

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Věra Ježková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

HOLISTICKÝ PŘÍSTUP V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Kravcová

PLZEŇ 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2020

.....

Věra Ježková

Abstrakt

Příjmení a jméno: Ježková Věra

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Holistický přístup v ošetrovatelské péči

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Kravcová

Počet stran – číslované: 70

Počet stran – nečíslované: 27

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: pacient, sestra, holistický přístup, ošetrovatelská péče

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou holistického přístupu v ošetrovatelské péči. První, teoretická část, se věnuje současnému holistickému ošetrovatelství, projekci holistického přístupu, dále lidským potřebám a podrobněji z holistického hlediska potřebám v ošetrovatelství. Je zde věnován prostor holismu v konceptuálním modelu, ošetrovatelské teorii, více potom je zmíněn přínos práce Joyce Evelyn Travellbee a Marjory Gordon. Praktická část obsahuje výsledky výzkumného šetření metodou dotazníků, kdy tyto byly laskavě vyplněny přímými příjemci ošetrovatelské péče, pacienti. Následuje diskuze a závěr.

Abstract

Surname and name: Věra Ježková

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Holistic Approach in Nursing Care

Consultant: Mgr. Kateřina Kravcová

Number of pages – numbered: 70

Number of pages – unnumbered: 27

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 25

Keywords: patient, nurse, holistic approach, nursing care

Summary:

This thesis delves into the matter of holistic approach in nursing. The first theoretical part gives insight into the current holistic nursing, projection of holistic approach, human needs and in more detail into the holistic approach to needs in nursing. A part is dedicated to holism in conceptual model, theory of nursing and mentions of Joyce Evelyn Travellbee and Marjory Gordon. Practical part consists of questionnaire results kindly filled in by direct patients. Then follows discussion and ending.

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Kravcové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SOUČASNÉ HOLISTICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	12
1.1 Moderní ošetrovatelství a jeho cíle	12
1.2 Projekce holistického přístupu	14
1.2.1 Holistické ošetrovatelství.....	15
1.2.2 Holistický přístup k pacientům	16
1.2.3 Komunikační dovednosti v holistické ošetrovatelské péči	20
2 LIDSKÉ POTŘEBY V HOLISTICKÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	25
2.1 Holistické hledisko potřeb v ošetrovatelství	25
2.2 Obecné dělení potřeb.....	26
2.3 Primární a sekundární potřeby z pohledu udržitelnosti života člověka	27
2.4 Potřeby u nemocného	28
3 HOLISMUS V KONCEPTUÁLNÍM MODELU	30
3.1 Úvod do problematiky.....	30
3.2 Joyce Evelyn Travelbee.....	33
3.3 Marjory Gordon – rámec pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	38
4.1 Hlavní cíl.....	38
4.2 Dílčí cíle	38
4.3 Formulace problému	39
4.4 Výzkumná otázka.....	39
5 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	40
5.1 Metoda sběru dat	40
5.2 Charakteristika sledovaného souboru	40
6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	41

7	DISKUSE	64
	ZÁVĚR	74
	SEZNAM ZDROJŮ	76
	SEZNAM PŘÍLOH	79

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	41
Graf 2 Věk respondentů	42
Graf 3 Vzdělání respondentů	43
Graf 4 Národnost respondentů	44
Graf 5 Četnost hospitalizace	45
Graf 6 Hospitalizace blízkých osob	46
Graf 7 Zkušenost s hospitalizací blízkých a její možný vliv na vlastní zdraví v rámci důvěry při vlastním onemocnění.....	47
Graf 8 Představa o holistickém přístupu.....	49
Graf 9 Potřeby u jedince (bio-psycho-sociální bytosti)	50
Graf 10 První kontakt v rámci ošetrovatelské péče	51
Graf 11 Komplexní odebrání ošetrovatelské anamnézy (model fungujícího zdraví Marjory Gordon).....	52
Graf 12 Respekt k individualitě pacienta.....	54
Graf 13 Podpora pacienta ve své vlastní schopnosti.....	55
Graf 14 Redukce negativních emocí.....	56
Graf 15 Motivace ke spolupráci.....	57
Graf 16 Zájem o pacienta (pacientův pocit sounáležitosti)	58
Graf 17 Empatie.....	59
Graf 18 Rovnoprávné postavení pacienta (Akceptace pacienta)	60
Graf 19 Komunikace s pacientem.....	61
Graf 20 Spolupráce s nejbližším okolím pacienta	62

ÚVOD

Celosvětově jsou z pohledu pacientů a klientů v rámci ošetrovatelské péče oceňovány stále více nejen odborné znalosti, ale i určitý přístup vycházející z vnímání člověka v jeho celistvosti, kdy je považován za bio-psycho-sociální, spirituální bytost.

