskytují nejlepší péči	
Sestra 2		
-3t	Snažím se, nevím jistě	
0	Snažím se	
3t	Ano, hodně mi dala diskuse s klienty, já myslím, že mým klientům ano, poskytují tu nejlepší péči	
Sestra 3		
-3t	Snažím se, nevím jistě	
0	Snažím se, nevím jistě	
3t	Ano, poskytují nejlepší péči	
Sestra 4		
-3t	Asi ne, vždy je někdo lepší	
0	Nevím	
3t	Ano, poskytují nejlepší péči	
Sestra 5		
-3t	Snažím se, nevím jistě	
0	Snažím se, nevím jistě	
3t	Ano, hodně mi dala diskuse s klienty, já myslím, že mým klientům ano, poskytují tu nejlepší péči	
Sestra 6		
-3t	Snažím se, nevím jistě	
0	Snažím se, nevím jistě	
3t	Ano	
Sestra 7		
-3t	Snažím se, nevím jistě	
0	Snažím se, nevím jistě	
3t	Snažím se, nevím jistě	
Sestra 8		
-3t	Snažím se, nevím jistě	
0	Snažím se, nevím jistě	
3t	Ano	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Sestra 1		SUBOBLAST: Pomoc v ulehčení příznakům onemocnění klientů
-3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
0	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
Sestra 2		
-3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
0	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
Sestra 3		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
Sestra 4		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
Sestra 5		
-3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
0	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
Sestra 6		
-3t	Snažím se o to	
0	Snažím se o to	
3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
Sestra 7		
-3t	Snažím se o to	
0	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
Sestra 8		
-3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
0	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
3t	Pomáhám vyjádřit příznaky klientů	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

4.2.2 Kategorizace dat v textu dle oblastí M. J. Watson dle provedených rozhovorů s klienty

Oblast 1. Formování humanisticko-altruistického systému hodnot.....	112
Láskyplná péče	
Sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči, ji poskytují dle individuálních požadavků a potřeb klienta	
Oblast 2. Vytváření důvěry, víry a naděje	114
Důvěra jako součást poskytované ošetrovatelské péče	
Sestry a jejich respektování víry klienta	
Naděje a víra	
Oblast 3. Pěstování citlivého postoje vůči sobě i jiným	117
Srozumitelnost sdělení od sester	
Oblast 4. Vytvoření vztahu pomoci a důvěry	118
Otevřený přístup k sestřám	
Oblast 5. Podpora a přijetí pozitivních i negativních citů.....	119
Vyjádření pocitů	
Oblast 6. Využívání smyslového a tvořivého přístupu	120
Sestry a kreativita péče	
Oblast 7. Podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví	121
Učení, zodpovědnost za svoje zdraví	
Učení a pochopení nového	
Oblast 8. Zabezpečení ochranného duševního, fyzického prostředí.....	123
Ošetroující personál a jeho vliv na prostředí, ve kterém se dokáže klient léčit	
Oblast 9. Napomáhání uspokojení lidských potřeb	124
Ohleduplnost sester ke spirituálním potřebám klientů	
Řešení nečekaných problémů rychle	
Oblast 10. Citlivost k existenčně-fenomenologicko-spirituálním silám.....	126
Sestry a jejich přístup ke klientovi jako k opravdovému člověku	
Komplexní péče o biologické psychologické a sociální oblasti	

Oblast 1. Formování humanisticko-altruistického systému hodnot

Klient 1	SUBOBLAST: Láskyplná péče
-3t	Necítím, že by péče byla s láskou, ne
0	Necítím, že by péče byla s láskou, ne
3t	Ano, pociťuji změnu k lepšímu
Klient 2	
-3t	Až na výjimky ano
0	Až na výjimky ano
3t	Ano
Klient 3	
-3t	Ne
0	Ne
3t	Ano, pociťuji změnu k lepšímu
Klient 4	
-3t	Ano
0	Ano
3t	Ano, sestry se o to snaží
Klient 5	
-3t	Nevím
0	Spíše ne
3t	Pociťuji změnu k lepšímu
Klient 6	
-3t	Ne
0	Ne
3t	Pociťuji změnu k lepšímu
Klient 7	
-3t	Nevím
0	Nevím
3t	Ano, péče je perfektní
Klient 8	
-3t	Až na výjimky ano
0	Až na výjimky ano
3t	Sestry se o to snaží
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Klient 1		SUBOBLAST: Sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči, ji poskytují dle individuálních požadavků a potřeb klienta
-3t	Ne, není tomu tak	
0	Ne, není tomu tak	
3t	Snaží se o to, nyní je to výrazně lepší	
Klient 2		
-3t	Snaží se o to	
0	Snaží se o to	
3t	Ano, poskytují, více než dříve	
Klient 3		
-3t	Snaží se o to	
0	Snaží se o to	
3t	Ano, poskytují	
Klient 4		
-3t	Snaží se o to	
0	Snaží se o to	
3t	Ano, se sestrou si rozumím více	
Klient 5		
-3t	Snaží se o to	
0	Snaží se o to	
3t	Ano, poskytují	
Klient 6		
-3t	Ne, není tomu tak	
0	Snaží se o to	
3t	Snaží se o to	
Klient 7		
-3t	Snaží se o to	
0	Snaží se o to	
3t	Ne, neposkytují	
Klient 8		
-3t	Ne, není tomu tak	
0	Snaží se o to	
3t	Více než dříve	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědi těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Oblast 2. Vytváření důvěry, víry a naděje

SUBOBLAST: Důvěra jako součást poskytované ošetrovatelské péče	
Klient 1	
-3t	Nedůvěřuji sestře
0	Nedůvěřuji sestře
3t	Důvěřuji sestře a ona mně
Klient 2	
-3t	Důvěřuji sestře
0	Důvěřuji sestře
3t	Důvěřuji sestře a ona mně
Klient 3	
-3t	Nedůvěřuji sestře
0	Nedůvěřuji sestře
3t	Snaží se o to, nastavit důvěru, myslím, že jí věřím mnohem více než dříve
Klient 4	
-3t	Nedůvěřuji sestře, mám osobní asistentku, té důvěřuji
0	Nedůvěřuji sestře, mám osobní asistentku, té důvěřuji
3t	Snaží se o to, nastavit důvěru, mám osobní asistentku, té důvěřuji
Klient 5	
-3t	Nedůvěřuji sestře
0	Nedůvěřuji sestře
3t	Důvěřuji sestře a ona mně
Klient 6	
-3t	Nedůvěřuji sestře
0	Důvěřuj, ale prověřuj
3t	Důvěřuji sestře a ona mně, snaží se o to, nastavit důvěru
Klient 7	
-3t	Důvěřuji sestře omezeně
0	Důvěřuji sestře omezeně
3t	Důvěřuji sestře a ona mně
Klient 8	
-3t	Nedůvěřuji sestře
0	Nedůvěřuji sestře
3t	Je to zajímavé, ale důvěřuji jí více
-3t	značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)
0	značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu
3t	značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Klient 1		SUBOBLAST: Sestry a jejich respektování víry klienta
-3t	Nejsem věřící	
0	Nejsem věřící	
3t	Nejsem věřící	
Klient 2		
-3t	Respektují	
0	Respektují	
3t	Respektují, více než dříve mi dávají naději	
Klient 3		
-3t	Nejsem věřící	
0	Nejsem věřící	
3t	Nejsem věřící, více než dříve mi dávají naději	
Klient 4		
-3t	Nejsem věřící	
0	Nejsem věřící	
3t	Nejsem věřící, ale zaobírají se touto oblastí	
Klient 5		
-3t	Respektují	
0	Respektují	
3t	Respektují	
Klient 6		
-3t	Nevím	
0	Nevím	
3t	Nevím	
Klient 7		
-3t	Nerespektují	
0	Nerespektují	
3t	Nerespektují	
Klient 8		
-3t	Respektují	
0	Respektují	
3t	Respektují	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Klient 1		SUB OBLAST: Naděje a víra
-3t	Sestry mi dávají naději	
0	Sestry mi dávají naději	
3t	Sestry mi dávají naději	
Klient 2		
-3t	Sestry mi dávají naději	
0	Sestry mi dávají naději	
3t	Sestry mi dávají naději	
Klient 3		
-3t	Určitě se o to snaží	
0	Sestry mi dávají naději	
3t	Sestry mi dávají naději	
Klient 4		
-3t	Sestry mi dávají naději	
0	Sestry mi dávají naději	
3t	Sestry mi dávají naději	
Klient 5		
-3t	Sestry mi dávají naději	
0	Sestry mi dávají naději	
3t	Sestry mi dávají naději	
Klient 6		
-3t	Sestry mi dávají naději	
0	Sestry mi dávají naději	
3t	Sestry mi dávají naději	
Klient 7		
-3t	Sestry mi dávají naději	
0	Sestry mi dávají naději	
3t	Sestry mi dávají naději	
Klient 8		
-3t	Sestry mi dávají naději	
0	Sestry mi dávají naději	
3t	Sestry mi dávají naději	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Oblast 3. Pěstování citlivého postoje vůči sobě i jiným

Klient 1	SUBOBLAST: Srozumitelnost sdělení od sester
-3t	Jsem oslovována zdobnělinou
0	Jsem oslovována zdobnělinou
3t	Je to lepší, ujasnili jsme si, jak to vidím já, myslím, že je nyní moje sestra lepší
Klient 2	
-3t	Rozumím tomu, co mi sestra sděluje
0	Rozumím tomu, co mi sestra sděluje
3t	Rozumím tomu, co mi sestra sděluje
Klient 3	
-3t	Hodně zapomínám, ale sdělení sester rozumím
0	Hodně zapomínám, ale sdělení sester rozumím
3t	Hodně zapomínám, ale sdělení sester rozumím
Klient 4	
-3t	Mluví na mě zdobnělinami, někdy užívají sestry cizí pojmy
0	Nevím
3t	Rozumím tomu, co mi sestra sděluje, už na mě nemluví zdobnělinou
Klient 5	
-3t	Snaží se, aby to bylo srozumitelné
0	Snaží se, aby to bylo srozumitelné
3t	Konečně si na mě sestra udělala více času a vysvětlila mě některé věci
Klient 6	
-3t	Hodně zapomínám, ale sdělení sester rozumím
0	Hodně zapomínám, ale sdělení sester rozumím
3t	Rozumím tomu, co mi sestra sděluje
Klient 7	
-3t	Rozumím tomu, co mi sestra sděluje
0	Rozumím tomu, co mi sestra sděluje
3t	Rozumím tomu, co mi sestra sděluje, nyní se mnou mnohem více komunikují sestry
Klient 8	
-3t	Někdy užívají sestry cizí pojmy
0	Někdy užívají sestry cizí pojmy
3t	Rozumím tomu, co mi sestra sděluje
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t značí kategorii odpovědi těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Oblast 4. Vytvoření vztahu pomoci a důvěry

Klient 1	SUBOBLAST: Otevřený přístup k sestřám
-3t	Není tomu tak, bohužel
0	Není tomu tak, bohužel, nevěřím jim
3t	Ano, mám otevřený přístup
Klient 2	
-3t	Nemohu přece říct vše, co si myslím
0	Nemohu přece říct vše, co si myslím
3t	Ano, mám otevřený přístup
Klient 3	
-3t	S mojí sestrou mohu diskutovat otevřeně
0	S mojí sestrou mohu diskutovat otevřeně
3t	Ano, mám otevřený přístup
Klient 4	
-3t	Není tomu tak, bohužel
0	Není tomu tak, bohužel
3t	Ano, mám otevřený přístup
Klient 5	
-3t	Není tomu tak, bohužel
0	Není tomu tak, bohužel
3t	Ano, mám otevřený přístup
Klient 6	
-3t	Není tomu tak, bohužel
0	Není tomu tak, bohužel
3t	Ano, mám otevřený přístup
Klient 7	
-3t	Nemohu přece říct vše, co si myslím
0	Nemohu přece říct vše, co si myslím
3t	Ano, mám otevřený přístup
Klient 8	
-3t	Nemohu přece říct vše, co si myslím
0	Nemohu přece říct vše, co si myslím
3t	Ano, mám otevřený přístup
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Oblast 5. Podpora a přijetí pozitivních i negativních citů

Klient 1	SUBOBLAST: Vyjádření pocitů
-3t	Nechci jim své pocity sdělovat
0	Nechci jim své pocity sdělovat
3t	Ano, poslední dobou více a nebojím se toho, je to zajímavé
Klient 2	
-3t	Nedokážou mě přesvědčit, abych jim všechny pocity řekl
0	Nedokážou mě přesvědčit, abych jim všechny pocity řekl
3t	Většinou ano
Klient 3	
-3t	Ano, své pocity vyjadřuji
0	Ano, své pocity vyjadřuji
3t	Ano, své pocity vyjadřuji, více nežli dříve, i ty pozitivní i ty negativní
Klient 4	
-3t	Nedokážou mě přesvědčit, abych jim všechny pocity řekl
0	Nedokážou mě přesvědčit, abych jim všechny pocity řekl
3t	Ano
Klient 5	
-3t	Nedokážou mě přesvědčit, abych jim všechny pocity řekl
0	Nedokážou mě přesvědčit, abych jim všechny pocity řekl
3t	Ano
Klient 6	
-3t	Ano
0	Ano
3t	Ano
Klient 7	
-3t	Ne
0	Ne
3t	Většinou ano, více o tom mluvíme a učíme se, jak ty negativní brát
Klient 8	
-3t	Ne
0	Ne
3t	Většinou ano, poslední dobou více, je to zajímavé

-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Oblast 6. Využívání smyslového a tvořivého přístupu

Klient 1	SUBOBLAST: Sestry a kreativita péče
-3t	Ne, nejsou kreativní
0	Ne, nejsou kreativní, kroužky jsou ale dobré
3t	Ano, jsou kreativní
Klient 2	
-3t	Ano, jsou kreativní při péči
0	Ano, jsou kreativní při péči
3t	Ano, jsou kreativní při péči
Klient 3	
-3t	Ne, nejsou kreativní
0	Ano, jsou kreativní při péči
3t	Ano, jsou kreativní, více než dříve
Klient 4	
-3t	V něčem ano, v něčem ne
0	V něčem ano, v něčem ne
3t	Ano, jsou kreativní, vytvořili jsme společně hru
Klient 5	
-3t	Ano, jsou kreativní při péči
0	Ano, jsou kreativní při péči
3t	Ano, jsou kreativní
Klient 6	
-3t	Ne, nejsou kreativní
0	Ne, nejsou kreativní
3t	Ano, jsou kreativní, více jsem byla zapojena do kreativní hry
Klient 7	
-3t	Ano, jsou kreativní při péči
0	Ano, jsou kreativní při péči
3t	Ano, jsou kreativní
Klient 8	
-3t	Nedokážu to posoudit
0	Nevím
3t	Myslím si, že teď ano
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Oblast 7. Podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví

SUBOBLAST: Učení a zodpovědnost za svoje zdraví	
Klient 1	
-3t	Nevím
0	Nevím
3t	Jsem odpovědná za své zdraví
Klient 2	
-3t	Jsem odpovědná za své zdraví
0	Jsem odpovědná za své zdraví
3t	Jsem odpovědná za své zdraví
Klient 3	
-3t	Učí mě nové věci, odpovědní za mé zdraví jsou lékaři
0	Učí mě nové věci, odpovědní za mé zdraví jsou lékaři
3t	Jsem odpovědná za své zdraví
Klient 4	
-3t	Jsem odpovědný za své zdraví
0	Jsem odpovědný za své zdraví
3t	Jsem odpovědný za své zdraví
Klient 5	
-3t	Jsem odpovědná za své zdraví
0	Jsem odpovědná za své zdraví
3t	Jsem odpovědná za své zdraví
Klient 6	
-3t	Za mé zdraví je zodpovědný lékař a sestra
0	Za mé zdraví je zodpovědný lékař a sestra
3t	Spolupracujeme, více mluvíme, jsem odpovědná za své zdraví
Klient 7	
-3t	Za mé zdraví je zodpovědný lékař a sestra
0	Za mé zdraví je zodpovědný lékař a sestra
3t	Ano, jsem odpovědný za své zdraví
Klient 8	
-3t	Jsem odpovědná za své zdraví
0	Jsem odpovědná za své zdraví
3t	Myslím si, že ne, za mé zdraví zodpovídají sestry
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t značí kategorii odpovědi těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Klient 1		SUB OBLAST: Učení a pochopení nového
-3t	Ne vždy chápu, co mi říkají	
0	Ne vždy chápu, co mi říkají	
3t	Ne vždy chápu, co mi říkají	
Klient 2		
-3t	Rozumím tomu, co mě učí	
0	Ne vždy rozumím, co mě učí, někdy to jsou zbytečnosti	
3t	Rozumím tomu, co mě učí	
Klient 3		
-3t	Rozumím tomu, co mě učí	
0	Rozumím tomu, co mě učí	
3t	Rozumím tomu, co mě učí	
Klient 4		
-3t	Ne vždy chápu, co mě učí	
0	Ne vždy chápu, co mě učí	
3t	Rozumím tomu, co mě učí	
Klient 5		
-3t	Rozumím tomu, co mě učí	
0	Rozumím tomu, co mě učí	
3t	Rozumím tomu, co mě učí	
Klient 6		
-3t	Rozumím tomu, co mě učí	
0	Rozumím tomu, co mě učí	
3t	Rozumím tomu, co mě učí	
Klient 7		
-3t	Rozumím tomu, co mě učí	
0	Rozumím tomu, co mě učí	
3t	Rozumím tomu, co mě učí	
Klient 8		
-3t	Rozumím tomu, co mě učí	
0	Rozumím tomu, co mě učí	
3t	Rozumím tomu, co mě učí	
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

Oblast 8. Zabezpečení ochranného duševního, fyzického prostředí

Klient 1	SUBOBLAST: Ošetřující personál a jeho vliv na prostředí, ve kterém se dokáže klient léčit
-3t	Nevím
0	Spíše ne
3t	Ted' ano, ptali se mě na to a domluvili jsme si nějaké úpravy, fotky rodiny, úprava zástěny
Klient 2	
-3t	Prostředí si vytvářím sám, nepečuji o rostliny venku
0	Prostředí si vytvářím sám, nepečuji o rostliny venku
3t	Je to lepší, sestra se snaží o to pečovat, o mé prostředí, mám upravenou skříň u WC
Klient 3	
-3t	Sestry se o to snaží
0	Sestry se o to snaží
3t	Ano, více než dříve
Klient 4	
-3t	Sestra nevytváří prostředí, ve kterém se můžu léčit
0	Sestra nevytváří prostředí, ve kterém se můžu léčit
3t	Sestra se spolupodílí na prostředí okolo
Klient 5	
-3t	Sestra nevytváří prostředí, ve kterém se můžu léčit, nepečuji o rostliny venku
0	Sestra nevytváří prostředí, ve kterém se můžu léčit, nepečuji o rostliny venku
3t	Sestry pečují jen o část prostředí, ale květiny venku jsou pořád málo zalévány
Klient 6	
-3t	Nevím
0	Nevím
3t	Nevím
Klient 7	
-3t	Nevím
0	Sestra nevytváří prostředí, ve kterém se můžu léčit, spousta věcí je špatně
3t	Sestra nevytváří prostředí, ve kterém se můžu léčit, spousta věcí je špatně
Klient 8	
-3t	Prostředí si vytvářím sám
0	Prostředí si vytvářím sám
3t	Prostředí společně se sestrou vytváříme
-3t	značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)
0	značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu
3t	značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Oblast 9. Napomáhání uspokojení lidských potřeb

SUBOBLAST: Ohledupnost sester k duchovním potřebám klientů	
Klient 1	
-3t	Nemyslím si, že by byla sestra ohleduplná k duchovním potřebám, nejsem věřící
0	Nemyslím si, že by byla sestra ohleduplná k duchovním potřebám, nejsem věřící
3t	No, je ohleduplná, vysvětlili jsme si to, nejsem věřící
Klient 2	
-3t	Ano, jsou ohleduplné k duchovnu
0	Ano, jsou ohleduplné k duchovnu
3t	Ano, je ohleduplná k mému duchovnu
Klient 3	
-3t	Nejsem věřící
0	Nejsem věřící
3t	Nejsem věřící
Klient 4	
-3t	Nemyslím si, že by byla sestra ohleduplná k duchovním potřebám
0	Nemyslím si, že by byla sestra ohleduplná k duchovním potřebám
3t	Ano, je ohleduplná
Klient 5	
-3t	Nevím
0	Asi ano
3t	Asi ano
Klient 6	
-3t	Nemyslím si, že by byla sestra ohleduplná k duchovním potřebám
0	Nemyslím si, že by byla sestra ohleduplná k duchovním potřebám
3t	Ano, je ohleduplná, vysvětlili jsme si to
Klient 7	
-3t	Ano, jsou ohleduplné k duchovnu
0	Ano, jsou ohleduplné k duchovnu
3t	Ano, je ohleduplná
Klient 8	
-3t	Nemyslím si, že by byla sestra ohleduplná k duchovním potřebám
0	Nemyslím si, že by byla sestra ohleduplná k duchovním potřebám
3t	Ano, je ohleduplná
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t značí kategorii odpovědi těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

SUBOBLAST: Řešení nečekaných problémů rychle	
Klient 1	
-3t	Ne vždy
0	Ne vždy
3t	Ano
Klient 2	
-3t	Většinou ano
0	Většinou ano
3t	Většinou ano
Klient 3	
-3t	Ne vždy, mohlo by to být rychlejší
0	Ne vždy, mohlo by to být rychlejší
3t	Snaží se o to
Klient 4	
-3t	Většinou ano, snaží se o to
0	Většinou ano, snaží se o to
3t	Ano
Klient 5	
-3t	Většinou ano
0	Většinou ano
3t	Většinou ano
Klient 6	
-3t	Ne vždy
0	Ne vždy
3t	Ne vždy
Klient 7	
-3t	Mohlo by to být rychlejší
0	Mohlo by to být rychlejší
3t	Ano
Klient 8	
-3t	Ne vždy
0	Ne vždy
3t	Spíše ne
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)	
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu	
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)	

