



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

**Handicap jako stigma, aneb přístup sestry ke
znevýhodněnému jedinci**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Jan Neugebauer

Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Handicap jako stigma, aneb přístup sestry ke znevýhodněnému jedinci*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

Neugebauer

Poděkování

Rád bych poděkoval své školitelce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D, za cenné rady, připomínky, podněty a podporu, které mi po celou dobu psaní práce věnovala.

Velké díky za odborné konzultace patří také Mgr. Jirkovi Kassovi, Mgr. Kristýně Toumové a Mgr. Tereze Dušičkové.

Dále bych rád poděkoval institucím, které mi poskytly prostředí pro výzkum, komunikačním partnerům, kteří se výzkumu účastnili a velké poděkování patří také rodinným příslušníkům a blízkým přátelům.

Handicap jako stigma, aneb přístup sestry ke znevýhodněnému jedinci

Abstrakt

Cílem výzkumu bylo zjistit přítomnost předsudků o pacientech se znevýhodněním, zmapovat povědomí ošetřovatelského personálu o problematice stigmatizace, identifikace specifických potřeb znevýhodněných pacientů / klientů a jejich následné promítnutí do ošetřovatelské péče.

V teoretické části je věnována pozornost vymezení pojmů znevýhodnění, stigma, stigmatizace, vývoji ošetřovatelské péče o znevýhodněného pacienta, specifikaci ošetřovatelské péče o znevýhodněného pacienta a významu rodinných příslušníků v péči o znevýhodněného pacienta.

V empirické části bylo provedeno šetření kvalitativní formou za použití metody polostrukturovaného rozhovoru. Před zahájením vlastního výzkumného šetření byl proveden předvýzkum, ve kterém bylo zjišťováno, zda otázky pro připravovaný rozhovor jsou srozumitelné a odpovědi komunikačních partnerů dostatečně relevantní. Předvýzkumu se účastnilo 10 všeobecných sester. Na základě jejich připomínek byl seznam otázek k šetření aktualizován a přepracován do přesnější podoby. Samotnému výzkumu se účastnilo 13 komunikačních partnerů z řad všeobecných sester působících převážně v nemocničním zařízení. Výběr komunikačních partnerů byl záměrný a jediným kritériem pro zařazení do výzkumu bylo poskytování péče znevýhodněným pacientům. Rozhovory nahrávané na diktafon byly doslovně přepsány v programu Microsoft Word. Jednotlivé odpovědi byly opakovaně pročitány a následně v textu vyznačovány úryvky vztahující se k jednotlivým cílům. Veškeré výpovědi byly seřazeny do skupin dle komunikačních partnerů. Po realizaci vlastních rozhovorů byla provedena transkripce, redukce dat a analýza do jednotlivých kategorií a podkategorií. V některých případech byla zjištěna podobnost u podkategorií, a tak došlo jejich spojení a následnému označení nadřazenějším pojmem.

Povědomí komunikačních partnerů o stigmatizaci je nepřesné a přítomnost předsudků u ošetřovatelského personálu je především ze stran mentálního a sociálního znevýhodnění. Nežádoucími faktory, které na sestru působí, jsou především špatná komunikace, špatná monitorace specifických potřeb, omezené či negativní předešlé

zkušenosti nebo strach z možnosti nákazy infekční chorobou vyskytující se u daných pacientů/klientů se znevýhodněním. Komunikační partneři uvádí zvýšenou míru stresu při poskytování ošetrovatelské péče zmíněným pacientům. Domníváme se, že pochopení dané problematiky může vést ke zlepšení monitorace specifických potřeb, vyhnutí se komplikacím či zlepšení a zefektivnění ošetrovatelské péče o pacienty / klienty se znevýhodněním.

Klíčová slova

Stigmatizace; předsudky; znevýhodnění; ošetrovatelská péče; specifické potřeby

Handicap as a stigma, or on approach of nurses to persons with disability.

Abstract

The aim of the research is to find out the existence of prejudices about patients with handicap, to map caregivers' awareness of stigmatization, to identify the specific needs of handicap patients/clients and how they reflect on the nursing care.

The notions of handicap, stigma, stigmatization, development of nursing care for handicapped patients, specification of nursing care, and importance of family members for nursing care are defined in the theoretical part.

The practical part consists of the research, which was done by semi-structured interview. A pre-research was conducted before the research itself. In the pre-research, it was ascertain if the questions are understandable and the interviewees' answers are relevant. Ten nurses participated in the pre-research. Based on their remarks, the list of questions was updated and reworked. Thirteen representatives of nurses working in hospitals participated in the research. The selection of interviewees was deliberate and the only criterion for participation in the research was providing care for handicapped patients. Interviews were recorded and then transcribed in Microsoft Word. Individual answers were repeatedly read and then the parts related to the aims were highlighted in the text. All utterances were divided into groups according to the interviewees. After the realization of interviews and their transcription, the data was reduced, analysed, and divided into categories and subcategories. In some cases, there were similar subcategories, so they merged into superior category.

The interviewees' awareness of stigmatization is not accurate and the caregivers' prejudices originate from mentally and socially handicapped. The undesirable factors, that affect nurses, are wrong communication, incorrect monitoring of specific needs, restricted or negative previous experience, and fear of the contagion of infectious disease that patients/clients can have. The interviewees state that after providing nursing care for the patients they suffer from higher amount of stress. We think, that understanding this problem can lead to the improvement of monitoring specific needs, avoiding complications, and more effective nursing care for handicapped patients/clients.

Key words: Stigmatization; Prejudices; Disadvantage; Nursing; Specific needs

Obsah

1	Současný stav.....	10
1.1	Vymezení pojmu	10
1.1.1	Znevýhodnění.....	10
1.1.2	Stigma.....	11
1.1.3	Stigmatizace	11
1.2	Znevýhodněný pacient a sestra	12
1.2.1	Dělení znevýhodněných pacientů.....	14
1.2.2	Historický vývoj ošetrovatelské péče o znevýhodněného pacienta	21
1.2.3	Specifika ošetrovatelské péče o znevýhodněného pacienta	23
1.2.4	Role rodinných příslušníků v ošetrovatelském procesu.....	28
1.3	Stigmatizace v ošetrovatelství.....	30
1.3.1	Zdroje stigmatizace v ošetrovatelské péči.....	31
1.3.2	Destigmatizační aktivity.....	32
1.4	Vzdělávání sester.....	33
2	Cíle práce a výzkumné otázky	36
2.1	Cíle práce.....	36
2.2	Výzkumné otázky.....	36
3	Metodika	37
3.1	Použitá metoda	37
3.2	Charakteristika zkoumaného vzorku	38
3.3	Analýza dat.....	38
4	Výsledky	39
5	Diskuse	69
6	Závěr.....	77
7	Seznam použité literatury.....	79
8	Seznam tabulek.....	90

9	Seznam příloh	91
10	Seznam použitých zkratek.....	97

Úvod

Téma práce Handicap jako stigma, aneb přístup sestry ke znevýhodněnému jedinci bylo zvoleno na základě osobního zájmu dané problematiky. Stigmatizace je aktuálně velice rozšířeným pojmem a fenoménem doby. V rámci rostoucího nezájmu širší společnosti o okolí, rostoucí imigrací a kriminalitou jsou lidé stigmatizováni z nejrůznějších důvodů a výjimkou není ani ošetrovatelství.

Aktuálně je ošetrovatelská péče v obrovském rozmachu a vzdělaných sester stále přibývá. Důraz se v posledních letech klade na specifické potřeby, kulturní odlišnosti, efektivní komunikace a edukace všech členů zainteresovaných do ošetrovatelského procesu. Protože ošetrovatelství se úzce pojí s dalšími vědními obory a jeho progresivita nadále stoupá, napadá mě myšlenka, jak je možné, že se stále vyskytují problémy v ošetrovatelské péči a z čeho problém pramení.

Jednou z možných stigmatizací se setkávám denně v průběhu mé práce, která se zaměřuje na znevýhodněné pacienty. Má práce spočívá v poskytování asistence pacientům / klientům se znevýhodněním v úkonech, které sami nedovedou. Typickým příkladem může být i návštěva lékaře či nutná hospitalizace a vše s ní spojené. Při výkonu své práce tedy vidím mnoho ošetrovatelského personálu a široké spektrum možností poskytování ošetrovatelské péče. Jakožto student ošetrovatelství vidím do této problematiky i z pohledu všeobecných sester a jsem zainteresován do problémových situací a celkové manipulace s těmito pacienty / klienty.

V rámci několikaletého pozorování průběhu praxe a vedení nezávazných rozhovorů s členy ošetrovatelského týmu jsem dospěl k názoru, že v ošetrovatelské péči jsou sestry stigmatizované především znevýhodněnými pacienty a jejich specifickými potřebami, které v některých případech není snadné identifikovat. V identifikaci specifických potřeb a eliminaci nežádoucích situací velice často pomáhají rodinní příslušníci, opatrovníci či asistenti. Při dobré kooperaci všech těchto osob dochází k redukci nežádoucích faktorů působících na pacienta / klienta na minimum a zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

1 Současný stav

Problematika hospitalizace znevýhodněných pacientů / klientů je v moderní době denní rutinou. Otázkou ovšem zůstává, jsou-li obě strany natolik empatické, aby si porozuměly a dospěly k očekávaným výsledkům. Výzkum na tuto problematiku provedl Matziou s kolegy (2009).

Velkou míru stigmatizace v ošetrovatelství vrhá na svět fakt, že v dřívějších dobách měli pacienti se znevýhodněním své ošetřující sestry a praktické lékaře, kteří docházeli do institucí nebo domovů, kde pobývali. Moderní doba v rámci socializace znevýhodněných pacientů nutí takovéto osoby, aby sami svého lékaře vyhledaly a prošly si tím, co osoby bez znevýhodnění (Gevorgianiene, Sumskiene; 2017).

1. 1 Vymezení pojmu

Z důvodu eliminace nerozumění je nutné správně definovat některé z pojmů. Důležitost jejich vymezení je popisuje ve svém díle Ochrana (2013).

1. 1. 1 Znevýhodnění

Ve výkladovém ošetrovatelském slovníku z roku 2007 se znevýhodnění skrývá pod pojmem „handicap“, dříve označováno také jako „postižení“. Jedná se tedy o částečnou nebo úplnou neschopnost provádět aktivity každodenního života, myšleno aktivity pracovní, společenské, apod.

Mezi odborníky různých oborů probíhá diskuze o ujednocení terminologie, aby nedocházelo k chybovosti v překladech z cizojazyčné literatury. Vítková (2006) definuje znevýhodnění, jako omezení nebo snížení výkonu, které brání určitému jedinci částečně nebo úplně splnit roli, která by mu příslušela v rámci socio-kulturních faktorů.

Michalský (2008) definuje zdravotní znevýhodnění jako dlouhodobí nebo trvalý stav, jenž je charakterizovaný orgánovou či funkční poruchou, kterou nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit. Takovýto stav znamená znevýhodnění některé oblasti či více oblastí obvyklého fungování, významně redukuje reálné možnosti životních šancí, omezuje schopnost práce a negativně zasahuje do mnoha stránek kvality života znevýhodněného.

1. 1. 2 Stigma

Stigma je multioborovým pojmem a každý obor má pro tento výraz vlastní vysvětlení.

Z pohledu ošetrovatelského definuje stigma velký ošetrovatelský slovník (2007) jako znamení nebo příznak, který je typický jen pro jedno dané onemocnění. Dále udává, že za stigma se může označit skvrna nebo léze na kůži.

Z pohledu spirituálního jsou za stigma označována znamení boží milosti, tedy rány, které měl Ježíš Kristus, když byl přibit na kříž a pokud se žijícímu jedinci podobné znamení vytvoří také, označují takový jev za stigma. Moderní věda vysvětluje tyto jevy pomocí hypnotismu, hysterie či fanatismu (Falconer, 2013).

Z pohledu sociologického se na stigma pohlíží v rámci interakce mezi několika lidmi. Jandourek (2012) ve své publikaci uvádí, že se jedná o označení, kterým se nějaká osoba ve své skupině negativně odlišuje od platných standardů, především od normality psychické, fyzické nebo sociální. Osoba je následně ohrožena v její sociální identitě a plném přijetí ze strany druhých lidí. Příkladem takovéhoho stigmatu bylo označení „nemanželské“ pro potomky, které se nenarodily v legitimním manželském svazku. Stigma se tedy přiděluje stigmatizací. Herek (2009) zase definuje stigma ze sociologického pohledu, jako negativní pohled, nízký status a relativní bezmoc, jež společnost připisuje lidem, kteří mají jistou vlastnost nebo patří do jisté kategorie či skupiny.

1. 1. 3 Stigmatizace

Jandourek (2012) definuje stigmatizaci jako přiřčení negativních skupinových nebo společenských atributů nějaké osobě. Další články zabývající se stigmatizací se shodují se slovníkovou definicí. Spíše se zaměřují na pojem stigma jakožto „*znamení hanby*“.

Historie stigmatizace sahá až do starého Řecka, kde pojem označoval tělesné znamení určené k tomu, aby bylo poukázáno na negativní morální stav jeho nositele. Takovýmito jedincům bylo znamení následně vypalováno nebo vyřezáváno do kůže a značilo cejch otroka, zrádce nebo zločince. Společnost tak byla varována a mohla se označeným jedincům vyhýbat. Další rozvoj stigmatizace propukl v době rozvoje Křesťanství. V této době došlo ke dvěma metaforickým odvětvím. Jednalo se o znamení

boží milosti nebo z pohledu lékařského jako fyzický projev duševního nesouladu (Průcha, Veteška; 2014).

Stigmatizací a vším, co je s tímto pojmem spjaté se více zabývá sociolog Erwing Goffman ve svém díle *Stigma* (2003), které je dodnes používáno jako jeden z hlavních primárních zdrojů v této problematice.

1. 2 Znevýhodněný pacient a sestra

Z hlediska interakce mezi sestrou a pacientem se znevýhodněním nastává celá řada problémových situací, kde primární příčina pramení především ze špatné komunikace. Špirudová (2006) uvádí, že chceme kultivovat a rozvíjet komunikování v interakci sestra – pacient se znevýhodněním, je dostatek informací o pacientovo znevýhodnění pro sestru nezbytnou součástí. Efektivní a dobře vedená komunikace je nutnou součástí ošetrovatelské péče, ačkoliv se jedná například o odběr základní anamnézy. V takových případech je potřeba, aby sestra také věděla, jaký komunikační styl je vhodný při daném znevýhodnění a to jak po stránce verbální, tak neverbální. Doporučuje se, aby si sestra o znevýhodnění zjistila více informací, například kdy k němu došlo, jestli se pacient nebojí o svém znevýhodnění konverzovat nebo jakým způsobem své znevýhodnění interpretuje.

Bártlová (2005) ve svém díle tvrdí, že nejen při komunikaci, ale v celém ošetrovatelském procesu je nutné identifikovat proměnné, které se podílejí na této specifické interakci. Kýženým výsledkem je pak kladné naladění a motivace k léčbě.

Sestra se setkává s pacientem již při příjmu a při jakémkoliv problému je nejčastěji volána také právě sestra. Díky těmto faktům patří vyhledávání specifických potřeb právě do sesterské pracovní náplně. Ošetrovatelská péče je pak individualizována se zaměřením na pacientovo základní bio–psycho–sociální potřeby, zmíněné specifické potřeby, problémy a oblasti, ve kterých je pacient znevýhodněn a v neposlední řadě do sesterské práce patří i stanovení potřebných intervencí. Úroveň poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je díky individuálnímu přístupu ke každému pacientovi stále zvyšována a častým kontaktem mezi sestrou a pacientem se znevýhodněním dochází k formování vztahu a v některých případech i tvorbě závislosti. Zvyšování úrovně kvality poskytované péče může dokonce pacientovi pomoci se vyrovnat s osobními situacemi, které jeho znevýhodnění či onemocnění doprovází (Bártlová, 2005).

V péči o pacienta je jednou ze základních povinností sestry posoudit, jaké aktivity je pacient schopný vykonávat sám a které jsou pro něj obtížné. Sestra tedy již při příjmu pacienta musí analyzovat jeho současný stav. Stejně tvrzení má ve svém díle Marková (2006), která poukazuje na nutnost analýzy stavu pacienta. Analýza současného stavu pacienta zapadá i do první fáze ošetrovatelského procesu. K posouzení stavu sestra využívá několik metod, především pak se zacílením na objektivní a subjektivní informace. Objektivní informace jsou zjišťované naším pozorováním, případně testováním a porovnáváním se standardy. Na druhé straně jsou informace subjektivní, které nám sděluje pacient a jsou zacílené především na pacientovo vnímání jeho zdravotního stavu, v tomto případě s ohledem na jeho znevýhodnění. Srovnatelný postoj k této problematice, věnující se také kvalitě života, má Gurková (2011).

Matziou s kolegy (2009) sledoval postoje sester profesionálů a studentů ošetrovatelství vůči znevýhodněným pacientům. V praxi viděl několik sester, které nevykazovaly nezbytnou empatii a profesionální postoj k takovýmto pacientům, což mělo za následek špatnou kvalitu ošetrovatelské péče. Výsledek byl věnován tomu, aby byly ukotveny nové osnovy při vzdělávání sester a vytvoření speciálních kurzů v souvislosti s léčbou znevýhodněných pacientů. Mimo jiné navrhuje a doporučuje vytvoření kurzů pro sestry v praxi, které by podléhaly kreditnímu systému, aby se mohli v této problematice vzdělávat. Tento fakt ve svém článku podporuje i Campbell (2009), která má na vzdělávání sester v oblasti pacienta se znevýhodněním stejný názor. Ve svém článku eviduje i zahraniční komplexní školské osnovy, podle kterých se na některých školách vyučuje a absolventi této školy následně vykazují výrazně větší znalosti, postoje a sebevědomí při práci se znevýhodněnými pacienty. Drtivá většina osnov ovšem pochází ze škol vyšších a vysokých. Střední zdravotnické školy mají tuto problematiku v osnovách zainteresovanou pouze okrajově v rámci předmětů typu komunikace nebo ošetrovatelství, což se shoduje se situací středních i vysokých škol v České Republice.

1. 2. 1 Dělení znevýhodněných pacientů

Znevýhodněný pacient se dá dělit z několika úhlů pohledu. Pro ošetrovatelskou péči je důležitá většina aspektů, avšak pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče stačí dělení základní. Do základního dělení patří tři skupiny, a to tělesné, mentální nebo vícenásobné znevýhodnění. Mastiliaková (2014) ve svém díle podporuje názor, že správný odběr anamnézy a stanovení příslušného znevýhodnění může zdravotnickému personálu, především sestře, pomoci ve stanovení příslušných opatření a intervencí vedoucích ke zlepšení kvalitě ošetrovatelské péče.

Existují případy, kdy se objevuje ambivalentní pocit v roli sestry. Touto problematikou se zabývá Brumovská (2010), která ve svém díle uvádí, že sestra musí sama nalézt dovednosti, které jsou ve vztahu ke znevýhodněnému pacientovi funkční a musí se naučit efektivně vyhledávat jeho potřeby a cestu k naplnění. Také si musí ve vztahu s pacientem vymezit hranice, které ji poskytnou podporu a pacientovi pomoc, aniž by byly překročeny jejich kompetence. Sestra nemá žádný jasný návod, jak postupovat a ani jistotu správnosti. Jako opěrný bod může použít výňatky ze standardů oddělení. Jedním z demotivujících faktorů pro sestry je fakt, že to, co správně a efektivně vysledovala a analyzovala u jednoho pacienta, není funkční u pacienta druhého. Je tedy velice podstatné, aby si sestra uvědomila rozdíl mezi očekáváním a realitou. Pokud sestra bude do budování vztahu s pacientem vkládat přehnaně mnoho energie a odezva bude nulová, může se vše vystupňovat v negativní projevy ze strany sestry, vzniku obav, předčasném ukončení vztahu s pacientem, rozvoji stigmatizace či syndromu vyhoření.

1. 2. 1. 1 Pacient s tělesným znevýhodněním a práce sestry

Tělesným znevýhodněním se ve svém díle zabývá Vítková (2006). Ta definuje tělesné znevýhodnění jako vadu pohybového a nosného ústrojí (kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení), která se projevuje porušenou hybností, ať tato poškození vznikla na základě dědičnosti, nemocí nebo úrazem. Omezení motorického výkonu vzhledem k tělesnému znevýhodnění může působit, a často také působí, na vývoj celé osobnosti. Takovýto pacient pak bývá imobilní, nebo částečně mobilní a je odkázán na péči sestry a dalšího zdravotnického personálu. Hrabálek (2011) uvádí procentuální zastoupení úrazových poranění páteře a míchy. Dále uvádí, že nejvíce zastoupeným

poraněním páteře, je úsek krční páteře, který je i nejzranitelnější a bývá poškozen přibližně v polovině případů úrazů páteře.

S narůstajícím věkem se zvyšuje i míra tělesného znevýhodnění a následně míra závislosti na pomoci druhých. V případě kumulace tělesných znevýhodnění u jednoho pacienta se snižuje míra jeho vlastní soběstačnosti (Winter, Baccaglini, Tomar; 2008). Dnešní moderní doba nabízí široké spektrum možností, jak a kde ošetrovatelskou péčí o takového jedince provozovat. Haškovcová (2010) uvádí, že pokud je skupina lidí s tělesným znevýhodněním zastoupena v malém počtu, majoritní společnosti nepřikládá v péči o ně velký význam. Když skupina roste, vytváří tlak na společnost a ta je nucena problémy této skupiny řešit. V ošetrovatelské péči je její poskytování sesterskou povinností a při hospitalizaci tělesně znevýhodněného pacienta si většina sester uvědomuje rizika a možné komplikace se znevýhodněním spojené. Šimek (2015) uvádí, že pro civilizaci, v níž žijeme, je aktivní participace lidí se znevýhodněním potvrzením kvality a jedinečnosti kultury, ve které se nacházíme. Stejně tak se dá jednoznačně prokázat kvalitní péče poskytovaná sestrami o pacienty s tělesným znevýhodněním, například díky rozvoji EBN v ošetrovatelství.

Klasifikace tělesného postižení je uvedena v díle Arnoldové (2016), která je dělí do tří skupin. První kategorie je dle doby vzniku tělesného znevýhodnění, myšleno zdali je znevýhodnění získané nebo vrozené. Druhá kategorie je dle doby trvání znevýhodnění, myšleno zdali je pacient aktuálně (krátkodobě) v tělesném deficitu nebo jde o chronické znevýhodnění. Třetí kategorie se odvíjí od druhu tělesného znevýhodnění. Do této kategorie patří osoby tělesně vadné, nemocné i tělesně oslabené.

Další klasifikace též popsána Arnoldovou (2016) může být podle stupně poruchy hybnosti (zda jsou pacienti mobilní nebo imobilní) nebo druhu poruchy hybnosti (amélie, dysmélie, deformace končetin, apod). V ošetrovatelské péči je práce s tělesně znevýhodněným pacientem velice náročná, neboť drtivou většinu úkonů u imobilního pacienta vykonává zdravotnický personál, tedy sestra. Za tělesné znevýhodnění se považuje i stav po cévní mozkové příhodě, kdy má pacient sníženou schopnost pohyblivosti, může být hemiplegický a trpí tedy deficitem sebezpěče. Je tedy na sestře, aby se o případné deficity postarala a spolu s ošetrovatelským týmem zkonstruovali správný postup a plán k jeho vyléčení. Podobným tématem se ve své studii zabýval Hershkovitz (2004), který zkoumal různé škály a rehabilitační programy v nemocnicích

se zaměřením na pacienty se sníženou úrovní pohyblivosti, tedy tělesným znevýhodněním. Snažil se najít vhodná opatření, která by vedla k co nejrychlejší úpravě pohybových funkcí. Ve svém článku došel k závěru, že v případě používání správných hodnotících škál dochází ke správné diagnostice pohybového problému, správnému výběru rehabilitace a určení časového intervalu a v neposlední řadě i k rychlejšímu navrácení samotného pohybu pacienta. Tělesné postižení nečiní pacientovi problémy ve verbální komunikaci, ale, jak již z názvu vyplývá, omezuje člověka v pohybu, a tím samozřejmě omezuje i přísun podnětů. Tělesné znevýhodnění mohou být i kombinována s mentálním.

Aktuálně se v mezilidských vztazích setkáváme s mnoha onemocněními, které vedou právě k imobilizaci či atrofování svalstva, z čehož se finálně stává tělesné znevýhodnění. Černý a Machala (2007) ve svém díle uvádí příklad komplikací viru HIV, kdy se svalové postižení může vyskytovat ve všech stádiích. Etiologie je velice různorodá, ovšem uplatňuje se přímí vliv viru HIV, oportunní infekce či iatrogenní toxické vlivy léčby. Stejný názor má i Dalakas (2006), který dále uvádí, že virus HIV vzbuzuje v těle autoimunitní reakce, to vyvolává autoimunitní onemocnění a průběh je prakticky totožný, jako u jiných myopatií.

Buckland s kolektiv autorů (2004) uvádí, že pro práci sestry je důležitý dostatek ochranných pomůcek, aby zabránila možné kontaminaci u sebe a svého okolí. V ošetrovatelské péči se sestra zaměřuje především na konzultaci s rehabilitačními pracovníky a stanovuje možné postupy, které by byly přínosné pro pacienta a zabránily rychlé progresi onemocnění. Sestra se především zaměřuje na flexory kyčle a šjíového svalstva. Tento názor sdílí Roedling s kolegy (2004) ve svém díle, které se zaměřuje na svalová onemocnění vlivem viru HIV.

Obecně jako v ostatních případech snížení soběstačnosti v souvislosti s hrubou motorikou sestra sleduje, zdali je postižení symetrické a i případné rehabilitační cvičení provádí také symetricky. Častokrát se při hospitalizaci pacienta imobilního nebo tělesně znevýhodněného sestra setkává s potížemi držení hlavy, zvedání se ze židle, chůze či jakoukoli sebeobslužnou činností. V takovém případě je nutné stanovení individuální plánu ošetrovatelským týmem se zaměřením na jeho celkové i specifické potřeby, nutnost rehabilitace a vytvoření psychické jistoty a důvěry ve vztahu pacient- sestra, případě pacient – ošetrovatelský tým.