Z mého pohledu má v ošetrovatelské péči velký význam realizace holistického přístupu v praktické rovině. Takový přístup může nastartovat u nemocného jeho vnitřní síly, které jsou potřebné k tomu, aby se mohl vrátit k předchozímu způsobu života, jaký žil před vznikem onemocnění, nebo alespoň k takovému, se kterým by byl ve své vnitřní harmonii. Uplatňování holistického přístupu v ošetrovatelské péči je přínosem i zpětně pro sestry, může přinášet nová poznání, obohacení v osobním životě v rovině vlastního osobního růstu. Proto jsem si zvolila jako téma mé bakalářské práce Holistický přístup v ošetrovatelské péči. Této problematice se věnuje mnoho autorů a myslím si, že je tématem stále velmi aktuálním. Holistický přístup v ošetrovatelské péči vidím jako oblast, kde se vzájemně lze společně s pacienty ocitnout v určitém oboustranně přínosném vztahu. Ideálně tedy v jakémsi týmu, který ví, co chce a snaží se toho společnými silami dosáhnout. Zde je potřebná samozřejmě neustálá vzájemná interakce. Cílem této práce bylo tedy zjistit, jaké jsou zkušenosti s praktikováním holistického přístupu v ošetrovatelské péči jejími příjemci a na základě výsledků vytvořit určitou zpětnou vazbu pro poskytovatele této péče.

Zaměřila jsem se na holistické současné ošetrovatelství, na projekci holistického přístupu. Zajímala mě oblast komunikace a lidských potřeb z pohledu zdravého i nemocného jedince. Rovnocenně bylo potřeba pracovat s ošetrovatelskými teoriemi, konceptuálními modely, které jsou právě s realizací holistického přístupu úzce provázané a neustále se v ošetrovatelské vědě vyvíjí. Zaujaly mě autorky Joyce Evelyn Travelbee, pro její stále aktuální myšlenky, a dále Marjory Gordon, neboť její model fungujícího zdraví je v České republice nejčastěji využíváný. Joyce Evelyn Travelbee se zabývala mimo jiné myšlenkou prevence vzniku onemocnění a Marjory Gordon pracovala nejen s funkčním zdravím, ale i dysfunkčním. Každý člověk je neopakovatelnou, jedinečnou bytostí a organismem. Pokud je tělo a duše v disharmonii, může dojít ke vzniku různých onemocnění. Realizace holistického přístupu v praxi má právě potenciál tomuto faktu předejít.

Informace spolu s poznatky pro tuto práci jsem čerpala z rešerše, kterou mi laskavě poskytlo oddělení prezenčních služeb, speciální knihovna při Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOUČASNÉ HOLISTICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

1.1 Moderní ošetřovatelství a jeho cíle

Ošetřovatelská péče se v historickém vývoji posunula ze samozřejmé neprofesní činnosti v péči o člověka v multidisciplinární vědu, ošetřovatelství. „Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2004, s. 3).

Poznatky rozvíjí ve spolupráci s medicínou a dalšími vědními obory. Jedná se například o filosofii, etiku, pedagogiku, psychologii, sociologii, statistiku, historii. Současné ošetřovatelství souvisí s vývojem ve vzdělávání, technickým rozvojem a biomedicínskými technologiemi ve zdravotnictví (Kutnohorská, 2010, s. 11). Je tedy možné konstatovat, že: „ošetřovatelství je multidisciplinární obor s vlastní teoretickou základnou a její praktickou aplikací“ (Plevová a kol., 2018, s. 57) a na základě posledních dat a průzkumů je evidentní, že: „v důsledku změn probíhajících v lidské společnosti dochází i ke změnám nejen v přístupu k pacientům, ale i k jejich rodinným příslušníkům“ (Plevová a kol., 2018, s. 61).

Mezi rysy ošetřovatelství patří:

- poskytování aktivní, individualizované ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu na základě vědeckých poznatků, které jsou podloženy výzkumem,
- holistický přístup k nemocnému (Plevová a kol., 2018, s. 57),
- transkulturní přístup k nemocnému (Kutnohorská, 2013).

