



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství

Bakalářská práce

# Edukace klientů domácí péče v oblasti využití alternativních metod

Vypracovala: Aneta Pechová

Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, PhD.

České Budějovice 2014

## Abstrakt

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Úvodní (teoretická) část práce je věnována charakteristice nejčastěji využívaných alternativních metod, druhá část (praktická) je zaměřena na ty metody, jež nabízejí prostor k využití ošetrovatelské péče u klientů v agenturách domácí péče.

V teoretické části bylo naším cílem podat komplexní informace týkající se definice základních možností dalších ozdravných a doplňujících alternativních metod, které může sestra využít v praxi nebo o nich klienta vhodným způsobem informovat, edukovat.

Praktická část přináší výsledky zpracované formou kvalitativního šetření. V rámci výzkumného šetření byly stanoveny čtyři cíle. Hlavní cíl byl zaměřen na odkrývání jevů v oblasti edukace sester a klientů v souvislosti s využitím alternativních metod a s následnou spoluprací mezi sestrami a klienty.

Cílem předkládané práce je zjistit, zda mají sestry dostatečné znalosti v oblasti využívání alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství a také to, zda je sestra schopna edukovat klienta o možnostech využití alternativních metod. Dalším naším cílem je zjistit, jestli klienti projevují zájem o alternativní ošetrovatelské postupy, o možnosti využití alternativní léčby a zároveň o využití těchto vědomostí a metod v praxi.

Ke splnění cílů byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru se sestrami, který byl vzhledem ke kvalitativnímu přístupu nejvhodnější. Další námi navržená metoda - polostrukturovaný rozhovor s klienty - byla z důvodu nesouhlasu oslovených klientů zamítnuta.

Výzkumný soubor tvořila skupina respondentek skládající se ze sester pracujících v agenturách domácí péče v Jindřichově Hradci, Prachaticích a Táboře. Polostrukturovaný rozhovor vedený se sestrami byl zaměřen na zjišťování a odkrývání jevů a edukačních schopností a využívání edukačních strategií sester v oblasti využití alternativních metod. Pro fixaci výsledků kvalitativního šetření byly pořízeny

audionahrávka a psaný záznam. Následně byly výsledky podrobně zanalyzovány, přičemž byla použita metoda kódování.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že sestry plně nevyužívají své edukační schopnosti, a to buď z toho důvodu, že nejsou dostatečně motivovány, anebo jim zaměstnavatel neumožňuje dostatečně se vzdělávat. Z analyzovaných výpovědí sester je patrné, že klienti projevují zájem o alternativní přístupy a jsou schopni v tomto ohledu se sestrou spolupracovat. Vzděláváním sester v oblasti užití alternativních metod v ošetrovatelské péči se dostává do popředí komplexní ošetrovatelské péče o klienta.

Získané poznatky mohou vést k větší informovanosti sester, mohou jim přinést nové poznatky v povolání, které vykonávají, a ukázat jim i jiné možnosti spolupráce s klientem. Dále mohou otevřít prostor pro další výzkumná šetření.

Klíčová slova: edukace- domácí péče- alternativní metody

## **Abstract**

The bachelor thesis work is divided into two parts. The first part presents the characteristics of the alternative methods that are used most often. The other one is aimed at the methods that use the medical care at the clients in home care agencies.

The theoretical part is dedicated to the complete information that defines basic possibilities of the further curative and additional alternative methods and that can be used by a nurse in practice or to educate a client in an acceptable way.

In the practical part there are results elaborated by the method of qualitative inquiry. Four targets are determined here. The main one is aimed at disclosure of phenomena in area of nurses and clients education; in scope of usage of alternative methods in consequence of their cooperation.

The aim of this work is to find whether nurses are educated enough to be able to use alternative methods that are applied in nursing. In addition, whether a nurse is able to educate a client as to alternative methods and possibilities of their application. Moreover, we would like to find whether clients are interested in alternative nursing methods and possibilities how to utilize alternative treatment; simultaneously with usage of these knowledge in practice.

To realize our aims we used the method of „semistructural“ interview that was most suitable owing to the qualitative access to the point. We could not use another method of „semistructural“ interview with clients because of disagreement of the addressed clients.

The experimental group was made up of nurses working for home care agencies in Jindřichův Hradec, Prachatice and Tábor. We interviewed the nurses about their educative abilities and strategies used in the field of alternative methods. To fix the results of the inquiry we made up an audio-record and written record. Then, the results were analyzed in detail; a code-method was used.

The research proved that the nurses do not take advantage of their educative abilities fully. The reasons for this state: the nurses are not motivated in a sufficient way or their employers do not enable them to obtain an appropriate education. From the

analyzed nurses' questionnaires is perceptible that clients are interested in alternative methods and they are able to collaborate with nurses in this point of view. The application of alternative methods in health care demands further education of nurses in this field. These methods are put in the foreground of the complex care of a client.

The obtained pieces of knowledge can be used for better informedness of nurses and bring them some new information for their occupation and, in addition to that, to show them some other possibilities of cooperation with a client. Additionally, they can open new room for other research work.

Key words: education- home care- alternative methods

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 11.8.2014

.....

(Aneta Pechová)

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce, Mgr. Radce Šulistové, PhD., za to, že mi v průběhu zpracování práce poskytovala cenné rady, obrovskou trpělivost, ale především lidský přístup při jejím zpracování. Poděkování patří také mojí rodině za velkou podporu a trpělivost během mého studia.

# Obsah

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>11</b>
1.1 DOMÁCÍ PÉČE.....	11
1.1.1 Historický vývoj domácí péče v České republice.....	12
1.2 ALTERNATIVNÍ METODY .....	13
1.2.1 Charakteristika alternativních metod .....	14
1.2.2 Alternativní metody aplikovatelné v ošetrovatelské péči .....	22
1.3 OSOBNOST SESTRY EDUKÁTKY .....	24
1.4 MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ SESTER .....	25
<b>2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>27</b>
2.1 CÍLE PRÁCE.....	27
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY PRÁCE .....	28
<b>3. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>29</b>
3.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	29
<b>4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>32</b>
<b>5. DISKUZE.....</b>	<b>40</b>
<b>6. ZÁVĚR.....</b>	<b>44</b>
<b>7. SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>46</b>



# Úvod

V současném postmoderním ošetrovatelství, kdy je technický rozvoj i využívání farmakologické a invazivní léčby na vysoké úrovni, se nezdá zapomíná na nespočet metod, které medicína nabízí. Neinformovanost klientů a sester vede mnohdy k neznalosti a posléze k nekvalitní ošetrovatelské péči. Klienti jsou po stanovení diagnózy - vždy nejprve lékařem a poté i sestrou - seznámeni s možností léčby daného onemocnění. Během práce sestry je důležité, aby sestra dokázala klienta vést a poskytovat mu všechny možnosti léčby (známé v daném okamžiku), a tak zlepšit kvalitu jeho života. V této souvislosti se otvírá prostor k využití alternativních postupů (popř. k obeznámení klienta s nimi), jež nejsou v dnešní době již tabuizovány a jsou zařazovány jako léčebný doplněk. Avšak neinformovanost sester je stále vysoká. Trh nám dnes nabízí širokou škálu možností využití alternativních přístupů, klienti ovšem mnohdy nejsou dostatečně edukováni, a mohou se tak stát obětí neerudovaných „specialistů“.

Sestra je klíčovým článkem v ošetrovatelské péči, a proto by měla být schopna klienta edukovat. Edukace pro mnohé není zcela známý pojem. Edukační činnost v práci sestry je však velice důležitá vzhledem k naplnění komplexních potřeb klientů a k dosažení lepších výsledků v péči o zdraví.

Mnohé alternativní metody byly dlouho součástí tradiční ošetrovatelské péče. V určitém smyslu to, čemu dnes říkáme alternativní metody, není nic jiného než, rozvinutí tradičních ošetrovatelských technik. Alternativní metody jsou vhodným rozšířením ošetrovatelského umění. Pokud se používají profesionálně a s mírou, mohou rozšířit rejstřík intervencí, které mají sestry k dispozici, aby mohly dosáhnout

Téma této práce bylo zvoleno na základě domněnky, že ve zdravotnictví nejsou alternativní metody dostatečně využívány. Zajímalo nás, zda je možné alternativní metody aplikovat v ošetrovatelském procesu. K lepšímu pochopení slouží výzkumný soubor, který blíže specifikoval, jaké jsou edukační schopnosti a dovednosti sester v rámci uvedení alternativních metod do praxe.

Domníváme se, že dnešní společnost začíná projevovat stále větší zájem o alternativní metody, otázkou však zůstává, jestli sestra umí klientovi nabídnout další možnosti doplňující léčby a zda je schopna vhodným způsobem zařadit klienty do ošetrovatelského procesu. Během své klinické praxe jsem zjistila, že lze využít alternativních metod v péči o klienta. Naším cílem tedy bylo zhodnotit přístup sester a klientů k alternativním metodám a jejich následnou aplikaci do ošetrovatelského procesu. Středem zájmu se staly edukační schopnosti sester pracujících v domácí péči a jejich následná interakce s klienty.

## **1 Současný stav**

Edukace sester je velice důležitá, zejména s ohledem na proces efektivního vedení klienta. Tento proces směřuje ke zkvalitnění života a naplňování potřeb klienta. Je to právě sestra, která má klienta navést správným směrem, ale to dokáže pouze za předpokladu, že bude v širokém spektru informací v oblasti využití dané problematiky erudována (Svěráková, 2012).

Využívání alternativních přístupů je značně kontroverzní. Alternativní způsoby léčby jsou v současné době znevažovány farmaceutickými společnostmi a čelí i časté kritice ze strany zdravotnických pracovníků, najdou se však mnozí, kteří se k alternativním metodám přiklánějí (Machala, 2013).

### **1.1 Domácí péče**

Domácí péče je humánní a holistická péče poskytovaná klientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení praktického nebo ošetřujícího lékaře. Je zaměřena především na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírnění bolesti a slouží ke zmírnění utrpení nevyléčitelně nemocného člověka (Sláma a kol., 2011).

V domácí péči se sestře nabízejí optimální podmínky pro užití alternativních metod a rad, které může klientovi v jeho přirozeném prostředí poskytnout. Cílem edukace v domácí péči je nabídnout informace v oblasti péče o zdraví, popřípadě začlenit do procesu uzdravování i rodinné příslušníky, dále informovat klienta o vhodném, bezpečném prostředí a zajistit komplexní péči o nemocného v domácím prostředí, jež je z psychologického hlediska bezesporu výhodnější než umístění klienta v nemocnici, sociálních ústavech či domovech pro seniory (Jarošová, 2007).

Ošetřovatelská domácí péče je určena klientům bez omezení věku a diagnózy. Péče je vhodná pro klienty jakékoliv věkové skupiny, pro děti, dospělé, klienty produktivního věku, seniory i umírající (Jarošová 2007). Ne vždy je však domácí péče možná,

kupříkladu u klientů, kteří se nacházejí v akutní fázi onemocnění či u klientů po provedení operačního zákroku. Ošetřující lékař musí zvážit klientův stav, na základě kterého rozhodne, zda je domácí péče realizovatelná. Specialisté, již dnes v agenturách působí, jsou vysoce kvalifikovaní, proto jsou schopni postarat se o každého klienta, jemuž je ošetřování v domácím prostředí navrhuto jeho ošetřujícím lékařem (Sláma, 2011).

Nejčastějšími skupinami klientů v domácí péči jsou klienti s lékařskou diagnózou Diabetes mellitus prvního i druhého typu, s centrální mozkovou příhodou, hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční, CA, IM, aterosklerózou, psychickým onemocněním, s artritidou, spondylopatii, Parkinsonovou chorobou, s respiračními chorobami, úrazy, plegií, bérčovými vředy a dalšími (Baštecká, 2003).