Dalším z úkolů sestry v péči o pacienta je nutnost sledování a preventivní působení proti nežádoucím účinkům. Sestra provádí ošetrovatelské činnosti v rámci dosažení terapeutického cíle a preventivně působí, aby eliminovala potenciální nežádoucí účinky. Tóthová (2014) uvádí, že nežádoucí účinky se mohou objevovat jak u terapeutických, tak u diagnostických činností. Znalost možných nežádoucích účinků a intervence by sestra měla znát a provádět všechny preventivní činnosti proto, aby jejich výskyt byl minimalizován. Některé nežádoucí účinky lze kompenzovat konkrétními ošetrovatelskými činnostmi.

1. 2. 1. 2 Pacient s mentálním znevýhodněním a práce sestry

Do mentálního znevýhodnění se v nemocničním zařízení nejčastěji setkáváme s deficitem intelektu, demencí či psychickým onemocněním.

Marková (2006) uvádí, že péče o člověka s mentálním znevýhodněním patří k obtížným úkolům, neboť vyžadují dlouhodobou péči a mnohdy je výsledkem pouze nezhoršení stavu. Poruchy intelektu mají několik forem, kdy ošetrovatelská péče probíhá na úrovni srovnatelné s pacientem bez znevýhodnění, až po péči, kdy komunikace, edukace i samotná ošetrovatelská péče je závislá na přizpůsobení komunikační úrovně danému pacientovi. Testováním intelektuální úrovně a celý průběh a závěry uvádí ve svém díle Reddy (2011).

Práce sestry je v případě poruch intelektu především o motivaci a předávání informací co nejsrozumitelněji. Do poruch intelektu se řadí i prostá demence, která je spojována především s geriatrickými pacienty. Webber a kolektiv autorů (2010) se touto problematikou ve svém díle zabývá. Uvádí důležitost spolupráce s rodinnými příslušníky, opatrovníky či asistenty. S rostoucími mezinárodními obavami o právech pacientů je tato spolupráce důležitá v rámci humánního přístupu sestry k pacientovi a rozvoji kvalitnější ošetrovatelské péče. Jejimi hlavními úkoly je především participace a partnerství, integrace do vzdělávacího systému, uspokojování individuálních potřeb a interprofesionální spolupráce. V ošetrovatelské péči o pacienta s poruchou intelektu vycházíme ze závažnosti znevýhodnění. V nejtěžším stádiu je nutné, aby si zdravotní personál uvědomil, že pacient je plně závislý na jejich pomoci. Jedná se tedy o náročnou celodenní péči a v takovémto případě integrace není možná. S náročností práce a vysoké závislosti na ošetrovatelském personálu ve svém díle souhlasí i Bendová a Zíkl (2011).

Bazalová (2014) tvrdí, že mentální znevýhodnění není časovým opožděním vývoje, ale jedná se o strukturální vývojové změny, proto není vhodné přirovnávat znevýhodněného pacienta k normálnímu, přestože má „jen deficit intelektu“. Snížení intelektu se projevuje v osobnostní složce kognitivní, řečové, motorické nebo sociální. Nejvíce zasažen je zejména celkový proces učení, poznávání a orientace ve světě. Znevýhodnění je trvalé, ale nabídnutím vhodných přístupů může dojít ke zlepšení celkového stavu. V analýze a diagnostice mentálního znevýhodnění nelze vycházet z hodnot IQ, ale spíše z mnoha dalších faktorů a zkoumání celé osobnosti znevýhodněného.

Dle mezinárodní klasifikace nemocí (2010) do mentálního znevýhodnění se také řadí pacienti, které mají etiologii v užívání psychoaktivních látek. Mezi tyto látky patří například alkohol, opioidy, sedativa a hypnotika. V ošetrovatelské praxi se setkáváme s takto mentálně znevýhodněným pacientem nejčastěji z důvodu konzumace látek již zmíněných, látek typu kokain a halucinogenní drogy nebo nějaká jejich kombinace.

Ošetrovatelská péče o mentálně znevýhodněného pacienta je pro každodenní práci sestry velice náročná. Sestra musí správně provádět veškerou svou pracovní náplň a oproti ostatním oddělením musí umět správně a efektivně komunikovat. Nejedná se pouze o pacienty s psychiatrickou diagnózou, ale o všechny pacienty se změněným intelektovým kvocientem, případně i mentální znevýhodnění v důsledku primárního onemocnění. Sestra následně bere v potaz i další aspekty, které práce s takovými pacienty přináší, a to zajištění bezpečnosti pro hospitalizovaného pacienta, ostatní spolupacienty i personál, pomáhá pacientovi v orientaci v čase a prostoru, zajištění jeho biologických potřeb, podporuje ho v činnostech nebo např. sleduje stav výživy či motivuje pacienta k užívání léků. Lovell s kolegy (2017) ve svém díle diskutují o efektivním budování vztahů mezi sestrou a pacientem, aby veškerá další aktivita u pacienta byla jednodušší a efektivnější.

Marková (2006) dále uvádí, že pacient s mentálním znevýhodněním má často sklony k sebepoškozování či suicidnímu chování. V takovém případě je práce sestry zabránit spáchání sebevraždy. Takovýto pacient by měl být uložen na pokoj blízko pracovní sestry, případně s prosklenou stěnou či sledovacím zařízením, aby měla sestra pacienta stále pod dohledem. V rámci možností se z dosahu pacienta odstraní předměty, které by se mohly k případnému sebepoškození použít. Nutností je také dozor při podávání léků

z hlediska terapeutického a také v předcházení shromažďování léků a následnému zneužití. Nejvyšší riziko suicidního chování je evidováno spíše v ranních hodinách, než začne působit medikace a pacient má po spánku nejvíce energie. V případě problémového spaní je důležité vyhledání skutečných příčin nespavosti a následné eliminaci problému. Při každé příležitosti lze pacienta pochválit a poskytnout mu tak pozitivní zpětnou vazbu.

Sestra by měla probudit u pacienta mentálně znevýhodněného pocit důvěry, bezpečí a jistoty. Tím, že naváže dobrý vztah s nemocným, dochází ke zvýšení pravděpodobnosti kladné odezvy na léčbu a vyhnutí se nechtěným komplikacím. Při navazování vztahu k nemocnému projevuje sestra zájem o rodinu, dětství nemocného, případně pracovní problémy. V průběhu rozhovoru analyzuje somatické reakce. Někteří pacienti soustředí svůj zájem především na svůj zdravotní stav, jiní odvádějí pozornost v mezilidských vztazích. Citlivé kontrolování symptomů může přinést zmírnění obav o zdraví. Analýza chování na oddělení nebo při kontaktu s personálem či dalšími pacienty je také jedním z aspektů, které sestra vyhodnocuje. Je důležité nahlédnout na mechanismy chování, které způsobují pacientovi stavy úzkosti nebo nadměru stresu. V některých případech lze pacienta naučit sledovat spouštěcí faktory, kdy je vhodné v soukromí a klidných prostorách probrat s pacientem okolnosti, které provázejí vznik nežádoucích situací. V neposlední řadě se sestra také zaobírá podporou v dovednostech, které má pacient rád a věnuje zvýšenou pozornost možnosti maladaptace (Marková, 2006).

Pörtner (2009) uvádí, že pro lidi s mentálním znevýhodněním je jejich vlastní prožívání velice nepřístupné, u některých je nutné vztah k vlastnímu prožívání podnitit. Pro ostatní populaci velice zvláštním způsobem, často nesrozumitelným až bizarním. Jejich projevy se pak odvíjejí od různých podob, ve kterých se nachází a sestra by neměla vynakládat svou energii na možnou převýchovu. Vše se samozřejmě odvíjí opět od úrovně znevýhodnění, kdy se pacienti s malým mentálním deficitem snaží vypadat jako „normální“. S lidmi, kteří se snaží chovat jako tuctový pacient bez znevýhodnění je ošetrovatelská péče mnohem snazší, než o ty, kteří rebelují, dávají průchod svým emocím a obvyklé chování je problémové a krajně nepřizpůsobivé. Zdánlivě „normální“ chování vede nevnímání svých emocí a pacientovo nijak zvláště vyvinutý pocit sebe se tím ještě více oslabuje.

Černý a Machala (2007) ve svém díle uvádí, že k mentálnímu znevýhodnění může vést, stejně jako u tělesného, virus HIV a to tím, že dojde k rozvoji DMO (dětské mozkové

obrný). V rámci eradikační kampaně, kterou založila WHO, se ke konci roku 2005 vyskytovalo onemocnění DMO pouze ve čtyřech státech celého světa, konkrétně v Nigérii, Pákistánu, Indii a Afghánistánu. WHO v roce 2006 vydalo tvrzení, že bude nutné očkování proti tomuto onemocnění ještě několik let. V současnosti se očkování proti DMO jako prevenci mentálního, ale i tělesného či vícenásobného, postižení nadále užívá.

1. 2. 1. 3 Pacient s vícenásobným znevýhodněním a práce sestry

Ošetrovatelská péče o pacienta s kombinovaným (vícenásobným) znevýhodněním znamená, že u pacienta se vyskytuje více znevýhodnění naráz. Nelze nahlížet, jako by se jednalo o pouhý součet znevýhodnění, kdy lze využít kombinací metod a přístupů dle jednotlivých znevýhodnění. Celkové důsledky vícenásobného znevýhodnění bývají označovány jako součin důsledků jednotlivých znevýhodnění. Výsledek je pak zcela nový a jedinečný typ postižení, na který je nutno nahlížet komplexně. Pro pojmenování stavu, kdy se u jedné osoby vyskytuje kombinace jakýchkoli dvou nebo více typů postižení se používá v české i zahraniční odborné literatuře několik analogických pojmů a termínů. Nejčastěji se setkáváme s označením *vícenásobné znevýhodnění, kombinované vady nebo kombinované znevýhodnění* (Slowík, 2016).

Počet osob s kombinovaným znevýhodněním se stále zvyšuje. Je důležité vědět, že různorodost kombinací znevýhodnění je široká, ovšem hloubka znevýhodnění je také rozmanitá. Dá se říci, že prakticky neexistují dvě osoby, které by trpěli stejným stupněm a stejným druhem vícenásobného znevýhodnění. V ošetrovatelské péči je pak velice důležité, aby došlo k co nejpřesnější klasifikaci možných typů a stupně znevýhodnění tak, aby bylo možné vytvořit příslušné intervence a upravit ošetrovatelskou péči individuálně na míru takového pacienta (Slowík, 2016).

Ludvíková (2006) podporuje názor, že skladba možných příčin vícenásobného znevýhodnění je velmi rozmanitá. V řadě případů je rovněž konkrétní příčina velmi nejasná, často neznámá. Obecně se tedy člení dle působení a následného vzniku na *prenatální, perinatální a postnatální*. Velice často je tělesné postižení kombinováno s mentálním a nejdůležitější nejen v komunikačních postupech, ale celé ošetrovatelské péči je projev úcty a respektu k takovýmto lidem.

1. 2. 2 Historický vývoj ošetrovatelské péče o znevýhodněného pacienta

Historií ošetrovatelství se zabývá Farkašová (2010), která uvádí, že starost o zdraví začínala na bázi lidského léčitelství. Již u Keltů se setkáváme s uplatněním přírodního léčení spojeného s léčením kultovním. Některé metody léčby přinesli Římané, kteří měli na tehdejší dobu velice vyspělý systém v oblasti péče o zdraví vojáků. Tím se dostáváme k léčbě stavů po amputacích prováděných nepřátelskými vojáky ve válkách. V této době se ošetrovatelství věnovali ženy označované jako léčitelky, bylinkářky, mastičkářky nebo vědmy. Jednalo se o skupinu či jednotlivce výzkumně založeného. V mnoha případech je dochován jakýsi deník, kde jsou uvedené poznatky o léčivých schopnostech bylin, a kde se nachází hojivé síly přírody. Původ chorob vedoucím ke znevýhodnění byl nejasný, a proto se nesetkáváme s prameny, které hovoří o mentálním nebo vícenásobném znevýhodnění v souvislosti s ošetrovatelskou péčí.

Z historického hlediska se ošetrovatelská péče nijak nespécifikuje. Práce sestry prošla značným a dlouhodobým vývojem od primitivnějších způsobů ošetrovatelství, víry v nadpřirozené síly až k moderním způsobům léčby ošetřování. Kvalita ošetrovatelské péče stále narůstá díky stále novým poznatkům a stále stoupajícímu rozvoji. Moderní ošetrovatelství je ve velkém rozmachu díky vývoji vzdělávání a rozvojem nové techniky. Pohled do historie může sloužit také jako pochopení například současného chování, organizace práce apod. Slouží zejména k vytipování faktorů, které jsou dominantnější a mají v historickém vývoji vliv na další vývoj. Z pohledu péče o pacienta se znevýhodněním se snažila už zakladatelka F. Nightingaleová, aby pacient pečoval o sebe, jak jen to bude možné, přestože ho považovala za pasivního příjemce ošetrovatelských intervencí. Podobné poznatky ve svém díle popisuje i Halmo (2015).

Ošetrovatelství má své specifikum. Bylo vždy považováno za samozřejmou neprofesní činnost v péči o člověka a jako profese se systémových vzděláváním se neprosazovalo snadno. Z charitativní péče až přes pomocníka lékaře a jeho asistenta se nyní stává samostatně pracující odborník, sestra, v oblasti uspokojování potřeb pacienta a v dalších oblastech s péčí souvisejících. Profesionální kvalifikaci a definováním kompetencí získává sestra a profese ošetrovatelství odpovědnost za individuální péči o své pacienty, která zahrnuje nejen zhodnocení zdravotního stavu a potřeb pacienta, ale také plánování,

realizaci péče a její průběžné hodnocení. Všechny úkoly musí být plněny v souladu se směrnicemi a zákony, etickými principy a profesními standardy. McCrae (2016) pojednává z historického pohledu i o podpoře zdraví.

Počátky ošetrovatelské péče jsou evidovány z raného středověku a jsou spojeny s šířením křesťanství. Péče o člověka jako takového má však historii mnohem starší a můžeme se s ní setkat již v předkřesťanských kulturách. Přírozenou vlastností člověka je totiž pomoc druhému. Na rozvoj ošetrovatelské péče měly značný vliv hlavně války, které vždy vyvolávaly značnou potřebu ošetřování a lékařských zásahů. Mnoho ošetrovatelských tradic má svůj základ právě u raněných vojáků. Již ve starém Římě stavěli při svých taženích lazarety, neboť počítali s nutností péče o zraněné a nemocné vojáky (Farkašová, 2010).

Dalším historickým bodem je Krymská válka, kdy bylo více vojáků mnohdy usmrceno nemocí ze špatných hygienických podmínek, než válečným nepřítelem. V raném středověku ošetrovatelskou péčí zasáhly Křížácké války. Mezi nejznámější vojenské řády, jejichž posláním bylo pečovat o raněné a nemocné patřili rytíři sv. Lazara a Maltézští rytíři (Farkašová, 2010).

Jelikož znevýhodnění lidé nemohli být do válek posílání, a když tak pouze jako návnada či kořist, ošetrovatelská péče o ně není z historického pohledu evidována. Bártlová (2005) uvádí, že nesčetněkrát ani nebylo poznat, že pacient znevýhodněním trpí, neboť z historického hlediska byl takovýto pacient pokládán za zplozence či dítě démona nebo hříšníka, na kterého byl uvalen boží trest. Člověku, na kterého byl boží trest uvalen, se pomoci nesmělo, neboť by to byl zásah do boží vůle a hrozilo, že by případný ošetřující byl postihnut také.

Křesťanská péče nevycházela z filozofie nemoci, ale ze služeb bohu. Členové ošetrovatelských řádů chtěli pomoci potřebným a tímto činem projevit lásku k Bohu. Při kláštorech byly zakládány špitály, které měly kapacitu jen několik lůžek a především se kladl důraz na vyléčení těžce trpících lidí ve smyslu duševního či spirituálního strádání. Členové řádu skládali slib dobrovolné chudoby a neponechávali si majetek ani peníze. Vše dobrovolně odevzdávali řádu. V 19. století došlo k velkému a opětovnému rozvoji ženských kongregací, které se věnovali především školství a zdravotnictví. Z historie ošetrovatelské péče je také velice častý pojem Diakonky. Tento pojem sahá opět do křesťanských dob a je odvozené z řeckého *Diakonein*, což znamenalo pomáhat, sloužit.

Nejprve byli tyto diakonky jako sluhové u stolu, následovalo tak označení služebníků Boží a v 1. století se vytvořil stav ženských služebnic – diakonek. Jejich řady tvořili především vdovy a mladé ženy žijící mravným životem (Farkašová, 2010).

1. 2. 3 Specifika ošetrovatelské péče o znevýhodněného pacienta

Motlová a Koukolík (2004) ve svém díle uvádí studii, která proběhla v osmdesátých letech a je věnovaná specifickým potřebám osob mentálně znevýhodněných. Upozornila na potřeby negativně ovlivňující kvalitu života. Většina se týkala oblastí sociálního života, financí, zaměstnání nebo volného času. Tyto poznatky sloužili jako argument k tomu, aby se více pracovalo s dlouhodobě hospitalizovanými jedinci na opětovné integraci do společnosti a nabádala k většímu rozvoji komunitní péče.

V ošetrovatelské péči sestra musí počítat se sníženou mírou spolupráce nebo sníženou mírou sebeobslužných činností. Základem je plnění biologických a psychických potřeb, udržet a kontinuálně zvyšovat motivaci k účasti na terapeutickém režimu a celkové léčbě (Motlová, Koukolík; 2004).

Nováková (2014) ve své kapitole uvádí, že uspokojování bio-psycho-sociálně-duchovních potřeb je základem ošetrovatelského procesu. Je důležité, aby sestra znala pacienta a i jeho specifické potřeby. Jejich vyhledávání, analýza a následné uspokojení, je jedním ze základních pilířů moderního ošetrovatelství. Dalším efektem v uspokojování potřeb je zvýšení pocitu blaha a zmírnění obav pacienta.

Dále ve svém díle uvádí několik dalších autorek, které vytvořili konceptuální modely, aby byly potřeby uspokojovány správně a pro sestry je jednodušší takovéto specifika nalézt. Tento fakt podporuje Plevová (2011), která ve svém díle uvádí také mnoho konceptuálních modelů, ze kterých můžeme vycházet. Může se zaměřit na stav výměny energií též popisovaných Kingovou, nebo stimulace odpovědi pro udržení integrity dle Royové. Obecně lze tvrdit, že potřebou nazýváme něco, co je pro organismus nezbytné, nevyhnutelné a užitečné.

V rámci konceptualizace ošetrovatelských modelů je široká škála úhlů a oblastí, jak na danou problematiku pohlížet. Model Abdellahové se například zaměřuje na zkvalitnění hygieny a fyzické pohodlí pacienta, podporu optimální aktivity nebo bezpečnost prostřednictvím prevence nehod, zranění, úrazů, či jiných traumat spojené s hospitalizací. V péči o pacienta znevýhodněného bere sestra v potaz všechny tyto hrozby a je nutné vytvořit ošetrovatelský plán tak, aby bylo všem těmto nástrahám

zabráněno. S tím souvisí i volba hospitalizačního lůžka, lokalizace pokoje a celkové uspořádání pomůcek na příslušeném pokoji (Plevová, Slowik; 2011).

Využitých konceptuálních modelů v ošetrovatelství je celá řada a mezi ostatními lze také zdůraznit M. Gordonovou, která definovala model funkčního zdraví. Od tohoto modelu se odvozuje široké spektrum oblastí, které sestra analyzuje a vyhodnocuje, aby pacient se znevýhodněním mohl přijímat kvalitní ošetrovatelskou péči a v průběhu jeho hospitalizace byla péče stále aktualizována a zkvalitňována s ohledem na jeho specifické potřeby. Pojem potřeba lze chápat mnoho individualit a záleží na ošetrovatelském týmu, z jakého hlediska významu ho chápe. Z biologického významu je potřeba chápána jako narušení homeostázy organismu a nemusí mít vždy odezvu na psychickou stránku pacienta. Z dalších možností lze v ošetrovatelství zdůraznit význam ekonomický nebo psychologický. Pod psychologickým významem potřeby si lze představit nedostatek něčeho odrážející se na psychickém stavu pacienta (Nováková, 2014).

Každý pacient má své specifické potřeby a celý ošetrovatelský proces je tím jedinečný. Ošetrovatelský tým ho následně učiní žádoucím nebo nežádoucím. Pokud je pacient ve shodě se sociálně kulturními hodnotami, považujeme jej za žádoucí, pokud ošetrovatelský tým dodržuje pravidlo, že neohrožuje sebe, ani své okolí. Potřeba se dá také definovat, jako motivační činidlo pro pacienta, neboť v případě nutnosti uspokojit potřebu je pacient motivován k tomu, aby byl tento faktor, co možná nejdříve eliminován (Cronfalk, 2017).

Šamánková (2006) rozděluje potřeby dle významu pro život na primární a sekundární. Uspokojováním primárních, základních, potřeb dochází k zachování lidské existence a tento proces je nezbytný pro život. Tyto potřeby jsou popsány v mnoha publikacích, a jedná se právě o potřeby biologické. Mezi biologické potřeby již lze počítat i potřebu bezpečí a jistoty. Díky naplňování sekundárních, vyšších, potřeb se život stává příjemnějším a bohatším. Od takového a jemu podobnému tvrzení se nyní klade důraz především na specifické potřeby v ošetrovatelské péči, což vede ke stálému zkvalitňování ošetrovatelství a práce sester. V této oblasti působí hierarchie potřeb, kterou má každý pacient jinak uspořádanou a nelze tedy předem definovat, jaký postup v uspokojování je obecně správný. Tato hodnotová hierarchie totiž úzce souvisí s motivací pacientů, schopností vůle k překonání překážek, morální vyrovnaností a vyspělostí jedince.

Souladem mezi hodnotovou orientací a jejím naplněním může sestra navodit pacientovi duševní klid, vyrovnanost a celkovou pohodu.

Současný koncept hospitalizace vychází z obnovení zdraví pacienta v souladu se všemi životními oblastmi, tedy podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO). Jedná se o kvantový skok, kterému je třeba soustředění se mnoha sil a zahrnuje pomoc stran nejen ošetrovatelského personálu, ale mnoha dalších. Základem pro nemocniční péči je odborná, kvalifikovaná a koordinovaná pomoc zdravotnickým personál pro kompenzaci stavu pacienta se znevýhodněním. Na průběhu léčby se podílí i samotný pacient. Jeho postoj k nemoci, motivace k uzdravení a duševní pohoda ovlivňuje celkový výsledek léčby a je na zdravotnickém personálu, konkrétně spíše na sesterském kolektivu, aby pacientovi dokázala tyto faktory vedoucí k rychlému uzdravení navodit. Dalším aspektem může být vliv rodiny a přátel nebo prostředí nemocnice, které respektuje nejen znevýhodnění tělesné, ale i mentální či kombinované a v případě nouze pacientům poskytuje i duchovní potřeby, které v určitých směrech mohou pacientovi dodat „sílu“ k uzdravení.

Nováková (2014) dále uvádí, že při hospitalizování se prioritní potřebou člověka stává potřeba „být uzdraven“. Potřeby se dále odvíjí od základních potřeb typických pro věk a vývojové stádium. Dělení hospitalizovaného zahrnuje tři základní skupiny. Jedná se o *potřeby, které se s nemocí nemění*, ty jsou stejné u zdravého i nemocného člověka a nesouvisejí s nemocí, neboť si je nemocný uspokojuje sám, bez zásahu zdravotnického personálu. Využívá k tomu například podporu rodiny a v průběhu hospitalizace si tyto potřeby uvědomuje intenzivněji. Do této skupiny potřeb řadíme potřebu vzduchu, výživy, odpočinku, spánku, pohodlí, bezpečí, apod. Druhou skupinu tvoří *potřeby, které se nemocí modifikovaly*. Na modifikaci potřeb má vliv především osobnost člověka, druh onemocnění, fáze onemocnění a samozřejmě také jeho závažnost. Významnou roli zastávají společenské faktory jako je věk nebo pohlaví. Velmi složitou skupinu modifikovaných potřeb tvoří například dietní strava, kdy je fyziologická potřeba výživy usměrňována, dle ordinace a standardů, výběrem potravy, následnou úpravou či podáváním. Je potřeba věnovat se i sociálním potřebám, které se u pacienta v první části redukuje a následně opět vrací. Potřeby v této skupině se často různým způsobem deformují, neboť drtivá většina pacientů má po ukončení léčby potřeby v jiném stavu, než před onemocněním a zahájením léčby. Finální, třetí skupinu tvoří *potřeby, které nemocí vznikly*. Uspokojováním těchto potřeb je součástí léčebného procesu a odvíjí se především

od rozvoje medicíny a kvality ošetrovatelské péče. Tyto potřeby vznikají především při hospitalizaci změnou materiálních podmínek života a také na základě změny osobnosti pacienta pod vlivem nových či dalších zkušeností. Vznik těchto potřeb je ovlivněn celou řadou dalších okolností, především předešlými zkušenostmi s podobným či stejným onemocněním, závažnost a průběh onemocnění a jeho interpretace nebo například vztahy s rodinou, lékařem či sestrou.

Určitý charakter onemocnění dává za vznik několika dalším, novým potřebám, které lze rozdělit do tří kategorií, a to *potřeba navrácení zdraví, potřeba zbavení se či zmenšení bolesti* a v poslední řadě *obnovení a udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo se připravit na nové*. Hierarchie těchto skupin není pevně dána a u každého pacienta je individuální (Nováková, 2014).

1. 2. 3. 1 Potřeby pacienta s tělesným znevýhodněním

Pacienti s tělesným znevýhodněním mají potřeby velmi podobné, jako ostatní pacienti bez znevýhodnění s tím rozdílem, že se zaměřují na své nedostatky. V případě chybění končetiny je nutné pacienta edukovat o možnostech přivolání ošetrovatelského personálu v případě nouze a veškeré komponenty potřebné pro denní život umístit tak, aby s nimi mohl manipulovat. Šimánková (2006) uvádí, že co se mobility týče, je velice přínosné pacientovi poskytnout pokoj s vlastním sociálním zařízením, případně co nejbližší toaletě a místnosti pro hygienu. Samozřejmě zdravotnický personál musí vzít v potaz, že pokud se pacient pohybuje pomocí invalidního vozíku nebo holých, je nutné odstranění všech možných rizik vedoucích k úrazu pacienta a výskytu komplikací, jako jsou třeba prahy u dveří, malé prostory v okolí lůžka či toaletě – vytváření bezbariérových prostor.

