



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Význam zdraví pro hospitalizovaného pacienta jako životní hodnota

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Veronika Vacková

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

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Význam zdraví pro hospitalizovaného pacienta jako životní hodnota“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2018

.....

Bc. Veronika Vacková

Poděkování

Děkuji tímto své vedoucí práce paní doc. PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, laskavý přístup, pomoc a velkou podporu během celého studia a psaní diplomové práce.

Význam zdraví pro hospitalizovaného pacienta jako životní hodnota

Abstrakt

Současný stav: Zdraví představuje z pohledu ošetřovatelství jeden z nejzákladnějších pojmů. Řada autorů pokládá za prioritní, že sestra disponuje znalostmi ohledně zdraví, nemoci, o hodnotách pacienta i svých vlastních hodnot za předpokladu efektivního ovládnutí dovedností z oblasti systematického pozorování, účinné komunikace, uměním projevit ochotu pomoci a soustavného zaznamenávání zdravotního stavu pacienta. Stejně jako mnoho teoretiků, tak i každý z nás si pod pojmem zdraví vybaví něco jiného. Proto je nutné vycházet z definice zdraví, které napomáhá k pochopení jednání člověka a k jeho vlastnímu zdraví.

Cíl výzkumu: Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké specifické intervence mohou sestry využít v oblasti zdraví hospitalizovaného pacienta v základě narušení této hodnoty. K dosažení cíle bylo zapotřebí si jej pomocí výzkumných otázek rozdělit do několika oblastí a to, jak vnímají hodnotu zdraví hospitalizovaní pacienti, jaký je jejich řebříček hodnot při hospitalizaci, jaké hodnoty byly pro pacienta významné před jeho hospitalizací a jakým způsobem zasahuje hospitalizace do hodnot pacienta s ohledem na jeho budoucí život po propuštění. Z pohledu pacienta bylo klíčové rozpoznat, jaké aspekty v rámci ošetřovatelské činnosti sestry jsou pro něj nejpodstatnější v souvislosti s hospitalizací a jeho zdravotním stavem a také jaké jsou možnosti sestry pro saturování hodnoty zdraví. Druhá skupina respondentů byla zaměřena na ošetřovatelský personál. Klíčovým záměrem bylo shledat, jak vnímají sestry případné ovlivnění životních hodnot pacienta v souvislosti s hospitalizací a jak vnímají svoje možnosti pro saturování této hodnoty.

Metodika: Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda sběru a analýzy dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů. První část rozhovorů byla zaměřena na pacienty, kteří byli přijati na oddělení chirurgické, rehabilitační a traumatologické bez specifitějšího určení. Součástí druhé části byly rozhovory se sestrami na totožných odděleních. Sběr dat probíhal v lednu a únoru 2018 přímo v nemocničním zařízení. Po

dostatečném nasycení dat byla provedena kategorizace pomocí otevřeného kódování, metodou „tužka a papír“.

Výsledky: Na základě výzkumného šetření vyvstalo několik zajímavých zjištění. Pouze jeden respondent vnímá své zdraví z holistického pohledu, jak se uvádí ve světově uznávané definici zdraví dle WHO. Také se potvrdilo se, že ne pro každého pacienta je hodnota zdraví prioritní hodnotou ve srovnání s ostatními hodnotami. S tím souvisí i vnímání hodnoty zdraví z časového hlediska. Prokázalo se, že samotná hospitalizace, popřípadě vznik obtíží vedoucí k hospitalizaci, zapříčinilo změnu v pozitivním slova smyslu ve vnímání hodnoty zdraví u téměř poloviny dotazovaných. Mezi respondenty se našli i tací, kteří dosud nepocítují žádnou změnu a ani to nepředpokládají. Sestry by se měly zajímat i o to, do jaké míry jsou uspokojeny pacientovy potřeby a jak aktivní roli přebírá v léčbě za své zdraví pacient. Dotazovaní pacienti také prokázali, že hospitalizace je pro ně rozhodující událost, přinášející uvědomění si okolností, které zapříčinily samotnou hospitalizaci. Následkem prožívaných emocí jsou pak různá očekávání od sebe samého i od ošetřujících sester. Dále bylo zjištěno, že pacienti vyžadují individuální přístup a zájem sestry k tomu, aby bylo dosaženo co nejefektivnější saturace hodnoty zdraví. Sestry sice uznaly hodnotu zdraví jako prioritní, nedokázaly však najít schůdné řešení, jak se této hodnotě náležitě věnovat i v praxi. I přesto, že vnímají hodnotu zdraví jako cíl a záměr ošetřovatelství, v praxi se potýkají s nedostatkem času a ošetřovatelského personálu nebo jsou pohlceny množstvím administrativní práce.

Závěr: Není snadné stanovit jednoznačný verdikt na námi položené otázky, jak se může zdát. Předmětem práce, zdraví a péče o něj, představuje velice obsáhlý výčet aspektů. Z tohoto důvodu doporučujeme navazující prohloubení a rozšíření poznatků k docílení zobecnění výsledků. Péče o lidské zdraví má obrovský význam pro naši budoucnost a je nutné neustále prohlubovat vědomosti ohledně této problematiky.

Klíčová slova

Hodnota zdraví; Pacient; Sestra; Ošetřovatelství; Hospitalizace; Vnímání

The importance of health as a life value for hospitalized patients

Abstract

Current state: From the nursing care point of view, health represents one of the most basic terms. Many authors claim as priority, that nurse is endowed with knowledge concerning health, illness, patients' as well as her own values on the understanding effective managing of the skills from the fields of systematic observation, effective communication, the ability to show willingness to help and permanent recording of patients' state of health. As well as many theoreticians, every individual recalls something else under the term "health". Therefore, it is needed to be patterned on the definition of health, helping to understand human actions and human own health.

Aim of the research: Aim of the research method was to find out, what specific interventions can be used by nurses in the field of the hospitalised patients' health on the basis of this value disruption. To reach this aim, it was necessary to divide the research into several fields, namely how the value of health is perceived by the hospitalised patients, what is their scale of values when they are hospitalised, what values were significant for the patient before his hospitalisation and how does the hospitalisation affect the patients' scale of values during the hospitalisation in view on the future life after the discharge. From the patients' point of view, it was crucial to recognize, what aspects within nurses' nursing activity are the most essential in connection with hospitalisation and his state of health and also what options nurse has got to saturate the value of health. The other group of respondents was concentrated on nursing staff. Crucial intention was to discover, how do the nurses perceive possible affection of patients' scale of values in connection with hospitalisation and how do they perceive their own possibilities in saturation of this value.

Methodology: For the research method, the method of qualitative research and data analysis has been chosen by using half-structured interviews. The first part of the interviews was aimed at patients, who have been admitted on surgical, rehabilitation and traumatological ward without any even more specific determination. The second parts of the interviews were held with nurses in same wards. The data collecting took

place in January and February 2018 directly in medical facility. After data satiety, categorisation has been proceeded by using opened coding namely by method “paper-and-pencil”.

Results: On the basis of qualitative method of research, several interesting findings came out. Only one respondent perceives his health from a holistic point of view, as being stated in the worldwide respected WHO definition of health. It was also confirmed, that the value of health is not for every patient the priority value in comparison with other values. Also the value of health perception from time point of view relates to it. It has been proved, that the hospitalisation on its own or development of problems leading to hospitalisation, has caused a change in a positive way in perceiving the value of health within almost one half of the respondents. But there were individuals among the respondents, who do not feel any difference and do not assume one. Nurses should take care, to what degree patients’ needs are satisfied and how active role does the patient take over in the treatment or his health. Asked patients have also proved that the hospitalisation is a crucial event, leading them to being aware of the circumstances causing the hospitalisation. Consequences of the experienced emotions are different expectations from themselves and nurses. It was also discovered, that the patients demand different approach and interest of the nurse, so that the most effective saturation of value of health can be achieved. Nurses did acknowledge the value of health as priority, even though they could not find any feasible solution, how to attend properly to this value also in practice. Although they perceive the value of health as an aim and purpose of nursing care, they are confronted with lack of time and nursing stuff or they are overloaded by an amount of administrative.

Conclusion: It is not so easy to give a categorical verdict on questions given, as it can seem. The subject of the work, health and care about it, comprehends very extensive list of aspects. Therefore we suggest following intensification and findings extension to reach generalisation of results. Care of human health has got an immense meaning for our future and it is needed to deepen the knowledge concerning this topic.

Keywords:

Value of health; Patient; Nurse; Nursing care; Hospitalisation; Perception

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Pojetí zdraví a jeho vymezení	11
1.1.1 Psychologie zdraví v ošetrovatelství.....	14
1.1.2 Kompendium teorií zdraví	15
1.1.3 Faktory ovlivňující zdraví.....	18
1.2 Zákonné ustanovení a programy pro podporu zdraví.....	20
1.2.1 Zdraví 2020	22
1.3 Zdraví versus nemoc	24
1.3.1 Vnímání nemoci pacientem.....	26
1.3.2 Pojetí zdraví v souvislosti s ošetrovatelstvím	28
1.3.3 Ošetrovatelské modely zohledňující subjektivní vnímání zdraví	31
1.4 Zdraví jako životní hodnota.....	36
2 Cíle a výzkumné otázky	40
2.1 Cíl.....	40
2.2 Výzkumné otázky	40
2.3 Operacionalizace pojmů	41
3 Metodika	42
3.1 Metodika výzkumného šetření.....	42
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	43
4 Výsledky	44
4.1 Identifikace pacientů.....	44
4.2 Identifikace sester	45
5 Diskuze.....	60
6 Závěr	75
7 Seznam použitých zdrojů	78
8 Přílohy.....	90

9	Seznam zkratek	95
---	----------------------	----

Úvod

Ošetrovatelství, ač jde o obor poměrně mladý, je specifický svou bohatou historií a zřejmým progresem. Obdobně jako v medicíně, tak i v ošetrovatelství je potřeba se držet nejnovějších trendů s vidinou dosažení naprosté dokonalosti. My však nabýváme dojmu, že se opomíjí to zásadní, o čem tu vlastně jde, o samotného pacienta. Je potřeba se zamyslet nad tím, zda opravdu lze dosáhnout oné kýžené dokonalosti, absolutního zdraví, a to u něčeho tak složitého, jako je lidská bytost.

Je nezbytné si uvědomit, jak široké spektrum představuje jedno slovo – zdraví. Existuje tenká hranice mezi stavem zdraví a nemocí a pro nás jako sestry je podstatné, jak tento stav vnímají samotní pacienti. Z popsaného důvodu je na tuto problematiku zaměřena první část této práce. Předkládá důležité údaje k tomu, abychom mohli realizovat a zhodnotit empirické zkoumání v praxi. Pojem zdraví v souvislosti s vnímáním pacientova zdravotního stavu představuje jádro naší práce. Nelze však opominout ani úlohu sestry jako základního kamene při péči o zdraví pacienta. Druhá část práce je věnována samotnému výzkumnému šetření, jeho realizaci, zhodnocení a také porovnání s jinými výzkumy.

Uvedené informace této diplomové práce mají za cíl zamyslet se nad danou problematikou a možná najít i způsob, jak si odpovědět na otázku, kterak zlepšit zdravotní péči ve smyslu komplexnosti a lidskosti. Uvědomit si podstatu a nezastupitelnost sesterské péče, která není zcela tak jednoznačná, jak se na první pohled může zdát. Je zapotřebí k tomuto povolání přistupovat se značným respektem, myšleno z pohledu studentů ošetrovatelství a sester, abychom si uvědomili hloubku zodpovědnosti, rozsah vědomostí a dovedností potřebných k vykonávání péče *lege artis*. Nemluvě o péči o někoho nebo pro někoho.

Při zkoumání této problematiky nás napadá mnoho a mnoho nezodpovězených otázek, které se mohou stát podnětem pro bádání daleko rozsáhlejší.

1 Současný stav

1.1 Pojetí zdraví a jeho vymezení

Pojem zdraví má široké spektrum. Etymologie hledá základ slova zdraví v řeckém slově holos neboli celek. Tato věda zkoumá vývoj slov a jejich význam v průběhu staletí. Rázem zjistíme, že toto slovo nabývá širšího rozměru. V souvislosti se zdravím a péčí o něj se dnes můžeme setkat s populárnějším pojmem – holismus (Čeledová, Čevela, 2010).

K porozumění dané problematiky je namísto si definovat základní pojmy. V našem případě je to definování pojmu zdraví. Vzhledem k množství psychologických odvětví a oborů, jejichž předmětem zkoumání je krom jiného i zdraví, můžeme očekávat i velké množství definic tohoto pojmu. Je nutné zmínit jednu, zcela základní definici Světové zdravotnické organizace, právě proto, že byla přijata celosvětově ve znění: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (WHO, 1948). Jedná se o původní znění, které bylo vyřčeno na úvodní konferenci v New Yorku roku 1946 a zapsáno do Ústavy WHO, která nabyla účinnost 7. dubna 1948.

V mnoha publikacích (Kebza, 2005, Bártlová a Mutulay 2009, Křivohlavý, 2009,...) se setkáváme i s kritikou této definice, záhy ale každý autor dodává, že vlastně žádná definice není zcela přesná a jednoznačně nevystihuje celý rámec tohoto pojmu. Například Holčík (2012) potvrzuje, že o této definici se vedlo v průběhu let mnoho diskusí, a to jak v negativním, tak i v pozitivním smyslu. Vyzdvihuje její multidimenzionalitu zahrnující tři základní aspekty zdraví, a to stránku duševní, tělesnou i sociální. Pod duševní stránku zdraví, popř. i psychologické zdraví, autor zahrnuje jak emocionální zdraví, kam by patřily intelektuální schopnosti a subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu, tak i duchovní zdraví. Tělesné zdraví autor popisuje jako udržení fyziologických funkcí orgánu, biologickou integritu jedince a

nenarušenost tělesných funkcí. Jednoduše řečeno jako nepřítomnost nemoci nebo vady. Schopnost navazovat sociální kontakty, rozvíjet uspokojivé mezilidské vztahy a zvládat sociální role jsou složky spadající do sociálního zdraví.

Na definici SZO reaguje i Bártlová (2009) a připomíná, že je nutné vnímat zdraví v kontextu tří složek: tělesné, duševní a sociální, které hrají velkou roli pro pochopení zdraví člověka nikoliv jen z tradičního biologizujícího pojetí, které je v medicíně hluboko zakořeněno.

Obecně lze říci, že lidé si pojem zdraví častěji spojují se složkou tělesnou. Pokud subjektivně soudíme, že naše tělo pracuje jak má a nic nás nebolí, vnímáme naše zdraví jako dobré, dostačující. Stejný pocit může mít ale i člověk, kterému je lékařem diagnostikována nějaká nemoc, při které se neobjevují žádné subjektivní problémy (Kukačka, 2010). Paradoxně to bývají onemocnění, jež představují velké nebezpečí až život ohrožující stav.

Jeden z předních teoretiků zabývajících se otázkami filozofie zdraví David Seedhouse (1997) poukazuje na to, že zdraví je podstatnou věcí pro náš pocit spokojenosti spojený s naplněním našich životních přání, tudíž je pro nás žádoucí. K tomu dospěl díky přesvědčení, že člověk, aby mohl dělat to, co chce (realizovat se), potřebuje být zdravý. Na tuto teorii navazuje Křivohlavý (2009) a dodává, že samo zdraví se může stát cílem našeho jednání a to zejména u lidí nebo pacientů trpícími velkými bolestmi, handicapovaní či chronicky nemocní.

V článku „Co je zdraví?“ (Brüssow, 2013) nalezneme několik pohledů na problematiku definování zdraví, a to jak ze strany odborníků, z pohledu jazykové terminologie, tak stran lékařského přístupu. Právě zde je zmíněno, že pro většinu lékařů je zdraví jakási iluze, protože dle standardů definice WHO je většina lidí více méně nezdravá.

Je zřejmé, že pro každého z nás je pojetí našeho vlastního zdraví odlišné. To potvrzuje Křivohlavý (2009), který vysvětlením termínu „pojetí“ dokazuje, že každý člověk má schopnost vytvářet si představy, uvažovat a myslet o mnoha věcech a ideálech, zakořeněných v intelektuálních schopnostech člověka. Obecně lze tuto činnost nazvat jako koncipování, jehož výsledkem je pak určité osobnostní pojetí. Takovýto

koncept připisující si danou hodnotu, musí mít jistý vztah k dané skutečnosti, dodává autor.

Věcné definování pojmu zdraví se zdá být ve 21. století jako úkon nemožný. Tento fakt je spojen s neustálým technologickým a farmaceutickým pokrokem, který způsobil předefinování zdraví na menší a jemnější abnormality (Huber, 2010). Jsou to právě nové diagnostické postupy, zobrazovací a laboratorní technologie i farmaceutické výrobky, které zapříčinily posouvání normativní definice zdravotních problémů, které dříve nebyly posuzovány jako potíže nebo potřeby. Je nutno uvést, že tato hranice není stabilní, proto autor doporučuje pro výstižné definování zdraví zařadit dynamičtější a dimenzionální aspekt, např. trvání nebo průběh. V této souvislosti je předmětem nejasností skutečnost, zda lze jedince se zdravotním znevýhodněním nazývat jako zdravé a to v případě, kdy se sami na své znevýhodnění adaptují a svůj život hodnotí jako kvalitní.

Z pohledu ošetrovatelství je zdraví jedním z nejzákladnějších pojmů. Jak je i výše popsáno, během vývoje ošetrovatelství se postupem času přesunula pozornost z léčby konkrétního onemocnění na péči o samotné zdraví, jeho podporu a ochranu (Farkašová, 2001). Též Tóthová (2014) klade důraz na znalosti sestry týkající se mimo jiné, zdraví, nemoci, hodnot pacienta i svých vlastních hodnot, při poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu. K tomu je zapotřebí ovládat dovednosti z oblasti systematického pozorování, efektivní komunikace, projevit ochotu pomoci, vytvoření záznamu o stavu zdraví pacienta. Tyto schopnosti a dovednosti pak také sestra využívá při zhodnocení pacientova zdraví a zdravotního stavu jak z hlediska kvality, ale i kvantity, jak udává Kebza (2005).

V posledních letech je kladen důraz na poskytování péče zaměřené na člověka, která je podložena na nejnovějších dostupných důkazech (EBN), která vede ke zvýšení kvality péče, zlepšení výsledků pacienta, snížení nákladů atd., jak uvádí Zeleníková a Jarošová (2012). Ze studie, která zkoumala poznatky ze dvou jiných kvalitativních studií, jejichž výsledky se stavěly negativně k EBN, prokázala, že při začlenění EBN do praxe musí být vzato v úvahu jak vědeckých důkazů, tak i hodnot a přesvědčení pacientů (Michaels, 2008).

1.1.1 Psychologie zdraví v ošetrovatelství

Psychologie zdraví je obor, který se zabývá se studiem tzv. psychologických faktorů, které určitým způsobem ovlivňují jak zdraví tak i nemoc. Zaujímá úzký i široký pohled na problematiku zdraví a péče o zdraví, zaměřuje pozornost spíše na momenty v udržování a posilování zdraví než na samotnou terapii (Křivohlavý, 2009).

Lidé pracující v tomto oboru provádí studie ohledně nynějších zdravotnických otázek, pracují v klinických zařízeních, kde své znalosti uplatní při vykonávání pravidelných klinických a behaviorálních hodnocení, účastní se klinických rozhovorů nebo provádějí testy s klienty, mohou školit zaměstnance či provádět poradenství (MacDonald, 2015). Autorka také uvádí nejčastější otázky, na které se psychologie zdraví snaží odpovědět a pro nás zdravotníky mohou být podnětem k zamyšlení se nad poskytovanou péčí. Jako nejpodstatnější se jeví otázka „Jaký je vztah mezi emocionálním zdravím, tělesným zdravím a nemocí? “nebo také,, Jak by se měla léčit určitá onemocnění?“. V praxi by pak došlo lepšímu pochopení všech aspektů týkající se pacientova strádání spojeného s danou chorobou.

Psychologie zdraví vznikla na základě několika významných důvodů. Křivohlavý (2009) se zmiňuje o změně ve struktuře nemocí (příčinách) vedoucí ke smrti. Ze statistik je evidentní, že lidé na počátku 20. století umírali na nakažlivé nemoci, dnes je příčina úmrtí spojena s onemocněním kardiovaskulárního systému, nádorovými onemocněními či úrazy. Dalším důvodem je změna v pojetí zdraví, které se rozšířilo z jednoduché „nepřítomnosti nemoci“ na rozčlenění zdraví do již uvedených tří složek (tělesné, duševní i sociální).

Výsledek diagnosticko-terapeutické činnosti je dán vztahem mezi zdravotníkem a nemocným, přičemž je kladen důraz na subjektivitu pacienta, jeho potřeby, postoje, chování, ale i na prožívání samotné nemoci, která pro něj představuje náročnou životní situaci (Zacharová, 2007). Autorka uvádí, že právě to je ten důvod, proč je psychologie neodmyslitelnou součástí ošetrovatelství, přispívá ke zkvalitnění práce zdravotníků, co se týče kvalifikovaného, přemýšlivého a účinného přístupu péče o pacienty. Cílem je zaměřit se na člověka jako bytost, a to vhodnou komunikací, rozhodováním a

spoluúčastní pacienta na léčbě (Raudenská, 2011). Předpokladem k takovému jednání je schopnost porozumět sám sobě, svému chování a na základě toho pochopit a rozpoznat reakce pacientů a jejich rodinných příslušníků při osvojování si náročné životní situace jako je nemoc. Kozierová (1995) ve své knize začleňuje tento způsob chování v souvislosti s ošetrovatelstvím a nazývá jej profesionalizací ošetrovatelství. Typickými aspekty jsou: řádné vzdělání s důrazem na odbornost, dodržování etických zásad, schopnost organizace práce, odpovědnost a samostatnost, jenž jsou charakteristické také pro ošetrovatelský proces. Při nedodržování systematického přístupu pak snadno dochází k nedorozumění při komunikaci mezi členy lékařsko-ošetrovatelského týmu, vytrácí se prioritní potřeby pacienta, dochází k nelogickým diagnosticko-terapeutickým výkonům, jejichž výsledkem je dehumanizovaný přístup zaměřující se pouze na bezchybně provedený výkon na úkor uspokojení komplexních tělesných, psychických, sociálních a jiných potřeb (Tóthová, 2014).

1.1.2 Kompendium teorií zdraví

Teorie představují soustavu zobecněných a ověřených poznatků určité vědecké oblasti (Pavlíková, 2006). Již od dávné minulosti se lidé zajímají o své zdraví a v současné době je zdraví předmětem zkoumání nejednoho oboru. Za tu dobu byla zveřejněna řada teorií a pro naši práci zmíníme ty, které jsou často citované.

Seedhouse (1997) představuje čtyři základní teorie zdraví: První jsou teorie, pro které zdraví představuje *ideální stav člověka*. Za úkol si kladou, aby byl pocit pohody navozen v každém ohledu, aby nemoci či určitý sociální problém byl odstraněn a člověk se tak cítil dobře. Zde se zdraví stává cílem samo o sobě.

Dalšími uvedenými jsou teorie, které považují zdraví za *fyzickou a psychickou způsobilost plnit každodenní společenské úkoly*. Zdraví slouží jako prostředek směřující k cíli. Cíl pro nás představuje normální sociální fungování jedince ve společnosti a plnění úkolů, které mu v dané společnosti náleží.

Mezi základní dělení autor řadí také teorie, které považují zdraví jako *zboží*. Tato teorie je aplikována v oblasti medicíny, kdy je zdraví jako cíl nabízen poskytovatelem, tj. lékařem. Náplní cíle je odstraňovat nemoc, zranění a bolesti pacientů.

Posledním článkem dělení jsou teorie, které se dívají na zdraví jako na určitý *druh síly*. Tuto sílu vlastníme od narození, nelze ji tedy darovat nebo koupit, ale jedinec ji může získat prací. Zdraví jako sílu nevlastníme po celý život, může dojít k jeho postupné ztrátě.