Součástí služeb domácí péče by měla být domácí forma hospicové péče, která je prozatím mezi klientelou méně známa. V České republice byla zahájena první domácí hospicová péče v Praze roku 2003 (Baštecká, 2003). Domácí hospicová péče zahrnuje péči o klienty v terminálním a preterminálním stadiu. Tato péče je většinou poskytována klientům v případě, že ošetřující lékař předpokládá dobu úmrtí do šesti měsíců. Tým ošetřovatelů domácí péče úzce spolupracuje s mnoha specialisty, proto je schopen zajistit odbornou ošetřovatelskou péči, ošetřovatelé se specializují na zmírnění bolesti, poskytují duchovní služby a poradenství v oblasti péče o umírající a jejich rodinu. Domácí hospicová péče je poskytována vždy dle ordinace lékaře, který má aktuálně klienta v péči (Jarošová, 2007).

### *1.1.1 Historický vývoj domácí péče v České republice*

V úvodu této podkapitoly zaměřené na edukaci klientů v domácí péči v souvislosti s alternativními metodami v České republice je pro pochopení souvislostí nutné krátce zmínit historický vývoj. Koncept domácí péče byl zahájen v Liverpoolu roku 1859 panem Wiliamem Rathbonem, který přišel s myšlenkou domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu. V úzké spolupráci s Florence Nightingalovou

založil první školu pro sestry. Mnoho edukačních dovedností a schopností popsala ve své knize *Poznámky v ošetrovatelství* Mary Krosslandová. Jako dlouholetá domácí sestra preferovala předcházení nemocem spíše nežli následnou péči o nemocné. V dnešní terminologii bychom řekli, že ve svém úsilí kladla důraz na prevenci vzniku onemocnění, stejně jako je tomu u alternativních metod (Aller, 2012).

První písemné zmínky v České republice o agenturách domácí péče se datují k březnu roku 1990, kdy se otevírá první ošetrovatelské středisko České katolické charity. Díky velkému zájmu je povolen a podpořen dvouletý výzkum této organizace nazvaný „Domácí ošetrovatelské péče“. Na tento experiment byla získána dotace dvacet osm miliónů korun. V říjnu roku 1991 vzniká v Pardubicích první agentura domácí péče s názvem NIKÉ neboli vítězství. V závěru téhož roku bylo zřízeno 26 agentur domácí péče, které poskytovaly odbornou péči 1459 klientům (Baštecká, 2003). Počínaje rokem 1992 stoupá počet agentur převážně v Jihomoravském a Středočeském kraji. V těchto oblastech je vysoká nezaměstnanost, takže agentury nabízejí mnoho nových pracovních míst. Od roku 1993 zaznamenáváme prudký rozvoj agentur v závislosti na dobrých ohlasech a filozofii domácí péče. K roku 1995 je nejvíce agentur v Severomoravském kraji (20 % z celkového počtu) a nejméně v Jihočeském kraji (8 % z celkového počtu). Téhož roku vzniká skupina na podporu agentur domácí péče, již tvoří nejen lékaři, nýbrž i široká laická veřejnost. Orientuje se na projevy spojené s problematikou domácí péče a na přípravu legislativních opatření, financování a vzdělávání zdravotnických pracovníků v domácí péči. Laickou veřejnost informuje prostřednictvím seminářů, workshopů a jiných akcí. Dokladem efektivity ošetrovatelské péče ušetření 986 423 lůžek v nemocničních zařízeních (Misconiová, 199?).

## **1.2 Alternativní metody**

Alternativní metody vycházejí ze starých, osvědčených poznatků přírody a jejich základních zákonů. Jsou to metody neklasické medicíny. Patří sem všechny metody a prostředky, jež jsou přírodního původu a jež nepoužívají nefyziologické prostředky,

jako jsou například přístroje s nefyziologickým působením, chemické prostředky a násilné metody. Zařazujeme sem tedy skoro všechny metody prevence a léčby jiné než v současné medicíně. Od klasické léčby se liší zejména tím, že se snaží nalézt prvotní příčinu onemocnění (Janča, 2013).

Jedním z mnoha důvodů, proč klienti vyhledávají netradiční způsob léčby, je potřeba holistického přístupu, tedy vnímání člověka jako celku se všemi souvislostmi, které mohou být příčinou onemocnění. Klienti málokdy svěří tyto souvislosti specialistům (Machala, 2013).

### *1.2.1 Charakteristika alternativních metod*

V následující kapitole podáme přehled alternativních metod, které jsou podle nás nejznámější a nejtypičtější. Některé metody jsou využitelné sestrou v rámci ošetrovatelské péče, jiné uvádíme z toho důvodu, že o nich sestra může klienta informovat, popřípadě doporučit klientovi erudovaného specialistu.

**Akupresura** - je známou léčebnou metodou, při níž dochází ke stlačování, tření jednotlivých energetických bodů, drah nebo energetických center meridiánů, či k poklepávání na ně. Správné proudění energií a funkčnost těchto drah mají blahodárný a ozdravující účinek na tělo i mysl. Akupresura využívá cílenou tlakovou masáž pomocí prstů či speciálních tyček. Tato léčebná metoda má kořeny v Číně a vychází z poznatků a učení lékařů s ověřenou praxí existujícího déle než 5000 let. V Číně se dodnes děti učí, jak stimulovat jednotlivé body, aby došlo k ozdravnému účinku. V současnosti se stává tato metoda účinným prostředkem samoléčby, kterou zvládne každý (Wolf, 2006).

**Akupunktura** - podstatou je dráždění vybraných míst na povrchu těla. Dráždění se praktikuje vícero způsoby, a to například vbodnutím jehel, nahříváním zabodnutých jehel či jejich požehováním (Růžička, 2012). Již lékaři ve starověké Číně léčili pacienty zabodáváním jehel do specifických bodů na těle, ležících na takzvaných energetických drahách, meridiánech. Jehly by měly v meridiánech uvolňovat a zvyšovat tok energie zvané Čchi. V západním světě je tato metoda velice oblíbená a užívá se především

k léčbě bolesti a jiných zdravotních obtíží (Wolf, 2006). Nejstarší písemné záznamy se datují k 14. století. Počátkem 18. století se začala tato metoda pozvolna rozšiřovat do Anglie, Německa, Itálie. Pro podrobnější vědecká zkoumání nebyla však tato doba vhodně technicky vybavena a znalosti fyziologie a neurologie též nebyly na takové úrovni. Akupunktura v té době nezapustila v Evropě hlubší kořeny. Teprve v polovině 20. století dochází k rozvoji akupunktury. U nás se jako první začal akupunkturou zabývat prof. Cmunt. Dnes existuje Česká lékařská akupunkturistická společnost Jana Evangelisty Purkyně, která je součástí mezinárodní akupunkturistické společnosti ICMART. Vybraní čeští lékaři se aktivně podílejí na rozvoji a výzkumu akupunktury. Zúčastňují se též mezinárodních setkání a sami pořádají pracovní konference o akupunktuře. V akupunktuře rozlišujeme analyticko-sumativní přístup, který je založen na názoru, že vlastnosti celku lze odvodit ze sumy vlastností jeho prvků. Oproti tomu se dnes dostává do popředí systémový přístup, jenž se snaží pochopit jednotlivé systémy jako celek. Chápe objekt zkoumání jako celek - s jeho individualitou a jednotlivými systémy. Většinou se jehly zavádějí vleže, neboť tak jsou části těla vhodné k vbodávání jehel přístupné. Tyto body se nacházejí na obličeji, hrudníku, břiše, na zádech a zadní straně dolních končetin. Nemocný při správném zabodnutí jehly může pociťovat tlak, chlad, teplo, pálení, protěti, brnění. Jakmile je dosaženo tohoto pocitu, jehla se již hlouběji nezavádí. Tento pocit je signálem pro akupunkturistu, že se dostal do aktivního bodu. Podstatnou roli při vzniku tohoto pocitu hraje individualita nemocného. Jehla se nejčastěji zavádí palcem a ukazovákem, tah zavádění je pozvolný (Růžička, 2012).

**Reflexologie** – reflexní terapie využívá stlačení či masáže reflexních zón, které se nalézají především na nohou a na rukou. Drážděním těchto reflexních zón dochází k navození fyzické, psychické a spirituální rovnováhy. Tyto reflexní zóny se využívají nejen k terapii, nýbrž i k diagnostice. U reflexní terapie můžeme účinek přímo nasměrovat. Je okamžitý. Využívá se spíše k prevenci, diagnostice a autoterapii (Janča, 2002). Další velký přínos této metody je její využití pro relaxaci. Reflexní masáže představují snadný a velmi příjemný způsob relaxace. Do určité míry můžeme provádět masáže sami sobě, avšak nejlepších výsledků dosáhneme pod odborným vedením či přímo díky masírování odborníkem. Nejstarší záznamy o reflexní terapii, jak ji známe

dnes, byly nalezeny v egyptské hrobce a pocházejí z roku 2330 př. n. l. Výzkumy prokazují, že s reflexní terapií byly dobře obeznámeny i kmeny v Africe a také indiáni (Hallová, 2001). Samotná metoda se vyvíjela na mnoha místech současně. Počátky terapie vznikaly současně v Číně, Vietnamu a Indii. Do Evropy se tato metoda dostala zřejmě z Číny. Jako novodobí objevitelé této metody jsou označováni William Fitzgerald a Eunice Inghamová. Dnes je však diskutabilním tématem, kdo je skutečným objevitelem této metody (Janča 2002).

**Masáže** - většinou je sestra využívá u imobilních klientů jako prevenci dekubitů. U dlouhodobě ležících jsou promasírována predilekční místa a celá oblast zad a hýždí. Masáže byly praktikovány po celá tisíciletí v mnoha kulturách. Již naši předci si uvědomovali blahodárný účinek masážních technik. První písemné dokumenty o masáži, které se dochovaly, nalézáme u řeckého lékaře Hippokrata. Podle něj patřilo tření, masírování a hnětení kůže k důležité součásti lidského bytí (Tischer, 2008). Další zmínky o masáži se objevují v době existence Asyrské říše v bájném městě Ninive, kde byly znázorněny kresby masáže. V egyptském prostředí se o masáži dozvídáme v Ebersově papyru. Je to svitek, který vznikl kolem roku 1600 př. n. l. Obsahuje medicínské poznatky a návody, masáž je zde popsána jako běžný lékařský prostředek. V Číně nacházíme nejstarší písemné zmínky o masáži v knize *Nej-t'ing Su Wen*, jejímž autorem byl Žlutý císař Chuang-ti. Metodiku této knihy vypracoval známý čínský filosof Konfucius (Sedmík, 2008). I ve starověké Indii nalézáme poznatky o masáži, především v podobě Ajurvédských masáží. V Evropě je masáž známa z Řecka, nejstarší zmínky nalézáme v Homérově eposu *Odyseea*. V 16. století se masáž dostává do centra zájmu a stává se jedním z léčebných prostředků. Na konci 18. století vznikají školy v Německu, Švédsku a Francii, jež vyučují masážní praktiky (Flandera, 2005). Dalšího rozvoje se dočkáváme v 19. století, kdy na řadu přichází moderní pojetí masáže. Vzniká první masérská škola Isidora Zabłudowského, který později přednášel i na univerzitě v Berlíně. Napsal několik esejů o masáži a vycvičil mnoho proslulých masérů. V českých zemích lze pokládat za zakladatele moderní masáže ortopeda Vítězslava Chlumského. Dnes rozlišujeme několik druhů masáží, jako např. klasické, sportovní, rekondiční, lymfatické a orientální neboli východní masáže (Sedmík, 2008). Masáž patří



do dotykové terapie, při níž dochází k příjemnému uvolnění. Masáž je navíc v mnoha ohledech prospěšná celkovému zlepšení zdraví. Uvolňuje napětí, uklidňuje mysl a zmírňuje pocity stresu a strachu. Napomáhá lepšímu prokrvení pokožky, dochází rovněž ke zlepšení cirkulace. Má léčebný účinek na mnoha úrovních, na klienta má celkově velmi pozitivní vliv (Storck, Richmond, 2010). V poslední době u nás vzrostl zájem o masáže, které se k nám dostaly z orientu. Masáže jsou mezi lidmi známé, ale to, jak se provádějí, ví už jen malá hrstka lidí (Sedmík, 2008). Pokud má sestra prostor a je řádně proškolená, může klienta vhodným způsobem namasírovat, anebo mu doporučit, aby se obrátil na specialistu (Storck, Richmond, 2010).