Nováková (2014) tvrdí, že jeho specifické potřeby se následně odráží v jeho celkovém zdravotním stavu a sestra, která s pacientem tráví častokrát nejvíce času, by měla vyhodnotit, co pacient v danou chvíli potřebuje. U pacienta s tělesným znevýhodněním často funguje prostá komunikace. V péči o pacienta tělesně znevýhodněného je důležité dodržovat pár zásadních pravidel a to pozorně vnímat pacienta i přes různé atypické projevy, neboť předpokládáme, že inteligence je nezměněna. Pacient musí vědět, že na něj máme dostatek času, který mu můžeme věnovat a pokud je klient na lůžku nebo invalidním vozíku, sestra a každý člen v ošetrovatelském

procesu by neměl stát nad pacientem, ale posadit se, případně snížit svou výšku očí na výšku očí pacienta. Efektivní komunikace se odvíjí především od toho, abychom pacientovi nevytýkali žádné skutečnosti, které se nedají ovlivnit, například přebytečný hněv při potřísnění oděvu, dlouhé době než provede určitý výkon apod.

Gretebeck a kolektiv autorů (2012) se zabývá možnou invaliditou spojenou s nedostatkem fyzické aktivity v mladším věku. Z výzkumu je patrné, že snižování fyzické aktivity zvyšuje riziko rozvoje znevýhodnění již po deseti letech. King s kolegy (2011) se zabývá zkušenostmi s negativními důsledky spojenými s tělesným znevýhodněním v nemocničním prostředí zahrnující pády, delirium nebo ztrátu schopnosti vykonávat základní každodenní činnosti.

1. 2. 3. 2 Potřeby pacienta s mentálním znevýhodněním

Pacient trpící mentálním znevýhodněním je velice specifický. Jeho potřeby se často odrážejí od úrovně znevýhodnění a jeho druhu. V ošetrovatelském procesu stačí většinou uspokojení základních bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb k tomu, aby pacient byl stabilizovaný a sestra tak poskytovala kvalitní ošetrovatelskou péči (Sálová, Veselá, Šupolíková; 2015).

V případě sníženého intelektu a mentálního deficitu většího rozsahu si ošetrovatelská péče vystačí s uspokojováním potřeb popsaných A. Maslowem. V díle Sálové a kolektivu autorů (2015) lze vidět pyramidové znázornění, který značí i celý proces a priority v uspokojování. V případě hierarchickém postupování uspokojování potřeb sestra častokrát odkryje i potřeby specifické, které se mohou vztahovat na dodržování tělesného kontaktu nebo právě držení si odstupů. V případě nutnosti tělesného kontaktu se doporučují využít prvky bazální stimulace nebo častější návštěvnost hospitalizovaného. Vše by samozřejmě mělo být správně zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace a sestra musí postupovat tak, jak je více zmíněno - aby neohrozila sebe ani své okolí.

Friedlová (2007) ve svém díle popisuje přístup sestry k pacientovi. Tvrdí, že sestra přistupuje k takto znevýhodněnému pacientovi jako ke každému jinému, ovšem s větším taktem a trpělivostí. Obrací se především na pacienta, i když je přítomen doprovod a je nutné si uvědomit, že si zasluhuje stejný respekt a úctu jako ostatní. V případě

komunikace několikrát opakujeme své otázky a veškeré instrukce. Veškeré sdělení sestra přizpůsobuje možnostem pacienta a nesmí jí chybět dostatek tolerance.

I když je pacient se změněným stavem vědomí, je nutné si uvědomit pár zásadních faktů, které lze aplikovat i v péči o pacienta mentálně znevýhodněného. Smysly se utváří postupně a schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení. Člověka formují především jeho zkušenosti a pacient vnímá tak dlouho, dokud dýchá. I nejasné podněty vedou k reakci, ovšem schopnost reagovat bývá často snižena. Zde nastupuje kreativita v realizaci ošetrovatelského plánu a uplatnění schopností ošetrovatelského týmu. Další specifické potřeby se odvíjí od primární diagnózy pacienta (Friedlová, 2007).

1. 2. 3. 3 Potřeby pacienta s vícenásobným znevýhodněním

U pacienta s vícenásobným znevýhodněním postupuje prakticky stejně nebo v různých kombinacích, které jsou uvedené výše. Zaměřujeme se ovšem na všechna znevýhodnění, které pacienta omezují, a nalzáme vhodná řešení.

Grofová (2007) tvrdí, že pacienti s vícenásobným postižením bývají zpravidla negativního naladění a negativně působí na sebe i své okolí, a proto je nutné tuto jejich negativní „bublinu“ rozbít. Jediné, co takového pacienta zajímá a je ochoten se bavit, je strava a jeho nutriční stav. Zde se naskytuje možnost vhodného dietního opatření, které je proveditelné prakticky ve všech zařízeních. Není tím myšleno, že by si pacient poroučel bifteky s vejcem, nadívaná holoubata nebo krevety. Jde spíše o to, že pacientovi lze sestavit individuální stravu v rámci jeho dietního omezení. Sestra tím utužuje vztah s pacientem a při je volán nutriční terapeut, který následně dietu stanoví. Jak už je několikrát výše zmíněno, vícenásobné znevýhodnění činí z ošetrovatelské péče individuálně zaměřený proces, který končí vyléčením pacienta. Správnou motivací pacienta dosáhneme kýžených výsledků a zkvalitníme tak průběh hospitalizace.

1. 2. 4 Role rodinných příslušníků v ošetrovatelském procesu

Problematika zainteresování rodinných příslušníků do ošetrovatelského procesu je relativně moderním faktorem ovlivňující celý průběh léčby pacienta. Jak uvádí Bártlová (2005), tak cílem lékařství byla odjakživa etiologická léčba, která vycházela z odhalování příčin daných onemocnění. V posledních desetiletích se tento názor začal formovat a poznatky svědčí o tom, že nemoc stejně jako zdraví, má mnohofaktorový, bio-

psycho-sociální základ. Na člověka působí nejen faktory prostředí, ale především jejich vzájemná interakce s lidským organismem a způsobem života.

V souvislosti s vlivem rodiny a rodinných příslušníků je důležité, aby pacienti se znevýhodněním věděli, co znamená pojem *samoléčba* či *samomedikace*. Ačkoliv je rodina právě jedním z největších motivačních faktorů, který vede pacienta k tomu, aby se uzdravil, tak může působit i právě naopak. Onou samoléčbou je myšleno, že takový pacient, v případě znevýhodněného pacienta tuto roli v drtivé většině přebírá rodinný příslušník, se obstarává léky bez předchozí konzultace s lékařem, protože „ví, co je pro ně nejlepší“ nebo protože „minule to přece také fungovalo“. Lékaři k této situaci zastávají názor oboustranný. Někteří tuto myšlenku podporují s argumenty, že lidé, kteří se užívají samoléčbu, žijí zpravidla zdravěji a mají jiný postoj ke svému zdraví. Opační pak tvrdí, že pacient při samoléčbě může dospět do fáze, kdy oddaluje své problémy spojené s primárním onemocněním, oddalují případnou správnou diagnostiku a mohou promeškat vhodný čas k zahájení účinné léčby. Tím samozřejmě snižují možnosti záchrany vlastního života (Bártlová, 2005).

Onemocnění může narušovat vztahy mezi partnery i rodinnými příslušníky. Pokud jde o znevýhodněného pacienta, je nutné edukovat jeho i rodinu o nutnosti aktivně vykonávat nebo se podílet na pracích, které jsou v souvislosti s jeho onemocněním dovolené. V případě, že jde o mentální či kombinované znevýhodnění je nutné edukovat rodinu o možnostech dekompenzace jejich stavu, případně znevýhodnění. Sestra musí následně analyzovat stav znevýhodněného a vyhodnotit, zdali je možný kontakt s rodinnými příslušníky. V rodinném kruhu může emocionální rozladění léčebný proces zpomalovat nebo fixovat vytvořené závislosti. Kvalita a intenzita emocionálních vztahů je pokládána za „kritickou proměnou“ která má u různých stavů nemoci rozdílné účinky (Bennett, 2017).

Zainteresováním rodiny a rodinných příslušníků do problematiky onemocnění a efektivní edukací o správném způsobu pomoci v ošetrovatelském procesu může dojít ke kumulaci pozitivního vlivu na pacienta a správné motivaci k samotné léčbě. Ošetrovatelská péče je tím mnohdy kvalitnější a z výzkumů vyplývá, že celá řada rodin je schopna prostřednictvím adaptačních procesů uplatňovaných v průběhu hospitalizace pacienta se znevýhodněním nacházet pro své příslušníky akceptovatelný a optimální

způsob existence a pomoci, která umožňuje další, dlouhodobější bytí bez pronikavějších změn a případných životních úprav (Lee, 2017).

Podle Michalíka (2011) je zainteresování rodinných příslušníků v mnoha případech velice složité, neboť sami o daného pacienta pečují již nějaký čas a ví, jak je tato práce náročná a hospitalizace je pro ně možností, kdy mohou načerpat nové síly a mají čas na věci, které při péči o osobu se znevýhodněním provádět nemohou. Je nutné, aby rodina zabezpečila potřebnou míru péče buď svépomocí, nebo se obrátila na odborné institucionální služby. Sestra v rámci edukace sděluje pacientovi i rodinným příslušníkům možnosti další léčby, doporučuje možné instituce k domácímu ošetřování, apod. Je na rodině, aby zvážila své ekonomické schopnosti a lokalizaci z důvodu dostupnosti zmíněných služeb.

Petr (2014) má shodný názor jako Michalík (2011). Také tvrdí, že dobře fungující rodinné prostředí pozitivně ovlivňuje adherenci s léčbou.

1.3 Stigmatizace v ošetrovatelství

Na nemoc může být pohlíženo z mnoha úhlů a v rámci ošetrovatelství a formování vztahu sestra – pacient dochází k velice časté stigmatizaci ze stran ošetrovatelského personálu. Bártlová (2005) uvádí, že vlastnosti jednotlivce nebo skupiny, které jej odlišují, vyvolává v majoritní společnosti podezření a nepřátelské pocity. V případě hospitalizace znevýhodněných osob dochází ve zdravotnickém zařízení k faktorům vytvářející pocity stigmatizace vůči těmto pacientům. Někteří ošetrovatelskou péči odmítají provádět, jiní provádějí základní úkony a někteří provádí srovnatelnou ošetrovatelskou péči, ne-li kvalitnější.

Některé sestry si ovšem budují společenskou prestiž, která je u sesterské profese nízká, a jak uvádí Bártlová (2010), nejvíce to bývá u mladších sester s praxí v oboru do 3 let a všeobecných sester. V souvislosti s tímto si pak vyhrazují, koho budou primárně ošetrovat, a kdo toho „není hoden“. V ošetrovatelské péči je mnoho dalších faktorů a zdrojů, které se na rozvoji stigmatizace podílí.

1. 3. 1 Zdroje stigmatizace v ošetrovatelské péči

Stigmatizaci lze rozdělit podle možnosti jejího skrytí před okolím na *zjevnou* a *skrytou*. V případě, že se jedná o znak, který lze utajit, je na povaze jeho nositele případné zatajení společnosti. V ošetrovatelské je péči pak nejzjevnějším potencionálním zdrojem stigmatu rasová odlišnost, při které si pacient nemůže vybrat, zdali skutečnost utají, či nikoliv. Za další zdroj stigmatizace se považuje jakákoliv forma znevýhodnění, různé druhy onemocnění či nedostatek informovanosti o problematice. Vznikem stigmatizace v souvislosti s nedostatkem informovanosti se zabýval Ward s kolegy (2013), který výzkum prováděl u afroameričanů. Celý výzkum zaměřoval na vznik stigmatizace u lidí mentálně znevýhodněných.

Drtivá většina případů stigmatizace osoby se znevýhodněním se odvíjí od předešlých zkušeností. Michalík (2011) popisuje, že pečující osoby se často vystavují pocitu vyčerpání, nedostatečné podpory od ostatních, zvýšených nároků na poskytovanou péči, snížené přesčasnosti, apod. Zdravotnický personál může kumulací těchto faktorů ztratit profesionalitu a projevovat negativní chování. Podobné případy popisuje Trestman (2015), který také tvrdí, že vše může být způsobeno i nedostatkem sociálních vztahů nebo vlivem velkého chaosu. U pacientů to může vyústit ke zhoršení symptomů nebo vyvolání symptomů nových. Výzkumy dokazují, že stigmatizaci zapříčiňuje i celá řada onemocnění. Samozřejmě je to v nejvíce zastoupené v případě, že jsou na pacientovi viditelné deformity nebo například při onemocnění psoriázou. Ovšem z dalších průzkumů, kterým se věnovali zahraniční vědci, je dokázáno, že stigmatizace vzniká také u mentální anorexie, bulimie, u kuřáků, narkomanů, .. apod.

Podobným výzkumem se zabýval Stuart s kolegy (2008), který zkoumal specifické formy stigmatizace u pacientů s mentální anorexií. Výsledky svědčí o větší míře stigmatizace přisuzované lidem s mentální anorexií. Míra je větší než u stigmatizace depresivních pacientů. Ke stejným výsledkům došli ve svém výzkumu i Ocisková a Praško (2015), která se také zabývala stigmatizací. Své výsledky ještě obohatil a je z nich patrné, že nejvíce předsudků se týká žen s mentální bulimií a anorexií, až několikanásobně více než např. u pacientů s depresí.

Griffiths s kolegy (2016) založili výzkum, který se věnoval komparaci mezi pohlavím a chtěl přijít na to, kdo podléhá více stigmatizaci a ze kterého onemocnění konkrétně. Jeho výsledky jsou překvapující, neboť je patrné, že mužská populace podléhá

stigmatizaci více, než populace ženská stejně jako v onemocnění tvoří více stigmatizující faktor onemocnění mužského rázu, než ženského. Příkladem může být mužská mentální anorexie, která stigmatizuje většinu mužského zastoupení ve výzkumu.

Jedním z dalších zdrojů stigmatizace mohou být medikamenty, respektive stavy, které z nich pramení. Petr (2014) se touto problematikou zabýval a ve svém díle popisuje, jak jsou lidé s mentálním znevýhodněním stigmatizováni právě z těchto důvodů. Pacienti si pak svévolně vysazují medikaci, kvůli vzniku stigmatizace z vedlejších či nežádoucích účinků, strachu z užívání léků, vytvoření závislosti nebo i popírání nemoci. Ve svém díle dále uvádí, že pacienti jsou stigmatizováni především z odezvy společnosti. Mají obavy z negativní odezvy, že se „znemožní“, a proto raději medikamenty vysazují.

1. 3. 2 Destigmatizační aktivity

Kassin (2007) ve svém díle tvrdí, že s redukcí stigmatizace se pojí celá řada pojmů. Nejčastější jsou destigmatizační aktivity. Jedná se o proces či úsilí, které vede ke změně vnímání lidí se znevýhodněním tak, aby nebyli hodnoceni negativně a odmítavě na základě zažitých stereotypů, ale byli akceptováni jako kterýkoliv jiný člen společnosti bez upírání mu jeho životních možností na základě stigmatu. Destigmatizačními aktivitami pak rozumíme činnosti, které proti stigmatu bojují. Mohou mít formu přednášek, protestů nebo zprostředkováním kontaktu s daným člověkem.

Mahrová a Venglářová (2008) na tuto problematiku nahlíží z pohledu světového, kde proti stigmatu bojuje celá řada hnutí. Průkopnickým projektem, který roku 1996 založila WHO, byl celosvětový program pro boj se stigmatem, předsudky a diskriminací vůči lidem se schizofrenií nazván „*Open the Doors*“. Jeho cílem bylo zvýšit povědomí a znalost o původu a možnostech léčby, zlepšit postoj veřejnosti k těmto osobám a vytvářet opatření pro eliminaci diskriminace a předsudků. V rámci tohoto projektu byly realizovány vzdělávací aktivity pro veřejnost, aktivity zaměřené na média, umělecké aktivity či osvětové akce ve zdravotnictví, apod.

Ve Velké Británii byl největší destigmatizační projekt „*Time to Change*“, který fungoval obdobně jako *Open the Doors*. K redukcí stigmatu může sloužit celá řada dalších projektů. V Polsku se toho zhostili zaměstnáním těchto osob v půjčovně kol a zimních oděvů s názvem „*Cogito Bicycle Rental*“ nebo zaměstnáním v restauraci s názvem „*Little Swallow*“. Organizací je celá řada a některé vydávají vlastní průvodce

a rádce, jako je například Skotské centrum pro duševní zdraví „*Stigma: Guidebook for action*“ nebo „*Stigma: An International Briefing Paper*“. V jejich dílech jsou poznatky a zkušenosti s redukcí stigmatu.

V České republice jsou uskutečňovány destigmatizační aktivity pouze v průběhu několika posledních let. Udává se, že jsou spíše zastupovány jednorázovými kampaněmi jednotlivých organizací, které nejsou příliš koordinované a provázané, než dlouhodobé projekty. Vágnerová (2014) uvádí, že hlavní záštitou snah o změnu postoje české veřejnosti k lidem s mentálním znevýhodněním vytváří zejména Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ) a nadace Academia Medica Pragensis, které, ve spolupráci s dalšími organizacemi, dali za vznik projektu „*Změna*“. Česká republika je k destigmatačnímu úsilí zavázána souhlasem s některými mezinárodními dokumenty typu „*Zelená kniha*“ nebo „*Deklarace duševního zdraví pro Evropu*“. Některé organizace se snaží působit na veřejnost i odborníky pomocí webových stránek. Konkrétně se může jednat o stránky www.stopstigma.cz, kde se můžeme dočíst mnohé věci o mentálně znevýhodněných.

1. 4 Vzdělávání sestry

Pojem všeobecná sestra nezahrnuje pouze vystudování příslušného oboru a práci v nemocničním zařízení či soukromých ambulancích apod. Pokud si člověk zvolí práci sestry, musí počítat s celoživotním vzděláváním, které je refundováno formou kreditů, které je sestra povinna sbírat. Samotné studium sestry nemá bohatou historii, neboť toto vzdělání je v největším rozmachu právě v nynější době. Sestrám se rozšiřují kompetence, roste počet studentů a náročnost studia samotného. Forney (2017) ve svém výzkumu uvádí, jak je důležité, aby sesterské vzdělání směřovalo stále kupředu a nestagnovalo na dosavadních poznacích. Důležitost vzdělávání uvádí také Dikken (2017), který se zabývá především názornou ukázkou hodnotících škál, týkajících se komunikace a spolupráce jak s pacientem, tak s rodinou a blízkými. Stejný názor má i Matthews s kolegy (2017), která ve svém výzkumu uvádí možnosti práce s pacienty.

V roli sestry je důležité umět s pacientem správně komunikovat a analyzovat již několikrát zmíněné potřeby. Důležité je také umět pacienta motivovat a poskytnout oporu. Těmito fakty se ve svém díle zabývá Panagiotopoulou (2017), která uvádí především příklady spojené s rakovinným onemocněním.

Využití různých forem vzdělávání se věnuje Jarzemsky (2012), který ve svém díle prezentuje příklady simulační výuky pro zdravotnický personál, který lze využít ve všech školách i přípravných kurzech. Vzdělávání sester o pacienta se znevýhodněním zapadá do osnov již na středních školách. Na středních školách ovšem nejde o ošetrovatelskou péči, ale se znevýhodněním se střetáváme spíše v hodinách psychologie a komunikace. Ošetrovatelskou péči o pacienty se znevýhodněním lze nalézt také v předmětech jako je „*Ošetrovatelství*“ nebo „*Ošetřování nemocných*“. V obou případech jde většinou o znevýhodnění tělesného rázu v podobě amputací apod. S ostatními se setkáváme jen zřídka a obvykle v rámci praxe na oddělení. Důležitostí praktické výuky pro sestry se ve svém článku zabývá Murray (2010). Také popisuje, jak studenti sami na sobě pozorují zlepšování kvalitu poskytované péče. Zaměřením na kvalitu ošetrovatelské péče se zabývá i Voge s kolegy (2012). Popisuje práci studentů v malých skupinkách na předem dané téma. Shen s kolegy (2017) ve svém díle uvádí nutnost praktické výuky. Dostatek praktické výuky zajišťuje, že sestra nebude podceňovat příznaky, ale vše optimálně vyhodnocovat. Délka praktické výuky je důležité i pro lepší pochopení důsledků ošetrovatelství v souvislosti se znevýhodněním. Touto problematikou se zabývá ve svém díle Bernard-Longatte (2014).

Při hlubším průzkumu je zjištěno, že vzdělávání probíhá i na vysokých školách opět v hodinách komunikace, kde se ovšem zaobírají sestry ještě etickou problematikou. Vzdělání v oblasti mentálního znevýhodnění dochází v předmětech, jako jsou „*Ošetrovatelské postupy*“ nebo „*vybrané psychologické a psychiatrické poruchy*“. Náročnost studia ošetrovatelství popisuje Jarzemsky (2012), který ve svém díle uvádí především složitost v kombinování zkušeností z tradičních zařízení a stimulovaného prostředí. Vše podněcuje i rozvoj evidence base nursing, o kterém pojednává ve svém díle Mackey (2017).

Vzdělání může být také formou kurzů, které jsou akreditované od MV, MPSV nebo ČASu. Jedná se o jednodenní, dvoudenní i vícedenní vzdělávací kurzy, semináře či školení s možností koupi studijních materiálů. Absolventům kurzu je finálně uděleno osvědčení o absolvování vzdělávacího kurzu.

MPSV (2016) zaštiťuje mnoho dalších kurzů, například „*Osobní asistent zdravotně postižených*“, který je v rozsahu 16 hodin, cena kurzu je přibližně 1500,- Kč a probíhá v Praze v prostorách MAVO s.r.o. Vyškolení lektoři připravují účastníky po teoretické i

praktické stránce tak, aby byli schopni po absolvování kurzu samostatně vykonávat funkci osobního asistenta pacientům / klientům s různým typem znevýhodnění. Cílem tohoto kurzu je poskytovat takové služby, které vedou ke zlepšení kvality života nesoběstačného člověka, přispívat ke kompenzaci ztráty dovedností a schopností klienta způsobené zdravotním znevýhodněním, věkem nebo chronickým onemocněním. Absolventi kurzu budou vědět, jak správně vyřešit nejen sociální situaci, ale jak umožnit důstojný život, který se co nejvíce podobá způsobu, kterým klient doposud žil a podporovat rozvoj samostatnosti a aktivního řešení nepříznivé sociální situace. Práce osobního asistenta pak obnáší pomoc lidem se zdravotním znevýhodněním u činnostech, které nejsou schopni sami zvládnout. Díky asistentovi mohou nesoběstační lidé pracovat, studovat nebo žít v prostředí, na které jsou zvyklí. Vše

Campbell (2009) ve svém díle nabádá, aby informace o mentálním deficitu byly součástí edukačních procesů zdravotnického personálu a učiva vysokých škol. O edukaci a vzdělávání sester hovoří také Koťová (2013), která rozvoj informovanosti o pacientech se znevýhodněním podporuje a předkládá i reflexy svých zkušeností z oboru sociální práce a psychologie. Sama vede semináře zaměřené na kontakt studentů s lidmi se znevýhodněním. Kontakt budoucích sester a znevýhodněných pacientů je důležité i k dostatečné dávce empatie, která je nutnou součástí každého zdravotnického pracovníka. Touto problematikou se zabývá Strekalova s kolegy (2017).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaké existují v rámci ošetrovatelské péče předsudky vůči pacientům se znevýhodněním.
2. Zmapovat specifické potřeby pacientů se znevýhodněním a jejich promítnutí do ošetrovatelské péče.

2.2 Výzkumné otázky

- VO 1:** Jaké je povědomí sester o problematice stigmatizace?
- VO 2:** Jaké předsudky zaujímají sestry vůči znevýhodněným pacientům?
- VO 3:** Jaké skutečnosti v rámci ošetrovatelské péče o znevýhodněného pacienta jsou pro sestry stresující?
- VO 4:** Nakolik se sestry zajímají o specifické potřeby znevýhodněných pacientů?
- VO 5:** Jak se promítají specifické potřeby pacientů se znevýhodněním do ošetrovatelské péče?
- VO 6:** Jak sestry začleňují rodinu či blízké osoby znevýhodněného pacienta do ošetrovatelské péče?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

K získání dat byla zvolena forma kvalitativního šetření. Tato forma byla zvolena z důvodu hlubšího průzkumu dané problematiky. Technikou sběru dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor, který vytvořili autor spolu s vedoucí práce. Studium literatury bylo do rozhovoru vybráno několik oblastí a okruhů, které jsou pro dané téma důležité. V úvodu bylo všem účastníkům výzkumného šetření důrazně sděleno, že výzkum je anonymní, výsledky budou použity pouze pro účely dané práce a prostředí si mohou vybrat takové, které bude komunikačním partnerům vyhovovat.

Před zahájením vlastního výzkumného šetření byl proveden předvýzkum, ve kterém bylo zjišťováno, zda jsou uvedené otázky v dotazníku srozumitelné a odpovědi komunikačních partnerů dostatečně relevantní. Předvýzkumu se účastnilo 10 všeobecných sester. Na základě jejich připomínek byl seznam otázek k výzkumu aktualizován a přepracován do přesnější podoby (viz. příloha 1).

Samotný rozhovor tvořil 26 hlavních, otevřených otázek, které byly v případě potřeby rozvinuty o další podotázky. V úvodu jsme se zaměřili na charakteristické informace o daných komunikačních partnerech. Zjišťovali jsme jejich věk, vzdělání, zařízení, ve kterém práci vykonává i samotné oddělení. V neposlední řadě také délku praxe a specializaci v oboru. V otázkách jsme se zaměřovali na povědomí o problematice stigmatizace v souvislosti se znevýhodněným pacientem a okolnostech, které jsou k této problematice přidružené. Jednotlivé rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány v programu Microsoft Word.

Předpokládáme, že kvalitativní analýzou a interpretací získaných dat bude možno alespoň z části porozumět pacientům / klientům s různým typem znevýhodnění, porozumět problematice stigmatizace ve zdravotnictví a uvést v povědomí možnosti monitorace individuálních potřeb a jejich interpretaci do ošetrovatelské péče.