V knize Křivohlavého (2009) najdeme celkem sedm teorií rozdělených na základě toho, zda je zdraví chápáno jako prostředek k cíli nebo zda se stává jako cíl samo o sobě. Konkrétní výčet teorií zní takto: zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly, jako metafyzická síla, salutogeneze, zdraví jako schopnost adaptace, jako schopnost dobrého fungování, zdraví jako zboží a jako ideál.

Teorie *zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly* vznikla na základě analýzy lidového pojetí zdraví v různých kulturách. Výsledkem bylo zjištění, že zdraví je chápáno jako určitý druh síly, která má pomáhat k překonání životních těžkostí. Hladina této síly není stálá. Lze říci, že více jsme zdraví, tím lépe dokážeme zvládat životní nástrahy.

Teorie *zdraví jako metafyzická síla* pohlíží na zdraví jako na určitý druh vnitřní síly umožňující dosáhnout vyšších cílů, než je samo zdraví. Zdraví slouží jako prostředek ke splnění vyšších hodnot, pomáhá odolat negativním tlakům zvnějšku a překonávat životní problémy.

Salutogeneze je teorie, zabývající se individuálními zdroji zdraví každého jedince. Stejně jako Křivohlavý (2009), i Bártlová (2009) představuje v souvislosti s tímto pojmem jméno Aarona Antonovského, který jej začal prosazovat jako nový filozofický náhled na vztah zdraví vůči nemoci. Mezi tzv. faktory, zdroje směřující směrem ke zdraví řadí: osobní autonomii, důvěru ve svět a lid kolem nás, pocit smysluplnosti života, schopnost porozumět světu a ovládat jej v souvislosti k událostem našeho života.

Teorie *zdraví jako schopnost adaptace* poukazuje na schopnost jedince přizpůsobit se nepříznivým vlivům okolí úpravou prostředí nebo změnou způsobu života. Schopnost

adaptace se může projevit zkoumáním potenciálního ohrožení, bránit se nebo čelit tomuto ohrožení.

Další teorie chápe *zdraví jako schopnost dobrého fungování*. V běžné populaci se též používá slovo „fitness, být fit“. S touto teorií je úzce spjat T. Parsons, který zdraví považuje jako stav optimálního fungování člověka jako individua vzhledem k efektivnímu plnění rolí a úkolů ve společnosti.

V teorii, kde je *zdraví vnímáno jako zboží* se mluví o zdraví jako o komoditě, určitém produktu, který se dá dodat, koupit nebo ztratit. Koupit ho lze například ve formě tablet nebo jako lékařský zákrok zlepšující naše zdraví. Pozitivem na této teorii lze shledat to, že toto vnímání zdraví vybízí lékaře k aktivizaci uspokojování pacientových potřeb v situaci, kdy se jejich zdravotní stav zhoršuje. V záporném slova smyslu je však vnímaná v souvislosti s negativním postojem k vlastnímu zdraví, též posiluje víru v jakýsi zázračný lék nebo vyobrazuje lékařské zákroky jako obecné platné přírodovědecké zákony.

Poslední teorie se opírá o nejčastěji zmiňovanou definici WHO. Na jejím základě staví *zdraví jako ideál*. Z této teorie vyplývá, že zdraví pro nás znamená kladnou, obecnou žádoucí hodnotu, nehovoříme zde jen o nepřítomnosti nemoci, ale zahrnuje i duševní pohodu a udržování vzájemných sociálních vztahů. Jak jsme již uvedli, i Křivohlavý (2009) v knize nezapomíná na stinné stránky této teorie, definice. Nemoc je zde chápána jako stav, kdy není člověku dobře, stav, který zpravidla předchází samotnému onemocnění, přičemž jej ale nelze měřit kvantitativně. Nelze tedy říci, kdy už se jedná o medicínskou problematiku.

Autorem posledního členění teorií zdraví je V. Břicháček (1999), jehož dělení je založeno na přístupu ke zdraví a jejich východisek na *holistický přístup*, který vnímá člověka a jeho zdraví jako neoddelitelný celek, skládající se z biologických, psychologických a sociálních složek. *Dynamický přístup* bere na vědomí fakt, že zdraví je proměnlivý jev naplňující se v celoživotní perspektivě člověka. Zatřetí je to *přístup sociální*, kde hodnotícím měřítkem stavu zdraví jsou sociální vztahy člověka. Poslední je *přístup interaktivní*, který pojímá člověka spolu s jeho širším prostředím, kam spadá i oblast ekonomická a politická.

Výše popsaná fakta, která jsou rozšířena a uznávána v mezinárodním měřítku umožňuje chápat jednání pacienta a jeho přístup ke svému zdraví. Obecně platí, že bez teoretických poznatků nelze danou skutečnost nejen lépe pochopit, ale také ji efektivně měnit a kontrolovat.

1.1.3 Faktory ovlivňující zdraví

Lidské zdraví se během života potýká s množstvím faktorů, které jej mění a formují. Čeledová a Čevela (2010) o nich mluví jako o příčinách a podmínkách způsobující změnu stavu zdraví jedince. Literatura tyto faktory nazývá jako determinanty zdraví a nahlíží na ně z několika úhlů pohledu (Kebza, 2005).

Vzorové dělení přejaté ze stránek WHO (2017a) zahrnuje tyto základní determinanty: sociální a ekonomické prostředí, dále fyzické prostředí, a nakonec individuální charakteristiky a chování člověka. Instituce níže uvádí další faktory působící na naše zdraví, a to finanční příjem a sociální status, vzdělání, sítě sociální podpory, genetika. Dále také nezapomíná na zdravotní služby nebo pohlaví.

Machová (2015) dělí determinanty zdraví do dvou základních skupin, na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktory autorka řadí genetiku a dědičnost. Do vnějších faktorů spadá životní styl, kvalita životního prostředí a zdravotnické služby.

Často se vyskytující dělení popisuje v knize i Čeledová a Čevela (2010), které je doplněno o procentuální zastoupení. Je nutné podotknout, že tyto procenta se mohou lišit v závislosti aktuálnosti výzkumů, z kterých autoři čerpají. Největší podíl na zdraví přisuzují *životnímu stylu* z 50–60 %. Druhý, nejvíce ovlivňující faktor, představuje *socioekonomické* nebo také *životní prostředí* z 20–25 %. Stejný procentuální podíl v podobě 10–15 % připisují autoři *genetickému základu a zdravotní péči*. Podkladem pro toto rozdělení lze považovat *La Londeovu zprávu* z roku 1974, která představovala výsledek bádání vývoje zdravotního stavu obyvatel Kanady, jako prvotní ustálený koncept příčin neinfekčních onemocnění (Lalonde, 1981).

WHO koncem minulého století vydává slovníček „Health Promotion Glossary“ (1998) definující a objasňující podstatu termínů související se zdravím a jeho podporou. O determinantech se zde hovoří jako o faktorech osobních, sociálních, ekonomických a environmentálních mající určitý rozsah a mohou určovat zdravotní stav nejen jednotlivců, ale i celé populace. Je vhodné podotknout, že působení faktorů je vícečetné a interaktivní.

Kebza (2005) nemluví o těchto faktorech jen v negativním smyslu, ale vnímá tyto „proměnné“ i jako činitele usměrňující zdravotní stav pozitivním směrem. Je podstatné dodat, že si autor všímá i vztahu mezi nemocí a zdravím, jakožto dvou protipólů. Nicméně ani Křivohlavý (2009) se o těchto faktorech rozepisuje a mluví o nich jako o tzv. salutorech. Řadí sem psychoneuroimunologii, účinek placebo, způsoby zvládnání těžkých životních situací, sociální oporu, prevence syndromu vyhoření, cvičení paměti, pohybové aktivity, prvky duševní hygieny a smysluplnost života pojímající i důvěru a význam víry. Prvky opačného charakteru nazývá jako patogeny a blíže se věnuje jen těm, které mají pouze psychologický negativní vliv. Mezi nejčastěji zmiňované patří bezpochyby stres, dále také kouření, drogy a alkohol, rizikový sex, přejídání se a v neposlední řadě i úrazy a nehody.

Pro tuto práci není otázka determinant zdraví hlavním základním kamenem, a proto nebyla hlouběji popsána. Důvod, proč je zde uvedena, je poměrně jasný. Na otázku typu „proč je důležité znát takto široké pojetí zdraví i v ošetrovatelství?“ je odpověď jednoduchá. Při péči o pacienta je podstatné si připomenout, že na člověka působí denně nespočet salutorů a patogenů, formující a určující jeho zdravotní stav. Nesporným faktem je opakující se skutečnost moderního ošetrovatelství, tj. posuzování zdraví z pohledu souhrnné biopsychosociální integrity. Podkladem tohoto tvrzení je vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (2011), kterou je stanoveno, že všeobecná sestra vykonává krom jiného i vyhodnocování projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů.

1.2 Zákonné ustanovení a programy pro podporu zdraví

Všeobecná sestra je v rámci poskytování péče, podpory a posílení zdraví povinna pracovat v souladu s platnou pozitivní právní úpravou. Její jednání musí odpovídat pravidlům lege artis. Její činnost podléhá zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, kde stojí, že sestra jako zdravotnický pracovník musí „*poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležité odborné úrovni a řídit se etickými principy*“ (MZ ČR, 2011, §49(1a))

Při zabývání se problematikou právních předpisů týkající se poskytování zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví v širším a obecnějším pohledu, je nezbytné uvést hned několik právních úprav. Nejvýše postaveným právním předpisem je Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, která stanovuje, jak již sám název napovídá, výčet lidských práv a základních svobod, práv národnostních a etnických menšin, hospodářských, sociálních a kulturních práv a právo na právní ochranu. Pro oblast zdraví a zdravotnictví je relevantním článkem 31, kde stojí, že každý má právo na ochranu zdraví a díky veřejnému pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči. Podrobnější a specifitější ošetření oblasti v zdravotnictví nabízí zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jenž vychází ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (ZPZL), který zaštiťuje oblast poskytování zdravotní péče, práva a povinnosti pacienta, práva a povinnosti zdravotnických pracovníků a zdravotnických zařízení atd. Zákon apeluje na poskytování péče v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tím zakládá povinnost poskytovat zdravotní péči lege artis nebo také na povinnost zachovávat mlčenlivost. Problematika veřejného zdraví je obsažena krom výše zmiňované Listiny základních práv a svobod zejména v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (ZOVZ). Tento zákon představuje širokou škálu právních norem zaměřující se na některý z faktorů ovlivňující lidské zdraví.

Na podkladě těchto zcela nejzákladnějších a mnoha dalších právních předpisů, je řízena činnost všech poskytovatelů zdravotní péče v České republice. Nad jejich rámec existují i předpisy mezinárodní, které se začaly utvářet na začátku 70. let. Kebza (2005) ve své knize představuje posloupnost událostí světové scény, kdy prvním impulzem se stalo vyhlášení WHO v roce 1977 o celosvětové strategii „*Zdraví pro všechny do roku 2000*“, jako podnět pro podporu zdraví.

V časové posloupnosti hraje důležitou roli *Ottawská charta*, definující podporu zdraví jako proces, který umožňuje zlepšit zdraví lidí a tím pádem zvýšit možnost kontroly nad ním (WHO, 2017b).

Jakou hodnotu udělujeme našemu zdraví ve 21. století znázorňují strategické dokumenty zdravotní politiky v Evropském regionu, které nazýváme jako program *Zdraví 21* respektive *Zdraví pro všechny do 21. století* v Evropském regionu (Šamánková, 2006). Autorka vyzdvihuje hlavní myšlenky programu, který říká, že příznivé zdraví populace je dáno snížením chudoby, prosazováním sociální soudržnosti a odstraňováním diskriminace, což představuje základ pro ekonomický růst. Jak již název napovídá, program se skládá z 21 cílů, které se zaměřují na podporu a ochranu zdraví lidí v průběhu celého života a také na snížení incidence závažných onemocnění i úrazů s návazností mírnění utrpení jimi způsobené (Bašková, 2009). Cíle jsou konkretizované na jednotlivé oblasti a regiony, přičemž pro evropský region jsou nejpodstatnější solidarita a etika ve zdravotnické péči, jak dodává Farkašová (2006). Podrobný výčet cílů lze nalézt online na webových stránkách ministerstva zdravotnictví ČR nebo na stránkách Státního zdravotního ústavu. Holčík (2003) poukazuje na to, že tento program slouží jako pomocná osnova pro přípravu, realizaci i hodnocení zdravotní politiky daného státu, do kterého by se měla zapojit jak občanská veřejnost, tak i politici, ostatní zdravotníci nebo nejrůznější občanská sdružení a organizace a orgány státní správy. Kebza (2005) souhlasí, že pojetí péče o zdraví se začíná měnit od specifického úkolu zprostředkovaného resortem zdravotnictví k nedílné součásti života jedince a společenské praxe.

O péči o zdraví je důležité mluvit, tak i psát. Péče by měla být charakteristická svou jednotou, ekvitou a systematičností a to je důvod, proč je žádoucí výše uvedené

programy zmínit i v této práci. Pro docílení efektivní péče o zdraví a naplnění realizace těchto programů je nutná účast co nejvíce lidí, kteří si osvojí podstatu a hodnotu programů.

1.2.1 Zdraví 2020

Nejaktuálnějším programem pro překonávání nerovností ve zdraví a jeho zlepšení byl schválen program Zdraví 2020 na zasedání Regionálního výboru WHO pro Evropu v září 2012, načež reaguje ministerstvo zdravotnictví vydáním publikace: *Zdraví 2020: Rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společným aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu* (Zdraví 2020, 2013).

Jako hlavní cíl si WHO (2017c) stanovilo výrazné zlepšení zdraví a blahobytu obyvatelstva, snížit nerovnost v oblasti zdraví, zaměřit se na veřejné zdraví a klást důraz na univerzální, spravedlivé, udržitelné a vysoce kvalitní zdravotní systémy.

Holčík (2015) umocňuje poslání tohoto programu a zastává názor, že program Zdraví 2020 by měl představovat hlavní pohnutku změny současného fungování zdravotnictví s důrazem na pokračující rozvoj péče o zdraví, zlepšení informovanosti občanů o skutečnostech majících vliv na jejich zdraví a zároveň se stát součástí při rozhodování o svém zdravotním osudu. Autor též apeluje na všechny jedince, aby si uvědomili hodnotu svého zdraví, vážili si ji a zároveň zohledňovali zdravotní okolnosti v průběhu každodenního počínání.

Program se skládá ze čtyř prioritních oblastí, popsané podrobněji v druhé publikaci MZ: *Zdraví 2020: Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. První oblast se zaměřuje na celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví. Druhá oblast se zabývá jedním z největších problémů Evropy a to neinfekčními a infekčními chorobami. Další oblast směřuje k posílení zdravotnických systémů zaměřených na lidi, rozvíjení kapacity veřejného zdravotnictví, zprostředkovat krizovou připravenost, sledovat zdravotní

situaci a zajistit vhodnou reakci složek při mimořádné situaci. Poslední oblastí se WHO snaží podílet na vytvoření motivovaných a odolných sociálních skupin, které žijí v nepříznivém prostředí pro jejich zdraví (Zdraví 2020, 2014a).

V návaznosti MZ ČR vydává publikaci *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemoci* (2014b), jež představuje rámcový souhrn pro rozvoj veřejného zdraví v ČR a zároveň i nástroj pro implementaci výše popisovaného programu světové zdravotnické organizace. Národní strategie vyzdvihuje krom jiného hodnotu zdraví ve smyslu společenské a ekonomicky žádoucí hodnoty. Holčík (2015) zaujímá stejné stanovisko a dodává, že nastavením vhodných priorit zaměřujících se na posílení schopností lidí a investování do zdraví v průběhu života, dále také zaměření se na nejzávažnější problémy v Evropě, bude mít v budoucnu pozitivní vliv na společnost, která bude schopna čelit zdravotním rizikům a vytvářet zdravé životní prostředí.

Na závěr je hodno zdůraznit, že vzdělávání a zdraví jdou společně ruku v ruce. Na tuto symbiózu poukazuje i WHO v oficiálním dokumentu *Health 2020* (2012) a potvrzuje, že počet absolvovaných ročníků vzdělávání je nejdůležitějším korektorem dobrého zdraví.

Kapacitní možnosti této práce nedovolují podrobné rozpracování jednotlivých strategií. Ve snaze o zdůraznění potřeby zlepšení veřejného zdraví jako celosvětového problému, zvýšení informovanosti veřejnosti související s mírou uvědomění si vlastního počínání z hlediska zdraví, byla tato kapitola zahrnuta do osnovy diplomové práce.

1.3 Zdraví versus nemoc

Zdraví a nemoc, na první pohled dva naprosto jednoznačné fenomény, přičemž vztah mezi nimi se může jevit jako protikladný. Tento přístup vychází z představy, že člověk je buď zdrav, anebo nemocen, pokud se budeme držet definice WHO (1948). Domníváme se však, že určit hranici mezi stavem zdraví a stavem v nemoci je opravdu nelehký úkol. Podle Mareše a Vachkové (2009) je vhodnější uvažovat o pojetí zdraví a nemoci se zohledněním konkrétního pacienta jako individua.

Na výzkumu M. Blaxtera z roku 1990, prováděném na University of Cambridge Clinical School, který uvádí Vašina (1999) ve své knize, lze na základě zpracovaných dat vyobrazit různé možnosti pojetí zdraví. První je zdraví jako *ne-nemoc*, kdy zdraví je chápáno jako stav bez přítomnosti zdravotních potíží na rozdíl od druhého pojetí, zdraví jako *prožívaný stav navzdory onemocnění*, kdy člověk je schopný se vyrovnat se svou nemocí do takové míry, že se umí radovat ze života i přes přidružené komplikace. Jinou možností je zdraví jako *rezerva* nebo také *kapacita zdraví*, chápající zdraví jako schopnost odolávat nemocem. Další možností, jak lze vnímat zdraví představuje *fyzickou zdatnost*, určitou tělesnou výkonnost, sílu. Obdobným pojetí je zdraví jako *energie, vitalita* s tím rozdílem, že v tomto případě je zdraví spojováno s optimismem, pozitivním přístupem, entuziasmem. Typické pojetí převážně žen je nazývané: zdraví jako *sociální vazby*, charakteristické dávkou energie při péči o druhé. Zdraví lze vnímat jako *funkci*, schopnost vykonávat nějakou aktivitu nebo také jako *psychosociální pohodu*, znázorňující zdravého člověka jako fyzicky, duševně i duchovně vyváženého. Při zamyšlení se nad prvními dvěma pojetími není potřeba dlouhého bádání/ rozjímání nad jejich podstatou, nabízí se však otázka, zdali tento fakt berou na vědomí i zdravotničtí pracovníci při vykonávání své profese? Proč tomu tak je nebo není? Co proto dělají, popřípadě co jim v tom brání?

Gurková (2017) popisuje problematiku definování pojmu zdraví a nemoc a vyzdvihuje dvě protichůdné dimenze s tím spojené. První je nazývána *kategorie versus kontinuum*, což je problém výše popisovaný a jedná se o nalezení hranice mezi těmito dvěma pojmy, jejich vzájemné prolínání a ovlivnění. Stejně jako Krivohlavý (2009), se i

Gurková (2017) domnívá, že naše společnost chápe nemoc jako patologické narušení zdraví. Druhou protichůdnou dimenzí je *objektivita versus subjektivita* spočívající na významové rozdílnosti obou základních pojmů (Gurková, 2017). Ve slovníku českých synonym a antonym (2012) je možné najít hned několik výrazů vyjadřující slovo nemoc. Pro představu jsou to slova jako onemocnění, choroba, chyba nebo vada, ale také mánie nebo nějaký zlozvyk. Anglické názvoví též disponuje hned několika pojmy pro označení zdravotního stavu. Spolu s Gurkovou (2017) na tento problém naráží i Mareš (2009), Zacharová (2011) nebo také Křivohlavý (2002), kteří se snaží vystihnout substanci mezi rozdíly nejčastějších pojmů *disease, illness a sickness*. Výraz *disease* označuje onemocnění, které je klinicky vymezené v Mezinárodní klasifikaci nemocí, chápáno z medicínského, patofyziologického hlediska (Gurková, 2017). Mareš (2009) dodává, že je zde známá příčina, diagnostika i objektivní specifika či jiné referenční hodnoty, stejně tak jako doporučený postup léčby atd. *Illness* vyjadřuje poruchu funkce, kdy je člověk neschopný práce a jde čistě o subjektivní pocit člověka, říká Křivohlavý (2002). A výraz *sickness* popisuje Mareš (2009) jako stav, kdy je člověk úředně uznán jako nemocný, má průkaz neschopnosti a přijímá sociální roli pacienta. Radkin Honzák (2015) ve své knize cituje svého kolegu Alana Cassela, který pronesl: „*Illness je to, co pacient cítí, když jde k lékaři, zatímco disease je to, co má, když od lékaře odchází. Disease je něco, čím trpí orgán, zatímco illness je to, čím trpí pacient*“ (Honzák, 2015, s. 139).

Krom výše uvedených autorů se stavy zdraví a choroby zabývá i Farkašová (2001). Autorka nezapomíná ani na pojmy jako je *blaho*, v dnešní době je v oblibě o něm mluvit jako o *wellness*, dále pojem *pohoda* nebo *nevolnost*. Největší význam připisuje *wellness* a definuje jej jako uvědomělý životní styl, pro který je typická osobnostní zodpovědnost, vyrovnanost a maximální rozvoj fyzického, mentálního a spirituálního zdraví.

K této problematice je náležité citovat Vymětala (2003), který ilustruje pozoruhodné medicínské fenomény, tzv. nemoc bez choroby např. vysoký krevní tlak či asymptomatická vředová choroba, a naopak choroby bez nemoci, kam by patřila třeba chronická bolest nebo únavový syndrom.

Výstižně popsaný vztah mezi stavem ve zdraví a nemoci nabízí Pender (2015) upozorňující na skutečnost, že zdraví se může projevit i za přítomnosti nemoci, pocit mizerného zdraví se může dostavit i za předpokladu, že člověk netrpí žádným onemocněním, stejně jako domněnka dobrého zdraví může koexistovat za účasti nějakého onemocnění.

1.3.1 Vnímání nemoci pacientem

Z předchozího textu je patrné, že pod pojmem nemoc si každý člověk může představit trochu něco jiného.

Také Křivohlavý (2002) upozorňuje na skutečnost, že většina pacientů má laický pohled na nemoc, což dokazuje studie, kterou ve své knize cituje. Studie prokázala šest různých dimenzí laického pohledu na nemoc: emocionální stránku nemoci, existence příznaků, pojmenování nemoci, představy o následcích nemoci, představa doby léčení a konečně i představa zhoršeného zdravotního stavu. Průběh „stonání“ je obvykle ovlivňován psychickým stavem pacienta, jeho náladou, obavami a nadějí, znalostmi a neznalostmi dané choroby, jeho osobnostními charakteristikami, vlivem rodiny, školy i zdravotníků a spolupacientů (Zacharová, 2017). Proto autorka vyzývá k péči zaměřující se na pacientovy individuální rysy osobnosti i nynější sociální situaci.

Křivohlavý (2002) se shoduje s Marešem (2009), že základem je identifikace *pacientova přesvědčení*, postoje k nemoci. Tento postoj má dopad na jeho vztahy k lidem, chování, postoj k životu, ale i k léčbě, ošetřování i ke zdravotníkům (Mareš, 2009). Doplňující vysvětlení tohoto mechanismu podává Křivohlavý (2002) a poukazuje na to, že vlastní laická přesvědčení slouží pacientům k orientaci ve změněném zdravotním stavu, slouží jako vodítko nebo schéma pro to, aby mohli pochopit a lépe zvládnout danou situaci.