Oblast 10. Citlivost k existenčně-fenomenologicko-spirituálním silám

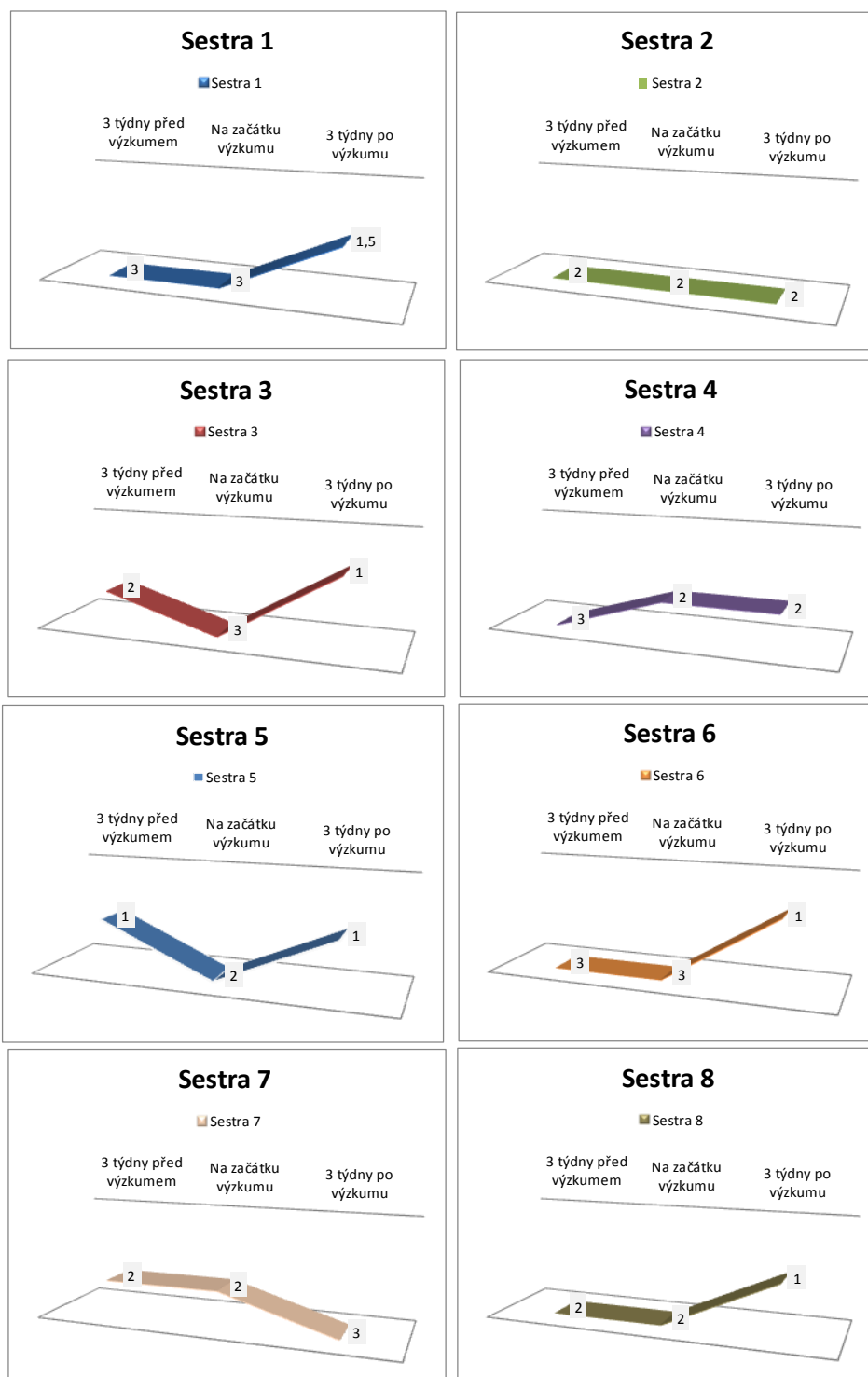
Klient 1	SUBOBLAST: Sestry a jejich přístup ke klientovi jako k opravdovému člověku
-3t	Ano
0	Ano
3t	Ano, a poslední dobou je to lepší, více se mnou mluví
Klient 2	
-3t	Někdy si myslím, že jsem pro ně jen kus práce
0	Někdy si myslím, že jsem pro ně jen kus práce
3t	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku
Klient 3	
-3t	Někdy si myslím, že jsem pro ně jen kus práce
0	Někdy si myslím, že jsem pro ně jen kus práce
3t	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku
Klient 4	
-3t	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku
0	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku
3t	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku
Klient 5	
-3t	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku
0	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku
3t	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku
Klient 6	
-3t	Někdy si myslím, že jsem pro ně jen kus práce
0	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku
3t	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku
Klient 7	
-3t	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku
0	Nevím
3t	Nemyslím si to, je to jak kdy
Klient 8	
-3t	Někdy si myslím, že jsem pro ně jen kus práce
0	Někdy si myslím, že jsem pro ně jen kus práce
3t	Ano, přistupují ke mně jako k opravdovému člověku

-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)

Klient 1		SUBOBLAST: Komplexní péče o biologické psychologické a sociální oblasti
-3t		Nevím
0		Nevím
3t		Ano, sestry to dělají, jsem více vnímána jako osobnost
Klient 2		
-3t		Ne
0		Sestry se o to snaží
3t		Ano, sestry to dělají, mluvila se mnou o mně a mém životě
Klient 3		
-3t		Nevím
0		Nevím
3t		Nevím
Klient 4		
-3t		Sestry se o to snaží
0		Sestry se o to snaží
3t		Ano, sestry to dělají, mluvila se mnou o mně a mém životě
Klient 5		
-3t		Nevím
0		Nevím
3t		Ne
Klient 6		
-3t		Ne
0		Ne
3t		Ano, sestry to dělají, mluví se mnou více o tom, co jsem dělala dříve
Klient 7		
-3t		Ne
0		Ne
3t		Ne, nechci na to odpovídat
Klient 8		
-3t		Nevím
0		Nevím
3t		Ano, sestry to dělají
-3t značí začátek kontrolního období bez aplikace modelu (3 pracovní týdny)		
0 značí období konce kontrolního období a zároveň začátek aplikace modelu		
3t značí kategorii odpovědí těsně při ukončení aplikace modelu (3. pracovní týden)		

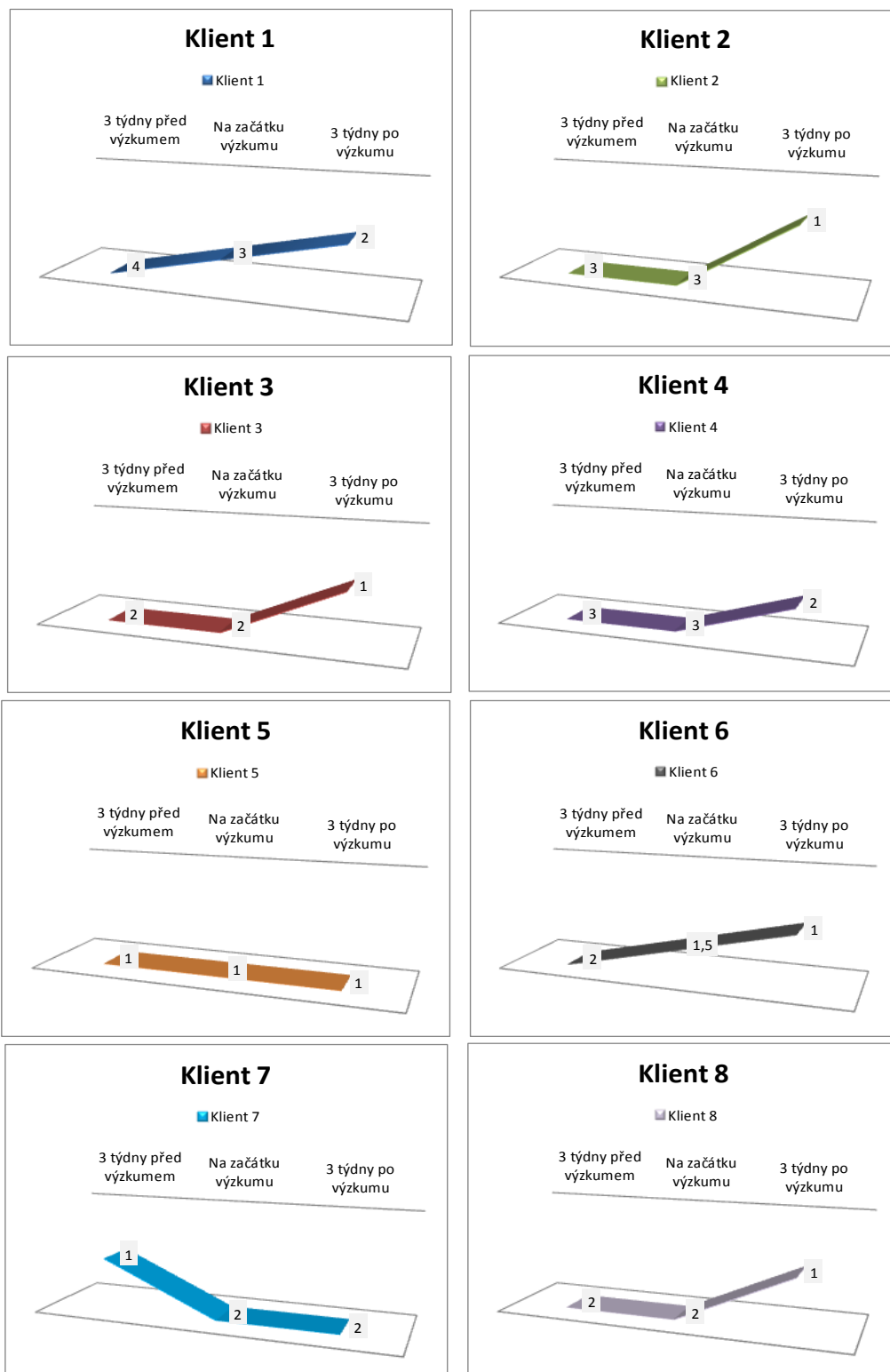
4.2.3 Zhodnocení spokojenosti sester a klientů studie

Graf 26 Spokojenost sester se svojí prací



V grafu je vyjádřena subjektivní spokojenost sester (pracujících dle koncepčního modelu M. J. Watson) se svojí prací na stupnici, kde je 1 nejvyšší spokojenost, 5 je nejnižší spokojenost. Údaje o spokojenosti jsou prezentovány 3 týdny před výzkumem, v den započetí aplikace modelu, následně 3 týdny po aplikaci modelu. Sestra 1 udávala 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 3, v den započetí aplikace modelu 3, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 1,5. Sestra 2 udávala 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 2, v den započetí aplikace modelu 2, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 2. Sestra 3 udávala 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 2, v den započetí aplikace modelu 3, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 1. Sestra 4 udávala 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 3, v den započetí aplikace modelu 2, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 2. Sestra 5 udávala 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 1, v den započetí aplikace modelu 2, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 1. Sestra 6 udávala 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 3, v den započetí aplikace modelu 3, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 1. Sestra 7 udávala 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 2, v den započetí aplikace modelu 2, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 3. Sestra 8 udávala 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 2, v den započetí aplikace modelu 2, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 1.

Graf 27 Spokojenost klientů/klientů před aplikací výzkumu a těsně po aplikaci modelu



V grafu je vyjádřena subjektivní spokojenost klientů (u kterých se pracovalo dle koncepčního modelu M. J. Watson) s ošetrovatelskou péčí poskytovanou sestrami na stupnici, kde je 1 nejvyšší spokojenost, 5 je nejnižší spokojenost. Údaje o spokojenosti jsou prezentovány 3 týdny před výzkumem, v den započetí aplikace modelu, následně 3 týdny po aplikaci modelu. Klient 1 udával 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 4, v den započetí aplikace modelu 3, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 2. Klient 2 udával 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 3, v den započetí aplikace modelu 3, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 1. Klient 3 udával 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 2, v den započetí aplikace modelu 2, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 1. Klient 4 udával 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 3, v den započetí aplikace modelu 3, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 2. Klient 5 udával 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 1, v den započetí aplikace modelu 1, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 1. Klient 6 udával 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 2, v den započetí aplikace modelu 1,5, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 1. Klient 7 udával 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 1, v den započetí aplikace modelu 2, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 2. Klient 8 udával 3 týdny před začátkem výzkumu spokojenost stupně 2, v den započetí aplikace modelu 2, následně 3 týdny po aplikaci modelu stupně 1.

4.2.4 Analýza deníku sestry ve strukturované podobě dle 10 humanistických faktorů péče M. J. Watson

Oblast 1. Formování humanisticko-altruistického systému hodnot

Oblast 1	Analýza oblastí a konkrétních cílů z deníku sestry dle humanistických faktorů M. J. Watson
Sestra 1	Souznění, pochopení klienta. Rozšiřování spolupráce. Otevřít se klientce.
Sestra 2	Rozšířit spolupráci s klientem. Uvědomit si své hodnoty. Nabídnout klientce léčbu bolesti dle jejího systému hodnot.
Sestra 3	Souznění s klientem, pochopení klienta. Rozšiřování spolupráce.
Sestra 4	Uvědomit si své hodnoty a hodnoty klienta.
Sestra 5	Rozšířit spolupráci s klientkou. Uvědomit si vlastní hodnoty, zamyslet se nad sebou a svojí prací.
Sestra 6	Rozšířit spolupráci s klientem. Uvědomit si své hodnoty.
Sestra 7	Vyjádřit souznění s klientem. Rozšířit spolupráci s klientem.
Sestra 8	Uvědomit si své hodnoty a hodnoty klienta.

Na základě třídění dat (primární třídění je uvedeno v příloze práce) byly určeny hlavní kategorie, které sestra s klienty řešila v rámci své činnosti dle M. J. Watson. Tyto kategorie jsou zaznamenány na řádcích u každé ze sester.

Oblast 2. Vytváření důvěry, víry a naděje

Oblast 2	Analýza oblastí a konkrétních cílů z deníku sestry dle humanistických faktorů M. J. Watson
Sestra 1	Zjistit stav důvěry klientky vůči sestřám. Vyjádřit důvěru v klientku. Poskytovat klientům naději. Zaměřit se na víru klienta.
Sestra 2	Prohloubit s klientkou vztah důvěry. Vyjádřit klientce naději.
Sestra 3	Vytvořit s klientkou hlubší a důvěrný vztah. Podpořit klientku v naději na navázání kontaktu s rodinou.
Sestra 4	Podpořit naději klienta v nalezení nové sexuální partnerky.
Sestra 5	Prohloubit s klientkou vztah důvěry. Přesvědčit klientku o své spolehlivosti.
Sestra 6	Upevnit důvěru klienta v sestry. Podpořit klientku v jejím setkání s dcerou. Zjistit, zda klientka nepotřebuje duchovní pomoc.
Sestra 7	Vyjádřit důvěru v klienta. Zaměřit se na víru klienta.

Sestra 8 Posílit svou důvěryhodnost u klientky.

Na základě třídění dat (primární třídění je uvedeno v příloze práce) byly určeny hlavní kategorie, které sestra s klienty řešila v rámci své činnosti dle M. J. Watson. Tyto kategorie jsou zaznamenány na řádcích u každé ze sester.

Oblast 3. Pěstování citlivého postoje vůči sobě i jiným

Analýza oblastí a konkrétních cílů z deníku sestry dle humanistických faktorů M. J. Watson

Sestra 1 Klientka se chová k sobě i ostatním citlivě.

Sestra 2 ---Tuto oblast tato sestra nevyužila---

Sestra 3 Klientka je podpořena v citlivém postoji k ostatním. Klientka respektuje sebe a ostatní.

Sestra 4 Klient se dokáže citlivě projevat.

Sestra 5 Klientka bude tolerantní k ostatním klientům.

Sestra 6 ---Tuto oblast tato sestra nevyužila---

Sestra 7 Citlivě sdělují informaci o odchodu klientky své nadřízené.

Sestra 8 Přístupovat citlivě k ostatním. Klientku podpořit v citlivém postoji k ostatním.

Na základě třídění dat (primární třídění je uvedeno v příloze práce) byly určeny hlavní kategorie, které sestra s klienty řešila v rámci své činnosti dle M. J. Watson. Tyto kategorie jsou zaznamenány na řádcích u každé ze sester.

Oblast 4. Vytvoření vztahu pomoci a důvěry

Analýza oblastí a konkrétních cílů z deníku sestry dle humanistických faktorů M. J. Watson

Sestra 1 Klientka se cítí být krásná. Klientka se subjektivně cítí dobře.

Sestra 2 Identifikovat a použít možnosti podpory klientky. Budovat vzájemnou důvěru s klientkou.

Sestra 3 Zjistit svou důvěryhodnost u klientky. Poskytovat pomoc klientce a kolegyním.

Sestra 4 Prostřednictvím oblastí M. J. Watson identifikovat a využít témata pro navození důvěry.

Sestra 5 ---Tuto oblast tato sestra nevyužila---

Sestra 6 Budovat s klientkou hlubší důvěru.

Sestra 7 Budovat s klientkou hlubší důvěru.

Sestra 8 Prostřednictvím oblastí M. J. Watson identifikovat a využít témata pro navození důvěry.

Na základě třídění dat (primární třídění je uvedeno v příloze práce) byly určeny hlavní kategorie, které sestra s klienty řešila v rámci své činnosti dle M. J. Watson. Tyto kategorie jsou zaznamenány na řádcích u každé ze sester.

Oblast 5. Podpora a přijetí pozitivních i negativních citů

Analýza oblastí a konkrétních cílů z deníku sestry dle humanistických faktorů M. J. Watson

Sestra 1	Dokázat vyjádřit své pozitivní a negativní city. Podporovat klientku ve vyjádření pozitivních i negativních citů. Dokázat pracovat se sdělením negativních citů.
Sestra 2	Dokázat vyjádřit své pozitivní a negativní city. Podpořit klientku ve vyjádření pozitivních i negativních citů.
Sestra 3	Dokázat vyjádřit své pozitivní a negativní city. Podpořit klientku ve vyjádření pozitivních i negativních citů.
Sestra 4	Dovést klienta k vědomí, že na vyjádření negativních pocitů má právo. Rozveselit klienta. Respektovat negativní pocity klienta.
Sestra 5	Podpořit klientku ve sdělení pozitivních a negativních pocitů.
Sestra 6	Zjistit pozitivní a negativní emoce klientky. Klientka je podporována ve vyjádření pozitivních a negativních emocí.
Sestra 7	Podporovat klientku ve vyjádření pozitivních i negativních pocitů.
Sestra 8	Klientka sděluje pozitivní a negativní pocity.

Na základě třídění dat (primární třídění je uvedeno v příloze práce) byly určeny hlavní kategorie, které sestra s klienty řešila v rámci své činnosti dle M. J. Watson. Tyto kategorie jsou zaznamenány na řádcích u každé ze sester.

Oblast 6. Využívání smyslového a tvořivého přístupu

Analýza oblastí a konkrétních cílů z deníku sestry dle humanistických faktorů M. J. Watson

Sestra 1	Klientka bude užívat pravidelně léky, zejména PAD. Klientka je seznámena s mými postupy, když beru léky. Klientka bude mít informace, proč snížit příjem sladkostí.
Sestra 2	Podpořit klientku v její kreativě. Podpořit sebe ve své kreativě.
Sestra 3	---Tuto oblast tato sestra nevyužila---
Sestra 4	Tvořivým způsobem (hrou) seznámit klienta s tím, že je důležité brát léky včas.
Sestra 5	Klientka přemýšlí o aktivitách, které může v domově absolvovat.

Sestra 6 Hrou zapojit klientku více do osobní hygieny.

Sestra 7 ---Tuto oblast tato sestra nevyužila---

Sestra 8 Potěšit klientku.

Na základě třídění dat (primární třídění je uvedeno v příloze práce) byly určeny hlavní kategorie, které sestra s klienty řešila v rámci své činnosti dle M. J. Watson. Tyto kategorie jsou zaznamenány na řádcích u každé ze sester.

Oblast 7. Podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví

Analýza oblastí a konkrétních cílů z deníku sestry dle humanistických faktorů M. J. Watson

Sestra 1 Klientka vyjádří svůj názor na vlastní zdraví. Známe osobní pojetí zodpovědnosti klientky za své zdraví. Podpořit klientku v oblasti rehabilitace. Podpořit klientku k samostatnému cvičení.

Sestra 2 Klientka vyjádří svůj názor na vlastní zdraví. Klientka si uvědomuje osobní zodpovědnost za své zdraví. Společně s klientkou se naučíme správně pečovat o její bércový vřed.

Sestra 3 Klientka vyjádří svůj názor na vlastní zdraví. Klientka si uvědomuje osobní zodpovědnost za své zdraví.

Sestra 4 Klient vyjádří svůj názor na vlastní zdraví. Klient má upraven svůj dietní režim.

Sestra 5 Seznámit klientku s průběhem převazu. Klientka si uvědomuje svou zodpovědnost za zdraví.

Sestra 6 Klientka si uvědomuje svou zodpovědnost za zdraví.

Sestra 7 Zjistit, jak klientka vnímá své zdraví. Popsat klientce své vnímání zdraví. Společně určit zodpovědnost za její vlastní zdraví.

Sestra 8 Klientka vyjádří svůj názor na vlastní zdraví. Známe osobní pojetí zodpovědnosti klientky za své zdraví.

Na základě třídění dat (primární třídění je uvedeno v příloze práce) byly určeny hlavní kategorie, které sestra s klienty řešila v rámci své činnosti dle M. J. Watson. Tyto kategorie jsou zaznamenány na řádcích u každé ze sester.

Oblast 8. Zabezpečení ochranného duševního, fyzického prostředí

Analýza oblastí a konkrétních cílů z deníku sestry dle humanistických faktorů M. J. Watson

Sestra 1 Zjistit důvod bolesti pravého ramene klientky, učinit opatření na eliminaci bolesti klientky. Vytvoř bezpečné prostředí okolo klientky.

Sestra 2 Zjistit případné bariéry v prostředí kolem klientky.

Sestra 3 Klientka se cítí jako doma.

Sestra 4	Klient není ohrožen komplikacemi ohledně diabetu.
Sestra 5	Klientka bude mít dostatek soukromí (na dvoulůžkovém pokoji). Klientka bude mít k dispozici čisté WC.
Sestra 6	Klientka bude mít dostatek soukromí (na dvoulůžkovém pokoji). Klientka se cítí jako doma. Klientka má u sebe fotografie své rodiny.
Sestra 7	Klientka zná své ochranné prostředí.
Sestra 8	---Tuto oblast tato sestra nevyužila---

Na základě třídění dat (primární třídění je uvedeno v příloze práce) byly určeny hlavní kategorie, které sestra s klienty řešila v rámci své činnosti dle M. J. Watson. Tyto kategorie jsou zaznamenány na řádcích u každé ze sester.

Oblast 9. *Napomáhání uspokojení lidských potřeb*

Analýza oblastí a konkrétních cílů z deníku sestry dle humanistických faktorů M. J. Watson	
Sestra 1	Zjistit aktuální potřeby klientky. Uspokojit potřebu klientky v oblasti „sladkého“.
Sestra 2	Zjistit aktuální potřeby klientky. Uspokojit klientku v potřebách sociální interakce.
Sestra 3	Zjistit, jaké potřeby nemá klientka naplněny.
Sestra 4	Zjistit, jaké potřeby nemá klient naplněny.
Sestra 5	Zjistit aktuální potřeby klientky.
Sestra 6	Zjistit aktuální potřeby klientky. Vést klientku k naplňování potřeby vyprazdňování.
Sestra 7	Vést klientku k naplňování potřeby vyprazdňování.
Sestra 8	Zjistit aktuální potřeby klientky.

Na základě třídění dat (primární třídění je uvedeno v příloze práce) byly určeny hlavní kategorie, které sestra s klienty řešila v rámci své činnosti dle M. J. Watson. Tyto kategorie jsou zaznamenány na řádcích u každé ze sester.