3. 2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Kritériem pro výběr výzkumného souboru bylo, aby sestry účastníci se výzkumu měly praktické zkušenosti s pacienty se znevýhodněním. Těmito kritérii byl vybrán vlastní výzkumný soubor, který tvořilo 12 všeobecných sester. Samotný sběr dat byl uskutečněn v měsíci únoru – dubnu 2017. Celkem bylo osloveno 7 společností z Jihočeského kraje a výzkum byl proveden ve 4 z nich. Více než polovina komunikačních partnerů se výzkumu účastnila pod podmínkou, že byl rozhovor uskutečněn v neutrálním prostředí (kavárna, restaurace). V ostatních případech výzkumnému šetření předcházela vždy ústní a písemná smlouva s vedoucími pracovníky. Před všemi rozhovory byl získán souhlas komunikačních partnerů s uskutečněním rozhovoru, jeho nahráním na diktafon, přepsáním do elektronické podoby a interpretací získaných informací ve výzkumné práci (viz. příloha 2). Celkem proběhlo 13 rozhovorů, z nichž každý trval přibližně 60 – 90 minut. Širší informace o komunikačních partnerech jsou uvedeny v kapitole „výsledky“ v charakteristice komunikačních partnerů (tabulka 1).

3. 3 Analýza dat

Rozhovory nahrávané na diktafon byly doslovně přepsány. Jednotlivé odpovědi opakovaně pročitány a následně byly v textu barevně vyznačovány úryvky vztahující se k jednotlivým cílům. Veškeré výpovědi byly seřazeny do skupin dle komunikačních partnerů. Po realizaci vlastních rozhovorů byla provedena transkripce (viz příloha 3), redukce dat a analýza do jednotlivých kategorií a podkategorií. V některých případech byla zjištěna podobnost u podkategorií, a tak došlo jejich spojení a následnému označení nadřazenějším pojmem.

4 Výsledky

Tabulka 1 Charakteristika komunikačních partnerů

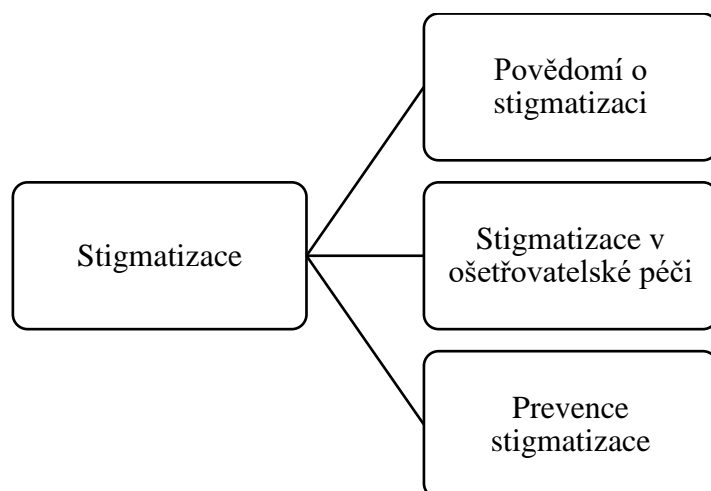
	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe	Zaměstnání	Oddělení	Specializace
R1	Žena	33	VŠ	8 let	Nemocnice	Interní	Komunikace s autisty
R2	Žena	40	SŠ	17 let	Nemocnice	Spinální jednotka	-
R3	Žena	41	VŠ	21 let	Nemocnice	ONP	Stomická sestra
R4	Žena	50	SŠ	27 let	Nemocnice	LDN	-
R5	Muž	31	VŠ	6 let	Nemocnice	Interní - JIP	Kurz bazální stimulace
R6	Žena	43	SŠ	22 let	Nemocnice	Urologie	Stomická sestra
R7	Žena	37	SŠ	15 let	Nemocnice	Dětské	Komunikace s autisty
R8	Žena	47	SŠ	16 let	Sociální zařízení	Zdravotnický úsek	Kurz PSS
R9	Žena	26	VŠ	5 let	Nemocnice	Chirurgie	Kurz bazální stimulace
R10	Žena	35	VŠ	8 let	Nemocnice	Interní - JIP	-
R11	Žena	28	VŠ	6 let	Nemocnice	Traumatologická JIP	Stomická sestra
R12	Žena	27	VŠ	6 let	Nemocnice	Interní	Kurz bazální stimulace
R13	Muž	28	VŠ	3 roky	Sociální zařízení	Zdravotní úsek	Komunikace s autisty Kurz bazální stimulace

(Zdroj vlastní)

Zkratka R znázorňuje označení rozhovoru a komunikačního partnera, nikoli zkratku „Respondent“

Kategorie 1 Stigmatizace

Grafické znázornění 1: Stigmatizace



V této části uvádíme, jaké mají sestry obecné informace o pojmu „*Stigmatizace*“, jak na ně působí a co si pod daným pojmem představí. Dále bylo otázkami zkoumáno, jak se stigmatizace odráží v ošetrovatelské péči, v souvislosti s nemocničním zařízením a jaká preventivní opatření přijímají sestry vzhledem k redukci potencionální nebo již přítomné stigmatizace.

Povědomí o stigmatizaci

Komunikačním partnerům byla položena otázka, zdali by byli schopni pojem „*Stigmatizace*“ vysvětlit či definovat. Ačkoliv byly odpovědi velice různorodé, dají se kategorizovat do tří skupin. První skupinu by tvořili odpovědi typu „*odlišnost*“ nebo „*znak*“. Na tomto faktu se shodli R2, R3, R5, R6, R8, R9, R11, R12 a R13. Ze všech odpovědí uvedla nejvíce relevantní odpověď na otázku R5, který tvrdí: „*Tento pojem pro mě znamená označení nebo zařazení pacienta do určité skupiny.*“ Prakticky totožnou odpověď má R3, který uvádí: „*Stigma pro mě znamená označení nebo znamení.*“ A R2, který tvrdí: „*Stigmatizace je označení člověka, který se něčím liší od normálu. Může to být jako postižený vůči zdravému nebo nezaměstnaný k zaměstnanému.*“ Nebo R9, který uvádí: „*Něco jiného, čím se člověk odlišuje od ostatních.*“ Cíleně jsme se při vedení rozhovoru doptávali na další, hlubší specifikace. Komunikační partneři uvedli celou řadu příkladů ve spojitosti se stigmatizací. R8 například uvádí: „*Pojem stigma pro mě*

znamená nějakou odlišnost člověka, která může být buďto viditelná, jako jsou různé druhy znevýhodnění nebo barva kůže, nebo skrytá, kterou může být třeba nemoc.“ R11 uvádí: „Stigma je specifický rys člověka, který může být okolím vnímán jako nežádoucí, a proto je často okolím izolován.“ R12 tvrdí: „Stigma je něco na první pohled vyzařující. Je to něco, čeho si každý všimne. Může se jednat o znak, který s sebou nese určité předsudky.“ R6 a R13 mají totožné odpovědi a uvádí: „Stigma znamená nějakou odlišnost, omezení nebo něco, čím je člověk odlišný od okolí. Možná by to mohlo znamenat i označení nebo zařazení do určité skupiny lidí odlišujících se od většinové společnosti.“ Část odpovědi komunikačního partnera R10 se dá zařadit do této skupiny a tvrdí: „Nedávno jsem to slyšela s porovnáním jako handicap, znamená to tedy označení někoho?“

Další část komunikačních partnerů charakterizovala tento pojem jako „znamení božích ran“ nebo odpovídali neurčitě s tím, že „Tento pojem slýchávali ve spojitosti s křesťanstvím“. Na těchto faktech se shodli R1, R7 a R10. R1 například uvádí: „Tento pojem jsem slýchávala v souvislosti s křesťanských náboženstvím. Myslím, že v tom kontextu to znamenalo něco jako znamení.“ R7 tento názor podporuje a uvádí: „Tento pojem mám spojený s Křesťanskou vírou, která vnáší rodině silně zakořeněná. R10 uvádí: „Jedná se o znamení ran, které měl Ježíš Kristus na rukou nebo nějaká podobná znamení spojená s bohem.“

Poslední skupinu tvoří komunikační partneři, kteří o pojmu nemají žádné informace. Do této skupiny patří pouze R4, který uvádí: „Tento pojem vůbec neznám.“ Po této odpovědi následovaly otázky, co jim pojem připomíná nebo co si pod ním představí. R4 dále udává: „Bohužel, vůbec nevím, o co se jedná a ani nevím, co si pod tím mám představit.“

Všem komunikačním partnerům byl pro účely správnosti dalších údajů zkoumaný pojem upřesněn a v dalších otázkách se zaměřoval na specifické situace.

Stigmatizace v ošetrovatelské péči

Tato kategorie byla vytvořena na základě vysokého a rozmanitého množství získaných informací o ošetrovatelské péči, nemocničním zařízením i pacientu se znevýhodněním. Dle výsledků je patrné, že komunikační partneři pocítují při ošetrovatelské péči značnou míru stigmatizace a názorně vypráví o jejím výskytu právě v ošetrovatelské péči a nemocničním zařízení. Z rozhovorů je patrné, že stigmatizace je v ošetrovatelské péči způsobována celou řadou faktorů.

O stigmatizaci v souvislosti s povoláním sestry hovoří všichni komunikační partneři velice obdobně. Nejčastější odpovědí bylo: „*Ošetrovatelská péče je asi nejvíce stigmatizující pracovní zařazení vůbec. Setkáváme se s lidmi všech etnik, veškerých sociálních vrstev, apod.*“ Tuto odpověď uvedl R4. Stejný nebo názor má i R1, R2, R3, R5, R6, R9, R10. R1 uvádí: „*Ošetrovatelství je velice kontaktní práce. Nejen sestra, ale celý ošetrovatelský tým je vystaven řadě nebezpečí. Nikdy nevíte, čím pacient může být kontaminován a při akutním příjmu hrozí obrovské riziko nákazy. Vezměte si například, když Vám záchranka přiveze na urgentní příjem pacienta s HIV nebo hepatitidou. Stačí jedna drobná chyba a sestra si ponese následky do konce života.*“ R2 uvádí: „*Sestra si může oceňovat lidi dle sympatií nebo antipatií. Někdo je prostě hulvát a s někým se pracuje dobře. Ačkoliv to tak být nemá, každá sestra to dělá, jsme lidé, kteří budují mezi sebou vztahy a emoce k tomu prostě patří. V ošetrovatelské péči by se z hlediska profesionality promítnout stigmatizace neměla, ovšem určitě tam někde je. Záleží už jen na sestře, jak moc to dává nebo nedává najevo.*“ Tento názor podporuje R3, který uvádí: „*Ošetrovatelskou péči provádí všeobecná sestra spolu s pomocným zdravotním personálem a přichází do kontaktu s pacienty snad nejvíce z celého zdravotnického týmu. Stigmatizace u zdravotnického personálu je tedy určitě přítomna. Pokud budu mluvit za sebe, tak některé výkony nemám ráda, a proto jsem nesmírně vděčná, pokud mi kolegyně ve směně pomohou.*“ S tímto tvrzením sympatizuje R5, který uvádí: „*Ošetrovatelská péče je náročná z toho hlediska, že se setkáváme se všemi druhy lidí. Pokud děláte práci sestry, musí Vás to bavit, jinak bohužel asi brzo vyhoříte. Stigmatizace je jistě jednou z mnoha složek, které ve finále tvoří celek ošetrovatelství.*“ R6 uvádí: „*V nemocničním zařízení jsou pacienti se všemi druhy nemocí, znevýhodnění, etnik, apod. Všechny tyto aspekty se mísí pod jednou střechou a je velice pravděpodobné, že zde dochází ke vzniku stigmatizace. Sestra musí všechny tyto aspekty vyhodnocovat a následně poskytovat ošetrovatelskou péči dle standardů a nejmodernějších postupů. Proto se nedivím, že u*

sester vzniká stigmatizace z určitých typů pacientů.“ Podobný názor má i R12, který uvádí: „Co vidím dnes a denně je, že prostě snad každé sestře není blízká určitá skupina lidí. Většinou jsou drogově závislí a bezdomovci, ke kterým sestry přistupují velice opatrně až přehnaně opatrně. Myslím tím, že svůj odpor k nim dávají dosti najevo, dle mého názoru se to nesluší a v rámci naší sesterské profese je to i dosti nepatřičné a neprofesionální.“ Tato tvrzení podporuje i R13, který uvádí: „Lidé se bojí různých věcí, hlavně těch, o kterých mají málo informací, kolikrát milných a mají z daných věcí právě obavy. To se pak bojí zdravotnický personál a kolikrát i sami pacienti. Ošetrovatelská péče je nutná poskytovat snad každému hospitalizovanému i v zařízení, jako je naše. Setkáváme se s pestrou škálou nemocí. Můj názor je takový, že každá sestra je něčím stigmatizovaná, ale nemyslím si, že je to na škodu. Nutí nás to více se chránit a tím zabraňujeme spoustě možných nákaz.“

Výše zmíněným názorům oponuje R8, který tvrdí: *„Jako sestra se setkávám se znevýhodněnými pacienty všech typů. Ošetřování mi nyní nedělá problém, ale ze začátku jsem měla s ošetřováním problémy. Ačkoliv jsem se snažila si to nepřipouštět nebo se daným problémovým situacím vyhýbat.“* Podobný názor má R11, který uvádí: *„Sestra musí především vyhodnotit potíže pacienta a podle výsledku poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Sestra by měla jednat s pacientem, jako s normálním člověkem a ne jako s někým odlišným.“*

Odlišný názor od všech zúčastněných má R7, který tvrdí: *„V této sféře stigmatizaci vůbec nepociťuji“.*

Pro větší přehlednost a spojení pojmu stigmatizace s ošetrovatelskou péčí uvádí někteří komunikační partneři své osobní zkušenosti. R1 uvádí: *„Pracuji na interním oddělení, kam spadá většina chronických chorob. Někteří pacienti u nás jsou jen díky dekompenzaci stavu a o všech svých chorobách vědí a nebojí se o nich hovořit. To by byl ten nejlepší druh pacientů. Dále se setkávám s pacienty, kteří nechtějí mluvit o svých chorobách, což respektujeme. Ovšem velice ohroženy jsou sestry těmi pacienty, kteří informace o svém zdravotním stavu úmyslně zatajují, což je pro některé sestry velice riskantní.“* R1 dále dodává: *„Já konkrétně nejsem velice důvěřivá, a tak jsem ráda, když mám vše potvrzeno fakty. Některé sestry ovšem pacientům věří a není to tak dávno, co byla u nás hospitalizovaná pacientka, která přišla kvůli dekompenzaci stavu a tvrdila, že má pouze cukrovku. Při dalším vyšetření bylo zjištěno, že je narkomanka a dokonce měla*

i Hepatitis C. “ V souvislosti s ošetrovatelskou péčí uvádí R3: „Největším problémem je pro mě ošetřování svědků Jehovových nebo Muslimů. Co se týče Svědků Jehovových, tak neschvaluji jejich principy, co se týče transfúze krve i přes záchranu života, přijde mi to hloupost, ovšem dodržujeme to. A u muslimů mi vadí ty jejich hábity, a že musím být přítomna u všech výkonů v případě, že je ve směně lékař, myslím tím může. Stejně tak ve mně vyvolávají strach, protože víte, jak je to teď s útoky a vesměs jsou všichni chlapi hodně agresivní, útoční a arogantní. “

Další odpovědi směřovaly ke vzniku stigmatizace spojené se zdravotnickým zařízením. Nejpočetnější skupinu odpovědí tvoří komunikační partneři udávající jistou spojitost stigmatizace a nemocničního prostředí. Tuto odpověď uvádí R1, R2, R3 R5, R6, R8, R9, R10, R12 a R13. Zajímavou odpověď uvedl R1: *„V rámci zachování profesionality bych měla říct, že stigmatizace v nemocničním zařízení neexistuje. Ovšem praxe je úplně jiná. V nemocničním zařízení se můžeme se stigmatizací setkat zpravidla úplně všude. Někoho stigmatizují pacienti s lupenkou. Ta je totiž viditelná a mnoho lidí se takových lidí bojí.“* Podobný názor má R2, který uvádí: *„Každý člověk se něčeho bojí a ve většině případů se jedná o choroby. Vesměs spíše hlavně ty, které jsou vidět. Takové choroby se samozřejmě léčí především v nemocničním zařízení a ostatní pacienti se se takovými lidmi setkávají právě zde.“* Tento názor podporuje R3, který uvádí: *„Stigmatizováni mohou být lidé už ze samotného nemocničního zařízení, jako takového. Někteří jsou stigmatizováni z ambulantních částí a někteří si myslí, jako například pacienti na našem oddělení, že pokud se k nám dostanou, už žít nevylezou.“* Dále R3 uvádí: *„Lidé mají předsudky ohledně nemocničního zařízení nebo některých konkrétních oddělení. Ale není to jen v široké populaci, ale i ve zdravotnickém personálu. I mezi sestrami kolují informace o odděleních, na kterých prostě sestra není spokojená buďto z hlediska fyzického vytížení, špatného kolektivu nebo něčeho jiného.“* Stejný názor má i R5, který uvádí: *„V nemocnici je stigmatizace asi všude. Záleží na pacientech a personálu, ovšem každého asi něco v nemocnici stigmatizuje – doktor, sestra, pacienti, přístroje, apod.“* Podobný postoj má i R8, který tvrdí: *„V souvislosti s nemocničním zařízením mi přijde, že je stigmatizace všude, protože každý se něčeho bojí nebo zaujímá vůči něčemu neurčitý postoj. A jakožto sestra se setkávám se všemi druhy znevýhodnění.“* R13 uvádí: *„Naši klienti se nemocničního zařízení obávají. Zdravotnický personál se našim klientům často vyhýbá nebo s nimi méně komunikuje. My v našem zařízení nemáme*

problém s čímkoliv, a tudíž si myslím, že přítomnost stigmatizace v našem zařízení je prakticky nulová.“

Opačný názor mají R4, R7 a R11. R4, který tvrdí: *„Chápu, že určitě ve spojitosti s nemocnicí stigmatizace existuje, ale neuvědomuji si to.“* Podobně zaměřený názor má R7 uvádí: *„Jakožto sestru, kterou naplňuje její práce, nejsem stigmatizována z pacientů. Spíše pocituji stigmatizaci spojenou s nadřízenými této instituce“.* Prakticky shodný názor má R11, který uvádí: *„V nemocnici se často setkávám s lidmi, kteří jsou odlišní, v mém případě vzhledově. Pacienti to často velice špatně vnímají, především pokud toto postižení vznikne až v pozdějším věku. Jako sestra musím takovým klientům pomoci.“*

Prevence stigmatizace

V této kategorii jsme zkoumali, jak sestry postupují, aby se stigmatizaci vyhnuly nebo případně již vzniklou stigmatizaci eliminovaly. Z výsledků je patrné, že sestry si přítomnost stigmatizace neuvědomují, anebo přijímají různá opatření k její redukci až úplné eliminaci.

Nejčastěji zmíněnou odpovědí k prevenci stigmatizace je dostatek informací o dané problematice. Tuto odpověď uvedli komunikační partneři R1, R4, R8, R9, R10 a R13. R1 například uvádí: *„Většinou ani nevím, že se o stigmatizaci jedná. Neuvažovala jsem nad touto problematikou tímto způsobem. Když jsem se například bála ošetřovat pacienta, protože má mentální deficit, tak jsem se snažila domluvit s kolegyněmi, aby si ho vzaly. Častokrát mi pak pomáhá i potřebná dávka informací.“* Podobný názor má i R10, který uvádí: *„Většinou ani nevím, že se o stigmatizaci jedná. Neuvažovala jsem nad touto problematikou, než jste se zeptal. Myslím, že bych si snažila získat informace napřed od rodiny a poté bych při výkonech komunikovala s pacientem.“* Tento názor sdílí i R8, který uvádí: *„Hledám si informace a snažím se přistupovat ke každému individuálně. Postupem času, jak mám více zkušeností, jsem při ošetrovatelské péči i více jistější.“* R13 uvádí: *„Většinou dostatkem informací o dané problematice a mám oporu mezi kolegy. Taky dostatek zkušeností v daném oboru mou možnou stigmatizaci redukovalo prakticky na nulu.“*

R4 dále uvádí: *„Poradíme se a případné problémy vyřešíme nebo je ventiluji na různých supervizích a podobných akcích pořádaných nemocnicí.“* Obdobný názor má R5,

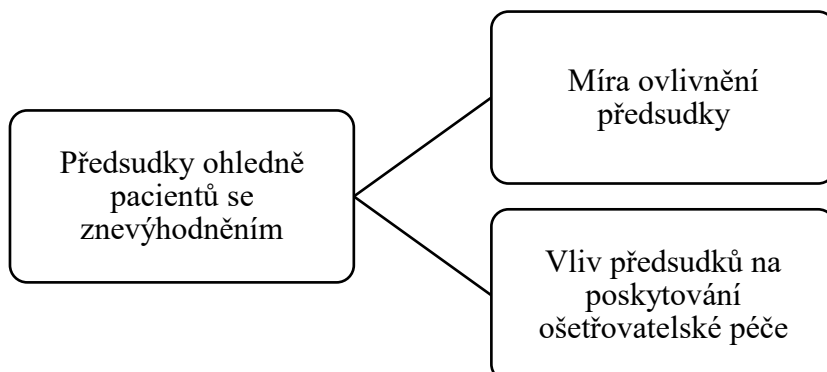
který uvádí: „Většinou se snažím více poznat daného pacienta. Snažím se k němu přistupovat empaticky a na základě komunikace analyzovat veškeré potencionálně negativní aspekty působící na něj v průběhu hospitalizace. Dané negativní vlivy se snažím eliminovat a tím zlepšit nejen průběh, ale i péči jako takovou.“

Jiný názor má R2, který tvrdí: „Jsem si jistá, že stigmatizace z mé strany vůči znevýhodněným pacientům je minimální.“ Prakticky shodný názor má R7, který uvádí: „Stigmatizaci neřeším. Nepřistupuji k žádným lidem tak, že bych měla předsudky a stanovuji si vlastní názor až z komunikace s daným pacientem.“

Další názory jsou velice specifické. R3 uvádí: „Přenechávám věci, které jsou mi nepříjemné ostatním, stejně tak to dělám s pacienty, které třeba z náboženských důvodů nerada ošetřuji. Samozřejmě je pro mě prioritou práce sestry a ošetřovatelství jako takové, a proto se starám o všechny stejně. Ovšem bojím se, že někteří pacienti na mně uvidí, že mi není příjemné být v jejich blízkosti apod.“ Odlišný názor má R6, která uvádí: „Pokud to lze, tak se snažím zamezit daným věcem, situacím nebo faktorům, které upozorňují na dané nedostatky nebo znevýhodnění.“

Kategorie 2 Předsudky o pacientech se znevýhodněním

Grafické znázornění 2: Předsudky ohledně pacientů se znevýhodněním



V této kategorii jsme se zaměřili na přítomnost předsudků ve spojitosti se znevýhodněnými pacienty. U sester jsme zkoumali přítomnost daných předsudků, míru ovlivnění a subjektivní zhodnocení vlivu předsudků na ošetrovatelskou péči.

Předsudky ohledně pacientů se znevýhodněním

Z výsledků této podkategorie je patrná rozmanitost předsudků vůči znevýhodněným pacientům. Nejvíce zastoupenou skupinou, vůči které mají všeobecné sestry předsudky, jsou pacienti s mentálním znevýhodněním. Tento fakt potvrzuje R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R11 a R13. Další skupinu tvoří všeobecné sestry, které předsudky nepocítují. Tento názor sdílí R1, R10 a R12.

Přítomnost předsudků popisuje R2 takto: „Každý má předsudky ohledně znevýhodněných pacientů. Spíše se bude jednat o mentálně znevýhodněné. Ohledně mentálně znevýhodněných koluje spousta předsudků typu – jsou uřvaní, je s nimi nulová komunikace, veškeré věci typu PMK, CŽK si vytahují, apod. Stejného názoru je i R9, která uvádí: „U mentálně znevýhodněných mám předsudky týkající se zvýšené komunikace.“

R3 tvrdí: „Předsudků ohledně znevýhodněných je spousta.“ Názor podobného zaměření má i R8, který uvádí: „Asi se veškeré předsudky týkají mentálně znevýhodněných. Jsou nepřizpůsobiví, neadaptabilní, apod.“ Tento názor sdílí i R4: „Mentálně znevýhodnění pacienti jsou nejvíce rizikovou skupinou, protože jsou extrémně

*problémovi.“ Předsudky podobného zaměření pociťuje i R13: „Musíme se jim více věnovat, kord pokud se jedná o pacienty s mentálním znevýhodněním. Musíme myslet na mnohem více věcí a častou reakcí personálu je, že se daným lidem vyhýbají.“ Jiný typ předsudků pociťuje R11, který uvádí: *Osobně mám potíže, když se setkám s někým mentálně postiženým. Chovám se k nim jako k dětem. Také mi přijde, že se lidé často na dotyčné dívají jako na ZOO a distancují se od nich.*“ Velice radikální názor má R6, který při rozhovoru sděluje: *„Já osobně mám předsudek štitivosti. Vadí mi jejich pohyby, vyjadřování a v podstatě veškeré jednání z jejich strany. Myslím tím mentálně znevýhodněné.“**

Předsudky vůči znevýhodněným pacientům pociťuje v malé míře nebo vůbec R1: *„Já osobně předsudky vůči znevýhodněným pacientům nemám. Když se nad tím tak zamyslím, je pravda, že když někdo řekne znevýhodnění, hned si vybavím mentálně znevýhodněného pacienta a projede mi mráz po zádech. Jenže já už teď vím, jak se o takové pacienty starat a jsem v ošetřování mnohem jistější.“* Odpověď podobného zaměření má R12: *„Předsudky vůči znevýhodněným nemám. Z osobní zkušenosti mohu říci, že se v případě hospitalizace pacienta se znevýhodněním o něj vždy starám já. Kolegyně se takovýmto pacientům vyhýbají“* S tímto tvrzením souhlasí R10, který svou odpověď interpretuje takto: *„Já osobně předsudky vůči znevýhodněným pacientům nemám.“* Dále R10 uvádí: *„Když se řekne znevýhodnění, nedokáži si představit, jaké to je, když se pacient brání například kanylace periferní žíly. Přijde mi nehumanistické, když jej musí 4 lidé držet a jemu je to nepříjemné. Ovšem nedokáži si představit, jak jinak by to šlo.*

Míra ovlivnění předsudky

V této kategorii jsme se zaměřovali na subjektivní hodnocení míry ovlivnění předsudky. Všeobecné sestry se převážně shodovaly ve faktech, že se nechávají ve svém zaměstnání předsudky ovlivnit, ovšem míra ovlivnění je velice u každého probanda jiná. Největší míra ovlivnění pochází z informací, které jim předávají jejich kolegyně a kolegyňe. Tento výsledek potvrzuje R3, R4, R6, R8, R9, R10 a z části také R1 a R11. Druhou skupinu tvoří komunikační partneři, kteří nepociťují ovlivnění předsudky při výkonu svého povolání. Veškeré předsudky, které by z informací poskytnutých jejich

kolegy či kolegyněmi byly patrné, vyvrací nebo potvrzují osobním kontaktem s daným pacientem. Tento výsledek potvrzuje R2, R5, R7, R12 a R13. Z části také R1 a R11.