Další ryze subjektivní záležitostí je *osobní smysl*, který pacienti připisují svému onemocnění (Mareš, 2011). Spolu s Marešem (2011) si i Moreau et al. (2012) uvědomuje důležitost nalezení společného prostoru mezi sestrou a pacientem, proto

vyzdvihuje klíčové principy pro zajištění vysoce individualizované péče. Sem řadí informace potřebné pro zjištění pacientových zkušeností, které má s konkrétní nemocí, porozumění pacientovi jako osobnosti i partnerský přístup umožňující spolurozhodování pacienta na léčbě. Samotný Mareš (2011) rozčleňuje smysl nemoci do kategorií, vycházející z oboru, který jej zkoumá, např. fenomenologie, sociální antropologie atd. a v závěru sumarizuje, že poznání smyslu nemoci z pacientova pohledu je důležité především u chronicky nemocných, ve stavech život u ohrožujících či v terminálním stádiu.

Nemoc jako takovou nelze považovat za životní hodnotu. Bártlová a Matulay (2009) se však shodují a považují nemoc za stav, jehož působení může mít dopad na životní hodnoty a měnit je.

Vachková (2011a) se ve své studii zabývala pacientovým pojetím nemoci v rámci transkulturního ošetrovatelství se zjištěním, že ani jeden z modelů ošetrovatelství nepočítá se zjišťováním a cíleným ovlivňováním pacientova individuálního pojetí nemoci. Autorka navrhuje začlenění těchto poznatků do ošetrovatelské anamnézy za použití kvalitativních metod sběru dat a to z toho důvodu, aby došlo k propojení kulturních zvláštností a pacientova pojetí nemoci s přihlédnutím na vliv jazykové bariéry.

Ve svém dalším výzkumu zabývajícím se pojetím nemoci ke zkvalitnění ošetrovatelské péče Vachková (2010) dokázala potvrdit rozdílnost ve vnímání charakteru a trvání nemoci. Například skutečnost, jak hodnotí pacientovo onemocnění společnost, zda má finanční dopad pro pacienta, možnost ovlivnění průběhu nemoci, víra v kladné účinky léčby nebo zda své nemoci rozumí a dává jim smysl, je pro pacienty zásadní, jak ukazují výsledky šetření. Stran zdravotníků je též podstatné vědět, v čem sám pacient shledává příčiny své nemoci, dodává Vachková (2010).

Pojmem *pojetí nemoci* se rozumí celý systém, který zahrnuje subjektivní poznatky, představy postoje, zkušenosti i očekávání laiků, jak definuje Mareš (2009). Dle autora se subjektivní pojetí nemoci skládá ze tří oblastí: kognitivní, afektivní i konativní. Zároveň připomíná, že se jedná o jev dynamický, ovlivnitelný, s různou mírou správnosti. Jednoduše řečeno, to jak vnímá svou nemoc pacient je čistě vnitřní

záležitost, která je specifickým způsobem projevována a proto jej můžeme do určité míry hodnotit a formovat. V ošetřovatelství se s tímto jevem setkáváme během diagnostické fáze ošetřovatelského procesu, konkrétně se jedná o diagnózu „deficitní znalost“ podle NANDA domén (Herdman, 2013).

Nemocný svou nemoc hodnotí jako prioritní problém a očekává od zdravotníků, že se jí nálezitě zabývají (Zacharová, 2017). Autorka se domnívá, že největší problém nedocení funkce subjektivního prožitku nemoci spočívá v psychologickém nepochopení pacienta ze strany zdravotníka.

1.3.2 Pojetí zdraví v souvislosti s ošetřovatelstvím

Při nahlédnutí do Věstníku č. 9 MZ ČR (2004), popisující celostní koncepci ošetřovatelství, je již v první větě zřejmé, o co vlastně v ošetřovatelství jde. Stojí zde, že ošetřovatelství jako obor má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. A právě schopnost hodnocení a posuzování stavu zdraví považuje Mastiliaková (2014) jako jednu z nejkvalifikovanějších dovedností sester. Z tohoto důvodu je podstatné uvědomit si, že ne každý pacient/člověk vnímá své zdraví obdobně.

V dnešní době je obecně známo, že předmětem zájmu je blaho pacienta. Nelze však vznést kategorické soudy, jak činí Rybář (2006), který se domnívá, že se tak v praxi neděje. Například Mareš (2006) potvrzuje, že v posledních letech se apeluje na to, jak své zdravotní problémy prožívá a hodnotí sám pacient. Mareš (2006) však shledává problém v tom, jak pacient zjistí případné změny jeho zdravotního stavu? Nebo do jaké míry musí změna dosáhnout, aby na ni pacient zareagoval?

Pokud se přesuneme z praxe zpět do teorie ošetřovatelství a budeme pátrat po začátcích formování ošetřovatelství jako vědního oboru, dojdeme až do poloviny 20. století na území USA a Kanady (Pavlíková, 2006). Tento samostatný vědní obor v dnešní době disponuje specifickými ošetřovatelskými koncepcemi, teorií a koncepčními modely, jak dodává autorka. Pojetí ošetřovatelství v Česku je v symbióze s koncepcí SZO a zaměřuje se na udržení a podporu zdraví, navrácení a rozvoj

soběstačnosti, zmírnění utrpení, zajištění klidného umírání a smrti a samozřejmě i na péči o rodinu nemocného a pozůstalé i kvalitní a odbornou péči v domácím prostředí, uvádí Šamánková (2006). Jde o obor multidisciplinární, mající vlastní teoretickou základnu a využití v praxi (Plevová, 2011).

Každý obor je charakteristický svými metaparadigmaty. Pojem metaparadigma představuje globální pohled na obsahové zaměření vědní disciplíny a je specifikován koncepcemi a teoriemi (Pavlíková, 2006). Prvotní formulace základních pojmů položila již v devatenáctém století všem známá Florence Nightingaleová, ty se v průběhu let formovaly, přičemž v dnešní době se mluví o čtyřech hlavních pojmech a to *osoba, zdraví, prostředí a ošetrovatelská péče* (Vörösová, 2011). Farkašová (2006) se domnívá, že stanovení si předmětu vědeckého zkoumání je naprostým základem, v případě ošetrovatelství jsou zkoumány aspekty péče o jedince a skupiny. Autorka myšlenku rozvádí a vysvětluje, že se jedná o interakci a determinaci mezi osobou, zdravím a prostředím vyplývající z požadavků uspokojení potřeb. Krom nalezání předmětu zkoumání, má metaparadigma ještě funkci metodologickou, jak uvádí Csisco (2011), neboť charakterizuje metody a způsoby zkoumání dané disciplíny.

K tomu, aby byl zaručen jednotný postupu při poskytování ošetrovatelské péče, jak ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče nebo v ambulantní péči, tak i v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním zázemí jednotlivců, rodin a skupin, byla vypracovaná koncepce ošetrovatelství (Plevová, 2011).

Cíle koncepce, dle Mastiliákové (2007), mohou být zaměřeny buďto na zdraví nebo na nemoc. Také klade důraz na samostatnější a náročnější práci sester, která je podložena metodou ošetrovatelského procesu a pečlivě vedenou zdravotnickou dokumentací (Kohoutová, 2004). V koncepci ošetrovatelství (Věstník, 2004) narazíme na definování a popis základních pojmů jako je ošetrovatelství, ošetrovatelská péče, rysy a cíle ošetrovatelství, atd. Taktéž vymezuje osoby, které jsou způsobilé k výkonu povolání a požadavky pro splnění způsobilosti. Věstník též obsahuje stručnou deskripci pojmů, které jsou úzce spjaty s uskutečňováním této profese, např. registr zdravotnických pracovníků, průkaz odbornosti i ošetrovatelský proces nebo management i hodnocení kvality ošetrovatelské péče a mnoho dalšího. Důvod, proč je

zde koncepce zmiňována, tkví v podstatě celého ošetřovatelství, která je zde věcně vyobrazena. Je to právě zdraví, které představuje jádro celé problematiky. Podmínkou pro dosažení optimálního zdraví (well-being) nebo alespoň zmírnění utrpení, je nezbytná systematická a komplexní péče při uspokojování potřeb člověka s respektem k individuální kvalitě života, jak udává Věstník (2004).

Základem činnosti sestry je spolupráce s pacientem, která je často doprovázená s výskytem etických problémů. Ošetřovatelská etika má za úkol humanizovat mezilidské vztahy při poskytování péče, usměrňovat chování a jednání při jednotlivých výkonech a usilovat o uspokojení všech potřeb pacientů, uvádí Kutnohorská (2007). Šimek (2016) uznává, že v praxi, u lůžka nemocného není snadné všem mravním nárokům dostát. Teoretické znalosti a etické uvědomění by, dle Šimka (2016), měly sestře napomoci k lepší orientaci ve svízelných situacích, ale také přijmutí faktu, že plně vyhovět všem i přes protichůdné požadavky, není jednoduše možné. Obdobného názoru je i Hořejší (2015), uvědomující si, že v dnešní době nás sužuje krize plynoucí z nedostatečné komunikace, krize vzájemného vztahu mezi zdravotníkem a pacientem a apeluje na zachování tradičních humánních principů.

Jurásková (2011) sumarizuje oblasti ošetřovatelství, ve kterých se setkáváme s etickými dilematy. Jen pro přehled, to mohou být krom všeobecně známých problémů týkající se eutanazie, potratů nebo mlčenlivosti také situace u pacientů s bolestí, kde narážíme na nedostatečné povědomí o závažnosti bolesti, akceptace léčebného režimu bez hledání alternativ nebo nezaznamenávání monitoringu bolesti. Obdobné problémy nachází Jurásková (2011) v péči o nemocné děti, při komunikaci s agresivním pacientem, v geriatrické a paliativní péči, atd.

V souvislosti s ošetřovatelstvím jako oborem je podstatné vyzdvihnout funkci koncepčních modelů. Farkašová (2006) líčí modely jako myšlenkové kombinace umožňující člověku určitý přístup, způsob řešení v rámci jedné nebo více disciplín. Ve výkladovém slovníku ošetřovatelství (2007) definují modely ošetřovatelství jako abstraktní rámce spojující fakta a fenomény napomáhající sestřím plánovat ošetřovatelskou péči, zkoumat problémy týkající se klinické praxe a hodnotit výsledky ošetřovatelských intervencí. Využíváním koncepčních modelů, dle Archalousové

(2003), dochází k tvorbě shodného jazyka, usnadnění komunikace mezi ošetřujícími, současně k zefektivnění komunikace a zkvalitnění jejich práce. Každý model je odrazem smýšlení autora nad daným jevem, který vidí různé věci v odlišných souvislostech a vzájemných vztazích (Pavlíková, 2006).

Ačkoliv jsou myšlenky v každém modelu rozdílné, vyznačují se shodnou strukturou (Žiaková, 2007). Koncepční modely se v zásadě skládají ze tří částí: asumpce, hodnotového systému a hlavních jednotek. Na tom se shodují všechny autorky (Plevová, 2011, Pavlíková, 2006, Archalousová, 2003) a popisují asumpci jako představy, fakta či premisy, které představují základní teoretický koncept ošetřovatelství. Hodnotový systém tvoří, dle autorek, základní myšlenky oboru, které jsou pro všechny modely stejné, a je v nich obsažen filozofický názor každého autora. Autorky se též shodují, že třetí část, hlavní jednotky modelu, byly vytvořeny z asumpce a hodnotového systému a zní takto: cíl ošetřovatelství, klient/pacient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsoby zásahu a důsledky.

Obecně se dělí podle postoje k osobě, která zastává roli pacienta, do různých kategorií (Pavlíková, 2006). V důsledku problematiky diplomové práce byly pro příklad vybrány tyto modely: systémové, energetického pole, humanistické nebo modely intervenční. Podrobnější charakteristiku nabízí následující kapitola.

1.3.3 Ošetřovatelské modely zohledňující subjektivní vnímání zdraví

K detailnějšímu popisu budou z celé škály kategorií koncepčních modelů vyzdvíženy jen ty, které nabízí eventuelní využití v praxi, se zaměřením na subjektivní pojetí pacientova zdraví z pohledu sestry.

Metaparadigma, neboli předmět zkoumání, je podle Plevové (2011) specifikováno koncepcemi a teoriemi. A jelikož je zdraví jedním z metaparadigmat ošetřovatelství, jeho pojetí nalezneme v každém modelu. Jediný rozdíl je v rozdílném vnímání zdraví konkrétním autorem. I Farkašová (2006) uvádí, že zdraví je v koncepčních modelech

chápano rozlišným způsobem, např. jako kontinuum od adaptace k maladaptaci nebo jako dva stavy – stálý a nestálý apod.

Pro systémové modely je charakteristické rozdělením na systém a jeho prostředí (Archalousová, 2003). Zabývají se zkoumáním systému a jeho jednotlivých částí, popřípadě jeho ovlivnění časem a prostředím, jak uvádí Plevová (2011). Z této kategorie byly k detailnějšímu rozboru vybrány modely Callisty Royové a Betty Neumanové.

Adaptační model, jak jej Royová nazvala, chápe jedince jako příjemce péče, který je v neustálé interakci s prostředím, disponující schopností udržovat svou celistvost a adaptovat se na podněty z vnitřního a vnějšího prostředí (Sedláková, 2010). Tato myšlenka se ztotožňuje s myšlenkou této diplomové práce, jelikož je v modelu zahrnuta i *adaptace jak ve zdraví, tak v nemoci*. Model zahrnuje čtyři možné způsoby adaptace a v případě, kdy nedojde k žádoucímu přizpůsobení, přichází na řadu ošetrovatelská péče zachovávající pacientův individuální pohled na nemoc, upozorňuje Plevová (2011). Úkolem sestry je včasná identifikace maladaptivního chování a stimulů, které k němu vedly, z čeho je možné odvodit podstatu tohoto modelu (Pavlíková, 2006). A tím je, jak dodává autorka, pacient, který se dokáže přizpůsobit stimulům okolí. Farkašová (2006) rozděluje čtyři elementy modelu, kdy prvním z nich je *zájem sestry*, který je zde pokládán za významný předpoklad dosažení cíle ošetrovatelské péče.

Obdobná uvažování lze pozorovat i v modelu Betty Neumann, jakožto dalšího zástupce systémových modelů. Nejpodstatnějším předpokladem, jak líčí Pavlíková (2006), je jedinec spolu s jeho celistvostí při současném stavu dynamické rovnováhy všech pěti proměnných, který si nepřetržitě předává informace a energie s prostředím. Farkašová (2006) zde pokládá za významný vztah mezi osobou, zdravím, prostředím a ošetrovatelstvím, které zahrnuje tři stupně prevence. Konkrétní osoba je zaopatřena několika vrstvami obrany umožňující ochranu před aktuálními a potencionálními stresory. Pavlíková (2006) i Archalousová (2003) vyzývají k uvědomění si cíle ošetrovatelství, který má za úkol podporovat jedince, rodiny i skupiny k *dosažení a udržení maximální úrovně zdraví* prostřednictvím intervencí zacílených na snížení stresu. Ahmadi (2017) vystihuje autorčinu ideu o zdraví, které vnímá jako kontinuum

zdraví k onemocnění, je specifické svou dynamičností, neustále se mění, načež uspokojení celkových potřeb jedincova systému je považováno za optimální zdraví. Za zmínku stojí i fakt, že pro získání a vyhodnocení informací je nejvhodnější použít *rozhovor a pozorování pacienta*, jak uvádí Pavlíková (2006).

Co se týče modelů energetických polí, tak Plevová (2011) o nich říká, že se zabývají koncepcí energie mezi člověkem a prostředím a jejich představitelky se snaží o dosažení rovnováhy mezi těmito energiemi. Námí vybraným modelem se stal model Marthy E. Rogersové.

Jak uvádí Farkašová (2006), sama Rogersová vyobrazuje lidi jako dynamická pole, která spolu s energetickým polem prostředí ztvárňují *celek*. Úvaha o zdraví jako pojmu definovaného kulturou i individualitou jedince, jemuž je připisována *vysoká nebo nízká hodnota*, se jeví pro tuto práci jako zásadní (Pavlíková, 2006). Je nutno podotknout, že jedinec v tomto modelu nepředstavuje jen pouhý výčet jednotlivých částí, neustále se vyvíjí a jeho projev je závislý na okolnostech a situacích, které způsobují formování jeho povahy i charakteru. (Pavlíková, 2006). Účelem ošetrovatelství je zajistit harmonický vztah mezi prostředím a polem jak pacienta, tak sestry, neboť se tato pole prolínají, jak uvádí Leddy (2004), čehož docílíme posouzením zdravotního stavu a následným stanovením energetických intervencí.

Model Rosemarie Rizzo Parse patří do kategorie modelů humanistických. Ty se vyznačují typickými rysy jako je empatie, úcta k člověku, soucit, respektování autonomie i svobody člověka (Pavlíková, 2006). Archalousová (2003) doplňuje, že berou ohled na všechny okolnosti člověka, od jeho pocitů, úvah a zkušeností až po jeho uznávané hodnoty, chování.

Teorie lidského bytí, jak jej autorka nazvala ve finální verzi, lze považovat za filozofii ošetrovatelství, poněvadž vychází z humanistické filozofie a je velice abstraktní (Pavlíková, 2006). Basavanthappa (2007) předkládá zajímavou myšlenku, že jednotné zdraví člověka se skládá ze *syntézy hodnot a způsobu života*, jenž se rytmicky utváří ve vztahu s prostředím. Tentýž autor hovoří o třech primárních elementech modelu: význam, rytmus a převaha. Díky Pavlíkové (2006) lze chápat význam jako lidské utváření smysluplné multidimenzionální reality prostřednictvím komunikace vlastních

představ, hodnot a významu, který jim připisují. Zajímavou roli sehrává bytost sestry, která se ponoří spolu s bytostí pacienta do synchronizace rytmů, a díky pozornému naslouchání sestry je možné dosáhnout chtěného výsledku - transformace, přeměny ve vztahu k individuálním modelům zdraví (Pavlíková, 2006).

Důležitým modelem, který se řadí mezi intervenční modely, je model Marjory Gordonové. Tyto modely kladou důraz na pečlivé odborné rozhodování, jehož výsledkem jsou intervence prováděné sestrou na konkrétním pacientovi, jak se zmiňuje Plevová (2011).

V knize Farkašové (2006) je řečeno, že tento model je postaven na předpokladu, že všichni lidé disponují společnými vzorci chování, které souvisí se zdravím, kvalitou života a s rozvojem jejich schopností a tím dosáhnutí lidského potencionálu. Autorky Farkašová (2006) a Pavlíková (2006) se usnesly, že zkoumání a následné hodnocení těchto vzorců zdraví umožňují sestře rozpoznat funkční a dysfunkční chování a stanovení případné ošetrovatelské diagnózy. Informace, která zde musí zaznít, se týkají hned prvního funkčního vzorce – *vnímání zdraví, vzorec řízení zdraví*. Uvedený vzorec popisuje, jak pacient vnímá a pečuje o své zdraví a to nejen v současnosti, ale budoucnosti, jak tvrdí Plevová (2011). Farkašová (2006) doplňuje, že by sestra měla brát na vědomí celkovou úroveň péče o zdraví, dodržování preventivních činností, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické, anebo respektování lékařských a ošetrovatelských nařízení. Mastiliáková (2014) nabízí vhodné otázky k získání těchto informací, např. „Co jste schopna udělat pro udržení svého zdraví?“; „Co považujete za důležité během pobytu u nás?“; „Co pro vás můžeme udělat my?“. Důvod, proč právě tento model je praxi upřednostňován, přináší Pavlíková (2006), která oceňuje *nejkomplexnější pojetí člověka z holistického hlediska, rámcové členění pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta a to v jakémkoliv systému zdravotní péče*. Vörösová (2011) pozitivně hodnotí soulad modelu s moderním ošetrovatelstvím a také schopnost rozvíjet ošetrovatelskou teorii s uplatněním teoretických poznatků v praxi.

Poslední model, který zde zazní, je model podpory zdraví, jehož autorkou je Nola Pender. Je založen na sociální teorii, která zdůrazňuje důležitost myšlenkového procesu směřující ke změně v chování ve prospěch zdraví (Vörösová, 2011).

Tento model je mimořádný tím, že je zaměřený na dosažení vyšší úrovně blahobytu (well-being) a na sebezdokonalování, jak uvádí Galloway (2003). Klíčové pro rozšíření hlavní myšlenky je rozdělení faktorů ovlivňující chování přispívající ke zdraví na kognitivně-percepční a modifikující faktory (Vörösová, 2011). První z nich, kognitivně-percepční faktory, jsou považovány za primární motivační mechanismy, píše Basavanthappa (2007) a řadí se sem: význam zdraví, vnímaná kontrola zdraví, pozitivní vliv na vlastní zdraví, individuální definice zdraví, sebevědomí o zdraví, benefity zdravotně prospěšného chování a opak překážky pro chování podporujícího zdraví. Na rozdíl od nich se modifikující faktory podílí na ovlivnění jen nepřímo a spadá sem věk, rasa, vzdělání, finance, tělesná hmotnost atd., jak se shodují autoři (Basavanthappa, 2007, Vörösová, 2011, Galloway, 2003) citující tento model. Předností tohoto modelu je jeho srozumitelnost a všestranné využití v praxi (Basavanthappa, 2007). Vörösová (2011) dodává, že práce sestry spočívá v posouzení a analýze stavu pacienta, tj. výše uvedených faktorů, a následně naplňuje aktivity orientované na změny v individuálním chování zaměřené na podporu zdraví.

1.4 Zdraví jako životní hodnota

Tato kapitola bude věnována zdraví jako životní hodnotě člověka, pacienta. Získané informace se stanou součástí podkladu pro stanovení si otázek k výzkumnému šetření.

Význam slova hodnota si každý obor vykládá jinak. O termínu životní hodnoty mluví Křivohlavý (1994) jako o smysluplnosti života a řadí jej do filozofického odvětví. Křivohlavý (1994) se shoduje s Prudkým (2004), podle kterého je důležité rozlišovat rozdíl mezi hodnotou „míti“, kdy jedinec připisuje určitou míru důležitosti nějakému objektu, ať se jedná o vizi, prognózu, chování, jev, činnost či strategii, nebo „býti“ připisovanému sám sobě, vlastnímu chování a prožívání, ale i ostatních lidí.

Je obtížné nalézt jednu dostatečně vystihující definici hodnoty. Seitl (2012) ve své knize cituje několik autorů a jejich verze pojetí hodnot. Jedním z nich jsou Schwartz a Bilsky, kteří hovoří o hodnotách jako o přesvědčení žádoucích cílových stavů nebo způsobů jednání, jenž přesahuje konkrétní situace nebo vlastnosti objektu, mají vliv na výběr a hodnocení jednání a je jim přisuzovaná míra důležitosti. Dále autor cituje Homolu a Trpišovskou, pro které je slovo hodnota dána vztahem subjektu k objektu, představuje vlastnost subjektem prožívanou, nejde tedy o objektivní vlastnost samu o sobě. Velice výstižně popisuje hodnoty J. Sokol, kterého uvádí Holčík (2007) ve svém článku, pro kterého znamenají hodnoty všechno to, čeho si upřímně ceníme a vážíme, co je nám vzácné, čemu se věnujeme, jsme schopni si za tím jít a něco obětovat. Sám Holčík (2007) se zamýšlí a konstatuje, že i přes všechna úskalí, která vedla ze vzniku Listiny základních práv a svobod, zabezpečující důstojnost a svébytnost lidí, se lidské hodnoty nedají pro svou plnost vtěsnat do jediného právního dokumentu.

Jasně a výstižně hodnoty popisuje Rassin (2008), pro kterého jsou hodnoty obsaženy v každém lidském rozhodnutí a jednání a lze je chápat jako základní přesvědčení o tom, co je správné, dobré a žádoucí. Každý člověk ve svém životě hodnoty vnímá různě, nejsou však zbožím, které si chudí lidé nemohou dovořit, jejich síla spočívá v respektování a sdílení společných hodnot vedoucí k plnému rozvoji a ocenění svébytné tvůrčí lidské osobnosti (Holčík, 2014).