Oblast 10. *Citlivost k existenčně-fenomenologicko-spirituálním silám*

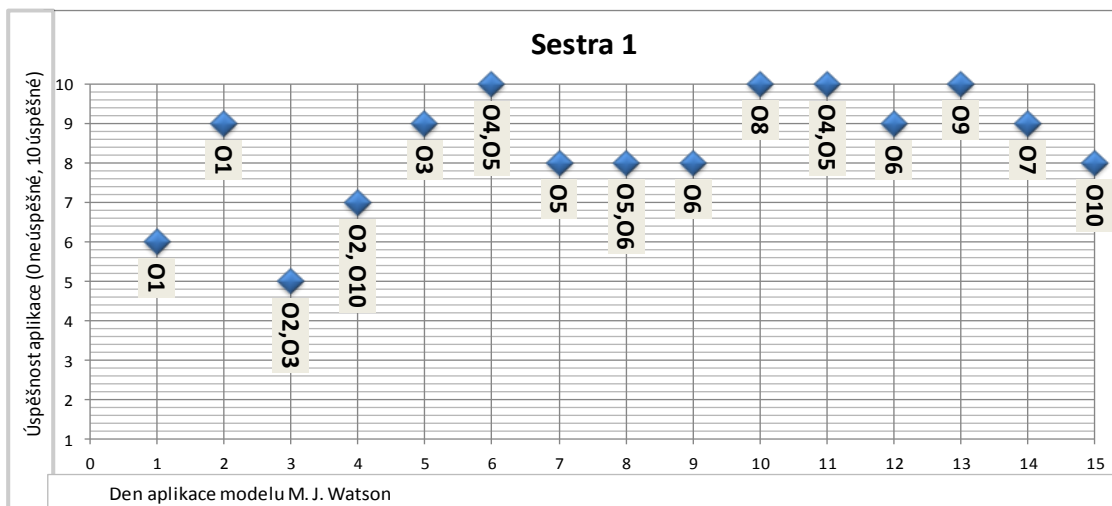
Analýza oblastí a konkrétních cílů z deníku sestry dle humanistických faktorů M. J. Watson	
Sestra 1	Využívat informací o své minulosti a současnosti při ošetřování klientů. Zjistit bližší informace o životním příběhu klientky. Pracovat s fenomenologickým polem.
Sestra 2	Využívat informací o své minulosti a současnosti při ošetřování klientů. Zjistit bližší informace o životním příběhu klientky.

- | | |
|----------|--|
| Sestra 3 | Pracovat s fenomenologickým polem/životním příběhem sebe a klientky. |
| Sestra 4 | Pracovat s fenomenologickým polem/životním příběhem sebe a svého klienta. |
| Sestra 5 | Využívat informací o své minulosti a současnosti při ošetřování klientů. Zjistit bližší informace o životním příběhu klientky. |
| Sestra 6 | Pracovat s fenomenologickým polem/životním příběhem sebe a klientky. |
| Sestra 7 | Využívat fenomenologické pole u sebe a své klientky. |
| Sestra 8 | Pracovat s fenomenologickým polem. |

Na základě třídění dat (primární třídění je uvedeno v příloze práce) byly určeny hlavní kategorie, které sestra s klienty řešila v rámci své činnosti dle M. J. Watson. Tyto kategorie jsou zaznamenány na rádcích u každé ze sester.

4.2.5 Výsledky subjektivního zhodnocení sester v úspěšnosti naplňování oblastí dle M. J. Watson

Schematický graf 28 subjektivního zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí dle M. J. Watson u sestry 1



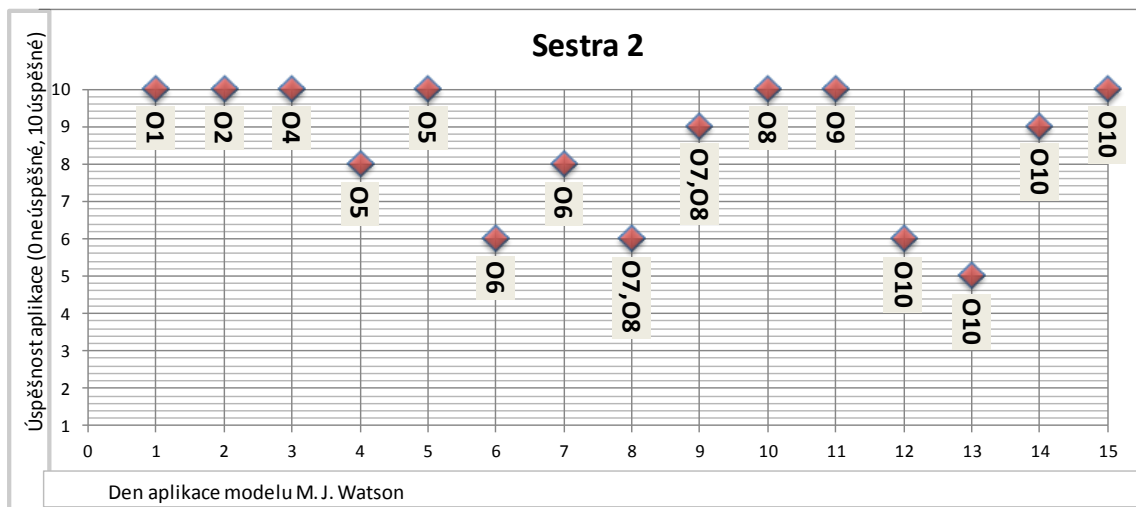
Tento graf znázorňuje subjektivní zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí označených v grafu jako O a čísla (legenda níže), shodnými s oblastmi M. J. Watson, v určitém pracovním dni, který je vyznačen na horizontální ose. Úspěšnost je uvedena na stupnici 1 až 10, kde 1 je neúspěšná a 10 je úspěšná aplikace oblasti dle M. J. Watson. Sestra uvedená v tomto grafu zhodnotila úspěšnost v oblastech M. J. Watson takto: 1. den v oblasti 1 stupněm 6, 2. den v oblasti 1 stupněm 9, 3. den v oblasti 2 a v oblasti 3 stupněm 5, 4. den v oblasti 2, a v oblasti 10 stupněm 7, 5. den v oblasti 3 stupněm 9, 6. den v oblasti 4 a v oblasti 5 stupněm 10, 7. den v oblasti 5 stupněm 8, 8. den v oblasti 5 a v oblasti 6 stupněm 8, 9. den v oblasti 6 stupněm 8, 10. den v oblasti 8 stupněm 10, 11. den v oblasti 4 a v oblasti 5 stupněm 10, 12. den v oblasti 6 stupněm 9, 13. den v oblasti 9 stupněm 10, 14. den v oblasti 7 stupněm 9, a 15. den v oblasti 10 stupněm 8.

Legenda

Faktory humanistické péče dle M. J. Watson:

- O1: oblast 1. formování humanisticko-altruistických hodnot
- O2: oblast 2. vytváření pocitu důvěry, víry, naděje a optimismu
- O3: oblast 3. pěstování citlivého postoje k sobě a k ostatním
- O4: oblast 4. vytváření vztahu důvěry a pomoci
- O5: oblast 5. vyjádření pozitivních i negativních citů
- O6: oblast 6. využívání smyslového a tvořivého systému
- O7: oblast 7. podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví
- O8: oblast 8. pomoc klientovi korigovat změny vnějšího i vnitřního prostředí
- O9: oblast 9. pochopení a podpora při uspokojování potřeb
- O10: oblast 10. citlivost k existenčním-fenomenologicko-spirituálním silám

Schematický graf 29 subjektivního zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí dle M. J. Watson u sestry 2



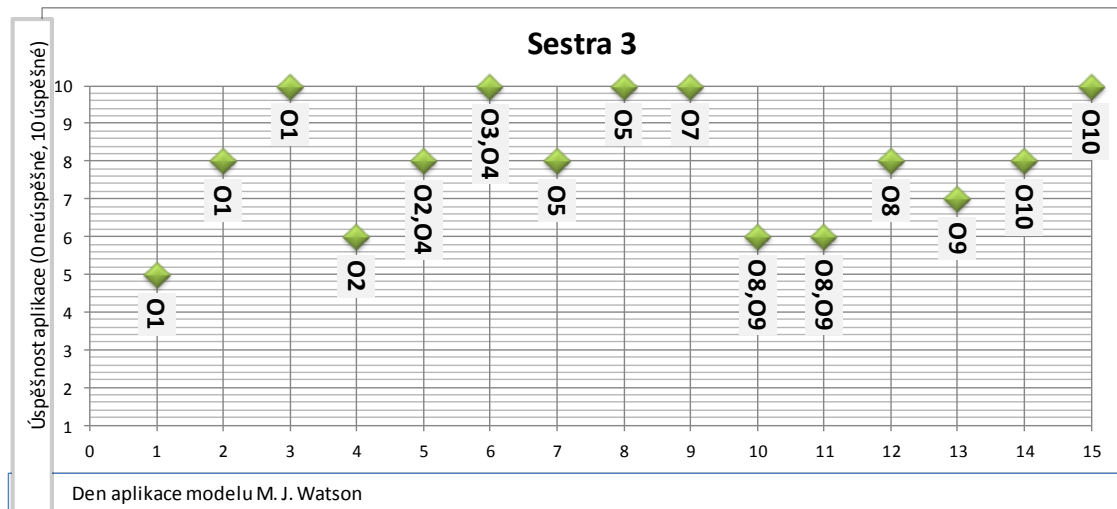
Tento graf znázorňuje subjektivní zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí označených v grafu jako O a čísla (legenda níže), shodnými s oblastmi M. J. Watson, v určitém pracovním dni, který je vyznačen na horizontální ose. Úspěšnost je uvedena na stupnici 1 až 10, kde 1 je neúspěšná a 10 je úspěšná aplikace oblasti dle M. J. Watson. Sestra uvedená v tomto grafu zhodnotila úspěšnost v oblastech M. J. Watson takto: 1. den v oblasti 1 stupněm 10, 2. den v oblasti 2 stupněm 10, 3. den v oblasti 4 stupněm 10, 4. den v oblasti 5 stupněm 8, 5. den v oblasti 5 stupněm 10, 6. den v oblasti 6 stupněm 6, 7. den v oblasti 6 stupněm 8, 8. den v oblasti 7 a v oblasti 8 stupněm 6, 9. den v oblasti 7 a v oblasti 8 stupněm 9, 10. den v oblasti 8 stupněm 10, 11. den v oblasti 9 stupněm 10, 12. den v oblasti 10 stupněm 6, 13. den v oblasti 10 stupněm 5, 14. den v oblasti 10 stupněm 9 a 15. den v oblasti 10 stupněm 10.

Legenda

Faktory humanistické péče dle M. J. Watson:

- O1: oblast 1. formování humanisticko-altruistických hodnot
- O2: oblast 2. vytváření pocitu důvěry, víry, naděje a optimismu
- O3: oblast 3. pěstování citlivého postoje k sobě a k ostatním
- O4: oblast 4. vytváření vztahu důvěry a pomoci
- O5: oblast 5. vyjádření pozitivních i negativních citů
- O6: oblast 6. využívání smyslového a tvořivého systému
- O7: oblast 7. podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví
- O8: oblast 8. pomoc klientovi korigovat změny vnějšího i vnitřního prostředí
- O9: oblast 9. pochopení a podpora při uspokojování potřeb
- O10: oblast 10. citlivost k existenčním-fenomenologicko-spirituálním silám

Schematický graf 30 subjektivního zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí dle M. J. Watson u sestry 3



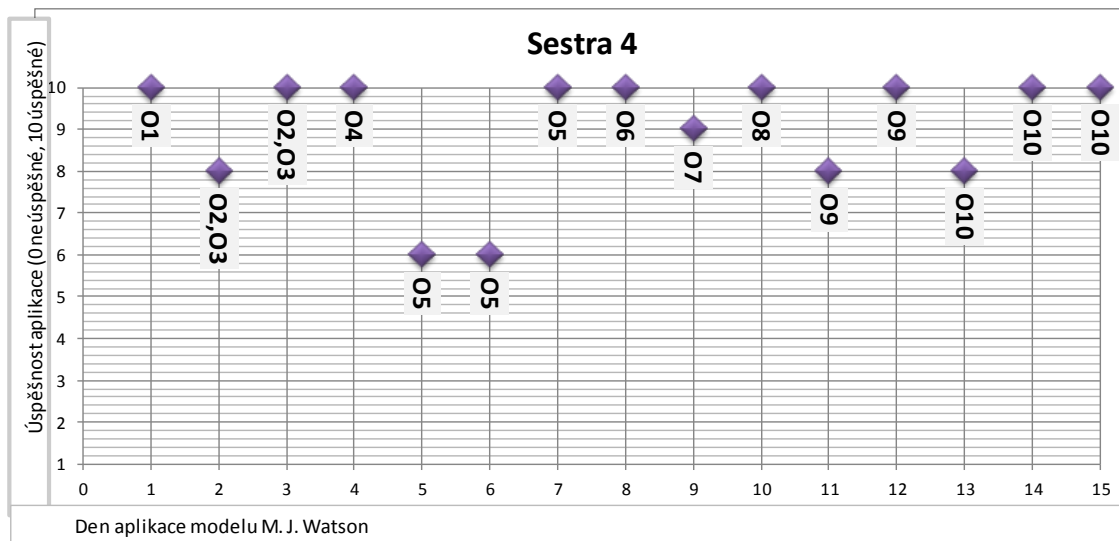
Tento graf znázorňuje subjektivní zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí označených v grafu jako O a čísla (legenda níže), shodnými s oblastmi M. J. Watson, v určitém pracovním dni, který je vyznačen na horizontální ose. Úspěšnost je uvedena na stupnici 1 až 10, kde 1 je neúspěšná a 10 je úspěšná aplikace oblasti dle M. J. Watson. Sestra uvedená v tomto grafu zhodnotila úspěšnost v oblastech M. J. Watson takto: 1. den v oblasti 1 stupněm 5, 2. den v oblasti 1 stupněm 8, 3. den v oblasti 1 stupněm 10, 4. den v oblasti 2 stupněm 6, 5. den v oblasti 2 a v oblasti 4 stupněm 8, 6. den v oblasti 3 a v oblasti 4 stupněm 10, 7. den v oblasti 5 stupněm 8, 8. den v oblasti 5 stupněm 10, 9. den v oblasti 7 stupněm 10, 10. den v oblasti 8 a v oblasti 9 stupněm 6, 11. den v oblasti 8 a v oblasti 9 stupněm 6, 12. den v oblasti 8 stupněm 8, 13. den v oblasti 9 stupněm 7, 14. den v oblasti 10 stupněm 8, a 15. den v oblasti 10 stupněm 10.

Legenda

Faktory humanistické péče dle M. J. Watson:

- O1: oblast 1. formování humanisticko-altruistických hodnot
- O2: oblast 2. vytváření pocitu důvěry, víry, naděje a optimismu
- O3: oblast 3. pěstování citlivého postoje k sobě a k ostatním
- O4: oblast 4. vytváření vztahu důvěry a pomoci
- O5: oblast 5. vyjádření pozitivních i negativních citů
- O6: oblast 6. využívání smyslového a tvořivého systému
- O7: oblast 7. podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví
- O8: oblast 8. pomoc klientovi korigovat změny vnějšího i vnitřního prostředí
- O9: oblast 9. pochopení a podpora při uspokojování potřeb
- O10: oblast 10. citlivost k existenčním-fenomenologicko-spirituálním silám

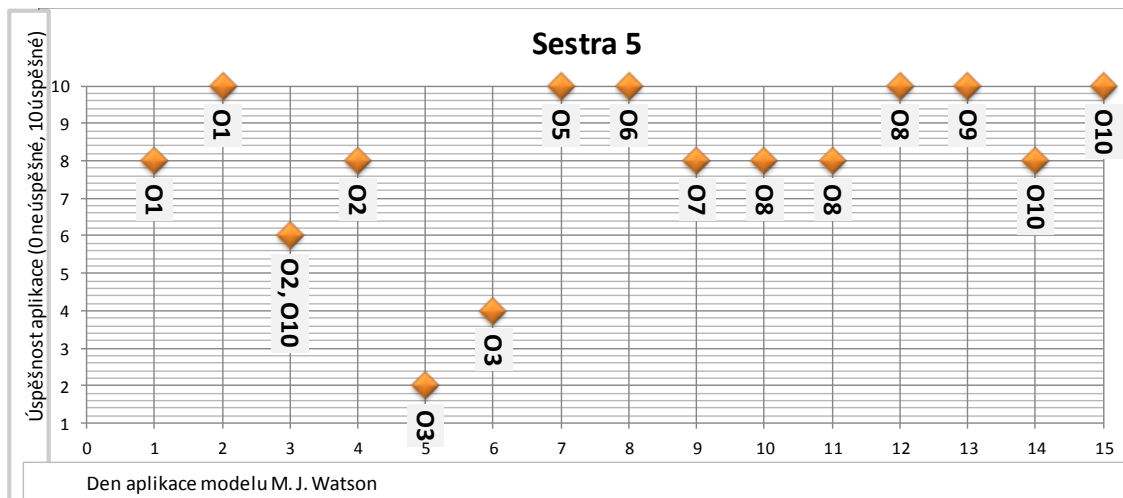
Schematický graf 31 subjektivního zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí dle M. J. Watson u sestry 4



Tento graf znázorňuje subjektivní zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí označených v grafu jako O a čísla (legenda níže), shodnými s oblastmi M. J. Watson, v určitém pracovním dni, který je vyznačen na horizontální ose. Úspěšnost je uvedena na stupnici 1 až 10, kde 1 je neúspěšná a 10 je úspěšná aplikace oblasti dle M. J. Watson. Sestra uvedená v tomto grafu zhodnotila úspěšnost v oblastech M. J. Watson takto: 1. den v oblasti 1 stupněm 10, 2. den v oblasti 2 a v oblasti 3 stupněm 8, 3. den v oblasti 2 a v oblasti 3 stupněm 10, 4. den v oblasti 4 stupněm 10, 5. den v oblasti 5 stupněm 6, 6. den v oblasti 5 stupněm 6, 7. den v oblasti 5 stupněm 10, 8. den v oblasti 6 stupněm 10, 9. den v oblasti 7 stupněm 9, 10. den v oblasti 8 stupněm 10, 11. den v oblasti 9 stupněm 8, 12. den v oblasti 9 stupněm 10, 13. den v oblasti 10 stupněm 8, 14. den v oblasti 10 stupněm 10 a 15. den v oblasti 10 stupněm 10.

- Legenda
- Faktory humanistické péče dle M. J. Watson:
- O1: oblast 1. formování humanisticko-altruistických hodnot
 - O2: oblast 2. vytváření pocitu důvěry, víry, naděje a optimismu
 - O3: oblast 3. pěstování citlivého postoje k sobě a k ostatním
 - O4: oblast 4. vytváření vztahu důvěry a pomoci
 - O5: oblast 5. vyjádření pozitivních i negativních citů
 - O6: oblast 6. využívání smyslového a tvořivého systému
 - O7: oblast 7. podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví
 - O8: oblast 8. pomoc klientovi korigovat změny vnějšího i vnitřního prostředí
 - O9: oblast 9. pochopení a podpora při uspokojování potřeb
 - O10: oblast 10. citlivost k existenčním-fenomenologicko-spirituálním silám

Schematický graf 32 subjektivního zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí dle M. J. Watson u sestry 5



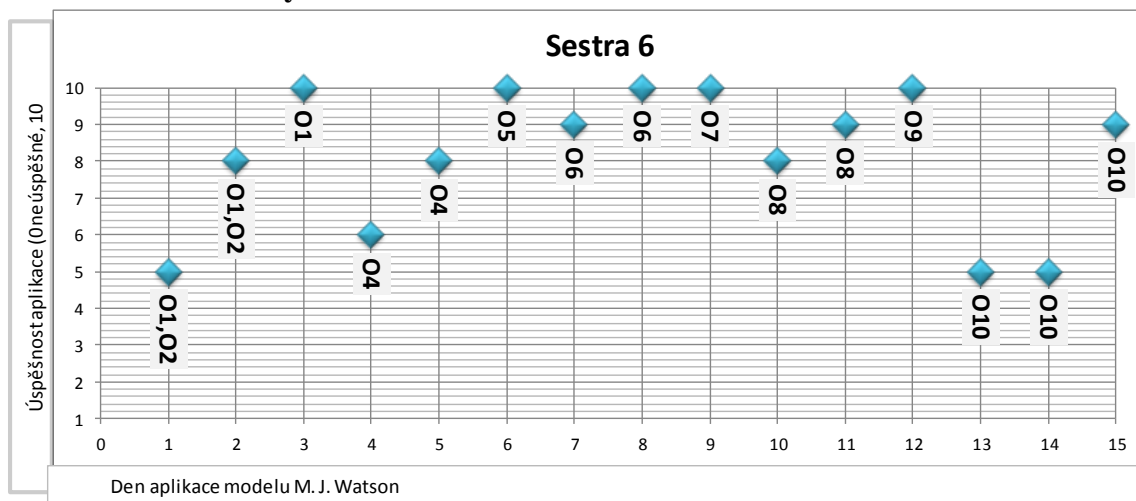
Tento graf znázorňuje subjektivní zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí označených v grafu jako O a čísla (legenda níže), shodnými s oblastmi M. J. Watson, v určitém pracovním dni, který je vyznačen na horizontální ose. Úspěšnost je uvedena na stupnici 1 až 10, kde 1 je neúspěšná a 10 je úspěšná aplikace oblasti dle M. J. Watson. Sestra uvedená v tomto grafu zhodnotila úspěšnost v oblastech M. J. Watson takto: 1. den v oblasti 1 stupněm 8, 2. den v oblasti 1 stupněm 10, 3. den v oblasti 2 a v oblasti 10 stupněm 6, 4. den v oblasti 2 stupněm 8, 5. den v oblasti 3 stupněm 2, 6. den v oblasti 3 stupněm 4, 7. den v oblasti 5 stupněm 10, 8. den v oblasti 6 stupněm 10, 9. den v oblasti 7 stupněm 8, 10. den v oblasti 8 stupněm 8, 11. den v oblasti 8 stupněm 8, 12. den v oblasti 8 stupněm 10, 13. den v oblasti 9 stupněm 10, 14. den v oblasti 10 stupněm 8 a 15. den v oblasti 10 stupněm 10.