Ovlivnění předsudky potvrzuje R3: „*Předsudky určitě ovlivňují ošetrovatelskou péči i celkový průběh směny. Když víte, že máte nějakého neklidného pacienta, který vyžaduje zvýšenou pozornost nebo se chová neadekvátně, ani se vám kolikrát nechce do práce přijít.*“ S tímto tvrzením souhlasí R6, který uvádí: „*Kdybych měla na stupnici od jedné do desíti vyjádřit svou míru ovlivnění předsudky, pohybovala by se hodnota v horních hranicích, přibližně 7 – 10. Asi bych se nebála říci, že u těžce mentálně znevýhodněných bych volila i tu nejvyšší hodnotu.*“ Stejnou míru ovlivnění udává i R8: „*Já dávám hodně na předsudky, ač vím, že to není dobré ani pro jednoho ze zúčastněných. Raději jsem ale připravená na horší možné varianty a v případě hladkého průběhu jsem mile překvapena.*“ Prakticky totožný vztah k předsudkům a míru ovlivnění uvedl R9, který popisuje: „*Předsudky se ovlivnit nechávám, ale spíše z toho důvodu, abych byla připravená na případná rizika. Při předání, když mi kolegyně řeknou, že tam je mentálně znevýhodněný, který je agresivní, tak jim věřím. Několikrát se mi ale stalo, že pacienti nebo sestry jsou na určité věci více citliví a to, co vadilo směně předešlé, v mém případě být vůbec nemusí.*“ R10 uvádí podobné zaměření: „*Snažím se nepodléhat předsudkům, ale ne vždycky se dobře vyspím nebo mám nějaké ostatní problémy. Následně na to se přidávají obavy z pacientů na oddělení a nejsem ve své kůži.*“

Do druhé skupiny patří R2: „*Já osobně ovlivnění předsudky nepociťuji vůbec. Samozřejmě na mě působí to, co říkají ostatní kolegyně, ale já si raději dělám obrázek o každém sama.*“ Obdobný názor má i R5, který uvádí: „*Vše si kontroluji sám a nezaujímám vůči nim žádný postoj před tím, než je sám uvidím.*“ Stejně informace udává i R7: „*Nenechávám se ovlivnit. Snažím se chovat ke všem pacientům stejně.*“ Podobně odpovídá R13: „*Nepociťuji z mé strany předsudky vůbec.*“

Několik komunikačních partnerů uvádí informace, které se dají přiřadit k oběma skupinám. Do této skupiny patří R1, který odpovídá: „*Někdy jsem nestranná a nezaujatá, snažím se chovat profesionálně a odvádět co nejkvalitnější ošetrovatelskou péči. Ovšem taky se občas stane, že se špatně vyspím nebo mám problémy pracovního či osobního rázu a to potom stačí, aby mi kolegyně předaly směnu typem – hele na dvojce leží mentál a to si teda užiješ. Takového informace jsou pro mě dostatečně stresující a dostávají se obavy z toho, co vlastně čekat. Předsudky jako takové já osobně vůči znevýhodněným pacientům*

nemám. “ Podobné informace podal i R11. Míru ovlivnění popisuje následovně: „Ohledně tělesně znevýhodněných si myslím, že jsou mé předsudky minimální. Ohledně mentálně znevýhodněných si myslím, že je to složitější. I když se snažím jim pomoci, tak jejich chování často nechápu, a proto nevím, jestli poskytují takovou péči, jakou bych poskytla normálně.“

Velice pozitivní odpověď konstatoval R12: *„Nenechávám se ovlivnit a svou práci mám ráda. Jestli někdo sedí na vozíku, neumí se vyjádřit nebo zapáchá, je mi jedno. Já jsem tam proto, abych jim pomohla a ne proto, abych někoho soudila.“*

Vliv předsudků na poskytování ošetrovatelské péče

V této podkategorii jsme se zaměřili na subjektivní hodnocení kvality péče sestrami. Komunikační partneři hodnotili vliv předsudků na poskytování ošetrovatelské péče. Nejvíce zastoupenou skupinou odpovědí byl negativní dopad předsudků na ošetrovatelskou péči. Na tomto názoru se shodovali prakticky všichni komunikační partneři (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R10, R11, R12, R13), kteří vidí negativní dopad v oblasti budování vztahů sestra – pacient, prožívaných emocí nebo ztrátě pocitu bezpečí a jistoty. Ostatní probandi (R8, R9) uvádějí kladný vliv předsudků na ošetrovatelskou péči.

O negativním dopadu hovoří R1, takto: *„Věřím tomu, že ani pro jednoho ze zúčastněných to není dobré. Přijde mi to krajně hrubé a neprofesionální. Pokud nějaké předsudky mám, snažím se je nějak redukovat nebo úplně eliminovat. V případě, že mají předsudky některé z kolegů či okolí, snažím se je analyzovat a případně vysvětlit, že to tak být vůbec nemusí.“* Podobný názor má i R2, který uvádí: *„Jsem si jistá, že to naruší vztah sestry s pacientem, jestli vůbec k nějakému formování dojde. Stejně tak si myslím, že bude sestra na daný pokoj chodit minimálně a veškeré výkony, které u pacienta bude provádět, se budou odvíjet od nutnosti dané výkony splnit, ale jak se cítí pacient, bude sestře asi jedno.“* R3 reaguje takto: *„Ošetrování takových pacientů v sestřích budí strach, protože máme vesměs špatné zkušenosti. Pacient, ke kterému sestra chová nějaké předsudky, to jistě časem vycítí a nebude mít uspokojenou potřebu bezpečí a jistoty. Stejně tak to může nabourat veškeré vztahy typu pacient – zdravotnický personál.“* Shodného názoru je R4, který dále uvádí: *„Má to negativní vliv jak na sestru, tak na pacienta. Každý je v dnešní době zaškatulkovaný a nejedná se jen o znevýhodněné. Všichni máme nějaký*

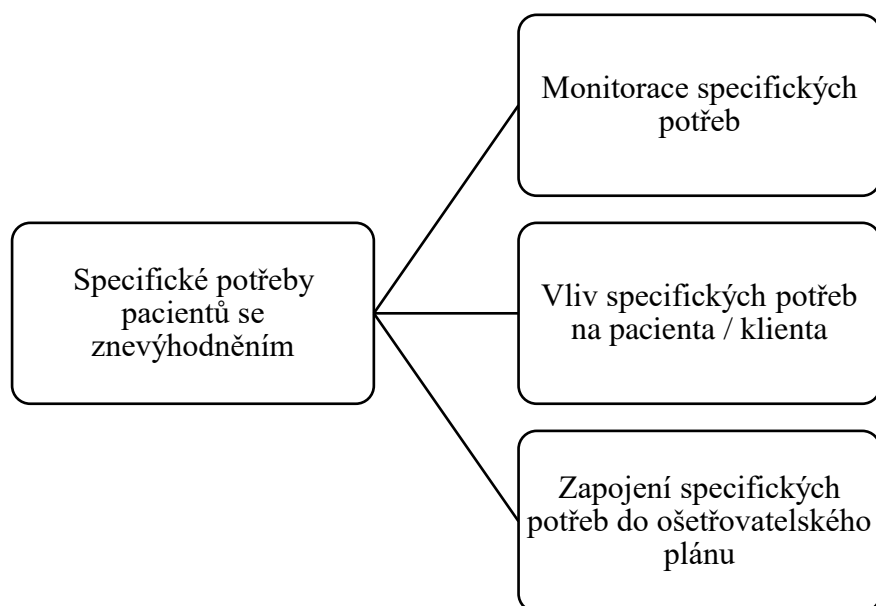
ten cejch a lidé k tomu můžou mít mnoho důvodů. Snažím se takové věci nedělat, ale i já se přistihnu s tím, že jdu na pokoj a říkám si – tam leží ten a ten a bude takový a takový, protože tenhle typ pacientů se tak prostě chová.“ R5 hovoří o vlivu předsudků takto: „Je to zbytečná komplikace, která ztěžuje ošetrovatelskou péči.“ R6 má podobný názor: „Rozhodně je vliv předsudků na poskytování ošetrovatelské péče negativní. Člověk s předsudky se už od prvního kontaktu s pacientem chová nepříjemně. Nejen u znevýhodněných se vše odráží především v ošetrovatelské péči.“ S tímto tvrzením souhlasí odpověď R7: „Poskytuje se horší péče.“ Shodně odpověděl i R10: „Věřím tomu, že ani pro jednoho ze zúčastněných to není dobré.“ Tento názor podporuje R11, který dále uvádí: „Jakmile má někdo předsudky, chová se k dotyčnému odměřeně až nepříjemně, což se samozřejmě projeví i v ošetrovatelské péči. S tímto faktem sympatizuje R12: „Předsudky mají destruktivní vliv na poskytování ošetrovatelské péče. Sestra nemůže být objektivní a nikdy nemůže poskytovat dobrou péči. Pokud má předsudky pacient, je to těžké zpočátku, ale já si ho zpracuji.“

Velice zajímavé informace z negativní skupiny odpovědí sděluje R13: „Dle mého názoru markantní. Předsudky dělají hodně, a když má člověk předsudky, neposkytuje tak kvalitní ošetrovatelskou péči, neboť se jedná většinou o antipatie vůči dotyčnému. Musíme poskytovat ošetrovatelskou péči bez rozdílnosti na rasovou či kulturní odlišnost nebo znevýhodnění. Sestry se řídí indikacemi lékaře, schválenými postupy a standardy. To nám neumožňuje poskytovat odlišnou ošetrovatelskou péči. Vliv předsudků se promítá spíše do času tráveného s pacientem nebo děláním – něčeho navíc.“

O kladném vlivu předsudků na ošetrovatelskou péči hovoří R8: „Ačkoliv jsou předsudky jako takové určitě špatnou vlastností, tak mají dobrý vliv na ošetrovatelskou péči. Díky předsudkům je sestra obezřetnější, více všímaví a veškeré aktivity, které u pacienta vykonává, si několikrát promyslí a projede krok po kroku, přičemž si uvědomuje možná rizika a stanovuje následné intervence.“ Tento fakt podporuje i R9, který dále uvádí: „V mém případě přijímám různá opatření, abych daným situacím zabránila. Například budu více dbát na hygienu. Znáám i sestry, které za takovými pacienty nechtějí vůbec docházet. Někteří mentálně znevýhodnění si extrahují invazivní vstupy, ovšem já jsem to nikdy nezažila.“

Kategorie 3 Specifické potřeby pacientů se znevýhodněním

Grafické znázornění 3: Specifické potřeby pacientů se znevýhodněním



V této kategorii jsme se zaměřili na přítomnost specifických potřeb u pacientů se znevýhodněním, jejich možnou monitoraci, vliv na pacienta / klienta a jejich zapojení do ošetrovatelského plánu.

Specifické potřeby pacientů se znevýhodněním

Tato kategorie je zaměřena na mapování specifických potřeb pacientů se znevýhodněním, v souvislosti s hospitalizací. Komunikační partneři se v části odpovědí shodovali, ovšem rozmanitost odpovědí je kolosální. Specifické potřeby byly následně rozděleny do tří skupin, a to „Respektování individuálního přístupu“, „Základní, biologické potřeby“ a „pocit bezpečí jistoty“. O potřebě individuálního zaměření ošetrovatelské péče hovoří R1, R2, R6, R10, R11, R12 a R13. Výskyt základních, biologických potřeb u pacientů se znevýhodněním udává R1, R5, R8, R11, R12 a R13. Pocit bezpečí a jistoty jako specifickou potřebu u pacientů se znevýhodněním udává R8, R9, R10, R11, R12 a R13. Z dalších ojedinělých specifických potřeb pak udávají např. vhodná volba pokoje a lůžka, respektování studu nebo zajištění kompenzačních pomůcek.

R1 uvádí: „Je to velice individuální a nedá se to nijak kategorizovat. Většina pacientů potřebuje mít dostatek tekutin, jídla a povědomí o tom, kde mají toalety apod.“

Vesměs se vše odvíjí od typu znevýhodnění. Pacienti s tělesným znevýhodněním často potřebují pomoci v chůzi nebo jejím nácviku. Nevidomí pacienti pak potřebují vědět, že je stále někdo poblíž a kdykoliv si zavolá, přijdeme mu na pomoc.“ Podobné reakce má i R2: „Je to podle druhu znevýhodnění. Někdo potřebuje invalidní vozík a někdo potřebuje jiné pomůcky nutné ke každodennímu životu. Dokázala bych to kategorizovat pouze podle druhu znevýhodnění, ale přece jen, mentálně znevýhodnění mají úplně speciální potřeby, a ty se nedají nijak kategorizovat.“ Velice obdobné informace uvádí R3: „U tělesně znevýhodněných to určitě bude přítomnost jejich kompenzačních pomůcek. Někteří tělesně znevýhodnění pacienti mají velký stud, takže se poté volí i vhodný výběr lůžka, aby mohli sami na toaletu apod. U mentálně znevýhodněných si nejsem jistá, jestli nějaké specifické potřeby mají. Nikdy jsem to zvláště nezkoumala.“ R5 odpovídá takto: „Mentálně znevýhodnění pacienti potřebují dostatek jídla, pití, sladkostí a zvýšený hygienický režim. U tělesně znevýhodněných pacientů to bude asi potřeba mít kompenzační pomůcky poblíž, případně vědět, jak zavolat sestru nebo zajistit rehabilitaci. U sociálně znevýhodněných pacientů to bude asi také jídlo a pití a opětovně zvýšený hygienický režim.“ Tento názor sdílí R9, který uvádí: „Jednoznačně zvýšení hygiena, kompenzační pomůcky, jídlo a přítomnost rodiny.“ Podobný názor má i R12: „Co pozoruji, tak je to individuální. Mentálně znevýhodnění stoprocentně potřebují přítomnost rodinného příslušníka. Mají jiný způsob komunikace a někdy bych řekla až takový bezprostřední. Někteří potřebují více času na hygienu, jídlo, apod. Ale s tím nemám problém, prostě jim ten čas poskytnu.“ O individualitě hovoří i R6. Ve své výpovědi uvádí jako specifickou potřebu znevýhodněných: „Především respektování individuality a individuální přístup ke každému jedinci.“ Velice podobné názory má i R11: „U mentálně postižených to budou asi především základní potřeby a potřeba jistoty a bezpečí. U tělesně znevýhodněných asi respektování individuality. U obou je pak potřeba individuální přístup.“ Tento názor podporuje svým i R8: „Myslím si, že velkou roli hraje pocit bezpečí a jistoty. U některých pacientů je to také pocit svobody a samozřejmě biologické potřeby typu jídlo, pití, apod.“ Již zmíněné specifické potřeby uvádí ve svém tvrzení i R10: „Je asi opět na místě zahrnout individualitu a míru handicapu. U tělesných je to pak lepší pokoj, aby se mohli pohybovat. U mentálně znevýhodněných bych si troufla říci, že je specifikem nejvíce rodinný příslušník nebo blízká osoba či věc, na kterou je fixován a díky které snáší stres lépe“

Velice specificky odpověděli komunikační partneři R4, R7 a R13. R4 dále uvádí: *„Asi nemají žádné specifické potřeby kromě toho, že mají takové jako každý jiný člověk. Mentálně znevýhodnění si své potřeby neuvědomují a tělesně znevýhodnění nám řeknou vše, ale to se jedná spíš o dopomoci v sebeobslužných situacích.* R7 odpovídá: *„Nevím, nedokáži to zhodnotit.“* Nejvíce informativně obsáhlou a adekvátní odpověď k dané problematice uvedl R13: *„Je to individuální. Každý typ znevýhodnění má své typické i netypické potřeby. V případě, že se pacienti nachází v nemocničním prostředí, tak bych řekl, že mají hlavní potřebu uzdravit se. V případě mentálního znevýhodnění se o tuto potřebu asi nejedná, neboť lidé s těžkým mentálním deficitem jednají spíše pudově, a tak je jejich hlavní potřebou asi jídlo, pití a odpočinek. Troufl bych si říci, že u mentálního znevýhodnění bude asi nutná i velká potřeba bezpečí a jistoty, kterou nemají z toho důvodu, že jsou hospitalizováni v jiném prostředí s lidmi, které neznají. V tomto případě si myslím, že budou potřebovat i asistenta nebo rodinného příslušníka. U ostatních typů znevýhodnění budou asi potřeby podobné. Klasická potřeba jídla a pití, pro sociálně znevýhodněné bude asi zvýšená. Tělesně znevýhodnění budou potřebovat své kompenzační pomůcky a asi i vědět, jak se dozvonit na pomoc, čili zase nějaký pocit bezpečí a jistoty.“*

Monitorace specifických potřeb

V této podkategorii jsme se zaměřili na monitoraci specifických potřeb. Komunikační partneři uvádí způsoby, jakým specifické potřeby monitorují a reakce jejich i pacientů. Nejvíce zastoupenou skupinu tvoří komunikační partneři, kteří tvrdí, že monitorace specifických potřeb probíhá pomocí ústní domluvy s pacientem, rodinou nebo kolegy v práci. Tuto odpověď uvádí R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10, R11 a R13. Další skupinu tvoří komunikační partneři, kteří hodnotí specifické potřeby pohledem. Tuto odpověď uvádí R5, R8 a R13. Ostatní komunikační partneři uvedli, že specifické potřeby nemonitorují. Tuto odpověď uvedl R7, R12 a z části R1.

Do skupiny komunikačních partnerů, kteří monitorují specifické potřeby slovně, patří R1: *„Já osobně nemám problém s tím, abych se pacientů přímo zeptala, co jim chybí, co je trápí, na co myslí, co dělali ve volném čase, apod. Potom následně zkusím pacienta aktivizovat nebo alespoň motivovat.“* Podobné reakce má i R2: *„Většinou se zeptám pacienta, neboť u nás většina pacientů normálně komunikuje, a proto není*

problém cokoliv zjistit. V případě mentálního znevýhodnění se často radím s kolegy.“ Odpověď podobného zaměření uvádí R3: *„Snad jen evidujeme v paměti, co mi pacienti říkají, že mají rádi. Příkladem by bylo třeba světlo, klid, sladký čaj nebo káva.“* Shodnou odpověď má R4: *„Klasicky se pacienta zeptám nebo si informace předáváme se sestrami při hlášení.“* Stejně informace uvádí R5: *„Snažím se s pacienty komunikovat. V případě potřeby se ptáme rodiny, aby nám dané informace sdělila.“* R6 konstatuje svůj názor: *„Snažím se dotyčného zeptat, případně kontaktuji rodinu, opatrovníky nebo kolegy z práce.“* Podobné tvrzení uvádí i R8: *Většinou se zeptám nebo se pacienti sami svěřují.* R9 a R10 udávají: *„V případě sběru anamnézy se sestra může doptat na co je potřeba.“* R11 udává podobné informace: *„Snažím se je zjistit od dotyčného, pak samozřejmě od rodiny či doprovodu a také od svých kolegů a jejich zkušeností.“* R13 monitoruje potřeby takto: *„Ústní domluvou, spolupracuji s asistenty či rodinnými příslušníky.“*

Další zmíněnou metodou monitorace specifických potřeb u pacientů se znevýhodněným je pohled. R5 například uvádí: *„Snažím se vysledovat, co jim působí radost a navozuje pocity pohody.“* Podobnou odpověď uvádí i R8, který tvrdí: *„Z neverbální komunikace můžete poznat, co se v pacientovi odehrává. V případě, že se pacienti něčeho obávají, dochází ke ztrátě pocitu bezpečí a jistoty. Následně vidíte, že pacienti jsou neklidní. Chovají se netypicky, velice omezeně komunikují atd.“* R13 uvádí kombinaci několika možných postupů monitorace a jedním z nich je: *„Některé věci vidíte z chování pacienta.“*

Do další skupiny odpovědí patří ti, jenž specifické potřeby nemonitorují. Jak udává R1: *„Specifické potřeby nemonitoruji, nebo o tom alespoň nevím.“* Podobně odpovídá i R7: *„Potřeby nemonitoruji.“* S těmito tvrzeními sympatizuje R12, který uvádí: *„Pouze si předáváme informace o pacientovi ústně a významnější poznatky týkající se zdravotního stavu se zapíší do dokumentace. Specifické potřeby nijak zvláště nemonitorujeme.“*

Velice specifickou odpověď uvádí R2: *„Zeptám se pacienta, neboť u nás většina nemocných komunikuje normálně. V případě mentálního znevýhodnění se často radím s kolegy, snažím se zkusit, co by asi mohl pacient chtít metodou pokus – omyl a doufám, že to nějak dopadne.“* Zajímavě odpovídá také R13: *„V našem zařízení se vedou portfolia o pacientech a jejich specifické potřeby jsou zaznamenávány. Také je v nich psáno, jak*

správně postupovat, abychom pacientům / klientům neučinili trauma či je neuvrhly do stresových situací. “

R7 odpovídá: *„Nemonitoruji.“* Podobné reakce má R12: *„Maximálně se významnější potřeby zapíší do dokumentace. Zbytek si předáváme ústně při předání. Jinak se to u nás nemonitoruje.“* R13 interpretuje svůj názor takto: *„Ústní domluvou. Některé věci vidím, že jsou potřeba nebo spolupracuji s asistenty či rodinnými příslušníky. V našem zařízení se vedou portfolia o pacientech a jejich specifické potřeby jsou zaznamenávány. Také je psáno, jak správně postupovat, abychom pacientům neučinili trauma či je neuvrhly do stresových situací.“* Podobné reakce udává R11: *„Snažím se je zjistit od dotyčného, pak samozřejmě od rodiny či doprovodu a také od svých kolegů a jejich zkušeností.“*

Další otázky o monitoraci specifických potřeb směřovaly na techniky sběru informací a pomůcky, které při monitoraci používají. Nejčastější odpovědi komunikačních partnerů bylo využití *„Obrázků, piktogramů, kartiček či VOKS“*. Na této odpovědi se shoduje R1, R3, R4, R5, R8, R9, R10, R12 a R13. Několik dalších komunikačních partnerů uvedlo, že si nejsou vědomi žádných pomůcek, které by jim usnadňovaly komunikaci nebo identifikovaly specifické potřeby. Na tomto tvrzení se shodli R3, R6, R7 a R11.

K nejvíce zastoupené skupině patří R1, který odpovídá: *„U mentálních znevýhodnění se snažíme věci ukazovat a vše popsat. Případně lze použít VOKS karty.“* R5 je stejného názoru a tvrdí: *„Používáme při ošetřování mentálně znevýhodněných pacientů piktogramy či jiné obrázky dostupné na našem intranetu.“* Podobné reakce má R8: *„Používáme klasické piktogramy nebo obrázky VOKS pro pacienty / klienty s poruchou autistického spektra.“* R10 má stejný názor a uvádí: *„U znevýhodněných by se jednalo o obrázky, apod., které si rodina nosí z domova.“* R9, R12 a R13 uvedli totožné odpovědi. R13 rozvinul svou odpověď o přítomnost portfolií: *„Používáme kartičky, piktogramy a již miněné portfolia.“* O portfoliích vytvářenými institucemi pro znevýhodněné hovoří i R5: *„Pokud je hospitalizovaný pacient z ústavní péče, posílají nám ústavy portfolia, která si o pacientech vedou a v těch nacházíme také spoustu užitečných rad a věcí.“* Stejný názor na portfolia má i R1, který uvádí: *„Hodně nám také pomáhají případná portfolia nebo vypracované postupy práce s takovými pacienty, které nám pak poskytují rodinní příslušníci nebo ústavy, ve kterých jsou pacienti ubytováni.“*

Další skupinu tvoří komunikační partneři, kteří neevidují žádné předměty k usnadnění komunikace a analýze specifických potřeb. R3 uvádí: „*Nevím o ničem, co by nám pomáhalo.*“ Tento názor sdílí R6 a R7, kteří konstatují: „*Nemáme žádné předměty ani materiály, které bychom na oddělení používali.*“ Stejného názoru je R11: „*Na oddělení nemáme žádné předměty ani materiály, které bychom mohli použít.*“

Na specifické odpovědi se shodují R8 a R10: „*Máme k dispozici komunikační tabulky a kontakt na asistenty, kteří v případě nouze s pacienty / klienty komunikují tak, aby vše proběhlo hladce.*“ Další specifickou odpověď sděluje R12. Ten tvrdí: „*Často je přítomna rodina, která nám péči usnadňuje.*“ Poslední specifickou odpověď konstatoval R2: „*V případě některých nesrovnalostí nebo špatné mluvy domluvíme konzilia, například logopedické.*“

Vliv specifických potřeb na pacienta / klienta

V této podkategorii jsme zkoumali vliv specifických potřeb na pacienta / klienta a vývoj ošetrovatelské péče. Z výsledků je patrné, že znalost informací o specifických potřebách působí pozitivně na celkový průběh ošetrovatelské péče o pacienta se znevýhodněním. Kladné ovlivnění celého průběhu ošetrovatelské péče uvádí R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9, R10, R12 a R13. Smíšené názory má R6, R9 a R11.