Životní hodnoty je možné dle Šamánkové a kol. (2011) členit do několika kategorií, např. sociální hodnoty, estetické nebo duchovní hodnoty atd. Autorka tvrdí, že nejsilnější uznávanou hodnotou ze strany sociální se nejčastěji uvádí rodina a přátelé. Vzhled a harmonii řadí mezi hodnoty estetické a duchovní, religiózní a psychologické cítění zas do oblasti duchovních hodnot. Křivohlavý (1994) pro změnu zmiňuje rozdělení dle V. E. Frankla a to na hodnoty zážitkové, tvořivé a postojové. Poslední oblast je pro zdravotníky stěžejní, jelikož sem patří akceptovatelnost toho, co je neměnné a právě s takovými hodnotami se snaží vyrovnat všichni pacienti, zejména pak chronicky nemocní nebo lidé s fyzickým znevýhodněním či v terminálním stádiu, jak dodává autor.

Zdravotnictví v historii prošlo nespočtelným množstvím reforem, avšak roku 1996 byla na konferenci Světové zdravotnické organizace v Lublani předložena „Charta o reformě zdravotní péče“, zabývající se koncepčními otázkami zdravotnických reforem v Evropě, říká Holčík (2007). Cílem Charty (1996, p. 6) bylo poukázat na důležitost humánních hodnot: *„V evropském kontextu je zapotřebí, aby zdravotní systémy byly vedeny hodnotami – reforma zdravotnictví musí spočívat na zásadách lidské důstojnosti, spravedlnosti, solidarity a profesionální etiky“*.

Již v devatenáctém století Florence Nightingale prohlásila, že k ošetrovatelství by se nemělo přistupovat jako k vědě obsahující pouze odborné poznatky a dovednosti, ale jako k povolání založeném na konkrétních lidských hodnotách (Rassin, 2008).

Dle našeho názoru, životní hodnoty úzce souvisí s potřebami, cíli i postoji, a ve zdravotnictví, kde ve většině případů dochází ke změnám a přehodnocování, tak platí dvojnásob.

Potřeby ve vztahu k hodnotám, slouží k posouzení míry nějakého stavu, nakolik je pro nás žádoucí, zda to, co máme nebo nemáme, potřebujeme nebo ne (Smékal, 2009). Dle autora mohou potřeby splňovat roli jako zdroje hodnot nebo spolu mohou tvořit celek, zejména při pohledu do budoucnosti. Trachtová (2001) udává, že potřeby představují základní motivy, které vyjadřují narušenou psychickou nebo psychofyzilogickou rovnováhu, jsou ovlivněny v průběhu vývoje kulturou a mohou se měnit co do kvantity i kvality.

Již v první kapitole definující pojem zdraví, je odcitován Křivohlavý (2009) a jeho chápání zdraví jako prostředku dosažení cíle. Tudíž pokud člověk chce uskutečnit a vykonat nějaký úkol, stává se pro něj zdraví nutnou potřebou k jeho realizaci. Ve stejném duchu charakterizuje cíle Seitl (2012), jako spojenci k potřebám a motivacím. Naproti tomu Smékal (2009) zas vnímá cíle blíže právě k hodnotám a hodnotovému systému.

Ke vztahu hodnot k postojům se Seitl (2012) staví jako k něčemu abstraktnějšímu, poněvadž se podle něj nevztahují k určitým objektům či osobám. Také se domnívá, že postoje jsou pro člověka spíše vztahem k hodnotám.

Mastiliáková (2014) považuje zdraví za hodnotu a potřebu, která je pro naplnění lidského života naprosto zásadní. Ve své knize odkazuje na rozdělení základních životních potřeb dle S. Coveye, který řadí zdraví do fyzických neboli existenčních potřeb. To svědčí o tom, že o hodnotě zdraví nelze pochybovat. Kupříkladu i Kebza (2005) hovoří o zdraví jako o hodnotě, která ve všech lidských kulturách byla a je umístěna na přední místo v hierarchii vyznávajících hodnot. Toto přesvědčení zastává i Holčík (2014), upozorňuje však, že není přípustné, aby některá z humánních hodnot byla považována za nejvyšší, jelikož by se mohlo jednat o prosazování ideologických schémat.

Hodnota zdraví má velice humánní charakter. Kupříkladu Holčík (2007) o ni mluví ve spojitosti s pudem sebezáchovy, ačkoliv si uvědomuje, že se najdou případy, kdy je člověk ochoten obětovat své zdraví a dát přednost jiným hodnotám. Vysvětluje si to tím, že snaha zachovat si dobré zdraví se může dostat do rozporu s pohodlností, s touhou užívat si, jednat pod nadvládou svých choutek (např. kouření, alkohol apod.) nebo s lhostejností v podobě prodeje nahnilé zeleniny nebo prodeje nezdravých pochutin ve školách.

V posledních letech se s hodnotou zdraví pojí i kvalita života jedince. Vztah životních hodnot k modelům kvality života je specifický svými objektivními a subjektivními ukazateli, jak píše Gurková (2011), s upozorněním na dynamický průběh mezi danými komponentami. Ve výzkumu, jehož předmětem zkoumání byla kvalita

života učitelek, prezentovaného Řehulkou (2008), se v sekci životních cílů zdraví nachází na prvním místě se stoprocentní četností.

Zdraví je do značné míry v rukou jedince a proto Holčík (2007) apeluje na to, aby si lidé uvědomili hodnotu zdraví co nejdříve, pokud jsou ještě zdraví. S Holčíkem (2007) se shodujeme v tom, že mnoho lidí si svého zdraví začne vážit až v případě, kdy onemocní.

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíl

Cíl: Zjistit, jaké specifické intervence mohou sestry využít v oblasti zdraví hospitalizovaného pacienta v případě narušení této hodnoty.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jak vnímají hodnotu zdraví hospitalizovaní pacienti?

VO2: Jaký je žebříček hodnot pacienta při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení?

VO3: Jaké hodnoty byly pro pacienta významné před jeho hospitalizací?

VO4: Jaké aspekty v rámci práce sestry jsou nejpodstatnější pro pacienta v souvislosti s hospitalizací a jeho zdravotním stavem?

VO5: Jakým způsobem zasahuje hospitalizace do hodnot pacienta s ohledem na jeho budoucí život po propuštění?

VO6: Jaké jsou možnosti sestry pro saturování hodnoty zdraví hospitalizovaného pacienta?

VO7: Jak vnímají sestry případné ovlivnění životních hodnot pacienta v souvislosti s hospitalizací?

VO8: Jak vnímají sestry svoje možnosti pro saturování hodnoty zdraví u hospitalizovaného pacienta?

2.3 Operacionalizace pojmů

Zdraví - Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady (WHO, 1948). Tato definice pokládá lidské zdraví za relativně složitý systém, v němž subsystém fyzický, psychický a sociální tvoří společný, se svým okolím existenčně spjatý dynamický celek (Zacharová, 2017).

Životní hodnota - Krivohlavý (1994) o životních hodnotách hovoří jako o smysluplnosti života. Seidl (2012) cituje Schwartze a Bilského, definující hodnoty jako přesvědčení o žádoucích cílových stavech nebo způsobech jednání, jenž přesahuje konkrétní situace nebo vlastnosti objektu, mají vliv na výběr a hodnocení jednání a je jim přisuzovaná míra důležitosti.

Sestra – zdravotnická pracovnice, která absolvovala vzdělávací program v ošetrovatelství a splňuje zákonné podmínky pro výkon povolání sestry (Kašáková, 2015). Dle Věstníku (2004) je sestra definovaná jako zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti.

Pacient – (z latinského *patis, patiente* – trpět) je člověk, který je často vnímán jako nemocný nebo zraněný a vyžaduje lékařskou nebo jinou odbornou zdravotnickou péči (Žiaková, 2009).

Hospitalizace – přijetí do nemocnice, kde pacient po nějakou dobu leží, zatímco jsou prováděna vyšetření, probíhá léčba či observace (Kašáková, 2015).

Ošetrovatelská péče – je péče poskytovaná sestrou jednotlivci, skupině nebo komunitě ve zdraví či nemoci (Žiaková, 2009). Přispívá k podpoře a udržení zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti (Věstník, 2004).

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumného šetření

Pro empirickou část této práce byla zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden pomocí metody kvalitativního dotazování, konkrétně formou polostrukturovaného rozhovoru a to z toho důvodu, aby mohl dotazovaný projevit své subjektivní pocity a názory, popř. navrhnout možná řešení zjištěných nedostatků, jak vyzdvihuje Hendl (2016). Výzkum byl uskutečněn s příslušným souhlasem vedení v nejmenované nemocnici. Souhlas k výzkumnému šetření je k dispozici k nahlédnutí u autorky práce.

Polostrukturované rozhovory lze rozdělit na dvě části. První část je zaměřena na pacienty (viz příloha č. 1) za účelem zmapovat jejich vnímání hodnoty svého zdraví. Tento rozhovor se skládá z 23 otázek z nich je 13 otevřených, 3 polouzavřených a 7 uzavřených. Zprvu jsou otázky směřovány na hodnotu zdraví jako takovou. Další otázky mají za úkol rozklíčovat vývoj hodnoty zdraví v čase a to i s důrazem na hospitalizaci, resp. co od ní očekávají, do jaké míry mohou o své zdraví pečovat a také na skutečnosti týkající se jejich pohledu na práci sestry.

Druhá část (viz příloha č. 2) se snaží zachytit pohled sester na pacientovu hodnotu zdraví. Sestrám bylo položeno celkem 7 otázek. Z nich bylo 5 otevřených, 1 polouzavřená a 1 uzavřená otázka směřující ke zjištění, zda je pro ně důležité se zajímat o hodnotu zdraví svých pacientů a eventuálně, jak tento přístup zlepšit.

Rozhovory byly prováděny v lednu a únoru 2018, a to vždy s ústním souhlasem respondentů a současném zaručení jejich anonymity. Záznamy jsou označeny iniciály respondenta a dalšími údaji prokazující jejich identičnost. Sběr dat probíhal přímo v nemocničním zařízení po předchozí domluvě na jednotlivých odděleních při zachování maximálně možného soukromí. Odpovědi respondentů byly zaznamenávány dvojím způsobem a to jednak na diktafon, tak i do záznamového archu s předem vytištěnými otázkami. Originální rozhovory byly přepsány do elektronické podoby

v programu Microsoft Word a přiloženy na CD jako součást práce. Po sesbírání dostatečného množství dat byly rozhovory kódovány metodou otevřeného kódování pomocí techniky „tužka a papír“ (viz příloha č. 3). Otevřené kódování si lze představit jako proces, díky němuž jsou údaje rozebrány na jednotky, kterým jsou následně přidělena jména – kódy (Švaříček, 2007). Společné kódy byly posléze kategorizovány.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo na akutním lůžkovém oddělení chirurgie a traumatologie a na lůžkovém oddělení rehabilitace. Tato oddělení byla vybrána z toho důvodu, že právě zde dochází dle našeho názoru k výraznému narušení hodnoty zdraví pacienta. Na těchto odděleních byly následně provedeny i rozhovory s ošetřujícími sestrami.

Celkem bylo provedeno 29 rozhovorů s pacienty a 10 rozhovory se sestrami. Na chirurgickém oddělení bylo provedeno 9 rozhovorů s pacienty a 4 rozhovory se sestrami. Na traumatologické a rehabilitačním oddělení bylo provedeno shodně 10 rozhovorů s pacienty a po 3 rozhovorech se sestrami. Respondenti byli vybíráni podle úsudku ošetřujících sester, kdy nebyla předem stanovena žádná kritéria. Velikost výzkumného souboru nebyla předem jasně stanovena. Jelikož se jedná o velice individuální problematiku, bylo nutné pro potřebnou vypovídající hodnotu sebrat data od většího množství respondentů.

4 Výsledky

4.1 Identifikace pacientů

Tabulka 1 Identifikační údaje pacientů

pacient	věk	den hospitalizace	oddělení
1	57 let	2. den	chirurgie
2	46 let	3. den	chirurgie
3	75 let	14. den	chirurgie
4	26 let	3. den	chirurgie
5	57 let	3. den	chirurgie
6	21 let	8. den	chirurgie
7	55 let	3. den	chirurgie
8	60 let	3. týden	rehabilitace
9	69 let	2. týden	rehabilitace
10	54 let	7. den	rehabilitace
11	55 let	7. den	rehabilitace
12	55 let	14. den	rehabilitace
13	60 let	11. den	rehabilitace
14	56 let	6. den	traumatologie
15	67 let	3. den	traumatologie
16	38 let	1. den	traumatologie
17	19 let	1. den	traumatologie
18	41 let	3. den	traumatologie
19	70 let	13. den	traumatologie
20	45 let	6. den	traumatologie
21	32 let	3. den	traumatologie

Zdroj: vlastní

Výzkumu se zúčastnilo celkem 21 pacientů ze tří vybraných oddělení. S prvními 7 pacienty (P1 – P7) byly provedeny rozhovory na chirurgickém oddělení. Jednalo se o pacienty s nejrůznějšími diagnózami, např. cholecystektomie, kolostomie, operace kýly, operace sleziny. Věk respondentů se na tomto oddělení pohybuje mezi 21 let a 75 lety, přičemž průměrný věk je 48 let. Průměrná délka hospitalizace pacientů na chirurgickém oddělení je 5 dní. Další rozhovory se uskutečnily s pacienty (P8 – P13) na rehabilitačním oddělení. Věkové rozmezí těchto pacientů se pohybuje mezi 54 let a 69

lety s průměrnou délkou hospitalizace 9 dní. Poslední část rozhovorů tvoří pacienti (P14 – P21) hospitalizováni na traumatologickém oddělení mezi věkovým rozhraním 19 let a 70 lety. Průměrná doba hospitalizace respondentů na tomto oddělení vychází na 5 dní.

4.2 Identifikace sester

Tabulka 2 Identifikační údaje sester

sestra	délka praxe	dosažené vzdělání	oddělení
1	2 roky	bakalářské studium	chirurgie
2	23 let	středoškolské studium	chirurgie
3	2 roky	bakalářské studium	chirurgie
4	5 let	bakalářské studium	chirurgie
5	10 let	středoškolské studium	rehabilitace
6	35 let	středoškolské studium	rehabilitace
7	30 let	středoškolské studium	rehabilitace
8	3 roky	bakalářské studium	traumatologie
9	21 let	středoškolské studium	traumatologie
10	2 roky	bakalářské studium	traumatologie

Zdroj: vlastní

V druhé části výzkumu byl proveden rozhovor s deseti sestrami ve třech vybraných odděleních. První čtyři rozhovory se sestrami (S1-S4) byly provedeny na oddělení chirurgie. Další část rozhovorů byla provedena na rehabilitačním oddělení se sestrami S5-S7 a na posledním traumatologickém oddělení, kde byly rozhovory uskutečněny se sestrami S8-S10. Délka praxe se u pěti sester pohybovala od 2 do 5 let, sestra S5 pracuje celkem 10 let. Praxe sester S2 a S9 je dlouhá 23 a 21 let. Nejdéle v praxi působí sestra S6 35 let a o pět let méně sestra S7. Nejvýše dosažené vzdělání je v rovnoměrném zastoupení. Dohromady pět sester (S2, 5, 6, 7, 9) má vystudovanou střední odbornou školu a druhá polovina vystudovala bakalářské studium.

I. Kategorie oblasti zdraví

Tato kategorie uvádí oblasti, ve kterých respondenti vyobrazují své zdraví, respektive jak si jej představují. Výpovědi respondentů P2, P13 a P14 shodně obsahují složku **biologickou, sociální a psychologickou**. Například respondent P13 na toto téma říká: *„Že můžu dělat, co potřebuju, práce, zábava, radost. Bez zdraví není nic...snažil jsem se sportovat a nějak se udržovat v pohybu – kolo, chůze...snažil jsem se mít nějakou zábavu, chodit do práce, abych měl peníze. Když není zdraví, není zábava. Je stres.“*

Více než polovina respondentů vyjádřila svou představu zdraví jako složku **biologickou**. Ve většině případů se zde objevovala strava a pohyb. U respondentky P8 je byla i otázka samotné existence: *„Pro mě zdraví znamená úplně všechno. Abych mohla normálně žít a fungovat. Já tu operaci podstoupila, abych vlastně mohla vůbec žít. Bylo to pro mě buď anebo, ...“*

Druhou nejpočetnější je složka **sociální**, kterou popisuje celkem 13 respondentů. Zde se nejčastěji objevovala rodina, práce jako např. u respondenta P10: *„Že se člověk obstará, co potřebuje. Zvládne to v práci, doma, rodinný život a taky nějaká kultura.“*

Skupina 8 respondentů (P1, 2, 8, 9, 11, 13, 14, 20) si pod pojmem zdraví představí i složku **psychickou**. Pohoda, klid a spokojenost jsou důležité pro respondenta P2, naopak P14 pokládá za důležité: *„Když je člověku fajn a nemá žádné bolesti, nemoci. Když se cítí dobře a může vykonávat to, co chce, chodit do práce, koníčky.“*

Ze všech respondentů pouze u odpovědi pacientky P9 je možné nalézt všechny složky zdraví: *„Vzhledem k nemoci je pro mě zdraví důležité, abych se o sebe dokázala postarat, byla soběstačná a užitečná rodině. Hlavně, abych nebyla na nikom závislá. Zdraví znamená hodně. Dokážete pracovat, cestovat, číst, věnovat se rodině a pečovat o ni. Doma cvičím, rehabilituju a také je důležité to **duchovno**, psychika.“* Respondent P6 přiznává, že ho nic nenapadá, stejně jako P16: *„Nevím, jak to formulovat. Nedokážu to úplně popsat.“*

II. Kategorie vnímání hodnoty zdraví

Převážná většina respondentů vnímá své zdraví jako **nejdůležitější hodnotu**. Dotazovaní tuto hodnotu klasifikovali jako „nejdůležitější“ nebo ji řadili na první místo v hodnotovém řebříčku od jedné do deseti. Všeříkající odpovědi překvapil respondent P18: *„Je to nejdůležitější, co člověk může v podstatě mít. To je na prvním místě, to je jasný.“* Také respondent P11 s větším zamyšlením říká: *„...to nejdůležitější. Když nebudu zdravá, nebudu moct pomáhat nebo pracovat a nic pro ten svůj život potřebná. Stavím ho na první místo. Zdraví si nekoupím, to si musím chránit sama a taky s ním nakládat.“* Velkým opodstatněním dokazuje důležitost svého zdraví i respondent P12: *„Zdraví je na prvním místě. Taky s tím kolenem bojuju už čtyři roky, měla jsem artrózu 4. Stupně a musela jsem shodit 20 kg...taky mi umřel manžel na zlou nemoc a to mi pomohlo otevřít oči, jak je to zdraví důležité.“*

Skupina respondentů P5, P6, P7, P10, P13 a P19 sice uznala, že je pro ně zdraví **důležité**, ale jejich odpovědi nebyly dostatečně přesvědčující, že se jedná o prioritní hodnotu. K tomu, abychom byli schopni objektivně zhodnotit, jakou váhu má pro ně jejich zdraví, byla jim položena otázka: „Na jaké místo by zařadili své zdraví v hodnotovém žebříčku na škále od jedné do deseti“, přičemž jedna značí nejnižší hodnotu a deset hodnotu nejvyšší. Odpověď respondenta P5 na tuto otázku, zněla: *„Asi hodně vysoko, až k těm deseti.“* Podobná odpověď zazněla i od P7, který své zdraví hodnotí: *„minimálně na 8“* nebo od respondenta P19, který se přiznává: *„To je základné. Já nevím. Já nad tím asi nikdy nepřemýšlel. Co když neodpovím? S ostatními hodnotami? No od toho se přece odvíjí to ostatní, tím pádem tedy na první.“*

Ve dvou případech z výzkumného šetření vyplynulo, že tito respondenti (P4, 17) svou hodnotu zdraví považují za **nedůležitou**. Konkrétně P17 uvádí: *„Pro mě? Nikdy jsem nad tím nepřemýšlel. Tak na páté – čtvrté místo.“* Stejně jako každému, byla i respondentovi P17 položena otázka ohledně jeho hodnoty zdraví s odpovědí: *„Nevím, 5. Nic pro mě neznamená. Ani po operaci.“*

III. Časové pojetí vnímání zdraví

Tato kategorie se zaměřuje na to, z jakého časového horizontu si pacienti uvědomují nebo neuvědomují svou hodnotu zdraví. První skupina respondentů (P1, 2, 5,

7, 9, 15) zná svou hodnotu zdraví již **z minulosti** a většina z nich dodává, že se poučí z chyb a ještě více se na své zdraví zaměří, jako například P1: „*Já bych řekla ta desítka. Ted' to tak vnímám a dřív taky. Doma se budu chovat zodpovědněji. Začnu řešit problémy dřív, nebudu to nechávat dojít až do extrému.*“ nebo k němu budou přistupovat minimálně jako doposud. S druhou možností se ztotožňuje P15: „*Vážila jsem si ho, protože mě to bolelo. A před tím úrazem bylo taky pro mě nejdůležitější. Uvědomovala jsem si to i před tím úrazem a potom to byl šok. Po nástupu k hospitalizaci je to pořád stejný. Můj postoj se určitě během hospitalizace měnit nebude. Já jsem toho už hodně zažila. Brzo mi umřel bratříček, potom i sestry a tolik hrůzy, takže nevím, čeho bych si měla vážit víc. Po návratu domu si myslím, že to bude stejný. Jenom si budu dávat pozor na to, abych nepadala.*“

Nejpočetnější skupina, celkem 9 respondentů (P3, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 20) je charakteristická změnou ve vnímání své hodnoty zdraví v pozitivním slova smyslu a to od **přítomnosti**, respektive od začátku potíží, které zapříčinily hospitalizaci pacienta nebo až při samotné hospitalizaci. Většina z nich své zdraví v minulosti podceňovala a přehlížela, stejně jako respondent P3, který uvádí: „*Někdy jsem chodil k praktickému lékaři, ale na ty upozornění, co mi chodily domu, ty jsem přehlížel. Zdraví nebylo tak vysoko, podcenil jsem to. Po nástupu k hospitalizaci se můj vztah ke zdraví rozhodně změnil. Změnil jsem stravu, jídelníček....*“ Obdobně odpovídá i P20: „*No právě jsem si ho moc nevážila. Docela důležitý bylo, ale já jsem to neposlouchala. Už tam bylo několik varovných signálů. Jeden problém se navlal další, ...vždycky jsem ho dávala na přední místo, ale myslela si, že to zvládnou. Můj postoj se myslím měnit nebude, ale budu na sebe daleko opatrnější.*“ I přes to, že situace, ve které se ocitl respondent P13, je odlišná, došlo ke stejné reakci: „*Protože jsem ted' poměrně dost starej, tak to zdraví v těch hodnotách pořád stoupá výš. Člověk si toho neváží, dokud ho má. Já se tu ocitnul ze dne na den. Jeden den jsem byl na výletě, druhý den jsem byl tady, takže to zdraví vyletělo hodně vysoko. Nejdřív jsem ho měl a připadalo mi to jako samozřejmost. Po nástupu k hospitalizaci se můj vztah náhle zvýšil. Už to nebude automatický. Ted' tady zjišťuju, že to tělo to asi samo neobhospodará.*“

Shodné odpovědi je možné nalézt u skupiny respondentů P4, P6, P17, P18, P19 a P21, kteří žádným způsobem nereagují nebo **nepocitují** žádnou **změnu** ve vnímání své hodnoty zdraví. Respondent P18 své zdraví vnímají jako prioritu již z minulosti: „*To je pořád stejný, tohle (hospitalizace) s tím nemá nic společného. Tak vzhledem k tomu, že už jsem dost dospělý, tak si myslím, že se nic měnit nebude. Po návratu domu to bude v podstatě stejné. Až se to zahojí, tak budu fungovat stejně jako do teď.*“ Z výpovědi respondenta P6 vyplývá, že nedošlo k žádné změně a konkrétně neví, jak ke svému zdraví bude přistupovat po návratu domů. Respondent P21 doplňuje: „*Nic jiného nezbyvá, než se s tím smířit. Beru to pořád stejně. Některé věci by se daly změnit, ale já jsem prostě takový. Určitě do budoucnosti něco jo.*“ Nápadně individuální přístup je možné pozorovat u respondenta P4, který své zdraví nevnímá jako prioritní a na otázky mapující případné změny odpovídá pouze: „*Nic. Nebylo hodnotné. Jsem tu zbytečně. Nevím, jestli se něco změní.*“

IV. Kategorie očekávání

Na otázky týkající se toho, co pacienti očekávají od pobytu v nemocnici a od sester odpověděli všichni, vyjma čtyř respondentů, shodně – **profesionální ošetření**. V uzdravení, vyléčení bez následků, v kvalitní následnou péči a v odbornost věří většina z nich. Respondent P5 říká: „*No že se ty problémy odstraní, což už se odstranilo a vrátím se relativně zdravý a budu se moci vrátit ke svému životnímu stylu. Řekl bych, že to tu klape.*“ Totožné očekávání má i respondent P17, který vzhledem ke své krátkodobé hospitalizaci není schopen říci, zda péče odpovídá jeho představám: „*Já nevím. Ted' mám dost smíšené pocity, tak bych se k tomu raději nevyjadřoval. Je to takový smíšený. Vím, že sestry dělají, co můžou. Jo, jsem na sebe naštvaný hrozně moc.*“ Důvěru v uzdravení prokazuje respondent P5 i P15: „*Že mě uzdraví. Musím jim důvěřovat.*“ Právě z tohoto důvodu se zde nechala hospitalizovat i respondent P20: „*Jsem šťastná, že jsem se dostala sem do nemocnice. Protože jinde nejsou mladý lidi a nejde to tam dopředu.*“

Neoddělitelnou součástí spokojeného pacienta je i **přístup** sester a lékařů. Tuto skutečnost potvrdila polovina respondentů. Respondent P3 na otázku, v čem mu může být sestra nápomocná při zajištění optimálního pocitu zdraví, uvádí: „*V první řadě*

přístup a ten je tady výbornej.“ Maximální spokojenost shodně vyjadřují i respondent P5 a P11: *„ještě víc než teď? Tak to si nedokážu představit, co by pro mě mohla ještě víc udělat.*“ V převážném zastoupení si respondenti nejsou vědomi něčeho, co by pro ně mohla sestra udělat víc. Odpověď respondenta P21 je ovlivněna předchozí zkušeností: *„Co jsem očekával je příjemný přístup od personálu. Já nemám s čím srovnávat, ale asi naplňuje má očekávání. Přístup sester až na jednu moji osobní zkušenost super!*“ Podobně vypovídají i P19 s P17: *„No většina sestřiček je takových bachařek a přijdou mi spíš, že se snaží člověku nahnat strach. Je to takový půl na půl. Na jednu stranu je to dobře. Ale jsou tady i hodný sestřičky.*“, kteří shodně vnímají rozdílnosti v osobnosti sestry.