Legenda

Faktory humanistické péče dle M. J. Watson:

- O1: oblast 1. formování humanisticko-altruistických hodnot
- O2: oblast 2. vytváření pocitu důvěry, víry, naděje a optimismu
- O3: oblast 3. pěstování citlivého postoje k sobě a k ostatním
- O4: oblast 4. vytváření vztahu důvěry a pomoci
- O5: oblast 5. vyjádření pozitivních i negativních citů
- O6: oblast 6. využívání smyslového a tvořivého systému
- O7: oblast 7. podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví
- O8: oblast 8. pomoc klientovi korigovat změny vnějšího i vnitřního prostředí
- O9: oblast 9. pochopení a podpora při uspokojování potřeb
- O10: oblast 10. citlivost k existenčním-fenomenologicko-spirituálním silám

Schematický graf 33 subjektivního zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí dle M. J. Watson u sestry 6



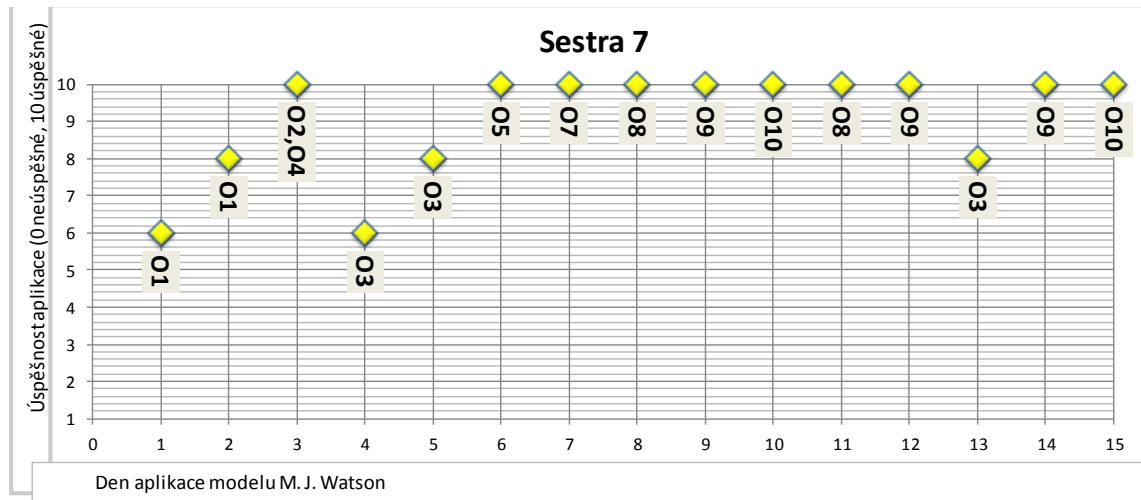
Tento graf znázorňuje subjektivní zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí označených v grafu jako O a čísla (legenda níže), shodnými s oblastmi M. J. Watson, v určitém pracovním dni, který je vyznačen na horizontální ose. Úspěšnost je uvedena na stupnici 1 až 10, kde 1 je neúspěšná a 10 je úspěšná aplikace oblasti dle M. J. Watson. Sestra uvedená v tomto grafu zhodnotila úspěšnost v oblastech M. J. Watson takto: 1. den v oblasti 1 a v oblasti 2 stupněm 5, 2. den v oblasti 1 a v oblasti 2 stupněm 8, 3. den v oblasti 1 stupněm 10, 4. den v oblasti 4 stupněm 6, 5. den v oblasti 4 stupněm 8, 6. den v oblasti 5 stupněm 10, 7. den v oblasti 6 stupněm 9, 8. den v oblasti 6 stupněm 10, 9. den v oblasti 7 stupněm 10, 10. den v oblasti 8 stupněm 8, 11. den v oblasti 8 stupněm 9, 12. den v oblasti 9 stupněm 10, 13. den v oblasti 10 stupněm 5, 14. den v oblasti 10 stupněm 5, a 15. den v oblasti 10 stupněm 9.

Legenda

Faktory humanistické péče dle M. J. Watson:

- O1: oblast 1. formování humanisticko-altruistických hodnot
- O2: oblast 2. vytváření pocitu důvěry, víry, naděje a optimismu
- O3: oblast 3. pěstování citlivého postoje k sobě a k ostatním
- O4: oblast 4. vytváření vztahu důvěry a pomoci
- O5: oblast 5. vyjádření pozitivních i negativních citů
- O6: oblast 6. využívání smyslového a tvořivého systému
- O7: oblast 7. podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví
- O8: oblast 8. pomoc klientovi korigovat změny vnějšího i vnitřního prostředí
- O9: oblast 9. pochopení a podpora při uspokojování potřeb
- O10: oblast 10. citlivost k existenčním-fenomenologicko-spirituálním silám

Schematický graf 34 subjektivního zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí dle M. J. Watson u sestry 7



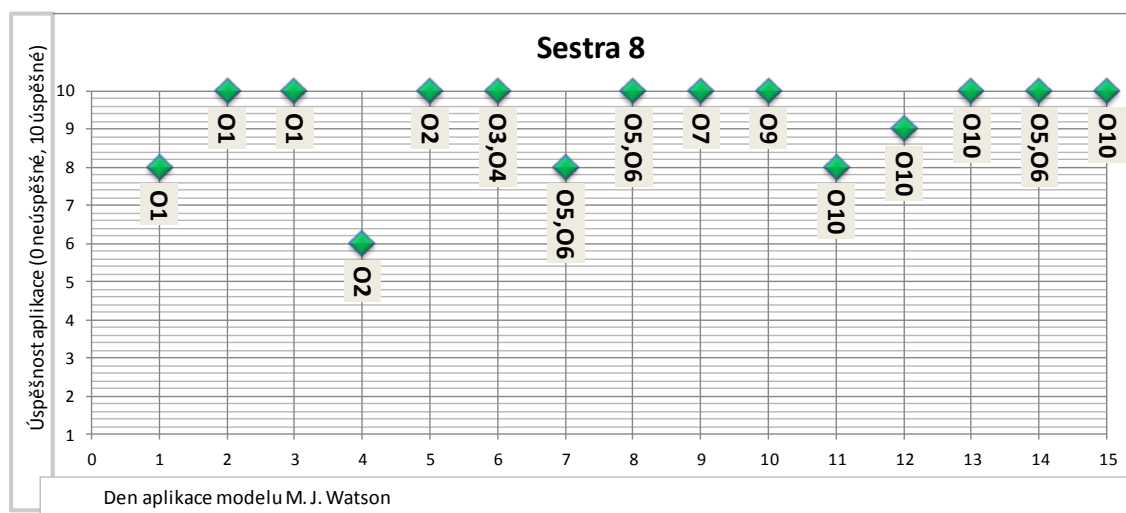
Tento graf znázorňuje subjektivní zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí označených v grafu jako O a čísla (legenda níže), shodnými s oblastmi M. J. Watson, v určitém pracovním dni, který je vyznačen na horizontální ose. Úspěšnost je uvedena na stupnici 1 až 10, kde 1 je neúspěšná a 10 je úspěšná aplikace oblasti dle M. J. Watson. Sestra uvedená v tomto grafu zhodnotila úspěšnost v oblastech M. J. Watson takto: 1. den v oblasti 1 stupněm 6, 2. den v oblasti 1 stupněm 8, 3. den v oblasti 2 a v oblasti 4 stupněm 10, 4. den v oblasti 3 stupněm 6, 5. den v oblasti 3 stupněm 8, 6. den v oblasti 5 stupněm 10, 7. den v oblasti 7 stupněm 10, 8. den v oblasti 8 stupněm 10, 9. den v oblasti 9 stupněm 10, 10. den v oblasti 10 stupněm 10, 11. den v oblasti 8 stupněm 10, 12. den v oblasti 9 stupněm 10, 13. den v oblasti 3 stupněm 8, 14. den v oblasti 9 stupněm 10 a 15. den v oblasti 10 stupněm 10.

Legenda:

Faktory humanistické péče dle M. J. Watson:

- O1: oblast 1. formování humanisticko-altruistických hodnot
- O2: oblast 2. vytváření pocitu důvěry, víry, naděje a optimismu
- O3: oblast 3. pěstování citlivého postoje k sobě a k ostatním
- O4: oblast 4. vytváření vztahu důvěry a pomoci
- O5: oblast 5. vyjádření pozitivních i negativních citů
- O6: oblast 6. využívání smyslového a tvořivého systému
- O7: oblast 7. podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví
- O8: oblast 8. pomoc klientovi korigovat změny vnějšího i vnitřního prostředí
- O9: oblast 9. pochopení a podpora při uspokojování potřeb
- O10: oblast 10. citlivost k existenčním-fenomenologicko-spirituálním silám

Schematický graf 35 subjektivního zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí dle M. J. Watson u sestry 8



Tento graf znázorňuje subjektivní zhodnocení v úspěšnosti naplňování oblastí označených v grafu jako O a čísla (legenda níže), shodnými s oblastmi M. J. Watson, v určitém pracovním dni, který je vyznačen na horizontální ose. Úspěšnost je uvedena na stupnici 1 až 10, kde 1 je neúspěšná a 10 je úspěšná aplikace oblasti dle M. J. Watson. Sestra uvedená v tomto grafu zhodnotila úspěšnost v oblastech M. J. Watson takto: 1. den v oblasti 1 stupněm 8, 2. den v oblasti 1 stupněm 10, 3. den v oblasti 1 stupněm 10, 4. den v oblasti 2 stupněm 6, 5. den v oblasti 2 stupněm 10, 6. den v oblasti 3 a v oblasti 4 stupněm 10, 7. den v oblasti 5 a v oblasti 6 stupněm 8, 8. den v oblasti 5 a v oblasti 6 stupněm 10, 9. den v oblasti 7 stupněm 10, 10. den v oblasti 9 stupněm 10, 11. den v oblasti 10 stupněm 8, 12. den v oblasti 10 stupněm 9, 13. den v oblasti 10 stupněm 10, 14. den v oblasti 5 a v oblasti 6 stupněm 10 a 15. den v oblasti 10 stupněm 10.

Legenda:

Faktory humanistické péče dle M. J. Watson:

- O1: oblast 1. formování humanisticko-altruistických hodnot
- O2: oblast 2. vytváření pocitu důvěry, víry, naděje a optimismu
- O3: oblast 3. pěstování citlivého postoje k sobě a k ostatním
- O4: oblast 4. vytváření vztahu důvěry a pomoci
- O5: oblast 5. vyjádření pozitivních i negativních citů
- O6: oblast 6. využívání smyslového a tvořivého systému
- O7: oblast 7. podpora vzájemného učení, zodpovědnost za svoje zdraví
- O8: oblast 8. pomoc klientovi korigovat změny vnějšího i vnitřního prostředí
- O9: oblast 9. pochopení a podpora při uspokojování potřeb
- O10: oblast 10. citlivost k existenčním-fenomenologicko-spirituálním silám

4.2.6 Kvalitativní výsledky získané od sester po ukončení aplikace modelu

M. J. Watson (mimo deníku sestry)

Oblast: pozitiva a negativa způsobu poskytování ošetrovatelské péče dle koncepčního modelu M. J. Watson oproti předchozímu způsobu poskytování ošetrovatelské péče z pohledu sester

Sestra 1	
Pozitiva	Práce podle nového modelu, více zamyšlení sebou, větší míra kontroly a uvědomění si toho, co děláme, zlepšení vcítění se do klienta, harmonie péče.
Negativa	Je to časově náročné.
Sestra 2	
Pozitiva	Pracujete srdcem, změníte náhled na svou práci, více nad sebou přemýšlíte, přemýšlíte více nad tím, co děláte, zlepšuje se vcítění do klienta. Často se chováme jako roboti, toto vás nutí pracovat jinak, změní to váš pohled na klienta, čemuž pomáhá tomu rozdělení na 10 faktorů péče, dají se podle toho nastavit cíle.
Negativa	Je to časově náročné.
Sestra 3	
Pozitiva	Když se věnujete klientce více, je z toho užitek, pracujete podle nových myšlenek, přemýšlíte více nad tím, co děláte. Máte větší přehled a informace o klientovi. Máte lepší vztah s klientem. Harmonie péče.
Negativa	Je to obtížné na pochopení všech složek modelu, problém je motivace sama sebe, abyste tak pracovali, je to časově náročné.
Sestra 4	
Pozitiva	Přemýšlíte více nad sebou, získáváte větší přehled a informace o klientovi, vede to ke zlepšení vcítění se do klienta, často jsme jako roboti. Když se ale snažíte, toto vám umožní pracovat jinak.
Negativa	Je to obtížné na pochopení všech složek modelu, a na jejich aplikaci.
Sestra 5	
Pozitiva	Pracujete srdcem, takto o své práci nepřemýšlíte, pracujete více se sebou.
Negativa	Je to obtížné na pochopení všech složek modelu, je těžké se vcítit do klienta a je to více časově náročné, jinde si to moc neumím představit (tady máme na klienty čas).
Sestra 6	
Pozitiva	Přemýšlíte více nad sebou, přemýšlíte více nad tím, co děláte, zlepšuje to vcítění se do klienta, změníte pohled na klienta, více se znáte.
Negativa	Není to jednoduché na pochopení.
Sestra 7	
Pozitiva	Je to dobré pro komunikaci s klientem.

Negativa	Je těžké se vcítit do klienta, je to časově náročné, je to těžké.
Sestra 8	
Pozitiva	Přemýšlíte více nad tím, co děláte, fenomenologické pole je velký přínos, když s ním pracujete. Dokážete lépe pochopit sebe i ty druhé.
Negativa	Není to nové, spousta lidí takto už pracuje, hodí se to hlavně pro nové sestry, mě to časově zatěžuje – zapisovat to.

Oblast: využívání myšlenek modelu M. J. Watson dále

Sestra 1	Ano, je to zajímavé, budu model využívat dále, ano, chci s vámi i nadále spolupracovat.
Sestra 2	Ano, je to zajímavé, budu model využívat dále, ano, chci s vámi i nadále spolupracovat.
Sestra 3	Ano, je to zajímavé, budu myšlenky modelu využívat dále.
Sestra 4	Budu se o to snažit.
Sestra 5	Ano, je to zajímavé, budu model využívat dále.
Sestra 6	Ano, je to zajímavé, budu model využívat dále.
Sestra 7	Spíše ne.
Sestra 8	Spíše ne, není na to čas.

Oblast: Konkrétní dopady pro klienty, mimo záznamy v deníku sestry

Sestra 1	Seznámení se s mým pohledem na věc, zvýšení komunikace, zvládnutí pozitivních a negativních citů, citlivý přístup ke mně i k druhým, jsem pro ni více důvěryhodná.
Sestra 2	Jsem pro klientku více důvěryhodná.
Sestra 3	Asi nic.
Sestra 4	Dokázala mi vyjádřit svou lítost.

Sestra 5

Jsem pro ni více důvěryhodná, uvědomila si vlastní zdraví.

Sestra 6

Navštěvovala ji celá rodina, díky našim diskusím jsem je přizvala a pomohlo jí to.

Sestra 7

Jsem pro ni více důvěryhodná, více jsem s ní komunikovala.

Sestra 8

Myslím, že pro moji klientku to nemělo příliš dopadů, myslím, že ne.

Oblast: co vedlo k pochopení či nepochopení modelu**Sestra 1**

Pochopení na základě úvodního setkání, diskuse nad kazuistikou dle Watson, znalost teorie koncepčních modelů, deník sestry.

Sestra 2

Pochopení na základě úvodního setkání, diskuse nad kazuistikou dle Watson, znalost teorie koncepčních modelů, možnost konzultace.

Sestra 3

Deník sestry, kazuistika z počátku výzkumu.

Sestra 4

Pochopení na základě úvodního setkání, diskuse nad kazuistikou dle Watson.

Sestra 5

Pochopení na základě úvodního setkání, diskuse nad kazuistikou dle Watson.

Sestra 6

Pracovní tým, kazuistika z počátku výzkumu, deník sestry.

Sestra 7

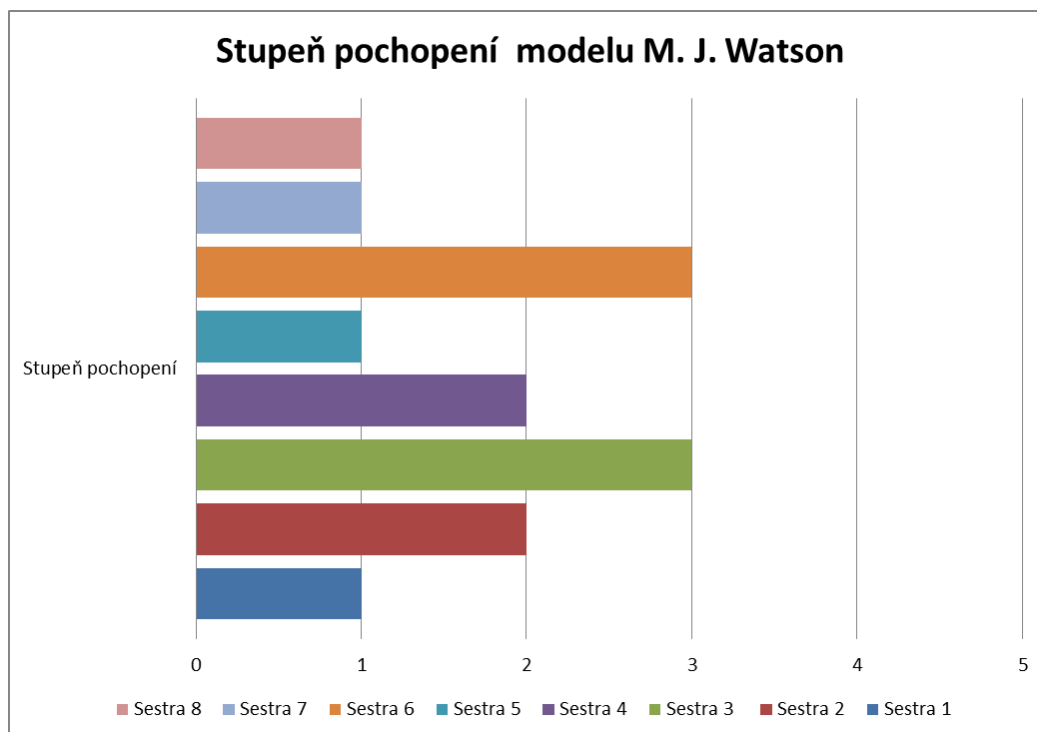
Deník sestry, kazuistika z počátku výzkumu.

Sestra 8

Deník sestry, kazuistika z počátku výzkumu.

4.2.7. Výsledky subjektivního zhodnocení pochopení modelu M. J. Watson a jeho oblastí

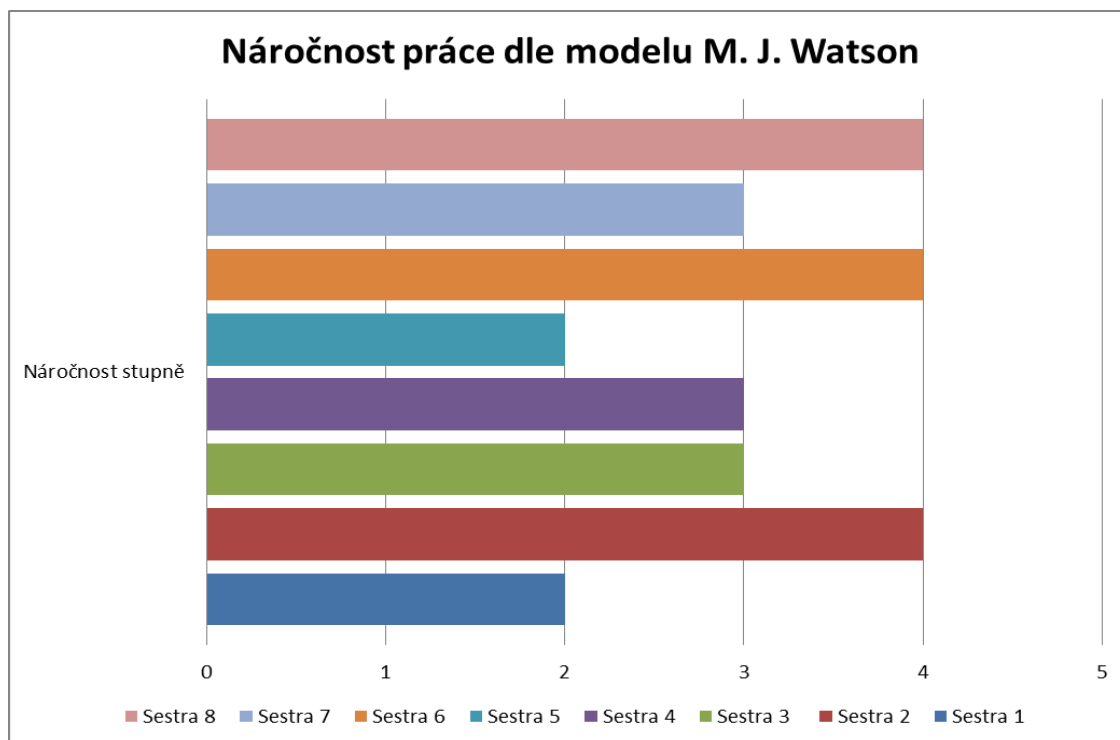
Graf 33 Výsledky subjektivního zhodnocení pochopení modelu M. J. Watson a jeho oblastí



Graf znázorňuje, do jaké míry dle svých slov sestry pochopily model M. J. Watson. Míra pochopení je udávána na stupnici 1 – 5, kdy 1 znamená úplné pochopení a 5 úplné nepochopení modelu. Sestry 1, 5, 7 a 8 udávají úplné pochopení, sestry 2 a 4 udávají pochopení stupněm 2 a sestry 3 a 6 udávají pochopení stupněm 3. Žádná sestra nevedla nepochopení modelu dle stupněm 5 či 4.

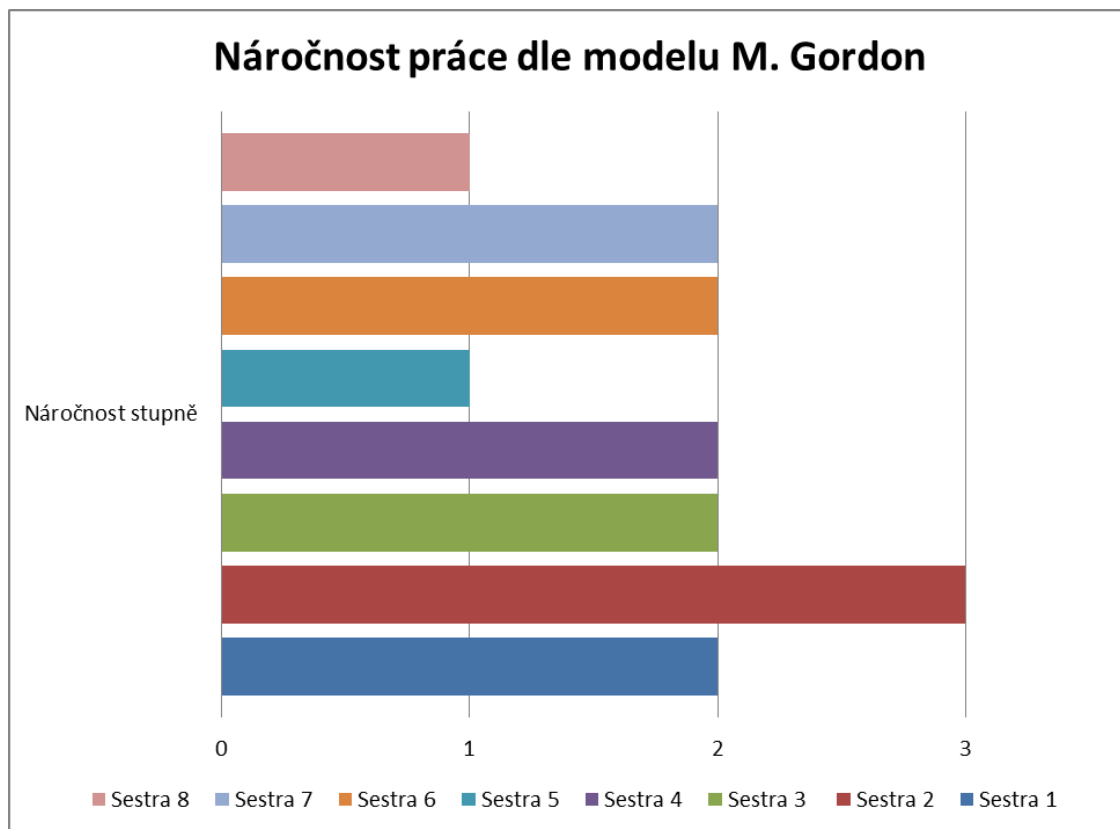
4.2.8 Výsledky určení náročnosti užívání určitých koncepčních modelů

Graf 34 Celková náročnost práce s koncepčním modelem dle M. J. Watson z pohledu sester



Graf znázorňuje míru obtížnosti práce sester při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu M. J. Watson. Výsledky jsou prezentovány na stupnici, kde 1 znamená nejméně obtížné a 5 nejvíce obtížné. Sestry 8, 6 a 2 označily míru obtížnosti stupněm 4. Sestry 7, 4 a 3 označily stupeň obtížnosti 3 a sestry 1 a 5 označily stupeň obtížnosti 2. Žádná sestra nevyužila stupněm 1 a 5.