Jak uvádí R1: „*Pokud máte dostatek informací, které potřebujete, máte si jednak o čem povídat při vykonávání běžných činností ošetrovatelské péče a nemusíte se na sebe šklebit jako bubáci. Je to také jedna z možností, jak prolomit ledy a pacient se vám může více otevřít. V některých případech Vám řeknou i informace, které neví ani rodinní příslušníci. Každopádně znalostí specifických potřeb se práce sestry rozhodně usnadňuje. Reakce pacientů jsou velice kladné. Dáváme pacientovi najevo, že k němu máme holistický přístup a ne, že je to kus masa s diagnózou. Samozřejmě jsou některé reakce i negativního rázu, ale to je v případech, kdy jsou pacienti negativní od jádra a nechtějí pomoci. Spíše okolo sebe kopou a snaží se potopit i ostatní.*“ Stejný názor má R2: „*Pacienti jsou rádi, když si sestra zapamatuje něco z toho kvanta informací, kterou ji občas zahltní. Když se sestra sama zapojí a aktivně dotazuje na danou problematiku, pacienti jsou rádi.*“ Tento názor sdílí i R3: „*Myslím, že to má i kladný vliv na pacienty.*“ R4 uvádí: „*S pacienty je jednodušší a lepší práce. Reakce pacientů jsou asi stejné jako vždy, nikdy jsem se na tyto věci nezaměřovala.*“ Kladné reakce pacientů pozoruje i R5 a

R7. Ti odpovídají: „*Pacienti jsou mnohem klidnější, stejně tak je klidnější i personál a jste si při ošetrovatelské péči, více jistější.*“ Tento názor sdílí i R12, který dále uvádí: „*Pacienti /klienti nejsou frustrováni z toho, že je považujeme za neschopné a nesoběstačné.*“ Stejného názoru je i R10: „*V případě znalosti specifických potřeb pacient vidí zájem o jeho osobu. Vnímá, že s emu věnujeme a pečujeme o něj.*“ S těmito názory sympatizuje R13, který odpovídá: „*Ošetrování má lepší průběh a redukuje to stres na obou stranách.*“

Smíšené reakce uvádí R6 takto: „*Některým pacientům to nevadí, i když nijak zvláště šťastní nejsou. Jiní to berou velice pozitivně a někteří dokonce i tak, že jsou nemocní a tuto péči vyžadují, potřebují.*“ Shodného názoru je R9: „*Samozřejmě kladné pouze v tom případě, že se sestry svým názorem řídí. Jelikož jsem jedna z nejmladších, tak se ovšem spíše setkávám s tím, že mé kolegyně nepovažují můj názor za relevantní a plnohodnotný.*“ S těmito informacemi se shoduje odpověď R11, který uvádí: „*Je to individuální. Některí pacienti to berou tak, že jsou něco míň, a proto je jim poskytována individuální péče. Jiní to přijímají pozitivně, někdy této výhody mohou zneužívat nebo se jí dožadovat.*“ Praktický názor uvádí R3: „*Pokud o daných potřebách víme, samozřejmě se snažíme, abychom je co nejvíce uspokojovali. Pokud má pacient rád kávu a může ji, rádi mu ji připravíme nebo se domluvíme s rodinnými příslušníky na nějakém přijatelném řešení.*“ S uvedenými informacemi souhlasí R8: „*Víme jak s pacienty mluvit, jak na ně reagovat a veškeré naše poznatky se samozřejmě zaznamenávají a v případě potřeby poskytují dalším pracovníkům.*“ Výše zmíněným názorům oponuje R2, který tvrdí: „*Pacienti mají pocit, že se jim věnujeme a že nejsou jen například – paréza na trojce. Na uspokojování specifických potřeb opravdu není časový prostor. Ono stačí, když si s pacientem u slatí lůžka nebo ranní hygieny popovídáme a on vám řekne, co ho bolí a jaké má návyky.*“

Předávání informací v ošetrovatelském týmu

V této podkategorii jsme se zaměřili na zapojení informací o specifických potřebách do ošetrovatelského plánu. Z informací podaných jsme zjistili, jakým způsobem jsou informace o specifických potřebách distribuovány ošetrovatelskému týmu. Nejčastěji uvedenou odpověď tvořilo předávání informací pouze mezi sestrami ústní nebo písemnou formou. Na této odpovědi se shodli R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10, R11 a R12.

Další nejčastější informace od komunikačních partnerů se týkala záznamu informací a práce s portfolii o pacientech / klientech. Tuto odpověď uvedli R8 a R13. Další informace se týkaly kooperace s lékaři a typy na poskytování dobré ošetrovatelské péče.

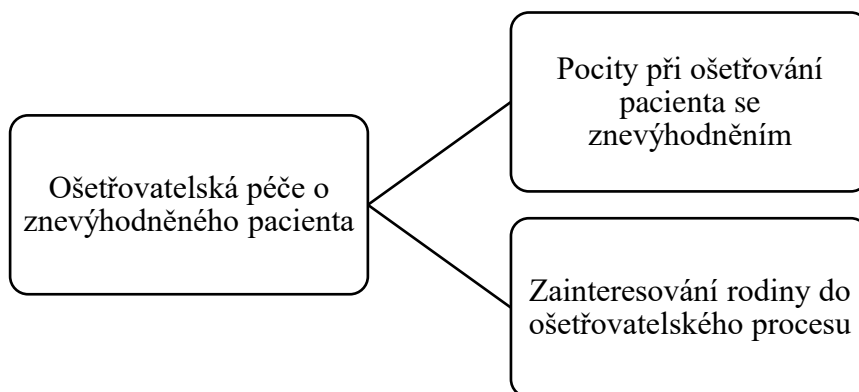
R1 o distribuci specifických potřeb hovoří takto: „*Informace si předáváme mezi sebou.*“ S tímto názorem souhlasí R2: „*V případě specifických potřeb si sestry dané poznatky a zkušenosti předávají mezi sebou. Zainteresování specifických potřeb se promítá do ošetrovatelské péče velice pozitivně.*“ Stejně poznatky má i R3, který uvádí: „*Pokud existují věci, které zkvalitňují ošetrovatelskou péči, předávají si informace sestry mezi sebou. Předání informací je pak prováděno písemnou formou nebo ústně.*“ Podobně reaguje i R5: „*Nasbírané informace, které se do dokumentace nepiší, si předáváme s kolegy mezi sebou při hlášení.*“ R7 a R10 se v odpovědi shodují a konstatují: „*Sestry si předávají informace, co u pacienta dělaly, co se zapisovalo do dokumentace, jak se zlepšil a jak se choval.*“ Podobné reakce má R9: „*Při nástupu do služby po předání směny vždy jdu a informace si zkontroluji. Předání informací a zainteresování do ošetrovatelského plánu pak funguje tak, že si sestry mezi sebou informace předávají.*“ Stejnou odpověď uvedl R11: „*Sestry informace získávají především od kolegyně z předešlé směny. Ty jí poskytují informace, zkušenosti, a jak se chová a co na něj platí.*“ Tyto informace sdílí i R12: „*Předáváme si informace mezi sebou.*“

Další skupinu tvoří komunikační partneři, kteří uvádí využití portfolií. Tuto informaci udává R8, který tvrdí: „*Informace o pacientovi se v našem zařízení odvíjí od nastudování portfolií o pacientech a snažíme se o co nejhladší a nejefektivnější průběh celé ošetrovatelské péče. Při hospitalizaci našich klientů v nemocničním zařízení daná portfolia poskytujeme i zdravotnickému personálu na oddělení, kde je klient hospitalizován.*“ Podobné informace uvádí i R11. Ten tvrdí, že: „*Někdy, pokud pacient pobývá v nějakém stacionáři, máme možnost k nahlédnutí do jejich dokumentace, kde mají právě to, jaký pacient je, co na něj platí a jak se k němu chovat uvedené. Hodně nám to usnadňuje práci.*“ Shodné tvrzení má R13: „*Informace o pacientovi/ klientovi se v našem zařízení odvíjí od nastudování portfolií o pacientech a snažíme se o co nejhladší a nejefektivnější průběh celé ošetrovatelské péče. Při hospitalizaci našich klientů v nemocnicích zařízení daná portfolia poskytujeme i zdravotnickému personálu na oddělení, kde je klient hospitalizován.*“

Komunikační partneři R2 a R5 mají totožné odpovědi a odpovídají: „*Veškerá nasbíraná data se zaznamenávají v rámci vyplňování ošetrovatelské anamnézy. Informace jsou dostupné v ošetrovatelské dokumentaci.*“ Další údaje uvádí R3 a R4, kteří tvrdí: „*Pokud existují věci, které zkvalitňují ošetrovatelskou péči nebo tzv. finty, jak na dotyčného, předáváme si informace ústně. Spíše se jedná o typy a triky, jak správně na pacienta.*“ Informace podobného zaměření uvádí R1 a R12, kteří o distribuci v rámci zdravotnického týmu hovoří takto: „*Při vizitě sdělujeme lékařům, co jsme vysledovaly, eventuálně s čím se nám pacient svěřil, samozřejmě pouze za předpokladu, že se nejedná o tajemství, které pacient svěřil pouze nám.*“ O praktickém znázornění hovořil R1, který sděluje: „*Informace si předáváme mezi sebou. Předání pak vypadá takhle – Na dvojce leží pán, který má tělesné znevýhodnění, ale když mu dáš přenosnou toaletu k lůžku, tak se na ni sám přesune. Je velice šikovný, apod.*“

Kategorie 4 Ošetrovatelská péče o znevýhodněného pacienta

Grafické znázornění 4: Ošetrovatelská péče o znevýhodněného pacienta



V této kategorii jsme se zaměřili na subjektivní hodnocení ošetrovatelské péče o znevýhodněného pacienta sestrou. Konkrétně nás zajímalo, jak pociťuje vlastní ošetrovatelskou péči a jaký vliv má zainteresování rodiny do ošetrovatelské péče.

Ošetrovatelská péče o znevýhodněného pacienta

Z informací je patrné, že v některých případech dochází k rozdílnostem v poskytování ošetrovatelské péče. Komunikační partneri se shodují na faktu, že jednou z možných příčin rozdílné ošetrovatelské péče je individuální přístup. Toto tvrzení uvádí R1, R2, R3, R5, R6, R8, R10, R11 a R12. Další část komunikačních partnerů tvoří ti, kteří nepozorují žádné rozdíly v poskytování ošetrovatelské péče znevýhodněným pacientům. Na tomto faktu se shodují R4, R9, R13 a z části R2.

Rozdílnost ošetrovatelské péče uvádí R1 takto: „*Pacient mentálně znevýhodněný, slepý a na vozíku musí být na pokoji, který je co nejbližší sesterny a sledujeme ho prakticky neustále. U takových pacientů hrozí riziko pádu, dekubitů a spousta dalšího.*“ Podobné poznatky má i R2: „*Oproti normálním pacientům se ošetrovatelská péče liší, neboť pacienti s jakýmkoliv znevýhodněním nemohou fungovat tak, jako normální lidé. Ošetrovatelskou péčí je poté spíše asistence a nácvik možných činností každodenního života.*“ Stejného názoru je R3: „*Rozdílnost je především kvůli znevýhodnění, které*

pacient má. Musíme k němu být více tolerantní, empatičtí apod. Nemůžeme s ním jednat, jako s člověkem bez znevýhodnění.“ Podobně reaguje i R5: „Je nutné mít více času při vykonávání ošetrovatelské péče. Zase záleží, jak moc je znevýhodněný a o jaký typ se jedná. V některých případech je nutná přítomnost další sestry nebo ošetrovatelského personálu, když je pacient nesoběstačný či imobilní. V některých případech, což je tedy velice ojedinělé, je nutné pacienty přidržovat, aby si nevytrhli některý ze zavedených vstupů nebo poškodili sami sebe.“ Shodný názor má R6, který uvádí: „Už na první pohled je jasná rozdílnost péče o zdravě myslícího a mentálně nebo jinak znevýhodněného pacienta. U lidí bez znevýhodnění je normální komunikace, pacient rozumí pokynům personálu a veškeré úkony se snaží splnit, kdežto u mentálně znevýhodněných pacientů je všechno obtížnější, komunikace funguje na bázi jednoslovných jednoduchých pojmů a všechno trvá nesčetněkrát déle.“ Rozdílnost péče, která vychází především z komunikace, uvádí R11: „U mentálně postižených je možnost komunikace často velice omezená a složitá. Jak jsem již zmiňovala, pokud dotyčného neznáme, tak nevíme, jaké budou jeho reakce.“ O časové náročnosti hovoří také R8. Ten uvádí: „Rozdílly se týkají spíše časové náročnosti jednotlivých pacientů / klientů. Při ošetrovatelské péči hrají důležitou roli vlastnosti jako: trpělivost, empatie a to, jak pacientům / klientům sedneme. Některé sestry se znevýhodněnými nenavozují dobré vztahy a nejednají s nimi tak osobitě, aby si udržely profesionální odstup.“ R10 tato tvrzení podporuje: „Určitě se vzhledem k individuálnímu přístupu bude lišit ošetrovatelská péče. V rámci poskytování nejkvalitnější ošetrovatelské péče je individuální přístup nutností.“ R9 se v odpovědi shoduje: „Rozdílnosti jsou například v hygieně nebo stravování z důvodu znevýhodnění. Člověk by si řekl, že bude třeba těžší péče apod., ale u některých lidí bez znevýhodnění je ošetrovatelská péče mnohem náročnější.“ O rozdílnosti péče také informuje R7: „Celkově pozoruji, že o znevýhodněné pacienty je pečováno hůře, než o ostatní. Oni si totiž osoby aktivní, pohybliví a soběstační většinu věcí, udělají sami a sestra nemusí jejich specifické potřeby vůbec řešit.“

Velice zajímavou odpověď o individuálním přístupu uvedl R12: „Ošetrovatelská péče je založená na potřebách jedince. Záleží také na poskytovateli. Nemůžete chtít po vyhořelé sestře, aby energicky běhala po oddělení a na každého se usmívala. Rozdíly v péči jsou značné, nedá se to srovnat.“

Další skupinu komunikačních partnerů tvoří Ti, jenž rozdílnosti v ošetrovatelské péči nepozorují. Tento názor uvádí R4 takto: „Nepozoruji rozdílnost péče. Všechny

hodnotím stejně a poskytuji i stejnou ošetrovatelskou péči.“ Podobné tvrzení má i R9: „Ošetrovatelská péče je prakticky shodná, jako u jiných lidí.“ S těmito názory z části souhlasí R2, který uvádí: „Ošetrovatelskou péči jako takovou v případě, že se staráme o rány a podobně vykonáváme stejně, jak u pacienta bez znevýhodnění, tak u pacienta znevýhodněného.“ Shodné postupy při výkonu ošetrovatelské péče uvádí také R13: „Naše ošetrovatelská péče se zakládá na práci s pacienty se znevýhodněním. Proto nevidím rozdílnost.

R13 dále informuje: *„Ovšem jsem si vědom rozdílnosti v nemocničních prostorách. Možná jsem jen zaujatý, nerad bych hanil nemocniční zařízení, nemám s tím zkušenosti. Ale vidím občas, jak sestry prohazují různé žertíky a jsou dobře naladěné na ostatní pacienty a na pacienty se znevýhodněním jen sem tam něco zabručí.“ Zajímavé poznatky pramení i z R2, který uvádí: „U pacienta mentálně znevýhodněného nás chodí na pokoj raději více.“*

Pocity při ošetrování pacienta se znevýhodněním

V této podkategorii jsme se zaměřili na subjektivní hodnocení ošetrovatelské péče z pohledu všeobecných sester. Komunikační partneři uvádí své pocity v průběhu ošetrování znevýhodněných pacientů. Část probandů se shoduje v negativních pocitech, které pramení nejvíce z mentálního znevýhodnění. Tohoto názoru je R2, R3, R4, R5, R10 a R13. Pozitivní zkušenosti uvádí R6, R8, R11 a R12. Pocity, které probandí neumí specifikovat nebo se příklání k oběma stranám, uvádí R1, R7 a R9.

O negativních pocitech informuje R2: *„V některých případech mám obavy a strach.“* S tímto tvrzením souhlasí R4: *„Spíše pociťuji strach, obavy, stres nebo se mi nechce za daným pacientem jít, což bych charakterizovala jako odpor k poskytování péče danému pacientovi.“* Podobné názory má i R3: *„Osobně mám raději tělesně znevýhodněné nebo nevidomé pacienty s lehčím typem znevýhodnění.“* Ačkoliv jsem velice trpělivá, tak například po sedmnácté za den zavádět jednomu pacientovi flexilu, cévku nebo nedej bože, když si vytrhne centrální či sondu, to je špatné.“ R5 uvádí shodné pocity: *„V některých případech na sobě pozoruji narůstající a hromadící se stres a únavu.“* R10 má interpretuje shodné odpovědi takto: *„Je pravdou, že se při ošetrovatelské péči snažím své znepokojení a obavy skrývat.“* Obdobný názor má i R13: *„Někdy jsem v neutrální náladě a z pracovní náplně mám obavy. Některé dny jsem ale i smutný a cítím se ve stresu.“*

O pozitivních pocitech z výkonu ošetrovatelské péče o znevýhodněného pacienta informuje R5 takto: „*Jsou případy, kdy na mě pacienti mohou křičet a já jim za to skoro poděkuji a jsem dobře naladěný.*“ R6 uvádí své pocity obdobně: „*Pokud se nejedná o mentálně znevýhodněné, nevadí mi to a kolikrát si dobře popovídáme a dostaneme se oba s pacienty do pohody.*“ Velice pozitivní názor má R8: „*I nemalý posun kupředu nebo zlepšení zdravotní stránky znamená pro znevýhodněné pacienty obrovský skok a to mě, jako sestru, těší.*“ Tento názor sdílí i R12: „*Snažím se ke všem přistupovat pozitivně a snažím se je poznat. Tím myslím, co mají rádi, jak jsou zvyklí provádět hygienu, jídlo, jak komunikují, atd. To zabere sice více času, ale vrací se mi to tím, že vím, jak s nimi mám pracovat a nemám při ošetřování problémy.*“ Podobně zaměřený názor má i R11, který informuje: „*S tělesně postiženými nemám žádný problém. Snažím se k nim přistupovat, jako ke každému jinému a to jim ve většině případů vyhovuje. U mentálně znevýhodněných jsem obezřetnější, ovšem snažím se být milá a mluvit tak, aby mi co nejvíce rozuměli a dané informace pochopili.*“

Smíšené pocity pozoruje R1, který tvrdí: „*Snažím se být dostatečně empatická a pochopit, co vlastně prožívá, abych mohla následně dobře reagovat a poskytovat kvalitní péči. Moje pocity jsou dosti proměnlivé. Snažím se zachovávat profesionalitu a dávám do péče určitou dávku empatie. Konkrétně u pacientů se znevýhodněním se často objevuje soucit, trápení strach a obavy. Také ale radost, pocit pohody a radost z toho, že vidíte pohodu u příjemce vaší péče. Stejně tak mám pocit radosti, když vidíte, že je Vám dotyčný pacient nesmírně vděčný.*“ Podobný názor má i R10, který uvádí: „*Snažím se být empatická a pochopit, co pacient prožívá. Výsledkem je pak zkvalitnění ošetrovatelské péče a adekvátní reakce na pacienta a jeho potřeby.*“ Zajímavou odpověď má také R13, který tvrdí: „*Někdy jsem nad věcí, a i když vím, že ošetrovatelská péče bude náročná, jsem v pohodové náladě a snažím se podat maximální výkony. Někdy jsem v neutrální náladě a z pracovní náplně mám obavy.*“

R9 odpovídá velice specificky a tvrdí: „*Nedělím to na znevýhodněné a ty normální. Spíše se zaměřuji na to, kolik je jim let a jak se cítí. Rmoutí mě, když pacientovi nejsem schopna pomoci. Mám ale i dobré pocity, které se v pacientech snažím podporovat a pociťuji obdiv, že se dokáží se svým znevýhodněním popasovat.*“

Z informací komunikačních partnerů je patrná značná míra stresu, která je při péči o znevýhodněného pacienta přítomna. Z výsledků je patrné, že spouštěcím mechanismem stresu při výkonu ošetrovatelské péče, je u všeobecných sester mentální znevýhodnění. Komunikační partneři dále popisují výkony, při kterých se negativní pocity dostavují.

Jak udává R1: „*Nejvíce stresující je pro mě mentální znevýhodnění. Možná mentální v kombinaci s tělesným nebo jiným znevýhodněním. Invazivní výkony působí velice negativně. Bojíte se, co bude. V některých případech už víte, že jak pacient uvidí jehlu, bude křičet a snažit se vás něčím praštit. Stresujících nebo negativně působících situací je celá řada. Konkrétně se tedy jedná o odběry krve, aplikace injekcí nemluvě o endoskopických vyšetřeních apod. V takovém případě jsou pacienti neklidní, občas je nutností v rámci bezpečnosti takové pacienty přikurtovat, neboť jsou vážně ohroženi, jak oni samotní, tak ostatní pacienti a personál.*“ Shodný názor s R1 má R2. Podobný názor uvádí R10: „*Stres je ze strany pacienta i personálu. Pacient křičí, rodina a zdravotníci jej drží a vypadá to jako týrání. Příkladem je, když pacient uvidí jehlu a následně na to se vás snaží něčím praštit, utíká nebo se brání a křičí.*“ S tímto tvrzením souhlasí R11: „*U mě je potíže jen s mentálně postiženými. Především asi v tom, že nevím, jak na určité výkony zareagují. Nevím, zda na bolest nezareagují agresivně vůči mně či sobě, proto je někdo nikdy, pokud je někdo takový u nás hospitalizovaný, nechci provádět tyto výkony sama. V těchto chvílích jsem opravdu ráda, pokud mají s sebou doprovod, který ví, jak reagují a případně je umí uklidnit.*“

Další skupinou znevýhodnění vyvolávající stres je sociální znevýhodnění typu bezdomovectví. Do této skupiny patří R4, který uvádí: „*Mám problém se sociálně znevýhodněnými, při manipulaci s biologickým materiálem. Někdy jsou pro mě stresující i převazy ran a jakákoliv potenciální možnost, kde hrozí riziko nějaké nákazy nebo kontaminace.*“ Toto tvrzení sdílí R9, který tvrdí: „*Nejvíce jsem ve stresu u sociálně znevýhodněných, kteří jsou špinaví, nechtějí přijímat ošetrovatelskou péči, nechtějí domů, chtějí více jídla, sní veškeré erární jídlo a hrozí žalobami. Navíc, když každý druhý pacient tohoto druhu má Hepatitis B. Je mi nepříjemné se jich i dotýkat.*“

Zajímavou odpověď uvádí R5: „*Nejvíce problematická a stresující je situace, kdy máte agresivní nebo neadaptabilní pacienty a snažíte se je edukovat o aplikaci léku nebo odběrech materiálu. Za další jsou pro mě stresující situace, při kterých je nutné dbát zvýšené opatrnosti a pečlivosti, a v případě pochybení můžeme poškodit pacienta, i když*

neúmyslně. “ Stejný postoj má i R12, který uvádí: „*Vadí mi agresivní chování pacientů.*“ Podobná tvrzení udávají i R5 a R8, kteří se v odpovědi shodují: „*Působí na mě řada situací, které podněcují především znevýhodnění. Jedná se hlavně o situace, které uvádí pacienti / klienty do nepohody, neklidu nebo jsou agresivní vůči personálu. Nebojím se, ale necítím se v takových situacích dobře.*“

Odlišný a velice radikální názor má R6, který uvádí: „*Pokud se jedná konkrétně o mentální znevýhodnění, mám problém s vykonáváním jakékoliv ošetrovatelské péče. Nejsem na tento typ znevýhodnění vůbec stavěná. Ta sorta lidí je podle mého názoru společnosti neúčinná a nepoužitelná, proto nevím, proč bych jim měla poskytovat odbornou péči. Když si to vezmeme z hlubší perspektivy, tak ubírají státní peníze zdravím lidem, kteří by to více ocenili a vážili by si jich. Celkově mi vadí setkat se s pacienty s mentálním znevýhodněním. Vadí mi jejich hlasité projevy, vyjadřování, gestikulace, neukázněnost, neschopnost provádět jednoduché úkony, apod.*“

Zainteresování rodiny do ošetrovatelského procesu

V této podkategorii jsme se zaměřili na možnosti zainteresování rodiny do ošetrovatelské péče. Z výsledků rozhovorů je patrná prospěšnost a využití rodiny.