Skupina tří respondentů (P2, 5, 7) od sester očekává, že jim budou během hospitalizace poskytnuty všechny potřebné **informace**, jak to dokazuje respondent P2: *„Sestra mi může být nápomocná nějakou tou radou, jak se mám ke svému tělu chovat, co mám dělat, aby to tělo to po té operaci zvládlo co nejlépe“*. Respondent P7 říká: *„Zatím mi žádná doporučení dána nebyla. To se dělá až před propuštěním.*“

V. Kategorie role pacienta

V této kategorii je pacient hodnocen z pohledu své aktivity a míry, kterou se podílí na léčebném procesu. První skupina větší poloviny respondentů jsou pacienti, kteří se **aktivně** zapojují a dodržují určený individuální léčebný režim. Respondenti P2, P9, P10, P12 a P20 ve svých výpovědích prokázali známky nějaké pohybové aktivity. Odpověď respondentky P12 na otázku, jak se stará o své zdraví během hospitalizace, zní: *„Ano. Cvičím s nohama, masíruju jizvy, ale bojím se těch schodů. Dneska už jsem byla ve druhém patře, takže si myslím, že to půjde“*. I u respondentky P20 je evidentní, jak moc touží po znovu navrácení plného zdraví: *„Tak už rehabilituju. To jsem byla hrozně šťastná a začala jsem okamžitě. Sama taky cvičím několikrát denně a chci to hned samozřejmě.“* Mezi aktivní pacienty byli zařazeni i respondenti (P2, 3, 11, 13, 14, 15, 18), co zodpovědně dodržují léčebný režim a dbají rad sester. Na výše zmíněnou otázku odpověděl respondent P14 takto: *„Během hospitalizace odpočívám a řídím se radami sester a doktorů, protože kdo jiný by vám mohl lépe poradit?“* Respondenti se však domnívají, že pohyb a dodržování léčebného režimu je jediné, co pro své zdraví

mohou udělat, jako např. respondent P18: „*Tak já si myslím, že tady není co dělat. Maximálně dodržovat, co řeknou doktoři.*“ Skupina čtyř respondentů P8, P9, P12 a P17 přistupují ke svému zdraví zodpovědněji a během hospitalizace se snaží posílit a podpořit i po stránce psychické. Respondent P9 říká: „*Musím na sobě hodně pracovat. Dřív jsem se s tím nechtěla moc smířit, změni se vám celý život, postoj k manželovi. Je to těžký se s tím naučit žít, ale jiná cesta nevede. Taky tady mám hole, vozík a svoje vybavení, které potřebuju. Taky věci potřebné k hygieně, protože mám problémy s močovým měchýřem, tak se musím několikrát denně cévkovat.*“ Ve stejném smyslu odpovídá i respondent P17: „*Snažím se být v klidu, i když to hodně bolí. A zvládat to dobře, nedělat scény a spát.*“ Pouze jediný respondent P15 klade důraz na svou soběstačnost: „*tak snažím se spolupracovat se sestrou a snažím se si udělat všechno sama, abych jí nemusela volat. Být soběstačná.*“ Hospitalizaci lze chápat i jako impulz k tomu, aby člověk začal dodržovat správnou životosprávu, jako u respondenta P21: „*No právě super. Pravidelná strava, chodím a jím zeleninu, což moc nedělám. Taky tu prakticky vůbec nekouřím a nepiju.*“

Druhá výrazná skupina respondentů je tvořena **pasivními pacienty**, kteří nejeví žádné známky péče o své zdraví. Odpovědi respondentů (P1, 4, 5, 6, 7, 16, 19) jsou charakteristické stručností a nepochopením smyslu položené otázky, jako například u P6: „*Vůbec nijak.*“ Plné odevzdání se do rukou ošetřujícího personálu popisuje i respondent P19: „*Co může člověk tady dělat? Poslouchat personál.*“

Dle odpovědí dále dělíme pacienty do následujících dvou skupin na základě jejich spokojenosti a uspokojených životních potřeb. Obsáhlejší skupina 13-ti respondentů (P3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 20) vykazuje známky **uspokojení všech svých potřeb** k zajištění optimálního pocitu zdraví. Respondent P5 uvádí: „*Ne, nic jiného nepotřebuju. Už můžu i jíst. Nesetkávám se v nemocnici s žádnou překážkou, která by mi neumožňovala pečovat o své zdraví.*“ U respondentů P6, P7, P11, P15, P17 zní odpověď na otázku, zda se v nemocnici setkávají s nějakou překážkou, která jim neumožňuje pečovat o své zdraví, asi takto: „*Ne. Jsem spokojený/á.*“ Odpovědi respondentů P16 a P8 jsou podložena porovnáním: „*Tady je úplně všechno, když to srovnávám.*“ V této oblasti, konkrétně u respondenta P13, nalezneme i charakterizování své osoby: „*Ne,*

mám tu všechno. Nejsem náročnej.“ Respondent P20 se zamýšlí: *„Dá se říct, že nic. Já si myslím, že člověk taky musí sám. A nemá čekat, až někdo přijde.“*

Druhá polovina respondentů vyjádřila se svých výpovědí nějaký **nedostatek neumožňující naplnění potřeb** k tomu, aby se cítili zdraví. Naprostou nespokojenost vykazuje respondent P4: *„Jít domu. Jsem tu zbytečně.“* Následující otázka směřuje na to, jakým způsobem by bylo možné tuto situaci řešit, respondent odpovídá: *„Podepsat revers. Ty chronický problémy nejdou vyřešit.“* Ve stejném duchu vnímá svou hospitalizaci i respondent P19: *„Chtěl bych se cítit zdravý a jít domu...jsem uvázaný na lůžko, to je vše a jsem bolavý.“* Tato odpověď vykazuje známky omezeného pohybu. Podobnou překážku popisuje i respondent P10: *„Záchod, který je malý. Je to tu blbě udělaný. Jinak nemůžu říct v rámci možností. Maximálně ten záchod no.“* V souvislosti s toaletou může nastat i potřeba většího soukromí, jako zaznívá u odpovědi respondenta P14: *„Akorát jediný, co mě tak napadá, tak tady máme vedle pokoj, kde jsou pánové a že máme společný WC. Ale už jsme zvyklý a slyšíme, když tam někdo je. Ale kdyby to šlo, tak by to bylo lepší. Ale chápu, že tady se to hodně mění a ani to nemůžou takhle zajistit. Někdy je víc chlapů, někdy žen, ale nějak se to dá skloubit. Jinak jsem fakt spokojená.“* Kvůli chřipkovému období byly zakázané návštěvy a u respondentů P2, P3 a P4 pozorujeme neuspokojení sociálních potřeb. Například respondent P3 říká: *„Sem tam nějaká ta návštěva. Jinak mi tu nic nechybí.“* Skupina respondentů (P1, 2, 18, 21) dožaduje chutnější nemocniční stravu, jako to zmiňuje např. P1: *„Ne, myslím, že tady je všechno v pořádku. Až na tu kuchyni. Sestra tohle nemůže ovlivnit, tam jde o vedení kuchyně. Možná ani ne tak o dietní sestru, ale vlastně o přístup. Sestra je ta poslední, kdo to může ovlivnit.“* Nutno podotknout, že respondenti P1 a P2 museli v rámci léčebného procesu dodržovat šetrící dietu. Ale i u respondentů P18 a P21, kteří nemusí dodržovat řádnou speciální dietu, dostáváme odpověď: *„Já si myslím, že nejsme v hotelu, ale to jídlo by mohlo být lepší no.“*

VI. Kategorie emoce a spokojenost pacienta

Emoce jsou jeden z faktorů určující kvalitu našeho života. U dotazovaných jsme shledali níže popsané emoce. Početná skupina 13-ti respondentů (P1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 20, 21) vyjádřila svými odpověďmi **spokojenost** během hospitalizace.

Respondent P1 říká: „*Zatím oddělení splňuje má očekávání. Jsou tu velice příjemní, lidský. Nemám žádnou námitku, stížnost. Je vidět zájem, že chtějí pacienty vyléčit. Jinde nemůžu posoudit.*“ Shodně odpovídá i respondent P11: „*Já doufám. Jsem tady týden, ale i ten mi něco určitě dal. Sice se to sune malými kroky, ale i tak věřím, že to jde kupředu.*“

Během rozhovoru u respondentů docházelo k **uvědomění si** špatných návyků a činností, které zapříčinily hospitalizaci a to u 14 respondentů (P1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21). Typickým příkladem je respondent P5: „*Je to takový paradox, že i když se snažím sportovat, tak jsem tady, že jo. Uhnal jsem si kýlu tím, ne že jsem sportoval, ale že jsem tahal těžký věci a to se asi taky nemá, tak proto jsem tady.*“ Podobný příběh popisuje i P20. Respondenti také zjistili, jak důležité je pro ně zdraví jako takové a jak moc jej v minulosti podceňovali. Respondent P14 uvádí: „*Když je člověk zdravý, tak si toho neváží. To jsem pochopila teď se svojí první zlomeninou v životě. Pak se mu ale něco stane, jako mě, že jo, tak si to pak uvědomí.*“ Důležitost hodnoty zdraví vyplynulo z porovnání s ostatními hodnotami, jako respondent P10: „*Zdraví na první místo. Pak si můžu pořádit peníze, když jsem zdravá a pak můžu něco mít, co chci. Odvíjí se to od toho. Když se podívám okolo sebe, jak jsou na tom lidi mnohem hůře, tak si řeknu, že jsem pitomá, že si nevážím toho, co mám.*“ Respondenti P12 a P13 také přišli na to, že jejich boj teprve začíná: „*Musím se snažit. Myslím, že to půjde.*“ Druhý z nich zase říká: „*Když není člověk zdravý, tak to ostatní pro něj nemá moc cenu. Tím, že si to člověk uvědomí, že ho mít nemusím, budu i doma muset cvičit. Uvědomil jsem si, že bych měl pro to něco dělat.*“

Odpověď P12 souvisí i s dalším vyzorovaným prvkem a tím je **pozitivní myšlení** a to u těchto respondentů: P2, P5, P9, P10, P11, P12, P13 a P20. Právě u respondenta P20 je cítit odhodlání a chuť změnit svůj život k lepšímu: „*No tak budu na sebe daleko opatrnější. Hlavně se budu snažit zařadit do normálního života, rehabilitovat a budu chtít pro sebe dělat maximum... Zároveň se snažím přeorientovat svoji mysl. Taky na to, na co jsem přesně neměla čas a taky sama na sebe.*“ Podobnou budoucnost plánuje i respondent P11: „*V nemocnici se vztah k mému zdraví bude určitě upevňovat a zkvalitňovat, teda alespoň doufám. Že se to tady naučím, vlastně, že to*

bude i ode mne a budu se řídit jejich radami a pokyny, aby se z toho stala taková rutina.“

Opačným případem jsou respondenti s **negativním myšlením** (P4, 6, 9, 16, 17, 19) a jen pár z nich si uvědomovalo důvod špatného psychického rozpoložení. Specifičnost rozhovorů s respondenty P4, P6 a P16 tkví ve velice krátkém průběhu rozhovoru. Respondent P4 stručně odpovídá: *„Jsem tu v podstatě zbytečně, ztráta času.“* Jiným příkladem je respondent P9: *„Když člověk není zdravý, tak vidím to teď podle sebe. Zvládám toho daleko míň, než jsem měla představy.“* Podobné známky smýšlení je možné pozorovat i u respondenta P19: *„Chtěl bych se cítit zdravý a jít domu.“*

Respondenti (P1, 3, 12, 17) byli schopni vyjádřit i **výčitky**. Evidentní výpověď respondenta P1 zní: *„Nevím, ale asi jsem mohla zasáhnout dřív. Že jsem to vlastně házela za hlavu, že jsem měla jít na tu operaci dřív, když mi to doporučovali. Tak jsem to neměla nechat zajít tak daleko.“* I respondent P3 podotýká, že své zdraví podcenil: *„No hodně, protože se prakticky dá říct, že já to svoje zdravotíčko zanedbal.“*

VII. Kategorie úloha sester z pohledu pacienta

Stěžejní roli v práci sestry představují **základní ošetrovatelské výkony**, kterými sestra zajišťuje potřeby svých pacientů. Dotazovaní pacienti (P1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 18, 19, 20) vnímali tuto oblast zejména v souvislosti s péčí o lůžko, stravou, kontrolou fyziologických funkcí nebo její účast při vizitě s lékařem. Názorným příkladem je respondent P2: *„Když mi podávají léky, při vizitě, když nám jdou převlíkat postel.“* Téměř totožně odpovídá respondent P8: *„Tak když přinese léky, přinese jídlo. Když bych něco potřebovala, tak zazvoním a přijde. I při úplný maličkosti.“* Respondent P10 vnímá činnosti sestry s větší odborností: *„Odnosou a přinesou. Chovají se, jako byste nic neuměla. Měří teploty, léky rozdávají, chodí přebalovat nohu. Vlastně co si nepřechtou v kartách, tak se přijdou zeptat. Jídlo taky nosí.“* Respondent P18 zmiňuje i výše uvedené vizity: *„Když něco potřebuju. No samozřejmě sem chodí na nějaký ty pravidelný vizity, ale tak to беру jako standard, že jo.“*

Tišení bolesti také nepochybně spadá do kompetencí sestry a toho jsou si vědomi i respondenti P4, P6, P9, P13, P14 a P18. Respondent P14 například uvádí: *„Dělají samozřejmě pravidelné kontroly, zápisy. Nestane se, aby když sem přijdou, aby se*

nezeptaly, jestli něco nepotřebujeme, jestli nemáme bolesti, jestli nechceme prášek na bolest, jestli se něco nezměnilo.“ Ve shodě odpovídá i respondent P9: „...*taky rozdávají léky nebo něco na bolest.*“

Profesionální chování, odbornost sester hraje u pacientů také velkou roli. Respondent P3 vnímá ošetrovatelskou péči takto: „*mají svoje metody, jsou to profíci, jsou výborný...*“ Podobnou odpověď pozorujeme i u respondentů P13 a P15. Odlišný pohled má respondent P2, který dává profesionalitu do souvislosti i se vzájemnou důvěrou mezi ním a sestrou: „*Z její strany profesionální a z mé, jsem prostě pacient no. Svým způsobem jsem na sestře závislý. Jsem závislý na tom, aby mi podala správné léky, aby mi poradila, jak vstát z postele, aby si nepoškodil rány. Ale abych byl na ní úplně závislý, to se říct nedá.*“ Jak hodnotí přístup sester k jeho zdraví, uvádí i respondent P9: „*Tady je oddělení, když to můžu posoudit, tak tady mají strašně dobrý přístup. Tady jsem fakt moc spokojená. Je to hlavně o přístupu a znají to, tu profesi. Ví, co takový člověk potřebuje.*“

S odpovědí respondenta P9 souvisí i další kategorie, kterou je **přístup sester**. Všichni respondenti kromě respondenta P4 pokládají za důležité, aby sestra měla zájem o ně samotné a o jejich zdraví. V převážné většině rozhovorů respondenti vyobrazují tuto skutečnost stejně jako respondent P15: „*Během svých povinností se i ptá, třeba na pití. Pozornost, jestli třeba hýbu s nohou, ale hezky se ptá. Nebo upozorňuje, že se mám polohovat pravidelně na druhou stranu, ale to se snažím dělat sama.* Respondent P11 odpovídá na otázku, jak by ohodnotil přístup sester k jeho zdraví: „*Jednak mluveným slovem, to hlavně teda. Dále pak tou vstřícností a ochotou, že se zajímá o ten problém pacienta, protože je každý individuál a má své problémy.*“ Objevili se i respondenti (P6, 7, 12, 17, 18), kteří tolik nedokážou ocenit zájem sestry o jejich zdraví, podobně jako respondent P12 uvádějí: „*Přijde, zeptá se, jestli něco nepotřebuju. Snaží se.*“ Tato skupina respondentů (P1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14) zaznamenala během své hospitalizace individuální přístup sester. Respondent P2 říká: „*Já si myslím, že tu určitě vnímají každého zvlášť, jsou profesionální. Sestra má individuální přístup a má plnou mou důvěru. Je příjemná. Individuální přístup je markantní. Ví, ke komu jde, co s ním má dělat a s čím tady vlastně leží.*“ I respondent P8 k tomuto tématu dodává: „*Už jenom*

*ten přístup, úsměv, že se zeptá, jestli něco nepotřebuju. Celkovým přístupem, ten je tady úžasnej. Tady jste někdo, tady jste člověk. Tady je na nich vidět, že je to baví.“ Skupina respondentů (P3, P7, 14, 15, 16, 19, 21) vyjadřuje přímo i nepřímo touhu po tom, aby se sestra zajímala o jejich zdraví, jako například u respondenta P21 reagující na otázku, v čem mu může být sestra nápomocná k zajištění jeho optimálního pocitu zdraví: „*Tak když si o něco řeknu, tak mi vyjde vstříc. Já moc přání nemám, já jsem tady spokojený.“**

VIII. Kategorie hodnota zdraví sestry

V této kategorii jsme zmapovali, jakým způsobem vnímají sestry svou hodnotu zdraví. Bylo zjištěno, že až na jednu sestru se respondentky shodly v tom, že vnímají hodnotu zdraví jako **nejdůležitější hodnotu**. Hodnota byla vyjádřena buďto doslovně anebo číselně v hodnotovém řebříčku. V teorii jsme se mohli přesvědčit, že hodnota zdraví může pro člověka znamenat smysluplnost života. Respondentka S2 se vyslovuje: „*Zdraví pro mě znamená všechno. Je to to nejcennější, co může člověk mít. Není to samozřejmost.*“ U respondentek S6, S7, S8, S10 si můžeme všimnout, že pro lepší vystižení zařadily hodnotu zdraví na první místo v hodnotovém řebříčku, jako například S10: „*Zdraví je pro mě v řebříčku hodnot určitě na prvním místě. Myslím si, že když člověk není zdravý, tak nemá vlastně nic.*“ Sestra S8 si uvědomuje hodnotu svého zdraví na základě zkušeností ze své praxe: „*Zdraví pro mě znamená hodně. Je pro mě na prvním místě, obzvlášť když to vidím každý den v práci.*“ Za to sestra S1 využila porovnání hodnoty zdraví s ostatními hodnoty k vyjádření podstaty zdraví. Pouze respondentka S4 považuje svou hodnotu zdravá jako **životní styl**: „*Tak co se mi asi vybaví je zdravý životní styl, tam spadá více méně všechno.*“

IX. Kategorie vnímání hodnoty zdraví pacientů

Co vše se sestrám vybaví a jak se k této hodnotě staví, jsme zařadili do kategorie vnímání pojetí zdraví pacientů. Celkem 9 respondentek se domnívá, že hodnocení a posuzování hodnoty zdraví je **cílem ošetřovatelství** a že je důležité, aby se sestra touto hodnotou zabývala v rámci své profese. Kupříkladu respondentka S1 uvádí: „*Určitě by se měla zajímat, samozřejmě. Aby lépe splňovala ošetřovatelské cíle, poslání.*“ I respondentka S6 pokládá hodnotu zdraví za primární element ošetřovatelství: „*Všechny sestry by se měly zajímat. Má to dopad na kvalitu. Vždycky a aktivně. Pro mě je to*

důležitý, samozřejmě. Všechno se točí v tý naší profesi okolo zdraví, takže je jasný, že je to nejdůležitější.“ Následující podkategorií se nazývá **postoj sestry**. Většina respondentek má za to, aby sestra byla schopna efektivně vyhodnotit hodnotu zdraví pacientů, musí i ona sama chtít, ne jen z toho důvodu, že by to dělat měla. Respondentka S8 říká: *„Ano, sestra to má v popisu práce, ale i sama od sebe by měla mít zájem.“* Souhlasí s ní i respondentka S2: *„Určitě, je to součást její práce. Zase záleží na osobnosti té sestry, jaké je.“* V odpovědích bylo možné také vypožorovat, že v souvislosti s tímto ošetrovatelským výkonem se respondentkám vybaví i **individualita pacienta**, respektive to, jak sám pociťuje hodnotu zdraví. To dokazuje respondentka S4: *„Na našem oddělení jsou opravdu nemocní pacienti. Samozřejmě hodně závisí na tom, jakou ten člověk má osobnost, někdo bojuje, někdo zase ne.“* U respondentky S10 je možné pozorovat, že pacienta vnímá ještě z širšího pohledu: *„Důležité je i jejich spolupráce. Podle mě to bereme jako samozřejmost, že zdraví je vždy na prvním místě, ale nemusí to tak být.“* Hodnotu zdraví lze vnímat i z pohledu soběstačnosti, kterou uvedla jediná respondentka S3: *„To tak z pohledu soběstačnosti, určitě. Aby měli nějaký hodnotnější život.“* Celkem 4 respondentky si představují hodnotu zdraví jako **změnu**, popř. jako proces změny. To dokazuje respondentka S1: *„No určitě, když jsou pacienti v nemocnici, tak je změněná jejich hodnota zdraví.“* Naopak respondentka S10 neuvedla změnu hodnoty zdraví doslovně, z její odpovědi je však zřejmé, že tato hodnota je oslabena, narušena a proto je nutná hospitalizace: *„Samozřejmě se pro to snažím dělat maximum, aby se jejich zdraví zlepšilo či upevnilo.“*