**Bachova květová terapie** – jejím objevitelem je lékař Edward Bach. Tato terapie popisuje 38 květů, které mají pomoci lidem. Systém 38 květů slouží osobnosti k tomu, aby byla schopna zvládnout přechodné negativní nálady a stavy mysli, jako je například nejistota, žárlivost, vztek, smutek a jiné. Cílem květové terapie je duševní očista, duševní rozvoj, osobnostní růst a stabilizace osobnosti. Tímto se člověk stává odolným vůči duševním, popřípadě psychosomatickým poruchám. Koncentráty Bachových květů mohou sloužit i jako prevence proti nemocem souvisejícím se stresovou zátěží či jako podpora při odborném ošetřování, ovšem nenahrazují jej. Bachovy květy jsou sbírány na přesně určených místech ve volné přírodě. Takzvaný systém 38 květů působí podle Bacha na všechny základní negativní duševní stavy lidského charakteru, který během několika desítek let prokázal svůj účinek. Zájem o květovou terapii velmi vzrostl. Holistické chápání zdraví, nemoci a léčení vychází z jednoty. Každý příznak nemoci (duševní či fyzický) nám přináší specifické poselství, které bychom měli rozpoznat, pochopit, že nežijeme v celistvosti. Léčba Bachovými květy by se dala označit jako reharmonizace vědomí. Představme si, že naše životní energie běží po nesprávné koleji nebo je zablokována a nepřichází do kontaktu s naší celistvostí, s naším pravým pramenem energie. Bachova terapie se snaží rozvíbrovat energii tak, aby nastala harmonie celku. Terapie působí přímo na systém energií, kterým říkáme člověk. Diagnostika pro vhodné zvolení koncentrátu se nezaměřuje na tělesné symptomy, nýbrž výhradně na disharmonii duševního stavu nebo negativní citové koncepty. Při užívání květových koncentrátů nemůže dojít k předávkování ani k vedlejším účinkům. Člověk,

který chce umět s květy zacházet, nepotřebuje lékařské ani psychologické vzdělání. Mnohem důležitější je zralá osobnost, jež je schopná rozpoznat příčinu problému, myslet a vcítit se do druhých (Scheffer, 1994).

**Aromaterapie** - staré léčebné umění, které má v současném světě mezi alternativními terapiemi své nezastupitelné místo. Je to metoda, která nás bez invazivních zásahů dokáže zbavit zdravotních obtíží nebo je zmírnit (Lunny, 2005). Základními prostředky aromaterapie jsou éterické oleje, rostlinné oleje a květové vody. Tyto prostředky slouží k ovlivňování fyzického, psychického a emočního stavu člověka. Hlavním cílem aromaterapie je odstranit nerovnováhu a nastolit harmonii. Základy moderní aromaterapie se datují zhruba do přelomu 19. a 20. století. Slovo *aromaterapie* poprvé použil francouzský chemik René Maurice Gattenfossé. V České republice není medicínská aromaterapie rozšířená, protože vyžaduje lékařské vzdělání. S tímto typem terapie bychom se mohli setkat ve Francii, kde ji velmi často praktikují lékaři a záchranáři. V našich podmínkách spíše převažuje holistický typ aromaterapie. V České republice byla v roce 1996 založena Asociace českých aromaterapeutů. Díky této asociaci bylo vyškoleny mnoho českých aromaterapeutů. Jelikož se dá k aromaterapii přistupovat různými způsoby, dá se předpokládat, že časem vzniknou další společnosti, které se budou specializovat na další směry, a tím se pozvedne i úroveň a odbornost české aromaterapie. V aromaterapii rozlišujeme dva přístupy. První z nich, holistický přístup, usiluje o celostní léčbu. To znamená, že pohlíží na člověka jako na propojený celek, takže neléčí pouze projevy nemoci, nýbrž se snaží nalézt příčinu problémů na fyzické, emoční a psychické rovině. Toto holistické pojetí nám říká, že celek je více než souhrn jeho částí. Druhý přístup, medicínská aromaterapie, používá především éterické oleje místo syntetických léků a klade důraz na znalost složení jednotlivých extraktů. Zaměřuje se zejména na léčbu konkrétního projevu nemoci. Aromaterapii by měli provádět pouze aromaterapeuti, kteří znají anatomii a fyziologii, tedy lékaři, zdravotní sestry a farmaceuti, jako je tomu například ve Francii (Noe, 2014).

**Bylinkářství, herbatismus, fytoterapie** - zájem o užívání bylin v dnešní době roste, lidé užívají přípravky z bylin na menší obtíže, ale i na závažná onemocnění. Možná je to způsobeno vyšším počtem bylinkářů a fytoterapeutů. Bylinky lze užívat

v mnoha formách, nyní se však nejvíce užívají odvary a masti (Borzová, 2009). Historie bylin je stará jako lidstvo samo, byliny lidé používají již od dávných dob. První písemné zmínky o užívání bylin se objevují okolo 10. století. Významným představitelem byl bylinkář ze 17. století, který vydal velké dílo o bylinkách *Theatrum Botanicum*. Avšak vlivem velkého rozmachu umělých léčiv, barviv a konzervačních látek v 19. století užívání bylin klesá a bylinkářství je leckdy v dnešní západní společnosti považováno za pověrčivost (Clevely, Richmond, 2013). Bylinky lidé užívají na doporučení lékaře, lékárníka, bylinkáře, sestry či přátel. Sestra by měla být schopna poskytnout klientovi informace o bylinných produktech, které mohou napomoci k jeho rekonvalescenci či k zmírnění příznaků onemocnění. Je důležité, aby sestra byla dostatečně erudována v dané problematice a mohla klientovi vhodné preparáty doporučit a následně i vysvětlit, jak je správně použít, aby se nestaly zdraví škodlivými. Proto je nutná spolupráce klienta (Borzová, 2009). Podle odhadu Světové zdravotnické organizace se v nemoci uchylují k bylinám jako k léku plné dvě třetiny populace, to jsou přibližně čtyři miliardy lidí. Rostlinná léčba zaujímá první místo v léčbě obyvatelstva třetího světa. Kritici považují tuto metodu za zastaralou, nicméně ve Spojených státech amerických plných 25% receptů vydaných lékaři obsahuje aktivní složky rostlinného původu, což si mnozí uživatelé ani neuvědomují (Castleman, 2004).

**Homeopatie** - slouží k posilování ozdravných sil těla, k vyrovnání nerovnováhy těla. Homeopatie se pokouší řešit celkové problémy, které jsou příčinou jednotlivých dílčích problémů. Využívá speciální naředěné léky přírodního původu, které by v nezředěné formě vyvolaly u zdravého člověka příznaky daného onemocnění. (Attenborough, 1997). Homeopatie vychází z řeckého „homois“ a „pathein“, tedy cítit, trpět. Tato metoda vychází z takzvaného zákona podobnosti, který je vyjádřen latinským heslem „Similia similibus curantur“, což znamená „podobné se léčí podobným“. Právě v tom spočívá zásadní rozdíl mezi alopatií a homeopatií (Janča, 2013). Homeopatická léčba je založena na homeopatických principech, které říkají, že podobné se léčí podobným. K plnému zdraví se užívají minimální dávky, léčení probíhá postupně. Nejprve vymizí viditelné vnější obtíže, aby posléze mohly být objeveny a léčeny ty vnitřní (Marks, 1998). Naproti tomu alopatická tradiční medicína zakládá své

lčeni na protikladech. Alopatická léčba je definována latinským heslem „Contraria contrariis curantur“ neboli „protiklad se léčí protikladem“. Jak je známo, káva u zdravého člověka vyvolá stav fyzického i duševního podráždění a nespavost. Proto homeopatie používá k nespavosti právě látku Coffea, která se, speciálně připravená, podává k vymizení příznaků, aniž by způsobila jakýkoliv vedlejší účinek. Naopak v alopatii se pro potlačení nespavosti užívají látky, které vyvolají opačný účinek, jako například sedativa. Můžeme tedy říci, že se jedná o dva zcela odlišné přístupy, jejichž fyziologické základy jsou naprosto opačné. Za zakladatele moderní homeopatie je považován Christian Friedrich Samuel Hahneman, který již v 18. století potvrdil účinek minimálních dávek. Inspirací mu byly práce od Paracelsa (Janča, 2004). Homeopatie neléčí nemocného po částech, nýbrž pohlíží na člověka jako na celek. Přitom bere v potaz všechny příznaky najednou a zároveň každý příznak zvlášť (García a kol., 1998). Dodržuje se zde základní pravidlo všech postupů alternativní medicíny - že je třeba léčit příčinu, ne následek (Janča, 2004).

**Dechová gymnastika** - má velký význam v terapii poruch dýchání. Dechová gymnastika zlepšuje provzdušnění plic, odstraňuje sekret a umožňuje lepší vykašlávání. Pravidelným dechovým cvičením dochází k pocitu spokojenosti a podpoře vlastního dýchání. Dechová gymnastika má význam nejen pro klienta, nýbrž i pro sestru. U klienta volíme individuální způsob výuky nácviku dýchání. Cílem je zlepšení funkčnosti dýchacího systému, což by se mělo pro klienta stát motivačním vodítkem. Z fyzikálního hlediska je důležité, aby sestra zvolila pro nácvik vhodné prostředí. To znamená, aby místnost byla dobře vyvětrána a prostředí bylo klidné. Tento postup je nutné klientovi vysvětlit, aby věděl, proč je to důležité. V domácí péči jsou podmínky pro přímé, řízené učení optimální. Cvičení musí být pro konkrétního klienta vhodné, jedině tak dosáhneme optimálních výsledků. Klient si obleče pohodlný oděv a zaujme vhodnou polohu vleže, vsedě či vestoje. Začne pomalu a klidně dýchat nosem, ústa zůstávají zavřená. Dále po zklidnění dýchání pokračuje přes zúžené nosní otvory, jako kdyby číchal ke květině. Jako pomůcku můžeme použít dva prsty: ukazovák s prostředníčkem přiložíme k nosním průduchům, každý prst z jedné strany. Těmito prsty lehce stlačíme oba dva nosní průduchy. Nádechy a výdechy opakujeme přibližně sedmkrát (není-li

určeno jinak), aby nedocházelo u klienta k přetížení. Během nácviku s klientem komunikujeme a zjišťujeme, jak se cítí, při obtížích nácvik ukončíme (Trachtová, 2008).

**Relaxace** – termín „relax“ pochází z latinského slova „relaxatio“ neboli úleva, odpočinek, ztišení. Do odborné literatury byl tento termín uveden prostřednictvím anglického výrazu „relaxation“ (Sieradzki, Richmond, 2004). Relaxační techniky a cvičení pomáhají navodit pocit klidu a uvolnění. Relaxace má velkou zásluhu na odstraňování napětí, nadbytečného stresu a umožňuje nám lepší adaptaci a řešení konfliktů v dnešním uspěchaném světě (Guillaud, 2011). Relaxací se rozumí činnost, u níž odpočíváme, jež nás uvolňuje a naplňuje, přináší nám vnitřní pocit klidu a naplnění. Proto existuje velké množství relaxačních technik, které se zaměřují na individualitu jedince, protože každému vyhovuje něco jiného. Relaxací se člověk snaží uvolnit fyzické a psychické napětí (Mihulová, Svoboda, 2002). Relaxačním technikám se může naučit každý, je však vhodné postupovat od méně náročnějších technik po ty složitější. O harmonizaci těla a duše usilovali lidé již ve starověku (Müllerová, 2008).