R1 informuje: „*Rodina nám poskytuje cenné rady, jak s pacienty zacházet a i sami s pacienty komunikují a sdělují jim informace takovou formou, aby to pro ně bylo pochopitelné. Za další jsou pozitivním faktorem a jejich přítomnost napomáhá pacientovi v udržení psychické pohody. V některých případech nám donesou i oblíbené jídlo či pití, na které pacient dobře reaguje nebo poskytnout informace o zálibách a jiných tématech vhodných ke komunikaci. Už jen to znamená zvýšení kvality ošetrovatelské péče a snížení míry stresu pro ošetrovatelský personál.*“ Obdobný názor má i R2, který uvádí: „*Blízkých se často doptáváme na věci nutné pro správné stanovení léčebných výkonů a ošetrovatelské péče. Pacienti, kteří jsou přivezeni v bezvědomí, nám moc věcí nepoví, proto jsme rádi, když nám rodina sdělí, na co je pacient alergický nebo jako má léky či přidružená onemocnění.*“ R3 je podobného názoru: „*Sdělují nám důležité informace o pacientovi, které nám on sám třeba nechce sdělit nebo ani nemůže. Rodina působí i jako pozitivní stimul pro pacienty, teda většinou.*“ Pomoc rodiny ve své výpovědi zmiňuje i R4: „*Rodina pomáhá s hygienou, když chtějí nebo si pacienta vezmou na procházky a podobné aktivity.*“ Stejný názor má R5: „*Některá rodina by ráda pomohla, ovšem na*

našem oddělení je vše bariérové a snažíme se přistupovat přísně asepticky, a proto nám pomáhají třeba tím, že nám o pacientovi sdělí některé nutné informace nebo dojdou koupit potraviny, které má pacient rád.“ Shodné informace udává i R6: „Pokud dotyčný pacient rodinu má nebo o něj vůbec stojí, snaží se asistovat mu při výkonech nebo po domluvě s personálem vezmou pacienta do terénu.“ R7 a R9 mají totožné názory: „Rodina se samozřejmě zapojuje a chodí s lidmi ven nebo dopomáhá s osobní hygienou. V některých případech i obstarává potraviny, které mi zajistit nemůžeme.“ Stejně tak R12 a R13 mají shodná tvrzení a podporují zmíněné názory: „Pokud je rodina přítomna, je vše mnohem jednodušší. Rozhodně to nedělám tak, že se obracím na rodinu. Vždy je na prvním místě pacient a má cesta nalezená k němu. Rodina funguje spíše jako psychická podpora.“ S těmito názory se shodují informace od R11, který uvádí: „Většinou jsem se setkala s velkou podporou rodiny blízkého. Snaží se pomáhat s výkony a i péčí o něj. Často, pokud je to možné, si vezmou dotyčného co nejdříve domů, aby byl ve známém prostředí.“

Výše zmíněným informacím oponuje R8, který konstatuje: „Pacienti / klienti, kteří setrvávají v našem zařízení, buďto rodiny nemají a její roli pak přebírá opatrovník, nebo se moc do ošetrovatelské péče neangažuje. Občas si berou pacienty / klienty domů jen přechodně na určité svátky, ale vztah společně prakticky nemají.“

Dále je z výsledků patrná rozdílnost prožívaných emocí při spolupráci s rodinou. Ve většině případů komunikační partneři hovoří o kladných emocích a prospěchu ze spolupráce. R1 například uvádí: „Všichni znevýhodnění mají spoustu přátel nebo širokou rodinu, která u pacienta tráví nemalé množství času. Tím lépe se nám poté pracuje, neboť pacienta sledují, určitě mu více rozumí, od zdravotnického personálu jsou poučeni, co sledovat a na co si mají dávat pozor. Sestra se potom může věnovat věcem jiným a v případě časových rezerv může přijít i za daným pacientem a zabřednout do rozhovoru s rodinou. Většina rodin od znevýhodněného pacienta je tvořena milými a hodnými členy.“ Podobný názor má R3 a uvádí: „Rodina bývá vstřícná a milá. S jakýmkoliv problémem nám ráda pomůže a třeba i pacienta vezme na sedačce ven, na což mi bohužel nemáme časové prostory. Určitě si myslím, že to má kladný efekt na pacienta i personál. Spolupráci s rodinou bych jistě všem doporučila.“ Shodné názory má R5: „Mám pozitivní zkušenosti s rodinnými příslušníky.“ Tento názor podporují svým R6 a R7. Ti tvrdí, že: „U pacientů se znevýhodněním to personálu výrazně ulehčí v práci. Sestry se pak můžou věnovat věcem jiným. Když víme, že o pacienta je postaráno a rodina přece ví, jak se o něj postarat nejlépe. Zainteresování rodiny vedlo ke spokojenosti na všech

stranách.“ R10 také tento názor podporuje a uvádí: „Osobně se mi líbí, jak rodina spolupracuje, má zájem a chce slyšet informace, aby s nimi mohla poté pracovat a poskytnout pacientovi dobrou péči. Někteří nám ukazují, jak s pacientem manipulují, což je pro nás lepší. Zainteresování rodiny je prospěšné jak pro personál, tak pro pacienta i rodinu.“ Ve své odpovědi shodují také R11, R12 a R13: „Zainteresování rodiny je prospěšné. Ulehčuje nám to práci, když od rodiny zjistíme, jak k pacientovi přistupovat a také, když nám v některých úkonech pomohou. U pacienta vyvolávají pocit bezpečí a jistoty, také podporu psychického stavu. Z naší strany je to především více času na provádění úkonů jiných a poskytování kvalitní ošetrovatelské péče i jiným klientům. Ze strany rodiny je to především potěšení, že s dotyčným mohou trávit čas a také to, že mohou pomoci personálu.“

Těmto názorům odporuje R9, který odpovídá: „Je vidět, že někteří pacienti přichází do nemocnice v prakticky desolátním stavu a rodina je ráda, když je dotyčný v nemocnici, co nejdéle. Další možnosti jsou takové, že pacienti by chtěli svou rodinu, ale buďto ji nemají nebo o ně rodina nejeví zájem.“ Podobné tvrzení má R4 a R8. Ti uvádí, že: „Někteří spíše jen zavolají, jak na tom pacient je, ale další zájem není. V některých případech nám vrátí pacienta / klienta do zařízení v dekompenzovaném stavu.“ Zajímavou odpověď sděluje R2: „S rodinou moc ráda nespolečně pracuji, neboť se na všechno vyptávají několikrát a přečtou si nějaké bláboly na internetu, které pak vesele interpretují na oddělení a sestry ve směně z nich šílí.“

5 Diskuse

Tato diplomová práce byla zpracována za účelem zjištění možné stigmatizace vůči znevýhodněným pacientům, vzniku předsudků a mapování jejich specifických potřeb. Je nutné poukázat na rozdílnost pojmu stigmatizace a předsudků. Jak uvádí Reichel (2009), je nutné ukázat, jakou konkrétní podobu dané znaky mají a jak se v realitě projevují, aby bylo možné je identifikovat. Pro účely tohoto výzkumu byla zvolena definice Markové (2006), která definuje pojem stigma jako znamení domnělé méněcennosti, která může mít velké množství příčin. Dále uvádí, že se nejčastěji jedná o viditelné vlastnosti typu deformit těla nebo vlastnosti skryté, kterými je myšleno například etnické či kulturní začlenění. S tímto faktem korespondují data z výzkumu, neboť nejvíce zastoupená skupina komunikačních partnerů se shodovala právě v této odpovědi. R8 dále uvedl možnosti odlišností, které rozděluje na zjevné a skryté, podobně jako Marková (2006). Problematiku stigmatizace ve svém díle uvádí Goffman (2003), který je považován za jejího průkopníka a chápe stigmatizaci jako „*silně diskreditující atribut*“. Podle Goffmana (2003) jsou nositelé takového atributu zároveň nositeli znehodnocujícího stavu. Procesem stigmatizace se zabývá také Baumgartner (2008), který tvrdí, že na procesu stigmatizace a stigmatu lze pozorovat specifické prvky. Se stigmatem a zároveň procesem stigmatizace se pojí několik jevů, jako jsou například stereotyp nebo předsudky. Stereotypy v tomto kontextu jsou dle autora chápány jako soubory charakteristických rysů či atributů, na které je nahlíženo pomocí kognitivních procesů. Stigma, jakožto znak charakteristických atributů odlišující se od většinové společnosti uvedli i R2, R3, R5, R6, R8, R9, R11, R12 a R13. Z výsledků je tedy patrná povědomost komunikačních partnerů o povědomí problematiky stigmatizace. Baumgartner (2008) svým tvrzením uvádí rozdílnost mezi stigmatizací a předsudky, které si komunikační partneři ve velké míře neuvědomovali.

Z dalších zdrojů a výzkumů (Skinner, Weissner 2007; Jahoda 2010; Hall 2010; Heather, 2008) je patrná přítomnost diskriminace osob se znevýhodněním. Jahoda (2010) například uvádí, že osoby znevýhodněním musí čelit přímé diskriminaci, separaci, násilí či odepření možnosti volby v běžných aktivitách. S tímto tvrzením souhlasí i R11, který uvedl možnosti nežádoucího vnímání znevýhodněného pacienta okolím a z toho plynoucí izolaci. Těmto názorům ve svém díle částečně odporuje Goffman (2003), podle kterého nemusí mít negativní vnímání osob se znevýhodněním základ v jejich nemoci. Spíše se dle jeho názoru jedná o negativní vnímání nemoci majoritní společností. Podobně

odpověděla i R1, který uvádí možnost označení osob, aby většinová společnost věděla, o jakého člověka se jedná. R3 tento názor podporuje a informuje, že by se mohlo jednat i o vypálení značek nebo tetování na označení osob, což bylo v dřívějších dobách reálné.

Z důvodu častějšího výskytu stigmatizace, potažmo předsudků, jsou zakládány různé antistigma programy, projekty nebo pořádány destigmatizační aktivity. Velký vliv se přikládá mediím, díky kterým se střetáváme se znevýhodněnými pacienty prakticky denně v rámci reklam, televizních pořadů, novinových článků, apod. Všechny tyto prvky nám udržují v povědomosti možnosti znevýhodnění. Ačkoliv nejsme fyzicky v kontaktu s těmito lidmi, uvědomujeme si jejich přítomnost i skrze vizuální kontakt. V minulých letech byly pořádány různé destigmatizační aktivity typu „Chodící lidé“. Projekt byl založený na vytvoření komunikace mezi zdravotně znevýhodněnými a lidmi bez znevýhodnění. Tato aktivita měla směřovat k vzájemné pomoci (Projekt nadace Sirius, 2010). Otázkou zůstává, jestli je společnost v dnešní době schopna přijmout znevýhodněné lidi bez diskriminace a předsudků. Tuto otázku v nás vyvolala odpověď R6, který uvedl velice specifický názor. Předsudek štitivosti, jak uvedla, zaujímá ke všem mentálně znevýhodněným, a dále uvádí, antipatie v oblasti jejich pohybů, vyjadřování a veškerého jednání znevýhodněných. Ve svém názoru také apeluje na zdravý rozum matek, které si podle jeho výpovědi neuvědomují problémy plynoucí ze znevýhodnění jejich dětí, ani to, že nemohou vést plnohodnotný život. Tento komunikační partner byl velice specifický a byl jediný, který odpovídal takto negativně. Jako reakce na negativní názory jsme se dále zaměřili na vyhledání informací o možných pozitivních a optimističtějších přístupech. Z nalezených výzkumů bylo dokázáno, že přítomnost mužského elementu v ošetrovatelské profesi zaujímá optimističtější přístup a snižují tak možnou stigmatizaci a negativní přístup k pacientům / klientům se znevýhodněním v ošetrovatelském kolektivu. Podobné téma řešil Yang s kolegy (2017), který testoval možnou stigmatizaci na mužských sestřích v Thajsku. K jeho překvapení došel k závěrům, že optimističtější přístup a redukce stigmatizace vychází z toho, že mužská role ošetřovatele nebo sestry je také stigmatizována a majoritní společnost vůči nim zaujímá množství předsudků. Yang (2017) dále uvádí, že hlavní příčinou omezení předsudků a následně i stigmatizace, je především fakt, že dotyční si sami tímto procesem prošli z obou stran. Proto ve svém výzkumu nabádá k většímu zamyšlení nad touto problematikou a uvádí, že není nikde zakotveno, že by roli sestry či ošetřovatelky mělo vykonávat pouze ženské pohlaví, a tak je nutné tuto „odlišnost“ akceptovat. O

akceptování odlišností, nikoliv však v tomto kontextu, ale v souvislosti s cílem diplomové práce, hovoří i R6, který vidí kvalitní ošetrovatelskou péči v individuálně zaměřené ošetrovatelské péči a jednání s pacientem se nijak neliší od jednání s ostatními pacienty / klienty.

Jednou z nezbytných a dílčích částí každodenního života je komunikace. Nutností pochopit výzvy komunikace se věnovala ve svém výzkumu Henderson s kolegy (2016). Ta uvádí možné nedostatky v ošetrovatelské praxi. Tyto negativa uvádí i sami komunikační partneři, kteří pocítují negativní emoce s komunikací spojené, především u mentálního znevýhodnění. R6 ve své odpovědi uvedl, že komunikace mentálně znevýhodněných pacientů / klientů se často odvíjí od jednoslovných jednoduchých pojmů a celkové vyjádření takového člověka trvá déle. Z rozhovorů je dále patrné, že komunikací lze předcházet již zmíněné stigmatizaci. Stigmatizací v souvislosti se znevýhodněním se dále zabývá Hall (2010), který tvrdí, že na veřejném stigmatu se také podílí typ poskytované péče. S tímto tvrzením souhlasí i komunikační partneři R8 a R13, kteří uvádí, že instituce, ve kterých jsou znevýhodnění ubytováni, poskytují možnosti zkvalitnění ošetrovatelské péče. V těchto případech se jednalo o možnosti zapůjčení portfolií, kde se nachází informace o pacientech/klientech, jejich stimulačních faktorů a kompenzačních pomůcek nutných pro efektivní průběh hospitalizace. Toto téma doprovází značné množství dalších pojmů a dělení, které lze uplatnit i na znevýhodnění. Jahoda (2010) se tímto ve svém díle také zabývá a jednou z možných souvisejících pojmů je *courtesy stigma*, kde směřuje k osobám s určitým atributem stávající se podstatou stigmatizace. Takovéto stigma vyvstává z přehnané ochoty pomoci osobám, které se jeví jako zranitelné a slabé. Jde tedy o komplexní fenomén vyznačující přemrštěnou péči. Z výsledků není patrná známka *courtesy stigma* u komunikačních partnerů, ačkoliv v průběhu rozhovoru bylo u několika komunikačních partnerů zaznamenáno, že se snaží vykompenzovat znevýhodnění cíleným zlepšením ošetrovatelské péče. Veškeré tyto kompenzační mechanismy jsou vytvářeny na základě emočního rozpoložení ošetrovatelského personálu, jejich empatického přístupu či značné dávce soucitu.

Znevýhodnění ve smyslu mentálního deficitu definuje Švarcová- Slabinová (2006) jako sníženou funkci učení a adaptace na dané podmínky. Další klasifikování reflektuje míru snížení inteligentního koeficientu. První evidované definice o mentálním znevýhodnění jsou uvedeny například v Terminologickém speciálně pedagogickém slovníku z roku 1977, kde se o pojmu hovoří jako o „*mentální retardaci*“ (Černá, 1995).

O možnosti stigmatizace v souvislosti s mentálním znevýhodněním hovoří R1, R2, R3, R4, R6, R10 a R11. Zmínění komunikační partneři dále udávají, že tento typ znevýhodnění u nich vzbuzuje přítomnost předsudků a pociťují značnou míru stresu při výkonu ošetrovatelské péče. Za stresové situace považují především bolestivé výkony typu zavedení PŽK, CŽK, PMK, sondy nebo odběr krve na vyšetření. Problematikou mentálního znevýhodnění a možné stigmatizace ze stran zdravotnického personálu se zabývá Ihalainen- Tamlander (2016). Ten ve své publikaci uvádí faktory související s postojem sester k lidem s mentálním znevýhodněním. Tyto postoje byly široce prostudovány v různých specializovaných kontextech ošetrovatelské péče. Dále uvádí, že nejvíce ohroženou skupinou jsou mladé sestry, které uváděly, že se pacientů bojí. V přítomnosti mentálně znevýhodněného pacienta ztrácely pocit bezpečí a jistoty a také, v některých případech, zastávaly názor, aby lidé s mentálním znevýhodněním byli odděleni od obyčejné populace. Ihalainen-Tamlander (2016) dále apeluje na zdravý rozum vedoucích pracovníků a uvádí, že k redukci až eliminaci stigmatizace by došlo v případě, že by byla zajištěna kvalifikovaná pracovní síla. S těmito poznatky korespondují výpovědi R1, R2, R3, R4, R5, R6, R9 a R10 kteří se shodují v náročnosti ošetrovatelské péče poskytované pacientům / klientům se znevýhodněním, především mentálním.

Za znevýhodnění tělesné je dle Plevové (2010) považován takový deficit, který brání v mobilitě (celkové či omezeně) a pracovní činnosti. Dle Opatřilové a Zámečnickové (2007) tvoří tito jedinci velmi heterogenní skupinu, jejímž společným znakem je omezení pohybu, které postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Komunikační partneři neuvádí žádné problémy či přítomnost stigmatizace při ošetrování pacientů / klientů s tělesným znevýhodněním. V některých případech, jak uvádí R6, se obě strany dostávají díky komunikace do celkové tělesné i psychické pohody. Výzkumy zabývající se tělesným znevýhodněním (Etingen, 2017; Luther, 2017; Dieplinger, 2017), poukazují spíše na možná rizika a zkvalitňování ošetrovatelské péče. Stejně tak se zabývají i péčí v domácím prostředí a vhodnou edukací lidí s tělesným znevýhodněním.

Na sociální znevýhodnění lze nahlížet ve vztahu s edukací, která je v ošetrovatelském procesu zastoupena ve velké míře. Takové znevýhodnění je dle Průchy a Vetešky (2014) definováno jako nerovnost ve vzdělávání při rovnosti vzdělávacích příležitostí a dostupnosti vzdělávání. Dle Linhartové (2007) se do sociálního znevýhodnění v souvislosti s hospitalizací, potažmo i ošetrovatelskou péčí,

zařazují především „*bezdomovci, opilci a narkomani*“. S tímto faktem korespondují data uvedená v rozhovoru R9, která uvedla, že stigmatizaci pocítuje především v souvislosti se sociálním znevýhodněním, konkrétně u bezdomovců, opilců nebo narkomanů. V díle Linhartové (2007) je shrnutá problematika ošetrovatelské péče, krizové situace a náročnost práce. Uvádí nutnost specializace a spolupráce s vyškolenými sociálními pracovníky, kteří doporučí intervence a umožní efektivní průběh léčby. Perlman s kolegy (2017) nahlíží na tuto problematiku z hlubší perspektivy a uvádí, že stigmatizující chování ze stran pracovníků může mít hluboký dopad na celý průběh léčby. Ve svém výzkumu se dále zabývala motivačními faktory. Vzhledem k významnosti výsledkům doporučila, aby byl vyvíjen další výzkum zaměřující se na vzdělání sester. O vzdělávání sester a jejich chronickém nedostatku hovoří i Bachleda (2017), která se ve svém výzkumu zabývá odolností vůči stigmatu u zdravotnických sester. Výzkum byl prováděn v Maroku u sester věnující se péči pacientům se znevýhodněním a onemocněním HIV / AIDS. V závěru svého výzkumu udává nutnost vzdělání všeobecných sester, což jde ruku v ruce s redukcí stigmatizace. Problematika infekčních chorob, nejen pohlavně přenosných typu HIV, uvádí ve spojitosti se sociálním znevýhodněním R9 a R13. Ve svých odpovědích uvádí obavy a strach z možného přenosu a to je hlavním důvodem tvorby a šíření předsudků u tohoto druhu pacientů / klientů.

Všichni komunikační partneři (R1 – R13) se ve výsledcích shodují, že vznik předsudků a jejich přítomnost má značný vliv na ošetrovatelskou péči. Touto problematikou se zabývá González-pascual (2017), který uvádí rozmanitost západní společnosti a vznik předsudků i stigmatizace. Závěry vedoucí z výzkumu pojednávají o důsledcích předsudků sester a vztahů s pacienty. V některých případech autor udává i možnosti diskriminace. Sebereflexe týkající se předsudků je podle González-pascual (2017) nutností pro poskytování kompetentní a kvalitní péče. Komunikační partneři podporují toto tvrzení. V rozhovorech uvádí, že míru stresů a předsudků redukuje především komunikací s kolegy. R4 dále uvedl, že své pocity, problémy a potřeby ventiluje na supervizích. Rozhovory tohoto zaměření mohou vést ke zvýšení informovanosti a tím i ke zvýšení pocitu bezpečí a jistoty. Sestra si je při ošetrování jistější a myslí na potenciaální rizika, které se přímo pojí s výkonem ošetrovatelské péče. Uspokojení subjektivní potřeby bezpečí a jistoty je nutnou součástí ošetrovatelské péče na obou stranách.

V rámci výzkumu jsme se zabývali také monitorací specifických potřeb a jejich začlenění do ošetrovatelské péče. V souvislosti s poskytovanou péčí o znevýhodněné pacienty je monitorace a uspokojování specifických potřeb nutností. V ideálním případě, kdy dochází k uspokojování těchto specifických potřeb, se efektivita a kvalita zvyšuje a zároveň se snižuje riziko vzniku komplikací a doba hospitalizace. Tuto problematiku definují různé standardy, například COP.7.1, který je dostupný v díle „*Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*“ (2008). Udává zajištění celého spektra poskytované péče a individuálních potřeb pacientů nejen znevýhodněných, ale i umírajících s posouzením stavu jejich blízkých. Zainteresování rodiny do ošetrovatelské péče reflektují R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R11, R12 a R13 jako velice kladné a udávají, že díky přítomnosti rodiny, dochází k uspokojení právě výše zmíněné potřeby bezpečí a jistoty. Míra potřeb a nutnost jejich uspokojení je známá a dodnes používána. Z historického pohledu se datuje po jejich podrobném popsání Maslowovem, který je utřídil do hierarchie známé od devadesátých let. Jednotlivým odvětvím se věnují ve svém díle Bužgová a Plevová (2011). Specifické potřeby se vyskytují nejen u znevýhodněných pacientů, a proto je potřeba na ně reagovat. Nováková (2014) tyto potřeby rozděluje na několik skupin a v souvislosti s ošetrovatelskou péčí se především jedná o potřeby nemocí modifikované a nově vzniklé. Prakticky shodné názory uvádí i R13, který se na potřeby zaměřil a ve své odpovědi utřídil na potřeby vzniklé díky onemocnění a následné hospitalizaci. Hlavní potřebu definoval, jako potřebu „uzdravit se“. Komunikační partner R4 nesouhlasí a nepozoruje žádné specifické potřeby u znevýhodněných pacientů. Dále uvádí, že kromě potřeb typických pro běžnou populaci nemají znevýhodnění pacienti jiné potřeby a v případě mentálního znevýhodnění si své potřeby ani neuvědomují. Ostatní komunikační partneři se shodují spíše v respektování individuality, základních biologických potřebách nebo potřebě jistoty a bezpečí. S výpovědí R4 nesouhlasí Wicki s kolegy (2016), která svůj výzkum prováděla na mentálně znevýhodněných pacientech / klientech ve Švýcarsku. Autorka zkoumala možnost rozvoje dalších onemocnění z důvodu stále zvyšujícího se věku úmrtí lidí a mentálním znevýhodněním. Z výsledku je patrná přítomnost demence a v kombinaci s mentálním znevýhodněním se může jednat o velice komplikovaný stav. V ošetrovatelské péči je nutností mít odborníky, které se danou problematikou zabývají. Dále apeluje na vysoké školy, aby produkovaly více odborníků s podobným zaměřením, neboť se do budoucna počítá s kontinuálním narůstáním pacientů s mentálním znevýhodněním a zároveň trpící jinými onemocněními, jako je například demence. O specifických potřebách se ve svém díle zmiňuje

i Redquest s kolegy (2015). Zkoumá specifické potřeby lidí se znevýhodněním v Kanadě. Její studie odhalila zkušenosti a zvláštní potřeby s konkrétním zaměřením na poskytovatele ošetrovatelské péče. Navzdory mnoha obtížím autorka uvádí také pozitivní aspekty spojené se specifickými potřebami a mechanismy, které pomáhají při řízení a efektivnímu zvládnutí stresorů. Závěrem uvádí, že její poznatky mohou sloužit jako zdroj informací pro osoby poskytující ošetrovatelskou péči pacientům/klientům se znevýhodněním. Nabízí mechanismy vyrovnání, které jim pomohou od stresových situací a zmiňuje důležitost poskytovatelů ošetrovatelské péče a jejich připomínky. Monitoraci specifických potřeb uvádí většina komunikačních partnerů. Jen někteří (R7, R12) se shodovali v tvrzení, že specifické potřeby nemonitorují. K efektivní monitoraci specifických potřeb používají několik pomůcek. Jedná se o piktogramy, obrázky nebo VOKS karty, v některých případech i komunikační karty a zmíněná portfolia.

Další část výzkumu se zabírala možnostmi zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče. Výzkum provedený Low (2017) poukazuje na možnosti využití služeb a zkušeností rodinných příslušníků v ošetrovatelské péči. Tímto způsobem vytvořený teoretický rámec je pro ošetrovatelský tým důležitý a užitečný při vedení včasných a vhodných zásahů s cílem zaměřit se na skutečné potřeby pacientů / klientů, zefektivnění léčby, zkrácení doby hospitalizace a zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče. S těmito poznatky souhlasí i výpovědi komunikačních partnerů R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R11, R12 a R13. Dále uvádí, že rodina jim dopomáhá zkvalitňovat péči v oblastech, ke kterým není sestra kompetentní a poskytovat je nesmí. Typickým příkladem takovéto služby je osobní hygiena typu holení, stříhání, pedikúra, apod. O kladných zkušenostech s rodinou ve svém výzkumu hovoří i Bennett (2017), která uvádí zvýšení efektivity při zainteresování rodiny do ošetrovatelské péče. Ve svém díle dále uvádí důležitost rodiny při překonávání překážek a navození pocitu bezpečí a jistoty. Dále uvádí, že přítomnost rodiny činí pacienta / klienta méně zranitelným. Zainteresování rodiny může zkvalitnit ošetrovatelskou péči a zefektivnit celkový průběh léčby. Podobnou problematikou se zabývala Lee (2017), která ve svém díle uvádí dopad špatné nebo nesprávně poskytnuté ošetrovatelské péče. Dále uvádí náročnost péče o znevýhodněné pacienty a dopady, které dlouhodobá péče má. Konkrétně by se mohlo jednat o velkou míru stresu, nekvalitní spánek nebo vypěstování si zlovyků, jako je například kouření. V závěru doporučuje další studie, které by sloužily k vypracování intervenčních programů na podporu účinného chování podporujícího zdraví mezi

ošetřovatelským personálem a znevýhodněným pacientem / klientem. Náročnost péče uvádí i všichni komunikační partneři (R1 – R13). Ti se shodují především v tom, že ošetřovatelská péče o znevýhodněné pacienty je stresující. R6 k tomuto dodala, že v případě mentálního znevýhodnění by se nebála na stupnici 1 – 10 volit tu nejvyšší možnou hodnotu stresového zatížení.

O rodině a sociálních vztazích důležitých nejen pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péči hovoří ve svém výzkumu i McCausland s kolegy (2017), podle kterého mají lidé se znevýhodněním větší tendenci k výběru sociálního prostředí a lidí, které v něm pracují. Z toho vyplývá, že pacienti/klienti se znevýhodněním budou mít i velice omezené sociální sítě. Tento výzkum vedl k poznání, že blízkost rodiny nebo osob, které považuje hospitalizovaná osoba za důležité, působí kladně na veškerý průběh léčby, adaptaci na neznámé prostředí a umožňuje ošetřovatelskému personálu objevit mnoho dalších postupů, jak pacienta podpořit, motivovat, edukovat nebo vést ke společnému cíli. Zainteresováním rodiny a blízkých osob se věnuje mnoho dalších výzkumů (McCorkindale, 2017; Heerkens, 2017; Powell, 2017, Chiu, 2017). Z výsledků výzkumů je patrná shoda ve faktech, že ošetřovatelský tým je mnohem jistější při výkonu svého povolání v přítomnosti rodinných příslušníků. Jejich přítomnost působí na psychické zdraví pacienta/klienta se znevýhodněním i ošetřovatelský personál. Tento názor sdílí i R1 a R8. Z uvedených výzkumů je také patrné, že rodina může poskytovat služby, ke kterým není ošetřovatelský personál kompetentní a poskytují rady a typy, jak správně a efektivně pokračovat v ošetřování a dosáhnout s pacientem/klientem společného cíle, kterým je navrácení zdraví. S těmito informacemi se shodují všichni komunikační partneři (R1 – R13)

6 Závěr

Práce na téma Handicap jako stigma, aneb přístup sestry ke znevýhodněnému jedinci byla primárně zaměřena na průzkum možné stigmatizace ve zdravotnickém prostředí. Byl zvolen výzkum pomocí kvalitativního šetření. V práci jsme se snažili znázornit možnosti stigmatizace, vliv předsudků na poskytování ošetrovatelské péče, subjektivní pocity všeobecných sester při výkonu povolání a povědomí sester o stigmatizaci a specifických potřebách pacientů se znevýhodněním.