X. Kategorie úloha sestry

V této kategorii nás zajímalo, jaké ošetrovatelské úkony a činnosti souvisejí s hodnotu zdraví pacientů a jaká úskalí s tím souvisejí. Pouze u třech respondentek můžeme postřehnout, že úkolem sestry, aby dospěla k dosažení optimální hodnoty zdraví, je zapotřebí **uspokojení potřeb** pacienta. Respondentka S3 říká: *„Určitě je potřeba, aby se sestra zabývala hodnotami zdraví pacientů třeba při sběru anamnézy, abychom mohly vyhodnocovat jejich potřeby.“* Její kolegyně také uvádí: *„Obecně o ně musím pečovat tak, aby jejich hodnota zdraví byla co nejlepší, nevyšší a to samotnou*

ošetřovatelskou péčí, která uspokojuje jejich potřeby.“ Jednou z úloh sestry, která je spojená právě s hodnocením hodnoty zdraví pacientů je práce s **anamnézou**. Dohromady tuto činnost uvedlo 6 respondentek. Jednou z nich je i respondentka S5, jejíž odpověď bude souviset i s následující podkategorií: *„Ke každému musíme přistupovat trošku jinak. Každý má jinou povahu a jiné potřeby a v podstatě to zjistíme během půlhodinového rozhovoru. Na nikoho netlačíme, ale snažíme se jim vysvětlit, co je pro ně důležité. Taky děláme anamnézu, taky Barthela – test základních všedních činností a pak s nimi probíráme, jestli žijí sami, když je propouštíme, abychom věděly. Takový základ pro přizpůsobení péče.*“ U předešlé odpovědi respondentky S6 pozorujeme i další prvek, nezbytně důležitý a tou je **komunikace**. Stejně to vnímá i respondentka S10 a přichází s novým nápadem: *„Především je potřeba mít dostatek času, což se zdá být poslední dobou čím dál tím méně reálné. Určitě se to může zlepšit vhodnou komunikací s pacientem. Napadají mě také různé minidotazníky, které by pomohly získat více informací v této oblasti.*“

Nemohli jsme si nevšimnout, že v každém rozhovoru respondenty poukazovaly spíše na **překážky**, které jim brání v kvalitním vyhodnocování hodnoty zdraví pacientů. Jako největší nedostatek, respondentky shledaly nedostatek času. Například respondentka S8 tvrdí: *„Kdyby byl čas se tomu věnovat, tak bych tak činila, ale s ohledem k práci na našem oddělení to nejde.*“ Souhlasí s ní i respondentka S2 pracující na jiném oddělení: *„Je to pro mě podstatné, ale sehrává zde otázka času a taky počet sester na oddělení.*“ Nejen nedostatek času může sestře bránit v průběžném hodnocení, stejně tak jako nedostatek personálu, co spolu nepochybně souvisí. S tím koresponduje i respondentka S4: *„Tak o tom jsem nepřemýšlela, co by bylo možné udělat pro zlepšení práce sestry v téhle oblasti. Asi víc času, personál?“* Stejný názor má i S2: *„Tak asi navýšit personál na jednotlivých odděleních, abychom jsme se mohly věnovat takovým věcem.*“ S tím však úplně nesouhlasí respondentka S10, která se domnívá: *„Myslím, že více sester by bylo potřeba z mnohem závažnějších důvodů.*“ Zajímavý názor na to má i respondentka S5: *„To, že je nás málo sester, to nic neřeší, jaký ten vztah máme k těm lidem. Bud' vás to baví a oni vás poslouchají, protože vás berou jako autoritu a mají vás rádi, ale úplně si nejsem jistá, jestli kdyby nás tady bylo víc, jestli by tedy obcházely*

všechny a zjišťovaly víc. Pacienti chtějí mít taky ten svůj klid odpoledne.“ Rádi bychom uvedli i odpověď respondentky S7: *„Ani nevnímám žádný nedostatek sester. Jsem zavřená u haldy papírů no.*“ Další bariérou, na kterou kromě respondentky S7 narazily i jiné respondentky (S5, 6, 10), je přemíra papírů, které jsou povinné a potřebné během vykonávání této profese. Popisovanou záležitost respondentka S5 komentuje: *„V podstatě asi vám to řekne každá druhá sestra, že je tolik papírování, že přes ty papíry se nedostane k pacientovi.*“ Stručně odpověděla i respondentka S6: *„Já nevím, co ještě víc by se dalo zlepšit. Papírů je dost, fakt nevím.*“ Některé ze sester (S8, 9) nebyly schopné přijít na to, jakým způsobem by se problém podceňování hodnoty zdraví pacientů dal řešit.

5 Diskuze

„Pocit plného zdraví získáme jen skrze nemoc.“ Georg Christoph Lichtenberg
(©2018)

Zdraví a nemoc, na první pohled dva naprosto jednoznačné fenomény, přičemž vztah mezi nimi se může jevit jako protikladný. U hospitalizovaných pacientů mezi nimi vzniklá velice tenká hranice a úkolem sestry je uvažovat o pojetí těchto dimenzí s uvážlivým zohledněním individuality konkrétního pacienta. Hodnota zdraví představuje pro pacienta stav, který připisuje sám sobě, vlastnímu chování a prožívání. V teoretické části jsme poukázali na to, že projev hodnoty zdraví je obsažený v každém rozhodnutí a jednání a samotný člověk je jediný, kdo zodpovídá a řídí tento proces. Uznání zdraví jako zásadní hodnoty představuje první krok k reálným pozitivním změnám chování, postojů, organizace péče a jiným individuálním faktorům, domnívá se Adamczyk (2015).

Studovaná problematika termínu zdraví se stala podnětem ke zpracování výzkumného šetření, jehož hlavním cílem bylo zjistit, jaké specifické intervence mohou sestry využít v oblasti zdraví hospitalizovaného pacienta v případě narušení této hodnoty. K dosažení hloubkového zmapování aktuální situace v praxi, bylo zapotřebí tento cíl pomyslně rozdělit a zaměřit se na oba hlavní elementy, tj. na sestru i pacienta. Abychom byli schopni získat co nejobsáhlejší informace o tom, jak vnímají hodnotu zdraví hospitalizovaní pacienti, bylo nutné pokládat otázky týkající se jejich hodnotového žebříčku a zda se jejich pohled na hodnotu zdraví mění v čase, i v korelaci s hospitalizací. Dále nás zajímalo, jaké aspekty v rámci práce sestry jsou nejpodstatnější pro pacienta v souvislosti s hospitalizací a jaké má sestra možnosti, z pohledu pacienta, pro saturování jeho hodnoty zdraví. Jak vnímají případné ovlivnění životních hodnot pacienta ošetřující sestry a jakými možnostmi disponují k zajištění optimální hodnoty zdraví, se zabýváme v druhé části výzkumu.

Znalost subjektivního pohledu pacienta na danou nemoc, může podle Vachkové (2009) sehrát v ošetřovatelské péči klíčovou roli. Autorka zdůrazňuje, že právě

subjektivní vnímání své nemoci ovlivňuje pacientovo chování, dodržování léčebného režimu, ve způsobu následné rehabilitace i v akceptování dalších preventivních opatření. K individuálnímu zhodnocení zdraví je dle Kebzy (2005) zapotřebí komplexní posouzení zdravotního stavu člověka a zohlednění jeho fyzické, psychické, sociální, spirituální a etnické dimenze. Toto rozdělení se může jevit povědomé. Mnozí autoři, stejně jako Kebza, či např. Stephen Covey (Mastiliáková, 2014) dělí složky zdraví obdobně a nápadně se podobají známé Maslowově pyramidě potřeb. Z výzkumného šetření vzešly dohromady čtyři složky (biologická, psychologická, sociální, spirituální), které vyobrazují představy respondentů ohledně jejich zdraví. Tyto složky korespondují s holistickým pojmáním ošetrovatelství. Překvapujícím zjištěním bylo, že pouze jeden respondent (P9) uvedl všechny čtyři složky. Zároveň tento respondent byl jediný, který zohlednil i dimenzi duchovní, která představuje neodmyslitelnou součást ošetrovatelského procesu (Nemčková, 2008). Autorka chápe spiritualitu jako způsob sebehodnocení a sebechápání, které se mění v sociokulturním kontextu i v závislosti na vývojovém stadiu člověka. Celý tento proces je dle autorky spojený s přijímáním a znovu utvářením hodnot a postojů. Jak je tedy možné, že dotazovaní respondenti nezahrnují tuto složku do svých představ o zdraví? Jedním z důvodů může být fakt, že v našem výzkumném vzorku se objevují pouze pacienti po náhlé změně zdravotního stavu. Na rehabilitačním oddělení byl neúmyslně proveden rozhovor s pacientkou P9, která je zde opakovaně hospitalizovaná pro své chronické progresivní onemocnění. Touto problematikou se zabývá i Roger (2017), který si všímá důležitosti uspokojování potřeb v oblasti spirituální (náboženství a duchovnost) pro pacienty s chronickým onemocněním. Důvodem absence důrazu pacientů na spirituální stránku však nebude např. nízký věk pacientů, jelikož zkoumaný vzorek byl ve věkovém rozmezí od 19 let po 75 let. Přemýšleli jsme i nad otázkou jistého specifického vývoje víry a spirituality na území Československa. V neposlední řadě nelze opomenout ani skutečnost, že víra a spiritualita jsou záležitostmi osobními a pacienti tak o nich nemuseli mít zájem mluvit. Nelze taktéž vyloučit, že ve zkoumaném vzorku jednoduše nebyl žádný spirituálně zaměřený pacient.

V teoretické části jsme se mohli přesvědčit o tom, jaké nedostatky v sobě skrývá všem známá definice zdraví dle WHO, a to že: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (1948). Většina literatury se snaží držet se této celosvětově uznávané definice i proto, že se pro svou univerzálnost dá aplikovat snad v každé vědní disciplíně. Je potřeba si uvědomit, že moderní ošetrovatelství je obor jedinečný, založený na uznání a respektování každé lidské bytosti, chápání člověka v celého jeho komplexnosti, ale také uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci (Tóthová, 2014) a abychom těchto požadavků dosáhli, je zapotřebí přistupovat ke každému pacientovi individuálně. Tímto chceme naznačit, že každá sestra a zároveň i pacient mají jiné představy o svém zdraví, jak jsme zjistili i ve výzkumném šetření. Z hlediska početnosti jsme u pacientů shledali, v rámci prvotního vybavení si svého zdraví, potřebu pohybu a stravy jako nejčtenější. Důležitost dostatečného množství informací sestry o konkrétním pacientovi, týkající se této oblasti, dokazuje respondentka P8, který pohlíží na své zdraví z hlediska samotné existence: „*Pro mě zdraví znamená úplně všechno. Abych mohla normálně žít a fungovat. Já tu samotnou operaci podstoupila, abych vlastně mohla vůbec žít. Bylo to pro mě buď anebo,...*“. V této souvislosti bude pochopitelně nutné přistupovat k této pacientce odlišným způsobem než k pacientovi, který jako např. respondent P6 není vůbec schopný popsat, co se mu pod pojmem zdraví vybaví ani jej nedokáže blíže popsat. Pokud nahlédneme na tuto problematiku ze strany dotazovaných sester, uvědomíme si, že stejně jako pacienti vnímají svou hodnotu odlišně, tak i jejich ošetřující sestry si vybaví něco jiného. Respondentky ve svých odpovědích nezapomínaly ani na individualitu člověka a uvědomění si důležitosti zdraví, které mohou sehrát klíčovou roli k dosažení optimální hodnoty zdraví, souhlasí Holčík (2005) i Mareš (2016). Většina z nich vnímala hodnotu zdraví jako důležitý element pro naplňování cíle ošetrovatelství. Jedním z nich může být i dopomoc vedoucí k adaptaci na nemoc ale i na handicap či ztrátu části těla. Adaptační model Royové zahrnuje čtyři možné způsoby adaptace jak ve zdraví, tak v nemoci a pokud nedojde k žádoucímu přizpůsobení, následuje ošetrovatelská péče (Plevová, 2011). Otázka adaptace a pojetí hodnoty zdraví u handicapovaných zůstává však v souvislosti s výzkumným vzorkem práce stále

nezodpovězena, jelikož jsme se během sběru dat nesetkali s žádným handicapovaným pacientem. Domníváme se však, že se handicapovaní po určitém čase mohou dostat do stádia, kdy sami sebe nepovažují za „nemocné“, což dokazuje i Vágnerová (2004). Autorka popisuje čtyři fáze zvládnání získaného postižení, jehož poslední fází je postupná adaptace. V této konečné fázi si člověk připouští, k jaké změně došlo, mění se i jeho identita a dochází k postupnému začleňování do společnosti (Vágnerová, 2004).

Dalším faktem plynoucí z výsledků, je skutečnost, že pouze u odpovědí tří respondentů jsme zaznamenali jednotlivé prvky spadající do složek biologické, sociální a psychologické. U zbytku respondentů byly shledány prvky pouze jedné nebo dvou složek zdraví, což chápeme jako znak individuality a osobnostního zaměření každého z nás. Z výzkumného šetření lze vyvodit, že opravdu každý klade důraz na jiné životní hodnoty. Odlišnost pojetí zdraví každého z nás si Křivohlavý (2009) odůvodňuje tím, že každý člověk má schopnost si vytvářet představy, uvažovat a myslet o mnoha věcech, jež jsou zakořeněné v intelektuálních schopnostech člověka.

Znalosti sestry v oblasti zdraví považuje Tóthová (2014) i Kebza (2005) za neopominutelné při poskytování ošetrovatelské péče. K tomu, jakým způsobem přistupovat k pacientovu zdraví, je zapotřebí znát, do jaké míry on považuje své zdraví za důležité. Potvrdila se nám domněnka, že není pravidlem, aby každý člověk přistupoval ke svému zdraví jako k nejvýše možné životní hodnotě. Tuto skutečnost dokazují respondenti P4 a P17. Musíme přiznat, že odpověď respondenta P17 předčila všechna naše očekávání: „*Nevím, 5. Nic pro mě neznamená. Ani po operaci.*“ Samotná komunikace s tímto respondentem byla poměrně náročná a z jeho osobnosti vyzařovala jistá odměřenost a uzavřenost vůči okolí. Bohužel jeho ošetřující sestra byla časově vytížená a neměla prostor pro poskytnutí rozhovoru. Z tohoto důvodu nemůžeme posoudit, jakým způsobem sestra k pacientovi přistupovala, do jaké míry se zajímala o jeho hodnotu zdraví, zda tuto situaci řešila a jakým způsobem. Z rozhovoru se sestrou S10 jasně vyplynulo to, co se snažíme naznačit i v teoretické části a klademe důraz na to, aby si tento fakt uvědomily všechny sestry: „*Podle mě to bereme jako samozřejmost, že zdraví je vždy na prvním místě, ale nemusí to tak být.*“ Raudenská (2011) upozorňuje na to, že psychologie v ošetrovatelství umožňuje sestře optimalizovat vztah s pacientem,

přičemž pokládá za nepostradatelné věnovat se subjektivní stránce pacienta, jeho potřebám, postojům a chování, i prožívání samotné nemoci. Koncepce Schwartz a Bilského (1994) řadí hodnotu zdraví do oblasti záchovných hodnot. Tato skupina hodnot je vyjádřena ve spojitosti s konformitou, bezpečím a tradicí. Zjištěná fakta přímo korespondují s autory, jelikož větší polovina respondentů vyobrazovala hodnotu zdraví jako něco, co už jasně dané a zažité, tedy jako nejdůležitější lidskou hodnotu. Respondenti tak odpovídali ve smyslu „*zdraví je samozřejmě na prvním místě*“ nebo „*to je asi důležité pro každého*“. I přesto, že převážná část respondentů uvedla zdraví jako důležitou nebo nejdůležitější hodnotu, jen v ojedinělých případech se nám dostalo vysvětlení, z jakého důvodu tomu tak je. Dotazovaní respondenti dále objasňovali svůj postoj k hodnotě zdraví v důsledku nynějších zdravotních potíží. Pokud shrneme tuto kategorii a dáme ji do souvislosti s nejnovějšími výsledky zdravotního stavu české populace Kubínové (2016), pod záštitou Státního zdravotního ústavu v Praze, zjistíme, že lidé, ačkoliv si uvědomují patřičnou náležitost hodnoty zdraví, prokazují nízkou znalost zdravotních problémů, jako je například vysoký krevní tlak, vyšší hladina cholesterolu a krevního cukru. V ošetrovatelství je často tento jev skloňován jako „zdravotní gramotnost“. Kaas (2016) na základě výzkumu zjistil, že schopnost sestry přesně posoudit úroveň zdravotní gramotnosti pacienta je nezbytným krokem k úspěšnému využití tohoto konceptu v ošetrovatelství.

Za významný prvek výzkumného šetření považujeme zjištění jakési relace mezi vysoce považovanou hodnotou zdraví respondenta a doslovným „nicedláním“ pro její udržení. Reakce respondentů při zodpovídání otázek jdoucích po sobě byla různorodá. Překvapující byla chvíle, kdy respondentovi došlo, jak své zdraví podceňuje a zanedbává a zároveň jí připisuje patřičnou hodnotu, a začal se smát. V opačném případě jsme se setkali i s emoční reakcí respondentů, která byla až příliš chladná. Možné vysvětlení jsme našli ve studii Mabenové, Latterové a Clarkové (2007), které shledaly, že hodnoty obecně mohou podléhat svému opodstatnění v nepřejícím prostředí. Prakticky se potýkáme každý den s řadou případů, kdy je zdraví upozaděováno, například je obecné známé, že kouření škodí zdraví, nicméně dopad tohoto faktu na chování jedince je často zanedbatelný.

Autoři Schwartz a Bilsky (1994) poukazují na spojitost somatických potíží s narušením záchovných hodnot a především také na progredující charakter hodnoty zdraví u nemocného jedince. Na stejný problém jsme narazili i v našem výzkumném šetření, kdy polovina respondentů uvedla, že nynější příčina hospitalizace je dovedla k uvědomění si podstaty vlastního zdraví a že zdraví samo o sobě není až tak samozřejmé, jak se do této chvíle domnívali. Názorným příkladem je respondent P14: *„Zdraví je samozřejmě na prvním místě. Akorát když člověku nic není, tak si to neuvědomí. V běžném životě pro udržení svého zdraví nedělám nic moc. Ale teď to napravím. Nebylo na to moc času...samozřejmě, že si toho zdraví člověk vždycky váží, ale nedokázala jsem ho tolik docenit. Po nástupu k hospitalizaci se můj názor rozhodně změnil. V nemocnici jsem si uvědomila, že to tak nemusí být vždycky. Můj postoj se bude během hospitalizace určitě měnit k lepšímu.“* Překvapilo nás, že pouze čtyři respondentky vnímají hodnotu zdraví svých pacientů jako proces změny, nekonzistentnost. Publikace Andršové (2012) je sice určena pro záchranáře, domníváme se však, že osobnostní rozvoj a poznání sebe sama lze aplikovat jako náhled na inventář svých vlastností, dovedností a schopností i na sestry. To, že lépe poznáme sami sebe, nám může pomoci k lepšímu pochopení ostatních, v komunikaci a zvýšené kompetentnosti sociálních dovedností, jak dodává autorka. Dáváme autorce za pravdu a jako schůdné řešení vidíme reflexi vlastního chování a prožívání ze strany sestry, jako nepostradatelný prvek u pomáhajících profesí. Raudenská (2011) také apeluje na péči zaměřenou na člověka z holistického pohledu a to vhodnou komunikací, rozhodováním a spoluúčastí na léčbě. Autorka se s Andršovou (2012) shoduje v tom, že předpokladem k takovému jednání je schopnost porozumět sám sobě a svému chování. To umožňuje pochopit a rozpoznat reakce pacientů v náročné životní situaci jako je nemoc. Dle našeho názoru lze tvrzení autorek, nepochybně pravdivé a vědecky doložené, zasadit do našeho výzkumného šetření jen z části. Ve výsledcích rozhovorů sice sestry uznávají, že hodnota zdraví pro ně samotné i v rámci ošetrovatelské péče je nezastupitelná, nedokázaly však prokázat, že se této problematice náležitě věnují přímo v praxi. Podle našeho názoru si tento problém moc dobře uvědomují, ale upřednostňují jiné ošetrovatelské činnosti před posuzováním hodnoty zdraví. Usuzujeme tak na základě

vyjmenovaných překážek a komplikací, které sestřám údajně brání zabývat se hodnotou zdraví podrobněji. Na vyplývající potíže nevěděla většina sester jak zareagovat a nevykazovala touhu najít schůdné řešení. Některé z nich navrhovaly, že by musely disponovat větším množstvím času nebo navýšit počet sester na oddělení, přičemž respondentka S5 nám bere slova z úst: *„To, že je nás málo sester, to nic neřeší, jaký ten vztah máme k těm lidem. Bud' vás to baví a oni vás poslouchají, protože vás berou jako autoritu a mají vás rádi, ale úplně si nejsem jistá, jestli kdyby nás tady bylo víc, jestli by tedy obcházely všechny a zjišťovaly víc.“* Nejnápaditější z respondentek byla sestra S10, která soudila: *„Především je potřeba mít dostatek času, což se zdá být poslední dobou čím dál tím méně reálné. Určitě se to může zlepšit vhodnou komunikací s pacientem. Napadají mě také různé minidotazníky, které by pomohly získat více informací v této oblasti, ale to by bylo jen další papírování.“*

Adamczyk (2015) upozorňuje na to, že holistické zdraví pacienta a jeho psychická pohoda mohou být ze strany sestry upozaděny i spolu s dalšími zásadními hodnotami v důsledku rutinních ošetrovatelských činností. S Adamczykem koresponduje i Krislová (2014), která se ve svém výzkumu zaměřila na životní hodnoty v ošetrovatelském procesu, ve kterém dokázala, že i přesto, že sestry považují životní hodnoty svých pacientů za důležitou součást ošetrovatelského procesu, ne vždy je dokážou vhodně naplnit. Při porovnání výsledků výzkumu s našimi závěry, lze konstatovat, že výsledek zkoumání je obdobný. V nynější době se také potýkáme se vzrůstající polymorbiditou pacientů, u kterých je obtížné jasně specifikovat jejich prioritní hodnoty. Identifikace priorit pacienta a preferencí péče považujeme za důležité při poskytování péče zaměřené holistickým směrem, proto také Mangin (2016) s překvapením zjišťuje, že se potýkáme s nedostatkem nástrojů pro zhodnocení primárních hodnot pacienta a poukazuje na nedostatek studií, které by se blíže věnovaly této problematice.

