



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Zájem sester aplikovat holistický přístup v praxi
s ohledem na současný stav ošetřovatelství**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Aneta Novotná

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Zájem sester aplikovat holistický přístup v praxi s ohledem na současný stav ošetrovatelství*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 12.8. 2019

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za podporu, trpělivost, cenné rady a nesmírnou ochotu při vedení práce. Velké poděkování patří samozřejmě všem ochotným respondentům a nepochybně mým nejbližším, kteří mi byli ohromnou oporou po celou dobu studia.

Zájem sester aplikovat holistický přístup v praxi s ohledem na současný stav ošetrovatelství

Abstrakt

Téma bylo zvoleno na základě vlastních zkušeností, kdy na pracovištích přibývá stále nových léčebných postupů, přístrojů a po sestřích je zároveň požadováno stálé zkvalitňování ošetrovatelské péče. Holistický přístup k pacientovi tvoří filozofický základ ošetrovatelské péče. Aby sestry mohly kvalitně pečovat o bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacienta, je nutné, aby měly znalosti, podmínky a osobní vztah k poskytování holistické péče. Vzhledem k současné situaci nedostatku sester, psychické a fyzické náročnosti této profese je těžké poskytovat stoprocentní holistickou ošetrovatelskou péči, ale i přesto by sestry na toto téma měly mít dostatek informací a snažit se je aplikovat co možná nejlépe v praxi.

Cíl práce a hypotézy:

Předmětem výzkumu je zjistit zájem sester aplikovat holistický přístup v praxi s ohledem na současný stav ošetrovatelství. Na základě předmětu výzkumu byly stanoveny tři cíle. Cíl 1: Zjistit, zda sestry mají zájem poskytovat moderní ošetrovatelskou péči vycházející z potřeb pacientů. Cíl 2: Zjistit osobní názor sester na poskytování holistické péče. Cíl 3: Zjistit míru uspokojení sester z poskytované ošetrovatelské péče s ohledem na současnou situaci v praxi.

Metodika a výzkumný soubor:

V diplomové práci byla využita technika kvantitativního sběru dat. Kvantitativní šetření bylo provedeno pomocí anonymního dotazníku. Tento dotazník byl rozdán sestřím ve vybraných zdravotnických zařízeních (Krajské nemocnice Liberec, a.s.-nemocnice Liberec, nemocnice Turnov a Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.). Velikost výzkumného souboru je 180 respondentů.

Získané poznatky a závěr:

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že více jak polovina sester se již někdy setkala s pojmem holistická ošetrovatelská péče a stejně tak i vědí, jakými potřebami při poskytování holistické ošetrovatelské péče se mají u pacienta/klienta zbývat a následně je uspokojovat. Několikrát k tomu využily pomoci sociální služby nebo psychologa. Nicméně se ukázalo, že o duchovní potřeby se více jak polovina sester nezajímá, ale nepotvrdilo se, že by tento zájem sester poskytovat moderní

ošetřovatelskou péčí vycházející z potřeb pacientů byl závislý na počtu personálu. Dále z výzkumného šetření vyplývá, že jedna třetina sester je přesvědčena o tom, že v nemocnici, kde pracují je holistická péče poskytována. V rozporu s tím je, že na vlastním pracovišti nelze efektivně holistický přístup k pacientovi/klientovi aplikovat z důvodu nedostatku času a s tím spojeného nedostatku personálu a rozsáhlé administrativy. Dle výsledků Hypotézy 2 můžeme potvrdit, že názor sester na realizaci poskytované ošetřovatelské péče je ovlivněn pracovní vyčerpáním sester. Z šetření dále vyplývá, že holistický přístup průměrně ovlivňuje pracovní spokojenost sester. Nicméně více jak polovina sester uvedla, že jsou spokojené s péčí, kterou na vlastních pracovištích poskytují, protože vidí spokojené pacienty/klienty. Hypotéza 3 neprokázala vztah mezi spokojeností sester a současnou situací ve zdravotnictví, kde lze efektivně aplikovat holistický přístup. Výstupem této práce bude seminář pro všeobecné sestry v rámci celoživotního vzdělávání sester se zaměřením na holistickou péči.

Klíčová slova:

Holismus; holistická ošetřovatelská péče; potřeby; komunikace; motivace; sestra; syndrom vyhoření.

The interest of nurses to apply a holistic approach in practice with regard to the current state of nursing

Abstract

The theme was chosen on the basis of their own experience, when new treatments, tools and nurses appear in the workplace, which are also required to constantly improve the quality of nursing care. The state approach to the patient forms the philosophical basis of nursing care. To give nurses of quality pastry about the bio-psycho-social and spiritual needs of the patient, it is necessary to have the knowledge, conditions and personal relationship to provide holistic care. At present, it is not possible that these are health and safety risk factors.

Aims, research questions and hypotheses:

The subject of the research is to find out the interest of nurses to apply a holistic approach in practice considering the current situation in nursing. Three objectives were set based on the subject of the research. Goal 1: Find out, if nurses are interested in providing modern nursing care based on patient needs. Goal 2: Identify nurses' personal views on providing holistic care. Goal 3: Determine the satisfaction level among nurses about the nursing care provided with regard to the current situation in practice.

Methods and research file:

Quantitative data collection method was used for the research. Anonymous questionnaire was distributed to nurses in selected healthcare facilities (Liberec Hospital, Turnov Hospital, Jablonec nad Nisou Hospital). The survey sample size is 180 respondents.

Findings and conclusion:

It follows from the research, that more than half of the respondents have already encountered the concept of holistic nursing care and they also understand what needs should be met by patients/clients and how to satisfy them. Some of them have already used the help of a social service or psychologist. However, it has turned out, that more than half of the responding nurses are not interested in spiritual needs. It has not been confirmed, that nurses' interest in providing this modern nursing care based on patient needs would depend on capacity of staff. The survey also shows, that the holistic care is provided in their hospitals according to one third of responding nurses. Nevertheless,

the respondents think, that a holistic approach cannot be applied in their workplace because of lack of time, lack of staff and time consuming administration. Based on the results of Hypothesis 2, we can confirm, that nurses` opinion on the implementation of nursing care provided is influenced by the workload of nurses. The holistic approach moderately affects the job satisfaction level of nurses according to the survey. However, more than half of the responding nurses are satisfied with care they provide at their workplace, because they can see satisfied patients/clients. Hypothesis 3 has not proved any relationship between the satisfaction level of nurses and current situation in health care, where a holistic approach can be effectively applied. There will be a seminar for general nurses within the lifelong learning of nurses focusing on holistic care as an outcome of this diploma thesis.

Keywords:

Holism; holistic nursing care; needs; communication; motivation; nurse; burnout

OBSAH

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Holismus filozofický směr	11
1.2 Realizace holistického přístupu.....	13
1.3 Holismus v koncepčních modelech.....	18
1.4 Práva pacientů	21
2 KOMUNIKACE ZÁKLAD PRO SATURACI POTŘEB	23
3 VŠEOBECNÁ SESTRA	26
3.1 Role sestry	27
3.2 Kompetence sester	28
3.3 Etický kodex sester	29
4 SYNDROM VYHOŘENÍ	32
4.1 Příznaky syndromu vyhoření	33
4.2 Morální distres	35
5 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	38
5.1 Cíle práce	38
5.2 Hypotézy	38
5.3 Operacionalizace základních pojmů	38
6 METODIKA.....	39
6.1 Metodika práce.....	39
6.2 Charakteristika výzkumných souborů.....	39
6.3 Způsob statistického testování dat	40
7 VÝSLEDKY.....	41

7.1	Kategorizace dat popisné statistiky kvantitativního šetření v grafech a tabulkách	41
7.2	Kategorizace dat podle třídění 2. stupně statistického šetření kvantitativního výzkumu.....	61
8	DISKUZE.....	65
9	ZÁVĚR.....	73
10	LITERATURA	75
11	PŘÍLOHY	85
12	SEZNAM ZKRATEK	95

ÚVOD

Tématem diplomové práce je Zájem sester aplikovat holistický přístup v praxi s ohledem na současný stav ošetrovatelství. Toto téma jsem si zvolila na základě svých dosavadních zkušeností a poznatků z oblasti zdravotnictví. Rozhodnutím pracovat ve zdravotnictví a zaujímat roli sestry jsme na sebe vzali nelehký úkol. Denně se setkáváme s pokroky medicíny (nové medikamenty, přístroje nové chirurgické a terapeutické techniky) a je po nás vyžadováno stálé zkvalitňování ošetrovatelské péče. Ale ví sestry, které denně pečují o mnoho pacientů, učí se s novými přístroji, léčebnými a terapeutickými metodami, v čem spočívá základ kvalitní ošetrovatelské péče? Mají dostatečné znalosti, podmínky a osobní vztah k poskytování holistické péče, která tvoří filozofický základ ošetrovatelské péče? Každý den se setkáváme s lidmi, kteří prožívají pocity radosti, štěstí, naděje, ale také naopak s lidmi, kteří pociťují beznaděj, strach a bolest. Dále mohou mít deficit sebepéče, jsou postaveni do jiné role, nežli v běžném životě a jsou sociálně izolováni. Toto vše se odráží v chování jedince a v jeho hodnotovém žebříčku potřeb. Tímto přichází na řadu poslání sestry, která by měla umět naslouchat, měla by pacienta vést, motivovat a napomáhat mu v uspokojování jeho potřeb a navrácení do běžného života. Měla by jednice vnímat jako celek (holisticky) a na základě toho uspokojovat jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby a tím tak zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči. Předmětem výzkumu bylo vyhodnotit, osobní názor sester na poskytování holistické péče, vyhodnotit míru jejich uspokojení z poskytované péče a zjistit, zda mají zájem poskytovat moderní ošetrovatelskou péči.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 *Holismus filozofický směr*

Holismus (z řeckého slova holos-celek) je filozofický idealistický směr, který v roce 1926 takto nazval ve své knize Holismus a evoluce jihoafrický politik a generál Jan CH. Smuts. Podle Smutse není člověk pouhý souhrn jednotlivých částí, ale nehmotný a nepoznatelný, někdy mystický činitel celistvosti. Veškeré dění chápal jako celek (Smuts, 1926). Mastiliaková (2007) uvádí, že celek jde rozdělit na části, ale tímto celistvost zanikne. Teorie holismu vidí živé organizmy jako jednotné celky, jejichž jednotlivé části jsou ve vzájemné interakci. Jednotlivé části jsou tvořeny složkami: biologickými, psychickými, emocionálními, sociálními, spirituálními. Dojde-li k narušení jedné z těchto částí, dojde tak k narušení celého systému (Plevová a kol., 2011; Mastiliaková, 2007).

Doskočil (2005) uvádí, že holistické pojetí člověka není novodobým filosofickým konceptem, ani konceptem antickým, ale vychází z hebrejské biblické tradice a hebrejského chápání člověka, které nevnímá člověka pouze z tělesné a duševní stránky, ale jako nedělitelný celek. Pomocí křesťanství zakotvila tato biblická tradice v myšlení evropských zemí. Vnímání člověka jako celostního, neoddělitelného celku je tedy především přínosem židovsko-křesťanského myšlení. Židovsko-křesťanské myšlení chápalo člověka jako celek, i přesto, že bylo mnohokrát zastíněno prvky antického dualismu vycházejícího z Platónovy filozofie, která spojuje duši člověka se světem idejí. Platón tvrdil, že tělo je hrobem duše a je potřeba osvobodit duši od zajetí těla. Dualistický koncept vnímání člověka vycházel z myšlenky, že člověk je složen ze dvou jednotek, a to sice z duše a těla, kdy tyto jednotky jsou natolik jiné, že náleží dvěma odlišným principům, kdy princip těla je vnímán jako negativní a princip duše je vnímán jako pozitivní (Doskočil, 2005).

Prvky holistického myšlení také nacházíme i v řecko-římské kultuře u Hippokrata, kdy zdůraznil, že nemoc zahrnuje jak tělo, tak i duši člověka. Uvedl teorii temperamentu, ve které hlásal, že na základě převahy určitého druhu tělesné šťávy lze stanovit citové ladění, emoce, psychickou kondici a náchylnost ke konkrétním tělesným a psychickým nemocem (Honzák, 2015; Mastilíková, 2007). Honzák (2015, s. 18) píše, že Hippokrates dodával: „Často je důležitější vědět, jakou osobnost léčím, než jakou nemoc léčím.“

Hippokratův pokračovatel Galénos nepovažoval tělo a duši za jeden celek, ale i přesto, že tělo a duši vnímal jako dva oddělené celky, nabádal své žáky, aby věnovali stejnou pozornost oběma. Zlom nastal v 17. st. v období renesance, kdy René Descartes vytvořil kartesiánský dualismus, který odmítal věřit v to, že tělo a duše je jeden systém. A naopak začal člověka vnímat způsobem, že tělo a duše jsou dva zcela oddělené celky. V tomto modelu se prioritou medicíny stalo tělo a duše byla spojena s náboženstvím. Naopak Freud na začátku 19. st. popřel Descartésův kartesiánský dualismus, protože popsal neuvědomovaný prvek lidského psychického života. Tímto krokem Freud dosáhl toho, že došlo k rozvoji uvědomění si významu emocí v tělesné a psychické nerovnováze. Ve Freudových myšlenkách nadále pokračovali následníci W. Reich a E. Erickson. I přestože se snažili, aby došlo k znovuspojení rozdělené osoby, ne plně se jim to zdařilo, protože to byl v evropském myšlení velmi obtížný úkol (Kebza, 2005; Mastiliaková, 2007).

S vývojem lidstva se teorie o vzniku nemoci měnily, protože byly ovlivňovány myšlením a kulturou dané doby. Mezi první představy o vzniku nemoci patří postih nemocného d'áblem, kdy nemoc je trestem za hřích. Tato teorie přetrvávala po mnoha stoletích. V pozdějších dobách 19. st. došlo v důsledku Pasteurovy bakteriální teorie o vzniku nemoci k rozvoji moderní medicíny. Pasteur byl přesvědčen, že pro vznik infekční choroby je potřeba specifický mikroorganismus. V důsledku této teorie bylo provedeno mnoho hygienických opatření (očkování, pasterizace), která dostala smrtelné choroby pod kontrolu. Díky bakteriální teorii docházelo k léčbě infekčních onemocnění, na které kdysi umíraly miliony lidí, proto byla tato teorie vědci velmi uznávaná a podporovaná. S dalšími pokroky je spojen Biomedicínský model nemoci, který nahlížel na nemoc pouze jako na nefunkčnost orgánu nebo buněk a zcela ignoroval psychosociální složku nemoci. Biomedicínský model musel mít jasnou příčinu a jasně identifikovatelné příznaky. V současnosti je tento model nevyhovující právě z důvodu ignorování psychosociálních a spirituálních aspektů při preventivních, diagnostických a léčebných postupech, což vede k nespokojenosti pacientů (Mastiliaková, 2007; Pavlíková 2006).

Vznikem holistické teorie ve 20. st. byly uskutečněny důležité kroky směrem k holističtějšímu přístupu k člověku. Holistická teorie chápala živé organizmy jako celky složené z mnoha systémů, které jsou ve vzájemné interakci. Holistický

přístup v ošetrovatelství začaly prosazovat americké sestry v 60. letech 20. st., kdy založily Americkou holistickou sesterskou asociaci (AHNA), jejímž prostřednictvím definovaly holistickou ošetrovatelskou péči jako veškerou ošetrovatelskou praxi, která léčí celou osobu jako svůj cíl. Na tento ideál péče o celou osobu, nejen o její fyzické tělo upozornila již v minulých dobách Florence Nightingale, která je považována za jednu z prvních průkopnic holistických sester. Ovlivnila ošetrovatelství v celém světě a je považována za zakladatelku moderního ošetrovatelství. Byla tou, která zdůrazňovala, že pacient potřebuje vnímavou ošetrovatelku a ukázala blízký vztah mezi pacienty a jejich prostředím (Komínková 2008, PracticalNursing.org © 2017).

1.2 Realizace holistického přístupu

Filozofie moderního ošetrovatelství vychází z holismu. Prvky ošetrovatelství, opatrování a pečovatelské se prolínají historií starou jako je lidstvo samo. Postupem času se prvky ošetrovatelství přirozeně vyvíjely a byly ovlivňovány mnoha faktory. Hlavními faktory pro rozvoj ošetrovatelství byly války, náboženství, vědecko-technický rozvoj a sociální faktory. Na profesionální úrovni je ošetrovatelství mladý obor. V první polovině 20. st. bylo ošetrovatelství založeno spíše na tradiční péči a zkušenostech, nežli na teoretických základech. Začátek teoretických základů v ošetrovatelství začal v druhé polovině 20. st. ve Spojených státech amerických. V této době filozofie holismu vytvořila hodnotový systém a stala se základem ošetrovatelských teorií, modelů a etických zásad (Plevová a kol., 2011).

V současné době se čím dál víc do popředí moderního ošetrovatelství dostává komplexní přístup k člověku, oproti dřívějším dobám, kdy prioritu před člověkem jako lidskou bytostí měl rozvoj diagnostických a terapeutických intervencí, což bylo zapříčiněno přibývajícím rychlým rozvojem těchto intervencí. Sestry si také začaly uvědomovat nutnost rovnováhy mezi technickým pokrokem (nové přístroje, medikamenty, nové chirurgické a terapeutické techniky) a potřebami člověka. A v neposlední řadě role sestry se rozšířily na individuální ochránkyně práv pacientů s důrazem na etické principy. Moderní ošetrovatelství chápe člověka jako trojdimenzionální bytost, což znamená, že člověk je jedinečná bytost a je kladen důraz na jeho bio-psycho-sociální potřeby. Tyto tři úrovně se vzájemně ovlivňují a mají vliv na formování lidské psychiky (Mastiliaková, 2007; Plevová a kol., 2011).

Věstník ministerstva zdravotnictví ČR (9/2004) zahrnuje Koncepti ošetřovatelství, ve které je psáno: „Ošetřovatelství je zaměřeno na aktivní vyhledávání a uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb nemocného a zdravého jedince, kdy hlavním cílem je tyto potřeby systematicky a komplexně uspokojovat s respektem k individuální kvalitě života“ (Koncepte ošetřovatelství, 2004). Stejně to vidí i Farkašová (2006), která ve své knize uvádí: „*Holistické ošetřovatelství je podmínkou zajištění komplexní individualizované ošetřovatelské péče, ve které je centrem zájmu ošetřovaný jedinec jako celostní bio-psycho-sociálně-duchovní bytost nacházející se v určitém prostředí a stavu zdraví*“ (Farkašová et al., 2006, s. 48). Z toho lze dedukovat, že chápání člověka z holistického pohledu vede ke zkvalitnění ošetřovatelské péče.

Zdraví v holistickém pojetí zahrnuje celou osobnost člověka a všechny stránky jejího životního stylu (reakce na prostředí, zvládání stresu, fyzická zdatnost, primární prevenci emocionálních stavů, duchovno a další). Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako: „Stav dokonalé tělesné, duševní a sociální pohody (well-being), nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (neduživosti-infirmity)“ (© 2019 WHO).

Zdraví je také spjato s mírou soběstačnosti jedince, která se podílí na péči o sebe sama (sebepéči) (Halmo, 2014). Chlumecká (2005) soběstačnost vidí jako schopnost člověka samostatně, bez pomoci druhého jedince nebo jeho dohledu zvládat všechny denní činnosti života (toaleta, oblékání, stravování). Díky tomu, že jedinec sám dokáže vykonávat všechny tyto denní aktivity, dochází tak k uspokojování jeho základních potřeb (Chlumecká, 2005). Halmo (2014) poukazuje na sebepéči jako na „*vědomé chování čili jednání člověka (jako lidskou regulatorní funkci), které jedinci iniciují a provádějí ve vlastním zájmu pro zachování života a pocitu pohody, stejně jako svého zdraví*“ (Halmo, 2014, s. 16). Vznikne-li nerovnováha mezi působením sebepéče a požadavky sebepéče, které nejsou uspokojeny, vzniká tím deficit sebepéče. Ke snížené soběstačnosti, a tedy i k deficitu sebepéče nejčastěji dochází propuknutím nemoci, nebo jinak narušeným zdravím. Nejvíce ohroženy jsou především děti, staří lidé, duševně nemocní lidé, lidé s poruchou pohyblivosti. Nesoběstačnost člověka se projeví ve všech složkách lidské existence. Dochází k deficitu v bio-psycho-sociálních a spirituálních potřebách. V duchovní oblasti může docházet ke změně postojů a k přehodnocení životních hodnot (Pavlíková, 2006).

Mastiliaková (2007) vidí holistickou péči tak, že pomáhá každému jedinci převzít odpovědnost za své zdraví, pomáhá lidem naučit je zdravému způsobu života,

a také naplňovat a uspokojovat potřeby jak v době zdraví, tak v době nemoci. Neoddělitelnou součástí holistické péče, která vychází z teorie holismu, je ošetrovatelský proces, který není zaměřen pouze na diagnózu jedince, ale na jedince jako celek, a pomáhá tak řešit komplexní (bio-psycho-sociální a spirituální) problémy pacienta (Pavlíková, 2006; Mastiliaková, 2007). Ošetrovatelský proces se podílí na poskytování a řízení profesionální ošetrovatelské péče. Ošetrovatelským procesem chápeme jedinou pracovní metodu, prostřednictvím které nelékařští zdravotničtí pracovníci vyhledávají a posléze uspokojují individuální potřeby jednotlivců-pacientů, rodin a komunit. Takto ošetrovatelský proces definuje Věstník ministerstva zdravotnictví ČR (9/2004). Dále ho můžeme chápat jako průběžnou realizaci předem promyšleného sledu ošetrovatelských postupů, vedoucích k uspokojení tělesných, psychických, sociálních potřeb nemocného a k reagování na jejich proměny (Koncepce ošetrovatelství, 2004).

Ošetrovatelský proces začal vznikat ve Spojených státech amerických v 50. letech 20. st. jako pojetí vstřícného postoje v ošetrování nemocných. První americkou autorkou, která použila tento pojem, byla Hallová v modelu Core, Care, and Cure, a chtěla, aby jedinec byl vnímán v samostatných oblastech jako je tělo (care), nemoc (cure) a osobnost (core). Poté jí následovalo mnoho dalších autorek, např. (Hendersonová; Orlandová; Royová). Alligood (2014) uvádí, že Hallová zastávala názor, že o nemocné by měly pečovat jediné kvalifikované sestry. V pozdějších letech začal směřovat i do Evropy, a to především z důvodu podpory o jeho naplnění prostřednictvím Střednědobého programu WHO pro ošetrovatelství a porodní asistenci (Mastiliaková 2014; Plevová a kol., 2011).

V ČR se metoda ošetrovatelského procesu začala rozvíjet s potřebou autonomie v práci sester v 90. letech 20. st., což bylo spojeno v souvislosti s transformací v ošetrovatelství. Další významný vliv na změny v ošetrovatelství mělo navazování mezinárodních kontaktů a členství v mezinárodních organizacích, např. WHO (World Health Organization-Světová zdravotnická organizace), ICN (International Council of Nurses-Mezinárodní rada sester) a účast na mezinárodních programech a projektech. Postupně byly informace o metodě ošetrovatelského procesu zařazeny do vzdělávání sester. V roce 1997 byl v rámci projektu WHO publikován první učební materiál pro ošetrovatelství *Learning Material On Nursing*-Učební materiál pro sestry a porodní asistentky (dále jen LEMON), který tuto metodu popisoval. První publikace v českém

jazyce, kde jsou zmínky o ošetrovatelském procesu, jsou od autorek Doengesové, Moorhousové (1996) *Kapesní průvodce zdravotní sestry*; Trachtové (1999) *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* a další. Postupně se začala metoda ošetrovatelského procesu zavádět do klinické praxe a v rámci seminářů a konferencí se na toto téma diskutovalo, např. jaké má metoda pozitiva, a naopak její bariéry, které brání k realizaci metody v praxi (Tomagová, 2011).

V současné době je metoda ošetrovatelského procesu známá a je zakotvena v praxi i ve vzdělávání ošetrovatelských profesí. Pomocí ošetrovatelského procesu je možné zajišťovat systémový přístup k ošetrovatelské péči, jehož součástí jsou logicky uspořádané a vzájemně na sebe navazující fáze. Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu se skládají z posouzení, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení péče. Všechny tyto fáze napomáhají jedinci, rodině či komunitě k udržení, navrácení zdraví a uspokojení bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. V ošetrovatelském procesu jsou zahrnuty činnosti, které musí být naplánovány tak, aby mohlo dojít k dosažení a udržení určitého výsledku. Vykonávané činnosti při zajišťování individuální ošetrovatelské péče mohou sestry vykonávat samy, nebo v úzké spolupráci s nemocným. Souhrn těchto činností také umožňuje sestřím samostatně se rozhodovat o tom, jaký způsob péče je pro nemocného nejvhodnější. Zároveň napomáhá sestřím v tom, aby byly schopny dosahovat stanovených cílů, a tím změřit posun ve zdravotním stavu, kterého se dosáhlo společným úsilím sestry a nemocného (Allen, 1997; Mastiliaková, 2002).

Tóthová (2009) vidí přínos v realizaci ošetrovatelského procesu v doplňování ostatních profesí, které se zaměřují na jedince a na jeho reakce na lékařský problém, na léčebný plán, nebo změny, které nastaly v jeho každodenním životě. Prostřednictvím realizace této metody je umožněno ošetrovatelskému personálu identifikovat a řešit aktuální a potencionální problémy jedince. Zároveň je také kladen velký důraz na správné a přesné vedení dokumentace, tak aby došlo k co největší eliminaci možných chyb, omylů, které by měly nežádoucí dopad na zdravotní stav jedince. Práce formou ošetrovatelského procesu přináší výhody jak nemocnému, tak i sestře (Tóthová 2009). Stejným způsobem i Tomagová (2011) vnímá realizaci ošetrovatelského procesu. Práce formou ošetrovatelského procesu přivádí sestru k pacientovi a napomáhá naplnit a uspokojit potřeby pacienta, a tím zkvalitňuje ošetrovatelskou péči. I přestože Donges (2001) si myslí, že mnoho sester pohlíží na ošetrovatelský proces jako na děj,

který naopak sestru zdržuje psaním ošetrovatelského plánu, a tím zabírá mnoho času, a ony se tak dostatečně nemůžou jedinci věnovat. Dále Tomagová (2011) říká, že ošetrovatelský proces dává práci sestry určitý systematický rámec, kterým se může řídit při řešení problémů. Ošetrovatelský proces jasně udává cíl, umožňuje kreativitu a usnadňuje každodenní rozhodování. Nemocnému je poskytována kontinuálně individualizovaná péče, o které má možnost sám rozhodovat (Tomagová, 2011).

Jak již bylo zmíněno výše, v rámci holistického pohledu na jedince je důležité zbývat se jeho biologickými, psychologickým, sociálními i spirituálními potřebami. Bez znalostí problematiky potřeb se profesionální ošetrovatelství neobejde. Potřeba je stav, který vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, ale také i z touhy něčeho dosáhnout. Trachtová (2013) zdůrazňuje v termínu potřeba jednotu vnitřního s vnějším, s okolním světem, kdy každá potřeba je potřebou něčeho a vztahuje se k něčemu v prostředí. Potřeby člověka se během života mění, vyvíjí a kultivují, a pokud dochází k jejich naplnění, vede to k rovnováze organismu (homeostaze). Množství a intenzita potřeb jedince se odvíjí od jeho zdravotního stavu, životních zkušeností, a také záleží na pohlaví a věku jedince, kulturní a společenské úrovni a mnoho dalších. Hnací silou pro saturaci potřeb je motivace, protože jak velká je motivace, tolik se jedinci dostává energie a odvaha k naplnění cílů. Motivací se rozumí proces, který udává směr, sílu a trvání chování a jednání. Je to určitý stimul, který podněcuje fyzickou, tak i psychickou aktivitu jedince a vede ho k určité reakci nebo akci. Přetrvává tak dlouho, dokud není potřeba uspokojena nebo dokud se člověk nesmíří s tím, že z nějakého důvodu nemůže být uspokojena (Šamánková a kol., 2011; Trachtová, 2013).

Na základě lidských potřeb jsou sestaveny motivační teorie. Jednu z nejvýznamnějších teorií uvedl roku 1943 humanistický americký psycholog Abraham Maslow, ve které napsal, že lidé jsou motivováni určitými potřebami, které jsou hierarchicky uspořádány, protože některé jsou silnější než jiné a některé ty silné jsou nejsilnější. Maslowa hierarchie potřeb obsahuje potřeby fyziologické, potřeby bezpečí a jistoty, potřebu lásky, uznání a seberealizace (Trachtová, 2013). Maslow tyto potřeby rozdělil na nižší (fyziologické, bezpečí a jistota) a vyšší (lásky, uznání, seberealizace). K těm vyšším také zařadil tzv. metapotřeby, které ujasňují specifikum u seberealizujících se jedinců, např. (potřeby individuality, harmonie, poznání, porozumění apod.). Byl to právě Maslow, který zjistil, že pokud jedinec uspokojuje své základní potřeby

(spánek, hygiena, výživa, pohyb sexualita) je šťastnější, zdravější a výkonnější než jedinci, kteří mají tyto potřeby neuspokojeny. Jestliže u jedince nedojde k dostatečné saturaci potřeb v určitém stupni hierarchie, nemůže tak dojít k vzestupu naplnění dalších vyšších potřeb. Nicméně není podmínkou, že v každé hierarchii musí být potřeby zcela uspokojeny (Šamánková a kol., 2011).

