



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Porovnání holistické ošetrovatelské péče v České republice a v Thajsku z pohledu místních studentů

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Markéta Walterová

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová, PhD.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci s názvem „*Porovnání holistické ošetrovatelské péče v České republice a v Thajsku z pohledu místních studentů*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3.5. 2021

.....
Markéta Walterová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Ivaně Chloubové, PhD., za trpělivost, cenné rady, odborné vedení a vstřícný přístup. Dále bych chtěla poděkovat informantům za jejich čas, ochotu poskytnout mi rozhovory pro vypracování empirické části práce a milé oživení vzpomínek na dva měsíce strávené v Thajsku. A děkuji mé rodině a přátelům za podporu.

Porovnání holistické ošetrovatelské péče v České republice a v Thajsku z pohledu místních studentů

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce je zmapovat holistickou ošetrovatelskou péči v České republice a v Thajsku z pohledu studentů programu ošetrovatelství, kteří absolvovali odbornou stáž v Thajsku, a následně ji porovnat.

Teoretická část se nejdříve věnuje definici holismu, holistické ošetrovatelské péči, potřebám člověka a jejich uspokojování a teoretickým aspektům ošetrovatelství, které je pomáhají naplňovat. Dále se zabývá sociokulturním a náboženským pozadím v České republice a v Thajsku, místním vzděláváním sester a zdravotní péči.

Empirická část byla zpracována metodou kvalitativního výzkumu s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru s absolventy stáže v Thajsku, které byly doplněny rozhovory realizovanými psanou formou s thajskými studenty ošetrovatelství. Rozhovory s českými informanty byly uskutečněny přes sociální sítě, zaznamenány ve zvukové podobě a následně přepsány. Společně s rozhovory od thajských studentů byly zpracovány metodou otevřeného kódování pomocí techniky „tužka – papír“.

Výsledky výzkumného šetření jsou rozděleny do pěti kategorií. První kategorie ověřuje znalost definice holistické ošetrovatelské péče a nabízí subjektivní pohled informantů na holistickou ošetrovatelskou péči. Druhá a třetí kategorie se odděleně zabývá zhodnocením ošetrovatelské péče v České republice a v Thajsku a sociokulturními a náboženskými normami, které ji ovlivňují. Čtvrtá kategorie porovnává největší rozdíly v holistické ošetrovatelské péči mezi Thajskem a Českou republikou. Poslední kategorie se věnuje možnostem, jak se v České republice inspirovat v poskytování holistické ošetrovatelské péče od thajských kolegů.

Práce poskytuje pohled na rozdílnou aplikaci holismu do ošetrovatelské praxe v zemích, jejichž kultura je velice odlišná. Pro českou praxi nabízí inspiraci, jak zkvalitnit uspokojování potřeb pacientů na základě zážitků z jiného státu.

Klíčová slova

holistický přístup; ošetrovatelská péče; sestra; Thajsko; zkušenosti

Comparison of holistic nursing care in the Czech republic and in Thailand from the perspective of local students

Abstract

This bachelor's paper aims to map and compare holistic nursing care in the Czech Republic and Thailand as students of the nursing programme have experienced it during the internship in Thailand.

In the theoretical part of the paper, we learn the definition of holism, holistic nursing care, a person's needs and how to satisfy them, and how nursing care's theoretical items help fulfil those needs.

In the empirical part of the thesis, we did qualitative research with the help of semistructured interviews. We texted with Thai students, and we recorded Czech students during our conversation and then transcribed it. In both cases, we used open coding and worked with a pencil and a paper copy of the transcript.

We divided the results of our research into five categories. In the first category, we evaluated the knowledge of holistic nursing care and showed students' subjective attitude. The second category studied the Czech approach to holistic nursing care, socio-cultural and religious standards influencing the care. And the third category examined the Thai approach to holistic nursing care. In the fourth category, we compared the most significant differences in holistic nursing care in the Czech Republic and Thailand. The last category introduced the possibilities of how providing holistic nursing care in Thailand can be an inspiration for the Czech Republic.

This paper paid attention to the different application of holism to nursing care in countries with a distinct culture. As we have experienced in the internship in Thailand, the Czech medical system can draw inspiration from improving satisfying our patients' needs.

Keyword

holistic approach; nursing care; nurse; Thailand; experience

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Holismus a ošetrovatelství	9
1.2 Potřeby nemocného	11
1.2.1 Hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa	12
1.3 Využití teoretických aspektů ošetrovatelství při uspokojování potřeb pacientů	14
1.3.1 Ošetrovatelský proces	14
1.3.2 Koncepční modely	15
1.3.3 Komunikace	16
1.4 Sociokulturní a náboženské pozadí	16
1.4.1 Česká republika	17
1.4.1.1 Česká republika a náboženství	18
1.4.1.2 Vzdělávání sester v České republice	19
1.4.1.3 Zdravotní péče v České republice	21
1.4.2 Thajsko	21
1.4.2.1 Thajsko a náboženství	22
1.4.2.2 Vzdělávání sester v Thajsku	24
1.4.2.3 Zdravotní péče v Thajsku	25
2 Cíle a výzkumné otázky	27
2.1 Cíl práce	27
2.2 Výzkumné otázky	27
3 Metodika	28
3.1 Použité metody	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29
4 Výsledky výzkumného šetření	30

4.1	Struktura výzkumného souboru	30
4.2	Kategorizace získaných dat.....	30
5	Diskuze	49
	Závěr.....	59
	Seznam použitých zdrojů.....	61
	Seznam příloh	68
	Seznam zkratk	71

Úvod

Téma holismu je s ošetřovatelstvím nedílně spjaté, moderní ošetřovatelství by mělo respektovat individuální přístup k člověku a poskytnout mu naplnění celého spektra bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Ve skutečnosti je ale aplikace holismu do praxe nedostačující a především sociální, psychické a spirituální potřeby nejsou dostatečně uspokojovány. Přitom psychická pohoda pacienta přispívá k jeho brzkému uzdravení.

Nápady, jak zvýšit kvalitu uspokojování potřeb pacientů, lze hledat kdekoliv a vzhledem k tomu, že jsem během studia ošetřovatelství absolvovala odbornou stáž v Thajsku, rozhodla jsem se pátrat po inspiraci právě tam. Jako téma své bakalářské práce jsem si tedy zvolila porovnání holistické ošetřovatelské péče v Thajsku a v České republice.

Českou republiku a Thajsko dělí nejen polovina zeměkoule, ale i značné odlišnosti v místní kultuře. Potřeba holistické ošetřovatelské péče existuje ve všech zemích, jen je ovlivňována rozdílným sociokulturním pozadím. Přišlo nám zajímavé zmapovat zkušenosti dalších absolventek odborné stáže s místní holistickou ošetřovatelskou péčí a porovnat je s jejich pohledem na péči v ČR. Na základě výzkumu bychom chtěly vymezit oblasti, v nichž by bylo možné se inspirovat od thajských kolegů a zlepšit díky tomu poskytování holistické ošetřovatelské péče v ČR.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část je zaměřena na téma holismu, potřeby nemocného a možnosti využití teoretických základů ošetřovatelství v jejich uspokojování. Dále se zabýváme sociokulturním pozadím České republiky a Thajska. Vybraly jsme aspekty, které z našeho pohledu mají šanci ovlivnit holistickou ošetřovatelskou péči nejvíce – náboženství, vzdělávání sester a obecně zdravotní péči. Navazuje na ni část empirická, která se nejdříve věnuje pohledu jednotlivých informantek na poskytování holistické péče. Pokračuje zhodnocením holistické ošetřovatelské péče v České republice a v Thajsku s popisem jednotlivých sociokulturních norem, které ji ovlivňují. Následuje porovnání situace mezi zeměmi a doporučení pro českou praxi.

Věříme, že tento netradiční pohled na problematiku holistické péče v České republice může inspirovat k jejímu zlepšení.

1 Současný stav

1.1 Holismus a ošetrovatelství

Ve zdraví i v nemoci se neustále ovlivňují psychická a tělesná složka osobnosti člověka. Nejen nemoc těla působí na psychiku jedince, ale i stresující situace se může projevit jako somatické onemocnění. Při poskytování ošetrovatelské péče je důležité porozumět psycho-somatické interakci, jelikož je základem pro poskytování péče, jež respektuje zásady holismu (Mastiliaková, 2007), který je uváděn jako základní filozofický směr ovlivňující ošetrovatelství. (Mastiliaková, 2002) Filozofii jako východiskový vědní obor pro ošetrovatelství zmiňuje Farkašová (2006) na prvním místě ve výčtu humanitních disciplín, z nichž ošetrovatelství čerpá informace. Mimo ni také uvádí jednotlivé medicínské disciplíny a poté etiku, psychologii, sociologii a pedagogiku. Ošetrovatelství by mělo být schopno u pacienta naplnit veškeré biologické, psychosociální i duchovní potřeby, a proto teoretická základna ošetrovatelství musí zahrnovat poznatky z veškerých vědních disciplín, které s naplňováním jednotlivých potřeb souvisí. (Farkašová, 2006)

Dle Petráčkové a Krause et al. (1998, s. 294) je pojem holismus (z řeckého *holos* – celek) vysvětlován jako „*filozofický směr zdůrazňující celostnost a pokládající celek za něco vyššího než souhrn součástí*“. V rámci holistické teorie je jedinec chápán jako celek, který se skládá z jednotlivých částí, jež jsou v neustálé interakci nejen mezi sebou, ale i s okolním prostředím. Jakmile se jedna ze složek vychýlí z rovnováhy, nová situace začne ovlivňovat i ostatní části. Z této myšlenky vychází bio-psycho-sociální pojetí jedince. (Trachtová, 2018)

Holistické ošetrovatelství má za cíl uzdravovat jedince jako celek, a proto mezi základní dovednosti sestry, jež pracuje dle filozofie holismu, patří uznávat tělesné, psychické, emocionální a spirituální principy a principy prostředí. Svým přístupem pak může sestra pomoci pacientovi odstranit bariéry v procesu léčby. (Dossey, 2008)

Mastiliaková (2002) uvádí pět součástí, které charakterizují člověka jako celek, a to součást biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální a duchovní. Tyto součásti jsou v neustálé interakci mezi sebou i se svým okolím. Pro zdraví člověka je důležité, aby jednotlivé části byly v rovnováze. Pokud by se z ní jedna nebo více složek vychýlilo, došlo by k poruše v celém organismu. Pro pohodu pacienta by měla sestra respektovat jednotlivé součásti jeho bytosti, které jsou mu přirozené v jakémkoli zdravotním stavu, ale zároveň si všímat i faktorů, jež jsou ovlivněny nemocí. (Mastiliaková, 2002) Podobné

informace publikuje i Abdulla et al. (2019), jež potřeby pacienta dělí na biologické, sociální, psychologické, duševní a náboženské a zdůrazňuje, že pro kvalitní péči o pacienta je potřeba se starat o všechny z nich, a nejen o základní (fyziologické), které jsou nejzjevnější.

V současné moderní medicíně je zvykem léčit odděleně tělo a duši. Přičemž pro pacienta je tento přístup nepřínosný a mnoho z nich by uvítalo komplexnější péči, která by zahrnovala i uspokojování náboženských a duševních potřeb. (Abdulla et al., 2019)

Holistické ošetřovatelství neposkytuje jen jiný způsob léčby, které se pacient podrobuje. Rozdíl se nachází ve filozofii, jíž se řídí ošetřující personál. Jedná se o odlišný způsob myšlení, který více respektuje člověka jako individuum a dává mu více prostoru v péči o sebe sama. Lékař, řídicí se teorií holismu, poskytuje pacientovi dostatek informací o jeho onemocnění a umožňuje mu, pokud je to možné, podílet se na léčbě a podporuje jeho zodpovědnost za své zdraví. Léčí člověka, ne pouze jeho nemoc, a pacient s ošetřujícím personálem spolu budují partnerský vztah. (Papathanasiou et al., 2013) Tento názor podporuje i Mastiliaková (2007), která zmiňuje, že pro holistické ošetřování je důležité si uvědomit, že nemoc nezasahuje pouze ohraničený orgán, ale komplexně celého jedince, včetně jeho psychiky. Někteří zdravotničtí pracovníci se ale stále neztotožňují s psycho-somatickou teorií vzniku onemocnění. Především pro sestry je tento přístup důležitý, jelikož jejich primárním zaměřením je péče o jedince a tráví s ním u lůžka velké množství času. S pokrokem v medicíně však sestry plní stále větší množství technicky náročných úkonů, kvůli nimž je osobnost pacienta utlačována a větší důraz se klade na nemoc. Pro vstřícnou péči o pacienta dle filozofie holismu je nutné myslet na psychickou pohodu nemocného nejen při bazálních činnostech, ale i při těchto technicky náročných úkonech. (Mastiliaková, 2007)

Aby byla sestra schopná správně uspokojovat potřeby pacienta, musí být vzdělanou profesionálkou ve svém oboru. Dosáhnout ideálního popisu sestry, který je prezentován v odborné literatuře, je pro mnohé jedince nad jejich síly, jelikož každý člověk má své určité povahové vlastnosti a individuální rozdíly. Lze se mu ale přiblížit dostatečnou praxí a studiem. Mezi nejcennějšími vlastnostmi sester se objevují především náklonnost, trpělivost a vcítění se. Odbornost, profesionalita a znalosti jsou až na druhém místě. Ale proto, aby sestra byla schopna poskytnout kvalitní holistickou péči, musí těmito vlastnostmi oplývat v určité rovnováze. (Špirudová, 2015)

Správná sestra by měla mít vysokou emocionální inteligenci, měla by být technicky zručná a teoreticky vzdělaná. Tyto znalosti, které se po sestře požadují, naplňují tři možné představy o sestře, a to jest milující a pečující jako matka, technicky zdatná a zručná asistentka lékaře, která plní jeho požadavky, a nezávislá profesionálka, která se díky svým znalostem dokáže samostatně rozhodovat a řešit problémy. (Mastiliaková, 2002) Jednotlivé složky lze také nazvat složkou emotivní, behaviorální (technické dovednosti) a kognitivní (teoretické znalosti). Pro harmonicky utvořenou profesionalitu by měly být v rovnováze. Pokud by některá z nich byla výrazně rozvinutější než zbylé dvě, mohlo by to narušit kvalitní péči o pacienta. (Špirudová, 2015)

Poskytování ošetrovatelské péče je založeno na vztahu mezi sestrou a pacientem, v němž velmi důležité místo zaujímá komunikace mezi nimi. Důležitost tohoto vztahu ve svém díle zdůraznila Joyce E. Travelbee, která jej nepopisovala jako vztah sestra–pacient, jak uvádí drtivá většina ostatních publikací, ale jako vztah člověk–člověk. Upozorňovala na důležitost vzájemného porozumění si v něm a na jeho emocionální aspekty. (Stasková et al., 2019) Díky znalosti profesionální komunikace by si měla sestra s pacientem být schopna vybudovat důvěru, jejíž zásluhou jí pacient sdělí informace, na které při rozhovoru s lékařem mohl zapomenout. Pacient se sestře otevře a zároveň se nebude bát se jí zeptat na skutečnosti, které mu nejsou jasné. (Ptáček, Bartůnek et al., 2011) Holistické ošetřování nelze vykonávat bez znalostí pacientových potřeb a emocí, k jejichž zjištění slouží komunikace, a to především využití přístupu, který je zaměřen na člověka. Díky aktivnímu naslouchání je pacient nenuceně vyzýván k další komunikaci, během níž může sestře poskytnout důležité informace. Pokud má pacient s komunikací a vyjádřením svých potřeb problémy, sestra jej motivuje k jejich sdělení. (Venglářová, Mahrová, 2006)

1.2 Potřeby nemocného

Jednotlivé definice oboru ošetrovatelství se vždy určitým způsobem dotýkají naplňování lidských potřeb. Míra jejich uspokojení sestrou se odvíjí od zdravotního stavu jedince a úrovně jeho soběstačnosti. (Farkašová, 2006) Pro správnou saturaci potřeb pacientů se sestra musí naučit proniknout nejen k potřebám jí opečovávaných osob, ale i k jejím vlastním. Právě porozumění vlastním požadavkům a jejich uspokojování je klíčem k efektivní ošetrovatelské péči naplněné empatií. Jedná se o náročnou činnost, která je postavena především na komunikaci, kladném vztahu s pacientem a vzájemné důvěře. (Šamánková et al., 2011) Metodu pro aktivní vyhledávání jednotlivých potřeb

pacientů a jejich následné uspokojování představuje pro sestru ošetrovatelský proces, který je na těchto principech založen. (Tóthová et al., 2014)

Lidské potřeby jsou charakterizovány jako pocit určitého nedostatku, nebo nadbytku, který se jedinec snaží odstranit. (Šamánková et al., 2011) K odstranění diskomfortu vyvolaného neuspokojenou potřebou využívá jedinec svého svobodného jednání, pro něž je motivací dobrý pocit z jejího uspokojení. Jednotlivé potřeby se během rozdílných situací v životě jedince mění a vyvíjí, vznikají a zanikají. (Trachtová, 2018) Existuje velké množství dělení jednotlivých potřeb. Z pohledu sociologického je lze dělit na potřeby, které se s nemocí nemění, potřeby, které se s nemocí modifikují, a potřeby, které s nemocí vznikají. (Bártlová, 2005) Pokud vycházíme z teorie holismu, pak dělení potřeb kopíruje dělení celku na jednotlivé části, a to bio-psycho-socio a spirituální, a neuspokojení potřeb vyvolává v jedinci pocit narušení rovnováhy. (Tóthová et al., 2014)

Mezi jedno z nejznámějších dělení lidských potřeb je uváděno dělení dle A. Maslowa, jenž se zabýval teorií motivace. Maslow potřeby dělí na nižší (potřeby biologické a potřebu jistoty a bezpečí) a vyšší (potřeby lásky a sounáležitosti, potřebu úcty a potřebu seberealizace). (Tóthová et al., 2014) Potřeby jsou hierarchicky uspokojovány od nižších k vyšším. Pokud nejsou naplněny potřeby nižší, pak se jedinec soustředí na jejich uspokojení a neuspokojení vyšších potřeb odsouvá na pozdější dobu. Lidé mají tendenci brát jako samozřejmé ty potřeby, o jejichž uspokojení nemusejí usilovat velkou silou a berou je tedy jako samozřejmé do doby, než se v cestě k jejich uspokojení vyskytne určitá překážka. (Maslow a Frager, 1987) V ošetrovatelství se jedná o nemoc, která souvisí s omezením uspokojování potřeb pacienta, které je rozdílné oproti době, kdy je jedinec zdravý. Změny jsou velmi individuální dle typu onemocnění, omezení a osobnosti pacienta. Pro sestru je někdy velmi náročné zjistit, jaké potřeby pacient má, a pomoci mu během jejich uspokojování. Obtížné může být především vyhovět potřebám sociálním, které se v průběhu nemoci a v závislosti na závažnosti pacientova stavu mohou velice často a rychle měnit. (Bártlová, 2005)

1.2.1 Hierarchie potřeb dle A. H. Maslowa

Mezi nejznámější autory, kteří se zabývali lidskými potřebami, se řadí Abraham Harold Maslow. Zkoumal teorii motivace, kterou považoval za hnací sílu k uspokojování lidských potřeb. (Šamánková et al., 2011) Motivace je definována jako „*soubor pohnutek podněcující k určité činnosti nebo k určitému cíli*“. (Petráčková a Kraus et al., 1998, s. 511)

Dle teorie holismu je jedinec celek složený z jednotlivých částí. Potřebu má ale vždy pouze organismus jako celek. Člověk cítí pocit hladu, nejedná se o separovanou potřebu žaludku být nasycen. (Maslow a Frager, 1987) Jednotlivé potřeby jsou hierarchicky sestaveny dle jejich důležitosti pro život jedince, (Trachtová, 2018) kdy nejvýznamnější je uspokojení fyziologických potřeb a potřeby jistoty a bezpečí (nižší potřeby). Teprve poté lze uspokojovat potřeby vyšší. (Krátká, 2018)