Na základě zjištěných dat bychom chtěli připomenout, že hospitalizace na základě úrazu nebo diagnostikování nějakého onemocnění, nemusí pro člověka znamenat změnu v pojetí svého zdraví. Šestičlenná skupina respondentů je toho důkazem. Přístup respondentů z tohoto pohledu dále rozdělujeme na ty, kteří své zdraví již dříve nevnímali jako prioritní a na ty, kteří jej stavěli na první místo v hodnotovém řebříčku

ještě před příchodem do nemocnice. My si klademe otázku, z jakého důvodu nedochází k předpokládanému posílení vnímání zdraví, když si pacienti projdou tak náročnou životní situací? S možnou odpovědí přicházejí Krivohlavý (2002) s Marešem (2009), kteří se shodují, že jistý vliv může sehrát pacientův postoj k nemoci. Ten má sloužit pacientům k orientaci ve změněném zdravotním stavu a projevuje se na jeho vztazích k ostatním lidem (i zdravotníkům), na chování, postoji k životu, ale i k léčbě a ošetřování. Musíme souhlasit i s Vachkovou (2010), která ve svém výzkumu dokázala potvrdit rozdílnost ve vnímání charakteru a trvání nemoci. Autorka poukazuje například na to, že pacientovo pojetí nemoci ovlivňuje např. pohled společnosti na dané onemocnění, možnost ovlivnění průběhu nemoci, i víra v kladné účinky léčby nebo zda své nemoci rozumí a dává mu smysl. Z výše popsaného důvodu Vachková (2010) zdravotníky nabádá, aby se zajímali o pacientovu představu příčiny nemoci. Kategorie očekávání vykresluje skutečnosti, které dali najevo respondenti během rozhovoru, co přesně čekají od pobytu v nemocnici. Asi nebude žádným překvapením, že pacienti vyžadují od zdravotníků profesionální ošetření. Bowling (2012) se ve svém výzkumu snažil zmapovat očekávání pacientů v oblasti zdravotní péče. Autor považuje očekávání za významný indikátor péče, díky kterému sledujeme soulad s léčbou a celkové uspokojení pacienta. Výsledky autor shrnul do několika kategorií, přičemž naše výzkumné šetření se s výzkumem Bowlinga (2012) shoduje ve třech případech, tj. respondent P2, P5 a P7, v očekávání spojeného s dostatečným informováním, které řadí do kategorie nejvyšší ideální očekávání. Výše uvedené profesionální ošetření, které v našem výzkumu vyžaduje každý respondent, Bowling (2012) přiřadil do skupiny nejnižšího ideálního očekávání a popisuje jej v rámci pěti klinických postupů, kam pro porovnání řadí i možnost porozprávět o problémech v běžném životě.

Za poutavý výsledek považujeme skutečnost, že polovina respondentů předpokládá adekvátní přístup sester a lékařů. Každý z respondentů vyjadřuje očekávaný přístup do určité míry odlišně, všechny odpovědi společně ale vykazují známky (pro)sociálního chování. Záškodná (2008) ve své práci jej popisuje jako chování ve spojitosti s rolovou povinností ve snaze projevit zájem a snahu přinést ve prospěch potřebným. V pomáhajících profesích, kam spadá pochopitelně i

ošetřovatelství, je klíčová orientace na pacienta, nadřazenost jeho potřeb nad zájmy sestry, rozvíjení účinné komunikace, podporování soběstačnosti, dodává autorka.

Prokázání kongruentnosti sestry ve vnímání pacienta jako člověka s jeho vlastním pojetím nemoci a vnímání jeho nemoci jako ošetřovatelského problému, považuje Vachková (2011b) za známky profesionálního přístupu sestry. Důvodem, proč považujeme za podstatné, aby sestra uměla posoudit pacientovo subjektivní pojetí nemoci, potvrzujeme ve výsledcích šetření. Pět respondentů totiž uvedlo, že hospitalizace pro ně znamená jakousi naději, nový začátek pro lepší život. Chtěli bychom tímto upozornit, že interakce ošetřující sestry s takto vypovídajícím pacientem, nejenže poznamenává pacientovu přítomnost, ale i budoucnost.

Pro dosažení optimálního zdraví nebo alespoň zmírnění utrpení, je nezbytná systematická a komplexní péče při uspokojování potřeb člověka s respektem k individuální kvalitě života, jak je nám známo z koncepce ošetřovatelství (Věstník, 2004). Ošetřovatelský proces představuje systematickou a racionální metodu, jejímž cílem je zdraví prospěšná změna pacientova zdravotního stavu (Mastiliáková, 2014). Z pohledu problematiky diplomové práce považujeme první fázi ošetřovatelského procesu za klíčovou pro následující kroky ošetřovatelské péče. Výsledky výzkumu totiž prokazují rozmanité projevy role pacienta u každého respondenta. Více než polovina respondentů se vyjádřila pro aktivní roli pacienta. Díky výpovědím jsme zjistili, že pacienti svou aktivní roli shledávají buďto z hlediska pohybové aktivity (dle možností zdravotního stavu), dodržování léčebného procesu a jednání dodržující pokynů sester, což představuje nejpočetnější skupinu respondentů. Během hospitalizace se dále respondenti snažili posílit a podpořit své zdraví i po stránce psychické, jako například respondent P17: „*Snažím se být v klidu, i když to hodně bolí. A zvládat to dobře, nedělat scény a spát*“. Poutající informací je nalezení pouze jednoho respondenta, který dbá na zvýšení své soběstačnosti. Musíme uznat, že výzkum byl záměrně proveden na oddělení akutních lůžek, krom rehabilitačního oddělení, na kterém jsme očekávali, že se respondenti k soběstačnosti ve vztahu ke zdraví budou vyjadřovat častěji. Mastiliáková (2014) uvádí mimo jiné soběstačnost a sebekéči jako jednu z priorit pro zhodnocení pacientova zdravotního stavu, konkrétně v oblasti základních denních aktivit.

V spojitosti s úlohou ošetřující sestry, nabádá autorka k zahrnutí všech okolností, jako jsou faktory, které brání v provozování těchto aktivit, také způsob trávení volného času a upřednostnit ty aktivity, na které pacient klade největší důraz (Mastiliáková, 2014).

K tomu, aby byla sestra schopna vhodně zhodnotit každého pacienta komplexně, musí sestra disponovat jak znalostmi o bio-psycho-sociální a duchovních systémech, o potřebách lidí v různých vývojových fázích, ale i o zdraví a nemoci, jak upozorňuje Tóthová (2014). Mezi potřebné dovednosti pak autorka řadí systematické pozorování, efektivní komunikaci, schopnost vytvoření vztahu ochoty pomoci i dovednost k sestavení anamnézy stavu zdraví pacienta, jenž měly být použity u skupiny respondentů, kteří se doslova degradovali na pacienty pasivní. Ani jeden z nich neshledal důvod, proč by se měl v nemocnici starat o své zdraví. Zároveň připomínáme, že kromě jednoho respondenta, považují všichni respondenti zdraví za důležitou, ba dokonce nejdůležitější životní hodnotu. Mareš (2009) ve své knize nabízí několik modelů vysvětlující způsob jedincova uvažování o zdraví a nemoci. Jeden z modelů by mohl vysvětlit příčiny pasivity respondentů. *Model vztahů mezi jedincem a nemocí předpokládá dvě tendence, přičemž první z nich je integrování jedince a jeho nemoci (Mareš, 2009). Autor toto pojetí popisuje takto: „Pacient si říká: „Já“ a „nemoc“, to je v podstatě totéž – já mám nemoc a nemoc má mě. Nemoc převzala nade mnou vládu, ovlivňuje můj život. Pomáhající osoby (členové rodiny, zdravotníci) přebírají roli „pomáhajícího Já“, protože ja sám se necítím dobře. Také léky dostávám proto, aby mně pomohly.“ (Mareš, 2009, s. 32).*

Díky vhodně uzpůsobené péči a individuálním potřebám se respondenti většinou vyslovili, že se v nemocnici nenaskytly žádné překážky pro naplnění pocitu optimální hodnoty zdraví. K tomu, aby bylo vůbec možné vyhovět a splnit nejrozmanitější potřeby pacientů v různých situacích, s odlišnými onemocněními, se v ošetřovatelství využívá koncepčních modelů. Farkašová (2006) vyobrazuje modely jako abstraktní rámce spojující fakta a fenomény napomáhající sestram plánovat ošetřovatelskou péči, zároveň bádát po problémech klinické praxe a posuzovat výsledky ošetřovatelských intervencí. Koncepční modely považujeme za ideální prostředek k aplikaci ve chvíli, kdy nedochází k efektivnímu naplňování ošetřovatelských cílů a intervencí. Ve

výzkumném vzorku respondentů se našli i pacienti, kteří nenabýli maximálního pocitu zdraví a vnímali nějaký nedostatek k uspokojení potřeb. Méně početná skupina respondentů poukazovala nejčastěji na strádání v oblasti nemocničního stravování, nemožnosti většího pohybového vyžití v důsledku změněného zdravotního stavu nebo nedostatečným kontaktem se svými blízkými zapříčiněné právě probíhající chřipkovou epidemií se zákazem návštěv v nemocnici. Z vyplývajících potíží, které sestra v rámci ošetrovatelského procesu detekuje, by měla umět kriticky zhodnotit nově vzniklou situaci a na základě toho vytvořit nový ošetrovatelský plán (Tóthová, 2014). Kritické myšlení totiž slouží v ošetrovatelském procesu jako prostředek k řešení problémů, jak udává Ellis (2005), a umožňuje sestře poznat problém, označit jej a vybrat správnou variantu řešení.

Nelze však konstatovat, že sestry, ačkoliv nacházíme nedostatky zejména v oblasti hodnocení hodnoty zdraví, poskytují nedostatečnou ošetrovatelskou činnost. Tento výzkum sice nebyl zaměřený na kvalitu ošetrovatelské péče, nemohli jsme si však nevšimnout spokojenosti respondentů, vyplývající z jejich emocí a doslovných odpovědí. Pro příklad uvádíme respondenta P1: *„Zatím oddělení splňuje má očekávání. Jsou tu velice příjemní, lidský. Nemám žádnou námitku, stížnost. Je vidět zájem, že chtějí pacienty vyléčit. Jinde nemůžu posoudit.“* Ve studii autorů Hu et al. (2017) bylo cílem prokázat vliv kombinace klinické a ošetrovatelské možnosti péče na negativní emoce a kvalitu života pacientů trpících psychosomatickým onemocněním GIT (gastrointestinální trakt). Díky pozorování se prokázalo, že pomocí příslušných klinicko-ošetrovatelských praktik, jako je dietní ošetření, zdravotní výchova a psychologická intervence, pacienti vykazovali větší spokojenost a nižší míru úzkosti a deprese než u pacientů, kterým byla poskytnuta konvenční lékařská péče. Domníváme se, že i přesto, že tato studie byla cílená jen na určitou část pacientů se specifickým onemocněním, u nichž se dopad stresové zátěže pacienta podepíše na následující prognóze, má hlubší přínos i obecně pro hospitalizované pacienty.

Samotná hospitalizace je snad pro každého člověka stresujícím faktorem. Z výsledného šetření můžeme vydedukovat další emoční prožitky respondentů. Jedním z nich jsou negativní a pozitivní myšlenky. Mnohé z nás to může překvapit, ale

v početním zastoupení převažují pozitivně naladěni respondenti. Pochopitelně nešlo o žádný hloubkový průzkum, tudíž nelze výsledky uplatňovat obecně. Nicméně bychom rádi zmínili výzkum Altringera (2010), který se zabýval emoční zkušeností v péči o pacienty. S použitím inovativních intervencí a úpravou prostředí došlo ke zlepšení péče a ovlivnění emočního stresu pacientů i zaměstnanců. Předpokládáme, že akutní bolest nebo výčitky mohly u respondentů zapříčinit negativní myšlenky. Neradilek (2016) se více zaměřuje na chronickou bolest, která má významnější dopad na lidské emoce, nezapomíná ani na bolest akutní, při níž se významně uplatňuje negativní emoční rámec – anxiozita. Autor zdravotníkům doporučuje, aby projevili patřičnou empatii s neskrývaným porozuměním, při níž se aktivuje placebový mechanismus. Empatie a placebový efekt je dle Neradílka (2016) nedostačující, proto doporučuje pokusit se u pacienta o vyvolání údivu, překvapením něčím neočekávaným, například zájmem, komunikací.

Jedním z předních elementů, jak vnímali respondenti své ošetřující sestry, byla profesionalita. Zda mají pacienti pravdu, pokud hovoří o sestře jako o profesionálovi, je možné se přesvědčit v kapitole Jankechové (2015) která popisuje profesionalizaci ošetrovatelství jako povolání, jenž je specifické řádným vzděláním s akcentem na etický kodex, odbornost, zodpovědnost, samostatnost a organizovanost. A poněvadž respondenti vykazovali známky spokojenosti a uspokojení potřeb, můžeme predikovat, že péče o dotazované pacienty lze považovat za profesionální. Abychom neustále dosahovali zvyšování profesionalizace ošetrovatelství je zapotřebí zefektivnit procesy a motivační impulzy spojené s výběrem ošetrovatelského povolání, inovovat kompetence sestry a s tím související i samostatnost při rozhodování. V tomto duchu smýšlí i Hanzlíková (2011), která upozorňuje na důležitost celoživotního vzdělávání, na rozvíjení co nejkvalitnějšího vzdělání vzájemně propojeného s motivací vykonávat humanitní povolání. Jako další východisko autorka shledává i finanční docenění profese.

Téměř každý respondent projevoval zájem o to, aby jeho ošetřující sestra byla schopna zajistit kvalifikovanou péči, která podle nich nejčastěji zahrnuje tyto základní ošetrovatelské činnosti - péče o lůžko, zajištění stravy, sledování fyziologických funkcí,

podání léků nebo asistence u lékařské vizity. V Iránu byla provedena studie zaměřená na nejdůležitější dovednosti z pohledu sester. Vysoce kvalifikovanou péči považuje i Laschinger (2015) jako konečný cíl jakéhokoliv zařízení poskytující zdravotní péči. Na základě jejich výzkumného šetření se ukázalo, že nedostatečné personální obsazení zasahuje do schopností sester řídit péči o pacienty a jejich potřeby, tudíž velice často dochází k frustraci, velké pracovní zátěži a nespokojenosti. Zde si dovolíme aplikovat naše výsledky výzkumu, kdy námi dotazovaní pacienti nepocítili potřebu většího počtu personálu a poskytovaná péče byla z jejich pohledu, jak vystihovaly jejich doslovné i neverbální reakce, dostatečná. Opačný názor ovšem měla polovina dotazovaných sester. Na nedostatečné obsazení sesterních pozic si stěžovaly tři respondentky. Největší problém sestry shledávají v nedostatku času, aby se mohly věnovat záležitostem jako je hodnota zdraví pacienta. Výstižně však popsáný problém vystihla respondentka S10: „*Myslím, že více sester by bylo potřeba z mnohem závažnějších důvodů.*“ Supervize je vhodným způsobem, jak pečovat o pracovníka, který díky dobré psychické pohodě i odbornému růstu může lépe poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči pacientům (Venglářová, 2013). Autorka uvádí mimo jiné oblasti působení supervize u sester, např. pomáhat zvládat emoce, vytvářet empatické vztahy, rozvíjet profesní dovednosti atd. Dalším významným faktorem, který sestry stimuluje pozitivně, je vůdce, mentor, který hraje důležitou roli při vytváření podporujícího prostředí už během odborné praxe studentů ale i pro sestry, zajišťující optimální podmínky pro efektivní vnímání péče o pacienty (Laschinger, 2015). Oceňujeme inovativní způsob řešení, který ovšem nenalzáme v možných východiscích uvedených dotazovanými respondenty.

Dle respondentů, nejpočetněji požadovaným souhrnem znaků ošetrující sestry byl bezpochyby přístup. V této kategorii jsme vyzorovali dva možné pohledy, buďto individuální přístup k pacientům nebo projevení zájmu směrem k pacientovi. Köberich (2016) díky své studii zaměřené na faktory ovlivňující poskytování individualizované péče zjistil, že dlouhodobý pobyt v nemocnici, lepší zdravotní stav, nižší úroveň vzdělání pacientů a kooperace pacienta v rámci rozhodovacího procesu má jistou spojitost s tím, do jaké míry pacienti vnímají poskytovanou péči uzpůsobenou pro jejich potřeby. Majoritní část respondentů vyjadřovala projevy zájmu ošetrující sestry

v podobě pravidelných kontrol pacientů a dotazováním se na jejich zdravotní stav a případné nedostatky v podobě jídla a pití nebo i samotným typem jednání, zda je ochotná a empatická. Studie Drahošové (2015), zkoumající rozdíl mezi hodnocením ošetrovatelské péče sestrami i pacienty prokázala, že posouzení v oblasti respektování, kam autorky řadí pozorné naslouchání, projevování empatie, vyžaduje posílení stran sester. Tuto skutečnost náš výzkumný vzorek respondentů nepotvrzuje. V určitém směru můžeme přirovnat naše výsledky k výzkumu autora Fosbmdera (1994), který zjišťoval vnímání pacientů v ošetrovatelské péči. Z výzkumu vzešly čtyři hlavní procesy a to spokojenost pacientů s interakcí se sestrou, osobní sdílení jako součást poznání se, dále pacienti vyjadřovali důvěru k ošetrující sestře a také proces „něco navíc“ což značí projevení přátelství a poskytnutá péče nad očekávaný rámec.

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, co pro pacienty hodnota zdraví znamená, do jaké míry vnímají její důležitost a jakou roli sehraje časové pojetí této hodnoty. Dále jsme se zaměřili na jejich role, jakým způsobem ovlivňuje vnímání hodnoty zdraví. Jako významné činitele sledujeme, jak vnímají svoji novou roli, zda je pasivní nebo aktivní, zda jsou jeho potřeby během hospitalizace uspokojovány, co vůbec od hospitalizace očekává a jaké u něj převažují emoce. Tyto věci považujeme za souhrnný přehled pro zhodnocení hodnoty zdraví pacientů. Poslední část rozhovorů s pacienty byla zaměřena na úlohu ošetrujících sester, tj. jakým způsobem se sestra zajímá o jejich hodnotu zdraví, zda jsou spokojeni s péčí, zda se najdou skutečnosti, které u sester postrádají a zda by se tyto nedostatky daly podle jejich názoru eliminovat a jak.

Druhá část výzkumného šetření byla zaměřena na sestry pracující na totožném oddělení, co dotazování pacientů. Abychom mohli porovnat jejich přístup k hodnotě zdraví jimi ošetrovaných pacientů, bylo nutné se přesvědčit o tom, jakým způsobem vnímají svou hodnotu zdraví. Zhodnocení vnímání hodnoty zdraví svých pacientů sledujeme jako nepostradatelnou součást šetření. V neposlední řadě jsme se rozhodli zmapovat názor sester na hodnocení hodnoty zdraví v ošetrovatelské péči i v praxi.

Dovolujeme si vyhodnotit výzkumné šetření jako uspokojující. Vedlejšími výsledky našeho dotazování poukázání na některé z nedostatků, s kterými se dnešní

ošetřovatelství v praxi potýká. Měli bychom se na chvíli zastavit a popřemýšlet o schůdnějších možnostech řešení vzniklých nedostatků. Doba přeje rychlejším a výkonnějším, ale zamysleme se, v ošetřovatelství přece nejde o kvantitu, nýbrž o kvalitu.

6 Závěr

Smyslem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké specifické intervence mohou sestry využít v oblasti zdraví hospitalizovaného pacienta v případě narušení této hodnoty. K dosažení cíle bylo zapotřebí si jej pomocí výzkumných otázek rozdělit na několik oblastí. Účelem první výzkumné otázky bylo rozpoznat, jak vnímají hodnotu zdraví hospitalizovaní pacienti. Z výsledků vyvstaly čtyři složky – biologické, psychologické, sociální a spirituální pojetí zdraví. Pouze jeden respondent dokázal popsat své vnímání zdraví z pohledu všech složek zdraví a zároveň je jediným prezentantem složky spirituální. Dále bylo zjištěno, že kromě dvou respondentů, kteří nevykazovali žádný projev pokory k této hodnotě, představuje zdraví nejdůležitější hodnotu v porovnání s jinými hodnotami.

V odpovědi na následující tři výzkumné otázky bylo shrnuto v rámci kategorie časové pojetí vnímání zdraví. Získané výsledky prokazují významnost hodnoty zdraví již od minulosti, před vznikem potíží a to jen u šesti respondentů. Prokázalo se, že samotná hospitalizace, popřípadě vznik obtíží vedoucí k hospitalizaci, zapříčiní změnu v pozitivním slova smyslu ve vnímání hodnoty zdraví u devíti dotazovaných respondentů. Přesto, že výsledná kategorie role pacienta se přímo nevztahuje k jeho hodnotám, díky ní je možné odvodit pozici pacienta v kooperaci se sestrou. Převážná část respondentů vyjádřila známky pro aktivní roli pacienta tím, že se snaží rehabilitovat, dbají rad sester nebo se snaží posílit po stránce psychické. Zastoupení respondentů v protichůdné skupině nelze ale zcela opomenout. Výsledky také ukázaly na drobné připomínky respondentů zabraňující plné uspokojení základních lidských potřeb v rámci ošetrovatelské péče a to v podobě nemocničního stravování, frustrací z hospitalizace, nedostatečným kontaktem s blízkými či neúplným soukromím.

V souvislosti s výzkumnou otázkou zabývající se aspekty práce sestry, které jsou pro pacienta nejpodstatnější v souvislosti s hospitalizací lze na základě odpovědí respondentů usuzovat, že největší důraz je kladen na profesionální péči. Neméně důležitým aspektem, který respondenti očekávají je patřičný přístup ošetrovatelského personálu. Též bylo zjištěno, že hospitalizace znamená pro pacienty naději v lepší a

svědomitější přístup ke svému zdraví v budoucnosti. Ačkoliv sestry považují hodnotu zdraví jako prioritní, ve skutečnosti se tomu tak v praxi neděje. Místo toho, aby sestry hledaly schůdné řešení, staví se do pasivní role a vnímají pouze překážky, znemožňující analyzovat hodnotu zdraví pacientů v průběhu hospitalizace a patřičně zasáhnout v případě potřeby. Také je zapotřebí brát v úvahu pacientovy emoce. I přes zjištěné nedostatky byla shledána spokojenost pacientů. V důsledku hospitalizace si respondenti uvědomili příčinné okolnosti jejich současné situace.

Důležitá výzkumná otázka celého šetření spočívá v nalezení možností sestry, které by docílily saturaci hodnoty zdraví hospitalizovaného pacienta. Získané výsledky poukázaly na důležitost základní ošetrovatelské péče a obzvláště na celkový přístup sestry k pacientovi. Pacienti by zvláště ocenili zájem za strany ošetřující sestry a individuální přístup.

V neposlední řadě bylo úkolem rozpoznat, jak vnímají sestry případné ovlivnění životních hodnot pacienta. Na základě výsledků je možné poukázat na uvědomění si sester, že hodnota zdraví je v podstatě cílem jejich práce. Další podstatnou roli sehrává i osobnost a zájem ze strany sestry, tak i pacienta. Pouze čtyři respondentky se vyjádřily k hodnotě zdraví hospitalizovaných pacientů jako k proměnlivému stavu, který je charakteristický určitou změnou v životě pacienta.

Poslední výzkumná otázka měla za cíl zjistit, jak vnímají své možnosti sestry pro saturování hodnoty zdraví u hospitalizovaného pacienta se závěrem narážejícím spíše na překážky než na možnosti řešení. Největší význam přikládaly sestry hlavně nedostatku času, personálnímu obsazením a objemným množstvím administrativní práce. Řešením, jak saturovat optimální hodnotu zdraví, respondentky uvedly práci s anamnézou pacienta, partnerskou komunikaci a uspokojení všech životních potřeb.

Pochopili jsme, že není tak jednoduché stanovit jednoznačný verdikt nad námi položenými otázkami, jak jsme se zpočátku domnívali. Předmět práce, zdraví a péče o něj, představuje velice obsáhlý výčet aspektů. Navíc obě strany výzkumného vzorku prezentují jen malý vzorek celé populace. Z tohoto důvodu by bylo jistě přínosné uskutečnit výzkum srovnatelného rázu, aby bylo možné prokazatelně výsledky zobecnit. V případě následujícího prohloubení a rozšíření výsledků doporučujeme rozdělit obě

skupiny a zaměřit se na potřeby a přání obou činitelů. Přínosnější by mohl být i výzkum specializující se přímo na sesterské překážky a nedostatky k zajištění optimálního pocitu zdraví.