V České republice na teorii Abrahama Maslowa navázala PhDr. Helena Chloubová, která se taktéž zabývala potřebami jedince a v roce 1992 vytvořila tzv. Dům životních potřeb. Dle Chloubové si každý sám staví svůj Dům životních potřeb již od narození. Každý dům musí mít pevné základy, které tvoří nasycené fyziologické potřeby (dýchání, výživa, vyprazdňování apod.). S narůstajícím věkem a přibýváním nemocí mohou být některé fyziologické potřeby narušeny. Čím více nedochází k saturaci těchto potřeb, tím více může být tělesný a zdravotní stav člověka ohrožen. Projevem frustrace základních potřeb jsou negativní a nepříjemné pocity člověka, např. (hlad, dušnost, bolest, únava). Laici mohou tyto signály opomíjet, nicméně zdravotnický personál by měl včas reagovat a rozpoznat varovné signály a na základě toho by měl učinit určitá opatření, aby zabránil frustraci potřeb, a tím došlo k uspokojení potřeb jedince (Chloubová, 2005).

1.3 Holismus v koncepčních modelech

Jak již bylo popsáno výše, v 90. letech 20. st. ve Spojených státech amerických nastal rozvoj teoretické základny v ošetrovatelství, kam se řadí právě i koncepční modely. S vývojem nových poznatků a požadavků na kvalitu péče vznikla i potřeba holistické péče, která zahrnuje nejen léčebnou, ale i ošetrovatelskou péči. Právě vznik koncepčních modelů v ošetrovatelství byl odezvou na rychlý rozvoj medicíny a techniky, kdy byla potlačována orientace na pacienta a jeho individuální potřeby. Koncepční modely v ošetrovatelství mají vystihnout podstatu ošetrovatelství a mají sestře dát návod k tomu, jak pracovat, aby došlo ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Uvědomění si této podstaty vedlo sestry k tomu, aby stále hledaly nové a lepší ošetrovatelské modely. Modely v ošetrovatelství vznikaly postupem času a odrážely v sobě hodnoty a systémy ošetrovatelské péče dané doby. Nicméně vznik prvního konceptuálního modelu se datuje již od dob Florence Nightingalové, i přestože její pojetí ošetrovatelství bylo chápáno jako teorie, v roce 1973 na konferenci ošetrovatelství byly její myšlenky pojmenovány jako koncepční model v ošetrovatelství

(Meleis, 2011). Právě toto označení modelu je považováno za podstatný krok ve vývoji ošetrovatelství jako samostatné vědní disciplíny. S ohledem na předchozí informace lze dedukovat, že ošetrovatelství se rychle vyvíjí a na všechny tyto změny v průběhu vývoje musí být schopno reagovat. Koncepční modely v ošetrovatelství se staly tzv. stejným „jazykem“ pro ošetrovatelský personál všech zemí pro používání hodnot a základních názorů v každodenní praxi. Lze říci, že koncepční modely jsou využívány k systematickému posuzování zdravotního stavu jedinců a staly se takzvaným spojníkem filozofie s teorií a praxí. Využíváním koncepčních modelů v ošetrovatelské praxi dochází k usnadnění komunikace mezi sestrami a také jim napomáhá obsažené informace v modelu přenést do praxe. Každá autorka koncepčního modelu má obsahové zaměření přizpůsobeno na základě vlastních praktických zkušeností, vědomostí a dále jsou modely a teorie podmíněny filozofickými názory autorek (Archalousová, 2003; Meleis, 2011; Pavlíková, 2006).

Archalousová (2003) udává, že koncepční model je souborem abstraktních a všeobecných představ a tvrzení, které jsou uspořádány do smysluplné podoby. Týká se všeobecných představ o jedinci, skupinách, situacích a jevech z hlediska vědní disciplíny. Koncepční model udává směr pro praxi (systematický přístup k ošetrovatelské praxi), vzdělávání a výzkum v ošetrovatelství.

Každá vědní disciplína zkoumá konkrétní jevy. Nejglobálnějším a nejširším předmětem zkoumání jednotlivé vědní disciplíny je metaparadigma (charakterizuje vědní disciplínu, čím se zabývá a co řeší). V ošetrovatelství představují metaparadigma čtyři specifické jevy (osoba, zdraví, prostředí, ošetrovatelství). Tyto čtyři předměty zkoumání jsou definovány ve všech modelech a teoriích ošetrovatelství. Pouze jejich přesná formulace se liší u různých autorů na základě filozofie a předpokladů, ze kterých autor vychází (Jarošová, 2000).

Dle filozofie a světového názoru jsou koncepční modely v ošetrovatelství rozděleny na modely, např. humanistické, interpersonálních vztahů, interakční, systémové, vývojové, energetických polí a mnoho dalších. Modely, které ošetrovatelství chápou jako humanitní vědu, jsou nazývány jako modely humanistické, mezi které se řadí modely např. (Florence Nightingale, Virginia Henderson, Medeleine Leininger atd.). Machová (2011) uvádí, že typické pro humanistické modely je empatie, úcta a autonomie člověka. Uznávají právo na svobodu a štěstí člověka (Mastiliaková, 2014).

I přes existenci mnohých koncepčních modelů v ošetrovatelství, vznikla koncem 20. st. potřeba formulace jednotného modelu, který by vyhovoval všem v praxi, a to sice sestřám, managementu, studentům, učitelům, a v neposlední řadě výzkumu (Mastiliaková, 2014). Mastiliaková (2014, s. 57) však pokládá otázku: *“Ale či teorie a model jsou ty správné?”* Během poskytování ošetrovatelské péče, je důležitý určitý standard, dle kterého by se měla péče odvíjet. Základ modelu by měl být postaven tak, aby mohl být aplikován na nemocného jedince, tak i zdravého jedince, ale také na rodinu a komunitu. Zdravotní stav každého jedince by měl být sestrou adekvátně a individuálně posouzen dle aktuálních nebo potencionálních rizik, které jsou potřeba v danou chvíli co nejdříve řešit. Jednotný model pro posouzení zdravotního stavu jedince musí vycházet z velmi dobře promyšlených souvislostí a důsledků, a tato navržená jednota modelu musí být během využívání i průběžně vyhodnocována, aby došlo ke zpětné vazbě, zda tento standard všem vyhovuje (Mastiliaková, 2014).

Kritéria jednotného standardního modelu by měla být taková, že model jasně udává kompetence a odpovědnost ošetrovatelskému personálu. Dále schvaluje zaměření na určenou strukturu klinického posuzování a pozorování zdravotního stavu jedince. A také by měl určovat rozvoj odborných dovedností a schopností učitelů, studentů a sester při posuzování zdravotního stavu jedince a při stanovení ošetrovatelské diagnózy (Mastiliaková, 2014).

Ke konci 20. st. na základě provedeného výzkumu vznikl v USA koncepční model, který splňoval veškeré požadavky standardního modelu. Tento model se řadí dle filozofie k modelům interpersonálních vztahů. Nicméně Trachtová (2013) uvádí, že právě tento koncepční model je mezi odborníky na ošetrovatelskou teorii v mezinárodním kontextu chápán za nejkompexnější koncepční model, co se týče holistické filozofie. Právě tento model v ošetrovatelství pojímá člověka jako bio-psycho-sociální bytost. Autorkou vzniklého koncepčního modelu, který se nazývá model funkčních typů zdraví, je Marjory Gordonová, která působila jako profesorka a koordinátorka ošetrovatelství v Boston College v Massachusetts a od roku 1982 do roku 2004 byla prezidentkou Severoamerické asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku NANDA (North American Nursing Diagnostic Association) (Pavlíková, 2006; Trachtová, 2013).

Předpoklady tohoto modelu vychází z toho, že autorka předpokládala, že všichni jedinci mají společné typy chování, které souvisí s kvalitou života, se zdravím a s rozvojem schopností. Gordonová pojímá člověka jako bio-psycho-sociální jednotku, tedy jako holistickou bytost. Sestra stanovuje ošetrovatelskou diagnózu na základě posouzení typů zdraví, kdy díky tomu rozpozná funkční, dysfunkční nebo potencionálně dysfunkční chování jedince. V každém z 11 vzorců funkčních typů zdraví může být zdravotní stav jedince buď funkční, nebo dysfunkční. Mastiliaková (2014) udává, že na funkční stav zdraví mají vliv biologické, vývojové, sociální, kulturní a také duchovní faktory. Naopak u dysfunkčního typu zdraví dochází k poruše rovnováhy a zdraví. Subjektivní a objektivní informace jsou od jedinců získávány pomocí rozhovoru, pozorování a fyzikálním vyšetřením. Na základě správné ošetrovatelské diagnostiky jsou voleny ošetrovatelské intervence (Mastiliaková 2014; Plevová, 2011).

Přínos tohoto modelu Farkašová et al. (2006) vidí v tom, že Gordonová se zaměřuje na zdraví a jeho podporu, což je v souladu s moderním ošetrovatelstvím. Dále jedenáct určených typů funkčního zdraví podává informace o fyzickém, psychickém a duchovním aspektu zdraví, což poukazuje na to, že Gordonová se zaměřuje na holistický přístup ke zdraví člověka. Přínosem je také to, že model přispívá k rozvoji ošetrovatelské teorie a aplikuje teoretické poznatky do praxe. Pro svoji jednoduchost a komplexnost se využívá také v taxonomii ošetrovatelských diagnóz (Farkašová et al., 2006).

Standardizace v systémech zdravotní péče vedla k zajištění celkové kvality péče a snížení nákladů na ošetrovatelskou péči. V současné době pojmem kvalita péče znamená, že dochází k soustavnému uspokojování potřeb nemocných, tak i zdravých jedinců (Mastiliaková, 2014).

1.4 Práva pacientů

Etický kodex práv pacientů nemá dlouhou historii, z důvodu toho, že pacienti donedávna žádná práva neměli a ani je nepotřebovali. Důvodem nepotřebnosti práv pacientů byl fakt, že pacienti byli v minulosti plně závislí na lékaři jak v rovině odborné, tak i lidské. Vztah mezi lékařem a pacientem vycházel z paternalistického modelu, což znamená, že pacient byl plně oddaný lékaři (lékař věděl nejlépe, co pacient potřebuje) (Haškovcová, 2007).

Vznik vůbec prvního etického kodexu Práv pacientů se datuje na rok 1971, kdy americký lékárník David Anderson z Virginie sestavil první kodex Práv pacientů. Právě Anderson zdůrazňoval právo pacientů na respekt, individuální přístup a autonomii člověka. Také velmi dobře reagoval na „medicínu mlčení“, což znamenalo, že pacient byl léčen jako objekt, sice pro něj toho bylo vykonáváno hodně, nicméně zacházeno s ním bylo více jako s předmětem, nežli jako s trpícím subjektem (Haškovcová, 1996). Anderson v preambuli prvního kodexu Práv pacientů udává: „*Já pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací, ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami, tužbami a zábranami...*“ (Haškovcová, 1996, s. 18). O rok později, tudíž v roce 1972 přijala a vyhlásila Asociace amerických nemocnic vlastní Práva pacientů, pravděpodobně se jim stal inspirací Anderson se svým Etickým kodexem práv nemocných (Haškovcová, 2015).

V České republice dominoval paternalismus mnohem delší dobu, nežli tomu bylo ve světě. Dokonce i v 70. letech 20. st., kdy ve světě byla práva pacientů běžnou etickou normou, v ČR se o nich zatím nemluvalo. O Právech pacientů v ČR se začalo mluvit až po listopadové revoluci, což poukazuje na krátkou historii Práv pacientů. V důsledku pádu totalitního socialistického režimu došlo k odpoutání výhrad v oblasti zdravotnictví, ale i v celkovém životě lidí. Roku 1990 za předsedy Jaroslava Šetky začala pracovat Centrální etická komise při vědecké radě MZ ČR. V té době podala Helena Haškovcová návrh o vypracování a zveřejnění etického kodexu práv pacientů v ČR. Tento návrh byl schválen. Česká verze etického kodexu Práv pacientů viz (příloha č. 1) byla navržena na základě Vzorových práv pacientů, které roku 1985 zveřejnil Americký svaz občanských svobod. Konečná verze českého kodexu Práv pacientů, kterou vyhlásila Centrální etická komise ministerstva zdravotnictví ČR, vznikla 25. 2. 1992. To také vedlo k tomu, že v současné době je odpuštěno od paternalistického vztahu a přešlo se na vztah partnerský (lékař-pacient; lékař-sestra; sestra-pacient). Také je důležité zmínit se o tom, že Práva pacientů jsou závazná „pouze“ morálně nikoliv právně. Nadále lze říci, že práva pacientů doplňují etický kodex lékařů a nejsou v rozporu s legislativou (Haškovcová, 1996; Haškovcová, 2015; Ptáček, Bartůněk, 2011).

2 KOMUNIKACE ZÁKLAD PRO SATURACI POTŘEB

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, což znamená podílet se na něčem s někým, nebo spoluúčastnit se. Komunikace je běžně rozdělována na verbální (pomocí slov) a neverbální (řeč těla) komunikaci. V mnohých případech se verbální a neverbální komunikace projevuje současně. Komunikací dochází k vzájemnému předávání informací, sdělování myšlenek a emocí (Vybíral, 2009). Vévoda (2013) udává, že pomocí komunikace poskytujeme zprávy, sdílíme informace a vyjadřujeme se tak, aby další aktéři komunikace porozuměli předávané informaci. Pomocí komunikace dochází k budování a rozvíjení vzájemných vztahů mezi komunikujícími osobami (Vévoda, 2013).

Komunikace v ošetrovatelství je nepostradatelnou součástí péče o pacienta, protože utváří dobrý vztah mezi sestrou a pacientem, sestrou a rodinou pacienta a v neposlední řadě i mezi zdravotníky samotnými. V ošetrovatelství se především jedná o předávání informací zaměřených na ošetrovatelskou péči a zdravotní stav člověka. Ať se jedná o sdělování dobré či špatné informace, vždy se zpráva předává lépe, jestliže je mezi jedinci dobře nastolený vztah. Protože pokud je tomu naopak a vztah je v napětí, může lehce dojít k problematickému přenosu a interpretaci dat (Vévoda, 2013). Andryšek upozorňuje na to, že kvalitu života každého jedince výrazně ovlivňují psychologické důsledky, které jsou spjaty s neschopností či nemožností udržování kontaktu s okolím světem nebo neschopností vyjadřovat své přání, pocity a potřeby (Andryšek a kol, 2011). Toto vše poukazuje na to, že bez efektivní komunikace nemůže docházet k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče (Vévoda, 2013).

Každý pacient je jedinečnou osobností, která se liší od ostatních, např. věkem, pohlavím, psychickým nebo tělesným zdravotním stavem, kulturou a dalším. Každá z těchto odlišností se podílí na průběhu komunikačního procesu, a tím také na vztahu mezi sestrou a pacientem. Proto komunikace s každým pacientem je jedinečná. Trešlová (2014) uvádí, že jedinec, který je postaven do těžké životní situace (hospitalizace, porucha soběstačnosti atd.), potřebuje komunikovat stejně jako předtím. Člověk od sestry potřebuje podporu a povzbuzení. Sestra by nikdy neměla soudit nebo hodnotit reakce pacienta na situaci nemoci, ale naopak by měla být empatická, vstřícná, ochotná, komunikativní, lidská a měla by umět pacientovi

aktivně naslouchat. Kopřiva (1997) uvádí, že nejvýznamnějším nástrojem pomoci je osobnost pracovníka. Jestliže sestra dokáže aktivně naslouchat a pozorovat neverbální komunikaci pacienta, je na nejlepší cestě navázat dobrý vztah s pacientem, a tím tak dojít k snadnému získání potřebných informací a snadnějšímu pochopení reakcí pacienta na nemoc. Dále je během komunikace důležité navázání očního kontaktu a nepřerušování pacienta v hovoru. Neméně důležitým faktorem je také vhodně zvolené prostředí pro komunikaci. A v neposlední řadě by sestra měla umět poskytnout emocionální podporu. Z výše uvedeného lze dedukovat, že pokud sestra splňuje všechny tyto požadavky v komunikaci, u pacienta tím dojde k saturaci potřeby, kterou je věřit sestře a cítit její zájem o svou osobu (Vévoda, 2013).

Venglářová s Mahrovou (2006) rozděluje komunikaci na tři druhy profesionální komunikace, a to sice na sociální, specifickou a terapeutickou komunikaci. Sociální komunikace je běžný rozhovor, který se využívá v běžném kontaktu s pacientem (např. při ranní hygieně nebo podávání léků). Tato komunikace umožňuje sestře lépe poznat nemocného a zároveň napomáhá k další komunikaci během ošetrovatelských činností. Specifická komunikace je využívána během sdělování důležitých informací nemocnému. Sestra zároveň provádí motivaci pacienta k další léčbě a edukaci nemocného. Důležité je podat informace nemocnému srozumitelně a využít zpětnou vazbu, abychom si ověřili, že nemocný dané informace porozuměl správně. Tato veškerá komunikace je prováděna s ohledem na zdravotní stav nemocného. Terapeutickou komunikaci je vhodné využívat v rozhovoru, kdy se nemocný nachází v těžké životní situaci a musí se vyrovnat se závažnou skutečností. V takovém případě nemocný potřebuje od sestry oporu a pomoc.

Naopak Zacharová (2016) si myslí, že v komunikaci jsou potřebné tři základní požadavky, které jsou důležité pro to, aby došlo k produktivnímu rozvoji procesu komunikace. Tyto tři požadavky (chtít komunikovat, umět komunikovat a moci komunikovat) jsou kladeny jak na sestry, tak i na pacienty. Zacharová (2016) udává, že častěji může nastat problém v komunikaci ze strany zdravotníků nežli ze strany pacientů, protože převážná většina pacientů komunikovat chce. Problém nastává tehdy, když zdravotníci neumí zpracovat získané informace nebo nemají zájem o profesi, jsou málo motivováni, nebo když nemají dostatečně rozvinuty komunikační dovednosti (Zacharová, 2016).

Druhý požadavek (umět komunikovat) je opět i jako v předchozím požadavku kladen na sestru i pacienta. Literatura udává, že pacienti komunikují obvyklým způsobem, tudíž problémy s komunikací nemají. Nicméně sestra si naopak od pacientů s obvyklým způsobem komunikace nevystačí, protože ona je ta, která musí neustále rozšiřovat své vědomosti, dovednosti a umět je používat v praxi. Sestra přichází do styku s velkým počtem pacientů, kteří mají různé jednání, chování, prožívání a komunikační schopnosti (např. agresivní, depresivní pacienti nebo pacienti pod vlivem návykových látek), a na to všechno musí být schopna adekvátně reagovat (Zacharová, 2016).

Třetí požadavek (moci komunikovat) nenaplnují pacienti, kteří jsou nějakým způsobem handicapováni (např. porucha sluchu nebo řeči), ale i pacienti demenční nebo v bezvědomí (Zacharová, 2016).

Nicméně ze všeho výše uvedeného můžeme usuzovat, že naučit se profesionální komunikaci je velmi náročné a v této dovednosti se musí každý zdravotník neustále vzdělávat. Ale jestliže dojde ke správnému způsobu osvojení komunikace, napomůže to zdravotníkovi nejen při ošetrovatelské péči, ale i při realizaci ošetrovatelského procesu. Pokud je komunikační proces dobře vedený získá tak zdravotník pacienta ke vzájemné spolupráci.

3 VŠEOBECNÁ SESTRA

Příchodem roku 2017 a nabytím zákona č. 201/2017 Sb. se změnilo požadované vzdělání pro vykonávání profese pro nelékařské zdravotní pracovníky, které dříve vycházelo ze zákona č. 96/2004 Sb. V předchozích letech bylo dle zákona č. 96/2004 Sb. požadováno, aby všeobecné sestry měly absolvované nejméně tříleté akreditované studium zdravotnického oboru ošetrovatelství pro přípravu všeobecných sester, kdy byl získán titul bakalář a dále bylo možné pokračovat v navazujícím magisterském studiu, nebo tříleté studium na vyšší odborné škole s titulem diplomovaný specialista. Tento zákon osvobodil od těchto podmínek ty, kteří začali studovat obor zdravotní sestra na střední zdravotnické škole nejpozději ve školním roce 2003/2004 (Havelková, 2017).

Se změnou zákona přišla také nová možnost nastoupit na vyšší odbornou školu se zkrácenou dobou studia, a to sice na jeden nebo dva roky dle rozhodnutí ředitele dané školy. Z tohoto vyplývá, že nelékařským zdravotnickým pracovníkům dává možnost získat kvalifikaci všeobecné sestry za pouhý 4 + 1 rok (Šnajdrová 2016; Havelková, 2017).

Ačkoliv všeobecná sestra má mít požadované vzdělání a má nabýt základní kompetence, které jsou pro výkon povolání rozhodující pro kvalitu ošetrovatelské péče, neměla by práce zdravotní sestry být podmíněna pouze stupněm získaného vzdělání. Během své práce se sestry dostávají do situací, kdy se mají rychle rozhodnout, jak správně a rychle zareagovat na danou situaci, protože na jejich jednání závisí zdravotní stav a život pacientů. Sestry k takovému rozhodnutí vede mnoho atributů, a to nejen ty znalosti a naučené dovednosti, ale v neposlední řadě i ty, které získávají na základě vlastního emočního prožívání jako je emoční inteligence a osobnostní rysy (Heydari, Kareshki, Armat, 2016).

Alexandr a Runciman (2003, s. 6.) uvádí definici sestry dle Mezinárodní rady sester (ICN) takto: „*Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí na základě souhlasu regulačního orgánu ve své zemi pracovat jako sestra. Základní ošetrovatelské vzdělání je formálně uznáný studijní program, který studentovi poskytne široký a důkladný základ ve znalostech chování, života a ošetrovatelství, který student potřebuje pro všeobecnou ošetrovatelskou praxi,*

pro řídicí úlohu a pro navazující specializační studium potřebné k výkonu odbornější ošetrovatelské praxe. Sestra je připravena a oprávněna (1) zapojovat se do všeobecné ošetrovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o fyzicky a duševně choré a postižené osoby různého stáří ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních; (2) vyučovat témata spadající do zdravotnické péče; (3) plně se zapojovat do zdravotnického týmu; (4) dohlížet nad pomocnými pracovníky v ošetrovatelství a zdravotnické péči a školit je; a (5) zapojovat se do výzkumu.“ Jarošová (2006) vyjadřuje schopnosti sester podobně jako Alexandr a Runciman (2003), pouze doplňuje to, že sestra by měla být schopná své činnosti provádět metodou ošetrovatelského procesu.

3.1 Role sestry

Všeobecně lze říci, že role je určité chování člověka, které souvisí s jeho postavením ve společnosti. Rolí se rozumí nejen chování jedince, ale i jeho postoje, prožívání, emoce, vlastnosti osobnosti a hodnotový systém jedince. Profesní rolí se rozumí určitý vzor chování, který je dán požadavky určité profese, který ve společnosti zaujímá určitou pozici a ovlivňuje tak její image (Farkašová et al., 2006, s. 180; Jarošová, 2000, s 33). Farkašová (2006) a Špirudová (2015) ve svých publikacích uvádí nejčastěji vykonávané role sestry v ošetrovatelství, a to sice: sestra edukátorka, sestra výzkumnice, sestra advokátka, sestra pečovatelka, sestra manažerka, sestra mentorka a sestra nositelka změn. Bártlová (2005) doplňuje do rolí sestry ještě roli vychovatele a činnosti spojené s rozšiřováním odborné funkce sestry. Staňková (1996) dodává, že tyto role se mění v závislosti na rozvoji medicíny a ošetrovatelství, kdy tyto obory začínají prolínat poznatky z etiky, psychologie, sociologie a v neposlední řadě také z pedagogiky. V posledních letech se do popředí dostávají sociologické teorie, které ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče a stávají se důležitým článkem v realizaci změn v roli sestry. Například je kladen důraz na kulturně ohleduplnou péči, což znamená schopnost sester pochopit hodnoty a kulturní imperativy fungující v rámci kulturních prostředí dané osoby (Bártlová, 2005).

Grohar-Murray, Dicroce, (2003) uvádí, že v současné době jsou na sestry kladeny stále větší nároky. V posledních letech je po nich nejvíce vyžadována především role manažerská. S ohledem na všechny role, které sestra zastává, je a bude role sestry manažerky jednou z nejobtížnějších pozic v jakémkoliv odvětví, protože nedílnou

součástí všech sester jsou manažerské schopnosti, aby sestry byly schopny pracovat s pacienty a s dalším personálem.

Zvýše uvedených informací lze dedukovat, že profese sestry zastává mnoho společenských rolí, které jsou různě členěné. Základ role sestry tvoří funkčně odlišné činnosti, které musí být sestra schopna aktivovat i v případě, že je v danou chvíli nepotřebuje pro výkon té role, kterou momentálně zastává. Tyto funkčně odlišné činnosti jsou ošetrovatelsko-pečovatelská, expresivní, instrumentální (technická), poradenství (rodina, veřejnost), podpora a výchova ke zdraví (prevence), organizace, administrativa a jiné (Bártlová, 2005).

Mezinárodní rada sester definovala roli všeobecné sestry takto: *„Podpora zdraví a prevence nemocí u osob každého stáří, u rodin a komunit; plánování a řízení péče o osoby každého stáří, rodiny a komunity s fyzickým nebo duševním onemocněním, postižením nebo potřebou rehabilitace ve zdravotnickém nebo komunitním zařízení; péče na konci života“* (Alexander, Runciman, 2003, s. 6).

Bártlová (2005) podotýká, že pro roli sestry také platí určité vzorce chování. Jsou jimi funkční specifická, která vyjadřuje nutnost formální a faktické kompetence pro výkon povolání. Dále emocionální neutralita, což znamená, že sestra svoji emocionalitu kontroluje a jedná bez emocionální účasti. Chápe pacientovy pocity, aniž by je sama cítila. Dalším vzorcem chování je universalismus, který lze vysvětlit tak, že potencionální vztahová oblast sestry zahrnuje všechny ostatní členy společnosti, kdy v roli pacienta může vystoupit jakýkoliv člověk. A jako poslední vzorec chování uvádí Bártlová (2005) kolektivní orientaci, kdy sestra ve svém jednání nevychází ze svých zájmů, ale naopak ze zájmů druhých, tím myšleno především pacientů, staví blaho pacientů nad své vlastní zájmy

3.2 Kompetence sester

Prošková (2010) uvádí, že legislativně stanovené kompetence jsou základem pro vypracování pracovní náplně zaměstnance. Tedy i sestry mají jasně danou podobu kompetencí v oblasti legislativy. Vychází nejen z právních předpisů, ale také ze schopností, dovedností a vědomostí daného pracovníka, protože v ošetrovatelství není možné osvojit si kompetence na stálo. Důležité je tyto kompetence obnovovat, prohlubovat a ověřovat. K obnovování, prohlubování a ověřování kompetencí dochází prostřednictvím pregraduálního a postgraduálního

vzdělávání sester. Mikšová et al., (2014) a Mádlová (2005) se shodují, že zvyšování kvalifikace všeobecných sester je velice důležitá v poskytování kvalitní a bezpečné péče o pacienty. Shodují se také, že po absolvování vyšší odborné školy a vysoké školy jsou studenti po duševní a emoční stránce zralejší.

Kutnohorská (2010) zmiňuje, že kompetence sester jsou právními předpisy ovlivněny od roku 1950. Tak jako v jiných oblastech zdravotnictví dochází k vývoji i v kompetencích sester od roku 1950, tak do současné doby došlo ke změnám. K zásadním změnám (navýšení kompetencí sester) došlo ve vyhlášce MZ ČR č. 424/2004 Sb., která byla novelizována vyhláškou č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných zdravotníků a zákonem č. 96/2004 Sb. o získávání a uznávání zdravotní způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

Nynější kompetence sester vznikly v roce 2017, kdy došlo k nahrazení zákona č. 96/2004 Sb. a vyhlášky č. 55/2011 Sb. zákonem č. 201/2017 a vyhláškou č. 391/2017 Sb. Tato vyhláška doplnila následující kompetence sester: Všeobecná sestra-bez odborného dohledu a bez indikace lékaře: odsávání z permanentní tracheostomické kanyly, péče o zavedené PMK pacientů všech věkových kategorií, včetně provádění výplachů močového měchýře. Dále všeobecná sestra-bez odborného dohledu na základě indikace lékaře: zavedení PVK u pacientů nad tři roky věku, odstranění stehů a drénů (kromě hrudních a v oblasti hlavy), asistence při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřování pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji (© 2010 MZČR).