Na bázi Maslowovy pyramidy se nacházejí základní potřeby. Mezi ně se řadí potřeby biologické a potřeba bezpečí a jistoty, které jsou s určitými, především kulturními, rozdíly společné všem lidem. Jedná se o potřeby příjmu potravy a tekutin, vyprazdňování, tepla, hygieny, dýchání, spánku a potřebu aktivity. (Farkašová, 2006) Díky jejich vcelku jednoduché identifikaci a zjevné cestě k uspokojení těchto potřeb o ně bývá většinou dobře a odborně postaráno s ohledem na to, že se jedinec nachází ve zdravotnickém zařízení. (Svatošová, 2012) Tóthová et al. (2014) ale upozorňuje na složitosti při jejich uspokojování, pokud jsou modifikovány nemocí a jako příklad uvádí dietní stravu, kdy má pacient v rámci výživy omezený výběr potravin. U potřeby jistoty a bezpečí je důležité vždy počítat s tím, že je narušena, jelikož nemocný ztrácí své zdraví, je hospitalizován a opouští své prostředí, v němž se cítí komfortně. (Šamánková et al., 2011)

Nad potřebami nižšími stojí potřeby vyšší. Jedná se o potřeby lásky a sounáležitosti a potřebu sebeúcty. V modelu holistické péče se jedná o potřeby psychické, sociální, duchovní a spirituální, jejich uspokojování je mnohem individuálnější. (Farkašová, 2006) Každý pacient nemoc prožívá svým určitým způsobem, což se odráží v jeho psychickém rozpoložení. Závisí především na osobnosti jedince, jeho sociálním zázemí a závažnosti a prognóze onemocnění. Pozitivní přístup pacienta k léčbě může zdravotnický personál podpořit co nejlepším uspokojováním potřeb nemocného. Psychicky a sociálně jedinec strádá často z důvodu vytržení ze známého prostředí, odloučení od svých blízkých a kvůli omezení činností, jež mu přinášejí potěšení. Nejjednodušším řešením je umožnit návštěvy dle aktuálních požadavků nemocného a umožnit mu dělat činnosti, jež by vyplnily čas strávený v nemocnici. Ošetřující by měli pacientovi vyjádřit soucit, vhodně využít humoru a adekvátně reagovat na aktuální emoce pacienta. (Zacharová, 2017) Velmi důležité je uspokojení potřeby sebeúcty, a to i v okamžiku, kdy se jedinec stává ležícím pacientem, který potřebuje celkovou ošetrovatelskou péči. Díky vhodné komunikaci personál od pacienta získává úctu a vděk za péči a poskytuje mu pocit bezpečí. (Svatošová, 2012) Spirituální potřeby lze vnímat ve dvou směrech, a sice duchovní a duševní. Jsou na rozpoznání velmi náročné a každý člověk je vnímá rozdílně. Především

duševní potřeby bývají i obtížně sdělitelné pro okolí, jelikož se jedná o životní hodnoty jedince, smysl života, hlubiny duše, osud a každý i termín „duševní“ vnímá rozdílně. Složka náboženská je snáze pochopitelnější, a tedy i snáze uspokojitelná. (Tóthová et al., 2014)

Potřeba seberealizace se ční na vrcholu pyramidy potřeb. Je totiž naplněna, když jsou uspokojeny veškeré nižší potřeby. V době hospitalizace se dostává do pozadí a lze předpokládat, že v nemocnici je nenaplnitelná. (Trachtová, 2018)

1.3 Využití teoretických aspektů ošetřovatelství při uspokojování potřeb pacientů

Jako každý prakticky zaměřený obor i ošetřovatelství využívá svou teoretickou základnu. Pro potřeby implementace holismu do ošetřovatelské praxe je uveden ošetřovatelský proces, koncepční modely a komunikace.

1.3.1 Ošetřovatelský proces

Díky ošetřovatelskému procesu je péče poskytovaná sestrou individualizovaná. Umožňuje strukturovanou a plánovanou péči, která se přizpůsobuje potřebám člověka, s důrazem na zpětnou vazbu potřebnou k přehodnocení plánu péče a jeho aktualizace. Tyto faktory podporují péči o pacientovy potřeby a jeho zapojení do péče. Umožňují orientaci na člověka jako celistvou bytost a díky tomu napomáhají při respektování holistického přístupu v péči. (Jarošová, 2000)

Termín ošetřovatelský proces poprvé použila Lydia Eloise Hallová v roce 1955 a v 60. letech pronikl z USA do Evropy. V této době byl chápán jako samostatný koncepční model vstřícného přístupu v ošetřování nemocných. Teoreticky ošetřovatelství přispívaly svými pohledy na ošetřovatelský proces a jeho jednotlivé kroky do doby, než byly v roce 1973 Americkým sdružením sester vydány Normy pro ošetřovatelskou praxi, v nichž bylo popsáno pět fází ošetřovatelského procesu tak, jak jej známe dnes. (Tóthová et al., 2014)

Ošetřovatelský proces je teoretickým rámcem a systematickou praktickou metodou pro sestry při poskytování ošetřovatelské péče. Pomáhá sestře při jednotlivých činnostech a výkonech a při vyhledávání a uspokojování potřeb pacientů, které je cílené a organizované. Ošetřovatelský proces se skládá z pěti fází: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Fáze na sebe navazují, překrývají se a prolínají se. Např. hodnotící složku zjevně obsahují fáze posuzování, diagnostiky a vyhodnocení, přítomna je ale neustále, jelikož sestra musí neustále přehodnocovat důsledky každé

činnosti nebo změněný stav pacienta a dle toho přizpůsobovat své další kroky v péči, případně kontaktovat lékaře, zda není zapotřebí upravit léčebný proces. (Tóthová et al., 2014)

Pro sestru i pro pacienta má ošetrovatelský proces velké množství přínosů, jež zajišťují kvalitu ošetrovatelské péče. Pro pacienta je výhodou především kvalitní, kontinuální, individuálně plánovaná a realizovaná péče zaměřená na všechny oblasti potřeb, umožňující mu aktivně se zapojit do procesu péče a udržet si co největší soběstačnost a autonomii. Zároveň má jistotu, že péče je mu poskytována dle nejnovějších poznatků. Sestře přináší vědomí, že jí poskytovaná péče je v souladu se zákonem a standardy a respektuje normy akreditovaného pracoviště. Umožňuje jí kvalitní vzdělání, větší seberealizaci v rámci zaměstnání a osobní růst, což podporuje spokojenost na pracovišti. (Mastiliaková, 2014)

Plevová et al. (2018) ve své publikaci uvádí přehled charakteristik ošetrovatelského procesu. Velká část autorů neopomíná individualizovanou péči a uspokojování potřeb pacientů dle jejich aktuálního stavu a požadavků. Nejnovější z těchto definic zmiňují také aktivní zapojení pacienta do péče a potřebu kritického myšlení sester. Provázání s filozofií holismu je patrné především individualizované zaměření péče a upozorňování na proměnlivost potřeb pacienta, kterou je nutné respektovat. V moderním ošetrovatelství je snaha co nejvíce zapojit pacienta do péče, vést jej k brzké soběstačnosti a uvědomit si vlastní zodpovědnost za své zdraví. Zaměřuje se nejen na nemocného, ale i na jeho rodinu a okolí. (Plevová et al., 2018) Díky organizované struktuře ošetrovatelského procesu sestra stanovuje diagnózy, na jejichž podkladě vytyčuje společně s pacientem cíle, kterých chtějí dosáhnout. Jejich přesná formulace umožňuje měření dosažených výsledků. (Jarošová, 2000)

Díky individuálně zaměřené péči se mezi sestrou a pacientem vytváří vztah, na jehož základě je usnadněna komunikace mezi nimi. Sestra dokáže jednodušeji odhalit potřeby pacienta a on se jí s nimi snáze svěřuje. Sestra může také snáze vidět souvislosti v chování pacienta v závislosti na jeho zdravotním stavu a sociální situaci. (Kudlová, 2016)

1.3.2 Koncepční modely

Dle předmětu zájmu autora se koncepční modely zabývají určitými aspekty v péči, jež jsou pro pacienta v rámci aktuální situace stěžejní (sebepéče, adaptace, transkulturní péče). Pro sestru představují jednotlivé složky péče, na které by se při jejím poskytování měla zaměřit, aby neopomněla nic, co by mohlo vést k neuspokojení potřeb pacienta

a pocitům diskomfortu. Umožňují organizaci péče a systémový přístup. (Pavlíková, 2006) Využití koncepčních modelů je výhodné především při získávání anamnézy od pacienta či od jeho blízkých, zejména díky jejich logické posloupnosti a rozdělení do jednotlivých domén. Nejčastěji používaným modelem v celosvětovém měřítku je Model funkčních typů zdraví, jež vytvořila Marjory Gordon. Z pohledu holismu se nejkompexněji dotýká všech částí osobností jedince a díky němu je sestra schopná pokrýt veškeré oblasti potřeb. Na jejich základě sestra identifikuje ošetrovatelské problémy, stanovuje ošetrovatelské diagnózy a následně sestavuje individualizovaný plán péče. (Tóthová et al., 2014)

1.3.3 Komunikace

Komunikace je základním nástrojem k dorozumívání se, pomáhá budovat sociální vztahy, díky ní člověk uspokojuje své sociální potřeby. Jejím prostřednictvím dochází především k předávání informací mezi dvěma lidmi. Pro jedince, který se dostává do role pacienta a není sám schopen plnohodnotně a kvalitně uspokojovat některé své potřeby, je komunikace nástrojem, jak se s pomocí sestry dostat k jejich uspokojení. (Zacharová, 2016) Pro sestru se jedná o způsob, jak od pacienta získat ošetrovatelskou anamnézu. Zásadní jsou sice údaje o jeho aktuálních a chronických onemocněních, ale pro ošetrovatelskou péči jsou důležité i např. stravovací návyky, spánkový režim, náboženství, psychický stav. (Ptáček, Bartůněk et al., 2011)

Ve vzdělávání sester má výuka komunikace své čestné místo a je neoddelitelnou součástí ošetrovatelské praxe, proto je kladen důraz na kvalitu komunikačních schopností sestry. (Plevová et al., 2019) Aby byla komunikace hodnotná, musí být efektivní, tedy přinášet nějaký výsledek. K jeho dosažení je zapotřebí mnoho dovedností jako schopnost projevit empatii, udržovat si pozitivní nadhled, projevit zájem o druhé a pozorně naslouchat. Spěje k poznání pacienta, pomáhá mu se sestře nenásilně otevřít, sdělit jí své problémy a nechat si pomoci. Směřuje k terapeutické komunikaci, jejímž cílem je zlepšení pacientovy pohody a zvládnání jeho zdravotního stavu. (Šulistová a Trešlová, 2012)

1.4 Sociokulturní a náboženské pozadí

Českou republiku a Thajské království nedělí pouze polovina planety, ale především mnohé rozdíly, ať už kulturní, politické nebo náboženské. Prvotním východiskem odlišností je fakt, že Česká republika náleží k západní civilizaci a Thajské království se

řadí k civilizaci buddhistické. I přesto, že díky globalizaci dnešní společnosti je mnoho hmotných i nehmotných statků dostupných po celém světě, jedná se o velice povrchní záležitosti, pod kterými spočívají historické, náboženské a kulturní základy každého národa. Jednotlivé civilizace se dále liší i žebříčky společenských hodnot, politickým uspořádáním státu a způsobem komunikace. To všechno se projevuje v chování lidí a jejich smýšlení. (Marada et al., 2017) V kultuře každé společnosti je pevně zakotveno i ošetřovatelství, které se vyvíjelo a formovalo společně s ní. Vlivem historických událostí, náboženství, politické situace i zdravotní politiky jednotlivých států se liší způsoby uspokojování pacientových potřeb, odpovědnost rodiny za péči o nemocného i prestiž povolání sestry a vzdělávací proces. Kulturní rozdílnost při poskytování ošetřovatelské péče se odráží i na vnímání a naplňování jejího holistického aspektu. (Kutnohorská, 2013)

1.4.1 Česká republika

Česká republika se nachází v samém středu Evropy. Jedná se o nevelkou zemi, v níž žije 10,5 miliónu lidí. Z celkového počtu obyvatel je téměř půl milionu cizinců. Největší podíl patří cizincům s ukrajinskou národností, dále Slovákům a Vietnamcům. Na dalších příčkách se jedná o obyvatele okolních zemí. Kromě přistěhovalců z jiných států sídlí v České republice i menšina hlásící se k romské národnosti. (Karas, 2018)

Celá země leží v mírném podnebném pásu a během roku se zde vystřídají čtyři roční období. Povrch země je tvořen rovinami, pahorkatinami a údolími, která pozvolna stoupají do okrajových pohoří, která tvoří přirozenou hranici státu. Vzhledem k umístění na hlavním evropském rozvodí zde pramení významné střeoevropské toky, Labe a Odra. Hlavními zdroji potravin jsou nížiny v okolí Labe a na jižní Moravě. Hlavní město Praha láká turisty z celého světa na své historické krásy, centrem země se stalo již v 6. stol. n. l. a nyní se jedná o jediné milionové město v republice. (Voženílek et al., 2015b)

Většina místních obyvatel si je vědoma kulturního bohatství země, mezi které patří památky, jež se zde zachovaly po předcích, i přírodní bohatství, nejvýznamnější z nich jsou chráněny státem. Dochovaly se i rozmanité zvyky formující současnou českou společnost. Ke statkům, na něž jsou místní obyvatelé hrdí, jsou i produkty pro zemi specifické, např. české pivo plzeňského typu je vyhlášené po celém světě. (Marada et al., 2016) Jedná se o výrobek pro zemi tak osobitý, že k uchování jeho kvality je označení České pivo od roku 2008 chráněno zeměpisným označením Evropské unie. (Celunová a Tvrdfilková, 2016)

Češi jsou známí svým typickým smyslem pro humor, který se výrazně projevuje i v české literatuře. Někteří cizinci mu mají problém porozumět, jelikož může být velmi drsný. Češi zvládají žertovat téměř o všem a jejich vtipy obsahují mnoho narážek na historické, kulturní a politické události. V očích cizinců, kteří tu pracují, jsou Češi slušní, vzdělaní a pracovití lidé, kteří mají smysl pro povinnost a vcelku respektují pravidla. Zároveň je ale umějí i velmi dobře obcházet. Zpočátku mohou být místní lidé vnímáni jako chladní a odtažití, ale jedná se jen o dočasnou záležitost, po vzájemném poznání jsou Češi vřelí a přátelští. Na veřejnosti stále žádoucí spíše klidné a tiché vystupování, a to i od dětí, které k tomu bývají odmala vedené. Bohužel si Češi často nedostatečně cení zázemí, které ve své zemi mají. Mezi Čechy panuje všeobecná nedůvěra v demokracii a velká část se straní politickému dění. (Celunová a Tvrdílková, 2016)

Území České republiky bylo v historii několikrát obsazeno a po 2. světové válce se v zemi dostali k moci komunisté, pod jejichž diktaturou stagnovalo hospodářství i zahraniční obchod. Změny nastaly po roce 1989, kdy byl totalitní režim poražen a v zemi byla nastolena demokracie. (Karas, 2018) Po více než čtyřiceti letech neustálého nedostatku zboží v obchodech se centrálně plánované hospodářství přetransformovalo na tržní a i přes množství chyb, které byly součástí tohoto procesu, se dnes Česká republika svou ekonomikou řadí mezi nejvýkonnější ze států bývalého východního bloku. (Marada et al., 2016)

1.4.1.1 Česká republika a náboženství

Počet věřících se v České republice trvale snižuje a v porovnání se sousedními státy je jejich podíl nejmenší. Pouze necelá třetina obyvatel se hlásí k nějakému náboženství. 90 % věřících jsou křesťané, přičemž největší podíl věřících připadá církvi římskokatolické. (Karas, 2018)

Na území České republiky je s křesťanstvím silně spjatá historie ošetrovatelství. Příslušníci řádů pečovali o nemocné ve špitálech, které byly vybudovány u klášterů a jejich činností vznikla klášterní medicína a církevní ošetrovatelství. Nyní se příslušníci a příslušnice církevních řádů spíše věnují práci v sociálních zařízeních, jako je ošetřování pacientů a klientů v ústavech, domovech pro seniory a hospicích nebo působí v rámci domácí péče. (Kutnohorská, 2010)

V nemocničních zařízeních si náboženství hledá cestu především pomocí nemocničních kaplanů. Ti zde nezastávají pouze striktní náboženskou praxi (vedení

bohoslužby, modlitba, zpověď nebo poslední pomazání pro umírající). Služby kaplana může využít jakýkoliv pacient, jeho příbuzný nebo i personál, který cítí potřebu rozhovoru, jehož náplní většinou bývají hlubší témata, jako je smysl života, strach ze smrti nebo snaha pochopit aktuální situaci. Tím nemocniční kaplani nabízejí určitou formu psychologické pomoci, díky níž je pacientům zajištěna lepší úroveň holistické péče, jelikož se zaměřují nejen na oblast náboženskou, ale i spirituální. (Odrobiňák, 2011)

V křesťanství se poměrně často ve více či méně střízlivé podobě vyskytuje určité propojení hříchu s nemocí, přičemž nemoc bývá vnímána jako trest za spáchaný hřích a jeho odpuštěním je vyléčena. Kristus v Bibli vystupuje jako lékař, který léčí tělo i duši, nemocnou hříchem, s nemocným soucítí a jeho utrpení bere na svá bedra. Křesťanská víra může pomoci nemocnému najít určitý smysl v jeho utrpení a přijmout jej, což může napomoci k lepšímu psychickému rozpoložení jedince a mít pozitivní efekt na léčbu. (Koubková, 2015)

V rámci ošetrovatelské i lékařské péče nebývá křesťan většinou nijak náročným pacientem. Křesťanství hodnotí lidský život jako posvátný, ochraňuje jej a chová jej v úctě. (Anzerbach, 2015) Právě idea posvátnosti života je v rozporu s prováděním interrupce, takže ve většině církví je zakázána. Obzvláště v katolické církvi jsou pak problematické i jiné než přirozené způsoby antikoncepce. (Ptáček, Bartůněk et al., 2014) Odmítavý postoj zaujímá i k aktivní eutanázii, která ale v českém prostředí není legální. (Vácha, 2019)

Speciální požadavky na stravování se v křesťanství uplatňují v době půstů. I když nemocní a umírající jsou z jeho pravidel vyňati, mohou mít požadavky odpovídající tomuto období. Role zdravotnického personálu je především v předávání informací mezi pacienty a nemocničním kaplanem, ten totiž nemůže přijít za pacientem, o němž neví. Sdělení o možnosti využití služby nemocničního kaplana pacientovi je neméně důležité. Mohou od něj přijmout křesťanské svátosti, v období nemoci jsou nejvýznamnější svátost smíření a svátost pomazání nemocných. V mnoha zdravotnických zařízeních se dnes již slouží pravidelné bohoslužby, na které může přijít každý pacient, kterému to jeho zdravotní stav dovolí. (Ivanová et al., 2005)

1.4.1.2 Vzdělávání sester v České republice

V České republice lze dle zákona 96/2004 Sb. získat způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry nejméně tříletým studiem bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester nebo nejméně tříletým studiem v oboru diplomovaná všeobecná

sestra na vyšší odborné zdravotnické škole. Tato skutečnost nastala v roce 2004 se vstupem do Evropské unie. Do té doby bylo možné získat kompetence všeobecné sestry čtyřletým studiem ukončeným maturitní zkouškou na střední odborné zdravotnické škole. (Kutnohorská, 2010) Od přesunu vzdělávání na půdu vysokých nebo vyšších odborných škol bylo na střední zdravotnické škole možné studovat obor zdravotnický asistent, který se řadil mezi povolání pracující pod odborným dohledem. 1. září 2017 se přijetím zákona č. 201/2017 Sb. změnil zákon č. 96/2004 Sb. a tím přetransformoval veškeré zdravotnické asistenty na praktické sestry, které mohou pracovat bez odborného dohledu. Změna kompetencí byla pro všechny absolventy oboru zdravotnický asistent automatická. Zároveň od školního roku 2019/2020 byl obor zdravotnický asistent zrušen a byl vytvořen obor praktická sestra. (Havelková, 2017) Další změnou, kterou zákon č. 201/2017 Sb. obsahuje je získání kompetencí diplomované všeobecné sestry na VZŠ za nejméně jeden rok studia, jedná-li se o zdravotníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry a pokud byl přijat do vyššího než prvního ročníku studia.