**Imaginativní cvičení** – zařazujeme je mezi relaxační techniky. Je to kreativní dovednost přeměnit myšlenky do obrazů. Použití imaginačních technik napomáhá pacientovi změnit percepci bolesti či jeho duševního stavu. Pacienti se sníženou mobilitou tak mohou „navštívit“ oblíbená místa, aniž by museli opustit lůžko. Prováděním této relaxační techniky se nemocný může naučit dosahovat relaxačního stavu, který může vyvážit některé negativní účinky stresu (Chinmoy, 2010). Ze začátku se klient učí provádět uvolňující imaginační techniky, a to například tak, že si představuje sám sebe v příjemném prostředí či v určité situaci, aby si navodil pocit klidu a bezpečí. Když klient tyto uvolňující relaxace zvládá, může vyzkoušet techniky řízené imaginace. Zároveň se učí vytvářet představy spojené s bolestí a postupem času je pozitivním způsobem měnit (Müller, 2014).

### 1.2.2 Alternativní metody aplikovatelné v ošetrovatelské péči

Pro další rozdělení jsme se rozhodli uvést ty metody, jež předkládá profesní asociace mezinárodně akreditovaných lektorů pod názvem *Palmasoc*. Cílem této asociace je sdružování odborníků, kteří jsou kompetentní k předávání nadnárodních konceptů, jako je například bazální stimulace, smyslová aktivizace a jiné. Dalším cílem této organizace je sdružování zdravotních sester, lékařů a pracovníků sociálních služeb. Tato asociace se opírá o nadnárodní vzdělávací koncepty zaměřené na alternativní metody, které nejsou v ošetrovatelské péči tolik známé. Prosazuje společné zájmy a potřeby odborníků i zájemců v rámci nadnárodních konceptů. Zajišťuje akreditované vzdělávání, věnuje se rozvoji nadnárodních konceptů v České republice, jako je například:

**Bazální stimulace** - v ošetrovatelské péči je dobře uplatnitelná v praxi, musí být vždy přizpůsobena věku a stavu klienta. Bazální stimulace podporuje vnímání, pohybové a komunikační schopnosti nemocného (Friedlová, 2007). Patří mezi ošetrovatelské koncepty, jež jsou v oblibě především v zahraničí. Je určena klientům, kteří se nemohou vůbec pohybovat nebo se pohybují pouze minimálně, dále klientům dezorientovaným, geriatrickým, neklidným a především postiženým, zejména dětem. Cílem je podpora vnímání a podpora vlastní identity. Bazální stimulace umožňuje navázání komunikace s okolím a zvládnutí orientace v prostoru a čase. Dále umožňuje klientovi, aby cítil hranice svého těla a aby byl schopen vnímat jiného člověka. Nejnáročnějším úkolem je pochopit klientovy potřeby a porozumět jeho stylu komunikace. Sestra může u klienta rozpoznat příjemný pocit tak, že si všímá mžikání očí, hlubokého dechu, vzdychání, sténání, bručení, pousmání, změn svalového tonu, pohledů na okolí, a hodnotí tak reakce na stimuly (Kapounová, 2007).

**Kinestetická mobilizace** - je komunikační a pohybový koncept, který na základě podrobné analýzy pohybu umožňuje pochopení základů lidského pohybu a následně využití pohybových rezerv klienta. Zároveň předchází vzniku imobilizačních komplikací, podporuje fyziologický pohyb, mobilizuje klouby a svaly a v neposlední řadě šetří finanční prostředky v souvislosti s nákupem polohovacích lůžek a jiných

polohovacích pomůcek (Nedělková, 2008). Kinestetika umožňuje personálu vykonávat pohyb společně s nemocným s nejmenším vynaložením síly. Kinestetická mobilizace splňuje kritéria pro vykonávání práce, chrání ošetřujícího a umožňuje efektivní uspořádání denních činností (Nedělková, 2007).

**Psycho-biografický model péče** - tento koncept péče je vhodný pro osoby se symptomy demence, změnami způsobu chování a se sníženou schopností orientace. Důležitým faktorem v péči orientované na biografii klienta je přeměna myšlení personálu a zaměření se na člověka jako na celek, ne pouze na obraz jeho nemoci. Klíčem, který profesionálům odhalí obraz klienta s jeho příslušnými životními výhrami, pády a emočním životem, je právě biografie klienta. Biografie nabízí nové pole působnosti pro reaktivizační péči a je účinným pomocníkem při obsahově individuální komunikaci. Klíčovým cílem v práci s biografií je porozumění klientově životní historii. Pouze v případě, že jsme schopni porozumět, můžeme poskytovat adekvátní služby a individualizovanou péči s úctou a s respektem k důstojné hodnotě stáří (Procházková, 2014).

**Smyslová aktivizace** - je celostní koncept vhodný pro starší osoby nebo pro klienty trpící demencí. Je důležitou složkou komplexní péče o seniory v domácí péči a v jiných sociálních zařízeních. Vede k podpoře a procvičování smyslových funkcí. Klientům přináší pozitivní pocity a určitou formu vyplnění volného času. Klienti aktivizují své smysly a zároveň zlepšují svou fyzickou aktivitu. Tím se u nich udržuje určitý stupeň soběstačnosti při hygieně, oblékání, příjmu potravy a dalších každodenních činnostech. Smyslová aktivizace se celkově snaží podpořit aktivitu seniorů a udržet je tak v dobré psychické a duševní kondici (Wehner, Shwinghammer, 2013).

**Snoezelen- MSE-** slovo „Snoezelen“ vzniklo ze slova „snuffelen“ a „doezelen“, to znamená čichat a dřímat. Počátky se datují do 70. let 20. století. Tato metoda byla vytvořena dvěma americkými psychology, Clelandem a Clarkem. Na ně navázali dva nizozemští odborníci, Ad Verheul a Jan Hulsegge, kteří postup opakovali a aplikovali jej do praxe u osob s těžším mentálním a kombinovaným postižením. Dnes je tento koncept díky svému blahodárnému působení rozšířen po celém světě. Tato metoda slouží k multismyslové stimulaci, a to v prostředí, kde si lidé důvěřují, radují se a

setkávají se, což vede ke zkvalitnění života i u celé řady dalších lidí. Cílem je umožnit lidem adekvátní prožívání a kvalitní poznávání, jenž vede k obohacování života. Je to ve své podstatě záměrně vytvořené prostředí, ve kterém panuje atmosféra bezpečí a důvěry. Hlavním cílem je vytvoření takového prostředí, které nabízí široké spektrum smyslových podnětů vyvolávajících senzomotorickou stimulaci (Filatova, Vitásková, 2010).

**Validace** - tento pojem je často spojován se jménem Naomi Feil. Principem validace je úcta k člověku s demencí, jeho přijetí a respektování. Pokud člověk hovoří o někom, kdo již dávno zemřel, nebo o událostech, které se staly před lety, je touto skutečností pohlcen, nezapojuje se do aktivit. Tito lidé žijí minulostí. Hlavním úkolem sestry je v tomto případě klienta neopravovat a ani myšlenku nerozvíjet, nepodporovat ho v jeho mylném názoru. Sestra však s klientem o všem mluví. U klienta by mělo dojít ke zklidnění a při aktivitě i ke spolupráci (Jiráček a kol., 2009).

### 1.3 Osobnost sestry edukátorky

V této kapitole se zmíníme o osobnosti sestry, neboť chceme poznamenat, že k tomu, aby sestra byla schopná zařadit do ošetrovatelské péče alternativní přístupy či informovat klienta o možnostech jejich využití, by měla být sociálně zralou osobností, protože jedině takto se může orientovat na potřeby druhého, respektovat jeho činnosti a myšlení (Žiaková, 2009).

Vzhledem k široké problematice osobnosti sestry se zaměříme v rámci výzkumného šetření na osobnost sestry edukátorky, což je jedna z rolí, kterou sestra při péči o klienta zastává. Role sestry edukátorky je v souvislosti s alternativními přístupy velice důležitá z hlediska vztahu mezi sestrou a klientem. Dobrý vztah mezi nimi podporuje motivaci, učení a důvěru. Edukace je jednou ze zásadních činností sestry. Sestra ji využívá v mnoha oblastech práce s klienty. Je to specifická činnost vedoucí k soběstačnosti klientů a k využití nových možností léčby a podpory zdraví. Sestra se věnuje také novým teoriím a motivačním dovednostem, které jí pomáhají v edukační činnosti a



keré zároveň během edukačního procesu zefektivňují pozitivní prožitek klienta. Edukaci vnímáme v rámci péče v ADP jako vzdělávání, jež probíhá u klientů v přirozeném domácím prostředí (Šulistová, Trešlová, 2012).

Sestra je specialistka, a aby byla schopna nabídnout klientovi možnosti doplňující léčby, popřípadě je aplikovat v praxi, je nezbytný celoživotní rozvoj její osobnosti a jejího vzdělávání ve školách, vzdělávacích či zdravotnických zařízeních nebo v doplňkových akreditovaných kurzech. Edukace není jednorázové předání informací, je to proces, který je zaměřen na přijetí změny a na důkladné porozumění ze strany klienta (Sedlářová, 2008).

V našem případě probíhá proces vzdělávání přímo u pacienta doma, v přirozeném prostředí, které je pacientovi příjemné. Pacient získává k sestře ve většině případů důvěru, protože ji vidí opakovaně a v pravidelných intervalech, což napomáhá k jeho sebeuzdravování (samozřejmě za předpokladu aktivní spolupráce). Sestra má tedy ideální podmínky k tomu, aby mohla zcela využít své edukační schopnosti (Šulistová, Trešlová, 2012).

#### **1.4 Možnosti vzdělávání sester**

K tomu, aby sestra byla schopná zařadit do ošetrovatelského procesu alternativní metody, musí mít k jejich provedení patřičné vzdělání a kompetence.

Poskytování zdravotní péče patří mezi regulované činnosti. Jsou to činnosti, u nichž právní předpisy určují kdo, kde a za jakých podmínek je vykonává. Zákon o zdravotních službách stanovuje, že zdravotní péči může poskytovat pouze kvalifikovaný zdravotnický personál nebo jiný odborný personál ve zdravotnických zařízeních. Povolání sestry je specificky regulováno zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních. Předpis č.96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, stanovuje, jaké osoby lze na území České republiky považovat za všeobecné sestry (Vévoda, 2013).

Povinnost celoživotního vzdělávání je společná všem zdravotnickým pracovníkům. Celoživotní vzdělávání je průběžné zvyšování, obnovování, prohlubování a doplňování

vědomostí, dovedností a způsobilostí v daném oboru v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky. Celoživotní vzdělávání je založeno na kreditním systému, který je kontrolován v rámci osvědčení k výkonu povolání. Počty kreditů určuje vyhláška č. 423/2004 Sb. Zároveň tato vyhláška stanovuje kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnické profese bez přímého či odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Pouze v případě specializačního vzdělání či certifikovaných kurzů je počet kreditů určen vzdělávacím programem (Vévoda, 2013).

Certifikovanými kurzy se získává zvláštní odborná způsobilost k úzce vymezeným činnostem. Obory certifikovaných kurzů nejsou určeny žádným právním předpisem, umožňují tedy maximální možnou míru flexibility a slouží jako efektivní nástroj k rozšiřování kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků. Nenahrazují specializační vzdělání, ale získává se jimi způsobilost k dílčí činnosti či činnosti specializačních oborů. Využívají se tam, kde se celé specializační vzdělání jeví jako neefektivní (Vévoda, 2013).