Nesmíme však opomenout fakt, že vyhláškou rozumíme pouze základní rámec náplně práce sestry. Dalším důležitým vodítkem v praxi jsou ošetřovatelské standardy, které nemají podobu právní normy, ale výhodou je, že si je každá nemocnice vytváří sama dle vlastních pravidel (Prudil, 2006).

3.3 Etický kodex sester

Etický kodex určený pro sestry vznikl v roce 1973, kdy ho vypracovala národní organizace nazývaná Mezinárodní rada sester (ICN). Tento vytvořený etický kodex se měl vztahovat na všechny sestry na světě. V České republice jej akceptovala největší národní sesterská organizace nazývaná Česká asociace sester. Kodex nabyl platnosti 29. 3. 2003 (Ptáček, Bartůněk, 2011). Nicméně Česká asociace sester se neshoduje s danými informacemi autora Ptáčka a Bartůňka a uvádí, že Mezinárodní etický kodex

sester byl poprvé přijat již roku 1953 a prošel po dobu několika let různými revizemi, kdy poslední revize byla schválena roku 2005. Česká asociace sester se hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl projednán a přijat etickou komisí ČAS a nabyl platnosti 11. 2. 2012 (© 2017 Česká asociace sester). Stejné informace, které uvádí ČAS, se shodují s informacemi dostupnými na webových stránkách ICN (© 2019 International Council of Nurses).

Česká asociace sester je dobrovolná a největší národní asociace sester, která sdružuje nelékařské pracovníky působící v resortu zdravotnictví, školství a sociálních péče v České republice. Cílem České asociace sester je pracovat na změně systému zdravotnických služeb v České republice a především také, aby došlo k uznání nelékařských profesí samotnou společností (© 2017 Česká asociace sester).

Jak již bylo zmíněno, roku 2005 došlo k poslední novelizaci samotného kodexu, kdy byl rozdělen do čtyř sekcí: Sestry a lidé, Sestry a jejich ošetrovatelská praxe, Sestry a profese, Sestry a jejich spolupracovníci. Každá tato část má blíže specifikováno, co se od sestry očekává.

První sekce se zmiňuje o povinnosti, mlčenlivosti, informacích, zodpovědnosti nebo také o respektu. Sestra chrání pacienta a jeho údaje, dále by měla jednotlivci podávat dostatek informací, od nichž se může vyvíjet jejich souhlas s poskytovanou péčí a popřípadě terapií. Jednotlivec i jeho rodina mají určitá práva, hodnoty a zvyky a zaslouží si, aby toto vše bylo druhými respektováno. Za toto všechno nese sestra zodpovědnost a dělí se o to s dalším ošetrujícím personálem (© 2017 Česká asociace sester; Ptáček, Bartůněk, 2011).

Druhá sekce je zaměřena na udržování nebo zvyšování kvalifikace v rámci celoživotního vzdělávání sester, aby tak docházelo k poskytování nejkvalitnější ošetrovatelské péče. Dále je uvedeno, že sestra za jakékoliv situace musí dodržovat zásady slušného chování, čímž také vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti (© 2017 Česká asociace sester; Ptáček, Bartůněk, 2011).

ICN dále vidí jako důležité, aby sestra ve své profesi aktivně určovala, vytvářela a realizovala normy ošetrovatelské praxe. Dále aby se aktivně podílela na výzkumu a vzdělávání (© 2017 Česká asociace sester; Ptáček, Bartůněk 2011).

Poslední důležitý bod v kodexu se týká úzké spolupráce sestry s dalším spolupracovníky v oboru ošetrovatelství a dalších jiných oborů. Z celého etického kodexu sester vyplývá, že tento dokument bude dávat smysl, pokud bude aplikován

v ošetrovateľskej praxi v meníci se spoločnosti. Aby byl kodex plně využit, je potřeba, aby jej sestry pochopily, osvojily a používaly jej při všech aspektech své péče (© 2017 Česká asociace sester; Ptáček, Bartůněk, 2011).

4 SYNDROM VYHOŘENÍ

Autorem termínu, syndrom vyhoření (burn-out), je Herbert J. Freudenberger. Tento termín poprvé publikoval v časopise *Journal of Social Issues* roku 1974. Výsledkem publikace bylo to, že se zvedla hlavní vlna zájmu o tuto problematiku (Kebza, Šolcová 2003).

Od vzniku první definice syndromu vyhoření se touto problematikou začala zabývat a stále zabývá celá řada světových odborníků z mnoha oborů. Česká literatura však oproti světové zaostává (Kebza, Šolcová, 2003). První knihy a publikace v časopisech zaměřených na psychologii se na našem území začaly objevovat koncem devadesátých let minulého století. První českou autorkou, která publikovala článek o syndromu vyhoření, byla Helena Haškovcová roku 1994. V současnosti k hlavním představitelům zabývajícím se touto problematikou patří prof. PhDr. Jaro Křivohlavý, CSc. Mezi jeho nejznámější díla řadíme publikaci *Jak neztratit nadšení* z roku 1998 neboli její druhé přepracované vydání s názvem *Hořet, ale nevyhořet* z roku 2012 (Ptáček et al., 2013, s. 25).

Jednou ze známých definic pocházející ze studií světových psychologů patří definice podle Ayaly M. Pinesové a Elliota Aronsona: *„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“* (Křivohlavý, 2012, s. 12).

Franca et al., (2012) poukazuje na syndrom vyhoření jako na reakci na chronický stres, který přímo ovlivňuje výkon úkolu, mezilidské vztahy, produktivitu, a dokonce i kvalitu života. Může mít negativní důsledky na individuální, profesionální, rodinné, sociální i institucionální úrovni. Stejně to vidí i Zacharová (2017), která dodává, že dlouhodobý a nadměrný stres vede k syndromu vyhoření. Vznik syndromu vyhoření lze počítat na měsíce, někdy až roky. Stejně tak i Honzák (2018) uvádí, že inkubační doba vyhoření není jednotná. Záleží na osobnostních faktorech a faktorech z vnějšího prostředí.

Dle Stibalové (2010) je syndrom vyhoření proces, který se projevuje u osob, které dlouhodobě, angažovaně a intenzivně pracují s lidmi. Stejně tak to vidí i Maroon (2012), který dodává, že syndrom vyhoření je psychologický a sociální pojem vyskytující se u pomáhajících profesí. Také Ovchinnikov (2015) se shoduje se všemi autory a popisuje syndrom vyhoření jako sociálně-psychický fenomén, který se projevuje fyzickým, motivačním a emočním vyčerpáním v důsledku dlouhodobého stresu. Dle Prieß (2015) k syndromu vyhoření dochází v důsledku negativních nebo chybějících vztahů k okolí a neporozumění sobě samému. Na základě svých zkušeností popírá, že by k syndromu vyhoření vedlo pracovní nebo jakékoliv jiné přetížení, to je pouze vedlejší faktor. France et al. (2012) uvádí, že jedním z nejčastějších důvodů odchodů ze zaměstnání je syndrom vyhoření následkem nadměrného stresu. Kallwass (2007) si myslí, že syndrom vyhoření nemá jasnou a jednoznačnou příčinu. Jde spíše o souhrn souvislostí (časový nátlak, mnoho práce, velké očekávání, málo autonomie, vztahy a další). Podobný názor má Franca et al. (2012), že přispět k syndromu vyhoření může nedostatečné ocenění za odvedenou práci, nedostatek personálu, nedostatek finančních a materiálních prostředků na pracovišti a také nedostatek času. Důsledkem toho může být soupeření mezi zaměstnanci a konkurence v pracovní skupině.

4.1 Příznaky syndromu vyhoření

Syndromu vyhoření předchází vždy varující signály. Typické pro jedince bývá příliš vysoká angažovanost, která se střídá s obdobím vyčerpanosti, to bývá zpravidla delší. U jedince dochází k výkyvům nálad, nespavosti a únavě, která může přejít do chronické formy, a až do úplné ztráty sil. Jestliže si toto jedinec neuvědomuje a nevěnuje tomu pozornost, může dojít k dalším fázím syndromu vyhoření (Kallwass, 2007). Poertero a Abellán (2015) dělí příznaky syndromu vyhoření na emocionální vyčerpání, depersonalizaci a snížení pocitu osobního úspěchu. Charakterizuje emoční vyčerpání nepřítomností nebo úplným nedostatkem energie spojené s pocitem únavy. Dochází k nenaplnění potřeb pacientů, přičemž pracovníci si jsou vědomi, že nejsou schopni do práce investovat více energie, aby k uspokojení potřeb došlo. Depersonalizace může být chápána jako emocionální vzdálenost, kdy dochází k snížení pracovního nasazení a zacházení s lidmi jako s objekty. Snížení pocitu osobního úspěchu je charakterizováno pocitem nedostatečnosti, snížením sebeúcty, nespokojenost s vlastní prací a demotivací (Poertero, Abellán, 2015). Franca et al. (2012) vyznačuje symptomy profesionálního vyhoření nedostatkem motivace,

duševní únavou a zvýšeným rizikem kardiovaskulárních a muskuloskeletálních onemocnění a problémů.

Syndrom vyhoření je dlouhodobý proces, který se vyznačuje několika fázemi. Fáze se vždy nemusí objevit všechny a nemusí jít za sebou daným způsobem. Existuje mnoho autorů, kteří uvádí jiný počet fází dle svých studií a poznatků. Počet těchto fází je popisováno od tří (nejjednodušší model) až po fázi dvanáct (nejsložitější model, ve kterém se fáze prolínají a je obtížné je ohraničit) (Honzák, 2018).

Honzák (2018), Křivohlavý (2012), tak i Schaufeli et al. (2008) uvádějí, že CH. Maslachová, pokračovatelka Freudembergera, rozděluje syndrom vyhoření na čtyřfázový proces, kdy v první fázi dochází k nadměrnému nadšení, až zapálení, a to vede k přetěžování jedince. Ve druhé fázi se objevuje stagnace. Ve třetí fázi dochází k neúctě jedince k lidem a k neempatičnosti. Ve čtvrté fázi dochází k celkovému vyčerpání, jedinec se staví proti všem a všemu. Naopak Thomas Poschkamp (2013) si myslí, že ideální klasifikace syndromu vyhoření se skládá z pěti fází. Stejně tak jako v dělení dle Maslachové v první fázi je velké nadšení, očekávání, dávání si nereálných cílů a toto vše můžeme označit jako spouštěč syndromu vyhoření. Další fázi se rozumí šok z praxe, kdy jedinec má svůj ideální obraz, ale realita je odlišná (neuspokojivá), tímto dochází k zatrpklosti vůči práci a vzniku šoku z praxe. V další fázi dochází k únavě, která vzniká v důsledku nadměrné práce, neorganizovanosti práce a demotivaci. Fáze únavy se může překlenout do fáze skleslosti, kdy dochází k pocitům emocionálního vyčerpání, což má vliv na negativní vztahy jak rodinné, tak i partnerské. Poslední fáze je nazvaná jako existenční beznaděj, v tomto případě se dostávají obtíže jako nespavost, bolesti hlavy, zažívací obtíže a další psychosomatické obtíže.

Jak již bylo zmíněno, ne vždy tyto fáze probíhají postupně za sebou nebo některé nemusí propuknout vůbec. Vše je dáno osobností daného jedince, jeho životní situací, rezervami, reakcemi na konflikty a mnoha dalšími faktory (Preiß, 2015).

4.2 Morální distres

Jak uvádí Mareš (2016), v současné době zahraniční i naše výzkumy se více zabývají etickými problémy související s poskytováním péče pacientům. Naopak mnohem méně se výzkumy zaměřují na prožitky zdravotnického personálu, např. jak se cítí při rozhodování eticky složitých situací (co je a není dobré pro pacienta). Dáme mu za pravdu, že situace je komplikována i díky tomu, že ve zdravotnictví existuje určitá hierarchie rolí a tím je úzce spojena i hierarchie kompetencí. Tím má autor na mysli rozdílný stupeň volnosti při rozhodování a rozdílnou míru právní odpovědnosti. Další komplikaci přináší fakt, že péče o pacienta má být týmová. Právě často neřešené etické konflikty a dilemata na pracovišti mohou u zdravotnického personálu vyvolat morální distres. Nejvíce je morální distres prozkoumán u všeobecných sester, ale postihnout může kohokoliv ze zdravotnického personálu (Nejadsarvari et al., 2015).

Nicméně A. Kondrat (2014) dodává, že morální distres není záležitostí pouze jednotlivců, ale může postihnout celý pracovní tým. Pokud se morální distres objevuje častěji, může narušit fungování daného pracoviště nebo dokonce až celé instituce. To s sebou nese riziko, že může dojít k zhoršení poskytované péče u pacientů.

Termín morální tíseň (moral distress) poprvé použil americký odborník na etiku Jameton roku 1984. Udává: „*Sestra zažívá morální distres, když dospěje k morálnímu závěru o případu, který sama řeší, ale instituce nebo spolupracovníci jí zkomplikují nebo přímo znemožní jednat v duchu tohoto rozhodnutí* (Jameton, 2013, s. 297-308).“

Jameton nezůstal pouze u momentálního aktuálního distresu, ale rozdělil jeho dvě podoby (prvotní morální distres a reaktivní morální distres). U prvotního morálního distresu dochází k navození negativních emocí, jako je např. úzkost, vztek, které se dostavují ve chvíli, kdy sestra čelí institucionálním překážkám a konfliktům se spolupracovníky. Jedná se o tzv. konflikt hodnot. Jedinec nese rozvahu nad tím, zda má jednat a vybírat z různých alternativ nebo nedělat nic. Reaktivní morální distres je také nazýván jako pozdější, z důvodu, že se dostavuje s časovým odstupem. Jedinec tudíž už nejedná pod nátlakem toho prvotního distresu. Dochází k tomu, že jedinec se v duchu k celé té situaci vrací a bádá nad tím, co neudělal nebo naopak udělat měl (Mareš, 2017).

Existuje více autorů, kteří popisují pojem morální distres, např. Austinová (2012) charakterizuje morální tíseň jako pocity frustrace a selhání. Tyto pocity se dostávají

do popředí, jakmile dojde k překážkám, které jedinci nedovolí, aby dostal morálním povinností vůči druhým lidem.

Nadále Kälvemarková et al. (2004 s. 1082-3) popisuje morální distres jako „*tradiční negativní stres, který se objevuje v situacích, jež mají etickou dimenzi. Zdravotníci, kteří se v této situaci ocitli, mají pocit, že nemohou chránit všechny zájmy a hodnoty svých klientů, které jsou v sázce.*“

Mareš (2016) vysvětluje, že dochází k tomu, že jedinec je nucen vykonat něco, s čím on sám vnitřně nesouhlasí, nepovažuje to za správné. Uvědomuje si, že z etického a mravního hlediska není správné, co vykonal. Kdyby záleželo na něm, udělal by to jinak. Jedinec se trápí tím, že se nevzeprel nadřizovanému a nezabránil něčemu špatnému. Pokud u jedince dochází k občasnému opakování morálního distresu, má to za následek kumulování reaktivního distresu. Což Webster a Balisse (2000) vysvětluje tím, že jedinec se ne vždy dokáže vyrovnat se zátěžovou situací, aniž by v jeho psychice nezůstaly negativní stopy (pocit selhání) po negativním zážitku. Jestliže dochází k hromadění a narůstání zbytků negativních stop, mluví se o tzv. morálním reziduu.

Zajímavý názor má Corley (2002), který vyvrací, že morální distres je pouze negativní jev. Je si jistý, že v určitých případech lze v morálním distresu najít i pozitiva. Hardingová (1980) doplňuje, že jestliže se u pracovníka morální distres projevil, můžeme z toho dedukovat, že se pracovník snaží poskytnout pacientovi co nejlepší péči a není mu lhostejné, jak se s pacientem na pracovišti zachází. Toto vše pozitivně poukazuje na morální hodnoty pracovníka.

Nicméně z výše uvedeného můžeme předpokládat, že nedostatek sester v praxi je způsoben na základě morálního distresu, v důsledku nenaplnění svých morálních potřeb, což se odráží na kvalitě poskytované ošetrovatelské péče. Pendry (2007) potvrzuje naši dedukci a uvádí, že mezi hlavní důvody vzniku morálního distresu patří nedostatek ošetrujícího personálu, a z toho vyplývající nedostatek času, nedostatek podpory sester ze strany vedení, podřízenost lékařů a povinnost respektovat jeho rozhodnutí. I přestože sestra cítí, že nařízení neodpovídá daným standardům nebo potřebám pacienta. Jak uvádí Boháček (2017), práce sestry je velmi náročná, zodpovědná a stále velmi podhodnocená. Sestry, které v nemocnici zůstaly, jsou přetížené. Česká asociace sester potvrzuje, že nedostatek sester v praxi s sebou nese řadu negativních důsledků. Což ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče

především tím, že přetížené a vyčerpané sestry nemohou kvalitně provádět všechny výkony, které by byly nutné. Výsledkem přetíženosti sester je odchod ze zaměstnání a vyhledávání zaměstnání v méně náročných oborech mimo zdravotnictví (© 2017 Česká asociace sester). Totéž potvrzuje i Vévoda a kol. (2013), který označuje za nejčastější příčinu odchodu sester ze zaměstnání stresující a fyzicky náročnou práci.

5 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

5.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda sestry mají zájem poskytovat moderní ošetrovatelskou péči vycházející z potřeb pacientů.

Cíl 2: Zjistit osobní názor sester na poskytování holistické péče.

Cíl 3: Zjistit míru uspokojení sester z poskytované ošetrovatelské péče s ohledem na současnou situaci v praxi.

5.2 Hypotézy

H 1: Zájem sester poskytovat moderní ošetrovatelskou péči vycházející z potřeb pacientů je závislý na počtu personálu.

H 2: Názor sester na realizaci poskytované ošetrovatelské péče je ovlivněn pracovní vytížeností sester.

H 3: Míra spokojenosti sester z poskytované ošetrovatelské péče je závislá na současné situaci v praxi.

5.3 Operacionalizace základních pojmů

V rámci operacionalizace cílů a hypotéz diplomové práce můžeme definovat tyto základní pojmy: holistická péče, moderní ošetrovatelská péče.

a) holistická péče je komplexní individualizovaná péče, ve které je centrem zájmu ošetrovaný jedinec jako celostní bio-psycho-sociálně-duchovní bytost (Farkašová et al., 2006).

b) Moderní ošetrovatelská péče je realizována pomocí ošetrovatelského procesu a vychází z vědeckých poznatků. Cílem je poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a probíhá v pěti na sobě navazujících fázích (Plevová a kol., 2011).

6 METODIKA

6.1 Metodika práce

K dosažení výsledků empirické části bylo využito kvantitativního výzkumného šetření. Pro kvantitativní šetření bylo osloveno 229 respondentů z řad sester nemocnic Libereckého kraje. Před provedením samotného dotazníkového šetření bylo získáno povolení k výzkumu a šetření bylo provedeno se souhlasem vedoucích jednotlivých pracovišť. Povolení jsou vzhledem k ochraně dat k dispozici u autorky. V kvantitativní části výzkumného šetření byla využita metoda sběru dat pomocí dotazníku (Příloha 2). Dotazník byl vytvořen na základě teoretických poznatků a studia literatury. Sloužil výhradně pro účely mé diplomové práce a byl anonymní. Obsahuje 28 otázek konstruovaných jako otevřené, polouzavřené, uzavřené. Dotazníkové šetření probíhalo v období července 2018 až března 2019. První část dotazníku je zaměřená na informace o respondentovi, jeho pohlaví, věk, kvalifikace, délku praxe a oddělení, na kterém pracuje. Druhá část je zaměřena na sestry a na jejich povědomí o poskytování holistické ošetrovatelské péče. Dále jsou otázky zaměřeny na zájem, názor a spokojenost sester s poskytováním moderní ošetrovatelské péče vycházející z potřeb pacientů. Kvantitativní data byla zpracována v programu Excel a hypotézy byly testovány v Statgraphics programu za pomoci analýzy rozptylu ANOVA a testu nezávislosti slovních proměnných.

6.2 Charakteristika výzkumných souborů

Výzkumný soubor v kvantitativní části výzkumného šetření tvořily kvalifikované sestry z Krajské nemocnice Liberec, a.s. (nemocnice Liberec, nemocnice Turnov) a Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Celkem bylo rozdáno 229 dotazníků s cílem získat co největší počet vyplněných dotazníků pro objektivnost výsledků. Vráceno bylo 207 dotazníků, návratnost tedy byla 90 %. Zpracováno bylo 180 dotazníků. V Krajské nemocnici Liberec, a.s. bylo rozdáno 90 dotazníků, návratnost činila 84 dotazníků, což je 93 %. Zpracováno bylo 77 dotazníků, to činí 86 %. 7 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění. V nemocnici Turnov, která nyní patří pod Krajskou nemocnici Liberec, a.s., bylo rozdáno 60 dotazníků, jejich návratnost byla 58 dotazníků, což je 97 %. Zpracováno bylo 44 dotazníků, což činí 73 %. 14 dotazníků muselo být vyřazeno pro úplné nevyplnění. V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o., bylo rozdáno 79 dotazníků, z nichž se vrátilo 65 dotazníků,

tedy 82 %. Ke zpracování bylo použito 59 dotazníků, tudíž 75 %, ostatní dotazníky byly vyřazeny pro jejich nevyplnění. Výzkumný soubor tvoří celkem 180 sester, tudíž 100 %.

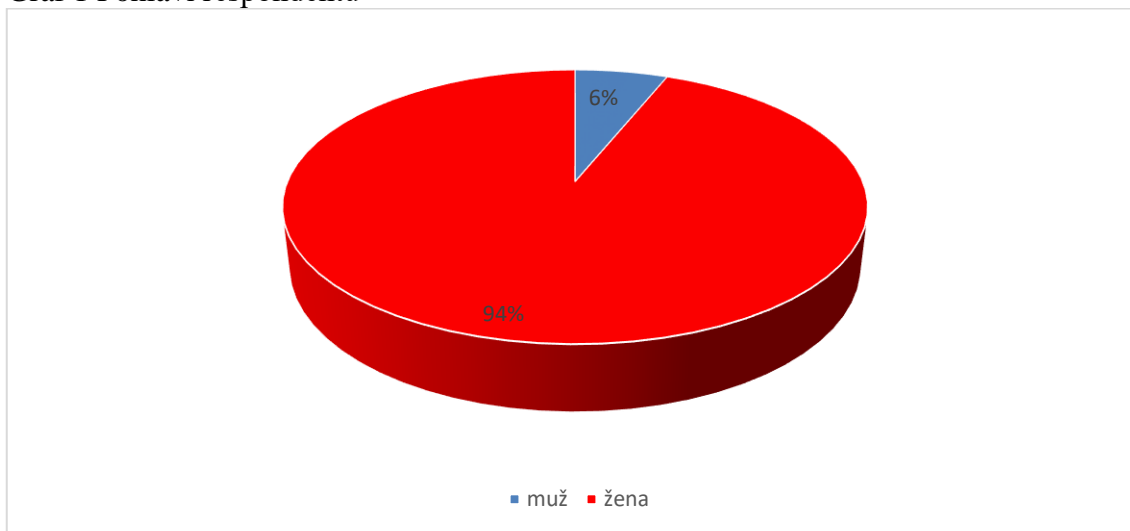
6.3 *Způsob statistického testování dat*

Hypotézy byly testovány pomocí Statgraphics programu, a to za pomoci analýzy rozptylu ANOVA a testu nezávislosti slovních proměnných. Analýza rozptylu ANOVA zjišťuje, které z kvalitativních nebo kvantitativních faktorů významně ovlivňují sledované veličiny. (Meloun a Militký, 2006). Test nezávislosti slovních proměnných ověřuje závislost dvou slovních proměnných. Dochází k testování H_0 o nezávislosti obou proměnných proti alternativní hypotéze H_1 , že tyto proměnné jsou na sobě závislé. Měření síly závislosti dvou veličin slouží Cramérův koeficient, který nabývá hodnot mezi 0 a 1. Čím blíže má k 1, tím je těsnější závislost mezi X a Y (Budíková a kol., 2010).

7 VÝSLEDKY

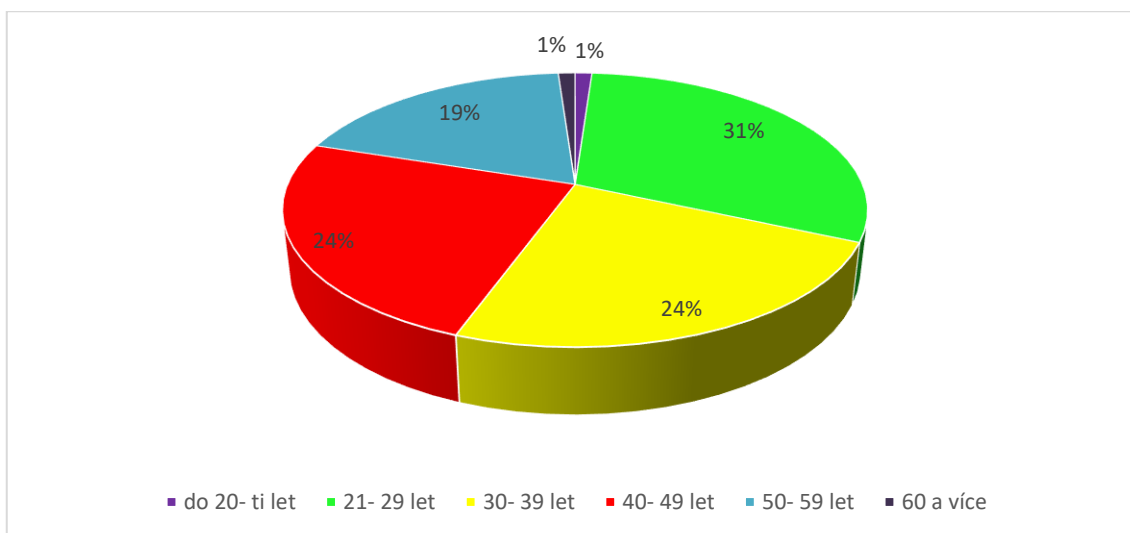
7.1 Kategorizace dat popisné statistiky kvantitativního šetření v grafech a tabulkách

Graf 1 Pohlaví respondentů



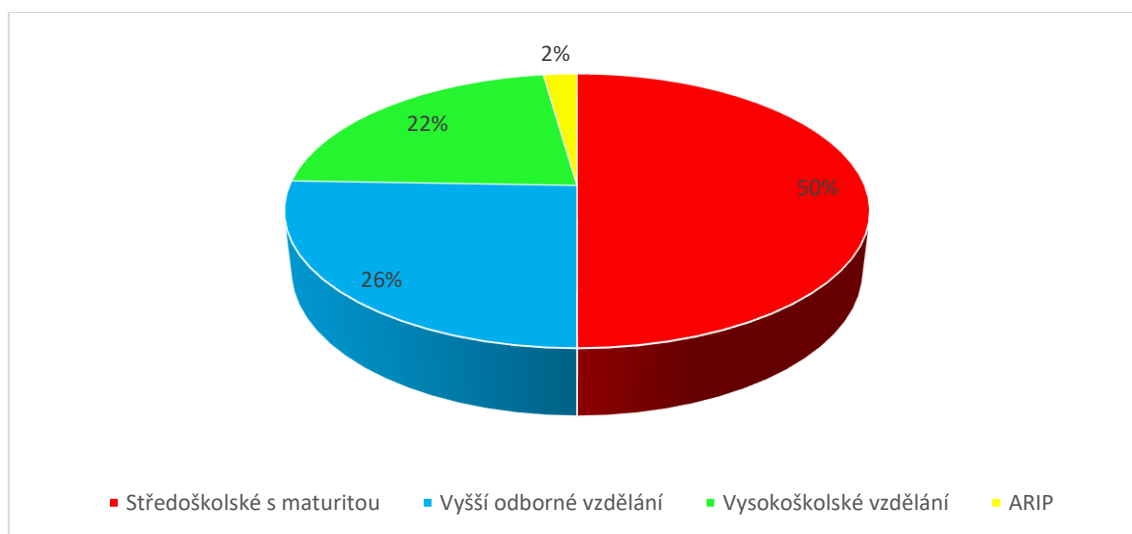
Z celkového počtu 180 respondentů bylo zastoupeno 11 (6 %) respondentů mužského pohlaví a 169 (94 %) ženského pohlaví.