Graf 35 Celková náročnost práce s koncepčním modelem dle M. Gordon z pohledu sester



Graf znázorňuje míru obtížnosti práce sester při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu M. Gordon. Výsledky jsou prezentovány na stupnici, kde 1 znamená nejméně obtížné a 5 nejvíce obtížné. Sestry 8 a 5 uvedly obtížnost na stupni 1, sestry 1, 3, 4, 6 a 7 uvedly stupeň 2. Sestra 2 uvedla obtížnost stupněm 3. Žádná sestra nevedla obtížnost stupněm 4 a 5.

5. Diskuse

Diskuse je rozdělena na oblast kvantitativní a kvalitativní. V úvodní části budeme diskutovat nad výsledky kvantitativní části výzkumného šetření.

Kvantitativní výzkumná část byla zpracována při spolupráci na grantovém projektu GAJU 079/2010 *Použití koncepčního modelu a klasifikačních systémů v ošetrovatelské dokumentaci*.

Jak uvádí Barnum (25) ošetrovatelské modely poskytují možnost, jak uchopit ošetrovatelské teorie a aplikovat je v praxi. V souladu s Barnumem uvádí Sedláková (63), že ošetrovatelské modely určují směr ošetrovatelských aktivit sester. Znalost pojmu koncepční model je základem pro jeho chápání a uplatňování v praxi.

Zajímalo nás, zda sestry znají pojem koncepční model a kde se s tímto pojmem seznámily. Z výsledků (Graf 4) je patrné, že více než polovina sester uvedla, že pojem „koncepční modely v ošetrovatelství“ „zná“. Platí rovněž, že větší znalosti v této oblasti mají sestry s kratší dobou praxe (do 10 let), menší mají naopak sestry s praxí delší. Jak uvádí Fawcett (35), znalost koncepčních modelů otevírá sestrám možnosti k plánování individuální a profesionální péče o své klienty. Dále nás zajímalo, zda u sester existují souvislosti mezi délkou praxe, vzděláním a zhodnocením znalosti pojmu koncepční model. V oblasti znalosti je pozitivním zjištěním, že větší znalost pojmu koncepční model uvádějí sestry s VOŠ a zejména VŠ. Nepřekvapil nás výsledek, že menší znalost pojmu koncepční model je u absolventek SZŠ a u sester se SZŠ a PSS vzděláním. Tento výsledek může souviset s tím, že do studijních programů od vyšších škol, přes bakalářské po magisterské stupně vysokoškolského studia jsou zakomponovány předměty, které se oblastí koncepčních modelů zabírají. Objevila se rovněž výrazná tendence, spočívající v tom, že mladší sestry častěji uvádějí znalost pojmu koncepční modely.

Oproti našim výsledkům vystupuje výzkumné šetření provedené v americkém vzdělávacím institutu (84), kterého se zúčastnilo přes 16 tisíc respondentů (registrovaných sester). Z těchto výsledků vyplývá, že pojem koncepční model zná 89 % respondentů. Mimo jiné na tyto jejich výsledky může mít vliv i fakt, že většina koncepčních modelů vznikla právě v USA, na což upozorňuje Parker (14).

Doporučujeme, aby bylo předmětu koncepční modely v ošetrovatelství věnováno ve výuce více pozornosti. Otázku nabídky celoživotních kurzů otevřeme v diskusi dále.

Zajímavým výsledkem je seznamování sester s koncepčním modelem v rámci svého vzdělávání (Graf 5), kdy se s konkrétním koncepčním modelem v průběhu svého vzdělávání výrazně častěji setkaly sestry s VOŠ a VŠ vzděláním, méně často naopak sestry se SZŠ a sestry se SZŠ a PSS vzděláním. S určitým komplexním modelem se v průběhu svého vzdělávání významně častěji setkaly sestry s kratší praxí (do 10 let). Naše výsledky jsou ve shodě se studií H. Káplové (85), která rovněž poukazuje na pozitivní vliv absolvování vyššího stupně vzdělání sester (VOŠ a VŠ) na znalost koncepčních modelů.

Další oblastí, na kterou jsme se zaměřili, byla zjištění týkající se informovanosti sester o tom, podle kterého koncepčního modelu je vytvořena ošetrovatelská dokumentace, kterou využívají (Graf 7). Celkem 46,0 % sester uvedlo, že vědí, dle kterého koncepčního modelu je vytvořena ošetrovatelská dokumentace, s níž pracují. Jednoznačně však platí, že to, dle jakého koncepčního modelu je vytvořena ošetrovatelská dokumentace, vědí především sestry s kratší dobou praxe a toto vědomí je také silnější u sester s VOŠ a VŠ vzděláním. Výsledek obecně považujeme za negativní, jelikož jak udává Parker (14), znalost koncepčního modelu, podle kterého je nastaven systém ošetrovatelské péče, je základním bodem pro efektivní využívání koncepčních modelů v ošetrovatelství. Dle našeho názoru i zkušeností by měl management poskytovatelů zdravotních služeb dbát na to, aby sestry poskytovaly péči dle nejnovějších vědeckých poznatků. Základem je samozřejmě znalost ošetrovatelského modelu, podle něhož se konkrétní ošetrovatelská péče poskytuje.

S tímto tématem souvisí i další výsledky našeho výzkumu, které ukazují, že téměř 47 % sester není schopno posoudit, zda je systém péče, který praktikují na oddělení, vhodný pro ošetrovatelskou dokumentaci vypracovanou dle koncepčního modelu (Graf 22). Jak udává Walsh (26), sestry by měly být schopné posoudit systém péče na pracovišti a měly by umět aplikovat vhodný koncepční model, co se týče péče o pacienta. Tento výsledek tedy není v souladu s odbornou literaturou.

Jak poukazuje Barnum (25), koncepční model je zapotřebí správně uchopit, poznat a aplikovat do praxe. Avšak k tomu je potřeba obsah koncepčního modelu dobře znát. V oblasti využívání postupů z koncepčních modelů ve své praxi (Graf 17) téměř 2/5 sester uvedly, že některé postupy z koncepčních modelů ve své praxi využívají. Skutečnost, zda sestry tyto postupy využívají, souvisí rovněž s délkou jejich praxe. Častěji je využívají sestry s kratší dobou praxe, sestry s nejdélší praxí tyto postupy pak využívají méně často. Jednoznačně bylo rovněž prokázáno, že tyto postupy výrazně častěji využívají sestry s VOŠ a VŠ vzděláním. Výsledek úzce souvisí s předchozí oblastí o nedostatečné informovanosti sester ohledně ošetrovatelské dokumentace, již používají.

Podrobněji jsme se zaměřili na sestry, které uvedly, že využívají některých postupů z koncepčních modelů ve své praxi. Byly dále dotázány (Graf 18), zda uvažují o tom, zda by používaly koncepční modely ošetrovatelství v rámci ošetrovatelské dokumentace a zda se domnívají, že mají dostatek informací ohledně koncepčních modelů v ošetrovatelství. Zjistili jsme, že o využívání koncepčních modelů v ošetrovatelství v rámci ošetrovatelské dokumentace uvažuje jen necelých 10 % sester z našeho vzorku. Téměř 50 % z nich se staví k této otázce záporně, to znamená, že o využívání koncepčních modelů v ošetrovatelství neuvažují. Přes 60 % těchto sester (Graf 19) udává, že nemá dostatek informací ohledně koncepčních modelů, což považujeme za negativní výsledek. Ukazuje se nám tady výrazný prostor pro zvýšení nabídky kurzů celoživotního vzdělávání sester.

Protože je naše výzkumná práce zaměřena na praktickou aplikaci koncepčního modelu, v ČR doposud nevyužívaného, zajímal nás názor sester na využívání tohoto koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace (Graf 20). Jediný koncepční model v rámci své ošetrovatelské dokumentace by přivítalo cca 48 % sester. Jak udávají Fitzpatrick a Whall, mnoho sester zastává názor, že je vhodnější mít jeden centrální koncepční model, nežli využívat více modelů (55). S tím korespondují i výsledky našeho výzkumu. K možnosti využití koncepčního modelu se více přiklání sestry pracující na standardních odděleních, negativní stanovisko častěji zaujímají sestry z jednotek intenzivní péče. Tento výsledek může souviset s charakterem práce na těchto

odděleních a na pracovních zvyklostech, které zde sestry mají. Názor na tuto otázku je také podmíněn délkou praxe sester. Na základě výsledků lze konstatovat, že stanovisko k této otázce je ovlivněno typem zařízení a typem oddělení, na kterém sestry pracují. Sestry se z větší části přiklánějí k využívání jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace. Více se k využívání jednoho koncepčního modelu v ošetrovatelské dokumentaci přiklánějí sestry s kratší dobou praxe, sestry s delší praxí častěji nemají na tuto otázku jasný názor. Bylo rovněž prokázáno, že využívání jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace preferují zejména sestry s vysokoškolským vzděláním. Lze tedy konstatovat, že stanovisko k využívání jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace je závislé na délce praxe a vzdělání sester. V rámci výzkumu nás rovněž zajímalo využívání více koncepčních modelů v rámci ošetrovatelské dokumentace (Graf 21). Otázka byla míněna jako kontrolní, neboť se předpokládalo, že sestry, které preferují využití jednoho modelu, budou zaujímat negativní stanoviska k využití více modelů a naopak. Získané výsledky tuto úvahu potvrdily. Analýza výsledků ukazuje, že s využitím více koncepčních modelů v rámci ošetrovatelské dokumentace vyslovilo nesouhlas cca 50 % sester. Potvrdilo se tedy, že ty, které preferují využití jednoho koncepčního modelu, nesouhlasí s využíváním více koncepčních modelů a naopak. Lze tedy konstatovat, že sestry preferují využívání jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace. Využívání více koncepčních modelů podporuje jen menšina dotázaných, značný je však podíl těch sester, které nemají na tuto otázku jasný názor.

Za překvapivý výsledek považujeme, že přestože udávají sestry nedostatek informací o koncepčních modelech, převládá u nich nezáměr o případný kurz v oblasti koncepčních modelů, jak prezentujeme v grafu 23 a 24. Z analýzy výsledků je zřejmé, že v současnosti u sester převládá nezáměr o případný kurz v oblasti koncepčních modelů. Tento nezáměr dalo najevo téměř 48,0 % sester. Platí, že větší zájem projevují sestry se střední dobou praxe, sestry s nejkratší a nejdélší praxí v oboru mají zájem menší. Jiné statisticky významné souvislosti, jako je vliv věku, či vzdělání, identifikovány nebyly.

O současné nabídce vzdělávacích kurzů v oblasti koncepčních modelů nejsou sestry dostatečně informovány. Přibližně 54 % sester nebylo schopno současnou nabídku vzdělávacích kurzů v oblasti koncepčních modelů posoudit. Lze tedy uzavřít, že informovanost sester o současné nabídce vzdělávacích kurzů v oblasti koncepčních modelů je nízká.

Na základě analýzy výsledků došlo k potvrzení hypotézy H4: *Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle délky praxe.* Dále nebyly potvrzeny hypotézy: H5: *Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle věku;* a také H6: *Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle vzdělání.*

Další oblastí našich výsledků jsou data týkající se koncepčních modelů dle M. Gordon a M. J. Watson. Koncepční model M. Gordon je mezi ošetrovatelským personálem poměrně znám a patří mezi základní koncepční model jak udává Parker (14). V souvislosti s tím nás zajímalo, jestli respondenti tento pojem znají. Analýza výsledků (Graf 8, 9) nám potvrzuje domněnku, že koncepční model M. Gordon je sestrám znám. Z výsledků lze vyvodit, že informace o tomto modelu jsou předávány zejména v posledních letech na úrovni vyšších zdravotnických škol a vysokých škol. V oblasti obsahu koncepčního modelu M. Gordon (Graf 10) je uspokojivě informováno téměř 75 % těch sester, které se s tímto modelem setkaly.

Ve výsledcích (Graf 11) je dále patrné, že tento koncepční model ve své praxi využívá téměř 44 % sester. Téměř stejně velká část sester naopak využívání tohoto modelu popřela.

V oblasti informovanosti sester o koncepčním modelu M. J. Watson nás výsledky pozitivně překvapily (Graf 12), s koncepčním modelem M. J. Watson se spíše nebo určitě setkalo cca 25 % sester. Na základě toho, že v českém jazyce do roku 2010 existovalo pouze 5 stran A4 textu o tomto modelu (zjištění autorů), považujeme 25 % znalost za pozitivní výsledek. Skutečnost, zda se sestry s tímto modelem setkaly, souvisí rovněž s délkou jejich praxe. Častější setkání uvádějí sestry s kratší dobou praxe, sestry s nejdelší praxí se s tímto modelem naopak setkávají méně často. Jednoznačně bylo rovněž prokázáno, že s tímto koncepčním modelem se častěji setkaly sestry s VOŠ a VŠ

vzděláním. Lze tedy konstatovat, že informovanost o koncepčním modelu M. J. Watson je závislá na délce praxe a vzdělání sester. Opět se domníváme, že s tím souvisí zavedení výuky koncepčních modelů do VŠ studia ošetrovatelství.

Další filtrovaná otázka položená sestřám s výjimkou těch, které jednoznačně uvedly, že se nesetkaly s koncepčním modelem M. J. Watson, byla zaměřena na informovanost ohledně obsahu tohoto koncepčního modelu (Graf 13). Většina sester, cca 60 %, uvedla, že jsou o jeho obsahu informovány.

Následující otázka, položená v souvislosti s koncepčním modelem M. J. Watson, byla zaměřena na jeho využívání v praxi (Graf 14). Analýza odpovědí na tuto otázku ukázala, že tento koncepční model využívají sestry ve své praxi zcela minimálně. Výhradně kladně na tuto otázku odpovědělo cca 13 dotázaných sester (2,3 %). Na základě analýzy těchto výsledků lze konstatovat, že došlo k potvrzení hypotézy H1: *Sestry nejsou informované o koncepčním modelu M. J. Watson*. Rovněž byla potvrzena hypotéza H2: *Sestry nevyužívají koncepční model M. J. Watson při ošetrování svých klientů*.

Poslední oblastí, kterou se zabýváme, je oblast empatie. Jak udává Watson (28), schopnost empatie by měla být pro sestru základem pro láskyplnou péči. Bylo zjišťováno (Graf 25), zda je pro sestry důležitá schopnost empatie, tj. schopnost vcítit se do pocitů, jednání druhé osoby. Stanovisko sester v této oblasti je zcela jednoznačné. Naprostá většina z nich (93,0%) považuje schopnost empatie u sestry za důležitou. Tento výsledek považujeme za výrazně pozitivní pro další práci s koncepčním modelem M. J. Watson v praxi.

Diskuse ke kvalitativním výsledkům práce

Kvalitativní výzkumná studie probíhala v celkovém časovém rozpětí šesti pracovních týdnů. Výsledky, nad kterými se zamýšlíme, jsou analyzovaná data získaná z rozhovorů s klienty a sestrami a dále z vlastních deníků sester. Rozhovor byl proveden při prvním setkání v Domově, následně za 3 týdny, kdy ještě nebyl model aplikován. Poslední den aplikace modelu dle M. J. Watson (tj. 6. týden) byl rovněž realizován rozhovor, tentokrát navíc s doplňkovými otázkami.

Jak udává Watson, základní strukturou humanistického ošetrovatelského modelu M. J. Watson je dodržování deseti humanistických faktorů při ošetrování (65). Diskuse je vedena směrem k úspěšnosti a obsahu naplnění jednotlivých oblastí dle M. J. Watson. Před započítáním diskuse je důležité zdůraznit, že faktory/oblasti M. J. Watson se vzájemně prolínají, nicméně hodnocení vychází z doporučení, které Watson udává.

Faktor 1 Formování humanisticko-altruistického systému hodnot

Jak udává Parker (14), hodnotový systém se rozvíjí na základě vlastních osobních zkušeností a zážitků. Watson (52) zdůrazňuje, že péče, která je založena na humanisticko-altruistických hodnotách, může být rozvíjena na základě analýzy a na základě revize vlastních zkušeností a zážitků. Tento koncepční model směřuje otázky a oblasti humanistické péče i na samotné sestry.

V suboblasti *individuálního přístupu ke klientovi* můžeme ve výsledcích získaných z rozhovorů sledovat u všech respondentek pozitivní tendence v hodnocení své schopnosti individuálního přístupu ke klientovi (v době aplikace modelu). Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z respondentek, která uvedla: „*Myslím si, že teď mám rozhodně lepší individuální přístup ke klientce. A hlavně se nám díky tomu lépe spolupracuje.*“ Oproti tomu v kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo k významným změnám.

V suboblasti *respektování klienta* u sester nedošlo k přílišným změnám. Menší změny jsou patrné u dvou sester, z nichž jedna uvedla: „*Klientku respektuji, to ano, přesto je dost těžké, abych dokázala přijmout její negativní pocity.*“ V kontrolním období k přílišným změnám nedocházelo.

V suboblasti *trpělivost a neúnavnost vůči klientovi* můžeme v pěti případech ve výsledcích zpracovaných na základě rozhovorů sledovat pozitivní tendence sester v hodnocení své schopnosti empatie ke klientům, u jedné ze sester byla tato tendence spíše negativní. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z respondentek: „*Teď se snažím být ke klientům více trpělivá, chtěla bych přece rovněž trpělivost, kdybych byla v Domově. Stalo se to důležité i pro mě.*“ V kontrolním období nedocházelo k výrazným změnám.

V suboblasti *technická zručnost, důležitost techniky* můžeme ve výsledcích pozorovat změny názoru u většiny sester. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z respondentek: „*Popravdě, jak u kterých přístrojů jsem zručná, ale to přece není to nejdůležitější, klient je důležitý. Svůj čas plánuji tak, abych měla čas, jak na nutnou administrativu, techniku, tak na klienta, a na toho hlavně.*“ V kontrolním období nedocházelo k výrazným změnám.

V suboblasti *vlastní profesionalita* nejsou u sester patrné výrazné změny, a to ani oproti kontrolnímu období, sestry se většinou považují za profesionálky.

Na základě výsledků sekundárního třídění deníku sestry dle zde diskutované oblasti M. J. Watson, je patrné, že se sestry snažily především pochopit více samy sebe, navodit souznění s klienty, rozšiřovat spolupráci a více své klienty pochopit. Svou úspěšnost v naplnění této oblasti hodnotí sestry naší studie výrazně pozitivně.

Další část diskuse se vztahuje k výsledkům, jež jsme získali prací s klienty. V suboblasti *láskyplná péče* můžeme ve výsledcích získaných z rozhovorů sledovat pozitivní tendence klientů v hodnocení (v době aplikace modelu). Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z klientek, která uvedla: „*Mám pocit, že ta péče je taková lepší, láskyplnější, cítím prostě změnu.*“ Oproti tomu v kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo příliš ke změnám.

V suboblasti *poskytování ošetrovatelské péče dle individuálních požadavků a potřeb klienta* můžeme ve výsledcích zpracovaných z rozhovorů sledovat pozitivní tendence klientů v hodnocení, a to zejména u klientů 1, 2, 3, 4, 5 a 6. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z klientek: „*Sestry se snaží o péči na míru. (Myslíte podle vašich individuálních požadavků a potřeb?) Ano, nyní je to výrazně lepší.*“ V kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo příliš ke změnám.

Watson předpokládá, že správná péče plyne z nitra sestry, která musí znát sama sebe. Sestra má ulehčit jedinci dosáhnout harmonii mysli těla a duše vycházející z poznání vlastního já, z úcty k sobě. M. J. Watson doporučuje, aby její koncepční model použily sestry nejprve u sebe a poznaly sebe. Teprve po poznání sebe samotné může sestra pomocí modelu M. J. Watson pomoci i druhým k uzdravování. Takovou péči se zlepšuje nejen vlastní sebepoznání, ale i poznání druhých (38).

Lennerst udává, že pokud sestra pečuje, aniž by o svém počínání přemýšlela, aniž by zapojila své já a celostní vnímání jedince, nejde o péči v pravém slova smyslu, nejde o skutečně pravou láskyplnou péči (40).

Faktor 2 Vytváření důvěry, víry a naděje

V suboblasti *důvěra v klienta* můžeme ve výsledcích pozorovat menší změny názoru zejména u sester 2, 4, 5 a 7. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z respondentek: *„Důvěru s klientkou chápu už úplně jinak než dříve, po tom, co jsem pracovala s fenomenologickým polem, musím říct, že беру všechna vyjádření klientky s větší důvěrou, vím o ní více, přesto některé věci, které říká, podle mě nejsou pravdou, ale z jejího pohledu ano, přesto říkám, že ji více chápu i jí více důvěřuji.“* V kontrolním období nedocházelo ke změnám.

V suboblasti *vlastní důvěryhodnost* můžeme ve výsledcích pozorovat pozitivní změny názoru zejména u sester 2, 4, 7 a 8. Sestry se většinou domnívají, že jsou důvěryhodné. V kontrolním období bez aplikace modelu nedocházelo ke změnám.

V suboblasti *naděje a víra* můžeme ve výsledcích všech klientů pozorovat, že jim sestry dodávají naději. Oproti tomu v kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo ke změnám.

Na základě výsledků sekundárního třídění deníku sestry, dle oblasti M. J. Watson zde diskutované, je patrné, že se sestry snažily především zjišťovat stav své důvěry u klientů, prohlubovat jejich důvěru, poskytovat jim naději a podporovat je.

Svou úspěšnost v naplnění této oblasti zhodnocují sestry naší studie většinou pozitivně, nicméně málokdy byly opravdu plně úspěšné. Uvádějí, že se jim tato oblast podařila „naplnit“, ale je na ni potřeba více času.

V suboblasti *důvěra jako součást poskytované ošetrovatelské péče* můžeme ve výsledcích pozorovat změny názoru klientů. Klienti v době aplikace modelu sestřím důvěřují. Jako příklad uvádíme vyjádření klienta: *„Sestra, která mě má na starosti, se snaží co nejvíce, aby byl náš vztah profesionální a založený na důvěře, myslím si, že jí věřím mnohem více než dříve.“* Oproti tomu v kontrolním období příliš ke změnám nedocházelo.