Inovační kurzy jsou určeny k obnovení dovedností a znalostí. Získávají se za ně kredity tehdy, pokud jsou pořádány zdravotnickými zařízeními, která jsou akreditována pro akreditovaný kvalifikační kurz v oboru, v němž si má zdravotnický pracovník své znalosti obnovit (Vévoda, 2013).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

V následující kapitole budou představeny stanovené cíle a výzkumné otázky práce. Další kapitola bude věnována metodologii výzkumného šetření a charakteristice výzkumného souboru.

### **2.1 Cíle práce**

Cíl práce je zaměřen na odkrývání jevů v oblasti edukace sester a klientů v oblasti využití alternativních metod a následné spolupráce. Naším úkolem je zjistit, zda mají sestry v oblastech využívání alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství dostatečné znalosti a také to, zda je sestra schopna nabídnout klientovi možnosti využití alternativních metod. Dalším naším cílem je zjistit, jestli klienti projevují zájem o alternativní ošetrovatelské postupy a možnosti využití alternativní léčby, dále budeme zkoumat jejich vědomosti v oblasti možností využití alternativních metod v praxi.

Definované cíle:

1. Zjistit, zda sestry mají znalosti v oblasti alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství.
2. Zjistit, zda sestry umí klientovi nabídnout možnost využití alternativních metod.
3. Zjistit, zda klienti projevují zájem o alternativní ošetrovatelské postupy a možnosti využití alternativní léčby.
4. Zjistit, jaká je informovanost klientů v oblasti alternativní ošetrovatelské péče a jejích metod.

## 2.2 Výzkumné otázky práce

Vzhledem k cílům byly stanoveny následující výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaká je úroveň edukačních dovedností sester v oblasti alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství?

Podotázky:

- Jaké mají sestry znalosti v oblasti alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství?
- Jaké edukační strategie využívá sestra v domácí péči?
- Jak pacienti reagují na případná doporučení a možnosti alternativních přístupů zmiňovaných sestrou?

### **3 Metodologie výzkumného šetření**

Ve výzkumném šetření jsme se zaměřili na popis jevů, které ovlivňují účinnost edukace klientů a sester v oblasti alternativních přístupů v domácí péči. Bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření, při němž jsme využili polostrukturovaný rozhovor zaměřený na sestry.

Byly připraveny okruhy otázek, jejichž pořadí lze měnit, a ty byly rozšířeny o doplňující otázky. Této možnosti bylo využito za předpokladu, že dojde k odhalení skrytých jevů (Miovský, 2006). Rozhovory byly nahrány na diktafon a poté uloženy na audionahrávku. Následně byly doslovně přepsány a nakódovány (Švaříček, Šedřová, 2006). Základní osnova obsahující otázky pro sestry se nachází v příloze č. 1. Druhý výzkumný soubor měli tvořit klienti agentury domácí péče. Od tohoto souboru však bylo z důvodu nesouhlasu některých klientů upuštěno.

Získané údaje byly podrobeny hloubkové analýze a domníváme se, že výsledky které předkládáme, jsou objektivní.

#### **3.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Sestry byly vybrány metodou prostého záměrného výběru, a to podle stanovených kritérií. Vyhledávali jsme sestry, které splňují daná kritéria a jsou ochotné se výzkumu zúčastnit.

##### **Kritéria pro výběr sester byla následující:**

- Sestry mají ukončené vysokoškolské vzdělání dle mezinárodní klasifikace ISCED 5A, tj. první stupeň terciálního vzdělávání - bakalářské či magisterské studium.
- Pracují v agentuře domácí péče.
- Jejich praxe v ADP je delší než dva roky.

Pro realizaci výzkumného šetření byly osloveny respondentky z agentury domácí péče v Jindřichově Hradci, v Táboře, Českých Budějovicích a Prachaticích. Zúčastnit se výzkumu byly ochotny pouze sestry z Jindřichova Hradce, Tábora a Prachatic. Sestry byly kontaktovány prostřednictvím telefonického rozhovoru nebo e-mailu. Některé ze sester vyžadovaly o výzkumu podrobnější informace - ty jim byly následně poskytnuty. Sestry, od kterých jsem nedostala písemně zpětnou vazbu, jsem kontaktovala telefonicky.

V Jindřichově Hradci jsem personální obsazení blíže znala již z předchozí praxe, a to byl důvod, proč mi zde byl umožněn výzkum.

Z důvodu zachování anonymity sester se již nebudeme věnovat bližší specifikaci, protože by to mohlo vést k odhalení identity.

Výzkumný soubor tvoří 6 sester. 5 z nich pracuje v ADP, sestra S1 pracuje v domově pro seniory. Sestra S1 byla vybrána pouze z důvodu porovnání práce s klienty, v rámci aplikace zařazení alternativních metod do ošetrovatelského procesu. Všechny sestry mají ukončené vysokoškolské vzdělání dle mezinárodní klasifikace ISCED 5A, tj. první stupeň terciálního vzdělávání - bakalářské studium, jejich praxe je delší než dva roky a jejich klientela je velice různorodá. Jejich označení ve výzkumné části je následující:

**Tabulka 1: Identifikační tabulka respondentek**

<b>Identifikace respondentek</b>			
respondentka	označení	délka praxe v oboru	společnost
Sestra 1	S1	více než 2 roky	O.p.S.
Sestra 2	S2	více než 6 let	S.r.O.
Sestra 3	S3	více než 2 roky	S.r.O.
Sestra 4	S4	více než 4 roky	S.r.O.
Sestra 5	S5	více než 3 roky	S.r.O.
Sestra 6	S6	více než 8 let	O.p.S.

Tabulka 1 znázorňuje identifikaci respondentek - sester pracujících v ADP. Sestra 1 bude ve výsledcích označována jako S1. Délka její praxe v oboru činí více než 2 roky.

Sestra 2 bude označována jako S2. Délka její praxe je více než 6 let. Sestra 3 bude ve výsledcích označována jako S3. Více než 2 roky pracuje v oboru. Sestra 4 bude ve výsledcích označována jako S4. Více než 4 roky pracuje v oboru. Sestra 5 bude ve výsledcích označována jako S5. Délka její praxe je delší než 3 roky. Sestra 6 bude ve výsledcích označována jako S6. Její praxe je delší než 8 let.

### **Průběh rozhovorů**

Snažili jsme se vybrat optimální prostředí pro sběr dat. Vzhledem k velkému vytížení sester nebyly podmínky vždy zcela ideální.

Nejprve byl veden rozhovor se sestrou S1, ačkoliv tato respondentka nepracuje v ADP. Byla pro mne inspirací, protože v její ošetrovatelské praxi dochází k využívání alternativních metod. Zařadila jsem ji do svého výzkumu proto, abych mohla porovnat její výpovědi s výpověďmi ostatních sester.

U dvou sester byly se svolením ředitele uskutečněny nahrávky rozhovorů v rámci pracovní doby. Rozhovory byly pořízeny formou záznamu na diktafon. Jelikož byl rozhovor veden v pracovní době, podmínky byly nekomfortní a bylo zde mnoho rušivých elementů, jimž bylo nutno se přizpůsobit. V úvodu rozhovoru sestry projevovaly nervozitu, což bylo způsobeno tím, že nebyly na položené otázky předem připraveny.

Další dvě sestry nám poskytly rozhovor v klidném prostředí na neutrální půdě. Rozhovory byly též zaznamenané na diktafon. Tyto sestry si předem vyžádaly osnovu otázek, z tohoto důvodu se zkrátil časový úsek sběru dat a odpovědi byly konkrétnější.

Dvě sestry nám umožnily vést rozhovor přímo na centrálním pracovišti. Jedna sestra s nahráváním záznamu nesouhlasila, z tohoto důvodu byl pořízen písemný záznam. Vzhledem k citlivým informacím trvaly sestry na tom, aby byla zachována jejich anonymita.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

Následující kapitola se bude věnovat rozhovorům se sestrami pracujícími v agentuře domácí péče. Dále budou shrnuty výsledky empirického šetření.

### Úroveň znalostí sester ve vztahu k alternativním metodám

Sestry byly vybídnuty k tomu, aby definovaly a popsaly pojem *alternativní metody*. Měly tedy specifikovat metody, které by zařadily do metod alternativních. Z rozhovorů bylo patrné, že některé sestry si nevěděly s odpovědí rady.

Názory tří sester jsou shodné. Tyto sestry tvrdí, že si pod tímto pojmem představují metody, které nejsou pod lékařskou kontrolou: „Jsou to zkrátka takové metody, které nepodléhají farmakologické léčbě.“ (S6) Nebo uvádějí: „...že pacient neužívá běžné léky“. (S3) Představují si pod tím využívání jiných metod, než dojde k radikální operaci nebo na užívání léků: „Zkrátka bez jakékoli léčby a medikace. Nemocní nejprve zkouší alternace“. (S2)

Jedna ze sester si pod tímto pojmem představuje smyslovou aktivizaci klienta, kterou ona sama dobře zná: „Touto metodou se zabývám, proto bych ji zařadila do alternativních metod.“ (S6)

Setkala jsem se sestrou, která tvrdí, že o alternativních metodách se moc nemluví a lidé je neznají. Ona sama tvrdí, že je moc nezná - málokdy s nimi přijde do styku: „Jsou to metody, které podle mě nejsou úplně známé mezi lidmi, i já sama se s nimi ve své práci setkávám málokdy.“ (S5) Na druhou stranu v podstatě vyvrací svou myšlenku a tvrdí: „Občas se objevují klienti, kteří projevují o tyto metody zájem, protože se o nich dočetli v literatuře. Především to je rodina nemocného.“ (S5).

Další sestra nebyla příliš nakloněna dané tematice. Uvádí, že tento pojem neuznává: „Podle vlastní zkušenosti je to takové to *věř a víra tvá tě uzdraví*, tento pojem ve mně evokuje pouze šarlatánství, ne žádné metody.“ Po kratší pomlce uvádí: „...že by se do této sekce dalo zařadit užívání bylinných odvarů.“ (S4)



Když sestry měly blíže specifikovat, jaké metody by zařadily do metod alternativních, nejčastěji uváděly masáže: „Já bych tam určitě zařadila masáže, připadají mi takové nejtýpčtější.“ (S6) O masážích hovoří i další sestry: „Já třeba nejvíce uznávám masáže končetin“. (S3) „Jak říkám, masáže bych sem určitě zařadila“. (S2) Dále sestry často mluvily o: „...bázální stimulaci“ (S3, S5, S6, S1) Rovněž zmiňovaly i homeopatickou léčbu: „Určitě homeopatie, tu znám“. (S3) Avšak setkali jsme se i s méně pozitivními ohlasy, např. u sestry (S4), která tvrdí: „Já tedy homeopatika neuznávám, mně to přijde prostě jako takové nic.“

Sestry také hovořily o komunikaci a psychologickém přístupu k pacientovi: „Dále bych tam zařadila komunikaci a přístup ke klientovi.“ (S6) „Myslím si, že komunikace je velice důležitá, mohli bychom sem zahrnout i pohlazení pacienta.“ (S3)

Na základě rozhovorů můžeme tedy říci, že rozhled sester v oblasti alternativních metod není zrovna na vysoké úrovni. Ovšem důležité je, že si uvědomují existenci takových metod - některé ze sester byly schopny vyjmenovat alespoň některé. Pro lepší přehlednost jsme výsledky shrnuli do tabulky, abychom viděli, jaké metody uvádějí sestry nejčastěji.

**Tabulka 2: Úroveň znalostí sester ve vztahu k alternativním metodám**

<b>Úroveň znalostí sester ve vztahu k alternativním metodám</b>	
Bazální stimulace	S1, S3, S5, S6
Smyslová aktivizace	S1, S6
Validace	S1
Homeopatie	S3
Herbatismus	S4
Masáže	S2, S3, S6

## Vztah sester k alternativním metodám

V této kategorii jsme se zaměřili na osobní vztah sester k alternativním metodám. Pokud se sestra bude těmto metodám věnovat i v osobním životě, bude o ně projevovat zájem a vzdělávat se v této oblasti, dá se předpokládat, že bude u klientů při prezentaci těchto metod vzbuzovat důvěru.