Současné holistické ošetřovatelství se zaměřuje na bližší poznání různých jednotlivých kultur, kdy v dnešní době je nejen díky nepolevující imigrantské vlně pro sestry důležité mít určité povědomí a znalosti o této problematice. Můžou tak lépe individualizovat ošetřovatelskou péči, vytvářet ošetřovatelské plány, intervence a specificky pacienty v případě jejich potřeby edukovat.

Holistický přístup a znalosti z multikulturního ošetrovatelství pomáhají i k lepšímu pochopení různých vzájemně si odporujících pohledů laiků a profesionálů.

Odlišná hlediska mohou být v následujících oblastech:

- světový názor,
- jazyk,
- etnohistorie,
- příbuzenství,
- náboženství,
- technologie,
- ekonomika,
- politické faktory,
- specifika kulturních hodnot,
- zvyky,
- způsoby péče o pohodu, zdraví a o nemocné osoby (Kutnohorská, 2013, s. 39).

„Ošetrování je morální umění a morálka je součástí širšího kulturního kontextu. Součástí osobnostní výbavy sester by měly být multikulturní kompetence, ty jsou benefitem v osobnostní výbavě, který získáme systematickým studiem kultur“ (Kutnohorská, 2013, s. 9). Ošetrovatelství na přelomu tisíciletí aplikuje výzkum v ošetrovatelské praxi a stále více se můžeme setkávat s praxí založenou na důkazech – Evidence Based Practice a ošetrovatelstvím založeném na důkazech – Evidence Based Nursig (Stasková a kol., 2019, s. 24). „Na prahu 21. století je možno hovořit o existenci teorie ošetrovatelství, která jde ruku v ruce s ošetrovatelskou praxí a neustále je obohacována o nové poznatky“ (Stasková a kol., 2019, s. 24).

Moderní ošetrovatelství si klade za cíl orientovat se na člověka. Chce komplexně a systematicky uspokojovat potřeby člověka. Respektovat individuální kvalitu života, což vede k udržení nebo navrácení zdraví. Chce také zmírňovat fyzické i psychické bolesti v umírání. Mezi cíle v ošetrovatelství tedy patří:

- podpora a upevňování zdraví,
- podíl na návratu zdraví,

- zmírnění utrpení u člověka, který onemocněl,
- a také zajištění klidného umírání včetně důstojné smrti (Plevová a kol., 2018, s. 61).

Lidský organismus je tedy organizovaná jednota. Porucha jedné části ovlivňuje funkčnost další (Trachtová a kol., 2010, s. 9–10).

1.2 Projekce holistického přístupu

Člověk je bio-psycho-socio-spirituální bytost a měl by být vnímán ne jen jako soubor procesů a částí. Jedná se o holistickou bytost. Termín holismus je odvozen z řeckého slova, ve významu jde o celek. Každý člověk je individuální, má různé vlastnosti, které jsou jedinečné, a z nich vyplývající potřeby. „Pokud je holismus filosofií moderního ošetrovatelství, je jedinečnou úlohou sestry na všech úrovních péče (udržení zdraví, prožívání nemoci, zotavování se či umírání) uspokojovat jeho fyzické, psychické a sociální potřeby“ (Plevová a kol., 2018, s. 61).

Pojem filosofie lze definovat jako lásku k moudrosti (filein – milovat, sofia – moudrost). Filosofické otázky se objevují v čase, kdy je narušen navyklý, samozřejmý řád každodennosti, v čase existenciální krize, jako je například nemoc, utrpení fyzické i duševní, bolest. „Filosofie dodává ošetrovatelství hlubší smysl, povznáší ho na vyšší myšlenkovou úroveň. Pomáhá sestře vnímat pacienta jako celistvou bytost, která je ovlivňována prostředím a časem, ve kterém žije, a že na své životní cestě je každý nemocný na jiném úseku. Díky tomu si sestra může uvědomit rozdílnosti v reakcích a možnostech každého pacienta a podle toho poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči“ (Švejdová, 2010).

Filosofie má tedy blízko k ošetrovatelství a nejvíce s ním spojeným je filosofický směr holismus, který je idealistickou filosofií celistvosti (holos – celek). Pacient by měl být vnímán jako holistická bytost a mělo by být zabráněno určitému redukcionismu, vynechání nějaké složky. Psychosomatická medicína čerpá z tohoto principu, psychika má vliv na fyzickou složku a opačně. Sestra má pečovat o fyzické potřeby, ale i o duševní pohodu pacienta. S ošetrovatelstvím souvisí i filosofický směr existencialismus (důraz na individualitu člověka, respekt k lidské jedinečnosti) a fenomenologie (fainomai – ukazují se, podstata jevů, které se v čase a prostoru

ukazují a tím vedou k upozornění na podstatu, kdy důležitá je naše zkušenost, díky které poznáváme) (Švejdvová, 2010).