Graf 2 Věk respondentů



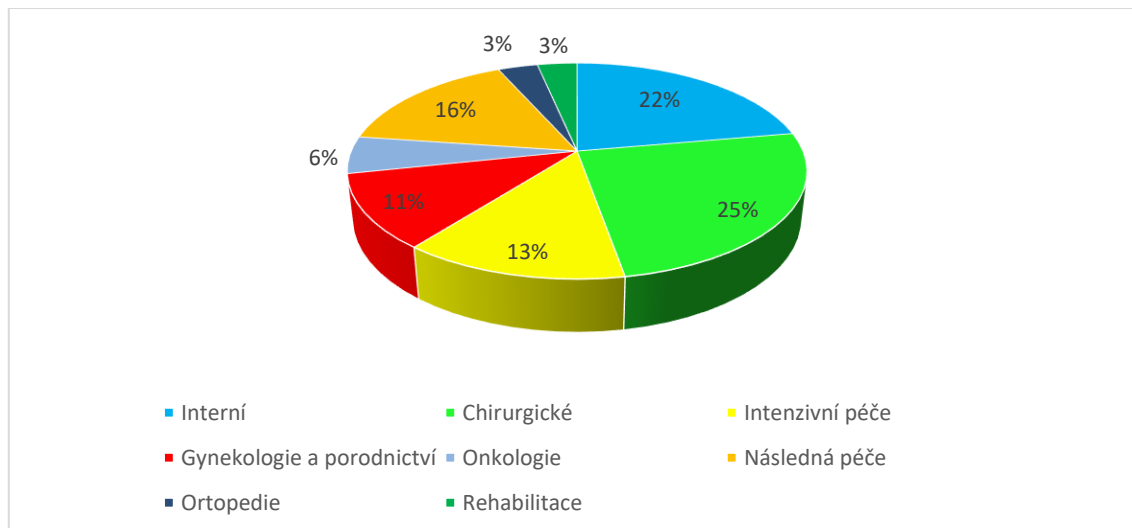
Věková hranice do dvaceti let byla zastoupena v nejmenším počtu, 2 (1 %) respondenti. Největší skupina respondentů byla ve věkové hranici 21-29 let, a to 55 (31 %) respondentů. Zastoupení věkové hranice 30-39 let pak tvořilo 43 (24 %) respondentů. Ve věkové hranici 40-49 let bylo osloveno 44 (24 %) dotazovaných a ve věkové hranici 50-59 let bylo 34 (18,89 %) respondentů. Ve stejném zastoupení jako věková hranice do dvaceti let byla zastoupena i věková kategorie 60 a více, pouze 2 (1 %) respondenty.

Graf 3 Dosažená kvalifikace



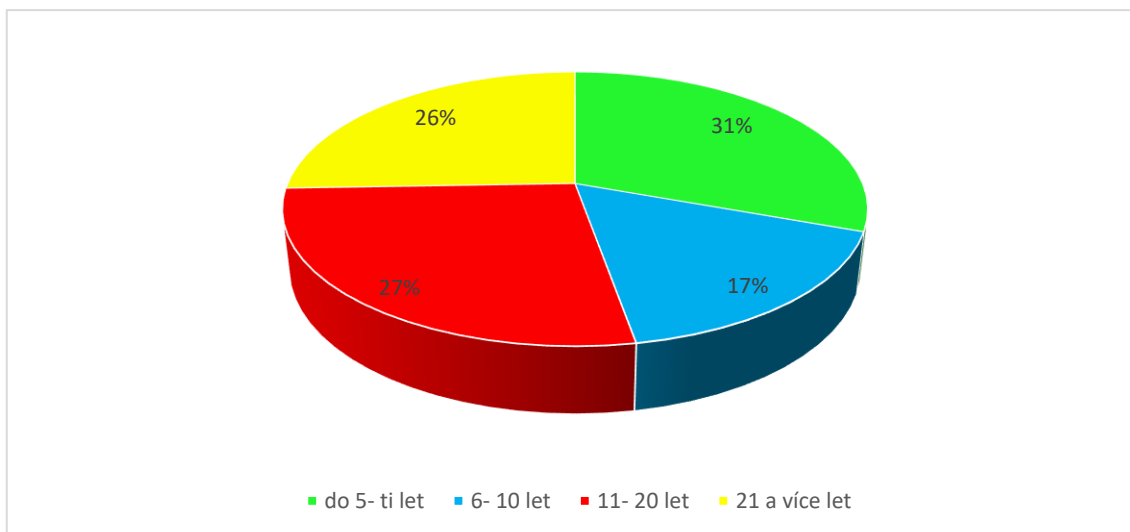
Z celkového počtu 180 respondentů bylo nejvíce 90 (50 %) respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou. 46 (26 %) respondentů mělo vyšší odborné vzdělání. Vysokoškolskou kvalifikaci mělo 40 (22 %) dotazovaných a jiné specializační vzdělání ARIP měli 4 (2 %) respondenti.

Graf 4 Pracoviště respondentů



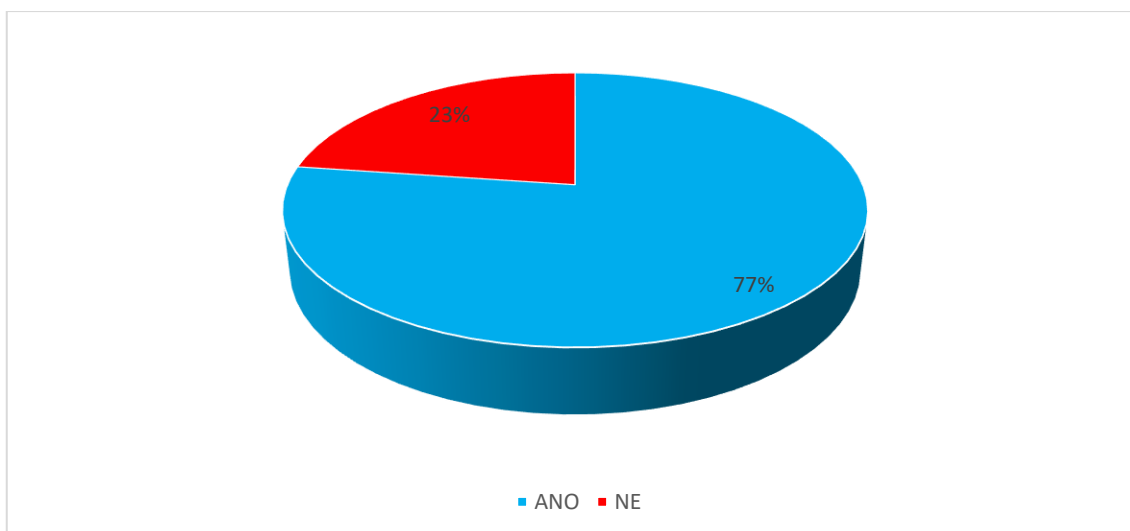
Na interním oddělení pracovalo 40 (22 %) respondentů. Nejvíce dotazovaných 45 (25 %) bylo z chirurgického oddělení. 24 (13 %) respondentů pracovalo na jednotkách intenzivní péče. 20 (11 %) respondentů bylo osloveno z gynekologicko-porodnického oddělení, 10 (6 %) respondentů pracovalo na onkologickém oddělení. 29 (16,11 %) respondentů zastoupilo oddělení následné péče a na jiných oddělení jako je rehabilitace pracovalo 6 (3 %) respondentů a na ortopedickém oddělení 6 (3 %) respondentů.

Graf 5 Délka práce ve zdravotnictví



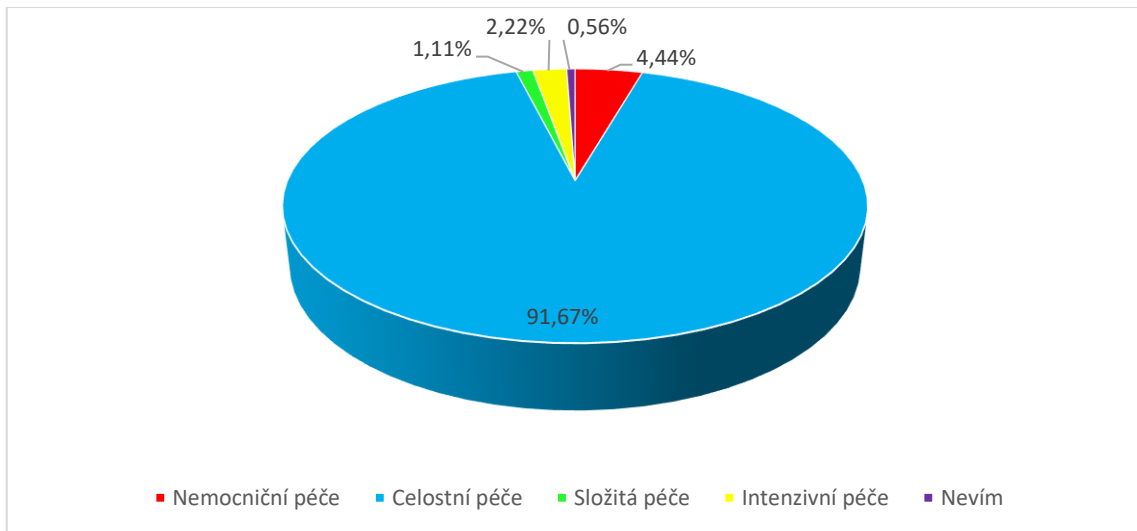
Z celkového počtu 180 respondentů má délku praxe ve zdravotnictví 5 let a méně 55 respondentů (31 %), 30 (17 %) respondentů pracuje 6-10 let, 49 (27 %) 11-20 let a 21 a více let tvoří 46 (26 %) respondentů.

Graf 6 Setkání s pojmem holistická péče



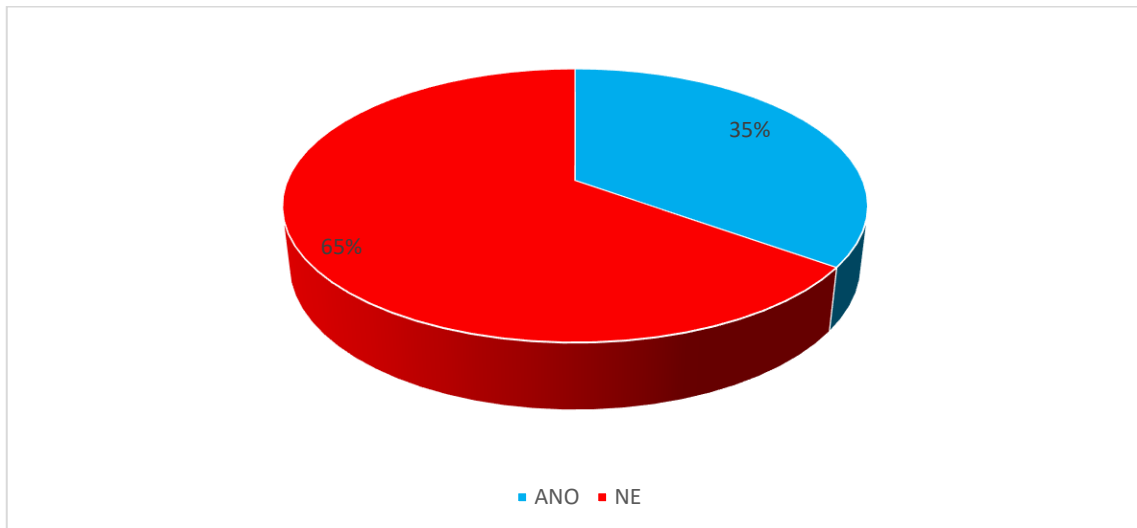
S pojmem holistická ošetrovatelská péče se setkalo 139 (77 %) respondentů. Ostatních 41 (23 %) respondentů se tímto pojmem ještě neseťkalo.

Graf 7 Znalost pojmu holistická ošetrovatelská péče



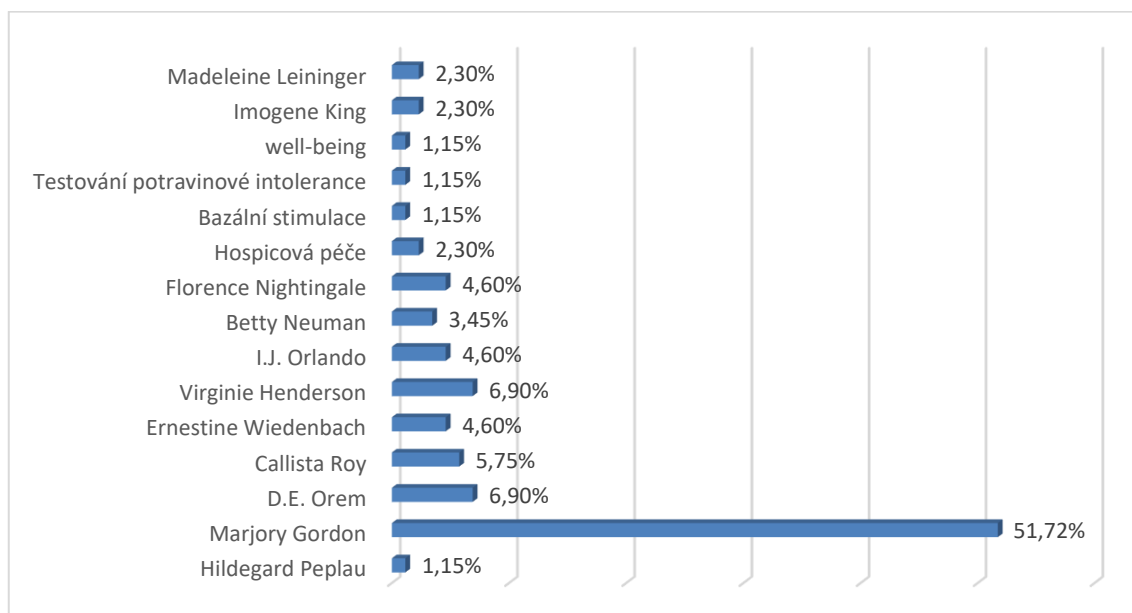
Správně uvedlo 165 (91,67 %) respondentů, že holistická ošetrovatelská péče je celostní péče. 8 (4,44 %) respondentů zvolilo odpověď nemocniční ošetrovatelská péče, 2 (1,11 %) uvedli složitou ošetrovatelskou péči, odpověď intenzivní ošetrovatelskou péči zvolili 4 (2,22 %) respondenti a odpověď nevím uvedl 1 (0,56 %) respondent.

Graf 8 Znalost koncepčních modelů



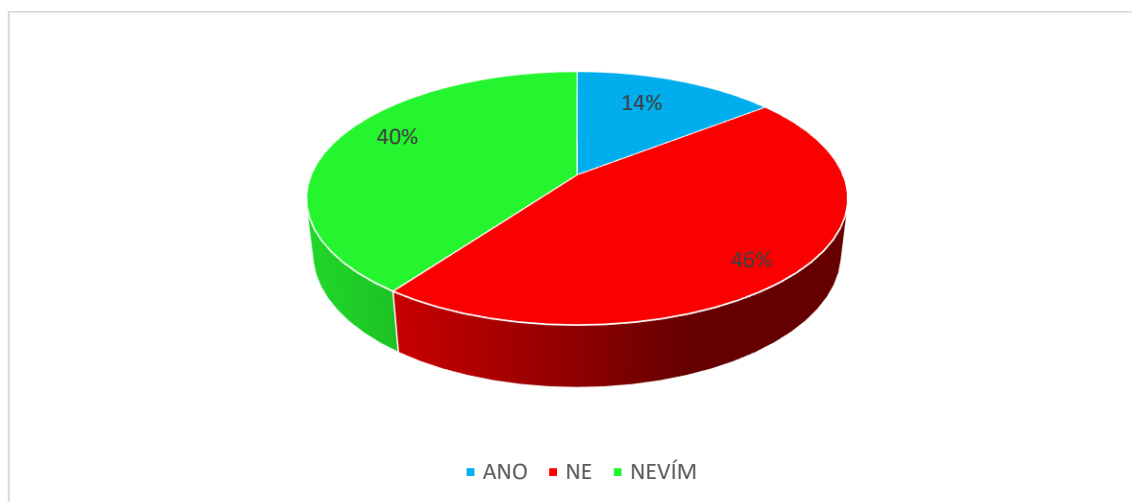
Koncepční model zabývající se holistickou ošetrovatelskou péčí nezná 117 (65 %) respondentů. Naopak 63 (35 %) respondentů uvedlo, že koncepční model zabývající se holistickou ošetrovatelskou péčí zná.

Graf 9 Znalost koncepčních modelů dle autora



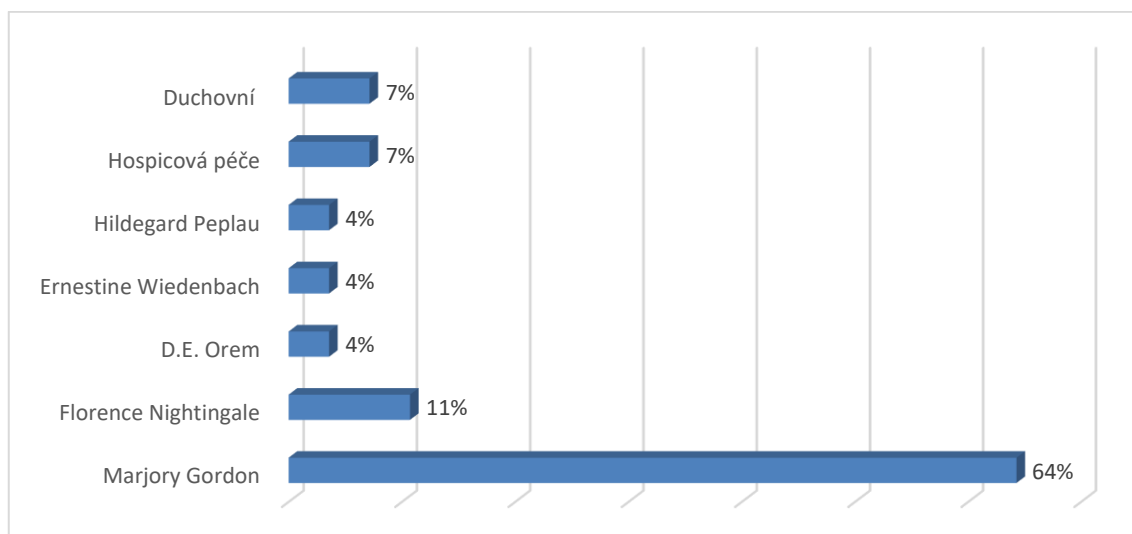
Znalost koncepčního modelu zabývající se holistickou ošetrovatelskou péčí uvedlo 63 respondentů. 45 (51,72 %) respondentů zná model dle Marjory Gordon, 6 (6,90 %) respondentů zná model Virginie Henderon. Stejně tak 6 (6,90 %) respondentů zná model Dorothy Oremové. Koncepční model dle Callisty Roy uvedlo 5 (5,75 %) respondentů. Každý z těchto modelů: I. J. Orlando; E. Wiedenbach a Florence Nightingale byl uveden 4 (4,60 %) respondenty. 3 (3,45 %) respondenti uvedli model Betty Neuman. 2 (2,30 %) respondenti zaznamenali, že existuje koncepční model hospicové péče. Stejně tak 2 (2,30 %) respondenti zmínili model Imogene King a taktéž 2 (2,30 %) respondenti zmínili model Madeleine Leininger. Poté již byly odpovědi po 1 (1,15 %) respondentovi, uvedli odpovědi: bazální stimulace, testování potravinové intolerance, well-being a koncepční model dle H. E. Peplau.

Graf 10 Aplikace koncepčního modelu na oddělení



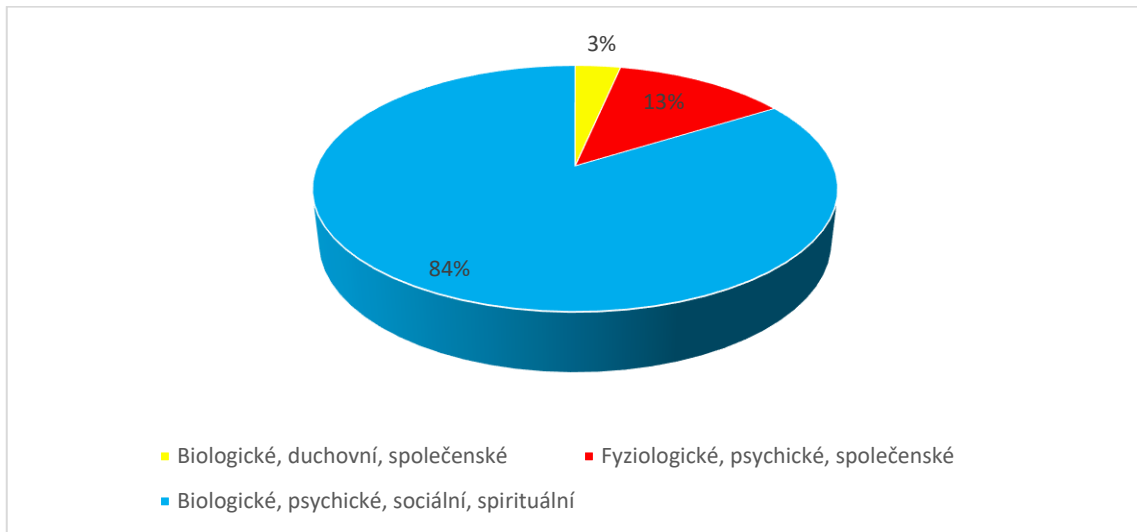
Koncepční model zabývající se holistickou ošetrovatelskou péčí neaplikuje 82 (46 %) respondentů na vlastním pracovišti. Naopak 26 (14 %) respondentů uvedlo, že na svém pracovišti aplikují koncepční model zabývající se holistickou ošetrovatelskou péčí. 70 (40 %) respondentů neví, zda aplikují nějaký koncepční model na pracovišti.

Graf 11 Aplikace koncepčního modelu na pracovišti



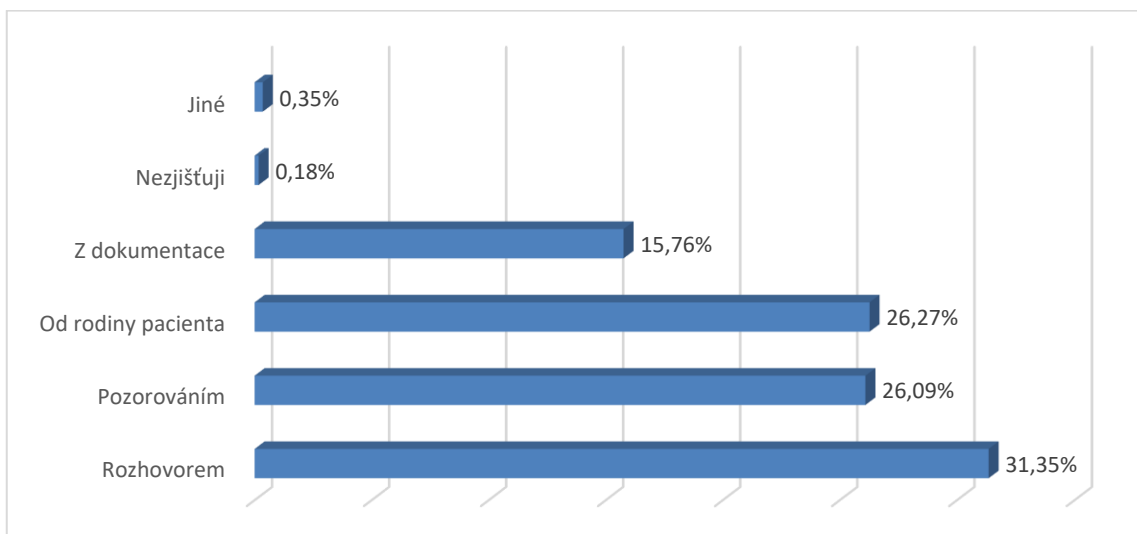
Zjišťovali jsme, jaký koncepční model sestry aplikují na pracovišti, 18 (64 %) respondentů uvedlo aplikaci modelu funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon. Model Florence Nightingale enviromentální model byl uveden 3krát (11 %). Dále 2krát (7 %) odpověď zněla duchovní model a stejně tak 2krát (7 %) odpověď zněla hospicový pokoj. Model teorie deficitu sebeděče dle D. E. Orem byl uveden 1 (4 %), stejně tak i model interpersonálních vztahů od H. Peplau 1 (4 %) a model umění pomoci od E. Wiedenbach byl uveden také 1krát (4 %).

Graf 12 Znalost potřeb jedince



Správně odpovědělo 151 (84 %) respondentů, že lidská bytost má bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. 23 (13 %) respondentů uvedlo potřeby fyziologické, psychické, společenské a 6 (3 %) respondentů zvolilo odpověď biologické, duchovní, společenské.

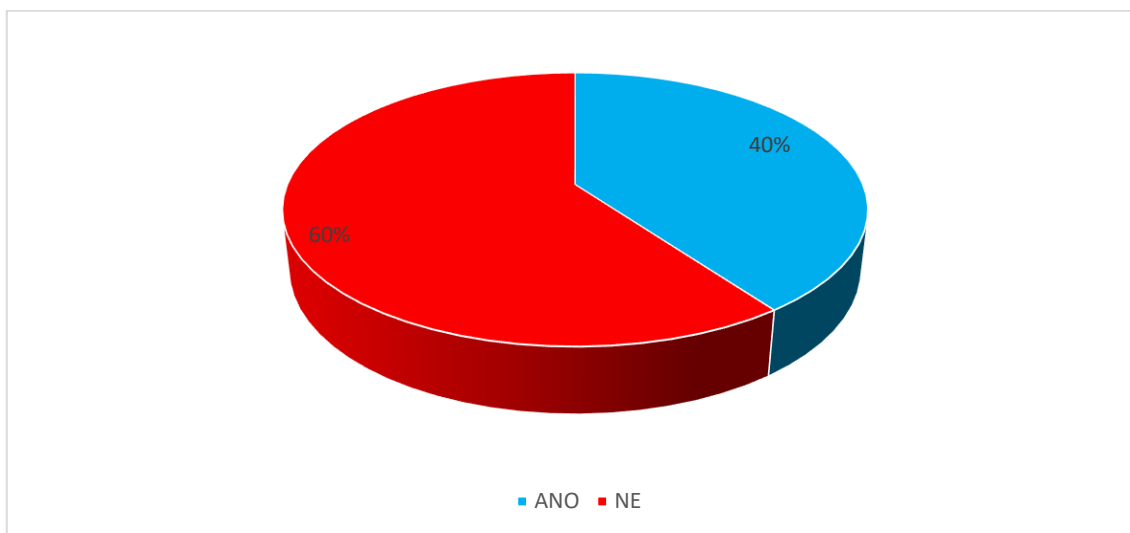
Graf 13 Způsob zajištění psychosociálních potřeb jedince



Zjišťovali jsme, jakým způsobem sestry zajišťují psychosociální potřeby pacienta/klienta. Z celkového počtu 571 odpovědí respondenti nejčastěji 179 (31,35 %) odpovědí zajišťují psychosociální potřeby jedince pomocí rozhovoru. 149 (26,09 %) odpovědí bylo uvedeno u možnosti pomocí pozorování. Možnost od rodiny pacienta byla zvolena 150krát (26,27 %). Zajišťování psychosociální potřeb pomocí dokumentace bylo uvedeno 90krát (15,76 %), možnost odpovědi nezjišťuji

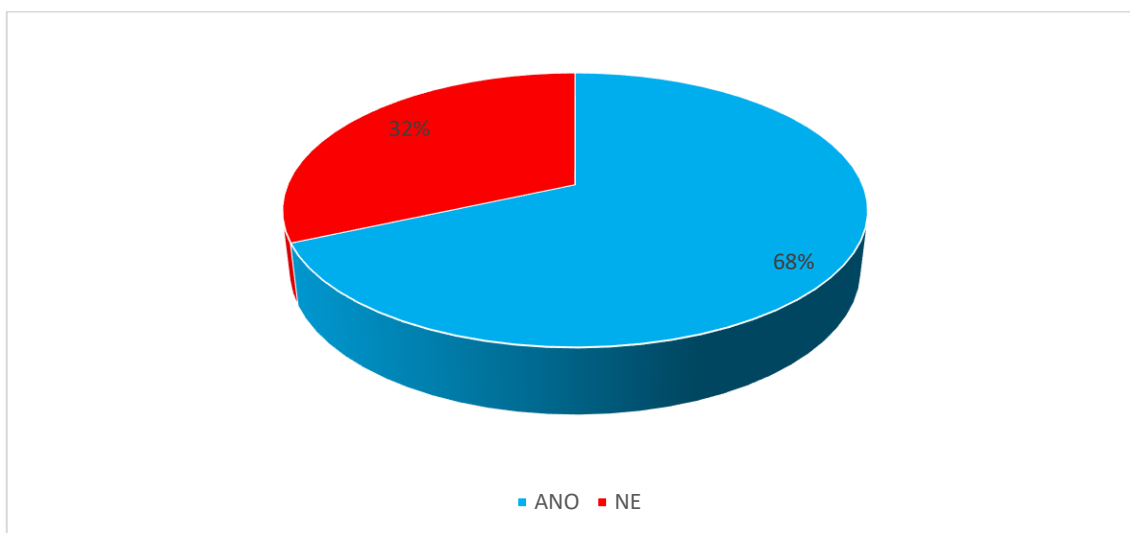
byla uvedena 1krát (0,18 %). 2 respondenti uvedli jinou odpověď, a to sice od spolupacientů a od dobrovolníků.