Dále nás zajímalo, zda sestry či jejich nejbližší využívají alternativních metod: „Já ne, mám problémy se zády - mám to zakázané.“ (S1) Tím v podstatě zjišťujeme to, že sestra není dostatečně informována o širokém spektru využití těchto metod. Svou pozornost zaměřuje pouze na masážní techniky. „Ne, ani nikdo z rodiny“. (S3, S5, S1) Další postoj byl kladnější, dvě sestry uvádějí řadu metod, které využívají: „...určitě masáže“. (S3, S6,S2) „Myslím si, že mají blahodárný účinek na tělo a mysl“. (S3) Další dvě sestry pijí bylinkové čaje: „Ráda piji bylinkové čaje. I když nejsem žádný odborník, bylinky mám zkrátka ráda.“ (S6) „Ano, pravidelně piji bylinkové čaje.“ (S3) Další ze sester má k alternativním metodám negativní vztah, který je nejspíš způsoben předchozí zkušeností: „Ne, mně to zkrátka připadá jako šarlatánství.“ (S4)

Naším cílem bylo zjistit, zda sestry zkoušejí alternativní metody i na sobě či své rodině, a to z toho důvodu, aby se ukázalo, jaký je skutečný vztah sester k těmto metodám. Můžeme si povšimnout, že některé sestry nejdříve popírají využívání alternativních metod, ale po podrobnější analýze vlastně zjišťujeme, že tyto metody využívají, jen nebyly schopné je řádně identifikovat a zařadit do metod alternativních.

**Tabulka 3: Využití alternativních metod sestrou v osobním životě**

Využití alternativních metod sestrou v osobním životě	
S1	Ne
S2	Ano
S3	Ano
S4	Ne
S5	Ne
S6	Ano

## Využívání alternativních metod v ošetrovatelské péči sestrou

Tázali jsme se sester, zda využívají některé z alternativních metod v praxi, a pokud ano, tak jaké nejčastěji.

Dvě zdravotní sestry uvádějí, že ve své praxi provádějí masážní techniky: „Tipla bych, že by se sem daly zařadit poklepové masáže, které nejčastěji využívám u klientů na ventilátorech“. (S2) „Ráda využívám poklepové masáže u pacientů, kteří jsou zahlenění.“ (S6) Sestry byly schopné popsat i postup, jakým klienta masírují, což značí, že tyto masáže u klientů opravdu provádějí: „Vím, že jim mohu pomoci masáží spíše než tím, že jim dám do ventilátoru rovnou Atrovent. Než použiji medikamenty, tak je přetáčím na bok a provádím poklepovou masáž“. (S2) „Setkávám se s rodinami, které se mě vyloženě táží na masáže, především u hospicových klientů, takže provádíme masáže ve spolupráci s rodinou, nejčastěji poklepové“. (S6)

Další sestra neprovádí masáže, ale je přístupná užívání bylinných preparátů: „Masáže nevyužívám, protože moje matka na ně chodila a spíše jí to uškodilo, na to musí být proškolený specialista. Ale při své práci používám bylinky - řapík, heřmánek.“ (S4)

Setkali jsme se i se sestrou, na jejímž pracovišti je využívání vybraných alternativních metod na denním pořádku, a to zejména z toho důvodu, že tato sestra pracuje v domově seniorů, kde se věnují aktivnímu vzdělávání v oblasti využití alternativních metod v praxi: „U klientů aplikujeme bazální stimulaci, smyslovou aktivizaci, zahradní terapii, canisterapii a validaci.“ (S1)

Další sestry odpovídají, že jejich harmonogram práce neumožňuje věnovat se těmto metodám: „V praxi na to není mnoho času“. (S3) „Myslím si, že je nevyužívám, protože na to není dost času.“ (S5) Avšak dále pokračuje a své tvrzení vyvrací: „Myslím si, že alternativní metody provádíme, ale aniž bychom si uvědomovaly, že je to nějaká alternativní metoda.“ (S5)

## **Edukace klientů o možnosti využití alternativních metod sestrou**

Dále se snažíme zjistit, zda sestry informují klienty o využívání alternativních metod, zda s nimi probírají možnosti aplikace dalších metod, dále jestli je sestra schopná klientovi doporučit metody k udržení bio-psycho-sociálního zdraví.

Sestry využívají k předávání informací písemnou formu a odkazují klienty na odborné články v časopisech, vhodnou literaturu, či internetové stránky: „Většinou jsou to časopisy, odborné časopisy, ve kterých jsou odborné články o alternativních metodách. (S5) „Svým klientům doporučuji internet, odkazy, knihy.“ (S6) Další sestra má nejrady písemnou formu, a to z toho důvodu, že si to lidé lépe zapamatují a mohou tam vždy nahlédnout, mají informace při ruce: „Nerady mám informační letáčky, které si pacient může nechat doma, může do nich kdykoliv nahlédnout.“ (S2) „U nás je k dispozici mnoho letáků, které si klienti mohou vzít“. (S1) Dvě ze sester se shodují na tom, že je důležité klienty upozornit, aby se obrátili na specialistu: „Radíme, ať se obrátí na nějakého specialistu, popřípadě ho doporučíme či dáme kontakt.“ (S6) „Nejlepší je, pokud někdo z týmu nebo já sama si přečtu nějaký odborný článek a poté poselství předám klientovi nebo mu navrhuji konfrontaci se specialistou.“ (S5)

Další forma předávání informací, která se nejčastěji objevovala, byla ústní: „Nejčastěji jim předávám informaci ústně, doporučuji masáže.“ (S3) „Pokud pacienta informuji ústní formou, musí se mi vždy dostat zpětné vazby.“ (S2) „Když se lidé ptají, tak se jim snažíme poskytnout informace, pokud o tom něco víme“. (S5) „Doporučení předáváme spíše ústně, buď klientům, nebo rodině.“ (S3) „Klienti vědí, že za námi mohou kdykoliv přijít a že jim poskytneme informace. Pokud je nemáme, snažíme se je dohledat.“ (S1)

Pouze jedna z respondentek se domnívá, že není kompetentní k tomu, aby předávala tyto informace, a že její pracovní vytíženost jí to ani neumožňuje: „Neříkám jim nic, není na to ani prostor.“ (S4)

## **Zájem klientů o alternativní metody z pohledu sestry**

Sestry byly vybídnuj k tomu, aby uvedly, zda se setkávají s klienty, kteří projevují zájem o alternativní metody.

Všechny z tázaných sester uvedly, že klienti mají zájem dozvědět se více o těchto metodách: „Ano, nejčastěji se se zájmem setkávám u onkologických pacientů.“ (S2) „Jsou tací, kteří se ptají, ale je jich málo. Většinou je to z toho důvodu, že nejsou dostatečně informováni.“ (S5) „Ano, většinou se s tím setkávám u hospicových klientů, kteří jsou zahlenění a stále leží.“ (S3) „Ano, odkazujeme je na specialisty“. (S1) „Ano, v našem případě se spíše ptá rodina, která pečuje o nemocného“. (S6) Z další výpovědi soudím, že klienti mají rovněž zájem: „Pokud se ptají, chtějí zkusit alternativu, tak všem říkám, ať se drží toho svého a k tomu ať zkusí tu alternaci.“ (S4)

Ne vždy je spolupráce s klienty možná, někdy je nejdůležitější spolupráce s lidmi, kteří o nemocného pečují, a to spolupráce s rodinnými příslušníky. V této části se zajímáme o to, jak klienti k novým metodám přistupují. Sestry se většinou setkávají s kladným postojem klientů a rodin.

O tom hovoří sestra hospicové péče, kde je spolupráce s rodinou na denním pořádku: „Naše spolupráce se zaměřuje spíše na rodiny. Spolupráce je výborná, protože rodina, která o nemocného pečuje, mnohdy sama přijde na to, co nemocnému dělá dobře a co mu vyhovuje.“ (S6) „Spolupráce je, myslím, dobrá, ale domnívám se, že je velmi důležitá edukace hlavně rodiny, protože rodina má velký vliv na pacienta.“ (S3) Další sestra se též setkává s kladným přístupem ze strany klientů a dodává, že tyto techniky pomáhají klientům zaplňovat harmonogram dne: „No tak spolupráce je tam dobrá, ale oni o to mají zájem, protože je to pro ně vyplnění volného času.“ (S1) Je také velice důležité pohlédnout na osobnost člověka, i to může mít velký vliv na to, jakým způsobem přijímá či odmítá spolupráci: „Zájem neprojevují všichni, ale jsou tací, kteří se ptají, jenže je jich málo. Je to různé, záleží na člověku.“ (S5)

## **Celoživotní vzdělávání sester v souvislosti s alternativními metodami**

V této části práce jsme se zaměřili na vzdělávání sester. Zajímalo nás, zda zaměstnavatel sestrám umožňuje vzdělávání, dále také to, jestli jsou sestry aktivní a vzdělávají se samy a jakým způsobem se snaží doplňovat znalosti, které vedou k jejich osobnímu růstu.

Většině tázaných sester umožňuje zaměstnavatel financované vzdělávání v rámci registrace (S2, S4, S6, S1). Z toho pouze dvěma sestrám je umožněno, aby si samy vybraly, jaký kurz by chtěly absolvovat, a dále jim zaměstnavatel nabízí povětšinou kurzy, které se týkají alternativní tematiky: „Zaměstnavatel nám dává možnost výběru, některé kurzy jsou však povinné, většina kurzů je zaměřena na alternativní metody“. (S1) „Máme na výběr mnoho kurzů, ročně jich je minimálně 12. Většinu platí zaměstnavatel, některé jsou financované z grantů, máme velkou možnost výběru.“ (S6)

Dvě sestry tvrdí, že žádné kurzy neabsolvovaly a jsou přesvědčené o tom, že by je jejich zaměstnavatel ve vzdělávání ani nepodpořil: „Žádné kurzy jsem neabsolvovala a myslím si, že můj zaměstnavatel by tomu ani nebyl nakloněn.“ (S3) Další uvádí, že kurzy neabsolvoje, protože jejich zaměstnavatel to nevyžaduje: „Kurzy jsem neabsolvovala žádné, protože zaměstnavatel nám je nenutí ani nám je nezprostředkovává.“ Dodává však: „Kurzů je na trhu plno, ale na kurzy není moc čas, ani ve volném čase.“ (S5)

Co se týče dalšího vzdělávání, věnují se sestry nejčastěji četbě různých materiálů: „Občas čtu knihy, ale spíše jenom pro zajímavost, abych se dozvěděla něco nového o moderních technologiích.“ (S5) „Čtu knihy o novinkách a o nových technikách, postupech a pomůckách, abych klientům byla schopná nabídnout co nejlepší péči.“ (S6) Další sestra se též věnuje četbě, protože chce poskytnout lepší péči klientům a chce jim podat co nejnovější informace: „Čtu ráda, v práci máme mnoho studijních materiálů, ale spíš mi jde o to, že člověk nechce vypadat jako hlupák, protože často za námi chodí rodina a dožaduje se nadstandardních informací.“ (S1). Z výpovědí sester je patrné, že většina klientů o alternativní metody zájem projevuje.

## Časový prostor na aplikaci alternativních metod v práci sestry

Pohled sester na harmonogram jejich práce je důležitý, protože pouze spokojená sestra, která není časově omezena, může pozitivně působit na klienta.