Holistická teorie v moderním ošetřovatelství vychází z poznatku, že živé organismy jsou celky složené z mnoha částí. Dochází ke vzájemné interakci. Může nastat až porucha celého systému. Holistická péče o člověka znamená, že přistupuje k jedinci jako k celistvé jedinečné bytosti. Zmíněná péče se zaměřuje na uspokojování fyzických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb a to v rámci udržitelnosti zdraví, prožívání nemoci, uzdravování se a zotavování a v neposlední řadě v umírání.

Holistický přístup v ošetřovatelství se koncentruje na celého člověka a ne pouze na konkrétní nemocnou část těla, či nemoc samotnou. Pracuje s fyzickými, duchovními, emocionálními, kognitivními a sociálními potřebami u zdravých i nemocných. V ošetřovatelských teoriích, modelech, etických zásadách, tedy v celém oboru ošetřovatelství je holistický přístup základem a vytváří tak jeho hodnotu (Plevová a kol., 2018, s. 61–62).

1.2.1 Holistické ošetřovatelství

Holistické ošetřovatelství je definováno jako ošetřovatelství, jehož cílem je zdraví jednotlivce v jeho celistvosti. Florence Nightingale je považována za zakladatelku holistického ošetřovatelství, kdy učila sestry zaměřit se na důležité body holismu, jako jsou celistvost, wellness a vzájemné vztahy lidského bytí a okolí. Holistické ošetřovatelství je o přístupu, filosofii a způsobu bytí, což také zahrnuje, aby sestra pečovala sama o sebe a přijala odpovědnost v rámci sebe sama. V holistickém ošetřovatelství je třeba, aby sestra integrovala do své činnosti i svou duchovní stránku. Může potom vidět zpětnou vazbu ve svém širším životě. Sestra v holistickém ošetřovatelství si potom může vnitřně více uvědomit spojení se sebou sama, s jinými, přírodou, duchovním a vztahy s globální komunitou (AHNA, 2020). Holistické ošetřovatelství bylo uznáno American Nurses Association (ANA) jako specifické ošetřovatelství, s jasně definovanými standardy, což sestry velmi ocenily.

Holistické ošetřovatelství obsahuje:

- unikátního soubor vědomostí,
- vědecký průzkum založený na důkazech,

- sofistikované dovednosti,
- jasně definované standardy v praxi,
- různorodé způsoby v praxi na poli uzdravování se,
- filosofii života a bytí, které jsou založeny na péči o vztahy v rámci jejich propojenosti.

V holistickém ošetrovatelství se sestra zaměřuje a hodnotí celistvě každou jednotlivou osobnost po stránce fyzické, duševní, emocionální a spirituální. Zaměřuje se na prostředí, jeho silné stránky a s tím spojené určité výzvy. Váží si hodnotového žebříčku, víry ve zdraví a zkušenosti každé jednotlivé osobnosti a dává jí to najevo (AHNA, 2020).

Tím, jak se vyvíjí péče zaměřená na osobu, stává se ošetrovatelská péče vědou celostního ošetřování a vlastně uměním. Když sestry ve specializované praxi celostního ošetřování pracují se sebereflexí, dochází u nich k tomu, že hlouběji chápou, co je základem zdraví. Sestry díky osobnostně zaměřené péči se sebereflexí a bytím s příjemcem takové péče objevují nové skutečnosti, které si doposud neuvědomovaly a tím je ani nemohly chápat. V celostní péči není žádný prostor pro izolaci, vše je spojeno v jeden celek. Pacienti kromě léčby nejvíce potřebují soucit a hlubší vztah ošetřujících. Nedokáží tuto potřebu někdy vyjádřit, ale lze ji vycítit. Celostní sestry jsou výjimečné právě tímto terapeutickým přístupem. Komplexní péči mohou poskytovat všechny sestry, ne každá si ji dokáže osvojit. Důležitý je hodnotový systém sestry, který souvisí se znalostí procesu ošetrovatelské péče a vědomím vlastní hodnoty. V ošetrovatelské profesi nejde jen o uplatnění odborných znalostí, ale i o schopnost umění vyjádřit **empatii a náklonnost**. Tři neoddělitelné součásti ošetrovatelství jsou **moudrost, láska a srdce**. Pokud je filosofie láska k moudrosti, ošetrovatelství je potom láska k lidem (Waldsbergerová, 2018).