V suboblasti *sestry a jejich respektování víry klienta* můžeme ve výsledcích pozorovat menší změny názoru klientů. Klienti 2, 3, 4 udávají, že sestry respektují jejich víru a dodávají jim naději více než dříve. U ostatních klientů nejsou výraznější změny oproti kontrolnímu období zaznamenány.

V suboblasti *naděje a víra* můžeme ve výsledcích zjistit, že klienti vnímají, že jim sestry dodávají naději. Výsledky jsou ve shodě s kontrolním obdobím.

Jak udává Watson, tato oblast je zásadně důležitá jak pro péči, tak pro ozdravný proces. Podpora naděje klienta a vlastní sebedůvěra může jeho ozdravný proces výrazně urychlit (8).

Faktor 3 Pěstování citlivého postoje vůči sobě i jiným

V suboblasti *plánování ošetrovatelské péče s klientem* můžeme ve výsledcích pozorovat pozitivní změny názoru, zejména u sester 2, 3, 4, 5, 6 a 7. Tyto sestry většinou uvádějí, že zapojují klienta do plánování ošetrovatelské péče. Co nás překvapuje, jsou zejména výsledky z kontrolního období, kdy většina sester studie udávala, že připravuje ošetrovatelský plán samostatně bez klienta. Myslíme si, že tato skutečnost poukazuje na problematické uchopení současného ošetrovatelského procesu a zejména fáze plánování péče. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z respondentek, která před započítím aplikace modelu uvedla: „*Já sestavuji plán péče tady v sesterně bez klienta, naplánuji to podle svých zkušeností, co je nejlepší. (Myslíte třeba i konkrétní intervence?) Ano, já přece vím, co je pro mé klienty nejlepší.*“

V suboblasti *komunikace s klientem* můžeme ve výsledcích pozorovat výrazné pozitivní změny u všech sester ze studie, a to zejména v používání slabého a vlidného hlasu na klienta a v časovém přizpůsobení se klientovi. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z respondentek: „*Od doby mé větší diskuse s klientkou nad oblastí pěstování citlivého postoje jsem začala více dbát na používání slabého a vlidného hlasu. Co je mou zásadou, vždy si najdu čas na klienta. Osobně si myslím, že mám lepší vztah s klientem, a o hodně více a otevřeněji spolu komunikujeme.*“ V kontrolním období nedocházelo ke změnám.

V suboblasti *úsměv při komunikaci s klientem* nejsou u sester patrné výrazné změny, a to ani oproti kontrolnímu období, sestry se snaží úsměv používat.

Na základě výsledků sekundárního třídění deníku sestry, dle oblasti M. J. Watson zde diskutované, je patrné, že se sestry 1, 3, 4, 5, 6, 7 a 8 snažily především pěstovat citlivý vztah s klienty, a to tím, že jim samy citlivě sdělovaly informace, citlivě pracovaly s informacemi, jež od nich získaly, a vedly klienty k citlivému přístupu i mezi sebou navzájem.

Svou úspěšnost v naplnění této oblasti zhodnocují výše uvedené sestry naší studie většinou pozitivně, nicméně u sestry 5 se objevilo negativní hodnocení, tedy spíše neúspěšná aplikace oblasti, a v souvislosti s nesplněním cíle, který si v této oblasti stanovila, byla dle zápisu sestry klientka i nadále hrubá na ostatní klientky.

Sestry 2 a 6 tuto oblast v deníku sestry konkrétně neuvedly, proto zde nejsou uvedeny, a to ani v oblasti jejich úspěšnosti.

V suboblasti *srozumitelnost sdělení od sester* můžeme ve výsledcích pozorovat změny názoru u většiny klientů. Jako příklad uvádíme vyjádření klienta, který uvedl: „*Sestra ke mně přistupuje citlivě, je to výrazně lepší než před měsícem, co jste tady byl. Hlavně jsme si ujasnili, jak to vidím já, na to se mě moc lidí neptá. Myslím, že ta moje sestra je lepší než dřív.*“

Jak udává Watson, při pěstování citlivého postoje je potřeba citlivá interakce s ostatními osobami, kdy musí být sestra schopná představovat emoční oporu pro druhé. Vztah sestry a klienta musí být založený na vzájemné důvěře a citlivosti. Tento vztah často překračuje fyzický a materiální svět jedince, vytváří se kontakt s emocionálním a subjektivním světem osoby. Jako by se tvořila cesta do jeho „vnitřního já“.

Jak udává Parker (14), první tři faktory tvoří "filosofii" pro péči dle modelu M. J. Watson. Ve všech těchto oblastech došlo u sester k pozitivnímu zhodnocení úspěšnosti a dále jsou zjevné změny, které byly popsány klienty. Zbývajících 7 faktorů vychází ze 3 základních faktorů a společně tvoří jádro péče.

Faktor 4 Vytvoření vztahu pomoci a důvěry

V suboblasti *pozorného naslouchání klientovi* můžeme ve výsledcích pozorovat pozitivní změny názorů sester. Tyto sestry většinou uvádějí, že se snaží naslouchat klientovi, sestry 1 a 7 vypovídají, že více naslouchají pocitům a potřebám klienta. V kontrolním období bez aplikace modelu nedocházelo příliš ke změnám. Jako příklad změny, uvádíme sestru 5, která před aplikací modelu pozorně naslouchala klientům, „*když na to byl čas*“, ale po aplikaci modelu uvádí: „*Klientům naslouchám mnohem více a častěji než dříve, jsme si více důvěryhodní, sdělujeme si věci, které jsme dříve neříkali, pracuji s ním mnohem více než dříve a je to dobré, protože můžu pomoci mnohem dříve, než když je pozdě.*“

V suboblasti *důvěrného podáváníí informací klientovi* můžeme u sester ve výsledcích pozorovat pozitivní změny názoru. Tyto sestry většinou dokládají, že se snaží naslouchat klientovi, sestry 1 a 7 uvádějí, že více naslouchají pocitům a potřebám klienta. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z respondentek: „*Samozřejmě poskytuji informace klientce důvěrně, sama bych chtěla, aby mi byly důvěrné informace sdělovány důvěrně.*“ Oproti tomu v kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo příliš ke změnám.

V suboblasti *zhodnocení schopnosti empatie vůči klientům* můžeme ve výsledcích zpracovaných na základě rozhovorů sledovat pozitivní tendence sester v hodnocení své schopnosti empatie vůči klientům. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z respondentek: „*Od té doby, co pracuji podle tohoto modelu, jsem více vnímavá. (Myslíte empatická?) Ano, více empatická ke klientovi, rozhodně více než před tímto výzkumem, a také se o to více snažím, hlavně mě k tomu vedlo to, že mi začal klient více sdělovat věci o sobě.*“ V kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo k výrazným změnám.

V suboblasti *pomoc klientovi mimo pracovní dobu* nejsou u sester patrné výrazné změny, a to ani oproti kontrolnímu období, sestry jsou většinou ochotné pomoci klientovi i mimo pracovní dobu.

Na základě výsledků sekundárního třídění deníku sestry, dle oblasti M. J. Watson zde diskutované, je patrné, že sestry 1, 2, 3, 4, 6, 7 a 8 se snažily především budovat s klienty vzájemnou důvěru.

Svou úspěšnost v naplnění této oblasti zhodnocují výše uvedené sestry naší studie velmi pozitivně. Sestra 5 tuto oblast v deníku sestry konkrétně neuvedla, proto zde není uvedena, a to ani v oblasti úspěšnosti.

V suboblasti *otevřený přístup k sestřám* můžeme u klientů ve výsledcích pozorovat pozitivní změny názoru. Klienti většinou uvádějí po aplikaci modelu názory, že mají otevřený přístup k sestřám. Jako příklad citujeme vyjádření jedné z klientek: „*Já mám otevřený přístup ke své sestře, protože mě vyslechne a hlavně mi pomůže.*“ Oproti tomu v kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo příliš ke změnám, názor na otevřený přístup k sestřám byl většinou negativní, jako příklad udáváme sdělení jedné z respondentek: „*Nemohu přece říci vše, co si myslím, to se na mě nezlobte.*“

Jak udává Parker (14), tak nejsilnějším nástrojem je způsob komunikace, protože jím se utváří vztah k péči. Watson (30) hovoří o tom, že charakteristické prvky péče v této oblasti jsou komunikace, empatie, shoda a laskavost. Shoda znamená, že sestry jsou upřímné v interakčním procesu, jednájí otevřeně a čestně. Takové sestry jsou dle jejího názoru schopny empatie. V souvislosti s tím stojí za připomenutí, že z výsledků kvantitativní studie je zjevné, že sestry považují schopnost empatie u sestry za důležitou.

Faktor 5 Podpora a přijetí pozitivních i negativních citů

V suboblasti *podpora klienta ve vyjádření pozitivních a negativních emocí* můžeme ve výsledcích získaných z rozhovorů sledovat proměnu názoru některých sester. U sester 1, 3, 4, 5, 6 a 7 došlo ke změně. Sestry uvádějí, že podporují klienty jak ve sdělení pozitiv, tak i negativ. Jako příklad citujeme vyjádření jedné z respondentek: „*To, že jsem učila klienta sdělovat pozitiva i negativa, vedlo i k hlubšímu poznání mě samé.*“ V kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo k výrazným změnám.

V suboblasti *podpora klienta ve vyjádření problémů* vidíme u sester ve výsledcích zpracovaných z rozhovorů změny názoru oproti dřívějšímu stavu. U sester 2, 3, 4 a 8 je patrné, že pacienty podporují ve vyjádření problémů. Jako příklad uvádíme opět vyjádření jedné z respondentek: „*Klientku podporuji ve vyjádření problémů, více si věříme, podporuji ji v tom více než dříve, díky tomu jsme odhalili krádež oblečení v prádelně.*“

V kontrolním období nedocházelo k výrazným změnám, pouze u sestry 7 došlo ke změně názoru na to, zda klienty podporuje, a to ještě před vlastní aplikací modelu.

V suboblasti *upřímnost ke klientovi* můžeme z výsledků zpracovaných z rozhovorů vyčíst menší změny názoru sester této studie. U sester 2, 4 a 5 je patrné, že oproti kontrolnímu období udávají, že jsou ke klientům upřímnější. Pro bližší analýzu uvedeme vyjádření jedné z respondentek, která zmínila v prvním rozhovoru kontrolního období: „*Já se snažím být upřímná ke klientce, ale špatné zprávy jí nechci říkat.*“ Při aplikaci modelu tatáž sestra udává: „*Jsem upřímná ke klientce. (A v oblasti negativních zpráv?) Ano, sděluji upřímně i negativní zprávy, vedl mě k tomu ten model.*“ Tendenci uvádět skutečnost, že k upřímnosti ke klientovi vedl model, můžeme sledovat u sester 2 a 5.

V suboblasti *dohled nad klientem* nejsou u sester patrné výrazné změny, a to ani oproti kontrolnímu období, sestry se snaží dohlížet na klienty.

Na základě výsledků sekundárního třídění deníku sestry, dle oblasti M. J. Watson zde diskutované, je patrné, že sestry se snažily především dokázat vyjádřit své pozitivní a hlavně negativní pocity, podpořit klienty ve sdělování pozitivních a negativních pocitů a vůbec pracovat se sdělením pocitů.

Svou úspěšnost v naplnění této oblasti zhodnocují výše uvedené sestry naší studie velmi pozitivně.

V suboblasti *vyjádření pocitů* můžeme ve výsledcích pozorovat u klientů pozitivní změny názoru. Klienti většinou uvádějí po aplikaci modelu, že sdělují pozitivní i negativní pocity. Jako příklad dokládáme vyjádření jedné z klientek: „*Sestře sděluji své pocity, a to více než dříve, jak pocity dobré, tak i ty zlé.*“ Oproti tomu v kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo příliš ke změnám, názor na sdělování pocitů byl většinou negativní. Jedna z respondentek vypověděla: „*Nechci sestřám své pocity sdělovat, nesouhlasím s tím.*“

Jak udává Watson (52, 86), vyjádření pocitů jak pozitivních, tak negativních vede nejen ke zlepšení úrovně sebeuvědomění, ale i k pochopení chování toho druhého.

Faktor 6 Využívání smyslového a tvořivého přístupu

V suboblasti *kreativní a tvořivý přístup* můžeme ve výsledcích získaných z rozhovorů sledovat změny názoru sester. U sester 1, 3, 5, 7 a 8 je patrné, že začaly poskytovat informace důležité pro samostatné rozhodování klientů, a to je změnou oproti kontrolnímu období. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z respondentek: „ *Informace klientovi rozhodně poskytuji, to ano.* “ V kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo ke změnám.

Na základě výsledků sekundárního třídění deníku sestry, dle oblasti M. J. Watson zde diskutované, je patrné, že sestry se snažily především podpořit klienty v jejich kreativitě, podpořit sebe ve své kreativitě, v konkrétních případech byla řešena oblast diabetické diety, hygieny a ve včasnosti užívání léků.

Svou úspěšnost v naplnění této oblasti hodnotí výše uvedené sestry z naší studie velmi vysoce. Sestry 3 a 7 tuto oblast v deníku sestry konkrétně neuvedly, proto zde nejsou uvedeny, a to ani v oblasti své úspěšnosti.

V suboblasti *sestry a kreativita péče* můžeme ve výsledcích zpozorovat menší změny názoru klientů. Klienti 1, 3, 4, 6 a 8 oproti kontrolnímu období udávají pozitivní změnu v tom, že sestry jsou kreativní, a to někdy i více než dříve.

Mullaney (87) hovoří o tomto faktoru zejména jako o možnosti, jak zapojit klienta do péče o sebe sama, a to kreativní hrou sestry a klienta. Tento faktor silně souvisí s faktorem následujícím.

Faktor 7 Podpora vzájemného učení se, zodpovědnost za svoje zdraví

V suboblasti *informace pro rozhodnutí klienta* můžeme z výsledků zpracovaných na základě rozhovorů vyčíst změny názoru sester. U sester 1, 2, 4, 5, 6 je patrné, že se snaží být kreativnější. Jako příklad citujeme vyjádření jedné z respondentek: „ *Model Watson mě vedl k tomu, že jsem se zaměřila na svou kreativitu, zamyslela jsem se nad pár nápady, probrala jsem to s klientkou, zrealizovaly jsme to v Domově a musím říct, že jsme obě více kreativní.* “ V kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo ke změnám.

V suboblasti *edukace klienta* můžeme ve výsledcích zpracovaných z rozhovorů, sledovat výrazné pozitivní změny názoru sester, většina z nich zapojuje klienty do

edukace. Dokládáme citací jedné z respondentek: „*Ano, edukuji klientku aktuálně o podávání léků.*“ V kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo ke změnám.

Na základě výsledků sekundárního třídění deníku sestry, dle oblasti M. J. Watson zde diskutované, je patrné, že sestry se především snažily, aby klienti vyjádřili svůj názor na vlastní zdraví a své pojetí zodpovědnosti za něj, případně je vedly k spoluzodpovědnosti za své zdraví.

Svou úspěšnost v naplnění této oblasti hodnotí výše uvedené sestry z naší studie pozitivně.

V suboblasti *učení a zodpovědnost za svoje zdraví* pozorujeme ve výsledcích i u klientů změny názoru. Klienti 1, 3, 6 a 7 oproti kontrolnímu období udávají změnu, a sice, že jsou zodpovědní za své zdraví. Oproti tomu klientka 8 udává, že za její zdraví zodpovídají sestry, což stojí v rozporu s kontrolním obdobím, kdy udávala, že je za své zdraví zodpovědná sama. Klientka vypovídá po aplikaci výzkumu: „*Moje sestry jsou nejlepší a za mé zdraví zodpovídají právě ony.*“

V suboblasti *učení a pochopení nového ze strany klientů* můžeme u klientů ve výsledcích pozorovat menší změny názoru, konkrétně u klientek 2 a 4, kde došlo k pozitivnímu hodnocení v tom smyslu, že klientky chápou, co je sestry učí. Oproti kontrolnímu období nejsou patrné žádné další změny.

Jak udává Watson (52), tento faktor je zaměřený na učení jak sebe sama, tak druhých. Porozumění druhé osobě pomáhá sestře vytvářet procesní plánování, napomáhá uvědomit si své zdraví.

Faktor 8 Zabezpečení ochranného duševního, fyzického prostředí

V suboblasti *poskytování psychické a emocionální pohody* můžeme ve výsledcích z rozhovorů sledovat změny názoru sester. Většina dotázaných poskytuje psychickou a emocionální pohodu, a je spokojená, když se jim to daří. V kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo ke změnám.

Na základě výsledků sekundárního třídění deníku sestry, dle oblasti M. J. Watson zde diskutované, je patrné, že si sestry stanovovaly v této oblasti velmi rozmanité cíle, společným tématem však bylo nastavování bezpečného prostředí pro klienty. Za zmínku

stojí kategorizované cíle sestry 6: *Klientka bude mít dostatek soukromí (na dvoulůžkovém pokoji). Klientka se cítí jako doma. Klientka má u sebe fotografie své rodiny.* Sestra 8 tuto oblast v deníku sestry konkrétně neuvedla, proto zde není uvedena, a to ani v oblasti své úspěšnosti.

Svou úspěšnost v naplnění této oblasti hodnotí výše uvedené sestry naší studie jako vysokou.

V suboblasti *ošetřující personál a jeho vliv na prostředí, ve kterém se dokáže klient léčit* můžeme výsledcích klientů pozorovat výrazné změny názoru. Klienti 1, 2, 3, 4 a 8 uvádějí, že sestry pečují o jejich okolí, případně, že se stav v tomto směru zlepšil. Oproti tomu u klientky 7 v kontrolním období došlo ke změně: „*Sestra, ta tedy rozhodně nevytváří prostředí, kde se můžu léčit, spousta je toho tady špatně.*“ Pro vysvětlení situace, po analýze výsledků z primární analýzy dat z deníku sestry (příloha č. 7) toto vyhodnocení pravděpodobně souvisí s nesouhlasem klientky s postupem jejího ošetřujícího lékaře.

Tento faktor dle Watson (29) a Parker (14) zahrnuje činnosti, které sestra využívá na podporu, obnovu a udržování zdraví. Tento faktor zdůrazňuje zajištění podpurného, ochranného, nápravného, duševního, fyzického, sociokulturního a duchovního prostředí. Sestra musí v rámci tohoto faktoru zajistit pohodlí, čistotu, soukromí a bezpečnost.

Faktor 9 Napomáhání uspokojení lidských potřeb

V suboblasti *schopnost poznat potřeby klienta* můžeme ve výsledcích zpracovaných z rozhovorů sledovat menší změny názoru sester. Většina sester umí poznat potřeby klienta. Tento výsledek jsme předpokládali, jelikož jak uvádí Trachtová (62), sestra má být schopna potřeby klientů rozpoznat a včas na ně reagovat. Jako pozitivní příklad ve zhodnocení sestry uvádíme vyjádření: „*Ano, umím poznat potřeby klienta, popravdě doufám, že teď (Myslíte po aplikaci modelu?) umím lépe rozpoznat potřeby. (Jaké konkrétně?) podle Watsonové vyšší.*“ V kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo příliš ke změnám.

V suboblasti *podpora klienta* můžeme ve výsledcích zpracovaných z rozhovorů sledovat výrazné změny názoru sester. Sestry podporují klienty ve vyjádření jejich pocitů

i potřeb. Tyto výsledky souvisí s diskusí o suboblasti *podpora přijetí pozitivních a negativních pocitů*. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z respondentek: „*Podporuji klientku, v poslední době hlavně ve vyjádření potřeb. (A co v oblasti pocitů?) V oblasti vyjádření pocitů klientku podporuji, je těžké pracovat s negativními sděleními, hodně klientku podporuji v oblasti nastavení příjemného prostředí a v učení.*“ V kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo ke změnám.

V suboblasti *včasnost a ochota reagovat na potřeby klienta* můžeme ve výsledcích zpracovaných z rozhovorů sledovat pozitivní hodnocení sester, a to i v kontrolním období. Sestry se domnívají, že reagují na potřeby klienta včas. Zajímavá je konfrontace s výpověďmi klientů těchto sester.

V suboblasti *zmírňování bolesti klienta* nejsou patrné výraznější změny. Sestry většinou udávají, že zmírňují bolest a utrpení klientů. Výsledky jsou u sester ve shodě s kontrolním obdobím.

V suboblasti *posilování rozvoje klienta* nejsou patrné výraznější změny. Sestry většinou udávají, že posilují rozvoj klientů. Výsledky jsou u sester ve shodě s kontrolním obdobím.

Na základě výsledků sekundárního třídění deníku sestry, dle oblasti M. J. Watson zde diskutované, je patrné, že sestry se zaměřily především na zjišťování aktuálních potřeb klientů a míru jejich naplnění.

Svou úspěšnost v naplnění této oblasti hodnotí výše uvedené sestry naší studie pozitivně.

V suboblasti *řešení nečekaných problémů rychle* můžeme u klientů ve výsledcích pozorovat menší změny názoru. Většina klientů uvádí, že sestry jsou schopné řešit nečekané problémy rychle, nicméně klienti 6 a 8 uvádějí, že jejich nečekané problémy sestry nejsou schopny řešit rychle. Jedna z respondentek uvedla: „*Sestry neřeší vždy mé problémy včas, třeba když jsem potřebovala na WC, čekala jsem přes 10 minut.*“ V kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo ani u sester, ani u klientů ke změnám.

V suboblasti *ohleduplnost sester k duchovním potřebám klientů* můžeme u klientů ve výsledcích pozorovat výrazné změny názoru. Klienti 1, 4, 6 a 8 uvádějí, že sestry jsou

ohleduplné k jejich spiritualitě. Výsledky jsou zajímavé tím, že v kontrolní skupině titíž klienti uváděli, že sestry nejsou ohleduplné k jejich duchovním potřebám.

M. J. Watson vytvořila hierarchii potřeb pro sestry a ošetřování (jak znázorňujeme ve schématu v podkapitole *Abraham H. Maslow a jeho pojetí M. J. Watson*. Každá potřeba je stejně důležitá vzhledem ke kvalitní, komplexní ošetřovatelské péči a pro podporu optimálního zdraví jedince (31).

Faktor 10 Citlivost k existenčně-fenomenologicko-spirituálním silám

V suboblasti *podpora klienta jako lidské bytosti* je zajímavé, že ve výsledcích zpracovaných z rozhovorů udávají všechny sestry, že se snaží podporovat klienta jako lidskou bytost. Jako doklad citujeme vyjádření jedné z respondentek: „*Podporuji klienta jako lidskou bytost, aplikace modelu mně otevřela oči. (Jak to myslíte?) Chápu nyní klienta jinak, klienta je třeba podporovat ve více oblastech.*“ V kontrolním období (bez aplikace modelu) nedocházelo ke změnám. Při srovnání s kontrolním obdobím jsou viditelné změny v konkretizaci podpory klientů.