Směrnice Evropské unie řadí povolání všeobecné sestry mezi regulované profese, a proto se musela upravit legislativa zabývající se vzděláváním všeobecných sester. Díky regulaci a jednotným požadavkům na vzdělávání jsou absolventům automaticky uznány kompetence napříč všemi zeměmi EU. Požadavky na náplň vzdělávacího oboru pro vzdělávání všeobecných sester jsou stanoveny ve vyhlášce 39/2005 Sb. (Kutnohorská, 2010) Ve vzdělávacích programech pro všeobecné sestry se jedná o minimálně tříleté studium, které je ve své prezenční formě tvořeno minimálně 4600 hodinami výuky, z nichž je alespoň polovina praktická a alespoň třetina teoretická. Absolventi získají vědomosti z okruhů anatomie, fyziologie, veřejného zdraví či klinické propedeutiky, dále pak z oblasti ošetrovatelství a jednotlivých klinických oborů a také vědomostí z oblasti psychologie a sociologie. V rámci praktické výuky si osvojí dovednosti v péči o nemocné napříč jednotlivými obory a načerpají znalosti od již zkušených pracovníků. (Vyhláška č. 39/2005 Sb.)

Po úspěšném ukončení pregraduálního bakalářského vzdělání je v České republice možnost dalšího studia v programech magisterských, doktorských, rigorózních a habilitačních řízeních a řízeních ke jmenování profesorem. Nabízí se zde i možnost specializačního a celoživotního vzdělávání např. v podobě certifikovaných kurzů, odborných stáží nebo účastí na školicích akcích a kongresech. (Plevová et al., 2018)

1.4.1.3 Zdravotní péče v České republice

V České republice se uplatňuje systém veřejného zdravotního pojištění, kdy pojištěnec hradí povinné zdravotní pojištění pojišťovně, která za něj poté platí zdravotní péči, na níž má ze zákona nárok jako na bezplatnou. Jedinec si tímto způsobem předplácí zdravotní péči a pokud není osobou samostatně výdělečně činnou, podílí se s ním na platbě zdravotního pojištění jeho zaměstnavatel. Za jedince, kteří nejsou ekonomicky aktivní – nezaopatřené děti, důchodci, ženy na mateřské dovolené a osoby na rodičovské dovolené – hradí pojištění stát. (Zákon č. 48/1997 Sb.) Díky systému veřejného zdravotního pojištění je v zemi vysoká dostupnost zdravotní péče s velkým podílem hrazených služeb, počet úhrad přímo placených občany je nízký, jedná se především o platby za volně prodejné nebo jen částečně hrazené léčivé přípravky, stomatologické služby a služby plastické chirurgie z jiných než léčebných důvodů. (OECD, 2019)

Česká republika se může pyšnit vysokou kvalitou a dostupností zdravotní péče a zároveň i spokojeností občanů v této oblasti. Mezery ve zdravotní péči se projevují především v léčbě chronických onemocnění, např. v případě nemoci diabetes mellitus, a v prevenci onemocnění, jelikož míra rizikových faktorů, kterými jsou obezita, nedostatek pohybu, špatné stravování, konzumace alkoholu a kouření, je v zemi relativně vysoká. Zároveň zde existují výrazné rozdíly ve zdravotním stavu obyvatelstva v závislosti na regionu, pohlaví, míře vzdělání a výši příjmů. Jako mnoho západních zemí čelí i Česká republika stárnutí populace a s tím spojenou vyšší náročností zdravotní péče. Mezi přetrvávající problémy českého zdravotnictví patří i stárnoucí pracovní síla a nedostatek zdravotnických pracovníků. (OECD, 2019)

1.4.2 Thajsko

Thajsko se nachází ve středu jihovýchodní Asie, částečně na poloostrově Zadní Indie a Malajském poloostrově. Obývá jej 67,5 milionu obyvatel. (Voženílek et al., 2015a) Z nich přibližně 80 % patří k thajské národnosti. V zemi žije významné množství Číňanů, kteří se do země přistěhovali během posledních 250 let a nyní čítají cca 11 % z celkového počtu obyvatel. Jedná se o jediný příklad sžití čínské menšiny s jiným národem v jihovýchodní Asii. Ostatními minoritními skupinami jsou Malajci na jihu země a imigranti z Barmy, Kambodže a Vietnamu na severu, v této oblasti žije také velká část příslušníků horských kmenů, kteří tvoří v Thajsku asi 2 % celkové populace. (MacDonald a Parkes, 2017)

V posledních 30 letech se zemi daří ekonomický růst, rozvíjí se průmysl a s ním se zvyšuje i kvalita života obyvatelstva. Díky množství památek, pověstnému nočnímu životu i poloze u moře do země míří turisté z celého světa a cestovní ruch je důležitou součástí thajské ekonomiky. (Voženílek et al., 2015a)

Místní podnebí je ovlivněno monzuny a spadá do tropického pásu. (Voženílek et al., 2015a) Krajina Thajska je velice rozmanitá, střídají se zde zalesněné hory s nížinami plných polí, mezi nimiž vede důmyslný systém vodních kanálů. Centrum země se nachází v oblasti centrální pánve, kde se pěstují zemědělské plodiny pro celý stát i na vývoz do zahraničí. Thajsko je největším světovým producentem rýže. V této oblasti se již přes více než 400 let nachází středisko thajské civilizace s hlavním městem Bangkok. (MacDonald a Parkes, 2017)

Z celého regionu je Thajsko jedinou zemí, která nikdy nebyla kolonizována, na což poukazuje i její název, který v překladu znamená „země svobodných“. Thajci jsou na svou nezávislost velmi pyšní, což se projevuje i v jejich chování. Zakládají si na své historii a na dodržování tradic a chovají velký respekt ke královské rodině, jejíž urážka je zde trestným činem. K ostatním, včetně turistů, si zachovávají vstřícný přístup a úsměv na tváři udržují i v případě, že sdělují negativní emoce. Thajský národ je značně tolerantní, zdržuje se hádek a konfliktů a v jakékoliv činnosti se snaží nalézt alespoň malý kousek zábavy. (MacDonald a Parkes, 2017)

1.4.2.1 Thajsko a náboženství

Všeobecně panující pohoda a respekt v Thajsku jsou připisovány místnímu náboženství: buddhismu, který je i oficiálním náboženstvím země. Konkrétně se k théravádskému buddhismu hlásí 95 % obyvatelstva. Vedle buddhismu jsou obyvatelé ovlivněni i učením hinduismu a spiritismu. Žijí zde také tři miliony muslimů, z nichž se velká část shromažďuje na jihu Thajska. Soužití buddhistické většiny s muslimskou minoritou nemíjí občasné konflikty a muslimové během let podávali stížnosti na společenskou i politickou diskriminaci. Situace se vyhroutil v roce 2004 v menší rebelii, při níž rukou muslimů přišli o život 4 thajští vojáci, od té doby se čas od času odehrávají konflikty, během nichž již zemřelo přes tři tisíce lidí. (MacDonald a Parkes, 2017)

Podstata buddhismu jako taková pojednává o utrpení ve svých čtyřech vznešených pravdách: o utrpení, o vzniku utrpení, o ustání strasti a o cestě, která vede k ustání strasti.

Schéma těchto čtyř pravd zřejmě vychází ze schématu lékařské diagnózy: pojmenování nemoci, zdroj nemoci, léčba a způsob, jak léčbu aplikovat. (Williams a Tribe, 2011)

Nemoc a bolest jsou v rámci buddhismu chápány jako jedny z druhů utrpení. Jejich vznik je připisován dvěma druhům příčin – vzdálené, tj. karma, a blízké, která je vysvětlována jako nerovnováha tří šťáv, jež tvoří důležitou složku organismu. Teorie založená na nerovnováze šťáv pochází z tibetského buddhismu. (Koubková, 2015) Williams a Tribe (2011) jako zdroj utrpení popisují žádostivost a dělí ji na tři typy: po smyslových prožitcích, po věčném životě a po neexistenci neboli ustání všeho. Lopez (2012) připisuje příčinu utrpení již zmíněné karmě. Pokud člověk v minulosti vykonal něco dobrého, bude v budoucnu odměněn něčím dobrým, pokud provedl špatnost, bude potrestán. Buddhismus vnímá tuto kauzalitu nad úroveň aktuálního života jedince a zahrnuje do ní i jeho minulé a budoucí životy. Veškeré dobré i špatné činy jsou popsány v seznamu, který je nejen definuje, ale zároveň jim přikládá i rozdílnou váhu. (Lopez, 2012)

Jedním ze způsobů, jak pomoci nemocnému, je provedení obřadů, které se orientují na zahánění démonů. K dalším možnostem charakteristickým pro buddhismus je využití tibetské medicíny, jež se zaměřuje na léčbu využívající léčivých schopností rostlin. (Koubková, 2015)

V buddhistickém společenství je možné si připisovat zásluhy poskytnutím hmotné podpory mnichům. Mniši vytvářejí pro laické společenství příležitosti k vytváření těchto zásluh, z nichž může čerpat nejen ten, jež mnichům daruje, ale může je nechat připsat i jeho zesnulému příbuznému. Vzhledem k tomuto systému získávání zásluh není v historii buddhismu mnoho klášterů, jež by se věnovalo pomoci potřebným tak, jak tomu bylo v historii křesťanství. Mniši spíše obecně vybízeli společnost k dobročinnosti. (Lopez, 2012)

Pravidla, jež buddhisté dodržují, se liší podle toho, pokud se jedná o mnicha anebo o laika. Pro mnichy jsou v mnoha ohledech značně přísnější. Setkání s vyznavačem buddhismu v nemocnici zpravidla nebývá komplikované a nevyžaduje nijak výrazně specifickou péči. I přesto, že v oblasti stravování nemají laičtí vyznavači žádné zákazy, je vhodné nabídnout vegetariánskou stravu, již někteří dodržují v rámci filozofie neublíživání, jedná se především o příznivce učení mahajány. Mniši nesmí jíst v odpoledních hodinách a mohou se vyhýbat i silně aromatickým potravinám, např. česneku nebo cibuli. (Čoudková, 2009)

Důležitým faktorem je snaha o předcházení onemocnění a udržování čistoty těla a duše, často využívají prvky přírodní, alternativní a tradiční medicíny, ale zároveň zdravotnická zařízení v případě potřeby využívají a nemají problém s hospitalizací. Díky kladení důrazu na vzdělání může být snazší komunikace s pacientem stran jeho onemocnění a následně i případná edukace stran léčebného režimu. (Čoudková, 2009) Ve vztahu vnímání utrpení jako součásti života mohou lépe překonávat bolest spjatou s onemocněním a ošetrovatelskými i léčebnými výkony. (Koubková, 2015) Co se týče lékařských zákroků, buddhisté nemají problém s transfuzí ani s darováním či přijímáním orgánů. I když neuznávají odnětí života, tak v případě, že nemocný již nemá šanci na uzdravení, uznávají i eutanázii. Souhlasí i s potratem ze závažných zdravotních důvodů. (Čoudková, 2009)

1.4.2.2 Vzdělávání sester v Thajsku

Thajský systém vzdělávání v ošetrovatelství vychází ze systému fungujícího v USA. Veškeré vzdělávání sester v Thajsku se odehrává pouze na vysokých školách. Pregraduálním studiem je čtyřleté bakalářské studium ošetrovatelství. Absolventi získávají znalosti z předmětů filozofie, sociologie, biologie, fyziologie, ekonomie, statistika, biochemie a anglického a thajského jazyka, v odborných předmětech získají poznatky v oblasti základů ošetrovatelství, gynekologie, pediatrie, zdraví dospělých, geriatricie, psychiatrie a veřejného zdraví. Vzhledem k tomu, že během studia nabývají vědomostí a dovedností i v oboru porodní asistence, studenti ošetrovatelství mají povinnost porodit pět dětí. (Liu et al., 2015) Po úspěšném ukončení bakalářského programu mají absolventi možnost pokračovat ve dvouletém magisterském programu, který je zaměřen na určitou specializaci a zároveň prohlubuje znalosti v oblasti managementu. (Faculty of nursing, University of Chiang Mai) Dále mohou navázat i studiem alespoň tříletého doktorského studijního programu. (Liu, 2015)

Pro dostatečnou kvalifikaci vyžaduje Thai Nursing and Midwifery council, aby každý absolvent programu ošetrovatelství, ať už ze soukromé nebo z veřejné vysoké školy, složil národní licenční zkoušky. (Tangcharoensathien et al., 2018)

Univerzity také nabízejí jednoletý program asistent ošetrovatelství. Jedná se o pomocného pracovníka ve zdravotnictví, který poskytuje základní ošetrovatelskou péči pod dohledem registrovaných zdravotních sester a porodních asistentek. (Faculty of nursing, University of Chiang Mai; School of Nursing, University of Chiang Rai) Každých pět let Thai Nursing and Midwifery council požaduje od veškerých asistentů

ošetřovatelství obnovení licence získáním alespoň 50 kreditů v dalším odborném vzdělávání. (Tangcharoensathien et al., 2018)

1.4.2.3 Zdravotní péče v Thajsku

Do roku 2002, než bylo v Thajsku zavedeno všeobecné zdravotní pojištění, bylo v zemi zajištěno financování zdravotní péče pro různé skupiny obyvatelstva směsí opatření, která sice měla pokrýt potřeby celé populace, ale zhodnotit jejich účinnost je obtížné. (Sumriddetchkajorn et al., 2019) Systém všeobecného zdravotního pojištění byl nejdříve přijat pouze v šesti provinciích v roce 2001 a celostátně až o rok později. Jeho přijetí předcházelo zabezpečení zdravotnického systému rozvojem struktury okresních nemocnic a zdravotních středisek především na venkově a zabezpečení dostatku kvalifikovaného personálu, zejména sester. Ty se starají o zdravotní střediska, která jsou prvním kontaktním místem pro obyvatelstvo a zabývají se poskytováním primární zdravotní péče. (Tangcharoensathien et al., 2018)

Celý systém je financován z daní. Předpokladem pro toto rozhodnutí byla především nemožnost chudých platit zdravotní pojištění. Dále složitost označení lidí, kteří jsou schopni pojištění platit a s tím související komplikovanost jeho vybírání a politická náročnost s potenciálním zvyšováním částky pojištění kvůli rostoucím výlohám na zdravotní péči. (Sumriddetchkajorn et al., 2019) Hovorově je Thajci tento systém označován jako třicetibathový kvůli výši poplatku, který platí obyvatelé, kteří nejsou vedeni jako chudí, coby spoluúčast při využívání zdravotnických služeb. (Tangcharoensathien et al., 2018)

Od zavedení systému se spokojenost s poskytováním zdravotních služeb z pohledu poskytovatelů zdravotnické péče nejdříve snížila, ale následně vystoupala zpět nahoru. Největší obavu měli poskytovatelé o nedostatek finančních a lidských zdrojů a o neuspokojení potřeb pacientů. Celkové neuspokojení potřeb pacientů je velmi nízké a od roku 2010 do roku 2015 ještě kleslo. Jako důvody neuspokojené zdravotní péče uváděli pacienti dlouhé čekací doby nebo geografickou nedostupnost péče. (Tangcharoensathien et al., 2018) Problémy, kterým čelí thajské zdravotnictví, jsou chudoba, rizikové chování ve smyslu špatného stravování, kouření a konzumace alkoholu, nedostatečně bezpečný silniční provoz (Thajsko má druhou nejvyšší úmrtnost při dopravních nehodách), znečištěné ovzduší ve městech a nepříznivé počasí ztěžující životní podmínky. Od roku 2025 bude populace Thajska charakterizována jako stárnoucí, jelikož se zvyšuje počet obyvatel nad 60 let, s tím vyvstane i problém menšího podílu

ekonomicky aktivní populace a nižšího odvodu na daních, z nichž je financována zdravotní péče. (Sumriddetchkajorn et al., 2019)

Vzhledem k tomu, že v thajské kultuře je preferována zdvořilost před konfliktem, může nastat v rámci zdravotní péče problém při řešení způsobu a cíle léčby, jelikož zdravotnickému personálu se dostane od pacienta pouze tiché přijetí. Kvůli stagnaci diskuse, může nastat nesprávné monitorování stavu pacienta. Ten zároveň očekává, že za něj budou rozhodnutí činit poskytovatelé zdravotní péče, jelikož lékař je vnímán jako autorita. (Tankumpuan et al., 2019)

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem jsou při poskytování ošetrovatelské péče respektovány zásady holistické péče v České republice a v Thajsku z pohledu studentů ošetrovatelství.

Cíl 2: Porovnat využití holistické ošetrovatelské péče v České republice a v Thajsku z pohledu studentů ošetrovatelství.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s cílem 1 byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem jsou při poskytování ošetrovatelské péče v České republice uplatňovány prvky holistického pojetí péče z pohledu studentů ošetrovatelství?
- Výzkumná otázka 2: Jaké je využití holistické ošetrovatelské péče v Thajsku z pohledu studentů ošetrovatelství?

V souvislosti s cílem 2 byly stanoveny tyto výzkumné otázky?

- Výzkumná otázka 3: Jaké jsou rozdíly mezi využitím holistické ošetrovatelské péče v Thajsku a v České republice z pohledu studentů ošetrovatelství?
- Výzkumná otázka 4: Jak se lze v rámci holistické ošetrovatelské péče v České republice inspirovat využitím holistické ošetrovatelské péče v Thajsku?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část je zpracována metodou kvalitativního výzkumu. Výzkumné šetření bylo provedeno polostrukturovaným rozhovorem s českými informanty, s thajskými informanty byl realizován krátký rozhovor písemnou formou. Celkově se výzkumu zúčastnilo pět absolventů odborné stáže v Thajsku z České republiky a tři studenti bakalářského studijního programu ošetrovatelství z Thajska. Účastníci výzkumu byli během výzkumného šetření ujistěni o anonymitě a o tom, že jejich výpovědi budou použity pouze pro účel zpracování bakalářské práce. Dále byli seznámeni s tématem, cílem a průběhem výzkumného šetření.

Po předchozí telefonické domluvě nebo domluvě přes sociální sítě bylo vlastní výzkumné šetření realizováno s každým informantem v březnu 2021. Polostrukturované rozhovory s českými studenty byly vedeny na základě podkladu, který je k dispozici k náhledu v Příloze 1. Rozhovory byly realizovány přes sociální sítě a se souhlasem informantů byly zaznamenány na záznamník. Nahrávka sloužila k vytvoření doslovného přepisu jednotlivých rozhovorů. Po přepsání rozhovoru byla smazána. Informantům z Thajska byl podklad pro rozhovor zaslán přes sociální sítě a oni stejným způsobem odeslali své odpovědi. Rozhovor pro informanty z Thajska, včetně jeho anglického překladu, je součástí této práce jako Příloha 2.

Úvod rozhovorů s českými informanty obsahoval otázky týkající se identifikačních údajů jednotlivých účastníků – věk, pohlaví, datum absolvování stáže a doba absolvování stáže (během bakalářského nebo magisterského programu). Oblast vlastního rozhovoru byla nejdříve zaměřena na znalosti holistické ošetrovatelské péče a její subjektivní vnímání informantem. Následovaly dotazy na holistickou ošetrovatelskou péči v ČR a v Thajsku. Zaměřovaly se na dodržování jednotlivých aspektů holismu i nedostatky v respektování celkové péče o člověka. Zároveň bylo zjišťováno, jaké hodnoty ze sociálně-kulturního pozadí mají dle jednotlivých informantů vliv na poskytování holistické ošetrovatelské péče. Rozhovor byl završen komparací holistické ošetrovatelské péče mezi ČR a Thajskem a následným doporučením, jak by bylo možné holistickou ošetrovatelskou péči v ČR zkvalitnit na základě zážitků z Thajska.

Šetření zrealizované s thajskými informanty bylo započato sdělením identifikačních údajů, zahrnovalo otázky na holistickou ošetrovatelskou péči, na informantovo subjektivní vnímání holistické ošetrovatelské péče, otázky na ovlivňování péče místními

socio-kulturními normami a na teoretickou přípravu k poskytování holistické ošetrovatelské péče.

Zpracování výsledků bylo provedeno pomocí metody otevřeného kódování s využitím metody „tužka – papír“.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen dvěma skupinami. Majoritní část informací byla získávána od českých absolventů stáže a poté byla doplněna informacemi získanými od menší skupiny thajských studentů ošetrovatelství.

První skupinu tvoří studenti a absolventi bakalářského programu Všeobecná sestra nebo navazujícího magisterského programu Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, kteří se zúčastnili odborné zahraniční stáže v Thajsku. Jednotliví studenti byli osloveni záměrně. Výběr informantů byl podložen dvěma kritérii. První bylo absolvování odborné stáže v Thajsku, druhým ochota podělit se o své zkušenosti pro potřeby výzkumu.