1.2.2 Holistický přístup k pacientům

V holistickém přístupu (celostní pohled na jedince) se na pacienta zaměřujeme jako na osobnost, kterou vnímáme v oblasti biologické, psychologické, sociální i duchovní. Onemocnění u pacientů vyvolává větší citlivost ke stresu v těchto oblastech. Pokud budeme vůči pacientům využívat holistického přístupu a oni budou aktivními

účastníky, lze to vidět jako další krok k poskytování kvalitní péče o zdraví (Bednářová, 2017)

Autorka Bednářová si ve své diplomové práci s názvem „Psychosomatika jako holistický pohled na zdraví těla a duše“ kladla za jeden z cílů vytvořit desatero holistického přístupu k pacientům. Tento ve své podstatě edukační materiál vytvořila jako informace pro nelékařské zdravotnické pracovníky a je uveden v příloze číslo 2. Jsou zde popisovány různé aspekty holistického přístupu a jejich přiblížení v rámci lepšího pochopení.

Zaměření se na odebrání komplexní ošetrovatelské anamnézy:

- poznat osobnost člověka, tedy jaký byl před vznikem onemocnění,
- plánování ošetrovatelské péče zohledňující tělesné, sociální, emocionální, kognitivní, duchovní potřeby u jedince,
- vytvoření terapeutického vztahu (pocit bezpečí, pomoc k lepší orientaci v pacientově momentální situaci, snaha o zmírnění přirozeně daných negativních emocí na straně nemocného) – cílené zaměření se na pacienta v jeho potřebách a zájmech.

Respekt k individualitě pacienta:

- přistupovat k pacientovi s respektem k jeho individualitě,
- neříkativní podpora jeho víry v sama sebe, ve své vlastní schopnosti,
- kladením otázek pomoci k vzájemnému ujasnění, co by pacient chtěl a potřeboval například změnit,
- dát najevo, že jsme pacienta slyšeli a pochopili (například opakovat, co řekl, pomoci mu zkusit vidět problém v jeho možném pozitivu, tedy poskytnout nový pohled).

Redukce negativních emocí:

- umožnit pacientovi pláč, vypovídání se a podobně (dochází často k úlevě bez nutnosti poskytovat různé rady nebo doporučení),
- uvolnění emocionálního napětí (úzkost, strach, beznaděj, obavy apod.).

Podpora motivace pacienta k aktivní účasti na léčbě v rámci spolupráce:

- ocenit a upozornit na každý možný ukazatel ve zlepšování zdravotního stavu, na kterém se pacient sám podílel,
- pomoci s přijetím situace, která je v rámci onemocnění pro pacienta novou životní událostí,
- poskytnout určitý jiný pozitivní pohled, v rámci možností daného zdravotního stavu,
- pochválit pacienta za jakoukoliv snahu.

Projev zájmu o pacienta (pocit sounáležitosti u pacienta):

- aktivita směrem k prožívání, myšlenkám a problémům pacienta,
- trpělivý přístup,
- nastolit pacientův pocit, že proti své nemoci nestojí osamoceně, jsme tu pro něho a s ním,
- soustředit se na příčiny možných změn v pacientově chování, které mohou po jejich analýze vést k přehodnocení ošetrovatelských intervencí a vzniku nových dalších, potřebných k individualizované holistické ošetrovatelské péči.

Empatie:

- porozumět pacientovi přes schopnost vcítění se do jeho pocitů a prožitků,
- schopnost a snaha zaměřit se na vnitřní svět pacienta s vlastní důvěrou bez vlastního hodnocení,
- využít možnosti, určitého klíče, k pochopení pro to, co se v pacientovi uvnitř děje a může zůstat v jím pronášených slovech skryto.

Akceptace pacienta:

- pohlížet na pacienta jako na bytost sobě rovnou,
- přijmout pacienta bezvýhradně, s respektem k jeho osobnosti,
- zaujmout postoj bez podmínek, vycházející z pozitivního hodnocení,
- zachovat uznání jeho osobnosti,

- respektovat názory, postoje a pocity pacienta,
- necitlivě neuplatňovat své názory.