V suboblasti *zájem o klienta* je pozitivním zjištěním, že ve výsledcích zpracovaných z rozhovorů většina sester po aplikaci modelu hovoří o tom, že projevuje zájem o klienta. V kontrolním období většinou sváděly nedostatky ve svých projevech zájmu o klienta na časové problémy. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné z respondentek, která uvedla v kontrolním období: „*Není vždycky čas projevovat zájem o klienta, jaký bych chtěla, je dost administrativních činností, zapisování a tak.*“

V suboblasti *subjektivní názor na úroveň vlastní poskytované péče sestry* udávají, že klientům poskytují výbornou péči, výsledek je ve shodě s kontrolním obdobím.

V suboblasti *klient na 1. místě sestry* udávají, že pro ně je klient na 1. místě, výsledek je ve shodě s kontrolním obdobím.

Na základě výsledků sekundárního třídění deníku sestry, dle oblasti M. J. Watson zde diskutované, je patrné, že sestry s fenomenologickým polem pracovaly, využívaly informací o své minulosti a současnosti, využívaly informací o minulosti a současnosti

svých klientů, zjišťovaly bližší informace o klientech. Svou úspěšnost v naplnění této oblasti hodnotí výše uvedené sestry naší studie jako velmi vysokou.

V suboblasti *přístup sester ke klientovi jako k opravdovému člověku* vidíme ve výsledcích změny názoru u klientů 1, 2, 3 a 8, kdy je patrná pozitivní změna, klienti udávají, že je k nim přistupováno jako k opravdovému člověku. Je to opravdu pokrok oproti kontrolnímu období, kdy hovoří například takto: „*Já si někdy myslím, že jsem pro sestry jen kus práce, prostě mně tam chybí to přesvědčení.*“ U klientky 7 došlo k negativnímu hodnocení této oblasti i po aplikaci výzkumu.

V suboblasti *názorů klientů na oblast komplexní péče v biologické, psychologické a sociální oblasti ze strany sester*, jsou ve výsledcích patrné rozsáhlejší pozitivní odpovědi klientů. Klienti 1, 2, 4, 6 a 8 udávají, že sestry jim poskytují péči ve všech těchto oblastech a že péče je komplexní. Jako příklad uvedeme vyjádření jedné klientky: „*Sestry mně poskytují komplexní péči v oblastech, na které jste se ptal, sestra se mnou hodně mluvila o mém životě, co mám a co nemám ráda.*“

Jak udává Watson (31), sestra i klient mají tedy svou příčinnou minulost, například důvod výběru svého povolání. Hodnoty a potřeby, které jsou u sestry či u pacienta vytvořeny v minulosti, vstupují do přítomnosti. V přítomnosti vstupují všechny minulé a přítomné hodnoty a potřeby do fenomenologického pole, ve kterém dochází k sebepoznání, případně potlačování některých hodnot a potřeb, jež sestra má. Fenomenologické pole představuje rámec informací individua, které je známo pouze této osobě, tedy sestře. Následně se promítá fenomenologické pole (a vše, co představuje) do budoucnosti. Sestra může skrze své uvědomění si vlastní osobnosti, hodnot, potřeb, schopností a dalších vlastností poznat minulost pacienta. Rovněž může prostřednictvím poznání svého fenomenologického pole, prostřednictvím ošetrovatelské péče a komunikace vstoupit do fenomenologického pole pacienta. Sestra plánuje společně s pacientem jeho péči za přímého uvědomění si pacientovy minulosti, přítomnosti a možné budoucnosti. Touto částí diskuse zodpovídáme výzkumné otázky: Jak ovlivňuje klienty poskytovaná ošetrovatelská péče dle M. J. Watson? A dále zodpovídáme výzkumnou otázku: Jak budou sestry hodnotit úspěšnost aplikace deseti faktorů humanistické péče dle M. J. Watson?

Zhodnocení pochopení modelu M. J. Watson sestrami

Zajímalo nás, zda, jakým způsobem a v jaké míře budou sestry schopny pochopit model M. J. Watson a dále podle něho pracovat. Na základě analýzy výsledků je zjevné, že sestry udávají pochopení modelu, přičemž sestry 3 a 6 udávají střední míru pochopení modelu (obě mají středoškolské vzdělání). Pro pochopení modelu uvádějí sestry: přínos deníku sestry, úvodního setkání a diskuse nad koncepčním modelem, diskuse nad kazuistikou dle M. J. Watson.

Po pečlivé analýze výsledků se domníváme, že sestry zvládly aplikaci koncepčního modelu dle M. J. Watson ve všech oblastech.

Náročnost práce s koncepčním modelem

Analýza výsledků (Graf 34) ve stupni náročnosti práce sester dle M. J. Watson ukazuje, že pro žádnou ze sester nebyl model málo obtížný, naopak se ukazuje, že pro sestry 8, 6 a 2 byl model výrazně obtížný. Výsledek není překvapivý, jednalo se o první aplikaci koncepčního modelu M. J. Watson v ČR. Údaj o obtížnosti zavádění modelu uvádí i Smith (54), který po aplikaci modelu u klientů s HIV uváděl, že model bylo obtížné aplikovat především z důvodu obtížného vcítění se do klientů, kteří umírají. Analýza výsledků (Graf 35) stupně náročnosti práce sester dle M. Gordon ukazuje, že pro sestry je model méně obtížný nežli model M. J. Watson, nicméně i tak zde jedna ze sester uvedla stupeň střední obtížnosti. Pro srovnání, ve studii Staskové (88) a její první komplexní aplikace koncepčního modelu dle C. Royové se ukazovalo, že míra obtížnosti práce byla rovněž vyšší.

Watson udává (29), že její koncepční model směřuje k naplňování vyšších potřeb, stejně jako potřeb nižších. Oproti Trachtové (62) se domníváme, že je potřeba naplňovat všechny potřeby stejně a není třeba začínat vždy u potřeb základních. Pro opravdu holistickou péči je třeba počítat s individuální variabilitou klientů, a to i v oblasti potřeb. Náš názor zdůrazňuje vyjádření Watson (52), která udává, že každá potřeba je stejně důležitá pro kvalitu ošetrovatelské péče a podporu optimálního zdraví člověka. Všechny potřeby člověka si zaslouží pozornost, pomoc při naplňování a ocenění při jejich dosažení.

Zajímavé výsledky nalezneme rovněž v oblasti pozitiv a negativ způsobu poskytování ošetrovatelské péče dle koncepčního modelu M. J. Watson, a to oproti předchozímu způsobu poskytování ošetrovatelské péče z pohledu sester účastnicích se studie. Z pozitiv bylo nejčastěji uváděno: práce srdcem, práce podle nového modelu, zlepšení vcítění se do klienta, zvýšení komunikace s klientem, stav harmonie péče o klienta v bio-psycho-sociálním spirituálnu klientů, změna pohledu na klienta, zlepšení vztahu ke klientům, více informací o klientovi, fenomenologické pole vede k lepšímu pochopení sebe i klientů. Jako příklad uvádíme vyjádření jedné ze sester: *„Kolikrát jsme jak roboti, tohle vede, jak pracovat jinak, změní to váš pohled na klienta, pomáhá tomu rozdělení na 10. faktorů péče, dají se podle toho nastavit cíle.“*

Je třeba také vzít v úvahu rostoucí počet přístrojů a standardizací ošetrovatelských činností, kdy se mnohdy ona lidskost a láskyplná péče přehlíží. Do formulářů ošetrovatelských činností se jakoby náhodou nevešlo slovo láskyplná péče a ohleduplný přístup, důvěra, profesionalita. Jak udává Watson (1), humanistická péče je lékem, který může zajistit, že naše péče nebude poskytována mechanicky, „strojově“, nýbrž jako profesionálem, který umí pracovat s láskyplností a pochopením pro druhé.

Z negativ bylo nejčastěji uváděno: je to časově náročné, dále pak, že je obtížné pochopení všech složek modelu, problémy s motivací sebe sama k práci podle modelu a že model není jednoduchý na pochopení. Jedna ze sester se k tomu vyjádřila: *„Víte, je to obtížné na pochopení všech složek modelu Watson, pro mě je těžké se vcítit do klienta a je to více časově náročné než běžná péče. V jiných zařízeních si to moc neumím představit, tady máme více času na klienty.“*

Podle Watson (30) za ošetrovatelskou péči zodpovídá sestra. Parker (14) uvádí, že lidská schopnost sebereflexe je předpokladem odpovědnosti. Jedna ze sester v době aplikace modelu M. J. Watson řekla: *„Zamyslet se nad sebou bylo ve výsledku těžší nežli se zamyslet nad klientem, to dělám přece obvykle.“* Na základě těchto výsledků a studia literatury se domníváme, že je péče o klienty při začátku využívání koncepčního modelu M. J. Watson obtížnější, protože mění ustálené pracovní návyky a přemýšlení sester. Nicméně s pochopením modelu klesá i míra obtížnosti, jak tvrdí Barnum (25).

Nicméně ještě před uzavřením této části diskuse chceme zdůraznit rizika aplikace tohoto modelu. Jedná se o syndrom vyhoření. Protože vcítění se do klientů může vést k rychlejšímu nástupu syndromu vyhoření, jak varuje Křivohlavý, je třeba dbát na duševní hygienu sester. Pro ozřejmění se patří uvést, že sestry z naší studie mají pravidelná skupinová setkání, kdy analyzují svůj pracovní týden, pocity a názory. Pro prevenci syndromu vyhoření je potřeba speciální péče o zaměstnance. Podle Watson (29) může napomoci předcházet syndromu vyhoření skutečná aplikace modelu v sestřině smýšlení o ošetrovatelské péči, nicméně takového stupně pochopení je možné dosáhnout jen po několika měsících intenzivní aplikace modelu v praxi. Tímto zodpovídáme výzkumnou otázku: Budou sestry spatřovat větší přínos ve způsobu poskytování ošetrovatelské péče dle M. J. Watson oproti své běžné praxi? A dále zodpovídáme výzkumnou otázku: Jaká negativa vnímají sestry při aplikaci modelu M. J. Watson v praxi?

Spokojenost sester se svojí prací, spokojenost klientů s ošetrovatelskou péčí

Pro zhodnocení úspěšnosti modelu nás zajímala spokojenost sester se svou prací. Z výsledků (Graf 33) je patrné, že u většiny sester došlo ke zvýšení spokojenosti z práce oproti kontrolnímu období. Tento výsledek je ve shodě s Watson (31), která tvrdí, že používání jejího koncepčního modelu mnohdy vede ke zvýšení spokojenosti sester z vlastní práce. Neméně důležitá je spokojenost klientů s ošetrovatelskou péčí. Z výsledků je patrný pozitivní výsledek, že klienti udávají většinou zvýšení spokojenosti, a to oproti kontrolnímu období. Tímto zodpovídáme výzkumnou otázku: Budou sestry při realizaci ošetrovatelské péče dle M. J. Watson udávat větší spokojenost se svojí prací než dříve?

Otázkou je vhodnost současného zdravotního systému v ČR pro zavádění koncepčního modelu M.J. Watson do praxe, nicméně po vcelku pozitivních výsledcích z Domova Sue Ryder se domnívám, že model je možno aplikovat v ČR. Nicméně se domníváme, že vhodnější pro aplikaci modelu jsou pracoviště poskytující zdravotní služby dlouhodobě.

Závěrem diskuse chceme zdůraznit výsledek, ve kterém šest sester z osmi udává, že mají zájem koncepční model dále využívat. Jedna z klientek konkrétně uvedla: *„Myšlenky a nápady, co jsou v modelu paní Watsonové uvedené, mně otevřely oči, proto budu model využívat dále.“*

6. Závěr

V této disertační práci jsme se zabývali problematikou koncepčního modelu dle M. J. Watson. Teoretická část práce poskytuje v ucelené podobě první český komplexní materiál o koncepčním modelu významné zahraniční profesorky ošetrovatelství, paní M. J. Watson. V oblasti výzkumné části bylo provedeno jednak dotazníkové šetření zaměřené na informovanost o vybraných koncepčních modelech a zájem o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů. Dále byla provedena aplikace koncepčního modelu M. J. Watson v praxi.

Stanovili jsme si 2 cíle práce.

K dosažení cíle zjistit *informovanost sester o koncepčním modelu M. J. Watson* bylo stanoveno 6 hypotéz. Dále uvádíme konkrétní hypotézy včetně jejich potvrzení či nepotvrzení.

Hypotéza č. 1: *Sestry nejsou informované o koncepčním modelu M. J. Watson*. Tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 2: *Sestry nevyužívají koncepční model M. J. Watson při ošetrování svých klientů*. Tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 3: *Sestry uznávají empatii jako důležitou vlastnost sestry*. Tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 4: *Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle délky praxe*. Tato hypotéza byla potvrzena.

Hypotéza č. 5: *Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle věku*. Tato hypotéza nebyla potvrzena.

Hypotéza č. 6: *Zájem sester o vzdělávací kurzy v oblasti koncepčních modelů se liší podle vzdělání*. Tato hypotéza nebyla potvrzena.

K dosažení cíle zjistit, *jaké změny vyvolává poskytování ošetrovatelské péče na základě koncepčního modelu M. J. Watson u vybraných sester a klientů* jsme realizovali praktickou aplikaci modelu. V průběhu našeho výzkumu jsme pro dosažení cíle stanovili šest výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č. 1: *Budou sestry při realizaci ošetrovatelské péče dle M. J. Watson udávat větší spokojenost se svojí prací než dříve?*

Výzkumná otázka č. 2: *Budou sestry spatřovat větší přínos ve způsobu poskytování ošetrovatelské péče dle M. J. Watson oproti své běžné praxi?*

Výzkumná otázka č. 3: *Jak ovlivňuje klienty poskytovaná ošetrovatelská péče dle M. J. Watson?*

Výzkumná otázka č. 4: *Jak budou sestry hodnotit úspěšnost aplikace deseti faktorů humanistické péče dle M. J. Watson?*

Výzkumná otázka č. 5: *Jaká negativa vnímají sestry při aplikaci modelu M. J. Watson v praxi?*

Všechny naše výzkumné otázky jsou zodpovězeny. Cíle práce jsou splněny.

Domníváme se, že se nám podařilo touto prací částečně prolomit bariéru v nedostatku informací o koncepčním modelu M. J. Watson, a zároveň je zde popsán postup, jak se vrátit k láskyplné péči. Tento model vede k tomu, aby sestra přemýšlela sama nad sebou, prováděla činnosti u klienta s respektem, budovala vzájemnou důvěru. Prostřednictvím deseti humanistických faktorů vede tento model sestru k láskyplnosti v ošetrovatelské péči.

Dle našeho názoru může koncepční model M. J. Watson sloužit pro zlepšování láskyplné péče i při současné aplikaci jiného koncepčního modelu. Pro tento účel je určena příloha práce č. 8, kde jsou uvedeny materiály použité pro edukaci sester našeho výzkumu, včetně deníku sestry umístěného v příloze č. 6.

Výsledky naší práce průběžně publikujeme, a chceme je představit na mezinárodní ošetrovatelské konferenci. Informaci o formě aplikace modelu dle M. J. Watson budeme zasílat autorce modelu.

Volnou přílohou této práce je podklad pro celoživotní kurz vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky s názvem *Koncepční model M. J. Watson jako návrat k ošetrovatelským kořenům*.

Samozřejmě nemůžeme v závěru zapomenout na sestry a klienty Domova Sue Ryder, protože bez nich by tato práce nemohla vzniknout. Na základě získaných pozitivních výsledků budeme pořádat seminář s názvem *Cesta k jádru ošetrovatelství*.

Watson uvádí, že na lidskou péči na individuální úrovni je v systému poskytování péče kladen stále menší důraz. Právě proto je otevření tohoto tématu pro odbornou veřejnost výzvou k diskusi, zda chceme poskytovat péči láskyplně, či nikoli.

I dnes vidím v koncepčním modelu M. J. Watson mnoho osobních příležitostí k sebereflexi.

Tento koncepční model jsem analyzoval téměř tři roky, než jsem přistoupil k detailnímu zpracování teoretické a výzkumné části. Pokud aplikace tohoto koncepčního modelu vedla, byť jen u jediného klienta či sestry, ke zlepšení jejich harmonie, splnila tato práce svůj účel. Pokud aplikace tohoto modelu povede ke zlepšení harmonie sester či klientů, nebude to již účel, nýbrž poslání. Poslání a vize M. J. Watson v tom, že naši ošetrovatelskou péči můžeme vykonávat i jinak, srdcem, a s láskou k druhým. Bude to poslání s cílem navrátit se ke kořenům naší důležité praktické a vědecké profese ošetrovatelství.

Pavel Scholz

7. Seznam použitých zdrojů

1. WATSON, J. Nursing: Seeking its Source and Survival, *ICUS and Nursing Web Journal*. 2002, vol. 1, num. 9, pp. 1-7. ISSN 1108-7366
2. FAJKUS, B. *Filosofie a metodologie vědy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1304-0
3. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd.. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8
4. KOZIEROVÁ B. a kol. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax 1. díl*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
5. STAŇKOVÁ, M. Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče. *Sestra*. 2003, roč. 13., č. 6, s. 18. ISSN 1210-0404
6. TOMEY A. M, ALLIGOOD M. R. *Nursing theorists and their work*. 5. ed. Philadelphia, Mosby, 2002. ISBN 032-3011-934
7. KAFKOVÁ, V. *Z historie českého ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 1991, ISBN 80-7013-123-3
8. WATSON, J. *Postmodern nursing and beyond*. 1.ed. New York: Churchill Livingstone. 1999. ISBN 044-3057-443
9. PORTER, R. *Největší dobrodiní lidstva. Historie medicíny od starověku po současnost*. 2.vyd. Praha: Prostor, 2003. ISBN 80-7260-052-4
10. SEAWARD, B. L. Reflections on human spirituality for the worksite. *American Journal of Health Promotion*. 1995, vol. 9, num.3, pp. 165–168. ISSN 0890-1171
11. WATSON, J. United States of America: can nursing theory and practice survive? *International Journal of Nursing Practice*. 1996, vol. 2, num. 4, pp. 241-243. ISSN 1322-7114
12. FAWCETT, J. *The relationship of theory and research*. 2. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1999. ISBN 080-3604-068
13. MELEIS, A. Directions for nursing theory development in the 21st century. *Nursing Science Quarterly*. 1992, vol.8, num. 5, pp.112–117. ISSN 1552-7409

14. PARKER M. E. *Nursing Theories and Nursing Practice*. 1.ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2001. ISBN 080-3606-044
15. MELEIS, A. *Theoretical nursing: Development and progress*. 5.ed. Philadelphia: Lippin-cott, 2011. ISBN 160-5472-115
16. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus, 2003. ISBN 80-86225-33-X
17. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1211-3.
18. RIEHL-SISCA, J., ROY, C. *Conceptual models for nursing practice*. 3.ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange. 2008, ISBN 083-8512-011
19. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus, 2007. ISBN 80-86225-63-1
20. IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN- 80-247-1212-1
21. MCKAY, R.. Theories, models and systems for nursing. *Nursing Research*. 1969, num.5, vol.18, pp.393–399. ISSN 1538-9847
22. LEININGER, M. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices*. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1995. ISBN 007-037660-3
23. JOHNS, CH., FRESHWATER, D. *Transforming Nursing Through Reflective Practice*. 2.ed. Carlton: Wiley-Blackwell, 1998. ISBN 063-2047-844
24. FAWCETT, J. The nurse theorists: 21st century-updates- Jean Watson. *Nursing Science Quarterly*. 2002, vol. 15, no. 3, pp. 214 – 219. ISSN 1552-7409
25. BARNUM, B. S. *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. 5. ed. Philadelphia: Lippin-cott, 1998. ISBN 078-1711-045
26. WALSH, M. *Models and critical pathways in clinical nursing*, 2. ed., Bailliere Tindall, 2007. ISBN 0-7020-2188-1
27. CASTLEDINE, G. Creative nursing: Art or science? *British Journal of Nursing*. 2010, vol. 19, num. nevedeno, pp. 937–938. ISSN 0966-0461

28. WATSON, J. *Can nursing theory and practice survive? International Journal of Nursing Practice*. 1996, vol. 2, num. 4. ISSN 1322-7114
29. WATSON, J. *Applying the art and science of human caring*. 1. ed. New York: National League for Nursing, 1994. ISBN 088-7376-347
30. WATSON, J. New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly*. 1988, vol. 1, num. 4, pp. 175–181. ISSN 1552-7409
31. WATSON, J. *Nursing: Human science and human care*. 2.ed New York: CT: Appleton-Century-Crofts. 1999. ISBN-10: 08-8737-4174
32. HILLS, M., WATSON, J *Creating a Caring Science Curriculum.. Emancipatory Pedagogies for Nursing education..* NY: Springer. 2011. ISBN 978-0-8261-0590-5
33. PALEY, J. Husserl, phenomenology and nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, num. 26, pp.187-193 ., ISSN 0309-2402
34. WATSON, J. Dr. Jean Watson's *Theory of Human Caring* [on-line], 2008 [citováno 2008-30-08]. Dostupné z : <http://hshealth.uchsc.edu/son/faculty/caring.htm>
35. FAWCETT, J. *Analysis and evaluation of nursing theory*. 1.ed. Philadelphia: F. A. Davis Company. ISBN 080-3634-137
36. ESCHITI, V. *Caring Science and the Caritas Field: Lighting Our Path* [on-line], 2008 [citováno 2008-17-07]. Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/513614>
37. CHANTAL, C.: A Pragmatic View of Jean Watson's, *The International journal for human Dariny*. 2003, vol. 7, no. 3, pp. 51-56. ISSN 1091-5710.
38. WATSON, J. The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*. 1997, vol. 10, num.1, pp. 49–52. ISSN 1552-7409
39. ZRAIGAT, H.: *Applying watson theory into Nursing practice* [on-line], 2008 [citováno 2008-17-07]. Dostupné z: <http://www.scribd.com/doc/2060405/applying-watson-theory-into-Nursing-practice>.