Druhou doplňující skupinu tvoří thajští studenti ošetrovatelství. Kritérii pro jejich výběr byla základní znalost angličtiny, studium oboru korespondujícího s oborem všeobecná sestra v ČR a ochota podělit se o své zkušenosti s poskytováním holistické ošetrovatelské péče pro potřeby výzkumu. Stejně jako studenti z ČR byli osloveni záměrně, a to na základě kontaktů navázaných během stáže.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Pokud by byla vytvořena tabulka, kde by u českých studentů byly vyznačené identifikační údaje, nebyla by zachována anonymita informantů, takže od toho bylo upuštěno.

Údaje jsou uvedeny hromadně formou souvislého textu. Jedná se pouze o ženy ve věku od 22 do 27 let, které studují nebo studovaly bakalářský program Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích nebo navazující magisterský program Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Čtyři informantky absolvovaly stáž během bakalářského studia a pouze jedna během magisterského. Všechny informantky absolvovaly stáž v letech 2017–2019. Pro potřeby práce jsou jednotlivé informantky z ČR označeny I1, I2, I3, I4, I5.

Identifikační údaje o informantech z Thajska jsou shodné. Jedná se o ženy ve věku 22–23 let studující v době realizace výzkumu čtvrtý ročník bakalářského studia ošetrovatelství. Pro odlišení od informantek z ČR jsou informantky z Thajska označeny jako T1, T2, T3.

4.2 Kategorizace získaných dat

Výsledky získané prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů byly rozděleny do několika kategorií a podkategorií a jsou prezentované v této podkapitole.

Seznam kategorií a podkategorií:

- Kategorie 1: Pohled na holistickou ošetrovatelskou péči
 - Podkategorie 1.1: Znalost definice holistické ošetrovatelské péče
 - Podkategorie 1.2: Subjektivní představa o poskytování holistické ošetrovatelské péče
 - Podkategorie 1.3: Představa o osobnosti sestry poskytující řádnou holistickou péči
- Kategorie 2: Pohled na holistickou ošetrovatelskou péči v České republice
 - Podkategorie 2.1: Zhodnocení holistické ošetrovatelské péče v České republice
 - Podkategorie 2.2: Možnosti zlepšení holistické ošetrovatelské péče v České republice

- Podkategorie 2.3: Socio-kulturní normy ovlivňující holistickou ošetrovatelskou péči v České republice
- Kategorie 3: Pohled na holistickou ošetrovatelskou péči v Thajsku
 - Podkategorie 3.1: Zhodnocení holistické ošetrovatelské péče
 - Podkategorie 3.2: Sociokulturní normy ovlivňující holistickou ošetrovatelskou péči v Thajsku
- Kategorie 4: Porovnání holistické péče mezi Českou republikou a Thajskem
- Kategorie 5: Možnost inspirace z Thajska při poskytování holistické ošetrovatelské péče v České republice

Kategorie 1: Pohled na holistickou ošetrovatelskou péči

I když má holistická ošetrovatelská péče svou definici, která je uváděna v odborné literatuře, vzhledem k rozdílnosti mezi jednotlivými lidmi může být vnímána odlišně. Podkategorie 1.1 se zabývá tím, zda jednotlivé informantky byly schopné holistickou péči definovat dle odborné literatury. V podkategorii 1.2 je rozpracován jejich subjektivní pohled na danou problematiku. Podkategorie 1.3 popisuje představy jednotlivých informantek, jaké vlastnosti a dovednosti by měla mít sestra, která poskytuje řádnou holistickou péči.

Podkategorie 1.1 Znalost definice holistické ošetrovatelské péče

Všechny informantky vyjmenovaly jednotlivé složky, na které se sestra během péče o pacienty měla soustředit, složku biologickou, psychickou, sociální a spirituální. Informantka I1: *„Holistická ošetrovatelská péče je péče, která se zaměřuje na člověka jako celek na jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby.“*

Dále informantky zmiňovaly i komplexnost péče a její individualizaci.

Jednoduchým, ale výstižným sdělením popsala holistickou péči o jedince informantka I5: *„Dívat se na člověka ze všech směrů, nejen na diagnózu.“* Vyjádřila tím i odstoupení od medicínského modelu péče směrem k modelu péče holistické.

I přes velmi přesné definování pojmu holistické ošetrovatelské péče informantky neuvedly interakci jedince s prostředím a ovlivňování jednotlivých složek jedince mezi sebou uvedla pouze informantka I4.

Se správnou definicí holistické ošetrovatelské péče jsou obeznámené i informantky z Thajska. Všechny uvedly, že se jedná o celkovou péči o člověka a vyjmenovaly

jednotlivé složky, o něž by se sestra měla starat. „*Pečovat o tělo, mysl, duši, emoce a prostředí.*“ (informantka T3)

Podkategorie 1.2 Subjektivní představa o poskytování holistické ošetrovatelské péče

Ve vlastním pohledu na holistickou ošetrovatelskou péči se informantky I2, I3, I4 a I5 shodovaly v upuštění od vnímání pouze somatického problému jedince a zaměření se i na další jeho problémy a pocity. „*Měla bych svou péči přizpůsobit pacientovi, ptát se ho na to, jak se cítí během výkonů a podobně. Nesnažit se koukat jen na to, abych udělala vše pro to, aby se pacientovi třeba zahojila rána na noze, ale i o to, jak se pacient v nemocnici cítí.*“ (informantka I3) Informantka I5 ale vyjádřila i určitou hierarchii, kterou lze v uspokojování potřeb pacientů nalézt: „*... že člověk nejdřív kouká na to, aby byly uspokojené fyzické potřeby a poté až na ten zbytek.*“ Ve svých výpovědích potvrdily tuto posloupnost v uspokojování potřeb i informantky I2, I3 a I4 a jako důvod, proč bývají zbylé potřeby odsunuty trochu do ústraní, uváděly především nedostatek času, které sestry na péči o pacienty mají.

Za velice důležitou složku holistické ošetrovatelské péče považují informantky I1, I3, I4 a I5 především komunikaci. „*Každopádně by měla být založená na komunikaci s pacientem, na rozhovoru. Případně u nekomunikujících pacientů nebo třeba klientů a pacientů s demencí, na základě rozhovoru s jeho rodinou.*“ Informantka I1 tímto zdůraznila důležitost komunikace nejen s nemocným, ale i získávání si informací z jiných zdrojů než jen od něj. Především pokud pacient není schopen komunikovat, pak je rodina a jeho blízcí jediným zdrojem informací, které jsou pro individualizovanou péči zásadní. Informantky kladly důraz i na určitý přesah v rámci komunikace, a to na její nonverbální složku. Všechny uvedly, že je důležité pacienta během rozhovoru vnímat a sledovat, zda se jeho projevy shodují s tím, co sestře sděluje slovy. „*Mít čas jej během komunikace pozorovat, aby sestra poznala věci, které on není úplně schopný říct nebo nechce říct.*“ (informantka I4)

Informantka I5 ve svých odpovědích vyzdvihla potřebu navázání vztahu s pacientem, z něhož by měla holistická péče vycházet. „*Záleží pak také na partnerském vztahu, na tom, jak je to mezi pacientem a tím pečujícím, protože ne vždy si každý sedne.*“ Zdůraznila i potřebu určitého sociálního cítění, kdy by každý pacient měl vědět, že je pro něj někdo k dispozici, ale zároveň by měla umět vycítit, zda má pacient o sociální kontakt zájem.

Jednoduchou zásadu pro respektování pacienta a vodítko pro to, jak poskytovat holistickou ošetrovatelskou péči uvedla informantka I3: „*Já bych řekla, že bychom se k sobě měli hlavně chovat jako člověk k člověku. ... Trošku si sami sebe představit v roli pacienta, jak bychom se cítili na jeho místě a jaké chování bychom my očekávali a vyžadovali.*“

Vnímání holistické ošetrovatelské péče thajskými informantkami se víceméně shoduje s názorem informantek z ČR. „*Pečovat i o pacientovi pocity.*“ Informantka T1 se tímto shoduje s většinou českých informantek v odstoupení od medicínského modelu péče. Tvzení informantky T3 „*Snažit se pochopit, jak pacienti vnímají, co se s nimi děje.*“ koresponduje s tvrzením informantky I3 o představě sebe samotné na místě pacienta. Informantka T2 se zaměřila na konkrétní příklady evalvace obsažené v komunikaci s pacientem: „*Naučit se pacientovo jméno a oslovovat ho jím. Zaměřit se na oční kontakt. Zajímat se. Usmívat se a smát se nebo použít terapeutický dotek.*“

Podkategorie 1.3: Představa o osobnosti sestry poskytující řádnou holistickou péči

„*Všude se píše, vím to, znám to, učila jsem se, že sestra by měla být až nadpřirozený člověk ... a že by měla být od učitele, psychologa, pomocníka, kamarádky, profesionálky, prostě vše možné, co je.*“ (informantka I5) „*Učebnice uvádějí mraky vlastností, které by sestra měla mít, jako je empatická, milá, komunikativní, zručná, zkušená, nezaulatá, obětavá, měla by mít kritický myšlení, přistupovat ke všem na milimetr stejně a za pacienta i dýchat. A taky by pro ni její povolání mělo být posláním. Ale sestry jsou taky lidi se svými problémama a stresama a občas taky nemusí mít náladu.*“ (informantka I3)

Úvodní dvě citace poukazují na až přeceňování osobnosti sestry, které je prezentováno studentům na školách. I přesto se ale jedná o výčet vlastností, které k osobnosti sestry náleží. Empatii uvedly informantky I1, I2, I3, I4, T1 a T3, kdežto zručnost a zkušenost pouze informantky I3, I4 a T1. Informantka I4 ve své výpovědi provázala prvotní získání dovedností v uspokojování základních potřeb pacientů a správném provedení ošetrovatelských výkonů, které je doplněno péčí o vyšší potřeby až následně: „*Myslím si, že je to i o nějaké praxi a zkušenosti, protože pokud studentka přijde na pokoj pacientů poprvé v životě, tak se asi úplně nezaobírá osobností jedince tak, jako když má základní věci naučené a může během péče sledovat i jiné parametry.*“

Informantky I5 a T2 se zaměřily především na vztahy, které sestra s pacientem během péče navazuje a I5 ještě na jejich aktuální psychické ladění. „*Záleží, jak si sestra s tím pacientem sedne. V jakém jsou oba rozpoloženi, což také hraje roli.*“ (informantka

15) Uvádí i potřebu oproštění se od předem prezentovaných závěrů o pacientovi od ostatního personálu a popsala i její vlastní přístup k péči, kdy se před kontaktem s pacientem snaží o oproštění se od vlastních problémů. Zároveň se vyjádřila, že záleží nejen na přístupu sestry, ale i pacienta, což jí svým sdělením potvrdily i informantka I1: „*Pokud ten pacient vyjádří nějakou pokoru a úctu, tak ačkoliv bych neměla, tak jsem jenom člověk a pravděpodobně k němu budu přistupovat líp než k někomu, kdo bude vyjadřovat opovrhování mým povoláním a mojí péčí.*“ a informantka I3: „*... jak mě pacient vnímá, jak mě respektuje.*“

Potřebu kvalitní komunikace zmínily všechny české informantky již během popisu jejich představy o holistické péči a z Thajska se k nim přidávají informantky T2 a T3. Když došlo na charakteristiku osobnosti sestry, tak potřebu kvalitní komunikace rozvedly ještě více do hloubky. Informantka I4 uvedla: „*... umět dobře komunikovat, číst v lidech, jelikož někdo zatajuje, že mu je špatně a správná sestra by to měla umět poznat.*“ S určitou schopností sestry vnímat nonverbální složku komunikace a na základě pozorování a jistého šestého smyslu umět vycítit, pokud pacient nesděljuje úplnou pravdu, s informantkou I4 souhlasily i ostatní. Informantka I3 to popsala jako schopnost „*číst mezi řádky*“ a informantka I1 jako „*schopnost pozorovat, protože někdy pacienti něco říkají a něco jiného doopravdy chtějí.*“ Z rozhovoru s informantkou T2 ještě vyplývá potřeba evaluace, která by měla být v komunikaci obsažena.

Informantka I3 ještě zmínila potřebu kritického myšlení, schopnosti si poradit a vhodné organizace času a naplánování si jednotlivých činností.

Informantky I1, I2 a T2 se shodly na tom, že sestra by měla být trpělivá. Informantky I2, T1 a T3 si myslí, že sestra by měla pacienta vyslechnout a informantka T3 se ještě zaměřila na svobodnou volbu pacienta, v níž by jej měla sestra podporovat.

Kategorie 2: Pohled na holistickou ošetrovatelskou péči v České republice

Druhá kategorie se zabývá pohledem jednotlivých informantek na situaci v České republice. Všechny absolvovaly studium na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích a většinu praxe vykonávaly právě v místní nemocnici, informantky I1 a I5 hned na začátku uvedly, že posoudit stav v celé České republice pro ně není reálné, jelikož nemají velkou zkušenost z jiných nemocnic. Hodnocení tedy bude vycházet především ze zkušeností s poskytováním holistické ošetrovatelské péče v českobudějovické nemocnici.

První podkategorie se zabývá zhodnocením holistické ošetrovatelské péče. V podkategorii 2.2 informantky přemýšlejí o možnostech, které by z jejich pohledu

mohly zkvalitnit holistický aspekt při poskytování ošetrovatelské péče. V poslední podkategorii se informantky vyjadřují k jednotlivým socio-kulturním normám, které poskytování holistické ošetrovatelské péče v České republice mohou ovlivňovat.

Podkategorie 2.1: Zhodnocení holistické ošetrovatelské péče v České republice

Informantky I2, I3, I4 a I5 uvedly, že vnímají posun v rámci poskytování ošetrovatelské péče směrem k většímu respektování jejího holistického aspektu. Informantka I2 řekla: *„Vidím zde snahu u spousty sester, že chtějí k pacientovi přistupovat jako k holistický bytosti a aby jejich péče neobsahovala jen technickou stránku věci, rády by měly víc času na pacienta, aby jej mohly vyslechnout a podobně.“* Vyjádřila tím i to, že snaha o aplikaci holistické ošetrovatelské péče vychází ze sester samotných a na tomto tvrzení se s ní shodly i informantky I1, I3 a I5. Informantka I5 okomentovala proces změny i ze strany lékařů: *„Hodně se to určitě zlepšilo i přístupem lékařů, kteří k pacientům již nepřístupují jako k majetku, to bylo nejspíš někdy po revoluci, kdy se to vše začalo měnit.“* Informantka I3 rozšířila snahu o využití prvků holismu při poskytování péče i mimo profesi všeobecné sestry a zmínila také snahu nižšího zdravotnického personálu.

Informantky I1, I3 a I5 se shodly na faktu, že záleží nejen na jednotlivých sestřích, ale i na odděleních, kde je péče poskytována. Informantka I5 rozšiřuje své tvrzení i o kontext situace, kdy se sestra s pacientem setkává: *„Samozřejmě vždycky záleží, kdo na koho natrefí a v jaké situaci.“* Informantky I1 a I3 rozlišují i možnosti pro naplnění všech složek holistické ošetrovatelské péče v nemocnici a v domově pro seniory s tím, že záleží i na typu zařízení, kde je péče poskytována. Zároveň uvedly i rozdílnost mezi jednotlivými zařízeními.

Ohledně uspokojování tělesných potřeb pacientů zaznělo v rozhovoru s informantkou I3: *„Z mého pohledu to jednoduše závisí na obsazenosti oddělení a vytíženosti sester a sanitárek, někde zvládnou pacienta kompletně vykoupat každý den, jinde jednou týdně a někde jsou rádi, že zvládnou šmahem zajistit hygienu na lůžku.“* To vychází z již uvedeného tvrzení o důležitosti časového faktoru.

Informantka I4 řekla k naplňování psychologických potřeb pacientů to, že se je na jejím pracovišti snaží řešit, pokud na základě pozorování vidí, že se zhoršuje pacientův psychický stav. Na základě této skutečnosti mu nabízejí konzultaci psychologa nebo kaplana. Z čehož vyplývá, že záleží nejen na sociálním cítění sestry, ale i na vlastní iniciativě pacienta. Dle informantky I3 může pacientovy psychické potřeby pomoci uspokojit i jiný zdravotnický personál: *„Docela bych asi vyzdvihla fyzioterapeuty, jelikož*

když je vidím na odděleních, tak během cvičení s pacientem si spolu povídají a jsou jim opravdu vcelku velkou psychickou oporou.“

Informantky I3 a I5 uvedly, že pro naplnění sociálních potřeb pacienta jsou umožněny návštěvy vzhledem ke stavu pacienta, a i když příchozí někdy nedodržují návštěvní hodiny, tak se je personál snaží respektovat. U pacientů v terminálním stadiu se personál snaží vyjít vstříc a návštěvy umožnit i do pozdních večerních hodin. Informantka I5 dodala i potřebu respektovat určitá nařízení s tím, že některá přání pacientů nejde kompletně vyplnit. „... *tak se musí brát ohled i na oddělení, že nemůže být třináct lidí u pacienta dvacet čtyři hodin denně.*“ Informantka I4 v sociální oblasti zohlednila i přesah péče mimo nemocniční prostředí, a to snahu řešit i sociální zázemí pacienta před blížícím se propuštěním, jedná se o to, zda je ho kam propustit, zda je jeho domácí prostředí vyhovující a jestli se o něj má kdo postarat.

Potenciál ve zkvalitňování spirituálních potřeb zmínily informantky I3, I4 a I5, přičemž informantky I3 a I4 se zaměřily na rozšíření služeb duchovních, které jsou pacientům poskytovány. Informantka I4 se zmínila o rozšíření nemocničních duchovních služeb: „*je teď hodně k dispozici nemocniční kaplan a i kaplanka, jelikož se teď rozšířil i ten tým a u nás na oddělení je vidám častěji.*“ Informantka I3 rozvedla uspokojování spirituálních potřeb i mimo ty, které souvisejí s náboženskou vírou: „... *viděla jsem i letáček na možnost nějaké aromaterapie během porodu, takže bych řekla, že i tahle složka se rozvíjí.*“

Podkategorie 2.2: Možnosti zlepšení holistické ošetrovatelské péče v České republice

Informantky se jednohlasně shodly na tom, že pro uspokojení celého spektra potřeb pacienta by bylo potřeba mít výrazně větší časový prostor. Aktuálně podle nich není na jednotlivé pacienty dostatek času. Informantka I4 vypověděla: „*Čím víc času bude sestra trávit na pokoji, tím víc je schopná zjistit o daném pacientovi a snáze a dříve zjistí i potřeby, které pacient má.*“ Informantka I2 se k ní připojila a tvrzením o nedostatku času na jiné činnosti než ty technického charakteru. Informantka I1 zdůvodnila nedostatečný individualizovaný přístup nedostatečným personálním zabezpečením, velkým množstvím pacientů a přehlcením administrativními činnostmi. Také zmínila, že v závislosti na těchto faktorech může dojít i ke ztrátě snahy o poskytování holistického přístupu. K tématu přepracování personálu se vyjádřily i informantky I2, která se obává o rozvinutí syndromu vyhoření a ztrátu zájmu o vyléčení pacienta, a I3: „*Sestra je*

utahaná, je ráda, že stihne vyplnit ordinace a když má pět minut čas, radši zvolí chvíli oddechu.“

Informantka I5 spatřuje problém i v přístupu samotných pacientů, jelikož někdy přicházejí s tím, že se mohou k sestřám chovat nadřazeně, a tak se vytrácí rovnováha ze vztahu sestra–pacient. V návaznosti na to je pro sestry náročné reagovat na pacientovy potřeby a jako příklad předložila situaci: *„Když by pacient stál o návštěvu třeba třinácti členů rodiny, tak se musí brát ohled i na oddělení, že nemůže být třináct lidí u pacienta dvacet čtyři hodin denně.“* S čímž souhlasila i informantka I3, která se navíc vyjádřila, že u početných návštěv je třeba brát zřetel i na pacienty, kteří jsou s navštěvovaným na pokoji, protože se jedná o omezení jejich pohody.