Graf 14 Duchovní potřeby jedince



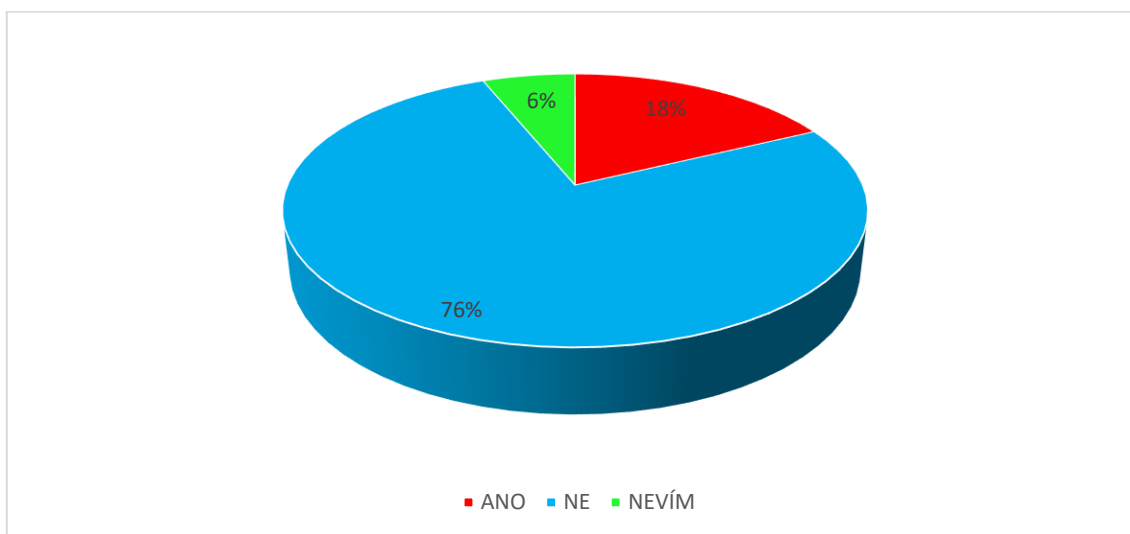
Při příjmu na oddělení se na duchovní potřeby pacienta/klienta 108 (60 %) respondentů neptá. Pouhých 72 (40 %) respondentů se na duchovní potřeby jedince při příjmu na oddělení zeptá.

Graf 15 Psychické potřeby jedince



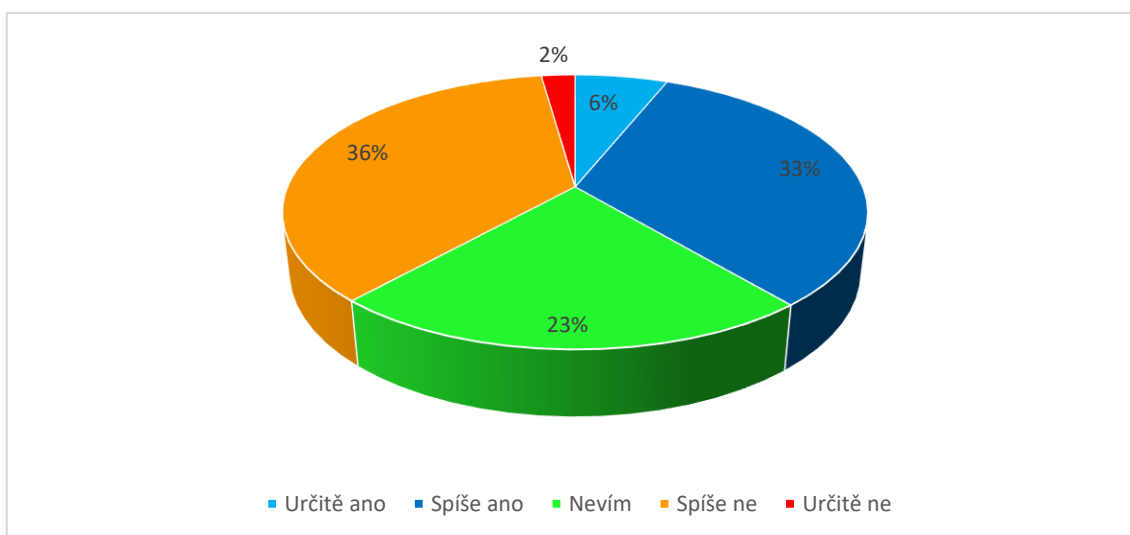
Při příjmu pacienta/klienta na oddělení se 123 (68 %) respondentů ptá na psychické potřeby jedince. 57 (32 %) respondentů se neptá na psychické potřeby jedince.

Graf 16 Uspokojování biologických potřeb



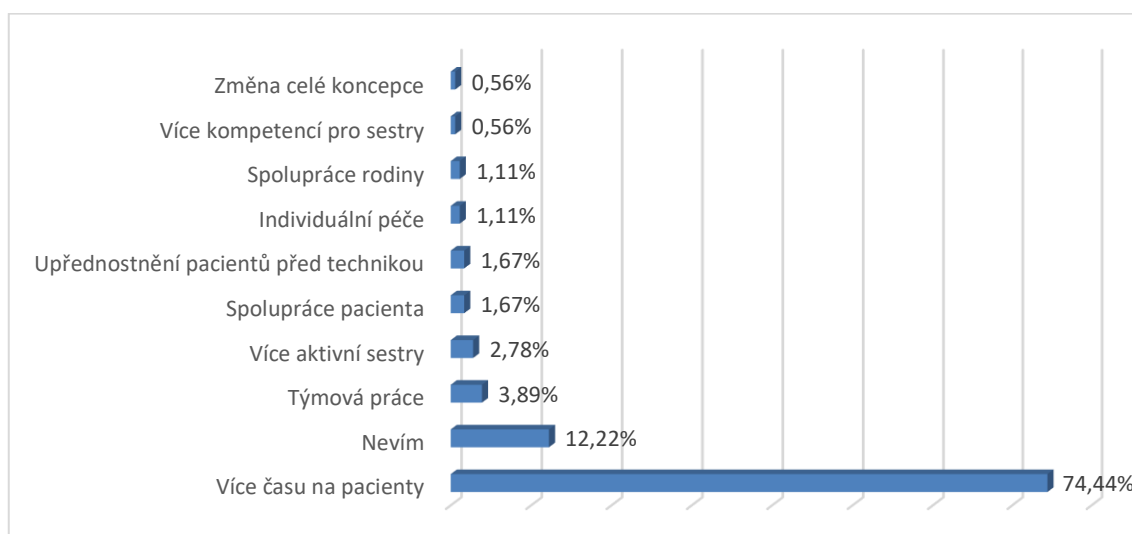
Z celkového počtu 180 respondentů pouhých 32 (18 %) z nich uvedlo možnost ano. Tedy, že se soustředí především na uspokojování biologických potřeb pacienta/klienta a ostatní nechávají stranou. 137 (76 %) respondentů uvedlo, že se nesoustředí pouze na uspokojování potřeb biologických a 11 (6 %) respondentů neví, zda uspokojují především biologické potřeby pacienta/klienta a ostatní nechávají stranou.

Graf 17 Efektivní aplikace holistického přístupu



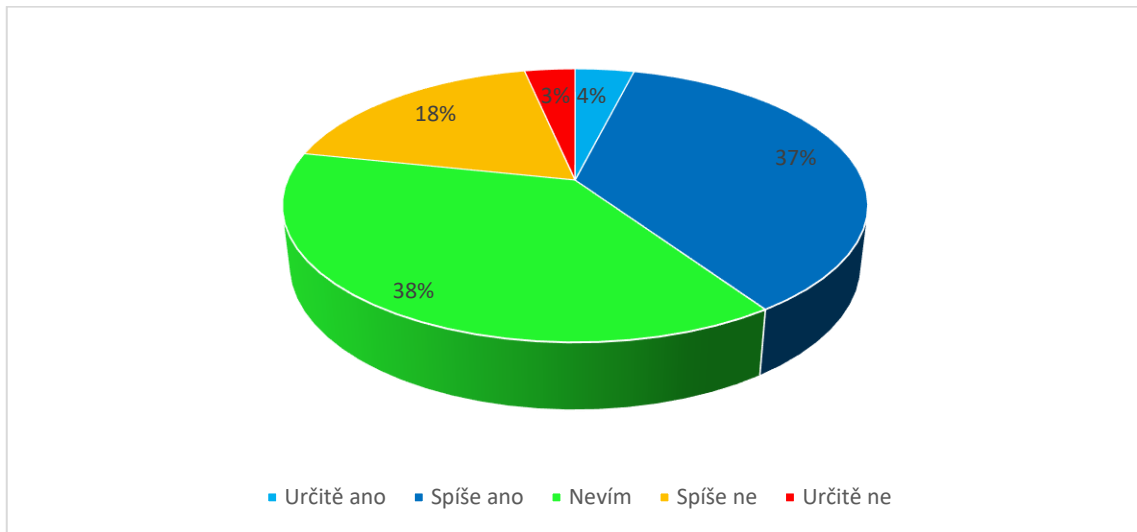
S ohledem na současný stav ošetrovatelství si 11 (6 %) respondentů myslí, že je určité reálné efektivně aplikovat holistický přístup k pacientovi/klientovi na oddělení. 59 (33 %) respondentů zvolilo odpověď spíše ano, 41 (23 %) respondentů neví, zda je to reálné. Nejvíce 65 (36,11 %) respondentů si myslí, že spíše nelze efektivně aplikovat holistický přístup na oddělení a 4 (2,22 %) respondenti si myslí, že to určité nelze.

Graf 18 Podmínky pro efektivní aplikaci holistického přístupu



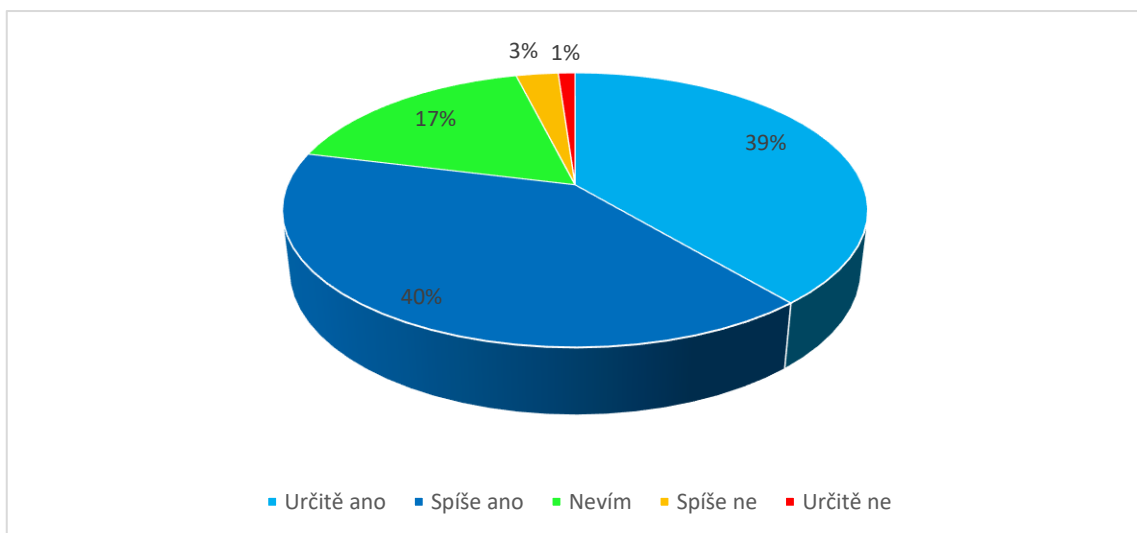
Zjišťovali jsme, za jakých podmínek by šlo efektivně aplikovat holistický přístup k pacientovi/klientovi na pracovišti, s ohledem na současný stav ošetrovatelství. 134 (74,44 %) respondentů si myslí, že by to šlo, kdyby bylo více času na pacienty, a s tím je spojeno i více personálu a méně administrativy. 7 (3,89 %) respondentů si myslí, že za podmínek týmové práce a 5 (2,78 %) respondentů uvedlo za podmínek více aktivních sester lze efektivně aplikovat holistický přístup. Dále si 3 (1,67 %) respondenti myslí, že ho lze aplikovat za předpokladu spolupracujícího pacienta, 2 (1,11 %) respondenti uvedli za předpokladu spolupráce rodiny a zrovna tak 2 (1,11 %) respondenti uvedli za podmínek poskytování individuální péče. Dále 3 (1,67 %) respondenti uvedli, jestliže nebudeme techniku upřednostňovat před pacienty, lze také efektivně aplikovat holistický přístup. 1 (0,56 %) respondent si myslí, že k docílení efektivní aplikace holistického přístupu by vedla změna celé koncepce a zrovna tak 1 (0,56 %) respondent uvedl za podmínky přidání kompetencí sestrám. 22 (12,22 %) respondentů nedokázalo odpovědět na otázku, proto zvolili odpověď typu nevím.

Graf 19 Poskytování holistické ošetrovatelské péče v nemocnici



Z celkového počtu 180 respondentů 7 (4 %) z nich si myslí, že je určitě poskytována holistická ošetrovatelská péče v jejich nemocnici, 66 (37 %) odpovědělo spíše ano, 68 (38 %) respondentů neví, 33 (18 %) uvedlo odpověď spíše ne a 6 (3 %) respondentů je přesvědčeno, že určitě není poskytována holistická ošetrovatelské péče v jejich nemocnici.

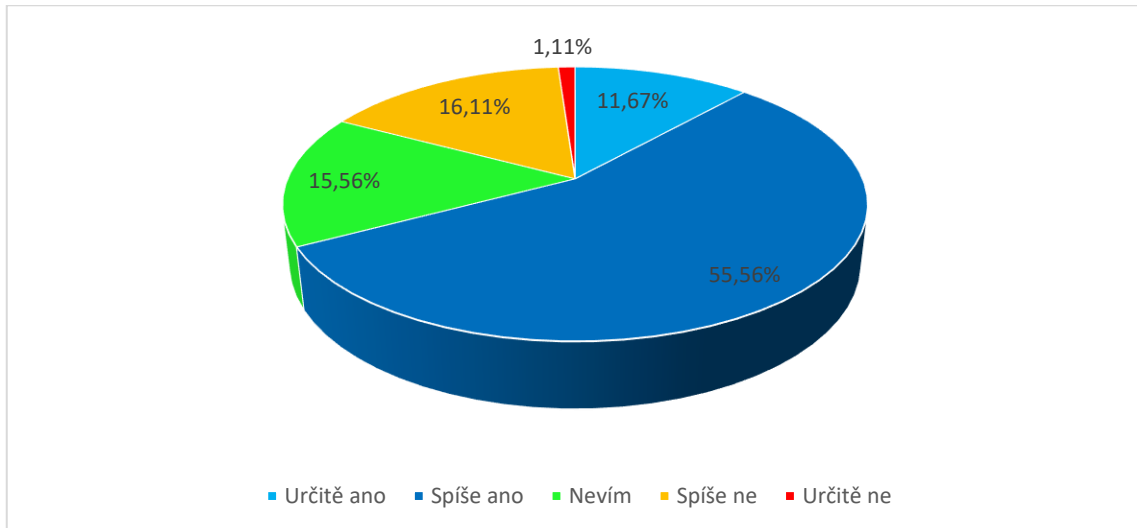
Graf 20 Zařazení holistické ošetrovatelské péče do praxe



Z celkového počtu 180 respondentů 70 (39 %) z nich je přesvědčeno, že zařazení holistické ošetrovatelské péče do praxe by určitě vedlo ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a efektivnímu uspokojování potřeb pacientů/klientů. 72 (40 %) respondentů si myslí spíše ano, 31 (17 %) respondentů neví. Dále si 5 (3 %) respondentů myslí, že by to spíše nevedlo ke zkvalitnění péče a 2 (1 %) respondenti odpověděli,

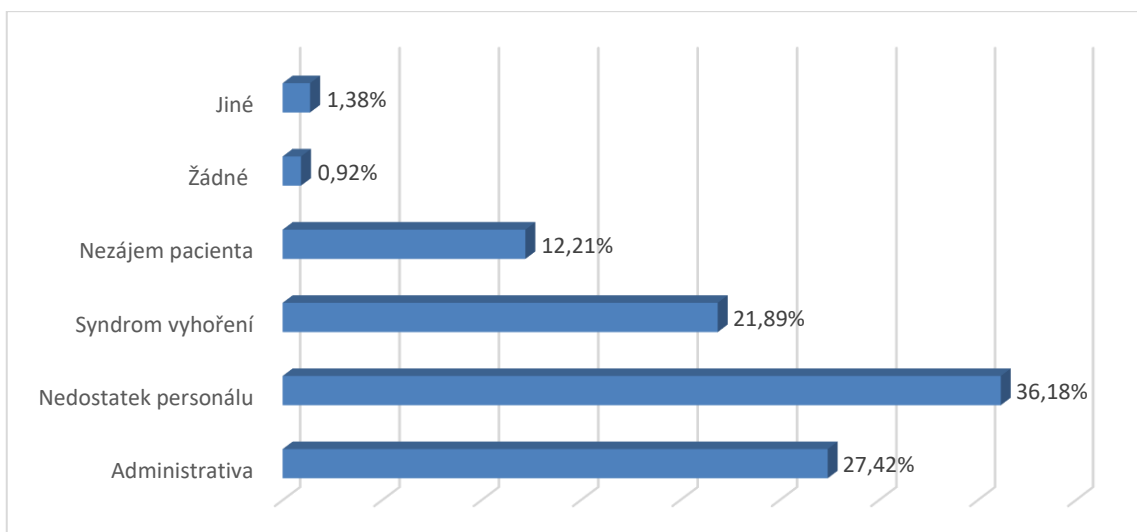
že by to určitě nevedlo ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a efektivnímu uspokojování potřeb pacientů/klientů.

Graf 21 Holistická ošetrovatelská péče samozřejmou součástí práce sester



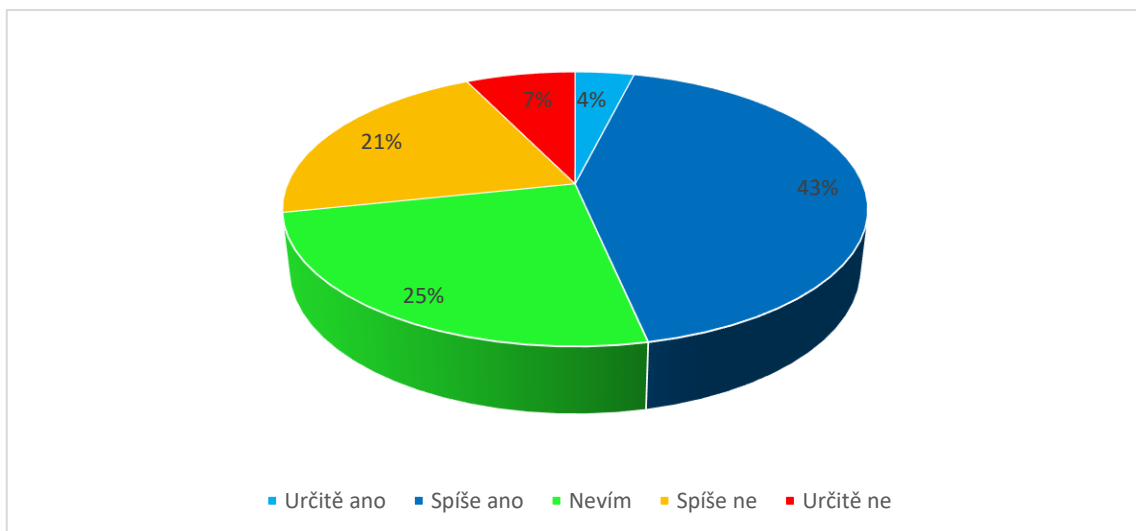
Z celkového počtu 180 respondentů pouhých 21 (11,67 %) z nich vnímá holistickou ošetrovatelskou péči na obecné úrovni jako samozřejmou součást práce sester. 100 (55,56 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 28 (15,56 %) respondentů neví a skoro stejně tak 29 (16,11 %) respondentů odpovědělo, že holistickou péči spíše nevnímají jako běžnou součást práce sester. 1 (1,11 %) respondent to určitě tak nevnímá.

Graf 22 Hlavní příčiny neuspokojování potřeb jedince



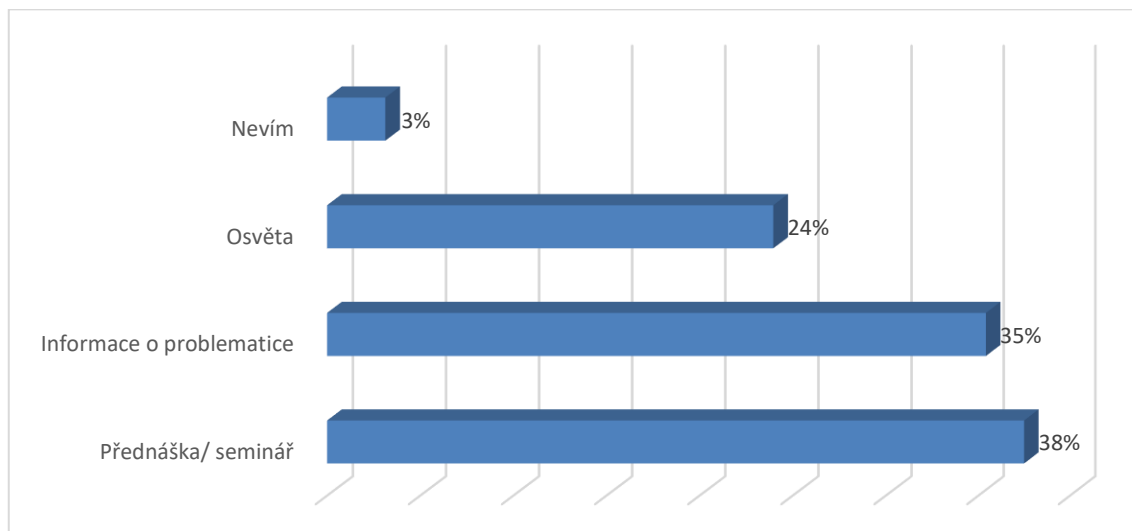
Zjišťovali jsme, jaké jsou nejčastější příčiny neuspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta/klienta. Z celkového počtu 434 odpovědí byla 119krát (27,42 %) označena odpověď administrativa. 157 (36,18 %) odpovědí bylo uvedeno u nedostatku personálu, možnost syndrom vyhoření byla zvolena 95krát (21,89 %), možnost nezáměr pacienta byla zvolena 53krát (12,21 %) a u odpovědi: žádné, uspokojují potřeby pacientů, byla zvolena odpověď 4krát (0,92 %). 6 (1,38 %) respondentů odpovědělo jiné, kdy jejich příčiny zněly: krátkodobá hospitalizace, nastavení současného zdravotního systému, nespolupracující rodina, neznalost důležitosti spirituálních potřeb a 2 z nich se shodli na tom, že sestry nemají zájem uspokojovat potřeby jedince.

Graf 23 Znalosti v oblasti holistické ošetrovatelské péče



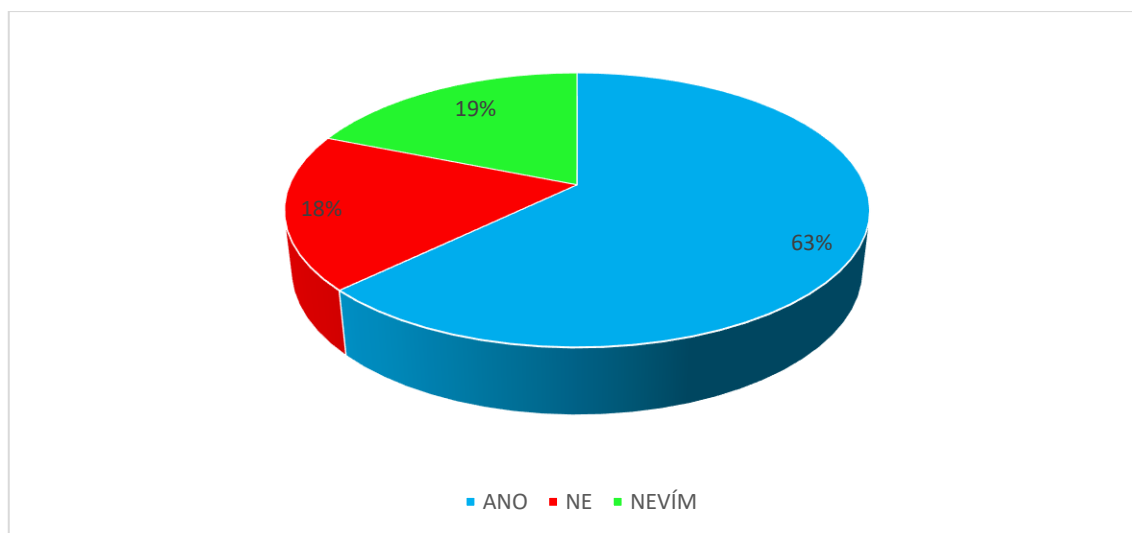
Z celkového počtu 180 respondentů si 7 (4 %) z nich myslí, že má dostatek znalostí a dovedností v oblasti holistické ošetrovatelské péče vzhledem k péči, kterou poskytuje. 77 (43 %) respondentů uvedlo spíše ano, 45 (25 %) respondentů neví, 38 (21 %) respondentů odpovědělo spíše ne a 13 (7 %) respondentů si je jistých, že určitě nemají dostatek znalostí a dovedností.

Graf 24 Opatření vedoucí ke zlepšení znalostí a dovedností v oblasti holistické péče



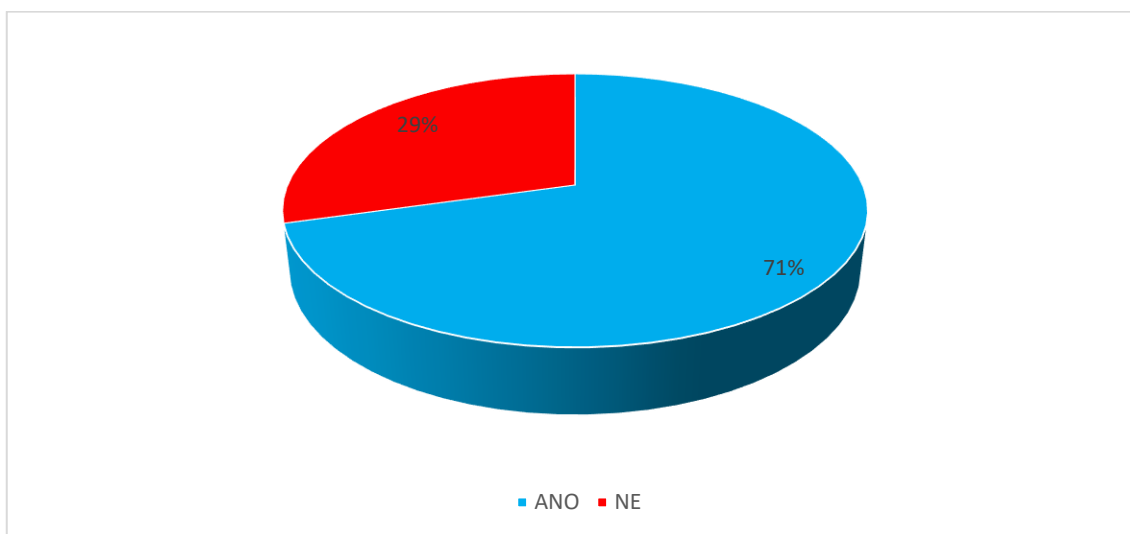
Zjišťovali jsme, co by bylo potřeba ke zlepšení znalostí a dovedností v oblasti holistické ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 96 odpovědí znělo 36 (38 %) odpovědí: vhodná přednáška na téma. 34 (35 %) odpovědí byly informace o problematice. 23 (24 %) odpovědí byla osvěta a 3 (3 %) odpovědi zněly: nevím.