40. LENNERTS, M. H., KOEHLER, J. A., & NEIL, R. M. Nursing care models increase care quality while reducing costs. *Journal of the Association of Nursing in AIDS Care*. 1996, num.4., vol. 7, pp.37–46. ISSN 1055-3290
41. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2
42. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-277-9
43. WATSON, J. Can an ethic of caring be maintained? *Journal of Advanced Nursing*. 2006, vol. 54, num.3, pp. 257-259. ISSN 1365-2648
44. FOSTER, R. A. Perspective on Watson's Theory of Human Caring. *Nursing Science Quarterly*. 2006, vol. 19, no. 4, pp. 332-333. ISSN 1552-7409
45. MACDONALD, M.T. Nurse-Patient encounters: constructing harmony and difficulty. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2007, vol. 1 num. 29, pp. 73-81. ISSN 1931-4485
46. GAUT, D. *The presence of caring in Nursing* 1.ed. New York: National League for Nursing, 1993. ISBN 088-7375-472
47. RYAN L., The Journey to Integrate Watson's Caring Theory with Clinical Practice. *International Journal for Human Caring*. 2005, vol. 9, num.3, pp. 26-30. ISSN 1091-5710
48. WATSON, J., SMITH, M. C. Caring science and the science of unitary human beings: A transtheoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*. 2002, vol. 37, num. 5, pp. 452-461. ISSN 1365-2648
49. ADELAINÉ, F. Watson's Philosophy, Science, and Theory of Human Caring. *Advances in Nursing Science*, 2000, vol. 2, num. 23, pp. 34-49. ISSN 0161-9268
50. FAY, B. *Contemporary Philosophy of Social Science*. 1.ed. New York: Blackwell, 1999. ISBN 1-55786-538-8
51. LEININGER, M. *Caring: An essential human need*. 2.ed., WY: Wayne State Uni. 1981. ISBN 081-4319-939

52. WATSON, J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. 2.ed. Boulder: Uni CO, 2008. ISBN 087-0818-988
53. SEAWARD, B. L. *Stand like a mountain, flow like water: Reflections on stress and human spirituality*. 1.ed. Deerfield Beach, Health Communications, 1997. ISBN 155-8744-622
54. SMITH, M. *Review of Research Related to Watson's Theory of Caring*. *Nursing Science Quarterly*. 2004, vol. 17, num. 1, pp.13-25. ISSN 1552-7409
55. FITZPATRICK J.J., WHALL, A.L. *Conceptual models of nursing: Analysis and application*. 3.ed. Stamford: Appleton & Lange, 1996. ISBN 083-8510-647
56. TOMEY A.M, ALLIGOOD M.R. *Nursing theorists and their work*. 5. ed. Philadelphia, Mosby, 2002. ISBN 032-3011-934
57. WATSON J. *Nursing: Human science and human care*. 1.ed. Norwalk, CT: Appleton-Century Crofts. 1988. ISBN 088-7374-174
58. BOYD, M. *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. 4.ed. New York: Philadelphia: Lippin-cott, 2007. ISBN 078-1791-693
59. HUSSERL, E. *Phenomeology and the crisis of psychology*. 1.ed. New York: NUP, 1970. ISBN neuvedeno
60. WARD, S. L. *Caring and healing in the 21st century*. *MCN. American Journal of Maternal Child Nursing*. 1998, vol. 23, num.4., pp. 210–215. ISSN 0361-929X
61. WATSON, J. *Theory of Caring* [on-line], 2008 [citováno 2008-24-11]. Dostupné z: <http://www.angelfire.com/ns/ninquiry/Watson2.html>
62. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80–7013–324–8
63. SEDLÁKOVÁ, G., KALÁTOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. 1.vyd. Praha:Triton. ISBN 97-8807-3874-124
64. WATSON, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. 1.ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2001. ISBN 044-3057-443

65. WATSON, J. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. 2. ed. NY: Springer, 2008. ISBN 82-6121-969.
66. BÁRTLOVÁ, S. a kol. *Sociologie medicíny a zdravotnictví* 6. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN: 80-247-1197-4
67. COOKE, H. -PHILIP, S.. *Sociology for Nursing and Healthcare*. UK : Churchill Livingstone Elsevier, 2008. ISBN 978-0443-10155-7.
68. TONZAR, D. Intersdisciplinární dialog teologie a ošetrovatelství. *In: Sborník Ošetrovatelství v pohybu*. Příbram: SZŠ a VZŠ, s. 273-278. ISBN 80-239-6690-1
69. TRONTO, J. C. An ethic of care. *Generations, Journal of the American Society on Aging*. 1998, vol. 22, num.3, pp. 15–20. ISSN 0738-7806
70. BE LANGER, T.W. Leadership in a healing environment. *Seminars for Nurse Managers*. 1996, vol. 4, num. 4, , pp. 218–223. ISSN 1066-3851
71. HAGEDORN, M. Caring Practices in the 21st Century: The Emerging Role of Nurse Practitioners. *Advanced Practice Nursing eJournal*. 2004, vol. 4, num.4. strany neuvedeny. ISSN 1940-5626
72. WALKER, P. H., NEUMAN, B. M. *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice, and administration* 1.ed. New York: National League for Nursing. 1996. ISBN 088-7376-568
73. MARTIN, L. S. Using Watson's theory to explore the dimensions of adult polycystic kidney disease. *ANNA Journal*, 1991, num.5, vol. 18, pp. 403-406. ISSN 8750-0779
74. TAYLOR, R., WATSON, J. *They shall not hurt: Human suffering and human caring*. 1.ed. Boulder: Uni CO, 1989. ISBN 087-0812-017.
75. WATSON, J. Social Justice and Human Caring: A Model of Caring Science as a Hopeful Paradigm for Moral Justice for Humanity. *Creative Nursing*. 2008, vol. 14, num. 2, pp. 54 – 61. ISSN 1078-4535
76. CHILDS, A. The complex gastrointestinal patient and Jean Watson's Theory of Caring in nutrition support. *Gastroenterology Nursing*. 2006, num.4, vol. 29, pp. 283 – 288. ISSN 1538-9766

77. NEIL, R. M. Authentic caring: The sensible answer for clients and staff dealing with HIV/AIDS. *Nursing Administration Quarterly*. 1994, vol.18, num.2, pp. 36–40. ISSN 1550-5103
78. KERFOOT, K. Leadership—The courage to care. *Nursing Economics*. 1997, num. 1., vol. 15, s 50–51. ISSN 0746-1739
79. CHESNAY, D. E. *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. 1.ed. London: Jones and Bartlett, 2005. ISBN 076-3747-645
80. BEHICE, E. et. al. The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, vol. 41, num. 2, pp. 130-139. ISSN 1365-2648
81. WATSON, J. Intencionality and caring-healing consciousness: A practice of transpersonal nursing. *Holistic Nursing Practice*. 2002, num. 16, vol. 4, pp. 12-19. ISSN 0887-9311
82. POLIT D. F., HUNGLER B.P. *Nursing Research: Principles and Methods*. 17.ed. Philadelphia: JB Lippin-cott, 2003. ISBN 078-1737-338
83. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
84. WATSON J. Analysis of Conceptual models [on-line], 2008 [citováno 2008-26-11]. Dostupné z: <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/selectedreferences.as>
85. KÁPLOVÁ H. Sestra z filosofického pohledu autorek vybraných ošetrovatelských koncepčních modelů, 2010. Bakalářská práce. ZSF JU v ČB. Vedoucí bakalářské práce Pavel Scholz.
86. WATSON, J., RAY, M. *The ethics of care and the ethics of cure: Synthesis in chronicity*. 1.ed. NY: Natl. league for Nursing, 1989. ISBN 088-7374-182
87. MULLANEY, J. A. B. The lived experience of using Watson's actual caring occasions to treat depressed women . *Journal of Holistic Nursing*. 2000, vol. 18, num 2, pp. 129-142. ISSN 1552-5724

88. STASKOVÁ V. Překážky a možnosti ve využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny, 2009. Rigorózní práce. ZSF JU v ČB.

8. Klíčová slova

Koncepční model, Margaret Jean Watson, aplikace, láskyplnost, humanistické faktory.

9. Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
iv.	intravenózní
Oš.	ošetřovatelství
Obr.	obrázek
Tab.	Tabulka
n. l.	našeho letopočtu
př. n. l.	před naším letopočtem
USA	Spojené státy americké
SZŠ	Střední zdravotnická škola
SZŠ a PSS	Střední zdravotnická škole a současně pomaturitní specializační vzdělání
VŠ	Vysoká škola

10. Přílohy

Příloha č. 1 Fotografie M.J. Watson

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 3 Vzor rozhovoru

Příloha č. 4 Doplnkové otázky rozhovoru na konci aplikace modelu

Další přílohy práce jsou umístěny na CD (zadní strana desek práce)

Příloha č. 5 CD Souhrn lékařských diagnóz u klientů studie

Příloha č. 6 CD Deník sestry

Příloha č. 7 CD Primární analýza dat z deníku sestry

Příloha č. 8 CD Podkladové materiály pro úvodní informace o koncepčním modelu M.J.

Watson včetně kazuistiky

Příloha č. 9 CD Návrh kurzu pro celoživotní vzdělávání

Příloha č. 1 Fotografie M.J. Watson



Zdroj: Wikispace [on-line], 2011, [2011-10-09]. Dostupné z:
<http://nursing101.wikispaces.com/file/view/watson.jpg/106750219/watson.jpg>

Příloha č.2 Dotazník

Šedě jsou označeny otázky týkající se oblasti koncepčních modelů

**Grant GAJU JU 079/2010/S
Použití koncepčního modelu a klasifikačních systémů v ošetrovatelské
dokumentaci**

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**



Vážená kolegyně, vážený kolego,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je na Katedře ošetrovatelství Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je zmapovat názory sester na současnou ošetrovatelskou dokumentaci v nemocnicích Jihočeského kraje.

Dovolujeme si Vás proto požádat o účast ve výzkumu a o odpovědi na otázky v tomto dotazníku.

Výzkum je anonymní, nikde neuvádějte své jméno!

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a budete o nich informováni prostřednictvím tisku.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé výzkumného úkolu

1. Zdravotnické zařízení

- Nemocnice České Budějovice, a.s.
- Nemocnice Písek, a.s.
- Nemocnice Tábor, a.s.
- Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
- Nemocnice Český Krumlov, a.s.
- Nemocnice Strakonice, a.s.
- Nemocnice Prachatice, a.s.

2. Oddělení:

- standardní
- intenzivní péče

3. Délka praxe

- do 5 let
- 6 – 10
- 11 – 15
- 16 a více,

4. Vzdělání

- SZŠ (Úplné středoškolské odborné vzdělání)
- VOŠ (Vyšší odborné vzdělání)
- VŠ (Vysokoškolské vzdělání)
- SZŠ a PSS (Úplné středoškolské odborné vzdělání a pomaturitní specializační studium)
-

5. Věk

- do 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let

- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 a více

6. Pracovní zařazení

- vrchní sestra
- staniční sestra
- sestra u lůžka

7. Jak si na Vašem pracovišti předáváte informace o ošetrovatelské péči

(možnost zvolit více odpovědí)

- a) ústně
- b) písemně – dokumentace
- c) písemně – hlášení sester
- d) jiné:.....

8. Používáte na Vašem oddělení ošetrovatelskou dokumentaci

- ano ne nevím

pokud ne

ošetrovatelskou dokumentaci bychom na svém oddělení uvítali

- zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

pokud ano:

	Zcela souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
Denně pracuji s ošetrovatelskou dokumentací	1	2	3	4	5
Současná ošetrovatelská	1	2	3	4	5

dokumentace mi vyhovuje					
Položky v ošetrovatelské dokumentaci na odd. považují za dostačující	1	2	3	4	5
Ošetrovatelskou dokumentaci na našem oddělení považují za přehlednou	1	2	3	4	5
S obsahem ošetrovatelské dokumentace jsem spokojen(a)	1	2	3	4	5

9. Jakou formu ošetrovatelské dokumentace používáte na Vašem oddělení?

- tištěná forma
- elektronická forma
- kombinovaná forma (tištěná a elektronická)
- jiná

10. Tištěná forma dokumentace mi vyhovuje (i v případě, že oš. dokumentaci nepoužíváte, napište svůj názor)

- zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

11. Elektronická forma dokumentace mi vyhovuje (i v případě, že oš. dokumentaci nepoužíváte, napište svůj názor)

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

12. Lékaři na našem oddělení pracují s ošetrovatelskou dokumentací

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

13. Používáte na Vašem oddělení systém ošetrovatelských diagnóz ?

ano ne nevím

Pokud ano, tak:

Systém ošetrovatelských diagnóz, které používáme na našem oddělení považují za vyhovující

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

Systém ošetrovatelských diagnóz, které používáme na našem oddělení považují za přínosný pro ošetrovatelskou péči

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

14. Používáte na Vašem oddělení jiné ošetrovatelské klasifikační systémy (NIC, NOC)

ano ne nevím

Pokud ano, tak:

S těmito systémy umím pracovat

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

Domnívám se, že mám o této klasifikaci dostatek informací

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

tyto systémy považují za přínosné pro ošetrovatelskou péči

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

15. Co si představíte pod pojmem klasifikace?

- zařazování do předem určených tříd na základě zjištění společné charakteristiky
- systematická činnost zaměřená na řešení společného problému
- porovnání dvou a více společných znaků
- jiné

16. Co podle Vás nepatří mezi ošetrovatelské klasifikační systémy (zvolte pouze jednu odpověď)

- NIC
- NOC
- NANDA
- OMAHA
- WENR

17. Co podle Vás znamená zkratka NIC

- klasifikace ošetrovatelských intervencí
- klasifikace ošetrovatelských cílů
- ošetrovatelství v oblasti intenzivní péče
- nevím, nemám informace o klasifikačních systémech
- jiné.....

18. Co podle Vás znamená zkratka NOC

- klasifikace ošetrovatelských cílů
- klasifikace ošetrovatelských intervencí
- ošetrovatelství o těhotné ženy
- nevím, nemám informace o klasifikačních systémech
- jiné.....

19. Klasifikací ošetrovatelských diagnóz se zabývá organizace?

- NANDA

- ACENDIO
- WHO
- jiná (vypište).....

20. Klasifikační systémy v ošetrovatelství podle Vás slouží jako (uved'te pouze jednu odpověď')

- společný odborný jazyk ošetrovatelské profese
- základní metoda poskytování ošetrovatelské péče
- k řízení managementu kvality ošetrovatelské péče
- nevím, nemám informace o ošetrovatelských klasifikačních systémech
- jiné.....

21. O klasifikačních systémech v ošetrovatelství se v ČR zmiňuje

- Zákon č.96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních
- Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Koncepce českého ošetrovatelství
- nevím, nemám informace o ošetrovatelských klasifikačních systémech
- jiné.....

22. V oblasti komunitní ošetrovatelství je nejvhodnějším klasifikačním systémem

- OMAHA
- NANDA taxonomie
- nevím, nemám informace o ošetrovatelských klasifikačních systémech
- jiné.....

23. Setkali jste se někdy s ošetrovatelským klasifikačním systémem

- ano ne nevím

Pokud ano:

kde, jste se s ním setkali (možno označit více odpovědí)

- v odborné literatuře
- v časopise
- internet
- v zaměstnání
- při studiu
- kurz
- na jiném pracovišti
- jiné

Klasifikační systémy v ošetrovatelství považují za přínosné

- zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

Klasifikační systémy v ošetrovatelství považují za zbytečné

- zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

24. Domnívám se, že oddělení na kterém pracuji je vhodné pro používání ošetrovatelských klasifikačních systémů

- zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

25. Měl/a jste do své výuky zařazen předmět, v rámci kterého jste se dozvěděl/a o ošetrovatelských klasifikačních systémech?

- ano spíše ano nevím spíše ne ne

26. Měl(a) byste zájem o vzdělávací kurz v oblasti ošetrovatelských klasifikačních systémů?

- ano spíše ano nevím spíše ne ne

27. Považujete současnou nabídku vzdělávacích kurzů v oblasti ošetrovatelských klasifikačních systémů?

- ano spíše ano nevím spíše ne ne

28. Co si představíte pod pojmem multikulturní ošetrovatelství?

(prosím vypište)

.....

29. Ošetrovatelská dokumentace na Vašem oddělení zohledňuje kulturně diferencovanou ošetrovatelskou péči

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

30. Setkali jste se někdy s multikulturním ošetrovatelstvím?

ano ne nevím

Pokud ano:

kde, jste se s ním setkali (možno označit více odpovědí)

- v odborné literatuře
- v časopise
- internet
- v zaměstnání
- při studiu
- kurz
- na jiném pracovišti
- jiné

31. Považuji za důležité mít v ošetrovatelské dokumentaci oblast zabývající se multikulturním ošetrovatelstvím

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

32. Mám zájem o vzdělávací kurz v oblasti multikulturního ošetrovatelství

zcela souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím zcela nesouhlasím

33. Znáte pojem koncepční modely v ošetrovatelství?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

34. Setkal/a jste se s určitým koncepčním modelem v průběhu svého vzdělávání?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

35. Měl/a jste do své výuky zařazen předmět, v rámci kterého jste se dozvěděl/a o koncepčních modelech?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

36. Víte, podle kterého koncepčního modelu/koncepčních modelů je vaše ošetrovatelská dokumentace vytvořená?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

37. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Marjory Gordonové?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE pokračujte na otázku (X)

38. Setkal/a jste se s koncepčním modelem Marjory Gordonové při studiu?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

39. Víte, co je obsahem koncepčního modelu Marjory Gordonové?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

40. Setkal/a jste se s koncepčním modelem M. J. Watsonové?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a NE pokračujte na otázku (43)

41. Setkal/a jste se s koncepčním modelem M. J. Watsonové při studiu?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

42. Víte, co je obsahem koncepčního modelu M. J. Watsonové?

ano, obsah znám dobře ano, obsah znám částečně ne, nevím

43. Využíváte koncepčního modelu Marjory Gordonové ve své praxi?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

44. Využíváte koncepčního modelu Callista Royové ve své praxi?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

45. Využíváte koncepčního modelu M.J. Watsonové ve své praxi?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

46. Využíváte některé postupy z koncepčních modelů ve své praxi?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, SPÍŠE ANO pokračujte na otázku (50)

47. Uvažujete o tom, že byste používal/a koncepční modely ošetřovatelství v rámci ošetřovatelské dokumentace?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

48. Domníváte se, že máte dostatek informací ohledně koncepčních modelů v ošetřovatelství?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

49. Považujete za důležitou schopnost sestry empatii (schopnost vcítit se do pocitů, jednání druhé osoby)?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

50. Máte zájem o vzdělávací kurz v oblasti koncepčních modelů?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

51. Považujete současnou nabídku vzdělávacích kurzů v oblasti koncepčních modelů za dostatečnou?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

52. Souhlasím s využitím jednoho koncepčního modelu v rámci ošetrovatelské dokumentace

ano spíše ano nevím spíše ne ne

53. Souhlasím s využitím většího počtu koncepčních modelů v ošetrovatelství v rámci ošetrovatelské dokumentace

ano spíše ano nevím spíše ne ne

54. Je podle Vás systém péče na vašem pracovišti vhodný pro ošetrovatelskou dokumentaci vypracovanou dle koncepčního modelu?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

Příloha č. 3 Vzor rozhovoru pro sestry a klienty
Rozhovor (modifikace z caring inventory) pro sestry

Sestra :

Délka práce v Domově Sue Ryder:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Jednotlivá tvrzení na která prosím odpovídejte

1. Pozorně klientovi naslouchám
2. Instruuji nebo edukuji klienta
3. Jednám s klientem individuálně
4. Trávím s klientem čas, zapojuji ho kreativně do ošetřovatelské péče o něj
5. Sestavuji s klientem ošetřovatelský plán
6. Dodávám klientům naději
7. Podávám klientovi informace důležité k tomu , aby se mohl zasvěceně rozhodovat
8. Respektuji klienta
9. Podporuji klienta
10. Jsem k klientovi upřímná
11. Důvěřuji klientovi
12. Jsem empatická k klientovi, identifikuji se s ním
13. Pomáhám klientovi v rozvoji
14. Poskytuji klientovi psychickou a emocionální pohodu
15. Jsem vůči klientovi vnímavá
16. Jsem vůči klientovi trpělivá a neúnavná
17. Jsem důvěryhodná
18. Používám slabý, vlídný hlas
19. Znalosti a postupy provádím profesionálně
20. Bdím nad klientem
21. Zacházím s přístroji zručně
22. Jsem usměvavá
23. Dovoluji klientovi vyjádřit veškeré pocity o jeho nemoci, o léčení
24. Zahrnuji klienta do plánování péče o jeho osobu
25. Podávám klientovi informace důvěrně
26. Uklidňuji klienta
27. Starám se o pacienta dobrovolně?

28. Hovořím s klientem
29. Podporuji klienta, aby vyjadřoval své problémy
30. Poznám klientovy potřeby
31. Reaguji rychle na požadavky klienta
32. Podporuji klienta jako lidskou bytost
33. Pomáhám klientovi zmírňovat bolest
34. Dávám najevo zájem o klienta
35. Podávám klientovi léčbu včas
36. Věnuji klientovi zvláštní pozornost, kdykoliv jsem s ním
37. Pomáhám klientovi ulevit při příznacích nemoci
38. Klient je pro mě na prvním místě
39. Poskytuji klientovi tu nejlepší péči
- 40.

Rozhovor (modifikace z caring inventory) pro klienty

Označení klienta

Jak si přejete být osloven/a?

Jednotlivá tvrzení na která prosím odpovídejte

1. Personál v tomto zařízení o mě láskyplně pečuje.
2. Věřím, že celý tým zdravotníků, kteří zde pracují, řeší nečekané problémy opravdu dobře.
3. Každý den co jsem tady, vidím, že péče je poskytována opravdu s láskou.
4. Sestry, které o mě pečují, jsou kreativní a řeší problémy dle mých individuálních potřeb a požadavků.
5. Tyto sestry ctí mou vlastní víru, pomáhají mi upevnit naději a respektují můj stav jako součást péče o mou osobu.
6. Když mě všeobecné sestry učí něco nového, dokážu je pochopit.
7. Po dobu, co jsem v tomto zařízení, mi „sestry“ pomohly upevnit naději a víru díky své péči o mou osobu.
8. Všichni, kdo o mě pečují, jsou zodpovědní za to, jak se učím a kdy jsem připraven učit se něco nového.
9. „Sestry“ jsou velmi ohleduplné k mým individuálním duchovním potřebám.

10. Toto zařízení a jeho personál mi vytváří prostředí, v němž se dokážu fyzicky i duševně léčit.

12. Můj ošetřující tým vytváří vhodné prostředí pro rekonvalescenci, která respektuje souvislost mezi mým tělem, myslí a duchem.

13. „Sestry“ které o mě pečují, dokázaly během mého pobytu vytvořit vztah založený na důvěře a pomoci.

15. Všichni ze zdravotního týmu, který o mě pečuje, si váží vztahů, které pomáhají a jsou založeny na důvěře.

16. „Sestry“ ke mně přistupují jako k opravdovému člověku a pomáhají mi starat se o všechny mé potřeby a zájmy.

17. „Sestry“ které o mě pečují, mě dokážou natolik posílit, že mluvím zcela otevřeně o svých pocitech, bez ohledu na to, jaké moje pocity jsou.

18. Mám pocit, že mohu prohlásit, že sestry které o mě pečují, dokážou zázraky a že by mě v mé víře podpořily.

19. Mám pocit, že mohu mluvit otevřeně a upřímně o tom, co si myslím, protože ti, kteří se o mě starají, dokážou rozeznat mé pocity.

20. „Sestry“ které o mě pečují, přijímají a podporují mé přesvědčení o vyšší moci, která mně a mé rodině umožňuje se léčit.

Jak byste označil/a svou spokojenost s poskytovanou péčí od všeobecných sester tohoto zařízení?

Výborná

Chvalitebná

Dobrá

Dostatečná

Nedostatečná

Podklad pro rozhovor vychází z Watson (65).

Následující přílohy jsou umístěny na CD (na zadní straně desek práce)

Příloha č. 5 CD Souhrn lékařských diagnóz u klientů studie

Příloha č. 6 CD Deník sestry

Příloha č. 7 CD Primární analýza dat z deníku sestry

Příloha č.8 CD Podkladové materiály pro úvodní informace o koncepčním modelu M.J. Watson včetně kazuistiky

Příloha č. 9 CD Návrh kurzu pro celoživotní vzdělávání