Sestry většinou uvedly, že by uvítaly více času na klienty: „Určitě více času na klienta, mohl by říct, co si přeje, co by preferoval, co by mu vyhovovalo více, bylo by více času na rozmluvu s rodinou“. Dodává, že by tak měla i více času na edukaci a péči u klientů: „Mohla bych se více věnovat edukaci, třeba právě doporučení alternativních metod, umožnila bych klientovi lepší péči a důkladnější přístup“. (S3) „Změnila bych čas, který u něj trávíme, my provedeme pouze předepsaný výkon, na který máme stanovený čas, a zase odjíždíme.“ (S5) „Více času na klienta.“ (S6) I další sestra uvádí, proč je důležité mít na klienta dostatek času: „Máme velký okruh a prostě se to nestíhá, doma se přece jen léčí lépe než ve špitálech, a kdyby bylo více času, mohly bychom si s nimi i déle popovídat, zedukovat je a předvést jim i nějaké techniky. A to jako, že nemáte hlavu už v myšlenkách na dalšího pacienta, tím líp je na to připravit a tím více se jim můžeš věnovat, lepší léčba. Hlavně edukace.“ (S2)

Setkali jsme se i s nespokojeností kvůli velkému množství klientů na jednu sestru: „Myslím si, že by bylo lepší, kdyby bylo více personálu. Na jednu sestru by bylo méně lidí.“ (S5) „Určitě méně pacientů na jednu sestru.“ (S2) „Domnívám se, že by bylo příhodnější mít trochu méně pacientů“. (S4)

Pouze dvě sestry jsou s harmonogramem práce spokojeny. Říkají, že na klienty mají dostatek času. A nemají potřebu nic měnit: „Já bych ani změny nedělala, protože si myslím, že je to nastavené tak, jak by to mělo být.“ (S1) U sestry S1 je to způsobeno tím, že pracuje v domově pro seniory, kde je odlišný harmonogram práce. Další sestře harmonogram rovněž vyhovuje: „Jsem spokojená“. (S6)

## 5 Diskuze

V této části práce shrneme výsledky výzkumu a pokusíme se je uvést do souvislosti ve vztahu k poznatkům z teoretické části. Podotýkáme, že výsledky se vztahují k výzkumnému souboru a pro hlubší analýzu a zobecnění by bylo potřeba je ověřit dalším výzkumným šetřením. Jak uvádí prof. Vojtěch Mornstein (2011) světové písemnictví je poměrně chudé na kvalitní vědecké práce týkající se alternativních metod. Klinické studie bývají často negativní nebo na pokraji průkaznosti. Snažili jsme se tedy najít dostatečné množství původních výzkumných či přehledových prací, s nimiž bychom mohli výsledky našeho výzkumu porovnat. Předkládáme zde nejzajímavější poznatky, které jsme porovnávali s nalezenou literaturou.

Cílem výzkumu bylo zjistit, na jaké úrovni jsou edukační dovednosti sester v oblasti alternativních metod aplikovaných v ošetrovatelství. Proto bylo nezbytné zjistit, zda sestry mají vědomosti o alternativních metodách. V procentuálním zastoupení většina sester vnímá alternativní metody kladně, ale setkali jsme se se sestrou S4, která uvádí, stejně jako prof. Jiří Heřt (2011) - známý jako nesmlouvavý bojovník proti alternativní medicíně a šarlatánství - že tyto techniky jsou pouze šarlatánství. Též se shodují v názoru, že účinky homeopatické léčby jsou jen placebem. Zajímalo nás, co si pod pojmem alternativní metody představují, protože za předpokladu, že nebudou v této problematice samy erudovány, nemohou nadále edukovat ani klienta. Sestry uváděly, že se ve své praxi nejčastěji setkávají s bazální stimulací a masážemi. Hlubkově však byla schopná popsat tyto metody pouze ta sestra, na jejímž pracovišti jsou v ošetrovatelské praxi aplikovány metody, kterým se specificky věnuje organizace Palmasoc. Je to sestra S1, jež byla do výzkumného šetření zařazena z důvodu porovnání. Díky vzdělávání sester na pracovišti, kde jsou zaměstnány sestry S1 a S6, jsou vědomosti v oblasti alternativních metod na vyšší úrovni nežli u dalších zkoumaných respondentek. A to, jak jsme zjistili, může mít příčinu v tom, že pracují pro obecně prospěšné společnosti. Myslíme si, že znalosti sester v oblasti alternativních metod jsou minimální, sestřím chybí motivace věnovat se podrobněji studiu těchto metod. Domníváme se, že je to především vinou



zaměstnavatele, poněvadž sestry nemají dostatečné finanční ohodnocení, a tím dochází ke ztrátě motivace. Je škoda, že sestry ani ředitelé nekladou větší důraz na vzdělávání v této oblasti, protože by to mohlo vést k větší spokojenosti klientů, a to zejména proto, jak uvádí Janča (2013), že alternativní metody se zaměřují na bio-psycho-sociální potřeby jedince jako celku, což se o přístupu kontroverzní medicíny říci nedá.

Zjišťovali jsme úroveň edukačních dovedností sester v oblasti využití alternativních metod a následné spolupráce s klienty. Zacharová a Šimíčková (2011) uvádí, že vztah sestry ke klientovi a kvalita péče se odvíjejí od mnoha faktorů, které ovlivňují chování sestry. Jedním z těchto faktorů je i vzdělání. Jak píše Vévoda (2013), pokud má sestra motivaci a vzdělává se v oblasti alternativních přístupů, má ráda svou práci a je schopna se sžít s alternativními metodami, tak si k nim vytváří vztah. Jestliže bude mít k těmto metodám kladný přístup, bude je využívat i ve své praxi ve spolupráci s klienty. A naopak: jestliže bude její přístup negativní, například na základě předchozích špatných zkušeností (jak je patrné u sester S2 a S4), nebude alternativním metodám věnovat pozornost. Z tohoto důvodu byly výsledky duálního rázu, protože každá sestra je jiná a má jiné zkušenosti. Šetření ukázalo, že největší povědomí mají sestry o konceptu bazální stimulace, který nejčastěji zmiňovaly. Vzdělávací kurzy absolvovala pouze jedna sestra (S1), již zaměstnavatel pravidelně umožňuje vzdělávání v této oblasti. To je důkazem toho, jak uvádí Friedlová (2007), že počet sester, které s konceptem pracují, se rozšiřuje.

Dále nás zajímalo, zda sestry využívají alternativní metody v praxi a jestli klienti o tyto metody projevují zájem. Všechny tázané sestry se shodly na tom, že klienti i rodiny o tyto metody zájem projevují, avšak sestry je většinou do praxe neaplikují z toho důvodu, že nejsou k využívání těchto metod kompetentní. Většina sester jak tvrdí Vildová (2008) se přiklání k využívání alternativních metod, sestry jsou otevřené k začlenění alternativních metod do ošetrovatelského procesu, avšak chybí vzdělání. Sestry však nemají dostatečnou časovou dotaci, jak tvrdí sestra S6, která preferuje důkladné informování rodiny. Shodují se též s Mlýnkovou (2010), která uvádí, že rodina se často obrací na sestru, jež se stará o jejich příbuzného, s žádostí o předání informací o moderních přístupech v ošetrovatelské péči. Dle našeho názoru si klienti

vždy rádi nechají poradit od sestry, protože ta je pro ně v ošetrovatelské péči klíčovým člověkem, jemuž svěřují své zdraví a důvěru. Sestra však musí mít patřičné vzdělání, aby byla schopna holistického přístupu ke klientovi. Aby sestra ve své praxi mohla využívat alternativní metody, musí mít příslušnou kvalifikaci, jinak není kompetentní k aplikaci daných metod do ošetrovatelské praxe. Jak uvádí Bošková (2014), v České republice není vzdělávání sester v oblasti alternativních metod kladně přijímáno i přes to, že všechny vyspělé země uznávají tyto léčebné směry jako součást ošetrovatelské péče. Sestry a nadřízení se k alternativním přístupům staví nejednoznačně. To je v našem šetření patrné z toho, že pouze jedné ze sester je umožňováno adekvátního vzdělávání v oblasti využívání alternativních metod v ošetrovatelské péči. Do budoucna však očekáváme, že se situace změní a nedostatky ve vzdělávání sester budou odstraněny. Jestliže totiž sestry nebudou motivované k tomu, aby se vzdělávaly, může to mít negativní dopad na klienty.

Jedním z možných rizikových faktorů, který ovlivňuje klienty, jsou média. Vlivem médií se klienti často stávají obětí šarlatánů a nekvalitních výrobků. Tím se potvrzují zkušenosti s reklamou u klientů, jak ukazuje výpověď sestry S4, která uvádí, že její klienti se často nechávají až nesmyslně ovlivňovat televizními reklamami, články v časopisech a internetem. Přitom některé z produktů, jak uvádí Mornstein (2011), jako například bylinné preparáty, bývají často označovány jako „všelék“, takže je zřejmé, že v příbalovém letáku může být napsáno v podstatě cokoli. Právě v tento okamžik by tady měla být vzdělaná sestra, která klientovi vše vysvětlí a navede ho správným směrem.

Domníváme se, že dnešní zdravotnictví je mnohdy uspěchané a není dostatek času plně uplatnit holistický přístup ke klientům. Jak uvádí Hekelová (2012), k tomu, aby mohla sestra ve své ošetrovatelské praxi aplikovat alternativní metody, musí mít časový prostor a individuální přístup ke klientovi. Na tom je postaveno moderní ošetrovatelství. Práce sester je mnohdy zúžena jen na ty nejnezbytnější činnosti rutinního charakteru. Sestry mnohokrát uváděly, že na ostatní činnosti (jako je edukace klientů, péče o duševní pohodu, prevence komplikací a podobně) nezbývá čas. To potvrzují i výpovědi sester v agentuře domácí péče. Tyto sestry uvádějí, že k využívání alternativních metod

nemají dostatek času. Výjimkou jsou sestry S1 a S6, které aplikují alternativní metody do své praxe a jsou spokojeny i s časovým rozvrhem. Vzhledem k časové tísní sester v agenturách domácí péče jsou klienti sestrami odkazováni na erudované specialisty v dané problematice. Pro porovnání se sestrou S1 je důležité zmínit, že tato sestra má ve své práci vyhraněný prostor výhradně pro aplikaci alternativních metod. Je to z toho důvodu, že organizace času v ADP je odlišná než v domově pro seniory, kde sestra S1 působí, a právě proto jsme si tuto sestru vybrali, neboť jsme chtěli poukázat na využívání alternativních metod v ošetrovatelské péči. Další sestra (S6), která byla rovněž spokojena s časovým rozvrhem, pracuje stejně jako sestra S1 v obecně prospěšné společnosti. Tento jev může souviset s vytvářením harmonogramu pro sestry. Tím se otevírá prostor pro další bádání v oblasti aplikace alternativních metod do ošetrovatelského procesu.

## 6 Závěr

Téma této bakalářské práce pojednává o edukaci klientů sestrou zaměřené na možnosti alternativního vzdělávání. Společnost vyžaduje stále větší potřebu inovace ve vzdělávání. Dnešní doba neočekává jen kvantitu, nýbrž vyžaduje i kvalitu a nové možnosti. Společnost si klade otázku, zda máme či vůbec známe tyto možnosti, které nám pomohou ke zlepšení zdravotního stavu, zkvalitnění a naplnění našeho života. V současném moderním ošetrovatelství je často zapomínáno na nespočet metod, jež nabízí alternativní medicína. Neinformovanost klientů a sester často vede k neznalosti a posléze k nekvalitní ošetrovatelské péči. V práci sestry je důležité, aby dokázala klienta vést a poskytnout mu všechny, v daném okamžiku známé možnosti, jak zvýšit kvalitu jeho života v rámci jeho onemocnění. V této souvislosti se otevírá prostor k využití alternativních postupů, které v současné době nejsou již tabuizovány. Edukace sester v této oblasti je tedy velice důležitá, zejména s ohledem na proces efektivního vedení klienta, proces směřující ke zkvalitnění klientova života a naplnění potřeb klienta.