Jedna z informantek pracuje na dětském oddělení, kde má uspokojování potřeb pacientů určitou specifitu. Vzhledem k tomu, že ostatní informantky čerpaly své poznatky především z výkonu praxe na odděleních pro dospělé, považují za zajímavé zmínit i pohled dětské sestry. Pro uchování její anonymity nejsou následující výpovědi označeny číslem informantky. V rozhovoru uvedla: *„Protože u dětí je to hodně specifické a opravdu se snažíme o první poslední, aby dítě mělo od fyzických po psychické potřeby vše uspokojené, vše mu dopřát tak, aby bylo v pohodě. Samozřejmě máme na oddělení i rodiče, což je vlastně často kámen úrazu. ... Nevím, zda by se to dalo ještě vylepšit, protože u nás jsou povolené návštěvy i v covidové době. ... snažíme se dělat to nejlepší pro pacienty, ale pouze do míry, aby se to nevymstilo nám jako ošetřujícímu personálu. ... co jsem za svou praxi viděla, na dětském oddělení je to jedno z těch oddělení, kde se to dodržuje, jak se dá, ale možná bych mluvila jinak, kdybych byla hospitalizovaná se svým dítětem. Ale z pohledu sestry, která zde pracuje, tak mi přijde, že je zde celá ta holistická péče respektovaná.“*

Podkategorie 2.3: Socio-kulturní normy ovlivňující holistickou ošetrovatelskou péči v České republice

Informantky I1, I2 a I5 uvedly, že ze skutečností, které mají vliv na podobu holistické ošetrovatelské péče je nejdůležitější osobnost sestry, která péči poskytuje.

Působení náboženství na poskytování holistické ošetrovatelské péče nevnímá z informantek žádná. Informantka I5 uvedla, že se sice setkala s pacienty jiného náboženství, ale žádné rozdíly v péči nepociťuje. Všech pacientů se ptají na preference ohledně stravování, takže pro pacienty, jejichž víra jim nedovoluje přijímat určité druhy potravin, je tedy holistický přístup zajištěn. Informantka I2 se vyjádřila, že náboženství holistickou péči v ČR kvůli nízkému počtu věřící výrazně neovlivňuje. Informantka I3

ale předpokládá určité ovlivnění v jiných než nemocničních zařízeních. Uvedla především péči v hospicích nebo v domovech pro seniory, kde část péče často poskytují i jeptišky, takže je duchovní péče pro klienty dosažitelnější, v péči paliativní, kdy předpokládá, že umírající mají větší tendenci obracet se k Bohu, a v péči o seniory, mezi nimiž je větší procento věřících.

Co se týče všeobecných hodnot ve společnosti, tak informantky I1, I2 a I4 nevěděly, jak by mohla tato veličina ovlivňovat holistickou ošetrovatelskou péči, a obsáhlejší odpověď vynechaly. Celkově bylo náročnější pro informantky na tuto otázku odpovědět, jelikož se jedná o hodně obecný pojem. Informantka I3 si pod pojmem hodnot ve společnosti představila důvěru společnosti a respektování autorit. Vyslovila se, že jí zde chybí důvěra k autoritám, která se promítá i do zdravotnictví, a pacienti tak na základě nedostatku respektu často nedodržují pokyny především středního a nižšího ošetrujícího personálu. Podobně se vyjádřila i informantka I5, která se ale zaměřila konkrétněji na důvěru ve vztahu zdravotník–pacient: *„Když zde není důvěra, tak se velice těžko k lidem přistupuje, i když bychom jim chtěli pomoci, ale bez důvěry to prostě nejde.“* Pacient má právo odmítnout léčbu nebo péči, ale pokud k tomu dojde, nechává si vše potvrdit podepsáním příslušných dokumentů a snaží se jejich volbu respektovat a v závislosti na ní je nesoudit. Zároveň zmiňuje, že je zde znát výrazně vyšší autorita lékaře, což koresponduje s tvrzením informantky I3.

Již v popisu vlivů hodnot ve společnosti se informantky dotkly respektu k autoritám, který souvisí s prestiží povolání. Informantky I1, I3 a I5 se shodly na tom, že není důležité vnímání povolání sestry jako povolání prestižního v rámci celé společnosti, ale záleží především na přístupu jednotlivých pacientů, kterým sestra péči poskytuje. *„Myslím si, že holistickou péči a chování k pacientovi ovlivňuje to, jak mě daný pacient vnímá, jak mě respektuje, když bude on respektovat mě, budu já o to více respektovat jej a snažit se o celkově zaměřenou a individuální péči.“* řekla informantka I3. Informantka I5 neví, zda prestiž sester ovlivňuje poskytování holistické péče, protože podle ní sestry provádějí určité výkony na základě povinnosti. Informantka I2 se vyjádřila, že záleží především na osobnosti sestry a na tom, zda chce sesterské povolání opravdu vykonávat. K pojetí prestiže sesterského povolání ve společnosti se vyjádřily pouze dvě informantky. Informantka I3 tvrdí, že: *„Prestiž sester mi tu přijde taková, že obecně žádný terno. Možná tak, co se týká sester, který pracujou v akutní péči nebo třeba na sálech, tak tam mi ten respekt trochu přijde, já osobně smekám před sestřičkama v domovech důchodců*

a třeba ONP, ty mi ale přijde, že jsou fakt hodně nedoceněny.“ Informantka I4 si myslí, že zde velká prestiž sesterského povolání není.

Informantky I2, I3, I4 a I5 se vyjádřily, že během studia byly vedeny k poskytování holistické péče. Uváděly, že získaly především teoretický základ. Informantka I4 si myslí, že během studia na VŠ jsou studenti k poskytování holistické péče vedeni a téma holismu je probíráno ve velkém množství předmětů tak, aby se k tomu studenti byli schopni postavit. Informantka I5 na to navázala: *„Teoretický základ ze školy tam určitě je a pak záleží na každém, jak si to vezme k srdci a jak k tomu bude přistupovat.“*, což jí potvrdila i informantka I3, která řekla, že se o holismu učili hojně, ale základ ze studia vnímá především jako teoretický návod pro praxi. Informantka I2 porovnávala rozdíl ve vedení k holistické ošetrovatelské péči mezi VŠ a SZŠ: *„Myslím si, že sestra s vysokoškolským vzděláním je asi víc ponořená do problematiky a vůbec pojmu jako je holismus a podobně.“* Informantky I2 a I5 se ve svých odpovědích shodly na tom, že se snaží myslet na teoretický základ, který získaly během svého studia a aplikovat jej v rámci svého zaměstnání.

V oblasti zajištění dostatku personálu a vhodných pracovních podmínek uvedla informantka I3, že dostatek personálu je základem pro zajištění kvalitní péče, která má respektovat pravidla holismu. Důležitost personálního zajištění jí potvrdila i informantka I5 a vnímá ji i informantka I4, která ji popsala pomocí zhodnocení aktuální situace: *„Nepamatuji si, kdy naposledy by se nemluvilo o tom, že je nedostatek sester, a navíc teď v době pandemie.“* Všechny informantky se shodly na tom, že nedostačující pracovní podmínky snižují kvalitu péče, ať už se jedná o přetížení personálu vztahující se k počtu pacientů: *„Pokud jsou sestry někde dlouhodobě přetížené, tak už nemají sílu ani na vlastní psychohygienu, natož pomáhat někomu jinému. Někdo prostě nemá sílu na to zatnout zuby a pro druhého dělat první poslední, kdy sám nemá odkud brát.“* (informantka I5), tlak na výkon: *„Mám pocit, že je zde tlak na to, aby vše bylo hrozně rychle hotové.“* (informantka I4), anebo přetížení administrativními činnostmi, kvůli kterým nemá sestra dostatek času na pacienta, nebo nedostatečným finančním ohodnocením, které se může odrazit ve snížené snaze sester holistický přístup aplikovat. (informantka I2)

Dle informantek I1 a I2 dostupnost péče neovlivňuje její holistickou složku, ostatní informantky si myslí, že vliv je minimální. Informantka I5 vyjádřila pouze možnost narušení sociálního komfortu pacienta nemožností návštěv při hospitalizaci ve vzdáleném zařízení (především kvůli specializované péči) nebo nedostatečným zajištěním duchovní

péče, pokud by byl pacient jiného vyznání, než je křesťanství. Informantky I3 a I4 si myslí, že je zde všeobecně dobrá dostupnost péče.

Kategorie 3: Pohled na holistickou ošetrovatelskou péči v Thajsku

Třetí kategorie se věnuje zkušenostem českých informantek z jejich odborné stáže v Thajsku a je doplněna výpověďmi tamních studentek ošetrovatelství. Informantky z ČR absolvovaly část praxe ve fakultní nemocnici univerzity Mae Fah Luang v Chiang Rai, kde byly seznámeny s tradiční čínskou a thajskou medicínou, a část v Chiangrai Prachanukroh Hospital, což je veřejná nemocnice praktikující moderní medicínu. Hodnocení ošetrovatelské péče vychází ze zážitků z těchto dvou institucí. Je třeba také zmínit, že informantky I1, I3 a I5 uváděly problém s posouzením ošetrovatelské péče kvůli jazykové bariéře.

První podkategorie se věnuje posouzení holistické ošetrovatelské péče a podkategorie druhá se soustředí na pohled informantek na to, jak socio-kulturní normy ovlivňují holistické pojetí poskytování ošetrovatelské péče.

Podkategorie 3.1: Zhodnocení holistické ošetrovatelské péče

V péči o tělesnou složku člověka se české informantky jednohlasně shodly, že velké otevřené pokoje, kde vedle sebe leží třicet pacientů, žen i mužů dohromady, je velkým nedostatkem především z pohledu zajištění dostatečné intimity nemocných. Informantka I1 uvedla jako problém velká otevřená oddělení, která se podobají české JIP, s velkým počtem pacientů. Informantka I4 na toto téma uvedla: *„Myslím si, že z určitého pohledu docela respektují intimitu pacientů. Když jsme šli přebalovat, tak jsme zatahovali plenty kolem postele, ale na stranu druhou tam byly postele tak blízko u sebe a takové množství pacientů v jedné místnosti, kde leželi vedle sebe muži i ženy, že kdyby tam ty plenty nebyly, tak by to bylo hodně za hranou nabezení intimní zóny.“* Souhlasily s ní i informantky I2 a I3. Informantka I3 se navíc vyjádřila, že během hygieny to jako velký problém nevnímá díky zatažení závěsů, ale při vyprazdňování už jí to přišlo nevhodné. Informantky I2, I3 a I4 pociťovaly, i přes uvedené nedostatky prostředí, velký respekt k tělesné schránce, značnou snahu o nepoškození pacientů během provádění ošetrovatelských výkonů, neodhalování větší části těla, než bylo nutné, a již zmíněné striktní dodržování zatahování závěsů. Informantka I2 sdělila: *„Mi přišlo, že respektovali tělesnou složku v nejvyšším možném měřítku.“*

V zajišťování ošetrovatelské péče se informantky I1, I3 a I4 vyjádřily, že jim chybělo dodržování zásad bariérové ošetrovatelské péče. Informantka I3 uvedla problém především ve skladbě pacientů, kdy vedle sebe leželi onkologičtí pacienti, pacienti

s malárií a s horečkou dengue a ti, kteří byli opravdu infekční byli posunuti jen o půl metru dál a za závoj. Informantka I4 k tomu přidala i ochranu pacienta před zanesením infekce s tím, že kvůli nedostatečnému množství finančních prostředků se podle ní snaží šetřit na místech, kde to pro pacienty může být někdy i rizikové. Informantka I1 uvedla: *„Postrádala jsem nějakou péči o ležící pacienty v rámci polohování nebo tak a tím, že spoustu péče zajišťuje rodina, tak jsem neviděla třeba zpětnou vazbu, že by třeba sestra přišla a zeptala se: ‚Dali jste mu napít?‘, že počítali s tím, že to zajistí rodina.“* a souhlasila s ní i informantka I3, která na základě automaticnosti poskytování určité základní péče rodinou vnímá možnost snížení kvality péče kvůli nedostatečnému ošetrovatelskému vzdělání příbuzných. Jako příklad uvádí polohování pacientů, které téměř nepostřehla, ale na druhou stranu ji překvapilo, že pacienti proleženiny neměli.

Všechny české informantky se vyjádřily k přítomnosti rodiny, která je s pacientem po celou dobu jeho pobytu v nemocnici. Informantky I1, I3 a I5 uvedly určitou samozřejmost, že se o pacienta do nemocnice, v oblasti základní ošetrovatelské péče, přijde postarat rodina a informantka I5 k tomu řekla: *„Celkově rodina je s nemocnými v nemocnici, nejsou tedy pořád u lůžek, to ne, čekají na chodbách. Na dobu snídání, obědů, večeří, hygieny tam jsou a starají se o toho člověka, ... Mají to tak nastavený, že sbalí svoje živobytí, zavřou krámk a jdou do nemocnice se starat o svého blízkýho.“* Díky setrvání rodiny u nemocného se české informantky shodly na pozitivním vlivu na zajištění psychických a sociálních potřeb pacienta. Informantka I1 k tomu připojila i zvýšenou individualizaci péče, která se odvíjí jejího poskytování příbuznými. Informantky I3 a I5 ale vyjádřily i určité připomínky k setrvávání rodiny nemocného v nemocnici s ním. Informantka I3 se zaměřila na ekonomickou stránku: *„U jednoho mladého pacienta mi říkali, že oba rodiče si vzali volno z práce a šli se starat o syna. Chápu, že se jedná o určitou automatiku, že je třeba se o pacienta v nemocnici postarat, ale na stranu druhou, když oba rodiče přestanou chodit do práce a nemají příjem, tak to může mít docela následky na nějakou celkovou pohodu v rámci rodiny, jakože ekonomický následky pro rodiny z důvodu vynechání příjmů.“* Informantka I5 to okomentovala z pohledu zajištění vhodného prostředí pro nemocné, kdy je v nemocnici velký počet lidí, a tedy nedostatečné zajištění klidu, ticha a soukromí.

K zajištění psychických a duchovních potřeb pacienta se informantky I3, I4, I5 a částečně i informantka I2 vyjádřily k propojení tradiční východní a moderní medicíny a respekt k volbě pacienta, který si sám může zvolit, jakou cestou se chce v léčbě vydat. *„Oni vlastně umí zakomponovat tu tradiční vedle moderní a nemají s tím žádný problém.“*

uvedla informantka I4 a informantka I5 potvrdila možnost volby pacienta v tom, zda se rozhodne léčit cestou moderní anebo místní tradiční medicíny. K tomuto tématu se vyjádřily i informantky z Thajska. Informantka T2 uvedla, že pro zlepšení péče o pacienta je důležité propojení tradiční a moderní medicíny. Informantka T3 se vyjádřila o podpoře svobodné volby pacienta a jejímu respektu. Informantka I3 postřehla neustálou přítomnost náboženství na odděleních, kdy na každém z nich viděla sošku Buddha s drobnými dárky. Informantka I5 se vyjádřila, že si pacienti mohou kdykoliv zavolat duchovního a informantka T1 popsala, jak mniši v brzkých ranních hodinách přicházejí na oddělení. Informantka I2 pak uvedla pouze všeobecný respekt ke spiritualitě: „*Určitě mohu vypíchnout spirituální složku, na níž jim velmi záleží a berou ji důsledněji. Ale nejspíš ne kvůli tomu, že by měli, ale že respekt ke spirituální složce mají ve svojí povaze a kultuře.*“ Částečně jí tento přístup potvrdily informantka T3, která mluví o respektování jakékoliv pacientovi víry nebo přesvědčení a informantka T2, která se vyjadřuje o zapojení pacientovy víry do léčby a péče.

Ke komunikace mezi sestrou a pacientem se informantky, které tuto oblast zmínily, vyjadřovaly různě, a právě v této oblasti zdůrazňovaly problém s jejím posouzením kvůli jazykové bariéře. Informantka I2 se vyjádřila: „*Zdálo se mi, že se snaží důkladně informovat pacienta o postupech, které provádí.*“ Informantce I1 chyběla přítomnost sester u lůžek nemocných: „*Mám za to, že sestry nebyly tolik u lůžka jako třeba v Čechách, že tam nebyla ta komunikace tolik, ale nedokážu to tolik posoudit, jelikož nerozumím tomu, co tam říkali. Nevím, jestli ta komunikace byla jenom v rámci edukace nebo jestli byla i nad rámec.*“ Podobný názor zastává i informantka I3 a dodává, že se jí sice líbilo předávání směny sester u lůžka pacienta, ale zároveň jí chybělo, že s ním přímo nekomunikovaly, takže pacient byl spíše pozorovatelem jejich rozhovoru. Chybělo jí i pozastavení se sester u lůžka pacienta k prohození pár slov navíc v okamžiku, když šly provést výkon.

Podkategorie 3.2: Socio-kulturní normy ovlivňující holistickou ošetrovatelskou péči v Thajsku

K ovlivňování holistické péče náboženstvím se vyjádřily informantky I3, I4, I5, T1, T2 a T3. Informantky I3 a I5 si myslí, že náboženství má na místní péči velký vliv, a to především v přístupu pacientů, jelikož z podstaty buddhismu vyplývá, že celý život je utrpení, a tak pacient snáze přijímá péči tak, jak je nastavena. Zároveň jsou místní lidé i díky náboženství výrazně pokornější, což poskytování holistické péče značně zjednodušuje. V návaznosti na velký počet náboženství, které v Thajsku existují a téměř

stoprocentní podíl obyvatel, kteří se hlásí k nějaké víře, informantka T1 uvedla respektování stravovacích zvyklostí a jako příklad zajištění duchovní péče popsala že *„brzy ráno přicházejí mnichové na oddělení a my se zeptáme našich pacientů, zda jim chtějí věnovat nějaké peníze nebo jídlo.“* Informantka T2 a T3 se vyjadřují, že v Thajsku je respektováno, když se pacient v době nemoci obrací na svou víru, a je mu umožněno ji praktikovat i v nemocnici s ohledem na jeho zdravotní stav.

Konkretizace všeobecných socio-kulturních hodnot byla pro české informantky lehčí než při jejich popisu v ČR. Informantka I2 vyjádřila všeobecný respekt k osobnosti jedince, který vychází z místní kultury. Zmínila nejen respekt ke spirituální složce osobnosti, ale i k tělesné schránce, jelikož vnímala velkou opatrnost při realizaci výkonů a až strach z jejího poškození. Informantky I3, I4 a I5 uvedly důvěru ke zdravotníkům: *„Byl zde určitě respekt k autoritám, ke starším, vzdělanějším a výše postaveným. Zdravotníci ať už lékaři nebo sestry zde byli považováni v úctě, pacienti jim důvěřovali a celkově to z mého pohledu pro personál péči usnadňovalo.“* (informantka I3), která je spojená i s vděčností za poskytnutou péči, což popsaly informantky I3 a I5. Tyto faktory potvrdily i informantky thajské. Informantka T1 popsala povahu lidí v Thajsku jako uctivou, zároveň zde lidé mají soucit a nejdříve se dívají na ostatní než na sebe. To uvádí i informantka T2, která řekla, že součástí tradiční víry v Thajsku je respekt k ostatním lidem, a vysoké cenění obětování se pro druhé. Informantka T3 vyzdvihla úctu k činnosti sester, kterou popisuje jako jedinečnou v rámci společnosti a díky tomu v ně mají pacienti dostatečnou důvěru. Díky tradičním thajským hodnotám je dle thajských informantek vztah sestra–pacient naplněn uznáním z obou stran, které je potřebné pro poskytování řádné holistické péče.

Informantky I3, I4 a I5 vnímaly určitou pasivitu v přijímání ošetrovatelské péče pacienty a informantka I4 k tomu řekla: *„Přišlo mi, že sestry tam vždy přišly, podaly to a thajský pacient měl takovou důvěru v tu sestru, že ani neprotestoval.“* Dále informantky I3, I4, I5 a T2 zmínily i dříve popsané propojení moderní a tradiční medicíny a všechny české informantky mluvily o zapojení rodiny do péče. Informantka I5 k tomu doplnila vysoké cenění hodnoty zdraví a snahu o jeho zachování. Jako příklad uvedla realizaci preventivní péče i v odlehlých horských oblastech.