Povědomí o stigmatizaci je ve zdravotnických zařízeních a mezi ošetrovatelským personálem na nízké úrovni. Komunikační partneři při rozhovorech uváděli mnoho různých vlastních vysvětlení tohoto pojmu. Ačkoliv se ve většině shodovali, nedokázali přesně specifikovat daný pojem. Zůstává však otázkou, proč tomu tak je. Z výpovědí několika komunikačních partnerů, jejich gestikulace a celkových neverbálních projevů se dalo usuzovat, že rozhovor o problematice stigmatizace v souvislosti se znevýhodněnými pacienty, jim není příjemný a uváděli především stresové situace a své negativní zkušenosti. Na pozitivní reakce jsme se museli individuálně dotazovat a v některých případech na otázku nebylo odpovězeno. Zdrojem stigmatizace u všeobecných sester, nejen v nemocničním prostředí, byla především negativní předešlá zkušenost. Většina předsudků pojednávala o mentálním znevýhodnění, které dle komunikačních partnerů působí nejvíce stresově a ošetrovatelská péče o tento druh pacientů je výrazně náročnější. Z odpovědí některých komunikačních partnerů bylo zřejmé i potřeba kompenzovat jejich znevýhodnění přehnaně důsledně ošetrovatelské péčí, která se dá definovat jako Courtesy Stigma.

Práce byla směřována především na stigmatizaci u znevýhodnění mentálního, tělesného či kombinaci obou. Komunikační partneři se také zaměřovali na sociální znevýhodnění typu narkomanie, epilectví nebo bezdomovectví. Se všemi získanými informacemi jsme v empirické části pracovali, avšak není na ně v teoretické části upozorněno. Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče nutí všeobecné sestry být s pacienty v neustálém kontaktu. I to je jeden z důvodů, které na sestry působí velice negativně, neboť při ošetrování sociálně znevýhodněného, například bezdomovce, je obrovská možnost přenosu některých chorob i na ošetrovatelský personál. Nejen toto riziko uvádí komunikační partneři ve svých výpovědích. I to může být důvod pro vznik předsudků a následně stigmatizace.

Všichni pacienti však mají specifické potřeby, které ne vždy jsou plně uspokojovány. Potřeby tělesně znevýhodněných je snadné monitorovat, neboť komunikace je v drtivě většině případů plně zachována, a tak sestra jednoduše monitoruje přítomnost těchto potřeb. U mentálně znevýhodněných je to obtížnější, avšak sestry i přes různé komunikační bariéry mapují přítomnost daných potřeb. Dnešní doba nabízí široké spektrum možností, jak s mentálně znevýhodněnými lidmi, nejen v nemocnici, komunikovat. V drtivě většině případů je velkým pomocníkem a rádcem rodina. Ta poskytuje sestřím cenné rady a typy, nejen o komunikaci.

Doporučení pro praxi

Tato práce by mohla sloužit jako podklad pro tvorbu možných kurzů pro redukcí stigmatizace a zvýšení úrovně práce se znevýhodněnými pacienty. Z hlediska vysoké dostupnosti materiálu zvyšující komunikaci a efektivitu poskytované ošetrovatelské péče není nutné tvořit další. Z tohoto důvodu by mohla práce sloužit spíše k vytvoření přednášek či seminářů ke zvýšení efektivity využití daných materiálů.

7 Seznam použité literatury

1. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
2. BACHLEDA, C., L., et al., 2017. Reducing Susceptibility to Courtesy Stigma. *Health Communication*. Dostupné z: DOI: 10.1080/10410236.2017.1312203
3. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
4. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., TREŠLOVÁ, M., 2010. *Vztah sestra - lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 127 s. ISBN: 978-80-701-3526-6
5. BAUMGARTNER, F., 2008. Sociální poznávání. In: SLAMĚNÍK, I. (eds). *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. s. 181-198. ISBN 978-80-247-1428-8.
6. BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. 184 s. ISBN: 978-80-262-0693-4.
7. BENDOVÁ, P., ZIKL, P., 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. 140 s. ISBN: 978-80-27-3854-3.
8. BENNETT, E., et al., 2017. Treatment of Obesity Among Youth With Intellectual and Developmental Disabilities. *Western Journal of Nursing Research*. Dostupné z: DOI: 10.1177/0193945917697664
9. BERNARD-LONGATTE, J., 2014. L'annonce du handicap fonctionnel et la relation de soins infirmiers. *Soins*. 59(789), p. 22-24. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.soins.2014.07.013
10. BRUMOVSKÁ, T., MÁLKOVÁ, G., 2010. *Mentoring: výchova k profesionálnímu dobrovolnictví*. Praha: Portál. 152 s. ISBN: 978-80-7367-772-5.
11. BUCKLAND, M., S., LONGHURST, H., J., MURPHY, M., 2004. Osteomyelitis complicating pyomyositis in HIV disease. *International Journal of STD & AIDS*. 15(9), s 632-634. Dostupné z: DOI: 10.1258/0956462041724226

12. BUŽGOVÁ, R., PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
13. CAMPBELL, F., K., 2009. Medical Education and Disability Studies. *Journal of Medical Humanities*. 30(4), s 221- 235. Dostupné z: DOI: 10.1007/s10912-009-9088-2
14. CHIU, S., et al., 2017. The Mandarin Chinese version of the Beach Centre Family Quality of Life Scale: development and psychometric properties in Taiwanese families of children with developmental delay. *Journal of Intellectual Disability Research*. 61(4), s 373- 384. Dostupné z: 10.1111/jir.12356
15. *Projekt nadace Sirius*, 2011. [online]. chodicilide.cz. [cit. 2016-04-19] Dostupné z: <http://www.chodicilide.cz/>.
16. CRONFALK, B., S., NORBERG, A., TERNESTEDT, B., M., 2017. They are still the same - family members' stories about their relatives with dementia disorders as residents in a nursing home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Dostupné z: DOI: 10.1111/scs.12442
17. ČERNÁ, M., 1995. *Kapitoly z psychopedie: [skripta]*. Praha: Karolinum. 82 s. ISBN 80-7066-899-7.
18. ČERNÝ, R., MACHALA, L., 2007. *Neurologické komplikace HIV/AIDS*. Praha: Karolinum, 2007. 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5.
19. DALAKAS, MC., 2006. Inflammatory, immune, and viral aspects of inclusion – body myositis. *Neurology*. 66(1), p 8- 33. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000192129.65677.87>
20. DI CARA, V., VIDOVIČOVÁ, H., 2007. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Praha:Grada. 568 s. ISBN: 978-80-247-2240-5.
21. DIEPLINGER, A., et al., 2017. Palliative care nursing for patients with neurological diseases: what makes the difference? *British Journal of Nursing*. 26(6), s 356-359 Dostupné z: DOI: 10.12968/bjon.2017.26.6.356

22. DIKKEN, J., et al. 2017. Measurement of nurses' attitudes and knowledge regarding acute care older patients: Psychometrics of the OPACS-US combined with the KOP-Q. *Geriatric Nursing*. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.gerinurse.2017.01.001
23. ETINGEN, B., et al., 2017. Patient perceptions of environmental control units: experiences of Veterans with spinal cord injuries and disorders receiving inpatient VA healthcare. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. Dostupné z: DOI: 10.1080/17483107.2017.1312574
24. FALCONER, C., 2013. *Stigmata*. Praha: BB/art. 300 s. ISBN 978-80-7461-416-3.
25. FARKAŠOVÁ, D., 2010. *História ošetrovatelstva: učebnica pre obor ošetrovatelstva*. Martin: Osveta. 170 s. ISBN 978-80-8063-332-5.
26. MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F., 2004. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. 437 s. ISBN: 978-80-726-2277-1.
27. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
28. GEVORGIANIENE, V., SUMSKIENE, E., 2017. P. S. for post- Soviet. *Journal of Intellectual Disabilities*. Dostupné z: DOI: 10.1177/1744629517701561
29. GOFFMAN, E., 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství. 167 s. ISBN 80-86429-21-0.
30. GONZÁLEZ-PASCUAL, J., L., et al., 2017. The effect of stereotypes and prejudices regarding gender roles on the relation between nurses and “Muslim fathers” in health institutions within the Community of Madrid (Spain). *Nursing Inquiry*. Dostupné z: DOI: 10.1111/nin.12194
31. GRETEBECK, R., J., et al., 2012. Longitudinal change in physical activity and disability in adults. *American Journal of Health Behavior*, 36(3), p 385– 394. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.5993/AJHB.36.3.9>
32. GRIFFITHS, K., L., AHMED, M., DAS, S., et al., 2016. Targeting dendritic cells to accelerate T-cell activation overcomes a bottleneck in tuberculosis vaccine efficacy. *Nature Communications*. Dostupné z: DOI: 10.1038/ncomms13894

33. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
34. GURKOVÁ, E., 2011. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
35. HALL, E., 2010. Spaces of social inclusion and belonging for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 54, p 48-57. Dostupné z: DOI: 10.1111/j.1365-2788.2009.01237.x.
36. HALMO, R., 2015. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
37. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání, Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
38. HEERKENS, Y., et al., 2017. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disability and Rehabilitation*. s 1-9 Dostupné z: DOI: 10.1080/09638288.2016.1277404
39. HENDERSON, S., et al., 2016. Strategies used by nurses, academics and students to overcome intercultural communication challenges. *Nurse Education in Practice*. 16(1), s 71-78. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.nepr.2015.08.010
40. HEREK, G., M., 2009. Sexual prejudice. In: NELSON, T., D., *Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination*, ed. NY:Psychology press, s 441-467. ISBN: 978-08-058-5952-2.
41. HERSHKOVITZ, A., et al., 2004. Is a day hospital rehabilitation programme associated with reduction of handicap in stroke patients? *Clinical Rehabilitation*. 18(3), p 261-266. ISSN: 0269-2155.
42. HRABÁLEK, L., 2011. *Poranění páteře a míchy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 27 s. ISBN 978-80-244-2842-0.

43. IHALAINEN-TAMLANDER, N., et al., 2016. Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: a cross-sectional study in primary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 23(6), p 427-437. Dostupné z: DOI: 10.1111/jpm.12319
44. JAHODA, A., et al., 2010. Living with Stigma and the Self-Perceptions of People with Mild Intellectual Disabilities. *Journal of Social Issues*. 66(3), p 521-534. Dostupné z: DOI: 10.1111/j.1540-4560.2010.01660.x.
45. JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
46. JARZEMSKY, P., 2012. Advancing the science of human patient simulation in nursing education. *Nursing Clinics of North America*. 47(3), p 355–364. Dostupné z: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2012.05.004>
47. KASSIN, S., 2007. *Psychologie*, Brno: Computer Press a.s. 800 s. ISBN: 978-80-251-1716-3.
48. KING, B., BOWERS, B., 2011. How nurses decide to ambulate hospitalized older adults: Development of a conceptual model. *The Gerontologist*, 51(6), p 786–797. ISSN: 0016-9013.
49. KOŤOVÁ, M., 2013. *Z druhé strany: klienti ukazují cestu, aneb, sociální služby očima jejich příjemců*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií. 112 s. ISBN 978-80-904748-3-3.
50. LEE, M., PARK, CH., MATTHEWS, A., K., et al., 2017. Differences in physical health, and health behaviors between family caregivers of children with and without disabilities. *Disability and Health Journal*. 22(17). Dostupné z: DOI: 10.1016/j.dhjo.2017.03.007
51. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

52. LOVELL, A., BAILEY, J., 2017. Nurses' perceptions of personal attributes required when working with people with a learning disability and an offending background: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 24(1), p 4-14. Dostupné z: DOI: 10.1111/jpm.12326
53. LOW, L., P., L., CHIEN, W., T., et al., 2017. A qualitative study protocol of ageing carers' caregiving experiences and their planning for continuation of care for their immediate family members with intellectual disability. *BMC Geriatrics*. 17(1). Dostupné z: DOI: 10.1186/s12877-017-0473-9
54. LUTHER, B., et al., 2017. A Statewide Survey Report of Roles and Responsibilities in Current Utah Care Management Processes. *Professional Case Management*. 22(3), p 116-125. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000207
55. MAHROVA, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada 168 s. ISBN: 978-80-247-2138-5.
56. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
57. MATZIOU, V., P., GALANIS, C., TSOUMAKAS, E., et al., 2009. Attitudes of nurse professionals and nursing students towards children with disabilities. Do nurses really overcome children's physical and mental handicaps? *International Nursing Review*. 56(4), p 456-460. ISSN: 0020-8132.
58. MATTHEWS, A., JONES, N., THOMAS, A., et al., 2017. An education programme influencing health professionals to recommend exercise to their type 2 diabetes patients – understanding the processes: a case study from Oxfordshire, UK. *BMC Health Services Research*. 17(1). Dostupné z: DOI: 10.1186/s12913-017-2040-7
59. *Dostupné kurzy z MAVO pro osobního asistenta*, 2017. [online]. MAVO. [cit. 2016-12-25]. Dostupné z: <http://www.mavo.eu/MAVO/kurzy-a-vzdelavani/kurzy-pro-socialni-pracovniky/osobni-asistent-zdravotne-postizenych>
60. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

61. MCCAUSLAND, D., MCCALLION, P., BRENNAN, D., et al., 2017. Interpersonal relationships of older adults with an intellectual disability in Ireland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 4(17). Dostupné z: DOI: 10.1111/jar.12352
62. MCCORKINDALE, S., FLEMING, M., P., MARTIN, C., R., 2017. Perceptions Of Learning Disability Nurses And Support Staff Towards People With A Diagnosis Of Schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 3(17). Dostupné z: DOI: 10.1111/jpm.12381
63. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, 2008. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2436-2.
64. MICHALÍK, J., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
65. MICHALSKÝ, R., 2008. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. s 83. ISBN 978-80-7248-464-5.
66. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*, 2017. [online] ÚZIS. [cit. 2017-01-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>.
67. *Akreditované kurzy MPSV a MV pro veřejnou správu a sociální služby*, 2017. [online]. MPSV. [cit. 2017-1-07]. Dostupné z: www.edupol.cz.
68. MURRAY, M., E., DOUGLAS, S., GIRDLEY, D., et al., 2010. Teaching quality improvement. *Journal of Nursing Education*, 49(8), 466–469. ISSN: 0148-4834.
69. NOVÁKOVÁ, D., 2014. Potřeby člověka a posuzování funkčních schopností člověka jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V., et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, s 159- 172. ISBN: 978-80-738-7785-9.

70. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
71. OCHRANA, F., 2013. *Metodologie sociálních věd*. Praha: Karolinum. 136 s. ISBN 978-80-246-2380-1.
72. OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D., 2007. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9.
73. PANAGIOTOPOULOU, N., et al., 2017. Fertility Preservation Care for Children and Adolescents with Cancer: An Inquiry to Quantify Professionals' Barriers. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*. Dostupné z: DOI: 10.1089/jayao.2016.0087
74. PERLMAN, D., BRIGHTON, R., PATTERSON, CH., et al. 2017. Stigmatization and self-determination of preregistration nurses: A path analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*. Dostupné z: DOI: 10.1111/inm.12336
75. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
76. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
77. POWELL, R., M., MITRA, M., SMELTZER, S., C., et al., 2017. Family Attitudes and Reactions toward Pregnancy among Women with Physical Disabilities. *Women's Health Issues*. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.whi.2017.01.003
78. PÖRTNER, M., 2009. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. Praha: Portál. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
79. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2014. *Andragogický slovník*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-8993-4.
80. REDDY, P., S., 2011. *Problem based learning in mental retardation*. United States: Xlibris Corp. 141 s. ISBN 978-1-4653-9726-3.

81. REDQUEST, B., K., REINDERS, N., BRYDEN, P., J., et al., 2015. Raising a Child With Special Needs. *Clinical Nurse Specialist*. 29(3), 8-15. Dostupné z: DOI: 10.1097/NUR.000000000000122
82. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
83. ROEDLING, S., et. al., 2004. Unusual muscle disease in HIV infected patients. *Sex Transm Infect*. 80(4), p 315-317. Dostupné z: 10.1136/sti.2003.008474
84. SÁLOVÁ, A., VESELÁ, Z., ŠUPOLÍKOVÁ, J., et al., 2015. *Copywriting: pište texty, které prodávají*. Brno: Computer Press. 256 s. ISBN 978-80-251-4589-0.
85. SHEN, J., GILES, S., A., KURTOVIC, K., et al., 2017. Evaluation of nurse accuracy in rating procedural pain among pediatric burn patients using the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) Scale. *Burns*. 43(1), p 114-120 Dostupné z: DOI: 10.1016/j.burns.2016.07.009
86. SKINNER, D., WEISNER, T., S., 2007. Sociocultural studies of families of children with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 13(4), p 302-312. Dostupné z: DOI: 10.1002/mrdd.20170
87. SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
88. STREKALOVA, Y., A., KRIEGER, J., L., KLEINHEKSEL, A., J., et al., 2017. Empathic Communication in Virtual Education for Nursing Students. *Nurse Educator*. 42(1), p 18-22. Dostupné z: DOI: 10.1097/NNE.0000000000000308
89. HEATHER, S., 2008. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry*. 7(3), p 185-188. Dostupné z: DOI: 10.1002/j.2051-5545.2008.tb00194.x.
90. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
91. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. 224 s. 978-80-247-5306-5.

92. ŠPIRUDOVÁ, L., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 248 s. ISBN 978-80-247-1213-0.
93. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I., 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
94. TRESTMAN, L., R., et. al., 2015. *Oxford textbook of correctional psychiatry*. New York: Oxford University Press. 464 s. ISBN 978-0-19-936057-4.
95. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 815 s. ISBN: 978-80-262-0696-5
96. VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. vydání. Brno: Paido. 304 s. ISBN 978-80-7315-134-8.
97. VOGEL, C., HIRVELA, K., JARZEMSKY, P., 2012. The (Digital) Natives Are Restless. *Nurse Educator*. 37(2), p 56-61. Dostupné z: DOI: 10.1097/NNE.0b013e3182461b2e
98. WARD, E., C., WILTSHIRE, J., C., DETRY, M., A., et al., 2013. African American men and women's attitude toward mental illness, perceptions of stigma, and preferred coping behaviors. *Nursing Research*, 62(3), p 185–194. Dostupné z: DOI: 10.1097/NNR.0b013e31827bf533
99. WEBBER, R., BOWERS, B., MCKENZIE-GREEN, B., 2010. Staff responses to age-related health changes in people with an intellectual disability in group homes. *Disability and Society*, 25(6), p 657–671. Dostupné z: DOI: 10.1080/09687599.2010.505736
100. WICKI, M., T., RIESE, F., 2016. Prevalence of dementia and organization of dementia care in Swiss disability care homes. *Disability and Health Journal*. 9(4), p 719-723. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.dhjo.2016.05.008
101. WINTER, K., BACCAGLINI, L., TOMAR, S., 2008. A review of malocclusion among individuals with mental and physical disabilities. *Special Care in Dentistry*. 28(1), p 19-26. Dostupné z: 10.1111/j.1754-4505.2008.00005.x.

102. YANG, CH., YU, H., CHIN, Y., et al., 2017. There is nothing wrong with being a nurse: The experiences of male nursing students in Taiwan. *Japan Journal of Nursing Science*. DOI: 10.1111/jjns.12162
103. *Základy speciální pedagogiky*. 2006. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 85 s. ISBN 80-244-1479-1.

8 Seznam tabulek

Tabulka 1 Charakteristika komunikačních partnerů	39
--	----

9 Seznam příloh

- Příloha 1 Podklad včetně otázek k rozhovoru
- Příloha 2 Informované souhlasy
- Příloha 3 Přepsané rozhovory (volná příloha na CD)

Příloha 1

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA
ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ, PORODNÍ ASISTENCE A NEODKLADNÉ PÉČE

HANDICAP JAKO STIGMA

ANEB PŘÍSTUP SESTRY KE ZNEVÝHODNĚNÉMU JEDINCI

Charakteristika komunikačního partnera

Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe	Zaměstnání	Oddělení	Poznámky

Otázky k rozhovoru

1. Jak byste definoval(a) či popsal(a) pojem „Stigma“?
2. Jakou spojitost má podle Vás stigmatizace v souvislosti s nemocničním zařízením?
3. Jakou spojitost má podle Vás stigmatizace v souvislosti s ošetrovatelskou péčí?
4. Jakou spojitost má podle Vás stigmatizace v souvislosti se znevýhodněným pacientem?
5. Jak předcházíte stigmatizaci?
6. Jaké existují předsudky vůči znevýhodněným pacientům?
7. Jaké mají předsudky vliv na poskytování ošetrovatelské péče?
8. Jaký zaujímáte postoj k předsudkům ohledně pacientů se znevýhodněním?
9. Do jaké míry pocítujete ovlivnění předsudky vůči pacientům se znevýhodněním?
10. Které situace při vykonávání ošetrovatelské péče jsou pro Vás stresující?
11. Jaké máte pocity při ošetrování pacienta se znevýhodněním?
12. Jaké další situace na Vás při ošetrovatelské péči o pacienta se znevýhodněním negativně působí?
13. Který typ znevýhodnění je pro Vás nejvíce stresující?
14. Jak redukuje stres?
15. Jaké specifické potřeby mají pacienti se znevýhodněním?
16. Jak monitorujete potřeby pacientů se znevýhodněním?
17. Jak ovlivňuje znalost specifických potřeb ošetrovatelskou péči o pacienta se znevýhodněním?
18. Jaké jsou reakce pacientů po individuálním zaměření ošetrovatelské péče?
19. Využíváte při sběru dat nebo ošetrovatelské péči o znevýhodněného pacienta některý z OSE modelů, případně který a proč?
20. Jaké pozorujete rozdíly v ošetrovatelské péči?
21. Jakým způsobem jsou nasbíraná data o pacientovi zainteresována do OSE plánu?
22. Jaké předměty, materiály (kartičky, obrázky, ...) apod. Vám pomáhají při poskytování OSE péče?
23. Kolik času v porovnání s ostatními pacienty trávíte u pacienta se znevýhodněním?
24. Jakým způsobem se rodina či blízké osoby podílí na ošetrovatelské péči?
25. Jaké pocity, dojmy, zkušenosti máte ze spolupráce s rodinou?
26. Do jaké míry bylo zainteresování rodiny prospěšné?

Kontakt na komunikačního partnera

Telefon:

E-mail:

Ředitelka zařízení

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážená paní magistro

rád bych Vás touto cestou požádal o povolení výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Výzkum je anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro účely diplomové práce s názvem „*Handicap jako stigma, aneb přístup sestry ke znevýhodněnému jedinci*“.

Samotný výzkum by probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami nebo jinými pracovníky, kteří mají zkušenosti s pacienty se znevýhodněním.

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Bc. Jan Neugebauer
Student oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech – interní modul
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
E-mail: Nadzemsky@gmail.com; tel: (+420) 777 253 134

S výzkumným šetřením

- SOUHLASÍM**
 NESOUHLASÍM

V: Táboře

Dne: 13. 3. 2017



[REDACTED]
Hlavní sestra
[REDACTED]

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážená paní [REDACTED]

rád bych Vás touto cestou požádal o povolení výzkumného šetření v zařízení [REDACTED].
[REDACTED] Výzkum je anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro účely diplomové práce s názvem „*Handicap jako stigma, aneb přístup sestry ke znevýhodněnému jedinci*“.

Samotný výzkum by probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami nebo jinými pracovníky, kteří mají zkušenosti s pacienty se znevýhodněním.

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Bc. Jan Neugebauer
Student oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech – interní modul
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
E-mail: Nadzemsky@gmail.com; tel: (+420) 777 253 134

S výzkumným šetřením

- SOUHLASÍM
 NESOUHLASÍM

V: Jindřichově Hradci

Dne: 6. 2. 2017

[REDACTED]

[REDACTED]
Ředitelka zařízení
[REDACTED]

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážená paní magistro [REDACTED],

rád bych Vás touto cestou požádal o povolení výzkumného šetření v [REDACTED]
[REDACTED]. Výzkum je anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro účely
diplomové práce s názvem „*Handicap jako stigma, aneb přístup sestry ke znevýhodněnému
jedinci*“.

Samotný výzkum by probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které mají
zkušenosti s pacienty se znevýhodněním.

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Bc. Jan Neugebauer
Student oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – interní modul
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
E-mail: Nadzemsky@gmail.com; tel: (+420) 777 253 134

S výzkumným šetřením

- SOUHLASÍM
 NESOUHLASÍM

V Českých Budějovicích

Dne: 6.3.2017

[REDACTED]

[REDACTED]

ŽÁDOST O POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážená paní magistro [REDACTED]

rád bych Vás touto cestou požádal o povolení výzkumného šetření v [REDACTED]
[REDACTED] konkrétně v [REDACTED]. Výzkum je
anonymní a výsledky budou sloužit pouze pro účely diplomové práce s názvem
„Handicap jako stigma, aneb přístup sestry ke znevýhodněnému jedinci“.

Samotný výzkum by probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které
mají zkušenosti s pacienty se znevýhodněním.

Předem děkuji za Váš čas a vyjádření

Bc. Jan Neugebauer
Student oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – interní modul
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
E-mail: Nadzemsky@gmail.com; tel: (+420) 777 253 134

S výzkumným šetřením

- SOUHLASÍM
 NESOUHLASÍM

V Jindřichově Hradci

Dne 22.3.2014.....
[REDACTED]

10 Seznam použitých zkratk

CŽK	Centrální žilní katétr
ČAS	Česká asociace sester
DMO	Dětská mozková obrna
EBN	Ošetřování založené na důkazech (Evidence Base Nursing)
HIV	Virus napadající lidskou imunitu (Human Immunodeficiency Virus)
IQ	Intelligenční kvocient
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MV	Ministerstvo vnitra
PMK	Permanentní močový katétr
PŽK	Periferní žilní katétr
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)