Nemoc přináší jedinci změnu životní situace, která všestranně ovlivňuje postavení nemocného, jeho role, pozice, status. Nemocný se snaží nacházet vhodná východiska a stanovuje si „nový životní styl“, a to takovým způsobem, aby byl tento styl vyhovující a aby ho nemocný byl schopen dodržet vzhledem ke svým možnostem, dovednostem, schopnostem a k působení samotného onemocnění. Přitom může směřovat své aktivity a zájmy k podpoře vlastního zdraví v souvislosti s využitím alternativních metod. Přesvědčila jsem se o tom v domově seniorů Mr. Křišťana, kde mě využívání alternativních metod u klientů poprvé zaujalo. V tomto domově pro seniory jsem měla možnost osobně se zúčastnit aplikace alternativních metod v ošetrovatelském procesu. Všimla jsem si komunikace sester s klienty a využívání edukačních strategií. Toto zařízení bylo zvoleno z důvodu osobitého přístupu k jednotlivým klientům. To nás vedlo k vypracování práce s neobvyklou tematikou.

V teoretické části jsme se snažili podat komplexní informace o edukaci klientů domácí péče a o možnostech využití alternativních metod.

Empirická část byla zaměřena na odkrývání jevů vztahujících se k úrovni edukační schopnosti sester a k následné spolupráci s klientelou. Odkrývání jevů v oblasti edukace sester a klientů s následným využitím alternativních metod a spolupráce klientů bylo cílem této práce. Zjišťovali jsme, jaká je úroveň edukační schopnosti sester v oblasti alternativních metod a jaká je následná spolupráce s klienty.

Ke sběru dat a jejich následnému zpracování byla využita kvalitativní metoda. S dotazovanými sestrami byl veden polostrukturovaný rozhovor. Z rozhovorů jsme získali odpovědi na výše uvedené výzkumné otázky.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že většině sester není umožňováno dostatečného vzdělání v oblasti využití alternativních metod v ošetrovatelské péči. Tím, že sestry nemají kvalifikaci, nejsou kompetentní k tomu, aby mohly tyto metody provádět u klientů, ačkoliv klienti projevují zájem o alternativní metody. K využívání alternativních metod mají kompetence pouze dvě sestry, které pracují pro obecně prospěšné společnosti a které zároveň edukují klienty o alternativních metodách, jež jsou využívány v ošetrovatelské péči. Ostatní sestry, které nevyužívají zmíněné metody v ošetrovatelské péči, pracují u společností s ručením omezeným. Tento jev, jak se ukázalo je hlavní příčinou nevyužívání alternativních metod v ošetrovatelské péči.

Získané výsledky mohou vést k větší informovanosti sester, mohou jim přinést nové poznatky týkající se jejich povolání a ukázat jim i jiné možnosti spolupráce s klientem. Jedna z ADP projevila po realizaci výzkumného šetření zájem o podrobné informace a možnosti využití alternativních metod v praxi na svém pracovišti a možnost dalšího vzdělávání v oblasti aplikace alternativních metod do praxe na svém pracovišti. Z důvodu zvyšování kvality a začlenění neobvyklých přístupů do ošetrovatelské péče, které by mohly zvýšit zájem klientely.

Tato práce přináší do ošetrovatelské péče pohled na neobvyklou tematiku. Domníváme se, že by mohla vzbudit zájem a přinést novou iniciativu a nový přístup ke klientům. Otevírá prostor pro další studia v této oblasti.

## 7 Seznam literatury

1. ALLER, Susan Bivin. *Florence Nightingale: Úvod do problematiky*. New ed. London: Lerner, 2012. ISBN 978-076-1343-820.
2. ATTENBOROUGH, Anthony. *Rodinná encyklopedie alternativní medicíny*. 1. vyd. Překlad Jarmila Emmerová. Praha: Reader's Digest Výběr, 1997. ISBN 80-902-0693-X.
3. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8735-3.
4. BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1 vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2978-7.
5. BOŠKOVÁ, Vladimíra. Lidovky.cz: Zpravodajský server Lidových novin. *Bigblogger* [online]. [cit. 2014-07-30]. Dostupné z: <http://boskova.bigblogger.lidovky.cz/c/77027/Alternativni-medicina.html>
6. CASTLEMAN, Michael. *Velká kniha léčivých rostlin: klasický průvodce nejlepšími přírodními léčivy představující ty nejlepší - časem i vědou prověřené - léčivé rostliny*. 1. vyd. Praha: Columbus, 2004. ISBN 80-724-9177-6.
7. CLEVELY, Andi a Katherine RICHMOND. *Velká kniha bylinek: teorie a praxe : standardní dílo s podrobným popisem květů*. České 1. vyd. Překlad Alena Ryšková, Lucie Vlčková. Praha: Svojtka, 2013. ISBN 80-723-7132-0.
8. FILATOVA, Renáta a Kateřina VITÁSKOVÁ. *Snoezelen*. 1. vyd. Frýdek-Místek: Kleinwächter, 2010. ISBN 978-80-260-0115-7.
9. FLANDERA, Stanislav. *Klasické masáže: příručka pro absolventy kvalifikačních masérských kurzů*. 3. vyd. Olomouc: Poznání, 2005. ISBN 80-866-0636-8.
10. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-802-4713-144.
11. GARCÍA, C., M. LOPÉZ a M. DUGUE María. *Naturální medicína: Homeopatie, léčebné masáže, léčivé oleje, sirupy a elixíry*. Bratislava: Nezávislosť, 1998. ISBN 978-80-85217-70-4.

12. GUILLAUD, Michèle. *Relaxace v mateřské škole: program relaxačních činností a her na celý rok*. 2. vyd. Překlad Lucie Hučínová. Praha: Portál, 2011. Knihy zdraví. ISBN 978-80-262-0045-1.
13. HALLOVÁ, Nicola. *Reflexní masáž*. 1. vyd. Překlad Eva Perglerová. Praha: IŽ, 2001. ISBN 80-240-2071-8.
14. HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-324.
15. HEŘT, Jiří. *Alternativní medicína a léčitelství*. 1. vyd. Překlad Jarmila Emmerová. V Praze: Věra Nosková, 2011. ISBN 978-808-7373-156.
16. CHINMOY, Sri. *Tiché učení: úvod do umění meditace*. 3. vyd. Praha: Madal Bal, 2010. ISBN 80-902-4869-1.
17. JANČA, Jiří. *Alternativní medicína: komplexní prevence a léčba přírodními prostředky*. Dopln. vyd. Praha: Eminent, 2013. ISBN 978-80-7281-041-3.
18. JANČA, Jiří. *Praktická homeopatie: cesta ke zdraví: rádce pro celou rodinu*. Upr. a dopl. vyd. Praha: Eminent, 2004. ISBN 80-728-1185-1.
19. JANČA, Jiří. *Reflexní terapie: tajemná řeč lidského těla*. 2. vyd. Praha: Eminent, 2002. ISBN 80-858-7617-5.
20. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-21503.
21. JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4724-546.
22. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4718-309.
23. LUNNY, Vivian. *Vůně života: aromaterapie pro těhotenství a zdravý životní styl*. 1. vyd. Překlad Marie Noe. Praha: One Woman Press, 2005. ISBN 80-863-5640-X.
24. MACHALA, Karel. *Géniové na prahu nové medicíny: filozofie konvenční léčby pod palbou argumentů*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-807-2638-017.

25. MARKS, Cassandra. *Homeopatie: cesta ke zdraví : rádce pro celou rodinu*. 1. české vyd. Překlad Dana Čížková. Praha: Slovart, 1998. ISBN 80-720-9066-6.
26. MIHULOVÁ, Marie a Milan SVOBODA. *Abeceda jógy*. Liberec: Santal, 2002. ISBN 80-900570-60-3.
27. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
28. MISCONIOVÁ, Blanka. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče, 199?.
29. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-841.
30. MORNSTEIN, Vojtěch. *A přece se netočí: podvody, léčitelé, šarlatáni a šejdiřský byznys v kostce*. 1. vyd. Překlad Jarmila Emmerová. V Praze: Klika, 2011. ISBN 978-808-7373-316.
31. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4741-727.
32. MÜLLEROVÁ, Alena. *Wellness jako životní styl*. 1. vyd. Brno : Era, 2008. ISBN 978-80-7366-134-2.
33. NEDĚLKOVÁ, Hana. *Ano, kinestetika umožňuje snazší a efektivnější mobilizaci pacienta*. Sestra, 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 23.
34. NEDĚLKOVÁ, Hana. *Kinestetická mobilizace: skriptum pro účastníky kurzu Kinestetická mobilizace*. 3. vyd. Nemocnice Most, 2007. ISBN 978-80-239-9260-1.
35. NOE, Marie. *Aromaterapie do kapsy: malá encyklopedie éterických olejů*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2014. ISBN 978-80-86356-49-5.
36. PROCHÁZKOVÁ, Eva. Erwin Böhm Institut. *Ebin* [online]. 2014 [cit. 2014-07-29]. Dostupné z: <http://ebin.cz/texty/terapie-prostredim/>
37. RŮŽIČKA, Radomír. *Akupunktura v teorii a praxi*. 4. vyd. Olomouc: Poznání, 2012. ISBN 978-80-87419-26-7.
38. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4716-138.



39. SEDMÍK, Jan. *Masáže: kompletní kniha masážních technik*. 5. vyd, dopl. Praha: NS Svoboda, 2008. ISBN 978-80-205-0596-5.
40. SCHEFFER, Mechthild. *Bachova květová terapie: teorie a praxe : standardní dílo s podrobným popisem květů*. Praha: Pragma, 1994. ISBN 80-852-1355-9.
41. SIERADZKI, Andrzej Józef a Katherine RICHMOND. *Léčba stresu metodou čtyř stavů rovnováhy: natural history and conservation*. Vyd. 1. Překlad Alena Ryšková, Lucie Vlčková. Frýdek-Místek: Alpress, 2004. ISBN 80-736-2018-9.
42. SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-807-2628-490.
43. STORCK, Ulrich a Katherine RICHMOND. *Technika masáže v rehabilitaci: tajemná řeč lidského těla*. 1. české vyd. Překlad Alena Ryšková, Lucie Vlčková. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024726632.
44. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-807-2628-452.
45. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-313-0.
46. ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.
47. TISCHER, Hildegard. *Masáž: relaxace od hlavy až k patě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4725-505.
48. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Přepřac. vyd. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2008. ISBN 978-807-0133-248.
49. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
50. VILDOVÁ, Pavla. *Vztahy odborné a laické veřejnosti k alternativním metodám péče o zdraví*. České Budějovice, 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Nováková Dita.

51. WOLF, Ebner. *Akupresura působí okamžitě*. 1. vyd. Bratislava: Grada, 2006. ISBN 80-852-6514-1.
52. WEHNER, Love a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivizace: v péči o seniory a klienty s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.
53. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-621.
54. ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovateľský slovník: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-315-8.

## **8. Seznam příloh**

Příloha 1: Struktura rozhovoru se sestrami.

## Příloha 1

### Rozhovor se sestrou

Co si představujete pod pojmem alternativní metody?

Využíváte vy nebo vaše rodina alternativní metody? Pokud ano, tak jaké? Pokud ne, proč?

Edukujete klienty o možných alternativních metodách?

Jaká je spolupráce s klienty v této oblasti?

Mají klienti zájem o možná doporučení? Pokud ano, tak kteří nejčastěji?

Projevují klienti zájem o alternativní metody?

Absolvovala jste v posledních dvou letech vzdělávací kurzy? Platil vám je zaměstnavatel?

Jaká je jiná forma vašeho vzdělávání?

Jakou formou se snažíte klienty informovat, edukovat?

Domníváte se, že harmonogram vaší práce dostatečně umožňuje věnovat se naplno klientům?

Pokud byste měla něco změnit v harmonogramu vaší práce, jaká změna by to měla být?