Prestiž sesterského povolání v Thajsku informantky vnímají poměrně rozdílně. Informantka I1 se vyjádřila, že jej nedokáže posoudit a informantka I2 jej vnímá na podobné úrovni jako je v ČR. Informantky I3, I4 a I5 vnímají prestiž sesterského povolání jako velmi vysokou. Informantky I3 a I5 ve svých odpovědích zhodnotily nejen

celkové vnímání prestiže společností, ale i úctu jednotlivých pacientů ke konkrétnímu zdravotníkovi, který se o něj stará. Nejlépe to shrnula informantka I5: „*Je tam úcta k sestřím a lékařům a lidi je poslouchají, když už jim něco nařídí, tak to asi dělají. I v té nemocnici se chovají slušně. Vždycky mi přišlo, že dělají maximum pro to, aby se uzdravili. Prestiž sestry je tam určitě u většího procenta lidí větší než u nás. Když už je někdo zdravotník, tak pro ně to něco znamená. Možná i proto, že mají vzdělání jen na univerzitě a na čtyři roky a už na zdravotníky koukají jinak. Je to vážené povolání a plyne to i z toho, že babička krále, která zemřela, vykonávala povolání sestry.*“ Thajské informantky tento fakt pouze potvrzují. Úcta k sestřím a cenění jejich povolání jako prestižního je podle nich zakořeněna v thajské společnosti a je součástí thajské tradiční víry. Informantky T1, T2 i T3 uvedly prestiž sester v Thajsku jako vysokou. Informantka T2 popsala jako vysoce ceněnou především trpělivost sester, jejich velkorysou péči a obětování se pro své pacienty, aby jim byly schopny poskytnout co nejkvalitnější péči. Informantka T1 na základě výsledků výzkumu, který četla řekla, že někteří thajští obyvatelé nazývají sestry „*anděli v bílých šatech*“ nebo popisují jejich činnost takto: „*Jen po dotyku ruky sestry se mi udělalo lépe.*“ Jako prestižní je zde dle informantek I3, I4 a I5 vnímáno i samotné studium ošetrovatelství. Informantka I3 popsala i hrdost studentů ošetrovatelství na své budoucí povolání, která se podle ní formuje i organizací ceremoniálů univerzitou.

V oblasti vlivu vzdělávání sester na holistickou ošetrovatelskou péči si informantky I3 a I5 myslí, že místní studentky jsou k holismu během výuky vedené, což potvrzuje i fakt, že všechny thajské informantky cítí, že během studia směřují k poskytování péče, která holismus respektuje. Informantka I5 se ke vzdělávání v Thajsku vyjádřila: „*Přijde mi, že na potřeby člověka jedou stejně jako u nás, ale přišlo mi, že to tam berou automaticky, nemusejí zdůrazňovat těm studentům, že je třeba koukat na pacienta z různých pohledů.*“ Informantky I2, I3 a I4 vnímaly během praxe studentek ošetrovatelství určité lpění na striktním dodržení postupu. Informantka I2 to občas vnímala jako až nepraktické, což ale částečně popřela informantka I5, jelikož poznamenala, že se praxe účastnila se studenty, kteří na ni šli poprvé. Myslí si, že po osvojení technických výkonů se dívají na všechny složky osobnosti jedince hodně automaticky. Zároveň se informantky I2, I3, I4 a I5 vyjádřily, že praxe, které se s thajskými studentkami zúčastnily, byla vzhledem k tomu, že šly na praxi do nemocnice poprvé, obdobná s praxí na české SZŠ, případně se začátkem praxe na VŠ.

„Přijde mi vcelku zajímavý, že i když je v Thajsku podle mě povolání sestry prestižní záležitost, tak byly sestřičky vcelku udřeny, vzhledem k tomu, jak moc pracujou, jak moc jsou v práci. Např. na kardio JIP tak tam pracovali osmičky a že v jeden den měla dvě směny. ... že na noční si s sebou brali děti, když měli klid, tak se jim věnovali, když potřebovali něco dělat, tak je dali do postýlky a ošetřovali pacienty.“ zhodnotila pracovní podmínky informantka I4. Podobné postřehy má i informantka I3, která se dozvěděla, že nárok na dovolenou se zvyšuje až po počtu odpracovaných let, a také, že absolventi oboru ošetrovatelství musí nějaký čas pracovat v Thajsku. V návaznosti na to vyjádřila obavu o ochotu poskytovat holistickou ošetrovatelskou péči. Informantka I4 pokračovala s tím, že hodně studentek jí během stáže řeklo, že jakmile si splní povinnou praxi v Thajsku, tak chtějí jít pracovat do zahraničí. Pro Informantky I3 a I5 byl v nemocnici vcelku velký počet sester. „Z pohledu mě jako Čecha, tak mi přišlo, že sester tam byla vždy hromada. Ale konkrétně vím, že naopak v nemocnici, ve které jsem byla mají podstav lékařů, jelikož na ten sever se úplně nehrnou. ... Možná tento nedostatek lékařů kompenzovali větším počtem sester a tím, že jim zvyšovali kompetence.“ řekla informantka I5. O tom, že v Thajsku mají nedostatek sester, se vyjádřily i informantky I4 a I1 a z thajský informantek to zmínily i informantky T1 a T3. Informantka T1 dodala, že stálá poptávka po sestřích je v Thajsku především kvůli náročnosti povolání.

Dostupnost péče v Thajsku informantky I3, I4 a I5 vnímají jako velmi rozdílnou v závislosti na regionu a ekonomickém zajištění pacienta. Informantka I5 vyjádřila její stanovisko k potřebě místních ve vyhledávání nemocniční péče. Myslí si, že místní lidé mají větší důvěru ve východní medicínu. Především lidé, kteří žijí v horách, nemají potřebu vyhledávat nemocniční péči, dokud jejich zdravotní stav není opravdu špatný, a ani ti se do nemocnice někdy nedostanou. Souhlasí s ní i informantka I4. Informantka I3 si myslí, že prvotní vyhledávání tradiční medicíny je v Thajsku i proto, že je pro místní obyvatele dostupnější. Informantky I3, I4 a I5 uvedly, že vnímají i velké rozdíly v úrovni poskytované péče ve veřejné nemocnici, ve které absolvovaly praxi, v porovnání např. s prezentovanou péčí v síti soukromých nemocnic Bangkok Hospitals. Informantka I4 k nim doplnila i velké rozdíly v péči na standardních odděleních a v části nemocnice, kde si pacienti připlácejí za nadstandardní pokoje: „Jak jsme se byly podívat ve křídle, které bylo pro ty VIP pacienty, protože tam to bylo jak v Americe. Přijde mi to v Thajsku opravdu hodně kontrastní a záleží na tom, kam se člověk dostane. ... Když budeš v Chiang Rai a pak v Bangkoku, kde je jedna z nejlepších nemocnic na světě, tak to bude opravdu

rozdíl.“ Informantka I5 k tomu ještě doplnila: „základní ošetření tam mají pro každého, což jsem si zjišťovala. ... ale pokulhává trochu ta následná péče.“

Kategorie 4: Porovnání holistické péče mezi Českou republikou a Thajskem

Kategorie se zabývá největšími rozdíly, které informantky vnímaly v rámci ošetrovatelské péče mezi Českou republikou a Thajskem. Informantka I5 popsala snahu o porovnání holistické ošetrovatelské mezi ČR a Thajskem takto: „Já bych řekla, že to je jako bychom porovnávali jablka s hruškama, kromě toho, že obojí roste na stromě a je to ovoce, tak nemá nic společného. Je to zdravotnictví a v jiných podmínkách, Srovnávat podmínky České republiky a Thajska mi přijde naprosto nesrovnatelné.“

Jako první se zaměříme na záležitosti týkající se celkově systému poskytování péče. Informantka I5 uvedla, že vnímá český systém zdravotního pojištění jako spravedlivější. „Přijde mi, že v Čechách si může člověk ledasco dovolit, aniž by musel poskytovat vlastní prostředky a v Thajsku ne.“ Systémovou záležitostí je i síť poskytovatelů zdravotní péče, o níž se zmínily informantky I3, I4 a I5, a všechny ji vnímají jako výrazně lépe zajištěnou v ČR, a to včetně konstantnosti úrovně poskytované péče. Informantky I4 a I5 ještě dodaly, že výraznější rozdíl v úrovni péče v ČR je znát spíše jen na privátních klinikách zabývajících se specializovanou péčí.

Dalším aspektem, který informantky zmiňovaly, bylo prostředí, v němž je péče poskytována. Informantky I1 a I3 uspořádání standardních oddělení v Thajsku přirovnávaly k otevřené české JIP. Informantka I4 porovnávala i podmínky intenzivní péče a dle ní jsou podmínky na JIP v ČR i v Thajsku srovnatelné. S prostředím a vybavením souvisí i komfort pacienta, o němž si informantka I4 myslí, že jej bude mít lepší pacient v ČR díky modernějšímu vybavení, např. elektronicky polohovatelným postelím, které v Thajsku byly pouze na JIP. Ke zdravotnickému materiálu se vyjádřila informantka I5, která jej hodnotí jako shodný. S personálním zajištěním to vypadá v obou zemích podobně. O nedostatku sester v nemocnicích v Thajsku mluvily informantky I1, I3, I4, I5 a T1, v ČR tento problém vidí informantky I3 a I4. I přesto ale informantky I3 a I5 uvedly, že v Thajsku bylo podle nich ošetřujícího personálu výrazně více než v Čechách.

Výrazný rozdíl uvedly informantky v ovlivňování ošetrovatelské péče místním náboženstvím, případně celkovým naladěním společnosti, kdy v Čechách vnímají informantky I2, I3, I4 a I5 vliv náboženství spíše malý. V Thajsku je podle informantek I3, I4 a I5 působení buddhismu nebo náboženství obecně a podle informantek I3 a I5 i celkové smýšlení místních lidí výrazně více znát. „jejich přístup k sobě samým i k pacientům, bylo to úžasné. Buddhismus je v tomto hodně specifický a jak v Thajsku

převládá, tak si myslím, že tam vliv na holistickou péči má. ... Ale u nás v Evropě nebo i přímo tady v Čechách už žádné náboženství nehraje tak velkou roli, především u mladších ročníků.“ uvedla informantka I5.

Pacienti v Thajsku péči přijímají s výrazně větší pokorou, vděkem a s větší důvěrou ke zdravotníkům než v ČR (podle informantek I3, I4 a I5), zároveň jsou ale hodně pasivní, český pacient se více snaží zapojit se do péče a léčby, což tvrdí informantky I3 a I4. Informantka I3 k tomu řekla: *„Přišlo mi, že pacient je zde vcelku pasivním příjemcem péče, přijímá ošetrovatelskou péči s vědomím, že sestry pro něj dělají to nejlepší, nehádá se s nimi a respektuje je. ... Český pacient se ptá na všechno, co mu jde lékař nebo sestra dělat, kdy ho propustí a tak.*“ A celkově i prestiž sesterského povolání v Thajsku vnímaly informantky I3, I4 a I5 jako výrazně vyšší než v ČR. Informantka I4 dokonce uvedla: *„Vlastně snad poprvé v životě jsem zažila pocit, že jsem opravdu hrdá na to, že studuju ošetrovatelství a v Česku se mi to nikdy nestalo.*“

Informantky I4 a I5 popsaly rozdíl v přístupu k tradiční a moderní medicíně. Informantka I4 k tomu řekla, že v ČR pacienti upřednostňují moderní medicínu a alternativy vyhledávají až v krajních případech, pokud jim moderní medicína nepomůže. V Thajsku je místní tradiční medicína často první volbou nemocných.

Všechny informantky uvedly rozdílnost postoje k přítomnosti rodiny u nemocného. Informantka I3 k tomu řekla: *„V tomhle byl ten rozdíl asi nejmarkantnější ze všech, jak v Thajsku ta rodina měla víceméně povinnost zůstat s pacientem v nemocnici, v Česku mám pocit, že je nám rodina občas i na obtíž.*“ A podobně se vyjádřila i informantka I4: *„Pro ně je to naprostá součást a nedokážou si to bez toho představit, pro nás je zase nepředstavitelné, že bychom měli mít u lůžka pět příbuzných.*“

Kategorie 5: Možnost inspirace z Thajska při poskytování holistické ošetrovatelské péče v České republice

Informantky I1, I2 a I3 uvedly větší otevřenost k přítomnosti rodiny u nemocného a navázání lepší spolupráce s ní. *„Libilo se mi to zapojení rodiny do péče, ale nevím, jestli by to u nás bylo reálný. Třeba na oddělení následný péče si myslím, že by to bylo fajn. Že by hospitalizovaný měli větší možnost kontaktu s rodinou.*“ řekla informantka I1 a informantka I2 doplnila, že péče rodiny by mohla částečně nahradit i péči sestry.

Informantky I3, I4 a I5 by viděly přínos v respektu ke zdravotníkům, který v Thajsku panuje. Informantka I5 ji rozšířila i na větší úctu k učitelům a úctu ke studiu samotnému: *„I ty studentky, které šly studovat ošetrovatelství v Thajsku to braly s takovou úctou. U nás mi přijde, že některý holky to jdou studovat a dělat to nechtějí a nebudou.*“

Informantka I3 vyjádřila větší respekt ke vzdělání obecně, jelikož má pocit, že hodnota vzdělání v ČR je celkově velmi nízká.

5 Diskuze

Holismus je téma, které provází všechny, kteří se rozhodnou zabývat se oborem ošetrovatelství od začátku studia přes první léta v zaměstnání až po nástup do penze. I přesto, že definice holismu je všude jednotná, může se jeho praktická aplikace v různých koutech světa lišit. Na základě mého zážitku z odborné stáže v Thajsku nám přišlo zajímavé zmapovat a porovnat vnímání poskytování holistické ošetrovatelské péče v České republice a v Thajsku studenty, kteří se stáže také zúčastnili. A na podkladě výsledků sestavit inspiraci pro zkvalitnění holistické ošetrovatelské péče v České republice.

Jako první jsme se v rozhovoru zeptaly na definici holistické ošetrovatelské péče. Informantky z ČR i z Thajska ji vymezily především jako celistvou péči zaměřující se na bio-psycho-socio-spirituální potřeby jedince a jako komplexní péči o člověka s individuálním přístupem. Drobné nedostatky vidíme pouze v tom, že nezmínily integraci jedince s prostředím a že ovlivňování jednotlivých složek jedince mezi sebou uvedla pouze jedna informantka. Celkově z výpovědí všech informantek usuzujeme, že vymezení pojmu holistická ošetrovatelská péče je všeobecně známo studentům v ČR i v Thajsku. Všechny informantky si tedy ze studia odnášejí dostatečný teoretický předpoklad pro realizaci holistické ošetrovatelské péče v praxi. Veškeré informantky z Thajska se shodly na tom, že je v rámci teoretické výuky připravují na poskytování holistické ošetrovatelské péče dostatečně. Z české strany bychom chtěly vyzvednout výpověď informantky I5: „*Teoretický základ pro poskytování holistický ošetrovatelský péče tu určitě je, protože se to omílá od prváku až po konec studia.*“

Dále jsme se zabývaly subjektivním pohledem informantek na to, jak by měla vypadat holistická ošetrovatelská péče a jaká by měla být sestra, která ji poskytuje. Je zajímavé, že všechny informantky se zaměřily spíše na uspokojování jiných potřeb než biologických. Přitom Trachtová (2018, str. 14) uvádí: „*V situaci, kdy jsou fyzické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání člověka.*“ Dále sděluje, že uspokojení základních potřeb pacienta je pro léčbu nezbytné, ale o potřebách vyšších se vyjádřila spíše jako o podpůrných: „*Uzdravování podpoří i psychická pohoda nemocného.*“ (Trachtová, 2018, str. 16) Z těchto tvrzení lze vytvořit závěr, že primární uspokojení pacientových biologických potřeb je základem pro aplikaci holistického přístupu do praxe. Pokud pacient nemá uspokojené základní potřeby, nemusí být schopen přijmout intervence sestry v oblasti uspokojování potřeb vyšších. Informantky z Thajska

postavily holistickou péči především na schopnosti empatie sestry, naproti tomu se informantky z české strany shodly především na faktu, že pro uspokojení co nejširšího spektra potřeb pacienta potřebuje sestra hlavně dostatek času. Zcela logicky se tedy do smýšlení zdravotníků promítá primárnost uspokojení biologických potřeb, což vyjádřila informantka I5: „*Což si myslím, že u nás zdravotníků je to, že člověk nejdřív kouká na to, aby byly uspokojené fyzické potřeby a poté až ten zbytek.*“ V časové tísní se sestra dokáže věnovat pouze nejnutnějším základním potřebám, splnění ordinací lékaře a administrativní činnosti. Svou trpělivostí a dostatečným množstvím času na péči dokáže uspokojit i vyšší potřeby nemocného, a tak navodit jeho psychický klid a mnohem vhodnější podmínky pro léčbu.

Důležitým prvkem holistické péče je pro informantky komunikace. Z české strany zazněla především schopnost sestry komunikaci kvalitně vést a thajské informantky se zaměřily spíše na evalvací pacienta, která by v ní měla být obsažena, a rozvinutí vztahu mezi sestrou a pacientem. Z našeho pohledu mají pravdu obě strany. Vzhledem k tomu, že komunikace je základem dorozumívání se mezi lidmi (Pokorná, 2011), musí sestra nejdříve od pacienta zjistit, jaké potřeby má, aby je mohla uspokojit, a tak naplnit cíl holistické péče. Důraz kladly informantky především na nonverbální složku komunikace, což potvrzuje i Pokorná (2011), která uvádí, že pouze 7 % informací člověk přijímá pomocí slov a zbytek vnímá jako paralingvistické aspekty řeči a řeč těla. Důležitost komunikace vyzdvihuje i Höschel v rozhovoru s Čilíkovou (2019): „*Gró role sestry spočívá v umění komunikace s pacientem, o kterou by se povolání sestry mělo opírat především.*“ Komunikace je i základem k vytváření vztahů (Pokorná, 2011), které hrají důležitou roli v interakci mezi sestrou a nemocným. O důležitosti budování vztahu mezi sestrou a pacientem se vyjádřila informantka T2 a informantka I5 mluví o potřebě partnerského poměru mezi účastníky, s tím, že důležitými faktory jsou osobnostní vlastnosti obou zúčastněných a jejich aktuální nálada. „*Je naprosto přirozené, že ne vždy si každý s každým sedne.*“ Svým tvrzením mírně popírá přístupy, které prezentuje Zacharová (2017), a to nutnost přistupovat ke všem pacientům stejně a emoce podřizovat rozumu, což je jen důkazem přeceňování role sestry, které zmiňovaly informantky I3 a I5. Popis sestry a jejích schopností v odborné literatuře bývá nadhodnocený a z mého pohledu mi přijde lepší brát je spíše jako vzor, k němuž by se sestra měla snažit přiblížit. To se odráží i v popisu interakce sestra–pacient od informantky I5, která si myslí, že je důležité vycítit, ke které ze sester má pacient bližší vztah a následně toto zjištění využít v péči.

Z výzkumu nám vyplynulo, že při poskytování holistické ošetrovatelské péče záleží především na osobnostních vlastnostech sestry a jejím přístupu. Informantka I5 k tomu řekla: „*To musí vycházet z toho člověka, aby toho druhého tak bral, aby se o druhé staral s tímto úhlem pohledu*“. A záleží také na odstoupení od medicínského modelu a dostatku času na poskytování péče. Sestra by měla být schopna vést kvalitní komunikaci dle pravidel slušného chování a vnést do ní empatii. Pacient by měl cítit, že nemocniční personál je zde pro něj a zároveň si může vybrat, na koho se obrátí, a bude to respektováno. Je zajímavé, že dostatek zkušeností a zručnost uvedly pouze dvě informantky z osmi a kritické myšlení pouze jedna. Osobně si myslím, že informantky chápou správné provedení technického výkonu jako automatické a holistickou péči vidí především v nadstavbě nad precizním splněním ordinací a uspokojením biologických potřeb pacienta. Pro léčbu, za níž pacient do nemocnice nejčastěji přichází, je podle mě právě technická zručnost zásadní dovedností sestry i přesto, že v léčbě má sekundární roli. (Mastiliaková, 2002) Díky správnému, rychlému a bezbolestnému provedení výkonu pacient získává pocit, že je ve správných rukou, což má vliv na jeho větší psychickou pohodu, která je dle Trachtové (2018) důležitá pro jeho uzdravení. I když nemocný přichází do nemocnice primárně za lékařem, výrazně více času s ním tráví sestra a hodnoty, které popisovaly informantky, vnímám jako důležité především pro péči, v níž má primární roli a jejíž okruh má na následnou kvalitu života jedince mnohem výraznější dopad než samotná léčba choroby. (Mastiliaková, 2002)

Situaci v České republice popisují informantky především na základě zkušeností s poskytováním péče v nemocnici v Českých Budějovicích, odkud čerpám zkušenosti i já. Informantky opět uváděly důležitost osobnosti sestry a různost poskytování úrovně holistické ošetrovatelské péče mezi odděleními. Kvalitu uspokojování potřeb v závislosti na osobnosti sestry, která o pacienty aktuálně pečuje, potvrzuje ve své práci Vydrová (2019). Celkově na nás zjištěné informace působily dojmem, že informantky hodnotí poskytování holistické ošetrovatelské péče spíše kladně s důrazem na snahu pramenící ze samotných sester. Pro mě osobně to bylo značně pozitivní zjištění, jelikož jsem nepředpokládala tak kladné hodnocení v ČR.