Graf 25 Zájem o rozšiřování znalostí v oblasti holistické ošetrovatelské péče



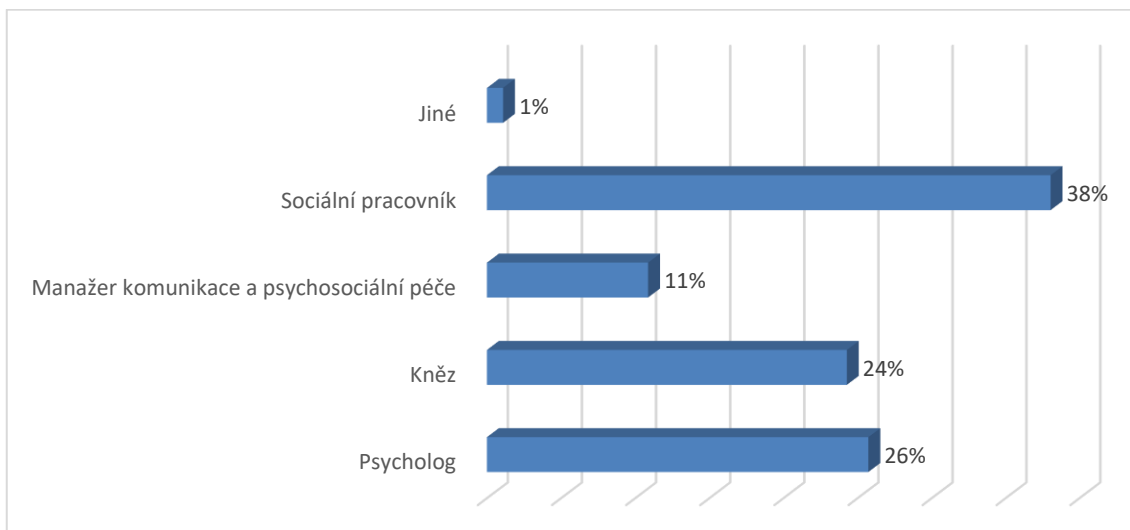
Z celkového počtu 180 respondentů má 114 (63 %) z nich zájem o rozšiřování znalostí a dovedností týkající se oblasti holistické ošetrovatelské péče. 32 (18 %) respondentů tento zájem nejeví a 34 (19 %) si není jisto, zda by se chtěli v této oblasti vzdělávat.

Graf 26 Využití dalších odborníků



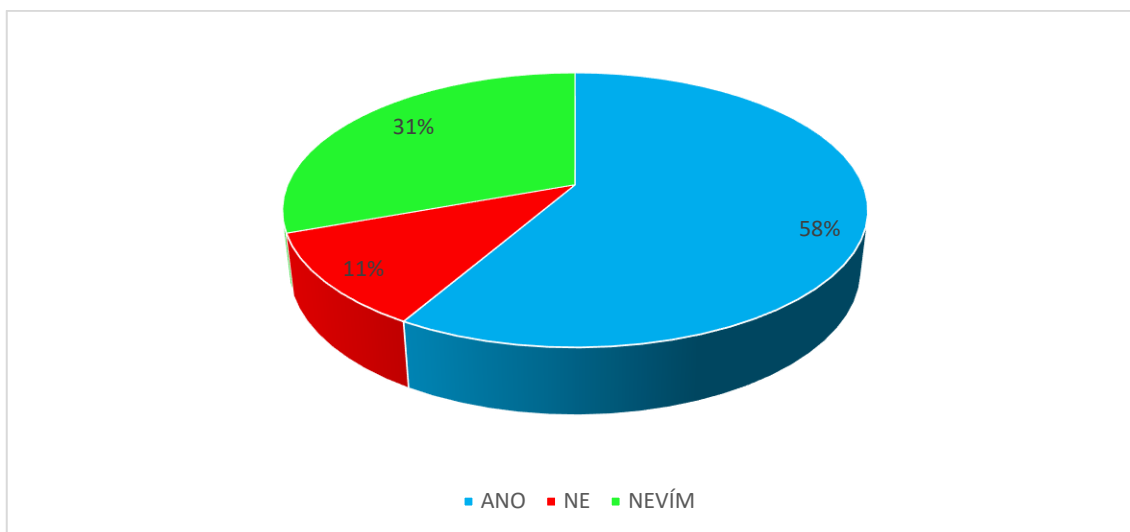
Nápomocných služeb při uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta/klienta již někdy využilo 127 (71 %) respondentů. 53 (29 %) respondentů tyto služby zatím nevyužilo.

Graf 27 Možnosti využitých dalších služeb



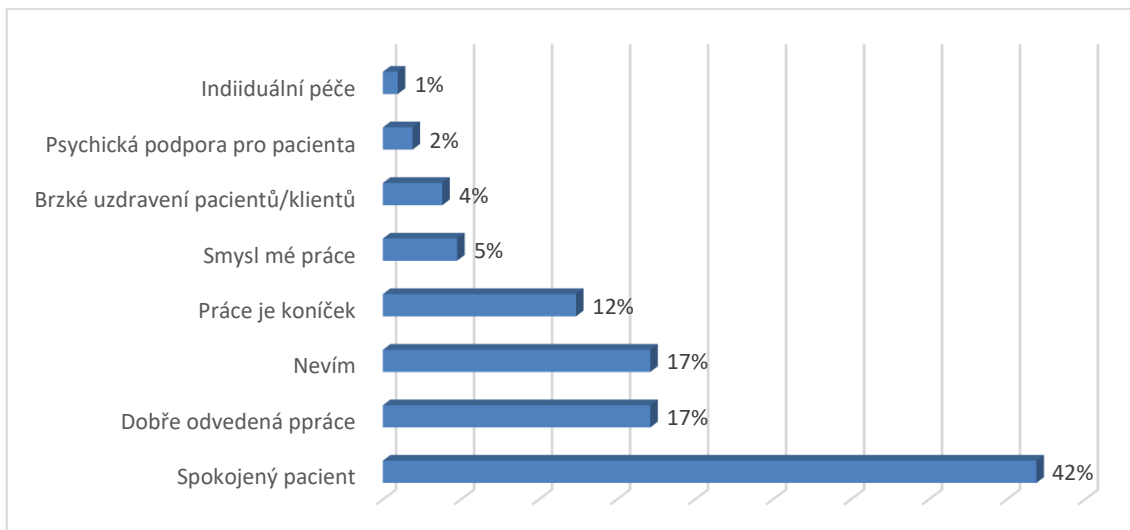
Zajímalo nás, které další služby respondenti již někdy využili k uspokojení bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta/klienta. Z celkového počtu 274 odpovědí 105 (38 %) z nich poukázalo na to, že respondenti využili sociálního pracovníka. 71 (26 %) odpovědí bylo zvoleno u možnosti psycholog, možnost kněz obsahovala 67 (24 %) odpovědí a možnost manažer komunikace a psychosociální péče obsahovala 31 (11 %) odpovědí. Odpověď jiné byla označena 3krát (1 %), kde byl uveden 2krát dobrovolník a jednou tlumočnick.

Graf 28 Spokojenost respondentů s poskytovanou péčí na pracovišti



Spokojenost s ošetrovatelskou péčí poskytovanou na vlastních pracovištích projevilo 105 (58 %) respondentů. U 20 (11 %) respondentů tomu tak není a s poskytovanou péčí spokojeni nejsou. 55 (31 %) respondentů uvedlo, že neví.

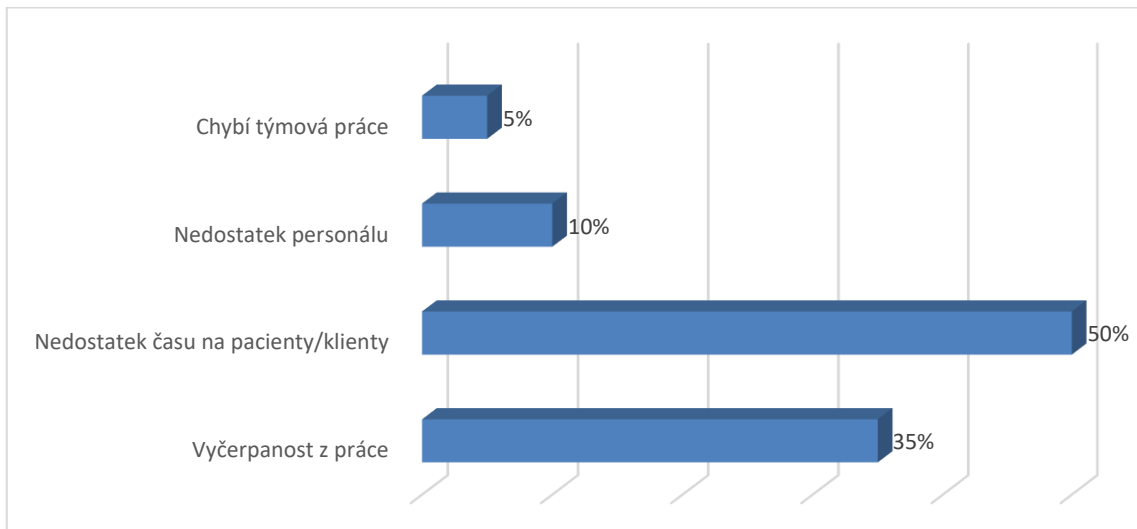
Graf 29 Důvod spokojenosti respondentů



Z celkového počtu 105 odpovědí znělo 44 (42 %) odpovědí, že pokud je spokojený pacient, jsou spokojeni i respondenti z péče, kterou jedincům poskytují. Dále 18 (17 %) respondentů pociťuje uspokojení, protože vědí, že odvádí dobře svoji práci. Stejně tak i 18 (17 %) respondentů nedokázalo svoji odpověď odůvodnit, proto uvedli, že neví. 13 (12 %) respondentů uvedlo, že práci mají jako koníček, 5 (5 %) respondentů vidí povolání sestry a s tím spojenou ošetrovatelskou péčí jako smysl jejich práce. 4 (4 %)

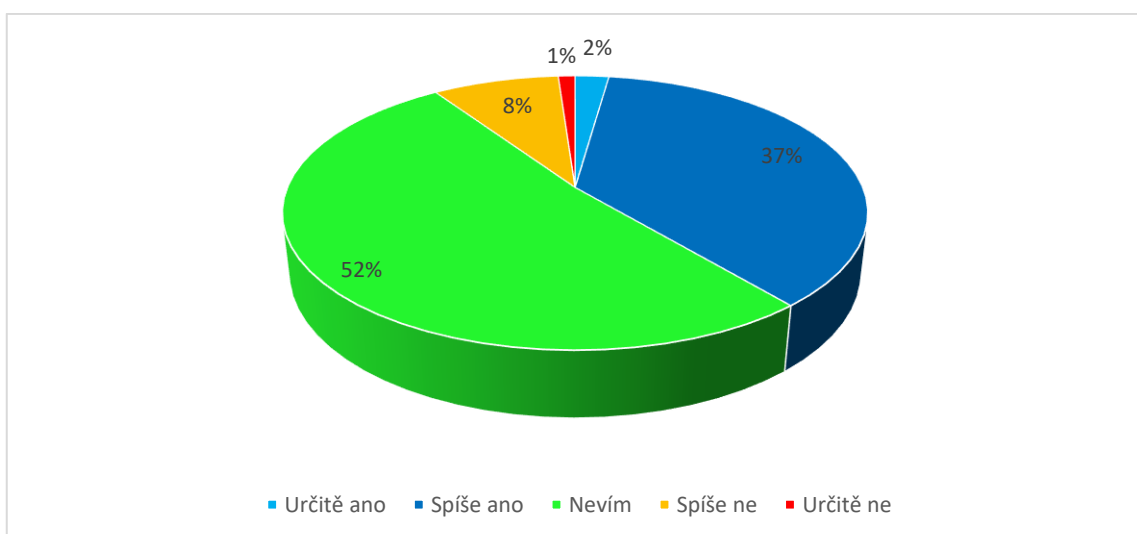
respondenty uspokojuje, když vidí brzké uzdravení pacientů, 2 (2 %) respondenti jsou spokojeni z důvodu poskytování psychické podpory pacientovi/klientovi a 1 (1 %) respondent uvedl spokojenost z důvodu prováděné individuální péče.

Graf 30 Důvod nespokojenosti respondentů



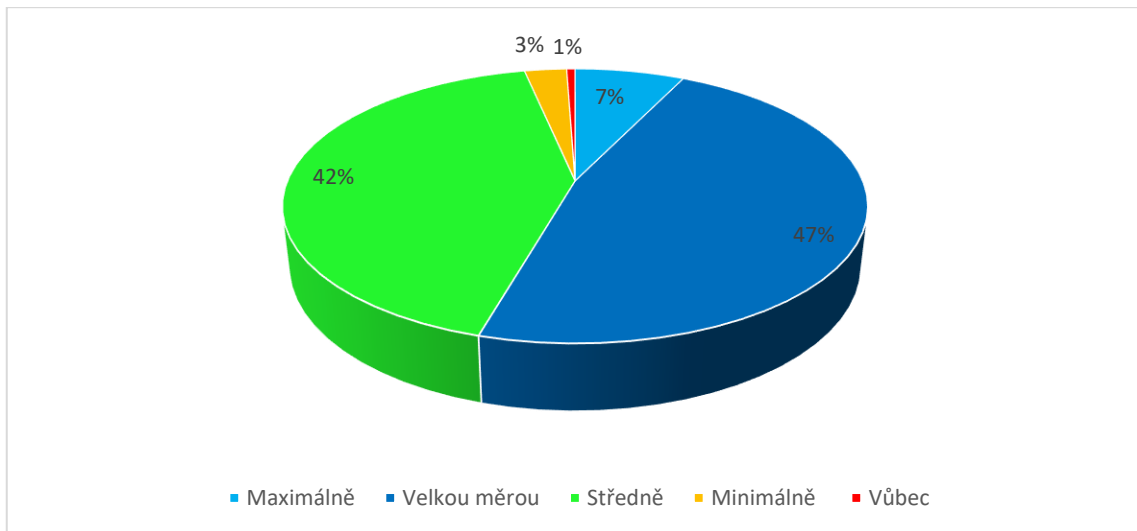
Celkově je nespokojených 20 respondentů. 7 (35 %) z nich uvedlo, že nepociťují uspokojení z ošetrovatelské péče, protože jsou z práce vyčerpaní, 10 (50 %) respondentů odpovědělo, že je nedostatek času na pacienty/klienty. Další 2 (10 %) respondenti uvedli nespokojenost z důvodu nedostatku personálu a 1 (5 %) respondent uvedl, že na pracovišti chybí týmová práce.

Graf 31 Spokojenost respondentů v nemocnici s poskytovanou péčí



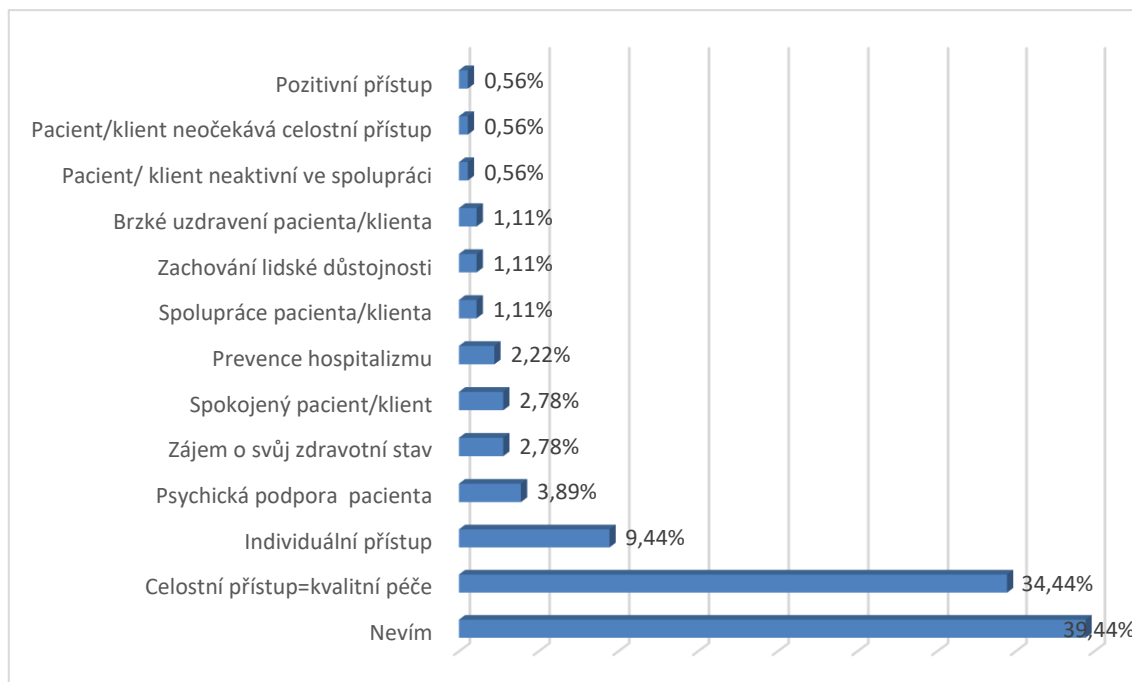
Sestry v nemocnicích jsou určitě spokojené z prováděné ošetrovatelské péče na vlastních pracovištích, to uvedli 4 (2 %) respondenti, 66 (37 %) respondentů zvolilo odpověď spíše ano, možnosti odpovědi nevím využilo 93 (52 %) respondentů, 15 (8 %) respondentů si myslí, že sestry spíše nejsou spokojeni z prováděné ošetrovatelské péče a 2 (1 %) respondenti zvolili odpověď určitě ne.

Graf 32 Ovlivnění kvality péče pomocí holistického přístupu



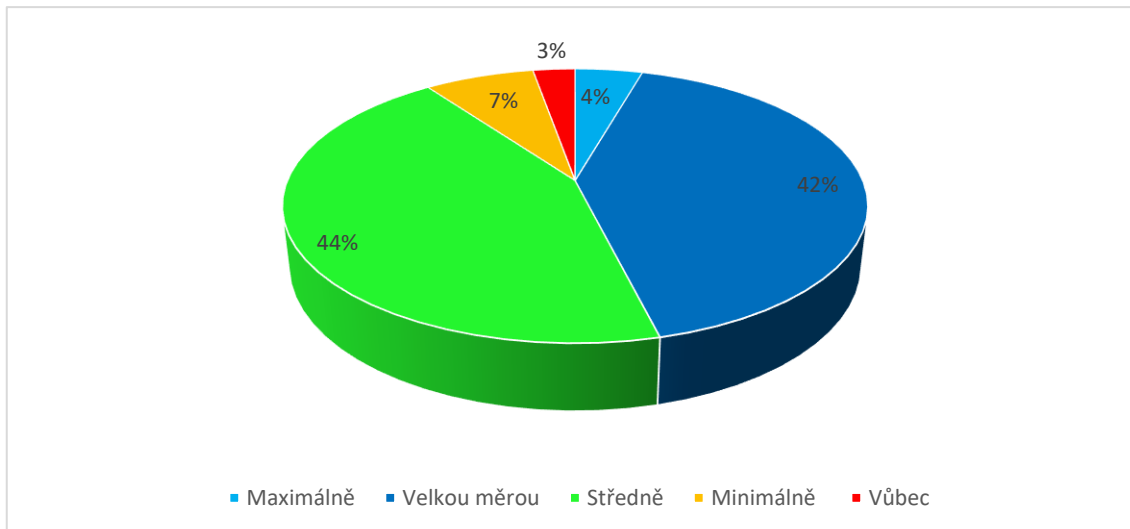
Z tohoto grafu vyplývá, že nejvíce 85 (47 %) respondentů si myslí, že kvalita ošetrovatelské péče se dá velkou měrou ovlivnit holistickým přístupem. Dále 76 (42 %) respondentů uvedlo, že průměrně se dá pomocí holistického přístupu ovlivnit kvalita ošetrovatelské péče. Možnost odpovědi maximálně zvolilo 13 (7 %) respondentů, 5 (3 %) respondentů si myslí, že se dá minimálně ovlivnit kvalita ošetrovatelské péče pomocí holistického přístupu a pouze 1 (1 %) respondent zvolil odpověď, že holistický přístup vůbec neovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče.

Graf 33 Důvod ovlivnění kvality péče



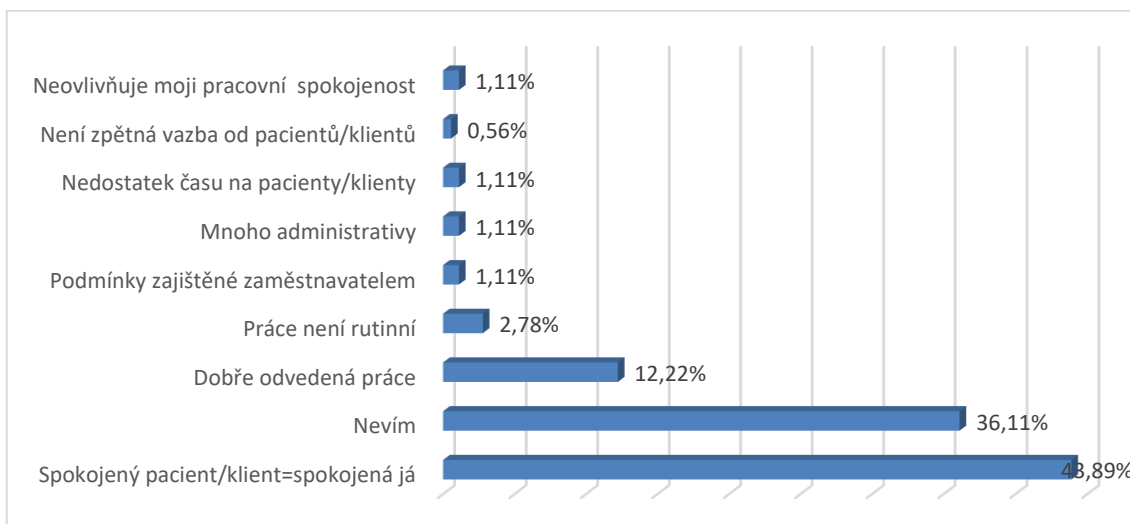
Důvod, který ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče k pacientům/klientům pomocí holistického přístupu, nejčastěji udávalo 62 (34,44 %) respondentů. Celostní přístup vnímají jako kvalitní ošetrovatelskou péči. Dále 29 (9,44 %) respondentů uvedlo individuální přístup k pacientům/klientům, 7 (3,89 %) uvedlo, že tak dochází k psychické podpoře pacienta, 5 (2,78 %) respondentů popsalo, že to vede k většímu zájmu pacientů/klientů o jejich vlastní zdravotní stav, stejně tak 5 (2,78 %) respondentů si myslí, pokud se aplikuje holistický přístup, přináší to uspokojení pro pacienty/klienty. Někteří 4 (2,22 %) uvedli, že tak dochází k prevenci hospitalizmu. 2 (1,11 %) respondenti uvedli, že dochází k aktivizaci a k lepší spolupráci ze stran pacienta, také 2 (1,11 %) respondenti uvedli, že holistický přístup přináší s sebou zachování lidské důstojnosti. Poté 1 (0,56 %) respondent uvedl důvody jako: brzké uzdravení pacientů, pozitivní přístup, výsledky zlepšení zdravotního stavu během několika dní. Někteří respondenti 1 (0,56 %) si myslí, že pacienti neočekávají celostní přístup a jsou neaktivní ve spolupráci. Nejvíce 71 (39,44 %) respondentů nedokázalo svoji odpověď odůvodnit, proto zvolili odpověď typu nevím.

Graf 34 Vliv holistického přístupu na pracovní spokojenost respondentů



Z grafu vyplývá, že nejvíce dle 79 (44 %) respondentů holistický přístup ovlivňuje průměrně pracovní spokojenost. 75 (42 %) respondentů uvedlo, že se na jejich pracovní spokojenosti podílí velkou měrou holistický přístup k pacientům/klientům. Méně 8 (4 %) respondentů zvolilo možnost odpovědi – maximálně ovlivňuje pracovní spokojenost. 13 (7 %) respondentů uvedlo, že holistický přístup pracovní spokojenost ovlivňuje pouze minimálně a 5 (3 %) respondentů zvolilo odpověď typu vůbec.

Graf 35 Prvky vlivu holistického přístupu na pracovní spokojenost respondentů



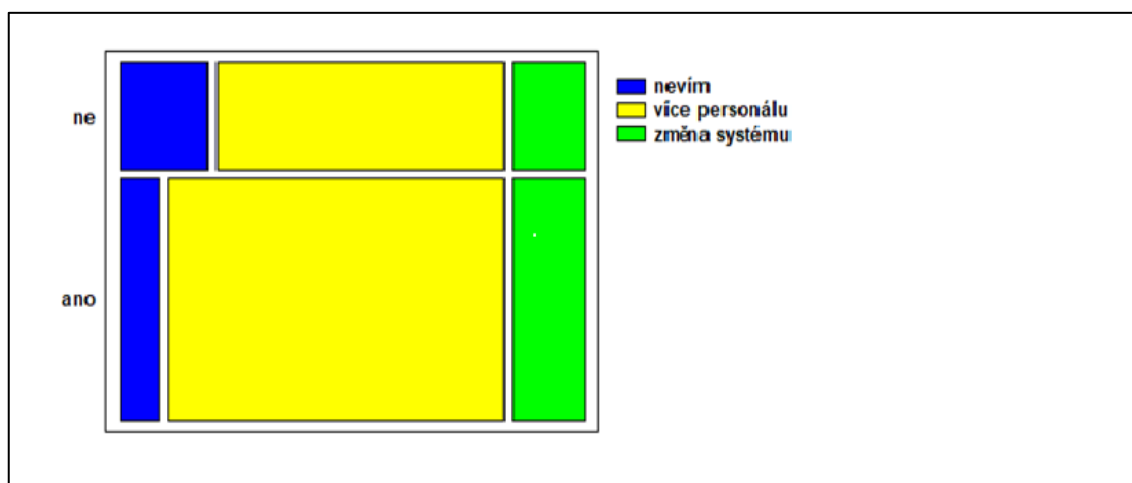
79 (43,89 %) respondentů odpovědělo, že jsou po pracovní stránce spokojeni, když vidí, že je spokojený pacient. Dalších 22 (12,22 %) respondentů je spokojeno, protože mají dobrý pocit z dobře odvedené práce. 5 (2,78 %) respondentů uvedlo, že poskytování

ošetřovatelské péče pomocí holistického přístupu není rutina. V menším zastoupení respondenti odpovídali: 1 (0,56 %) respondent odpověděl, že jeho pracovní spokojenost neovlivňuje holistický přístup, další dodával 1 (0,56 %), že jeho spokojenost ovlivňují podmínky dané zaměstnavatelem. Další 2 (1,11 %) respondenti uvedli, že jejich pracovní spokojenost ovlivňuje nedostatek času na pacienty/klienty, 2 (1,11 %) respondenty zasahuje mnoho administrativy a 1 (0,56 %) respondenta to, že není žádná odezva od pacientů/klientů. Mnoho respondentů 65 (36,11 %) nedokázalo svoji odpověď odůvodnit, proto uvedli odpověď typu nevím.

7.2 Kategorizace dat podle třídění 2. stupně statistického šetření kvantitativního výzkumu

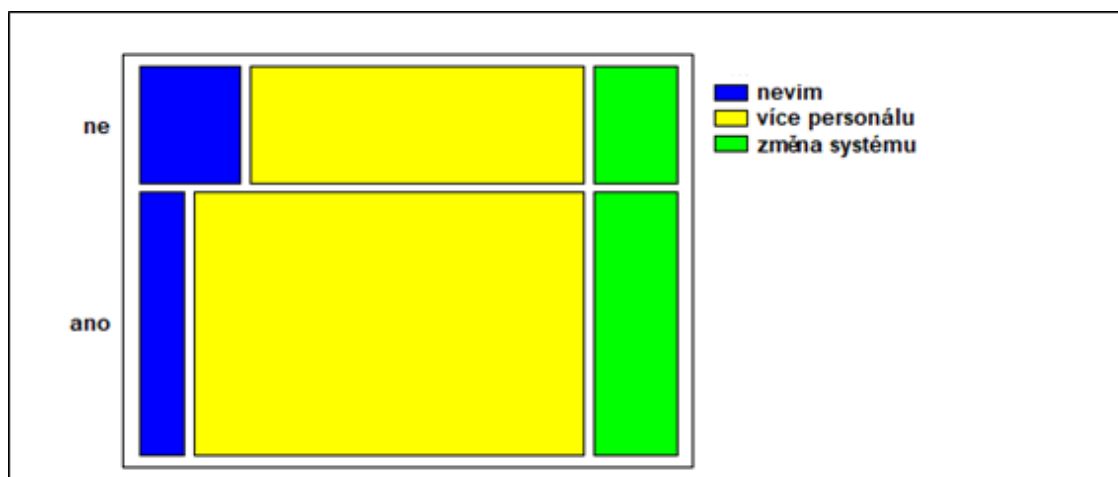
H1 Zájem sester poskytovat moderní ošetřovatelskou péči vycházející z potřeb pacientů je závislý na nedostatku personálu.