Naše vize spočívá v upozornění na snad nejpodstatnější prvek života, na lidské zdraví v rámci ošetrovatelské péče. Věříme, že výsledky mohou být prospěšné pro zefektivnění ošetrovatelské péče s ohledem na individuální potřeby pacienta. Závěry práce je možné využít k sepsání článku pro odborné časopisy nebo se mohou stát podkladem pro prezentování na odborných konferencích.

7 Seznam použitých zdrojů

1. *About Health 2020* [online], ©2017. UN City, Copenhagen, Denmark: World Health Organization. [cit. 2017-12-1]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>
2. ADAMCZYK, R., 2016. Zdraví jako individuální, rodinná a společenská hodnota – axiologická perspektiva. In: KUDLOVÁ, P. (ed). *Rodina – zdraví – nemoc. Recenzovaný sborník z mezinárodní konference*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, s. 10-16. ISBN 978-80-7454-615-0.
3. AHMADI, Z., SADEGHI, T., 2017. Application of the Betty Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal – Experimental, Translational and Clinical*. 3(3), doi: 10.1177/2055217317726798.
4. ALTRINGER B., 2010. The emotional experience of patient care: A case for innovation in health care design. *Journal of Health Services Research & Policy*. 15(3), 174-7, doi: 10.1258/jhsrp.2009.009064. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/41760592_The_emotional_experience_of_patient_care_A_case_for_innovation_in_health_care_design/overview
5. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4119-2.
6. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Vydání neuvedeno. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6.
7. BASAVANTHAPPA, B. T., 2007. *Nursing theories*. 1. issue. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers. ISBN 818061963X.
8. BAŠKOVÁ, M. et al., 2009. *Výchova k zdraví*. 1. vydání. Martin: Osvěta. ISBN 978-80-8063-320-2.

9. BOWLING A., et al., 2012. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assessment*. 16(30), doi: 10.3310/hta16300.
10. BRÜSSOW, H., 2013. What is health?. *Microbial Biotechnology*. 6(4), 341-348, doi: 10.1111/1751-7915.12063.
11. *Citáty slavných osobností* [online], ©2018. Citáty.net. [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/15846-georg-christoph-lichtenberg-pocit-plneho-zdravi-ziskavame-jen-skrze-nemoc/>
12. CSISCO, M., 2011. Metaparadigma ošetrovatelství. *Sestra*. 21(7-8), 25-26. ISSN 1210-0404.
13. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
14. DRAHOŠOVÁ L., JAROŠOVÁ, D., 2015. Perception of nursing behaviour by surgery nurses and patients in a chosen region of the Czech Republic. *Kontakt*. 17(1), 22-28. ISSN: 1804-7122. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.01.004>
15. ELLIS, J. R., HARTLEY, C. L., 2005. *Managing and coordinating nursing care*. 4. issue. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, ISBN 0-7817-4106-8.
16. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. vydání. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.
17. FOSBMDER, D., 1994. Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*. 20(6), 1085-1093, doi: 10.1046/j.1365-2648.1994.20061085.x.
18. GALLOWAY, R. D., 2003. Health Promotion: Causes, Beliefs and Measurements. *Clinical Medicine & Research*. 1(3), 249-258, doi: 10.3121/cmr.1.3.249.
19. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0461-1.

20. HANZLÍKOVÁ, A., 2011. *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. 1. vydání. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-360-8.
21. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being* [online], 2012. UN City, Copenhagen, Denmark: World Health Organization. [cit. 2017-12-1]. Dostupné z:
https://www.dataplan.info/img_upload/f5416b362b7c89b68743d3448693cc90/health-2020-european-policy-framework-for-health-and-well-being.pdf
22. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
23. HERDMAN, T. H., 2013. *Ošetrovateľské diagnózy: definície & klasifikácie: 2012-2014*. 1. vydání. Přeložil: Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.
24. HOLČÍK, J., 2004. *Zdraví 21: výklad základních pojmů: úvod do evropské zdravotní strategie*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 80-85047-33-0.
25. HOLČÍK, J., 2005. Rizika a naděje v péči o zdraví. *Praktický lékař* [online]. 85(7), 413-416. Brno: Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF MU. ISSN: 1805-4544. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z:
<http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/rizika-a-nadeje-v-peci-o-zdravi-5910>
26. HOLČÍK, J., 2007. Hodnoty a perspektivy péče o zdraví. *Časopis lékařů českých* [online]. 146(8), 635-641. Brno: Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF MU. ISSN: 1803-6597 [cit. 2017-12-19]. Dostupné z:
<http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/hodnoty-a-perspektivy-pece-o-zdravi-2970>
27. HOLČÍK, J., 2014. Hodnota zdraví. In: ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 42-59. ISBN 978-80-247-4544-2.

28. HOLČÍK, J. et al., 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 9788070135754.
29. HONZÁK, R., 2015. *Svépomocná příručka sestry: (psychothriller)*. 1. vydání. Praha: Galén, s. 139. ISBN 9788074921421.
30. HOŘEJŠÍ, J., 2015. Vztah lékaře a pacienta z pohledu pacienta. In: PTÁČEK, R., et al. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 31-41. ISBN 9788024757889.
31. HU et al., 2017. Combined clinical nursing path influencing negative emotions and living quality of patients co-infected with ulcerative colitis and lower gastrointestinal hemorrhage. *Biomedical Research*. 28(22), 9990-9993, doi: 0976-1683.
32. HUBER, M., 2010. *Je zdraví stav nebo schopnost? Na cestě k dynamickému pojetí zdraví* [online]. Haag: ZonMw [cit. 2017-11-04]. Dostupné z: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/bijlage%20A1004_1.pdf
33. JANKECHOVÁ, M., KOLLÁROVÁ, L., 2015: Profesionalizácia v trendech teorie a praxe ošetrovatel'stva. In: KOZOŇ, V., BAŠKOVÁ, M. *Alžbeta Hanzlíková a rozvoj ošetrovatel'stva*. 1. vydání. Martin: JLF UK Martin, s. 67-70. ISBN 978-80-89544-76-9.
34. JURÁSKOVÁ, D., 2011. Etika a komunikace v ošetrovatelství. In: Ptáček, R., et al. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada, s. 239-246. ISBN 9788024739762.
35. KAAS, J., et al., 2016. The concept of health literacy in contemporary nursing. *Kontakt*. 18(4), 219–223. ISSN 1804-7122.
36. KAŠÁKOVÁ, E., et al., 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.
37. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vydání. Praha: Academia. ISBN 9788020013071.

38. KÖBERICH, S., FEUCHTINGER, J., FARIN, E., 2016. Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: a cross-sectional study. *BioMed Central Nursing*. 15(14), doi: 10.1186/s12912-016-0137-7.
39. KRISLOVÁ, A., 2014. *Životní hodnoty v ošetrovatelském procesu*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
40. KŘIVOHLAVÝ, J., 1994. *Mít pro co žít*. 1. vydání. Praha: Návrat domů. ISBN 80-854-9533-3.
41. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 8024701790.
42. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
43. KUBÍNOVÁ, R., et al., 2016. *Zdravotní stav české populace – výsledky studie EHES 2014*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-356-3.
44. KUKAČKA, V., 2010. *Udržitelnost zdraví*. 1. vydání. JU v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-217-5.
45. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
46. LALONDE, M., 1974. *A new perspective on the health of Canadians: a working dokument* [online]. 1. issue. Ottawa: Government of Canada [cit. 2017-11-27]. ISBN 0662500199. Dostupné z: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
47. LASCHINGER, H. K. S., FIDA, R., 2015. Linking Nurses' Perceptions of Patient Care Quality to Job Satisfaction: The Role of Authentic Leadership and Empowering Professional Practice Environments. *The Journal of nursing administrativ*. 45(5), 276-83, doi: 10.1097/NNA.0000000000000198.
48. LEDDY, S. K., 2004. Human energy: A conceptual model of unitary nursing science. In: *Visions: The Journal of Rogenian Nursing Science* [online]. 12(1), p. 14-27. ISSN: 1072-4532 [cit. 2017-12-25]. Dostupné z: <http://www.societyofrogerianscholars.org/Visions/Visions-Volume12.pdf#page=9>

49. *Ljubljana Charter on Reforming Health Care in Europe* [online], 1996. UN City, Copenhagen, Denmark: World Health Organization. p. 6. [cit. 2017-12-28]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996>
50. MABEN, J., LATTE, S., CLARK, M. J., 2007. The sustainability of ideals, values and the nursing mandate: evidence from a longitudinal qualitative study. *Nursing Inquiry*. 14(2), 99-113, doi: 10.1111/j.1440-1800.2007.00357.x.
51. MACDONALD, A., CH., 2015. *Health Psychology for Everyday Life: A bio-psycho-social thinking approach* [online]. USA: Health Psychology Center P. C. Book. [cit. 2017-11-05]. ISBN 978-0-9861600-0-4. Dostupné z: https://www.amazon.com/Health-Psychology-Everyday-Life-bio-psycho-socialebook/dp/B00U4UEBDS/ref=asap_bc?ie=UTF8
52. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.
53. MANGIN, Dee, et al., 2016. Making patient values visible in healthcare: a systematic review of tools to assess patient treatment priorities and preferences in the context of multimorbidity. *BMJ open*, 6(6), 1-9, doi: 10.1136/bmjopen-2015-010903.
54. MAREŠ, J., 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. 1. vydání. Brno: MSD. ISBN 80-86633-65-9.
55. MAREŠ, J. 2009. Problémy s konceptem "pacientovo pojetí nemoci" a s jeho definováním. In: MAREŠ, J. *Pacientovo pojetí nemoci I*. 1. vydání. Brno: MSD, s. 11-28. ISBN 9788073921200.
56. MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E., 2009. *Pacientovo pojetí nemoci I*. 1. vydání. Brno: MSD. ISBN 9788073921200.
57. MAREŠ, J., 2011. Smysl nemoci z pohledu pacientů. In: MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci III*. 1. vydání. Brno: MSD, s. 11-27. ISBN 9788073921910.

58. MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 8070134577.
59. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 9788024753768.
60. MICHAELS, C. et al., 2008. Saying “no“ to professional recommendations: Client values, beliefs, and evidence-based practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 20(12), 585-589, doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00372.x.
61. MOREAU, A., et al., 2012. What perceptions do patients have of decision making (DM) Toward an integrative patient-centered care model. A qualitative study using focus-group interviews. *Patient Education and Counseling*. 87(2), 206–211, doi: 10.1016/j.pec.2011.08.010.
62. NEMČEKOVÁ, M., 2008. Duchovné súvislosti ľudského života – spiritualita. In: TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. *Potreby v ošetrovatelstve*. 1. vydání. Martin: Osveta. ISBN 9788080632700.
63. NERADÍLEK, F., 2016. Emoce v algeziologické praxi. *Psychosom*. 14(1-2), 7-17. ISSN: 1214-6102.
64. *Nové trendy v ošetrovatelství 3.: Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí 3.: jihočeské ošetrovatelské dny, 2004*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 80-7040-705-0.
65. Official definitiv of Health, 1948. In: *Official Records of WHO*, no. 2, p. 100. Dostupné z: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
66. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.
67. PENDER, N. J., et al., 2015. *Health promotion in nursing practice*. 7. issue. Boston: Pearson. ISBN 978-0133108767.

68. PHILIPS, R. J., 2015. Rogers' Science of Unitary Human Beings: Beyond the Frontier of Science. *Nursing Science Quarterly*. 29(1), p. 38-46, doi: 10.1177/0894318415615112.
69. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
70. PRUDKÝ, L., 2004. *Hodnoty a normy v české společnosti - stav a vývoj v posledních letech*. 1. vydání. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. ISBN: 9788072043583.
71. RASSIN, M., 2008. Nurses' Professional and Personal Values. In: *Nursing Ethics*. 15(5), 614-630. SAGE Publications, doi: 10.1177/0969733008092870.
72. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4722-238.
73. ROGER K. S., HATALA A., 2017. Religion, spirituality & chronic illness: A scoping review and implications for health care practitioners, *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*. 37(1), 24-44, doi: 10.1080/15426432.2017.1386151.
74. RYBÁŘ, R., 2006. Některé otázky filozofie zdraví. In: ŘEHULKA, E. *School and health 21*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, s. 1-8. ISBN: 80-210-4071-8.
75. ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E., 2008. Otázky kvality života na základě předchozích výzkumů. In: ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E. et al. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. 1. vydání. Brno: MSD, s. 16-30. ISBN 978-80-7392-073-9.
76. SEDLÁKOVÁ, G., 2010. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-412-4.
77. SEEDHOUSE, D., 1997. *Health promotion: philosophy, practice, and prejudice*. 1 issue. New York: J. Wiley. ISBN 04-719-3910-2.
78. SEITL, M., 2012. *Poznávání interpersonálních charakteristik osobnosti*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3320-2.

79. SCHWARTZ, S. H., BILKY, W., 1994. Values and personality. *European Journal of Personality*, 8(3), 163-181, doi: 10.1002/per.2410080303.
80. *Slovník českých synonym a antonym*, 2012. 2. vydání. V Brně: Lingea. ISBN 978-80-87471-40-1.
81. SMĚKAL, V. 2009. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 3. vydání. Brno: Barrister & Principal. ISBN 978-80-87029-62-6.
82. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2006. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 8024610914.
83. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4732-237.
84. ŠIMEK, J., 2016. Specifics of nursing ethics. *Kontakt*. 18(2): 73-77. ISSN 1212-4117.
85. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 9788024757100.
86. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
87. *The determinants of health* [online], © 2017a. UN City, Copenhagen, Denmark: World Health Organization. [cit. 2017-11-18]. Dostupné z: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
88. *The Ottawa Charter for Health Promotion* [online], © 2017b. UN City, Copenhagen, Denmark: World Health Organization. [cit. 2017-11-23]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
89. *The WHO Health Promotion Glossary* [online], 1998. UN City, Copenhagen, Denmark: World Health Organization. [cit. 2017-11-23]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
90. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton. ISBN 9788073877859.

91. TRACHTOVÁ, E., et al., 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 8070133244.
92. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, 1993. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. čl. 31 [cit. 2017-11-25]. Dostupné z: <https://www.mkcr.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod-395.html>
93. VÁGNEROVÁ, D., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-802-3.
94. VACHKOVÁ, E., 2009. Pacientovo pojetí nemoci z pohledu vybraných ošetrovatelských teorií a modelů. In: MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci I*. 1. vydání. Brno: MSD, s. 53-80. ISBN: 978-80-7392-120-0.
95. VACHKOVÁ, E., 2010. Význam a diagnostika pacientova pojetí nemoci pro zkvalitnění ošetrovatelské péče. In: SIKOROVÁ, L., BUŽGOVÁ, R. (ed). *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, s. 124-131. ISBN 9788073686949.
96. VACHKOVÁ, E., 2011a. Pacientovo pojetí nemoci v kontextu transkulturního ošetrovatelství. In: MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci III*. 1. vydání. Brno: MSD, s. 29-51. ISBN 9788073921910.
97. VACHKOVÁ, E. 2011b. Pacientovo pojetí nemoci – možnosti ovlivnění a přínos pro ošetrovatelskou praxi. In MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí III*. 1. vydání. Brno: MSD, s. 97–115. ISBN 978-80-7392-191-0.
98. VAŠINA, B., 1999. *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7042-546-6.
99. VENGLÁČOVÁ, M., 2013. *Supervize v ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4082-9.
100. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*: 9/2004 [online]. Metodické opatření, 9. Koncepce ošetrovatelství. [cit. 2017-12-19]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html

101. VÖRÖSOVÁ, G., 2011. Health in nursing context. In: ŘEHULKA, E., SOLLÁROVÁ, E. *School and Health 21, Health education: Czech-Slovak experiences* [online]. 1. edition. Brno: Masaryk University with collaboration by MSD, s. 71-93. ISBN: 978-80-210-5723-4. [cit. 2017-12-18]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/41/texty/eng/05_vorosova_eng.pdf
102. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí) [online], 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, část druhá, s. 4-6/116 [cit. 2017-11-24]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
103. *Výkladový ošetrovatelský slovník*, 2007. 1. vydání. Přeložil: DI CARA, V.,VIDOVIČOVÁ, H. Praha: Grada. ISBN 9788024722405.
104. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-740-2.
105. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 9788024740621.
106. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.
107. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (ZPZL) [online], 1966. In: *Sbírka zákonů České republiky* [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>
108. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (ZOVZ) [online], 2000. In: *Sbírka zákonů České republiky* [cit. 2017-11-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258/zneni-20171101>
109. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online], 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, část 5, §49, odst. 1, písm. a [cit. 2017-11-25]. Dostupné z:

https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html

110. ZÁŠKODNÁ, H., KUBICOVÁ, A., 2008. Prosocial behaviour in helping professions. *Kontakt*. 10(1), 150-157. ISSN: 1212-4117.
111. *Zdraví 2020: rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu*, 2013. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem a Kanceláří WHO v České republice. ISBN 978-80-85047-45-5.
112. *Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*, 2014a. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem. ISBN 978-80-85047-48-6.
113. *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, 2014b. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem. ISBN 978-80-85047-47-9.
114. ZELENÍKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D., 2012. Introduction to problems of Evidence Based Nursing. *Kontakt*. 15(1), 7-13. ISSN 1212-4117.
115. ŽIAKOVÁ, K., 2007. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. 1. vydání. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-247-2.
116. ŽIAKOVÁ, K., 2009. *Ošetrovateľský slovník*. 1. vydání. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-315-8.

8 Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor pro pacienty

Příloha 2 – Polostrukturovaný rozhovor pro sestry

Příloha 3 – Doklad o kódování rozhovorů technikou „tužka a papír“

Příloha 1 - Polostrukturovaný rozhovor pro pacienty

Záznam č.:

Identifikace pacienta:

Co si představíte pod pojmem zdraví? Co vše se Vám vybaví?

Co pro Vás zdraví znamená?

Na jaké místo byste zařadil/a zdraví ve svém hodnotovém žebříčku hodnot? (popř. vymezit na stupnici od 0 do 10)

Co všechno děláte pro udržení svého zdraví v běžném životě?

Vzpomenete si, jak hodnotné bylo pro Vás zdraví před příchodem do nemocnice?

Změnil se Váš vztah ke zdraví po nástupu k hospitalizaci?

Domníváte se, že se Váš postoj ke svému zdraví během hospitalizace mění? Prosím, blíže specifikujte.

Do jaké míry můžete v tuto chvíli popsat, jak budete ke svému zdraví přistupovat po návratu domů?

Vybaví se Vám něco, co by Vám pomohlo změnit pohled na své zdraví?

Co přesně očekáváte od pobytu v nemocnici?

Naplnuje tato nemocnice, toto oddělení Vaše očekávání? Prosím, blíže specifikujte.

Jak byste ohodnotil/a přístup sester k Vašemu zdraví?

Jakým způsobem se sestra zajímá o Vaše zdraví?

Napadá Vás něco, co Vám zde chybí k tomu, abyste se cítil/a lépe?

Napadá Vás způsob, možnost, jak by bylo možné tento nedostatek odstranit, minimalizovat?

Jak se staráte o své zdraví během hospitalizace?

Setkáváte se v nemocnici s nějakou překážkou, která Vám neumožňuje pečovat o své zdraví?

Uveďte, jakým způsobem by se tento případný problém dal řešit.

Do jaké míry, podle Vás, ovlivňuje kvalitu péče počet sester na oddělení?

V jaké chvíli přicházíte nejčastěji do kontaktu se sestrou?

V čem Vám může být sestra nápomocná při zajištění vašeho optimálního pocitu zdraví?

Byla Vám dána nějaká doporučení ohledně následujícího léčebného režimu?

Jak byste charakterizoval, popsal vztah, spolupráci s Vaší ošetřující sestrou?

Poznámky:

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 2 – Polostrukturovaný rozhovor pro sestry

Záznam č.:

Identifikace sestry:

Co pro Vás znamená zdraví?

Jak vnímáte zdraví svých pacientů?

Co si myslíte o tom, že by se sestra měla zajímat o hodnotu zdraví pacientů?

Co si myslíte, je potřeba, aby se o hodnotách zdraví mohla sestra zabývat v rámci své profese?

Jak podstatné je to pro Vás věnovat se těmto věcem?

Co je podle Vás možné udělat pro zlepšení práce sestry v oblasti hodnoty zdraví?
Eventuelně jak?

Pokud by management akceptoval případné změny a situace by umožňovala zaměstnat více sester na každé oddělení, změnil by se Váš názor?

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 3 – Doklad o kódování rozhovorů technikou „tužka a papír“

premisy
V tuhle chvíli? No je to asi to zdraví ostatních lidí. Můžu v tom najít ledacos jinak. Nebo respektive to nezdraví. Když je někdo mnohem víc nemocný, když má rakovinu a postaví se k tomu čelem, tak to posiluje svým způsobem i mě a to tím, že to půjde. - pozitiv. ovlivnění

Co přesně očekáváte od pobytu v nemocnici? *přístup*
Že brzo půjdu domu (smích). Ne, samozřejmě, že mě vyléčí, že tu o mě bude postaráno, že mě chirurgové dobře odoperovali. Taky že ta následná péče bude kvalitní, tím myslím že nebudu s každou kravinou běhat za sestřičkou. Že ten personál bude vědět, co má dělat, profesionalita. *profesionalita kvalita*

Naplňuje tato nemocnice, toto oddělení Vaše očekávání? Prosim, bližší specifikujte. *spokojenost*
Toto oddělení splňuje má očekávání. Jsem spokojen.

Jak byste ohodnotil/a přístup sester k Vašemu zdraví? *individualita*
Já si myslím, že to určitě vnímají každého z nás zvlášť. Jsou profesionální. - individualita

Jakým způsobem se sestra zajímá o Vaše zdraví?
Sestra má individuální přístup a má plnou mou důvěru, jsou to profesionálové, tak jim důvěřuju. Je příjemná, individuální přístup je markantní, vím ke komu jde, co s ním má dělat a s čím taky vlastně leží – informovanost a přehled. *důvěra, int., individualita*

Napadá Vás něco, co Vám zde chybí k tomu, abyste se cítil/a lépe? *potřeba stravy, rodina*
Jídlo a to jenom proto, že nemůžu jíst. Teď momentálně nemůžou chodit návštěvy, jinak mi tady nic neschází. Jinak si nemůžu stěžovat.

Napadá Vás způsob, možnost, jak by bylo možné tento nedostatek odstranit, minimalizovat?
To nejde asi, to takhle holt je. Respektuju to. A jinak by tu mohly být větší skříňky. - začemí *nezodpovědnost*

Jak se staráte o své zdraví v během hospitalizace?
Jediný, co můžu pro to své zdravý teď udělat je, že se zvednu a dojdou se občas projít. Jinak nic dělat nemůžu. A dodržuju doporučení personálu, určitě. *pasivita*

Setkáváte se v nemocnici s nějakou překážkou, která Vám neumožňuje pečovat o své zdraví?
O žádné nevím.

Uveďte, jakým způsobem by se tento případný problém dal řešit.
/

Do jaké míry, podle Vás, ovlivňuje kvalitu péče počet sester na oddělení?
Mě to přijde, že tady teď nepocítuju nějaký nedostatek sester, ale je to jen můj momentální pocit, kdy mi přijde, že je tady klid a všechno zvládají. *spokojenost počet s.*

V jaké chvíli přicházíte nejčastěji do kontaktu se sestrou?
Když asi podávají léky, při vizitě, když nám jdou převlíkat postel. Vyjdou vstříc opravdu se vším. *ochota*

Zdroj: vlastní

9 Seznam zkratk

Popř. – popřípadě

Tj. – to jest

Atd. – a tak dále

WHO – World Health Organization

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

ZOVZ – Zákon o ochraně veřejného zdraví

SZO – světová zdravotnická organizace

ZPZL – zákon o péči o zdraví lidu

Apod. – a podobně

VO – výzkumná otázka

P – pacient

S – sestra

EHES – European Health Examination Survey

GIT – gastrointestinální trakt