Za pozitivní zjištění považujeme to, že většina informantek pocituje zlepšení v uspokojování celého spektra potřeb pacientů. Informantka I4 uvedla: „*Když se na to tak podívám, tak se asi dají naplnit veškeré součásti holistické ošetrovatelské péče, pokud je k tomu příležitost*.“ To ukazuje, že šance na jejich naplnění zde jsou.

Celkově všechny informantky vnímají, že největší překážkou v poskytování holistické ošetrovatelské péče v ČR je nedostatek času na pacienta, nedostatečné personální zajištění pracoviště, přetížení personálu a nadbytek administrativní činnosti. Potvrzuje to i Novotná (2019), která ve svém výzkumu zjistila, že časový faktor vidí jako největší překážku v implementaci holistického přístupu do praxe 74 % dotazovaných zdravotníků a důležitost času, který sestry na péči mají, vnímají v uspokojování svých potřeb i samotní pacienti. (Vydrová, 2019; Ježková, 2020) Novotná (2019) vyzkoumala i nejčastější příčiny neuspokojení potřeb pacientů, kterými jsou nedostatek personálu, administrativa, syndrom vyhoření a nezáměr personálu, což se objevuje i v tvrzeních našich informantek. Vedle časového faktoru je pro poskytování holistické péče důležité mít o problematice dostatečné vědomosti. Všechny informantky se shodly, že jsou dostatečně připravovány pro poskytnutí holistické péče, a své znalosti i prokázaly. Oproti tomu Štecová (2011) zjistila, že i když znalosti holismu má 78 % dotazovaných, tak správnou odpověď zvolilo 100 % dotazovaných vysokoškolsky vzdělaných sester, ale sester, které absolvovaly SZŠ, pouze 55 %. Ratislavová a Bednářová (2018) ale uvádějí, že z 85 % dotazovaných, kteří prokázali výborné znalosti holismu, nebyl významný statistický rozdíl mezi absolventy SZŠ a VŠ. Osobně se přikláním k tomu, že vysokoškolské vzdělání má vliv na množství znalostí o problematice holismu a že vysoká úroveň znalostí informantek vychází ze studia na vysoké škole. Jako důkaz přikládám tvrzení informantky I2, která porovnávala množství informací vyučované na SZŠ a poté na VŠ: *„Pokud si dobře pamatuji, tak na střední škole jsme tomu úplně nevěnovali tolik času, jako pak na vysoké, tam bylo to téma holismu rozebíraný víc do hloubky.“*

V kulturních hodnotách informantky, které se k nim vyjádřily, spatřovaly jako problematický především faktor důvěry a úcty k autoritám. Bohužel musíme konstatovat, že důvěra v ČR spíše chybí, a to ať to informantky řekly přímo anebo popsaly situaci, kdy si při odmítnutí péče pro své bezpečí nechávají vše doložit podpisem potřebných dokumentů. Nejedná se o přístup nejen ze strany sester, ale i pacientů, což potvrzuje Ježková (2020), která zjistila, že na základě zkušenosti s hospitalizací svých blízkých si zachovalo důvěru v ošetrovatelskou péči pouze 37 % dotazovaných. Faktor vzájemné důvěry přitom považujeme za velice důležitý pro poskytování holistické ošetrovatelské péče.

Náboženství dle informantek ovlivňuje holistickou péči v ČR minimálně. Mě osobně tato informace nepřekvapila, jelikož si jsem vědomá nízkého procenta věřících v zemi, což uváděly i informantky jako zdůvodnění svého názoru. Plně to kopíruje fakt, že se

k náboženství hlásí pouze necelých 21 % české populace. (ČSU, 2014; Údaje ze sčítání lidu z r. 2011) Jedna z informantek si myslí, že víra ovlivňuje poskytování holistické ošetrovatelské péče spíše u starší populace nebo v péči o umírající. Tento fakt kopírují statistická data, kdy ze sčítání lidu v roce 2011 vyplývá, že procento věřících se zvyšuje s věkem. (ČSU, 2014)

Prestiž povolání není podle informantek faktorem ovlivňujícím poskytování holistické péče v ČR, daleko více si váží úcty projevované od konkrétního pacienta a jeho přístupu k nim samotným. Tvzení informantek potvrzují výzkumy zabývající se motivací sester k výkonu jejich povolání. Ačkoliv se všechny přímo nevěnují motivaci sester poskytovat holistickou péči, ale spíše motivačním faktorům k výkonu profese celkově, předpokládáme, že se nebudou výrazně lišit. Dle výzkumu Hanouskové (2015) považují sestry jako nejpříjemnější odměnu svých pracovních výsledků uznání od pacienta a Rambousková s Rastislavovou (2018) zjistily, že prestiž povolání má v motivace sester zcela minoritní postavení. Vedle platu a jistoty zaměstnání je hlavní motivační složkou sester především péče o pacienty (Rambousková a Rastislavová, 2018). Novotná (2019) uvádí, že pracovníci jsou spokojeni ve chvíli, když jsou spokojeni i jejich pacienti.

Uspokojování tělesných potřeb informantky komentovaly minimálně a opět se zaměřily především na potřeby psychosociální, duchovní a spirituální. Usuzujeme tedy, že v uspokojování biologických potřeb vnímají informantky určitou automaticnost. I já sama se přikláním k tomu, že v dnešním zdravotnictví by pacient neměl mít neuspokojené základní potřeby. Uspokojení psychologických potřeb je již složitější a informantky uvádějí i potřebu iniciativy pacienta, potvrzuje se tím důležitost partnerského vztahu mezi nemocným a ošetřujícím personálem a zapojením pacienta do péče o jeho zdraví. Ze zkušenosti informantky I3 – „*Když si pacientka na jipce žádala psychologa a sestry trochu kroutily očima, tak mi přišlo, že to není až tak běžný požadavek. Psycholog se ale samozřejmě zajistil a pacientka byla spokojená a myslím si, že to mělo i dobrý vliv na další péči.*“ – lze odvodit, že potřeba psychologické péče pro pacienty by měla být i částečně destigmatizována. Informantka I4 ale řekla, že pokud vidí na některém z pacientů, že se necítí psychicky dobře, tak mu nabízejí službu kaplana anebo psychologa. Přístup k odborné psychologické pomoci se tedy liší. Sociální potřeby nemocného vnímají informantky jako zajištění kontaktu nemocného s rodinou během pobytu v nemocnici a jako zabezpečení jeho sociálního zázemí po propuštění z nemocnice. Některé informantky vyjádřily obavu narušení pravidel oddělení

při neomezeném uspokojování sociálních potřeb pacientů formou návštěv na oddělení a také nutnost respektování ostatních pacientů. Právě v duchovních a spirituálních potřebách vnímají informantky největší posun kupředu díky rozšiřující se práci nemocničního kaplana nebo díky možnostem zapojení alternativních aspektů do péče.

Hodnocení situace v Thajsku je limitované jazykovou bariérou a počtem institucí, v nichž informantky praxi vykonávaly, jedná se o fakultní nemocnici univerzity Mae Fah Luang v Chiang Raii a Chiangrai Prachanukroh Hospital. Já jsem společně se dvěma kolegyněmi, které mi také poskytly rozhovor, navštívila ještě ambulantní sektor a urgentní příjem jedné malé nemocnice.

Nedostatek zdravotnického personálu uvádějí informantky z Thajska a na základě rozhovorů s thajskými sestrami i české informantky, potvrzuje jej např. Sirisub et al. (2019). Gaesawahong (2015) uvádí, že nedostatek sester v Thajsku je zdaleka vyšší ve veřejném sektoru oproti soukromému. Kromě nedostatku personálu české informantky vnímaly zajištění kvality prostředí na standardních odděleních jako ne zcela dostatečné pro poskytování řádné holistické péče. Chyběl jim zde klid a dostatek soukromí, což bylo dáno především otevřeností oddělení, velkým množstvím pacientů a téměř stálou přítomností rodinných příslušníků. V privátní části nemocnice poskytovaly samostatné pokoje prostředí velmi příjemné. Nemohu jinak než souhlasit, sama jsem také vnímala opravdu velké rozdíly mezi částmi nemocnice, kde je poskytována péče a léčba placená z daní a kde si pacient hradí nadstandardní péči z vlastních zdrojů.

I když českým informantkám na standardních odděleních kvůli velkému počtu lidí chybělo soukromí pacientů, uváděly velký respekt nejen k intimitě jedince, ale i celkově k tělesnosti a celé jeho osobnosti. Projevovalo se to neodkrýváním větší části těla pacienta, než kterou bylo pro výkon nezbytné odhalit, a přesným dodržováním postupů ve snaze pacientovi neublížit. Navzdory tomu, že přítomnost rodiny měla částečně až rušivý vliv, tak díky jejímu setrvání v nemocnici vnímají informantky pozitivní vliv na psychické a sociální potřeby pacientů. Zároveň byla rodina zapojena do péče o pacienty, kterým pomáhala zajistit především základní potřeby, což zvyšuje individualizaci péče. Informantka I5 se o péči poskytované rodinou vyjádřila: „*Na dobu snídání, obědů, večeří, hygieny tam jsou a starají se o toho člověka, protože to tam ty sestry v popisu práce asi úplně nemají.*“

Celkově panující úcta v thajské společnosti a velký vliv buddhismu, ke kterému se hlásí kolem 95 % Thajců (MacDonald a Parkes, 2017), se dle informantek promítají i do poskytování holistické ošetrovatelské péče. Pokora, úcta a důvěra se v holistické péči

opravdu odrážejí a myslím si, že právě díky tomuto přístupu pacientů je pro sestry mnohem více motivační při péči holismus respektovat, jelikož je jim odměnou uznání od pacienta. Informantky zde vnímaly velkou vděčnost pacientů za poskytnutou péči, ale informantky z ČR zároveň i určitou pasivitu. Tankumpuan et al. (2019) ji vysvětluje očekáváním pacienta, že za něj rozhodne lékař jakožto autorita, a zároveň se této pasivity obává kvůli možnosti nepochopení si mezi zdravotníkem, kvůli kterému vzniknou chyby v následné léčbě a přisuzuje ji snaze o vyhnutí se konfliktu. Koubková (2015) předpokládá, že buddhismus může pomoci jedinci lépe přijmout bolest, což ve svých zkušenostech popisuje informantka I3: *„Přišlo mi, že pacienti mnohem snáze snášeli bolest a nepříjemné zákroky.“*

Při porovnávání holistické ošetrovatelské péče jsme na základě odpovědí informantek dospěly k závěru, že v České republice je lepší zázemí pro její poskytování díky modernějšímu vybavení, pokojům pro malý počet pacientů, často se sociálním zařízením přímo na pokoji a polohovatelným lůžkům, a to ve většině zdravotnických zařízeních. Uložení většího množství pacientů v otevřené místnosti je spíše jen na odděleních intenzivní péče. V Thajsku na standardním oddělení ležel velký počet pacientů v jedné velké místnosti a bylo zde velké množství lidí, ale v okamžiku, kdy si pacient hradil „nadstandard“ ve veřejné nemocnici anebo šel přímo do soukromého sektoru, rozdíl v zázemí pro poskytování péče byl opravdu markantní. V ČR je tento rozdíl znatelně menší. V Thajsku ale pro poskytování řádné holistické péče panuje mnohem vhodnější atmosféra, především díky místním kulturním hodnotám. Pongsuwan (2014) uvádí, že v interpersonálních vztazích v Thajsku je níže postavený povinen prokázat úctu a respekt jedinci, který je postaven výše, ten je pro změnu povinen mu poskytnout radu, ochranu, morální podporu a napomoci mu v naplňování jeho potřeb. Zároveň předpokládá, že se tyto hodnoty promítnou i do chování studentů ošetrovatelství během interakce s pacienty anebo s vyučujícími. Naše informantky uváděly vděčnost místních pacientů za poskytnutou péči i úctu studentů ošetrovatelství k učitelům, což hodnoty, jež popisuje Pongsuwan (2014), jen potvrzuje. Pokud by se v popisované hierarchii interpersonálních vztahů vztah nadřízenosti zdravotníka a podřízenosti pacienta nahradil vztahem partnerským, vnímáme jej jako velice dobrý základ pro poskytování holistické péče. V souvislosti se vztahem sestra–pacient bychom uvedly i rozdíl v přístupu pacientů. Český pacient je aktivnější, má větší snahu o zapojení se do péče a léčby, což u pacientů podporuje jejich zdravotní gramotnost. Ježková (2020) bohužel zjistila, že pacienti se cítí nedostatečně zapojování do péče a přístup personálu

popisují spíše jako direktivní. Pacient v Thajsku je na direktivní přístup vlivem místní kultury více nastaven, takže pasivní přijímání péče mu je bližší. Některé informantky se vyjádřily, že v Thajsku předpokládají nižší úroveň zdravotní gramotnosti, z mého pohledu je její příčinou právě neaktivní přístup pacientů a nižší dostupnost zdravotní péče v některých oblastech, kterou informantky také zmiňovaly. Zlepšení dostupnosti zdravotní péče je součástí univerzálního zdravotního pojištění (Tangcharoensathien et al., 2018) a zvýšení zdravotní gramotnosti obyvatelstva je jedním z cílů Národního plánu pro podporu zdraví v Thajsku. (Khampang et al., 2020)

I přesto, že informantky neuvedly prestiž povolání jako faktor, který by měl vliv na poskytování holistické ošetrovatelské péče, tak na základě velikosti rozdílu, který uváděly ve vnímání prestiže povolání sestry v ČR a v Thajsku, bychom chtěly zmínit i propast ve vnímání sesterské profese samotnými sestrami. V ČR vnímá dle Živné (2020) svou profesi jako atraktivnější než jiné pouze 30 % sester a dokonce 41 % hodnotí jiné profese jako atraktivnější. Jedná se o výsledky, které jsou v rozporu s daty Centra pro výzkum veřejného mínění z roku 2019, kdy se zdravotní sestra umístila jako třetí nejprestižnější profese v České republice. Oproti tomu v Thajsku vnímá svou profesi jako uznávanou přes 80 % sester. (Sirisub et al., 2019)

V uspokojování biologických potřeb jsme na základě výzkumu nevnímaly žádný výrazný rozdíl, především i proto, že k biologickým potřebám se informantky nijak výrazně nevyjadřovaly. Z vlastní zkušenosti ale mohu říct, že v obou zemích bylo postaráno o hygienu, výživu, hydrataci a vyprazdňování pacientů, takže jejich základní potřeby byly zajištěny. Myslíme si ale, že v péči rodiny v Thajsku chyběla určitá profesionalita, jež informantky vyjádřily obavami z nedostatečné kontroly příjmu tekutin nebo dodržování léčebné diety a téměř absencí polohování ležících pacientů, z výpovědi informantky I3 jsme ale překvapivě zjistily, že nezaznamenala velký výskyt dekubitů a na základě svých zážitků ze stáže to mohu potvrdit. Právě zapojení rodiny je jedním z největších rozdílů v péči mezi ČR a Thajskem, kdy v ČR o pacienty pečuje zcela výhradně ošetrovatelský personál, v Thajsku hraje v poskytování základní ošetrovatelské péče velkou roli rodina a od této skutečnosti se odvíjí uspokojování velké části potřeb pacientů. V ČR dle Ježkové (2020) necítí zájem o spolupráci s rodinou ze strany ošetrovatelského personálu téměř 60 % dotazovaných. Vydrová (2019) uvádí, že snaha ošetrovatelského personálu zapojit rodinu do péče je malá a samotní rodinní příslušníci mají strach z poškození svého blízkého anebo zastávají názor, že péče o pacienta je povinností personálu. Od přítomnosti rodiny se odvíjí i uspokojení sociálních,

psychických a nenáboženských spirituálních potřeb pacientů a také potřeby pocitu jistoty a bezpečí. „*Myslím si, že sociální stránku mají díky tomu zajištěnou víc, než by si kdokoli v Česku mohl přát.*“ vyjádřila se k uspokojení sociálních potřeb pacientů v Thajsku informantka I5 a já nemohu jinak než souhlasit. Uspokojování psychických potřeb v Thajsku se opět hodně opírá o přítomnost rodiny a o vlivy místní kultury, především náboženství, kdy podstata buddhismu nemoc přijímá jako jednu z forem utrpení, které jsou spjaty s životem a ovlivňovány karmou. (Koubková, 2015) V návaznosti na filozofii buddhismu popisuje uspokojování psychických potřeb informantka I5: „*Co se týče psychologické stránky, tak nevím, že oni to berou tak, že to přichází a odchází, velkou roli tam podle mě má jejich náboženství.*“ V ČR Štecová v roce 2011 zjistila, že sestry jsou stále orientované spíše na uspokojování fyzických potřeb. K podobnému závěru dospěla i v roce 2020 Ježková. Novotná v roce 2019 zjistila, že téměř třetina sester při příjmu pacienta nezjišťuje jeho psychické potřeby. Na základě poznatků z těchto tří výzkumů (Štecová, 2011; Novotná, 2019; Ježková 2020) předpokládáme, že psychické potřeby pacientů v ČR jsou stále uspokojovány nedostatečně. S přihlédnutím ke kulturnímu pozadí v Thajsku, požadavkům místních pacientů a přítomnost rodiny během hospitalizace, hodnotíme psychické potřeby thajských pacientů jako více uspokojené než potřeby pacientů českých. Spirituální potřeby jsou často mylně vnímány jako potřeby religiozní, ale patří do nich i důstojnost, sebeúcta, naděje, bezpečí, láska, individualita apod., kdy jako cestu k jejich uspokojení, uvádějí pacienti nejčastěji rozhovor se zdravotnickým personálem. (Kvasničková, 2016) V uspokojování religiozní složky spirituálních potřeb z našeho pohledu hraje roli procento věřících ve společnosti, které se v ČR (21 %; CSU, 2014) a v Thajsku (téměř 100 %, 95 % buddhistů; MacDonald a Parkes, 2017) značně liší. Informantka T1 řekla, že v Thajsku mniši přicházejí na oddělení každé ráno automaticky a informantka I3 si všimla sošek Buddhy přítomných na každém oddělení. V ČR si pacient návštěvu duchovního musí spíše vyžádat a Vydrová (2019) uvedla, že z deseti dotazovaných pacientů o možnosti využití služeb nemocničního kaplana věděli pouze tři. I přesto ale informantky uváděly, že se podle nich uspokojování religiozních potřeb zlepšuje.

Na základě zážitků z Thajska informantky uvedly dvě součásti ošetrovatelské péče, které by bylo vhodné v ČR zlepšit.

První se týká zapojení rodiny do péče. Z výzkumu Vydrové (2019) a Ježkové (2020) by o lepší spolupráci s rodinou stáli i samotní pacienti. Osobně v zapojení rodiny vidím značné benefity i pro sestru, především tím, že část péče o pacienta je schopna převzít

rodina a díky tomu sestra získá více času pro poskytování péče dalším pacientům. Pokud rodina vidí, že je schopna zajistit základní ošetrovatelskou péči svému bližnímu v nemocnici za pomoci sestry, může získat větší víru ve své schopnosti, že se o svého příbuzného dokáže, třeba s dopomocí domácí péče, postarat i v domácích podmínkách.

Druhý faktor bychom nazvaly jako všeobecná úcta, respekt a prestiž v ošetrovatelství. Již během vzdělávání prokazují thajští studenti úctu k samotnému studiu ošetrovatelství. Když jsme se s mými kolegyněmi během stáže ptaly thajských spolužáků, proč studují ošetrovatelství, často nedokázali odpovědět. Nikdo z nich ale neřekl, že by do zdravotnictví po ukončení studia nenastoupil. Zároveň v Thajsku studenti prokazovali úctu a respekt těm, kteří jim znalosti předávali, ať už se jednalo o vyučující anebo sestry z praxe. Další oblastí byl přístup pacientů, kteří měli důvěru ve zdravotníky a jejichž péči přijímali s vděkem a pokorou. Jako poslední bychom chtěly zmínit hrdost samotných sester na své povolání. Vnést do českého ošetrovatelství tyto hodnoty by pro poskytování holistické ošetrovatelské péče nastolilo výrazně lepší podmínky.

Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „*Porovnání holistické ošetrovatelské péče v České republice a v Thajsku z pohledu místních studentů*“ se zabývá tím, jak vnímají holismus současní a bývalí studenti ošetrovatelství, kteří absolvovali stáž v Thajsku. Následně prezentuje zhodnocení a porovnání holistické péče v České republice a v Thajsku a popis kulturního pozadí, které je ovlivňuje, od českých informantů. Informace, jež byly získány od thajských studentů ošetrovatelství, jsou z oblastí subjektivního vnímání holistické péče a kulturních vlivů, které poskytování holistické ošetrovatelské péče v Thajsku ovlivňují.

Obou stanovených cílů bylo dosaženo. Prvním cílem bylo zhodnotit holistickou ošetrovatelskou péči v ČR a v Thajsku z pohledu studentů. V ČR ji informantky vidí jako zlepšující se především díky snaze sester, které na ni ale bohužel nemají většinou dostatek času. V Thajsku vnímají zajištěnost holistické péče především díky rodině, která s pacientem v nemocnici setrvává, ale jako nedostatečné vnímají fyzikální prostředí na standardních odděleních. Druhým cílem bylo porovnání holistické ošetrovatelské péče mezi ČR a Thajskem z pohledu studentů. Jako největší rozdíly uváděly informantky fyzikální prostředí, množství času, jež trávila rodina s nemocným v nemocnici, postoj ke spojení místní tradiční a moderní medicíny a přístup samotných pacientů.

Na základě výsledků výzkumného šetření vyplývá, že čeští i thajští informanti mají dostatečné znalosti z oblasti holistické ošetrovatelské péče. V jejich subjektivním vnímání holistické péče do popředí vystupuje především odstoupení od medicínského modelu a osobnost sestry, která díky vhodné komunikaci a laskavému přístupu pomůže uspokojit i nebiologické potřeby pacienta. Díky dostatku času s ním bude moci navázat vztah, který bude založen na důvěře a nabídne mu pochopení a pocit bezpečí a zároveň zvládne profesionálně vykonat veškeré potřebné intervence. Holistická péče ale nezáleží pouze na sestře samotné, ale i na přístupu pacienta. Pokud vyjádří úctu k její péči, sestra se bude spíše snažit k němu přistupovat celostně. Ne nadarmo se nemluví pouze o jednosměrném působení sestry na nemocného, ale i o vzájemném vztahu sestra–pacient.

Ze zkušeností českých informantek vyplývá, že holistická péče v ČR a v Thajsku má každá své nedostatky a je ovlivňována odlišnou kulturou i přesto, že se obě země potýkají s nedostatkem zdravotnických pracovníků. V ČR vidí informantky zlepšení a snahu pramenící ze samotných sester nemocnému holistickou péči poskytnout. Chybí jim zde ale čas na nemocné a občas spatřují problém v přístupu některých pacientů, kteří práci

sester neuznávají. V Thajsku informantky viděly problém především v prostředí veřejných nemocnic, jelikož většinu potřeb, které je třeba u pacientů uspokojit, jim pomáhala naplnit stále přítomná rodina a role sestry byla důležitá především při plnění lékařských ordinací. Kulturu ovlivňující holistickou péči vnímají informantky výrazněji v Thajsku, ať už se jedná o náboženství, anebo přístup místních lidí k sestrám i k sobě samým.

Pro českou praxi by bylo přínosné vnést úctu a pokoru do ošetřovatelství. Ať se již jedná o jakýkoliv ze vztahů student–vyučující, student–pacient, student–sestra, sestra–pacient nebo sestra–lékař. Především vděčnost pacientů v Thajsku byla velkou motivační složkou ke snaze poskytnout řádnou holistickou péči. Více respektovat přítomnost rodiny a zlepšit její zapojení do péče, především o dlouhodobě nemocné pacienty nebo klienty v sociálních zařízeních, by také bylo vhodné.

Téma holismu je třeba propagovat pro zkvalitnění ošetřovatelské péče a úpravu podmínek pro její poskytování tak, aby byla aplikace holismu do praxe účinnější. Věříme, že netradiční zpracování této problematiky může přinést inspiraci do českého prostředí.

Seznam použitých zdrojů

- 1 ABDULLA, A., et al. 2019. Toward Comprehensive Medicine: Listening to Spiritual and Religious Needs of Patients. *Gerontology & Geriatric Medicine*. Vol 5, 1-6. doi.org/10.1177/2333721419843703.
- 2 ANZENBACHER, A. 2015. *Křesťanská sociální etika – Úvod a principy*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. 272 s. ISBN 978-80-7325-371-4
- 3 BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- 4 CELUNOVÁ J., S. TVRDLÍKOVÁ., 2016. *Jak se žije v České republice – Průvodce pro cizince*. Praha: Ekopress. 117 s. ISBN 978-80-87865-29-3.
- 5 ČILÍKOVÁ, K., 2019. Povolání sestry stojí na umění komunikovat. *Florence* [online]. 2019(4) str. 2-6. [cit. 2021-04-05] ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/zpravodajstvi/nazory-volny-cas/povolani-sestry-stoji-na-umeni-komunikace-s-pacientem/>.
- 6 ČOUDKOVÁ, L., 2009. Vyznavač buddhismu na ošetrovatelské jednotce. *Kontakt*. 11(2), 487-493. ISSN 1212-4117.
- 7 DOSSEY, B. M., 2008. *Holistic nursing: A handbook for practice*. 5th Revised edition. Jonas and Bartlett Publishers. 785 s. ISBN 978-0-7637-5429-7.
- 8 FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Vydavatelství Osveta. 212 s. ISBN 80-8063-227-8.
- 9 GAESAWAHONG, R., 2015. A Review of Nurses' Turnover Rate: Does Increased Income Solve the Problem of Nurses Leaving Regular Jobs. *The Bangkok Medical Journal*, 9(1), 76-82. <https://doi.org/10.31524/bkkmedj.2015.02.016>.
- 10 HANOUSKOVÁ, J., 2015. *Motivační a demotivační faktory při výkonu povolání všeobecné sestry*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK.
- 11 HAVELKOVÁ, K., 2017. Co byste měli vědět o novele zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. *Florence* [online]. 2017(9) [cit. 2021-01-30], Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/9/co-byste-meli-vedet-o-novelezakona-o-nelekarskych-zdravotnickych-povolaniach/>.
- 12 IVANOVÁ, K., et al. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

- 13 JAROŠOVÁ, D., 2000. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV nakladatelství. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
- 14 JEŽKOVÁ, V., 2020. *Holistický přístup v ošetrovatelské péči*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.
- 15 KARAS, P., 2018. *Příprava na státní maturitu*. 3. vydání. Praha: Fragment. 215 s. ISBN 978-80-253-3768-4.
- 16 KHAMPANG, R. et al. 2020. Factors Associated with Health Literacy Competencies: Analysis of Thai Health Literacy Survey 2019. *ResearchSquare.com*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-60016/v1>.
- 17 KOUBKOVÁ, H., 2015. *Nemoc z pohledu vybraných světových náboženství*. Praha. Diplomová práce. UK v Praze, Katolická teologická fakulta, Katedra pastorálních oborů a právních věd.
- 18 KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 156 s. [cit. 2020-01-12] ISBN 978-80-7454-764-5. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/43691>
- 19 KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. 133 s. ISBN 978-80-7454-600-6.
- 20 KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- 21 KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
- 22 KVASNIČKOVÁ, V., 2016. Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu pacienta. *Florence* [online]. 2016(7-8) str. 22-24. [cit. 2021-04-08] ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/7/uspokojovani-spirituálních-potřeb-z-pohledu-pacienta/>.
- 23 LIU, Y. et al., 2015. Nursing education in the United States, Thailand, and China: Literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*. 5(7), 100-108. doi.org/10.5430/jnep.v5n7p100
- 24 LOPEZ, D. S., 2012. *Příběh buddhismu: Průvodce dějinami buddhismu a jeho učením*. Třetí vydání. Barrister & Principal. 368 s. ISBN 978-80-87474-72-3.
- 25 MACDONALD, P. a C. PARKES, 2017. *Thajsko*. Čtvrté vydání. Brno: CPress, Velký průvodce National Geographic. 404 s. ISBN 978-80-264-1594-7.

- 26 MARADA, M. et al., 2016. *Zeměpis 8: učebnice pro základní školy a víceletá gymnázia*. Plzeň: Fraus. 136 s. ISBN 978-80-7489-057-4.
- 27 MARADA, M. et al., 2017. *Zeměpis 9: učebnice pro základní školy a víceletá gymnázia*. Plzeň: Fraus. 88 s. ISBN 978-80-7489-310-0.
- 28 MASLOW, A. H., FRAGER, R., 1987. *Motivation and personality*. 3rd ed. New York: Harper and Row. 336 s. ISBN 978-00-604-1987-5.
- 29 MASTILIAKOVÁ, D., 2002. *Úvod do ošetrovatelství. 1. díl, systémový přístup*. Praha: Nakladatelství Karolinum. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
- 30 MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví. 2., nezměň. vyd.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
- 31 MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- 32 *Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu – 2011*. 2014. [online] Český statistický úřad. [cit. 2021-04-07] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/nabozenska-vira-obyvatel-podle-vysledku-scitani-lidu-2011-61wegp46fl>.
- 33 NOVOTNÁ, A., 2019. *Zájem sester aplikovat holistický přístup v praxi s ohledem na současný stav ošetrovatelství*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče.
- 34 ODROBIŇÁK, J., 2011. Co dělá nemocniční kaplan? *Psychologie dnes*. 17(3), 60-61. ISSN 1212-9607.
- 35 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. *Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU*. [online]. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_cs_czech.pdf
- 36 PAPATHANASIOU, I., et al. 2013. Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*. 2(1), 1-5. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Ioanna_Papathanasiou/publication/235759117_Holistic_Nursing_Care_Theories_and_Perspectives/links/02bfe513359fc613bc000000/Holistic-Nursing-Care-Theories-and-Perspectives.pdf

- 37 PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 38 PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J., et al. 1998. *Akademický slovník cizích slov: [A-Ž]*. Praha: Academia. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
- 39 PLEVOVÁ, I., et al. 2018. *Ošetrovatelství I. 2.* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
- 40 PLEVOVÁ, I., et al. 2019. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
- 41 POKORNÁ, A., 2011. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. doplněné vydání. Brno: NCO NZO. 104 s. ISBN 80-7013-440-2.
- 42 PONGSUWAN, CH., 2014. [online] *Developing effective strategies for nursing care: the learning process of Thai undergraduate nursing students: a thesis presented in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing at Massey University, Palmerston North, New Zealand*. Doctoral thesis. Massey university. [cit. 2021-04-08] Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10179/5650>.
- 43 *Prestiž povolání – červen 2019*. 2019. [online] Centrum pro výzkum veřejného mínění. [cit. 2021-04-09] Dostupné z: <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/tiskove-zpravy/ekonomicke/prace-prijmy-zivotni-uroven/4990-prestiz-povolani-cerven-2019>.
- 44 PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., et al. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- 45 PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., et al. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
- 46 RAMBOUSKOVÁ, A. a K. RATISLAVOVÁ, 2018. Motivace v profesi všeobecných sester. *Ošetrovatelské perspektivy* [online]. 1(2) str. 29-37. [cit. 2021-04-03] Dostupné z: https://osp.slu.cz/artkey/osp-201802-0002_motivace-v-profesi-vseobecnych-sester.php.
- 47 RATISLAVOVÁ K., a M. BEDNÁŘOVÁ, 2018. Psychosomatika, holistický přístup a ošetrovatelská praxe. *Ošetrovatelské perspektivy* [online]. 1(1) str. 89-95. [cit. 2021-04-07] Dostupné z: https://osp.slu.cz/artkey/osp-201801-0010_psychosomatika-holisticky-pristup-a-osetrovatelska-praxe.php.
- 48 SIRISUB, P. et al., 2019. Intention to extend working life among Thai registered nurses in Ministry of Public Health: A national survey. *Nursing research and practice*. Vol. 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/7919404>.

- 49 SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
- 50 STASKOVÁ, V., et al. 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetřovatelství 21. století.* Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-2206-6.
- 51 SUMRIDDECHKAJORN, K. et al., 2019. Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol 97, 415-422. dx.doi.org/10.2471/BLT.18.223693
- 52 ŠAMÁNKOVÁ, M., et al. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a v nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu.* Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 53 ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství I.* Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
- 54 ŠTECOVÁ, A., 2011. *Využití holistického přístupu v ošetřovatelské profesi.* Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- 55 ŠULISTOVÁ, R. a M. TREŠLOVÁ., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči pro sestry a porodní asistentky.* České Budějovice: Jihočeská univerzita. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
- 56 SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
- 57 TANGCHAROENSATHIEN, V. et al., 2018. Health system development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*. Vol. 391, 1205-1223. doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3
- 58 TANKUMPUAN, T. et al., 2019. Heart failure and social determinants of health in Thailand: An integrative review. *Heliyon*. 5(5), doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01658
- 59 TÓTHOVÁ, V., et al. 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace. 2. aktualizované vydání.* Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
- 60 TRACHTOVÁ, E., 2018. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 4. přepracované a doplněné vydání.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 97-880-7013-590-7.
- 61 University of Chian Mai, Faculty of Nursing. *Master of Nursing science international program.* [online]. [cit. 2020-12-20]. Dostupné z: <https://www.nurse.cmu.ac.th/web/en/Detail.aspx?id=3124>
- 62 University of Chiang Rai, School of Nursing. *Nursing Assistant Certificate.* [online]. [cit. 2020-12-20]. Dostupné z:

https://reg.mfu.ac.th/registrar/program_info_1.asp?f_cmd=2&levelid=1&programid=581190701&facultyid=19&programyear=2558&programname=%BB%C3%D0%A1%D2%C8%B9%D5%C2%BA%D1%B5%C3%BC%D9%E9%AA%E8%C7%C2%BE%C2%D2%BA%D2%C5+%28%CB%C5%D1%A1%CA%D9%B5%C3+1+%BB%D5%29&facultyname=%BE%C2%D2%BA%D2%C5%C8%D2%CA%B5%C3%EC&levelname=%BB%C3%D0%A1%D2%C8%B9%D5%C2%BA%D1%B5%C3

- 63 VÁCHA, M. 2019. *Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-271-2575-3.
- 64 VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- 65 VOŽENÍLEK, V. et al., 2015a. *Zeměpis 3*. Olomouc: Prodos. 136 s. ISBN 80-7230-106-3.
- 66 VOŽENÍLEK, V. et al., 2015b. *Zeměpis 4*. Aktualizované vydání. Olomouc: Prodos, 109 s. ISBN 978-80-7230-117-1.
- 67 VYDROVÁ, T., 2019. *Uspokojování potřeb u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče.
- 68 Vyhláška č. 39/2005 Sb., Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, 2005. [online]. [cit. 2020-12-12]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 8, s. 189-211. Dostupné z: <https://www.zakony.cz/zakon-SB2005039>.
- 69 WILLIAMS, P., A. TRIBE., 2011. *Buddhistické myšlení: úplné uvedení do indické tradice*. Praha: ExOriente. 301 s. ISBN 978-80-904246-8-5.
- 70 ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
- 71 ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
- 72 Zákon č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (zákon o veřejném zdravotním pojištění), 1997. [online]. [cit. 2020-12-13]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 16, s. Dostupné z: <https://www.zakony.cz/zakon-SB1997048>.

- 73 Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. [cit. 2020-12-12]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452-1479. Dostupné z: <https://www.zakony.cz/zakon-SB2004096>.
- 74 Zákon č. 201/2017 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, 2017. [online]. [cit. 2021-23-4]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 72, s. 2065-2084. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201/zneni-20170901>
- 75 ŽIVNÁ, V., 2020. *Pracovní spokojenost všeobecných sester a prestiž povolání*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Podklad pro rozhovor v ČR

Základní informace:

Pohlaví:

Věk:

Datum absolvování stáže:

Oblasti vlastního rozhovoru:

1. Co je to holistická ošetrovatelská péče?
 - a. Co pro vás znamená?
 - b. Jak si představujete, že by měla vypadat?
 - c. Jaká je podle vás sestra, která pacientovi poskytuje řádnou holistickou péči, jaké jsou její vlastnosti a dovednosti, jaká je její osobnost?
2. Jak vnímáte holistický přístup v ošetrovatelské péči v České republice?
 - a. Jak jsou zde respektována pravidla holismu při poskytování ošetrovatelské péče?
 - b. Jak by mohla být respektována pravidla holismu lépe? Jak by mohly být lépe uspokojovány potřeby pacientů?
 - c. S jakými nedostatky v rámci holistické ošetrovatelské péče se nejčastěji setkáváte v českých nemocnicích?
 - d. Proč si myslíte, že holistická ošetrovatelská péče zde není dostatečně poskytována?
3. Vnímáte, že v České republice převažující náboženství a kulturní normy (hodnoty ve společnosti, vzdělávání sester, prestiž sesterského povolání, dostatek personálu a pracovní podmínky, dostupnost péče – finanční, místní a časová) ovlivňují poskytování holistické ošetrovatelské péče? Pokud ano, tak jak? Pokud ne, tak proč?
4. Jak vnímáte holistický přístup v ošetrovatelské péči v Thajsku?
 - a. Jak jsou zde respektována pravidla holismu při poskytování ošetrovatelské péče?
 - b. Jak by mohla být respektována pravidla holismu lépe? Jak by mohly být lépe uspokojovány potřeby pacientů?
 - c. S jakými nedostatky v rámci holistické ošetrovatelské péče jste se zde setkal/a?
 - d. Proč si myslíte, že holistická ošetrovatelská péče zde není dostatečně poskytována?
5. Vnímáte, že převládající náboženství a kulturní zázemí (hodnoty ve společnosti, vzdělávání sester, prestiž sesterského povolání, dostatek personálu a pracovní podmínky, dostupnost péče – finanční, místní a časová) v Thajsku ovlivňují poskytování holistické ošetrovatelské péče? Pokud ano, tak jak? Pokud ne, tak proč?
6. Co vnímáte jako největší rozdíly mezi poskytováním holistické ošetrovatelské péče v České republice a v Thajsku?
 - a. Jaké skutečnosti to podle vás ovlivňuje?
 - b. Ve kterých oblastech uspokojování pacientových potřeb jste vnímal/a největší rozdíly? Jaké byly?

- c. Myslíte si, že poskytování hol. oš. péče ovlivňuje způsob vzdělávání sester v rámci zemí a jak a proč?
 - d. Myslíte si, že poskytování hol. oš. péče ovlivňuje prestiž povolání sestry v jednotlivých zemích a jak a proč?
7. Co bychom se podle vás v České republice mohli od Thajců v rámci poskytování holistické ošetrovatelské péče přiučit a proč? Jak nás mohou inspirovat?

Příloha č. 2: Podklad pro rozhovor v Thajsku

Základní informace:

Pohlaví:

Věk:

Oblasti vlastního rozhovoru – česká verze:

1. Co je to holistická ošetrovatelská péče? Zkuste definovat.
2. Jak vnímáte holistickou ošetrovatelskou péči? Co pro vás znamená? Jaká by měla být osobnost sestry, která poskytuje holistickou ošetrovatelskou péči?
3. Myslíte si, že je poskytování holistické ošetrovatelské péče ovlivňováno místními kulturními normami a náboženstvím? A jak?
4. Jak jste v rámci teoretického a praktického vzdělávání vedeni k poskytování holistické ošetrovatelské péče?
5. Jste schopni aplikovat teoretické znalosti o holistické ošetrovatelské péči (nabyté během vašeho studia) do klinické praxe? Ano / Částečně / Ne. A proč?
6. Vnímáte sesterské povolání ve vaší zemi jako prestižní? A proč?

Oblasti vlastního rozhovoru – anglická verze:

1. What is holistic nursing care? Try to define.
2. How do you perceive holistic nursing care? What does it mean for you? What kind of personality or attributes do you think that holistic care nurse should have?
3. Do you think that local cultural norms and religion influence holistic nursing care? And how?
4. How have you been prepared and educated to provide holistic nursing care in your theoretical and practical training?
5. Are you able to apply the theoretical knowledge of holistic nursing care (acquired during your studies) to clinical practice? Yes. / Partly. / No. And why?
6. Do you think that the nursing profession has high prestige in your country? And why?

Seznam zkratek

apod. – a podobně

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

JIP – jednotka intenzivní péče

Např. – například

ONP – Oddělení následné péče

SZŠ – střední zdravotnická škola

VIP – very important person

VŠ – vysoká škola

VZŠ – vyšší zdravotnická škola