Graf 36 Testování dotazníkové otázky č. 16 v závislosti na dotazníkové otázce č. 12



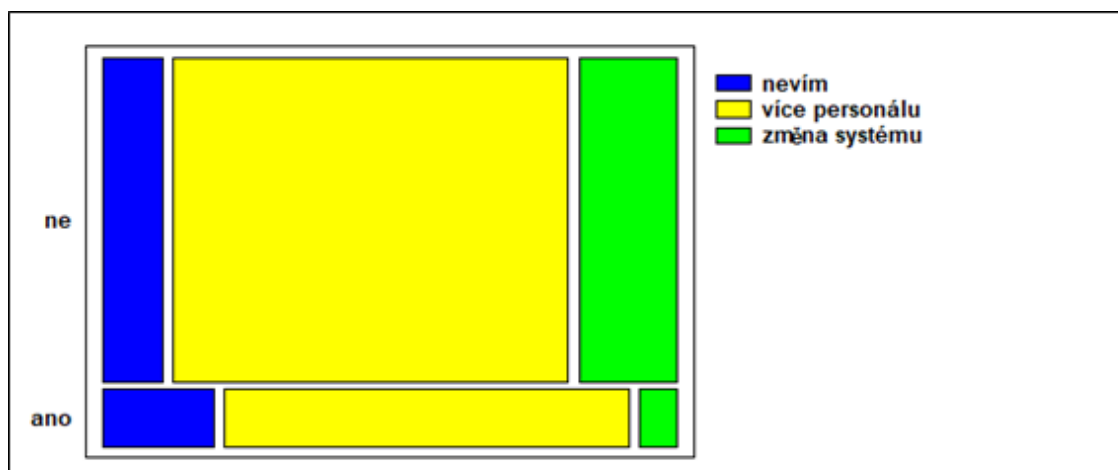
K hypotéze 1 se vztahovala dotazníková otázka č. 12 a 16. Osa X je dotazníková otázka č. 16. „*Za jakých podmínek si myslíte, že lze efektivně aplikovat holistický přístup k pacientovi/klientovi na Vašem oddělení, s ohledem na současný stav ošetřovatelství?*“ Odpovědi byly dány do 3 stěžejních kategorií. Dotazníková otázka č. 12 (osa Y). „*Ptáte se pacienta/klienta při příjmu na oddělení na jeho duchovní potřeby?*“ Je statisticky významný rozdíl mezi skupinou sester, která se na duchovní potřeby pacientů ptá, a tou, která se neptá.

Graf 37 Testování dotazníkové otázky č. 13 v závislosti na dotazníkové otázce č. 16



K hypotéze 1 se vztahovala dotazníková otázka č. 13 a 16. Osa X je dotazníková otázka č. 16 „*Za jakých podmínek si myslíte, že lze efektivně aplikovat holistický přístup k pacientovi/klientovi na Vašem oddělení s ohledem na současný stav ošetřovatelství?*“ Odpovědi byly dány do 3 stěžejních kategorií. Dotazníková otázka č. 13 (osa Y) „*Ptáte se pacienta/klienta při příjmu na oddělení na jeho psychické potřeby, např. strach, úzkost?*“ Není statisticky významný rozdíl mezi skupinou sester, která se na psychologické potřeby pacientů ptá, a tou, která se neptá.

Graf 38 Testování dotazníkové otázky č. 14 v závislosti na dotazníkové otázce č. 16



K hypotéze 1 se vztahovala dotazníková otázka č. 14 a 16. Osa X je dotazníková otázka č. 16. „*Za jakých podmínek si myslíte, že lze efektivně aplikovat holistický přístup k pacientovi/klientovi na Vašem oddělení s ohledem na současný stav ošetřovatelství?*“ Odpovědi byly dány do 3 stěžejních kategorií. Dotazníková otázka č. 14 (osa Y).

„Soustředíte se především na uspokojování biologických potřeb a ostatní necháváte stranou?“ Není statisticky významný rozdíl mezi skupinou sester, která se soustředí pouze na biologické potřeby, a tou, která se soustředí i na jiné.

Tabulka 1 Testování dotazníkové otázky č. 12, 13, 14 v závislosti na dotazníkové otázce č. 16

	Charakteristika	Statistic	Df	p-value	Cramer's
Aplikace holistického přístupu	Duchovní potřeby	6,812	2	0,0332	0,2610
	Psychické potřeby	2,375	2	0,3050	0,1541
	Biologické potřeby	1,906	2	0,3855	0,1381

Výsledek: Sestry, které se ptají na duchovní potřeby svých pacientů, si myslí, že pro efektivní aplikaci holistického přístupu je potřeba více personálu. Na základě výsledků z tabulky 1 existuje statisticky významný rozdíl mezi tím, co si myslí sestry (větší počet personálu), které se na duchovní potřeby ptají, a ty, které se neptají. Ostatní dva projevy zájmu sester o poskytování holistické péče, tedy dotazy na psychické potřeby a zaměření pouze na biologické potřeby pacientů, nejsou statisticky významné. Hypotézu H1 tedy na základě výsledků nemůžeme potvrdit. Nepodařilo se tedy prokázat, že zájem sester poskytovat moderní ošetrovatelskou péči vycházející z potřeb pacientů je závislý na počtu personálu.

H2 Názor sester na realizaci poskytované ošetrovatelské péče je ovlivněn pracovní vytížeností sester.

Tabulka 2 Testování dotazníkové otázky č. 16 v závislosti na dotazníkové otázce č. 17.

Source	Sum of Squares	Df	Mean Square	F-Ratio	P-Value
Between groups	4,40389	2	2,20194	3,19	0,0456
Within groups	66,9861	97	0,690578		
Total (Corr.)	71,39	99			

Tabulka 2 představuje výsledky analýzy rozptylu (ANOVA), kde nezávisle proměnnou byly podmínky, za kterých se dá efektivně aplikovat holistický přístup (otázka č. 16) a závislou otázkou, zda je v nemocnici poskytována holistická ošetrovatelská péče

(otázka č. 17). Dle výsledků ($p\text{-value} < 0,05$) bylo prokázáno, že existuje rozdíl v názoru sester na realizaci poskytované péče vzhledem k jejich vyčerpání. Z tohoto důvodu je možné potvrdit hypotézu 2, že názor sester na realizaci poskytované ošetrovatelské péče je ovlivněn pracovní vyčerpáním sester.

H3 Míra spokojenosti sester z poskytované ošetrovatelské péče je závislá na současné situaci v praxi.

Tabulka 3 Testování dotazníkové otázky č. 15 v závislosti na dotazníkové otázce č. 25

<i>Source</i>	<i>Sum of Squares</i>	<i>Df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F-Ratio</i>	<i>P-Value</i>
Between groups	2,98709	2	1,49354	1,46	0,2343
Within groups	180,657	177	1,02066		
Total (Corr.)	183,644	179			

Tato hypotéza byla vyhodnocena pomocí analýzy rozptylu (ANOVA). Porovnávány byly dotazníkové otázky č. 15 a č. 25. Smyslem bylo zjistit, zda ti, co pocítují uspokojení z ošetrovatelské péče, si myslí, že je reálné efektivně aplikovat holistický přístup k pacientovi. Dle výsledků ($p\text{-value} > 0,05$) nebyl prokázán vztah mezi spokojeností sester a současnou situací ve zdravotnictví, kde lze efektivně aplikovat holistický přístup.

8 DISKUZE

Téma diplomové práce bylo zvoleno na základě vlastních zkušeností. V době, kdy přibývá stále více nových léčebných postupů, medikamentů, přístrojů a od sester je požadováno kontinuální zkvalitňování ošetrovatelské péče. Tento fakt potvrzuje i Jarošová et al. (2015), která udává, že na ošetrovatelství je kladen požadavek, aby poskytovaná péče a služby byly prováděny kvalitně, stejně tak jako je tomu i u jiných oborů. Za kvalitní ošetrovatelskou péči můžeme považovat takovou péči, která je vykonávána dle ošetrovatelského procesu a vychází z potřeb pacientů/klientů a zároveň dodržuje koncepci ošetrovatelství. Trachtová (2013) doplňuje, že v průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvality i kvantity a sestry na to musí reagovat. Kutnohorská (2010) dodává, že moderní ošetrovatelství jde společně ruku v ruce s vývojem techniky a vzdělávání nebo také nástupem biomedicínských technologií do zdravotnictví.

Přestože holistický přístup k pacientovi tvoří filozofický základ ošetrovatelské péče, zůstává však otázkou, zda sestry mají dostatečné znalosti, podmínky a vztah k poskytování holistické péče, aby mohly kvalitně uspokojovat bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Také toto aktuální téma ve zdravotnictví souvisí s možnostmi seznámit sestry s holistickou péčí a tím tak zkvalitnit péči o pacienty/klienty v nemocnicích.

Z výzkumného šetření vyplývá, že více jak tři čtvrtiny dotazovaných respondentů se již někdy setkali s pojmem holistická ošetrovatelská péče (viz graf 6). Stejně tak respondenti věděli, že se jedná o celostní ošetrovatelskou péči. S holistickou péčí úzce souvisí i koncepční modely, přičemž na základě těchto modelů by měla být holistická ošetrovatelská péče poskytována. Respondenti z 91,67 % správně uvedli, že holistická ošetrovatelská péče je celostní péče (viz graf 7). Zajímavým zjištěním bylo, že 65 % respondentů nezná žádný koncepční model (viz graf 8). Také se potvrdilo, že žádný koncepční model na svém pracovišti v praxi neaplikují (viz graf 10). Přitom Pavlíková (2006) uvádí, že koncepční modely v ošetrovatelství mají vystihnout podstatu ošetrovatelství a mají sestře dát návod k tomu, jak pracovat, aby došlo ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Rovněž dodává, že na základě využívání koncepčních modelů dochází ke snadnější komunikaci mezi sestrami a napomáhá jim tak informace v modelu přenést do praxe. Zbývajících 35 % respondentů

(viz graf 8) uvedlo znalost koncepčních modelů, kdy nejčastěji uváděli koncepční model funkčních vzorců zdraví od autorky Marjory Gordon (viz graf 9). Také tento koncepční model nejčastěji aplikují na svých pracovištích. Nicméně přestože někteří respondenti uvedli, že znají koncepční modely, tak v uvedení příkladu tuto znalost neprokázali. Na místo toho uvedli testování potravinové intolerance. Myslíme si, že je to hodně nízké procento respondentů, které aplikuje koncepční modely v praxi, ale zároveň nás těší, že alespoň ti, kteří již aplikují koncepční model v praxi, aplikují právě model funkčních vzorců zdraví. Můžeme říci, že právě tento model je považován za nejkompexnější koncepční model, co se týká holistické filozofie (Plevová, 2011). Marjory Gordon chápala člověka jako bio-psycho-sociální bytost, což je v souladu s moderní ošetrovatelskou péčí. To potvrzuje i Trachtová (2013) a Farkašová (2006). Takto nízkou znalost koncepčních modelů bychom mohli přikládat tomu, že pouhých 26 % respondentů bylo vysokoškolsky vzdělaných (viz graf 3). Touto problematikou se ve své bakalářské práci zabývala Zimmermannová (2018), která uvádí, že z 11 respondentů se pouhých 5 shodlo, že bez koncepčních modelů nelze poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Někteří z dotazovaných nevěděli, co si mají pod pojmem koncepční modely představit. Zajímavé je, že pouze 2 respondenti měli vysokoškolské vzdělání, což je stejně tak málo jako v našem výzkumném šetření. V této oblasti se přikláním k možnosti zvyšování úrovně vzdělání v oblasti koncepčních modelů, stejně jako Zimmermannová (2018). O důležitosti dalšího vzdělávání v této oblasti se zmiňuje také Zdeňka Pavelková (2015) ve své disertační práci na téma Ošetrovatelství v rozvoji moderních léčebných metod u pacientů s fibrilací síní, kde klade důraz na humanistický přístup všeobecných sester k pacientům/klientům a prohlubování znalostí v koncepčních modelech a jejich důležitost v aplikaci do praxe.

Dále nás z výsledků výzkumného šetření překvapilo, že respondenti nezapomínali na přítomnost spirituálních potřeb u člověka. 84 % respondentů prokázalo znalost potřeb jedince (viz graf 12). Respondenti uvádí, že lidská bytost má bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Díky tomu můžeme říci, že sestry vědí, jaké potřeby pacient/klient má a jak je uspokojit. Jak uvádí, dle mého názoru, nejslavnější americký humanistický psycholog Abraham Maslow, lidé jsou motivováni určitými potřebami, které jsou hierarchicky uspořádány, protože některé jsou silnější než jiné a některé ty silné jsou nejsilnější (Trachtová, 2013). Maslow rozdělil potřeby od nižších

po vyšší. Sestra dále musí vyhodnotit, které potřeby je nutné uspokojit dříve a které později.

Potřeby člověka se mění s ohledem na danou situaci. Jedinec je individuální a jedinečný a každý má potřeby jiné, a proto je potřeba k němu takto přistupovat a umět rozpoznat či odhalit jeho prioritní potřeby a ty se snažit uspokojit. Zítková (2009) ve své diplomové práci na téma Spirituální potřeby jako součást holistického přístupu k nemocným popisuje důležitost duchovních potřeb u jednotlivých pacientů, kdy z jejího výzkumného šetření je patrné, že pacienti hospitalizovaní na interních odděleních a léčebnách dlouhodobě nemocných udávají zájem o tyto potřeby častěji. Tuto skutečnost připisujeme faktu dlouhodobější hospitalizace, vyššímu věku hospitalizovaných pacientů/klientů a závažnosti některých onemocnění. Na otázku, zda se respondenti soustředí na uspokojování biologických potřeb a ostatní nechávají stranou většina respondentů odpověděla, že tomu tak není (viz graf 16). Což potvrzuje jiná dotazníková položka, která se ptala, zda se respondenti při příjmu pacienta/klienta na oddělení ptají na jeho psychické potřeby. Na tuto otázku 68 % respondentů (viz graf 15) odpovědělo, že se pacienta/klienta při příjmu na oddělení na jeho psychické potřeby (strach, úzkost) ptají. Tyto potřeby zjišťují nejčastěji pomocí rozhovoru s pacientem/klientem, pozorováním nebo také od rodiny pacienta/klienta (viz graf 13). Zarážející je skutečnost, že respondenti uvedli, že se nezaměřují pouze na biologické potřeby. Avšak u dotazníkové položky, která se zaměřovala na duchovní potřeby pacienta/klienta, uvedlo 60 % respondentů (viz graf 14), že se při příjmu pacienta/klienta na oddělení na tyto potřeby neptají. Myslíme si, že teorii znají, ale v důsledku nedostatku času na pacienty/klienty se zapomínají ptát. Přesto se domníváme, že mnoho respondentů holistickou péči poskytuje, aniž by o tom vědělo. Tento fakt může být dán úrovní kvalifikačního vzdělání nebo také nedostatkem informací o problematice. Výzkumné šetření ukázalo, že více jak polovina respondentů odpověděla, že tyto znalosti nemá, nebo neví, že je má (viz graf 23). Naše domněnky potvrzuje i Guidová (2011), která ve své diplomové práci uvádí, že při vlastním pozorování sester zjistila, že sestry poskytují holistickou ošetrovatelskou péči. Sledují a zajišťují vyšší potřeby pacientů/ klientů, nejčastěji pocit bezpečí, jistoty a lásky. Autorka modelu rozvoje kulturní způsobilosti Josepha Campinha-Bacote definovala tzv. nevědomou schopnost. Uvádí nevědomou schopnost sestry jako přirozenou schopnost, kdy spontánně zabezpečí kulturně odpovídající péči

pacientům/klientům rozdílných kultur a nenahlíží na každého jedince stejně (Hradecká, 2010). Uspokojivé je, že 63 % respondentů (viz graf 25) má zájem o rozšiřování znalostí a dovedností týkající se oblasti holistické ošetrovatelské péče.

Preferovali by ke zlepšení znalostí a dovedností přednášku/seminář na dané téma (viz graf 24). Z tohoto tvrzení vyvozujeme, že sestry mají zájem holistickou ošetrovatelskou péči poskytovat, když se v této oblasti chtějí vzdělávat. Myslíme si, že v rámci celoživotního vzdělávání by každá nemocnice měla poskytnout seminář se zaměřením na holistickou péči, aby docházelo k osvětě zdravotnického personálu v této oblasti. Důležité je zapůsobit na zdravotnický personál, tak aby docházelo ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Stejně tak je vidět zájem sester poskytovat holistickou ošetrovatelskou péči v rámci kooperace s dalšími vědními obory. K naplnění bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta/klienta využilo 71 % respondentů (viz graf 26) dalších odborníků. Nejčastěji spolupracují se sociálním pracovníkem, psychologem nebo také knězem (viz graf 27). Dle našeho názoru je velmi důležité spolupracovat s dalšími odborníky, protože tím tak dochází v první řadě ke kontinuitě ošetrovatelské péče, kdy je potřeba, aby pacient/klient měl zajištěné sociální prostředí, pomůcky, dále aby byla zajištěna erudovaná péče ve všech oblastech a v neposlední řadě, aby cítil psychický komfort. Toto vše je provázané, na sobě závislé a ovlivňuje tak potřeby pacienta /klienta, jeho motivaci a postoj k onemocnění. Výsledky nás mile překvapily vzhledem k nedostatku zdravotnického personálu, který je v současné době více než aktuální. Při současné situaci nedostatku sester, psychické a fyzické náročnosti profese chápeme, že je těžké poskytovat kvalitní holistickou ošetrovatelskou péči. Přesto si myslíme, že by sestry měly mít na toto téma dostatek informací a snažit se je aplikovat v praxi co možná nejlépe. Uspokojování potřeb pacientů/klientů je velice důležité a ukazuje tak na kvalitu prováděné ošetrovatelské péče.

Dalším dotazem na respondenty bylo, zda si myslí, že je reálné efektivně aplikovat holistický přístup k pacientovi/klientovi na vlastním pracovišti s ohledem na současný stav ošetrovatelství a zároveň, za jakých podmínek si myslí, že by to bylo možné. 38 % respondentů si myslí, že to reálné spíše není nebo jsou o tom zcela přesvědčeni, 23 % respondentů neví, zda je to reálné a 39 % respondentů (viz graf 17) si naopak myslí, že je reálné efektivně aplikovat holistický přístup k pacientovi/ klientovi na vlastním pracovišti s ohledem na současný stav ošetrovatelství za podmínek dostatečného času stráveného s pacienty a s tím spojeného dostatku personálu a méně

administrativy (viz graf 18). Dále také uváděli, že jednou z podmínek efektivní aplikace holistického přístupu je více aktivních sester, týmová práce, upřednostnění pacientů před technikou, spolupráce pacienta a rodiny. Jeden z respondentů také uvedl více kompetencí pro sestry, aby dosáhly rovnocenného vztahu sestra-pacient, sestra-lékař. Myslíme si, že všechny tyto odpovědi by určitě byly přínosem pro efektivní poskytování holistické ošetrovatelské péče. Dále jsme názoru, že je určitě reálné aplikovat holistický přístup v praxi za podmínek vyššího kvalifikačního vzdělání sester a s tím tak spojeného dostatku informací o této problematice. Stejně tak respondenti uvádí, že nejčastější neuspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta/klienta je zapříčiněno nedostatkem personálu, poté administrativou, ale i syndromem vyhoření. S tímto tvrzením se ztotožňuje i Gurková, Zeleníková (2017), které uvádějí negativní faktory v efektivním využívání ošetrovatelských diagnóz (počet pacientů na jednu sestru, administrativní zátěž atd.). Překvapuje nás, že nikdo z respondentů neuvedl, že to může být zapříčiněno v důsledku nízkého kvalifikačního vzdělání sester nebo nedostatkem informací o této problematice. V souvislosti s tím byla stanovena hypotéza 1. Zájem sester poskytovat moderní ošetrovatelskou péči vycházející z potřeb pacientů je závislá na nedostatku personálu, kterou jsme otestovali pomocí testu nezávislosti slovních proměnných (viz tabulka 1), z něhož vyplývá, že hypotézu 1 nemůžeme na základě výsledků potvrdit. Nepodařilo se tedy prokázat, že zájem sester poskytovat moderní ošetrovatelskou péči vycházející z potřeb pacientů je závislý na počtu personálu. I přestože nám z výzkumného šetření plyne, že zájem sester poskytovat holistickou ošetrovatelskou péči není ovlivněn nedostatkem personálu. Boháček (2017) poukazuje na různé studie, kdy existuje vztah mezi poskytováním snížené kvalitní ošetrovatelské péče a sníženým počtem ošetrovatelského personálu. Na základě toho dochází ke komplikacím, a dokonce i ke zvýšené úmrtnosti pacientů.

Dále nás zajímal názor sester na poskytování holistické ošetrovatelské péče. Více jak polovina respondentů tvrdí (viz graf 21), že holistická ošetrovatelská péče na obecné úrovni je samozřejmou součástí práce sester. 41 % respondentů (viz graf 19) si myslí, že tato péče je poskytována v nemocnicích, kde pracují. Překvapující je zjištění, proč 41 % respondentů se domnívá, že je na odděleních v rámci celé nemocnice holistická ošetrovatelská péče spíše poskytována, nežli tomu je na jejich vlastních pracovištích 39 % (viz graf 17). Domníváme se, že je to na základě skutečnosti,

že každý z respondentů považuje práci na vlastním pracovišti za nejvíce fyzicky i psychicky náročnou, tudíž na svém oddělení nemůže holistickou ošetrovatelskou péči poskytovat na 100 %. Nebo to také můžeme přisuzovat syndromu vyhoření, kdy sestry na vlastních pracovištích vidí vyčerpanost kolegů. Výzkumné šetření potvrdilo, že důvodem neuspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacientů/klientů je z 21,89 % (viz graf 22) zapříčiněno také syndromem vyhoření u sester. Fyzickou i psychickou náročnost u sester potvrzují i Bártlová s Hajduchovou (2010) a dodávají, že je to nejčastějším důvodem odchodu sestry ze zaměstnání. Další názor nás zajímal na otázku, zda si respondenti myslí, že zařazení holistické ošetrovatelské péče do praxe by vedlo či vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a efektivnímu uspokojování potřeb pacientů. 79 % respondentů (viz graf 20) odpovědělo, že zařazení holistické ošetrovatelské péče do praxe vede ke zkvalitnění a k efektivnímu uspokojení potřeb pacientů. Poslední otázka na zjištění názoru respondentů ohledně poskytování holistické péče se zabývala tím, do jaké míry ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče holistický přístup k pacientům. Z výzkumného šetření vyplývá, že lze velkou měrou ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče pomocí holistického přístupu (viz graf 32). A to na základě toho, že někteří (34,44 %) respondenti vědí, že celostní přístup k pacientovi/klientovi nebo také individuální přístup (9,44 %) je základem k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče (viz graf 33). Dále si myslíme, že poskytování ošetrovatelské holistické péče vede k psychické podpoře, spokojenosti a spolupráci pacienta/klienta. V neposlední řadě také přispívá k zachování lidské důstojnosti, prevenci hospitalismu, k brzkému návratu zdraví a zájmu pacienta o svůj vlastní zdravotní stav (viz graf 33). Musíme konstatovat, že se všemi těmito tvrzeními také souhlasíme. Dále nás překvapilo, že 39,44 % respondentů (viz graf 33) nedokázalo svoji odpověď na dotazníkovou otázku odůvodnit, proto zvolili odpověď typu nevím. Domníváme se, že je to proto, že tato dotazníková otázka byla pro respondenty těžká na zamyšlení. V souvislosti s osobním názorem sester na poskytování holistické péče byla stanovena hypotéza 2. Názor sester na realizaci poskytované ošetrovatelské péče je ovlivněn pracovní vytížeností sester. Tato hypotéza byla ověřena pomocí analýzy rozptylu (ANOVA) (viz tabulka 2). Výsledky ukazují, že existuje rozdíl v názoru sester na realizaci poskytované péče vzhledem k jejich vytíženosti. Z tohoto důvodu je možné potvrdit hypotézu 2, že názor sester na realizaci poskytované ošetrovatelské péče je ovlivněn pracovní vytížeností sester.

Jak již bylo uvedeno výše, posledním cílem této práce bylo zjistit míru uspokojení sester z poskytované ošetrovatelské péče s ohledem na současnou situaci v praxi. Z dotazníkového šetření vyplývá, že více jak polovina (58 %) respondentů pociťuje uspokojení z péče, kterou zajišťují na svých pracovištích. Pouze 11 % respondentů uvedlo, že nepociťují uspokojení z poskytované péče a 31 % respondentů uvedlo, že neví (viz graf 28). Myslíme si, že je to velmi pozitivní výsledek vzhledem k současné situaci v ošetrovatelství, kdy je na pracovištích stálý nedostatek ošetrujícího personálu a ten stávající personál je přetížen a stále je po něm požadováno poskytování co nejkvalitnější ošetrovatelské péče. Respondentům přináší pocit uspokojení z prováděné ošetrovatelské péče na vlastním pracovišti to, že vidí pacienta/klienta spokojeného (42 %). Důsledkem je potom také spokojenost sestry z poskytnuté péče a zároveň uvědomění si kvality péče (17 %) postavené na individuálních potřebách pacientů/klientů (1 %) (viz graf 29). Ač těch odpovědí nebylo mnoho, mile nás překvapilo, že někteří (12 %) respondenti mají práci jako koníček a povolání sestry je smyslem jejich práce (5 %). Pocit uspokojení dále upevňuje skutečnost, že pacientům/klientům dokáží poskytnout psychickou podporu nebo když vidí brzké uzdravení pacientů (viz graf 29).

Myslíme si, že s tím, zda jsou sestry spokojeny s poskytovanou ošetrovatelskou péčí úzce souvisí, v jakém prostředí pracují, jestli pracují jako tým, jaké jsou vztahy na pracovišti a zda jsou motivovány. Jsme názoru, že správná motivace sester od vedoucích pracovníků je základem jejich spokojenosti a hnací silou pro poskytování co nejkvalitnější ošetrovatelské péče. Samozřejmostí je, že ne vždy všichni jsou se vším spokojeni. Proto byl dán prostor pro odpověď i těm, kterým poskytovaná ošetrovatelská péče nedává pocit uspokojení. Nejčastějším (35 %) důvodem neuspokojení respondentů z poskytované ošetrovatelské péče byl fakt, že jsou vyčerpaní z práce (viz graf 30). S tím souvisí syndrom vyhoření. Kallwass (2007) udává, že u syndromu vyhoření jde o souhrn souvislostí (časový nátlak, mnoho práce, velké očekávání, málo autonomie, vztahy a další). Franca et al. (2012) ho doplňuje tím, že přispět k syndromu vyhoření může nedostatečné ocenění za odvedenou práci, nedostatek personálu, nedostatek finančních a materiálních prostředků na pracovišti a také nedostatek času, s čímž plně souhlasím. Dalšími důvody byly nedostatek personálu (10 %) a s tím spojený nedostatek času na pacienty/klienty (50 %) a jeden z respondentů (5 %) byl nespokojen z důvodu chybění týmové práce na pracovišti (viz graf 30). 31 % respondentů zůstalo

nestrannými a uvedlo, že neví, zda pocítují uspokojení z poskytované péče, kterou na vlastním pracovišti poskytují (graf 28). Můžeme se domnívat, že odpověď nevíme uvedli ti, kteří vnímají svoji práci a s tím spojené poskytování ošetrovatelské péče pouze jako zdroj financí, a ne jako součást a smysl jejich práce. Pracovní spokojeností respondentů se také zabývala dotazníková otázka: Do jaké míry může ovlivňovat holistický přístup k pacientům v rámci ošetrovatelské péče vaši pracovní spokojenost? Z výzkumného šetření vyplývá, že holistický přístup ovlivňuje pracovní spokojenost respondentů na průměrné úrovni (viz graf 34). Může to být způsobeno nedostatkem času na pacienty/klienty nebo důsledkem administrativy, která čím dál tím víc přibývá. Jelikož, jak se říká: „Co není zapsáno v dokumentaci, jako by nebylo provedeno.“ 42 % respondentů uvedlo odpověď velkou měrou a 4 % respondentů uvedlo odpověď maximálně (viz graf 34). Těmto odpovědím můžeme přisuzovat následující: pokud je spokojený pacient, jsou spokojeni respondenti a naopak, neboť poskytování holistické ošetrovatelské péče není vnímáno jako rutinní (viz graf 35). 13 (7 %) respondentů uvedlo, že holistický přístup ovlivňuje pracovní spokojenost pouze minimálně a 5 (3 %) respondentů uvedlo, že vůbec (viz graf 34). Tyto odpovědi můžeme nejspíše přiřadit k odůvodnění zvolené odpovědi takto: pracovní spokojenost nezáleží na poskytování holistického přístupu a zrovna tak ji ani neovlivňuje, protože pracovní spokojenost respondentů ovlivňují podmínky dané zaměstnavatelem (viz graf 35). Na základě daného cíle zjistit míru uspokojení sester z poskytované ošetrovatelské péče s ohledem na současnou situaci v praxi byla stanovena hypotéza 3: Míra spokojenosti sester z poskytované ošetrovatelské péče je závislá na současné situaci v praxi. Hypotéza byla vyhodnocena pomocí analýzy rozptylu. Kdy smyslem bylo zjistit, zda ti, co pocítují uspokojení z ošetrovatelské péče, si myslí, že je reálné efektivně aplikovat holistický přístup k pacientovi. Dle výsledků ($p - \text{value} > 0,05$) nebyl prokázán vztah mezi spokojeností sester a současnou situací ve zdravotnictví, kde lze efektivně aplikovat holistický přístup (viz tabulka 3).

9 ZÁVĚR

Diplomová práce byla napsána na téma Zájem sester aplikovat holistický přístup v praxi s ohledem na současný stav ošetrovatelství. Zájem sester jsme zjišťovali ve zdravotnických zařízeních pomocí námi vytvořeného dotazníku. Holistický přístup k pacientovi/klientovi tvoří filozofický základ ošetrovatelské péče. V souvislosti s tímto faktem jsme pro práci definovali tři cíle. Tyto cíle byly zaměřeny na zájem sester poskytovat moderní ošetrovatelskou péči vycházející z potřeb pacientů. Dále na zjištění osobního názoru sester na poskytování holistické péče a na zjištění míry uspokojení sester z poskytované ošetrovatelské péče s ohledem na současnou situaci v praxi. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí anonymních dotazníků určených pro kvalifikované sestry. Výzkumný soubor tvořilo celkem 180 respondentů. V souvislosti s výzkumným šetřením byly získány následující informace:

Mnoho kvalifikovaných sester se již setkala s pojmem holistická ošetrovatelská péče a rovněž tak dobře znají význam tohoto pojmu. S tímto pojmem úzce souvisí koncepční modely, kdy více jak polovina kvalifikovaných sester uvedla, že nezná žádné koncepční modely a taktéž je neaplikují v praxi. Kvalifikované sestry, které potvrdily znalost koncepčních modelů, nejčastěji uvedly koncepční model Marjory Gordon.

Holistický přístup znamená vnímat jedince jako bio-psycho-sociální a spirituální bytost, kdy každá bytost má své individuální potřeby. Toto tvrzení nám potvrdilo více jak tři čtvrtiny kvalifikovaných sester, které se zabývají biologickými potřebami, psychickými potřebami, ale mnohem méně se zabývají duchovními potřebami jedince. Je to zapříčiněno nedostatkem času pro pacienty/klienty v důsledku nedostatku personálu a velkého množství administrativy. Nicméně 70 % kvalifikovaných sester je názoru, že lze efektivně aplikovat holistický přístup na pracovišti, právě za předpokladu dostatku personálu na pracovišti. Dále si více jak polovina kvalifikovaných sester myslí, že holistická ošetrovatelská péče je spíše na obecné úrovni samozřejmou součástí práce sester a jsou přesvědčeny o tom, že zařazení holistické péče do praxe vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Více jak polovina kvalifikovaných sester projevila spokojenost z poskytované péče na vlastních pracovištích, a to z důvodu, že vidí, že je pacient/klient spokojen s jejich péčí. Holistický přístup v praxi pracovní spokojenost kvalifikovaných sester ovlivňuje průměrně.

V návaznosti na dotazníkové šetření byly stanoveny 3 hypotézy, které jsme statisticky ověřovali. Zájem sester poskytovat moderní ošetrovatelskou péči vycházející z potřeb pacientů je závislý na nedostatku personálu. Tato hypotéza potvrzena nebyla. Názor sester na realizaci poskytované ošetrovatelské péče je ovlivněn pracovní vytížeností sester. Tato hypotéza se nám potvrdila. Poslední hypotéza: Míra spokojenosti sester z poskytované ošetrovatelské péče je závislá na současné situaci v praxi se nám také nepotvrdila.

Závěrem tedy můžeme říci, že aplikovat holistický přístup v praxi je velice náročné, ale mnoho kvalifikovaných sester je nakloněno se dále v této oblasti vzdělávat, poskytovat celostní přístup k jedinci, uspokojovat potřeby pacienta/klienta na základě individuálního přístupu a také využití dalších služeb (sociální pracovník). Dále se zabývat nejen o biologické potřeby, ale také o ty psychické a duchovní.

Práce by mohla sloužit jako podklad pro tvorbu semináře sestrám v rámci celoživotního vzdělávání se zaměřením na holistickou péči, aby se tak rozšířila nebo připomněla důležitost poskytování holistické ošetrovatelské péče, a tím tak přispěla ke zkvalitnění péče o hospitalizované pacienty/klienty v nemocnicích.

10 LITERATURA

1. ALEXANDER, M. F., RUNCIMAN, P. J. 2003. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
2. ALLIGOOD, M. R., 2014. První použití pojmu ošetrovatelský proces. In MASTILIAKOVÁ, D., Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika. 36 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
3. ANDRÝSEK, O., a kol 2011. *Mluv se mnou*. Praha: Maxdorf. 152 s. ISBN 978-80-7345-257-5.
4. ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nukleus. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
5. AUSTIN, W., 2012. Moral distress and the contemporary plight of health professionals. *Health care ethics committee forum*. 24(1), 27–38. doi: 10.1007/s10730-012-9179-8
6. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. Vydání 6., přepracované a doplněné. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
7. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H., 2010. Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester. *Zdravotnictví v České republice*. 13(3), 110-115. ISSN 1213-6050.
8. BOHÁČEK, Pavel, 2017. O vlivu nedostatku sester na kvalitu péče. *Zdravotnické noviny* [online]. [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.com/ovlivu-nedostatku-sester-na-kvalitu-pece/>
9. BUDÍKOVÁ, M., a kol., 2010. *Průvodce základními statistickými metodami*, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3343-5.
10. CORLEY, M., 2002. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 9(6), 636–650. doi: 10.1191/0969733002ne557oa

11. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, © 2017. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. [online]. [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf
12. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, © 2017. O společnosti. [online]. [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/o-spolecnosti/>
13. DONGES, M., E., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada. Vydání 2. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
14. DOSKOČIL, O., 2005, Biblická antropologie jako pramen holistického přístupu k člověku. *Kontakt*. 7(3), s. 314-317. ISSN 1212-4117.
15. FARKAŠOVÁ, D. a kol., 2006. *Ošetrovatelství-teorie*. Osvěta. 212 s. ISBN 80-8063-227-8.
16. FRANCA, FM., FERRARI, R., FERRARI, DC., ALVES, ED., 2012. Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 20(5), doi: 10.1590/S0104-11692012000500019.
17. GROHAR-MURRAY, MARY, E., 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 80-247- 0267 3.
18. GUIDOVÁ, H., K., 2011. *Holistický přístup při poskytování ošetrovatelské péče u zdravotně postižených dětí ve zdravotně sociálních zařízeních*. Diplomová práce. České Budějovice: ZSF JU.
19. GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester*. Praha: Grada. 124 s. ISBN 978-80-271-0583-0.
20. HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.

21. HARDING, S., 1980. Value laden technologies and the politics of nursing. In Spicker, S., J., & Gadow, S., *Nursing: images and ideals*. New York: Springer. 193 p. ISBN 978-0826127402.
22. HAŠKOVCOVÁ, H., 1996. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
23. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Informovaný souhlas proč a jak?* Praha: Galén. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
24. HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. Vydání 4. aktualizované a rozšířené. Praha: Galén. 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
25. HAVELKOVÁ, K., 2017. Co byste měli vědět o novele zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. *Florence*. č. 9. str. 30-31. ISSN 1801-464X.
26. HEYDARI, A., KARESHKI, H., ARMAT, M. R., 2016. Is Nurses' Professional Competence Related to Their Personality and Emotional Intelligence? A CrossSectional Study. *Journal of Caring Sciences*, 5(2), 121 – 132. ISSN 2251-9920.
27. HONZÁK, R., 2015, *Svépomocná příručka sestry*. Praha: Galén. 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.
28. HONZÁK, R., 2018. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Brno: Vyšehrad. Vydání 3. 224 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
29. HRADECKÁ, L., 2010. Josepha Campinha-Bacote – Model rozvoje kulturní způsobilosti. [online]. *Zdravotnictví a medicína*. [cit. 05.03. 2019]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/josepha-campinha-bacote-model-rozvoje-kulturni-zpusobilosti-450935>
30. CHLOUBOVÁ, H., 2005. Změny potřeb ve stáří. [online]. *Ošetrovatelská péče*. [cit. 11. 12. 2018]. Dostupné z: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr-_0502/pdf/22-24.pdf

31. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, © 2019. The ICN code of ethic for nurses. [online]. [cit. 2019-02-01]. Dostupné z: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf
32. JAMETON, A., 2013. Reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *Journal Bioethical Inquiry*. 10(3), 297–308, doi: 10.1007/s11673-013-9466-3
33. JAROŠOVÁ, D., 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV. 133 s. ISBN 8085866-55-2.
34. JAROŠOVÁ, D., *Organizace studia ošetrovatelství*. Ostrava, 2006. [online]. [cit. 2018-08-015]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/I-organizace%20studia%20ošetřovatelství.pdf>
35. JAROŠOVÁ, D., a kol., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0
36. JÍCHOVÁ, K., 2018. Nedostatek sester znamená zdravotní rizika pro populaci ČR. [online]. *Česká asociace sester © 2017*. [cit 2019-04-20]. Dostupné z: https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/tz_cas_nedostatek-sester-znamená-zdravotni-rizika-pro-populaci-cr.pdf
37. KALLWASS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci i osobním životě*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 80-7367-299-5.
38. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
39. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav. Vydání 2 rozšířené a doplněné. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

40. KOMÍNKOVÁ, H., 2008. Kvalita života. In: MARKOVÁ, Marie, ed. Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 15-27. ISBN 978-80-7013-484-9.
41. KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ, 2004. Metodická opatření [online]. In: Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 9, s. (2-3) [cit. 2018-12-05]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html
42. KONDRAT, A., 2014. Moral distress: A different perspective. *Health care ethics in USA*. 22(1), 14–23. ISSN 1072-5490.
43. KOPŘIVA, K., 1997. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. Vydání 2. rozšířené a přepracované. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.
44. KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: karmelitánské nakladatelství. Vydání 2. přepracované. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
45. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
46. KÄLVEMARK S., et al. 2004. Living with conflicts – ethical dilemmas and moral distress in health care system. *Social Science & Medicine*. 58(6),1075–84. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00279-X
47. MÁDLOVÁ, I., 2005. Vzdělávání všeobecných sester v České republice po vstupu do Evropské unie. *Multidisciplinární péče*. 0(1). ISSN 1202- 0658.
48. MACHOVÁ, A., 2011. Vybrané konceptuální modely a teorie ošetrovatelství. In Plevová, I. a kol., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
49. MAREŠ, J., 2016. Moral distress: Terminology, theories and models. *Kontakt* 18(3), 151-159. ISSN 1212-4117.

50. MAREŠ, J., 2017. Morální distres lékařů a sester při pediatrické péči. *Pediatr pro praxi*. 18(4), 248-252. ISSN 1803-5264.
51. MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
52. MASTILIAKOVÁ, D., 2007, *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
53. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
54. MELEIS, A., 2011. *Theoretical nursing: Development and progress*. 5.ed. Philadelphia: Lippin-cott. 672 p. ISBN 160-5472-115.
55. MELOUN, M. a M. MILITKÝ, 2006. *Kompendium statistického zpracování dat: metody a řešené úlohy*. Vydání 2. Praha: Academia. ISBN 80-200-1396-2.
56. MIKŠOVÁ, Z., at. al., 2014. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. *Kontakt*. 16(2), 130-142. ISSN 1212-4117.
57. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2010. *Práva pacienta*. MZČR [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html
58. NEJADSARVARI, N., et al., 2015. Relationship of moral sensitivity and distress among physicians. *Trauma Monthly*. 20(2), doi: [org/10.5812/traumamon.26075](https://doi.org/10.5812/traumamon.26075)
59. OVCHINNIKOV, Y. V., PALCHENKOVA, M. V., KALACHEV, O. V., 2015. *Burnout syndrome: diagnosis, principles of treatment, prophylaxis*. [online]. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26821457>

60. PAVELKOVÁ, Z., 2015 *Ošetrovatelství v rozvoji moderních léčebných metod u pacientů s fibrilací síní*. Disertační práce. České Budějovice: ZSF.
61. PAVLÍKOVÁ, S., 2006, *Modely ošetrovatelské v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
62. PENDRY, P., S., 2007. Moral Distress: Recognizing it to Retain Nurses. *Nursing Economics*. 25 (4), 217-221. ISSN ISSN: 0746-1739.
63. PLEVOVÁ, I. a kol., 2011, *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
64. POERTERO, S., ABELLÁN, M., 2015. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Rev. Latino- Am Enfermagem*, 23(3), doi: org/10.1590/0104-1169.0284.2586
65. POSCHKAMP, T., 2013. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika. 104 s. ISBN 978-80-266-0161-6.
66. PRACTICAL NURSING.ORG, © 2017. [online]. *The Importance of Holistic Nursing Care: How to Completely Care for your Patients* [cit. 2018-01-01]. Dostupné z: <https://www.practicalnursing.org/importance-holistic-nursing-care-how-completely-care-patients>.
67. PREIß, M., 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření najdete cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
68. PROŠKOVÁ, E., 2010. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. *Florence*. 6(10), 3-4. ISSN 1801- 464X.
69. PRUDIL, L., 2006. *Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví*. Brno: NCO NZO. Vydání 4. doplněné. 77 s. ISBN 80-7013-433-X.

70. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., a kol., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
71. PTÁČEK, R., RABOCH, J., KEBZA, V., 2013. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5114-6.
72. SCHAUFELI, W. B., LEITER, M. P., MASLACH, CH., 2008. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 14(3), 204-220, doi: 10.1108/13620430910966406
73. SMUTS, J.C. 1926. *Holism and evolution*. London : MacMillan And Company Limited. 362 s.
74. STAŇKOVÁ, M., 1996. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
75. STIBALOVÁ, K., 2010. Co je to Burnout syndrom. *Sociální služby*. 12(10). 20-21 s. ISSN 1803-7348.
76. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
77. ŠNAJDROVÁ, L., 2016. *Změna vzdělávání sester: Vlk se nažral a koza zůstala celá*. [Online]. Ošetrovatelství. info. [Cit. 2018-01-02]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/clankyctenaru/zmena-vzdelavani-sester-vlk-se-nazral-a-koza-zustala-cela/>
78. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
79. TOMAGOVÁ, M., 2011. Ošetrovatelský proces. In Plevová, I. a kol., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

80. TÓTHOVÁ, V., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
81. TRACHTOVÁ, E. a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vydání. 3., nezměn., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
82. TREŠLOVÁ, M., 2014. Komunikace ve fázích ošetrovatelského procesu. In TÓTHOVÁ, V. a kol., *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Vydání 2. aktualizované. Praha: Triton. 173-198 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
83. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
84. VÉVODA, J., a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
85. VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. Vydání 2. 320 s. ISBN 978- 80-7367-387-1.
86. WEBSTER, G., & BAYLLIS, F., 2000. Moral residue. In Rubin, S., Zoloth, L., *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown: University Publishing Group. 374 p. ISBN 978-1555720537.
87. WORLD HEALTH ORGANIZATION, © 2019. [online]. Constitution of the world health organization1. [cit. 2018-12-08]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
88. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
89. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. Vydání 2. doplněné 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

90. Zákon č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2017. [online]. [cit. 2018-09-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 72, s. 2065-2084. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
91. ZIMMERMANNOVÁ, D., 2018. *Vliv rozdílu teorie a praxe ošetrovatelství na kvalitu péče*. Bakalářská práce. České Budějovice: ZSF.
92. ZÍTKOVÁ, M., 2009. *Spirituální potřeby jako součást holistického přístupu k nemocným*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.

11 PŘÍLOHY

Příloha 1- Práva pacientů

Právo na zdravotní péči

Máte ústavně zaručené právo na zdravotní péči, její dostupnost i spravedlivý přístup podle vašich potřeb. Máte právo na profesionální péči, právo aktivně spolupracovat při lékařských výkonech, právo sami se svobodně rozhodovat o vašem osudu.

Právo na informovaný souhlas

Jakýkoli výkon v oblasti péče o zdraví může být proveden pouze za podmínky, že k němu poskytnete svobodný a informovaný souhlas (výjimkou jsou případy v zákoně výslovně uvedené, kdy vám může být péče poskytnuta i bez vašeho souhlasu – je-li vám uloženo povinné léčení; jde-li o nosiče závažné přenosné nemoci; jevíte-li známky duševní choroby nebo intoxikace a zároveň ohrožujete sebe nebo své okolí; není-li možné vzhledem k vašemu zdravotnímu stavu vyžádat si souhlas a jde o neodkladné výkony k záchraně vašeho života či zdraví).

Abyste mohli poskytnout k vyšetřovacímu či léčebnému výkonu váš souhlas, musíte vědět, s čím máte souhlasit. Máte tedy právo být informován o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Na základě těchto informací máte právo svobodně, bez nátlaku a s dostatkem času na rozvážení a s možností klást doplňující dotazy se rozhodnout, zda navrhovaný výkon podstoupíte.

Právo odmítnout zdravotní výkon

Máte právo, poté co jste byli náležitě informováni o potřebném zdravotním výkonu i případných následcích jeho neposkytnutí pro vaše zdraví, přesto potřebnou péči odmítnout. V takovém případě si váš ošetřující lékař vyžádá od vás písemné prohlášení (písemný reverz) o odmítnutí zdravotního výkonu či hospitalizace, opatřený vašim podpisem.

Právo na informace

Máte právo znát veškeré informace shromažďované o vašem zdravotním stavu ve zdravotnické dokumentaci nebo v jiných zápisech, které se vztahují k vašemu

zdravotnímu stavu. V případě, že se nespokojíte s ústně podanou informací ze strany zdravotnických pracovníků, máte právo na zpřístupnění zdravotnické dokumentace k nahlížení, máte rovněž právo na pořizování jejich výpisů, opisů či kopií, a to ve lhůtě do 30 dnů od podání žádosti danému zdravotnickému zařízení.

Právo nebýt informován

Poučení o zákroku je vaším právem, ale máte rovněž i právo nebýt informován, máte právo se takového poučení zcela vzdát nebo pověřit k přijetí poučení jinou osobu (osobu blízkou nebo jakoukoliv jinou osobu, kterou si sami určíte).

V případě, že sdělení informací je však ve vašem zájmu či v zájmu ochrany ostatních osob (např. jedná-li se o infekční onemocnění), budete ze strany zdravotnických pracovníků informován i přesto, že poučení o svém zdravotním stavu odmítáte.

Právo na ochranu soukromí

Máte právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o vašem zdraví. Je pouze na vás, zda si přejete, aby údaje o vašem zdravotním stavu byly sdělovány dalším osobám. Jste to především vy, kdo můžete zdravotnické pracovníky zprostit jejich povinné mlčenlivosti ve vztahu ke všem údajům, které jste jim během svého pobytu ve zdravotnickém zařízení sdělili. Bez vašeho souhlasu může lékař i jiní zdravotničtí pracovníci sdělovat údaje o vašem zdravotním stavu pouze za přísných zákonem stanovených podmínek a přesně vymezenému okruhu osob.

Právo na určení osob i rozsahu poskytovaných informací

Máte právo určit si osobu či osoby, které mohou být informovány o vašem zdravotním stavu, a máte právo určit si rozsah informací, které jim mohou být poskytovány. Touto osobou může být jak příslušník rodiny, tak i kterákoliv jiná osoba bez příbuzenského vztahu. Při určení osoby, která může být informována o vašem zdravotním stavu, zároveň určíte, zda této osobě náleží též právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo na pořizování jejích výpisů, opisů či kopií.

Máte rovněž právo vyslovit úplný zákaz s podáváním informací o vašem zdravotním stavu jakékoliv osobě. Určení jednotlivých osob nebo vyslovení zákazu podávání informací můžete kdykoliv změnit či zcela odvolat.

Právo na svobodnou volbu lékaře a právo na svobodnou volbu zdravotní pojišťovny.

Až na výjimky umožňuje každému z nás, aby využil své právo na svobodnou volbu lékaře a právo na výběr zdravotnického zařízení (nemocnice). Výkon tohoto práva však není naprosto neomezený. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pacienta do své péče tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pacienty, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého bydliště pro výkon návštěvní služby. Odmítne-li lékař či zdravotnické zařízení přijmout pacienta a cítí-li se tímto jednáním poškozen, má pacient právo na písemné potvrzení odmítnutí s uvedením důvodu. S tímto dokladem je pak možné se obrátit na svou pojišťovnu či zřizovatele zdravotnického zařízení (nemocnice).

Poskytnout zdravotní péči však musí lékař vždy v akutních případech, kdy hrozí bezprostředně újma na zdraví či životě pacienta. Takto provedené výkony pojišťovna pacienta lékaři proplatí, a to i pokud není smluvním lékařem. V těchto případech je vždy nutné trvat na ošetření zdravotnickým personálem daného zdravotnického zařízení (nemocnice).

Každý pacient má právo též na svobodný výběr zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců. Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužívá a dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte.

V případě zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou jsou pojištěnci oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k 1. dni kalendářního měsíce, nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce.

Právo osob blízkých na informace o zdravotním stavu pacienta

Jestliže pacient je ve stavu, kdy nemůže určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, mají právo na aktuální informace o zdravotním stavu pouze osoby blízké (osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní).

Práva osob pozůstalých

Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, pokud byla provedena, mají osoby blízké zemřelému pacientu, pokud se pacient za svého života nevyslovil jinak a sdělování těchto informací některé osobě blízké či všem nezakázal. Tyto osoby mají rovněž právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, jakož i právo na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů. Uvedená práva náleží případně i dalším osobám určeným pacientem za jeho života.

Jedině osoby blízké a pouze tehdy, je-li to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob mají v případě, že zemřelý pacient vyslovil zákaz poskytování informací o jeho zdravotním stavu, právo na informace o zdravotním stavu, včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie, a to pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví (MZČR, 2010).

Příloha 2 – Dotazník pro sestry

Dobrý den,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako součást diplomové práce, zaměřené na problematiku holistického přístupu v rámci výzkumu s názvem: Zájem sester aplikovat holistický přístup v praxi s ohledem na současný stav ošetrovatelství.

Dotazník je anonymní a poslouží pouze k účelu mého výzkumu. Z nabízených odpovědí zaškrtněte pouze jednu variantu, pokud u dané otázky není uvedeno jinak.

V případě potřeby (dotazy, doporučení apod.) mne můžete kontaktovat cestou elektronické pošty: novota19@zsf.jcu.cz

Velice děkuji za vyplnění a zejména za Vaše upřímné odpovědi, které napomohou ke zmapování aktuální a reálné situace na sledovaných pracovištích.

Bc. Aneta Novotná

1) Jakého jste pohlaví?

- Muž
- Žena

2) Váš věk je?

- do 20 let
- 21- 29 let
- 30- 39 let
- 40- 49 let
- 50- 59 let
- 60 a více

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání
- Jiné, prosím uveďte

4) Na jakém z klinických oddělení nyní pracujete?

- Interní
- Chirurgické
- Intenzivní péče
- Gynekologie a porodnictví
- Onkologie
- Následná péče
- Jiné, uveďte.....

5) Jaká je délka vaší celkové odborné klinické praxe?

- do 5- ti let
- 6- 10 let
- 11- 20 let
- 21 a více let

6) Setkal/a jste se již někdy s pojmem holistická ošetrovatelská péče?

- Ano
- Ne

7) Co podle Vás znamená pojem holistická ošetrovatelská péče?

- Nemocniční ošetrovatelská péče
- Celostní ošetrovatelská péče
- Složitá ošetrovatelská péče
- Intenzivní ošetrovatelská péče
- Jiné, uveďte.....

8) Znáte nějaký koncepční model, který se zabývá holistickou ošetrovatelskou péčí?

- Ano, uveďte jaký.....
- Ne

9) Aplikujete na Vašem oddělení nějaký koncepční model zabývající se holistickou ošetrovatelskou péčí?

- Ano, uveďte jaký.....
- Ne
- Nevím

10) Jaké potřeby má lidská bytost dle Vašeho názoru?

- Biologické, duchovní, společenské
- Fyziologické, psychické, společenské
- Biologické, psychické, sociální, spirituální
- Jiné, uveďte.....

11) Jakým způsobem zjišťujete psychosociální potřeby pacienta/klienta?

(Můžete označit více možností)

- Rozhovorem
- Pozorováním
- Od rodiny pacienta
- Z dokumentace

- Nežjišťuji
- Jiné, uveďte.....

12) Ptáte se pacienta/klienta při příjmu na oddělení na jeho duchovní potřeby?

- Ano
- Ne

13) Ptáte se pacienta/klienta při příjmu na oddělení na jeho psychické potřeby např. (strach, úzkost)?

- Ano
- Ne

14) Soustředíte se především na uspokojování biologických potřeb a ostatní necháváte stranou?

- Ano
- Ne
- Nevím

15) Myslíte si, že je reálné efektivně aplikovat holistický přístup k pacientovi/klientovi na Vašem oddělení, s ohledem na současný stav ošetřovatelství?

označte na stupnici 1 = určitě ano, 5 = určitě ne

1	2	3	4	5
určitě ano	spíše ano	Nevím	spíše ne	určitě ne

16) Za jakých podmínek si myslíte, že lze efektivně aplikovat holistický přístup k pacientovi/klientovi na Vašem oddělení, s ohledem na současný stav ošetřovatelství?

Prosím, uveďte.....

17) Myslíte si, že ve Vaší nemocnici je poskytována holistická ošetřovatelská péče?

označte na stupnici 1 = určitě ano, 5 = určitě ne

1	2	3	4	5
určitě ano	spíše ano	Nevím	spíše ne	určitě ne

18) Myslíte si, že zařazení holistické ošetrovatelské péče do praxe by vedlo, či vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a efektivnímu uspokojování potřeb pacientů?

označte na stupnici 1 = určitě ano, 5 = určitě ne

1	2	3	4	5
určitě ano	spíše ano	Nevím	spíše ne	určitě ne

19) Vnímáte holistickou ošetrovatelskou péči na obecné úrovni jako samozřejmou součást práce sester?

označte na stupnici 1 = určitě ano, 5 = určitě ne

1	2	3	4	5
určitě ano	spíše ano	Nevím	spíše ne	určitě ne

20) Jaké jsou dle Vašeho názoru nejčastější příčiny neuspokojování bio-psycho-socio-spirituálních potřeb pacienta/klienta? (Můžete označit více možností)

- Administrativa
- Nedostatek personálu
- Syndrom vyhoření
- Nezáměr pacienta
- Žádné, uspokojují potřeby pacientů/klientů
- Jiné, uveďte.....

21) Myslíte si, že rozsah Vašich znalostí a dovedností v oblasti holistické ošetrovatelské péče je vzhledem k péči, kterou poskytujete na Vašem pracovišti dostatečný?

označte na stupnici 1 = určitě ano, 5 = určitě ne

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

určitě ano	spíše ano	Nevím	spíše ne	určitě ne
------------	-----------	-------	----------	-----------

22) Pokud jste označili 3-5, co byste potřebovali ke zlepšení?

Uveďte,.....

23) Máte zájem o rozšiřování svých znalostí a dovedností v oblasti holistické ošetrovatelské péče?

- Ano
- Ne
- Nevím

24) Využili jste již někdy nápomocných služeb při uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta/klienta?

- Ano
- Ne

Je-li Vaše odpověď na otázku ano, označte, kterých nápomocných služeb jste využili.

(Je možno označit více možností)

- Psycholog
- Kněz
- Manažer komunikace a psychosociální péče
- Sociální pracovník
- Jiné, uveďte.....

25) Pociťujete uspokojení z ošetrovatelské péče, kterou na Vašem oddělení poskytujete?

- Ano, uveďte důvod.....
- Ne, uveďte důvod.....
- Nevím

26) Myslíte si, že sestry ve Vaší nemocnici, jsou spokojené z prováděné ošetrovatelské péče na vlastních pracovištích?

označte na stupnici 1 = určitě ano, 5 = určitě ne

1	2	3	4	5
určitě ano	spíše ano	Nevím	spíše ne	určitě ne

27) Do jaké míry podle Vašeho názoru ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče holistický přístup k pacientům?

označte na stupnici 1 = maximálně, 5 = vůbec

1	2	3	4	5
Maximálně	velkou měrou	Středně	Minimálně	Vůbec

Prosím odůvodněte Vaši odpověď.....

28) Do jaké míry může ovlivňovat holistický přístup k pacientům v rámci ošetrovatelské péče Vaši pracovní spokojenost?

označte na stupnici 1 = maximálně, 5 = vůbec

1	2	3	4	5
maximálně	velkou měrou	Středně	minimálně	Vůbec

Prosím odůvodněte Vaši odpověď.....

Zdroj: Vlastní

12 SEZNAM ZKRATEK

a kol –	a kolektiv
a.s.–	akciová společnost
AHNA–	American Holistic Nurses Association (Americká Holistická Sesterská Asociace)
apod.–	a podobně
ARIP–	anestezie, resuscitace, intenzivní péče
atd.–	a tak dále
č.–	číslo
ČAS–	Česká asociace sester
ČR –	Česká republika
et al.–	et alii (a kolektiv)
ICN –	International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)
MZ ČR–	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA–	North American Nursing Diagnostic Association (Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy)
např.–	například
p.o –	příspěvková organizace

PMK–	permanentní močový katetr
PVK–	periferní venózní kanyla
s.–	strana
Sb.–	sbírka
st.–	století
tj.–	to je
USA–	Spojené státy americké
WHO –	World Health Organization (Světová Zdravotnická Organizace)