Efektivní komunikace s pacientem:

- snažit se předcházet konfliktním situacím,
- zvýšit možnou větší účinnost terapeutických zákroků,
- využít příznivý vliv v rámci průběhu onemocnění,
- využít možnosti zachovat důstojnost na obou stranách (sestra, pacient),
- nastolit důvěrnou a bezpečnou atmosféru (pacient tak může vyjadřovat své názory),
- podávat dle individuálního stavu pacienta informace stručně, jasně, srozumitelně,
- umožnit pacientovi mluvit přirozeným jazykem,
- umožnit pacientovi příznivý prostor k jeho dotazům,
- využít prvky neverbální komunikace (předávání informací mezi sestrou a pacientem díky řeči těla, beze slov).

Naslouchání pacientovi:

- snažit se rozumět a chápat sdělení pacienta,
- využít možnost, jak se naladit se na pacienta,
- nezasahovat ve chvíli, kdy pacient hovoří,
- zdržet se komentářů, povzbuzujících slov, vlastních názorů a podobně.

Spolupráce s příbuznými, rodinou, blízkým okolím:

- využít danou možnost pro zkvalitnění ošetrovatelské péče,
- umožnit pacientovi vzájemný kontakt, kdy dochází k sociální opoře, pochopení, zklidnění, různým radám a saturaci spíše vyšších potřeb u pacienta,
- využít tento aspekt holistického přístupu v ošetrovatelské péči právě z pohledu na pacienta jako na bio-psycho-sociální, spirituální bytost (Bednářová, 2017).

1.2.3 Komunikační dovednosti v holistické ošetrovatelské péči

V první fázi komunikace v ošetrovatelském procesu sestra navazuje kontakt s pacientem. Ať už v ambulantní složce, nebo na ošetrovací jednotce, již od prvního vzájemného setkání je možné začít budovat vztah, který je plný porozumění a je vzájemně konstruktivní. Pacient může získat pocit důvěry, ale také opačně. Toto může potom ovlivnit jeho budoucí spolupráci při léčbě, ale i prožívání celého tohoto procesu. Sestra získává komplexní informace, aby snadněji naplánovala ošetrovatelskou péči. Nejlépe je navázat takový kontakt, který připraví půdu k vybudování terapeutického holistického vztahu. Ten je zaměřen na konkrétního pacienta v jeho celistvosti a cíl, kterého v zájmu holistické péče chce sestra dosáhnout. V této, první fázi, se velmi uplatňuje základní komunikační dovednost a to naslouchání. Sestra by měla umět porozumět tomu, jak pacient věci prožívá, cítí, jak jim rozumí, co si o tom myslí a co o tom říká. Měla by být schopna porozumět pacientovi pomocí vcítění, neboli pomocí empatie.

Ve druhé fázi komunikace v ošetrovatelském procesu sestra opět využívá naslouchání, jako dovednost usnadňující stanovit ošetrovatelské intervence a ošetrovatelskou diagnózu. Sestra na základě verbálního a neverbálního projevu pacienta analyzuje získané informace a signály. Každý pacient reaguje na nemoc individuálně. Sestra vhodným přístupem ve vzájemné interakci s pacientem, tedy využitím naslouchání, empatie může napomoci nemocnému uvolnit se, vyjádřit své prožívání a emoce. Sestra využívá kritické přemýšlení, identifikuje potřeby pacienta, které jsou v deficitu a může tak nastavit kroky vedoucí k poskytování holistické péče.

Ve třetí fázi komunikace v ošetrovatelském procesu jde o to zjistit, co je pro pacienta samotného nejvíc podstatné. Je třeba, aby sestra neztrácela schopnost respektovat a tolerovat pacienta v jeho individualitě. To znamená brát zřetel na jeho potřeby, přání. Komunikovat s pacientem tak, aby se zapojil do plánování péče. Aby využil svého práva rozhodnout se. Tím se posílí jeho autonomie, bude se realizovat, podpoříme jeho důstojnost a sebevědomí. Správně zvolená komunikace vytvoří atmosféru klidu, bezpečí a rovnováhy, tedy vhodné klima ke vzájemné spolupráci.

Ve čtvrté fázi ošetrovatelského procesu sestra využívá pro úspěšnou komunikaci s pacientem to, jakým způsobem vykonává různé činnosti. Při výkonu vše vysvětluje, včetně názorné ukázky například různých pomůcek a citlivě s taktem reaguje

na individuální potřeby pacienta. Měla by vnímat různé obavy pacienta a jeho momentální psychické rozpoložení. Je třeba brát v úvahu právo pacienta na informace, ty mu dle jeho přání poskytnout, podpořit jej, povzbudit, poděkovat, a pochválit za spolupráci.

V **páté fázi** ošetrovatelského procesu sestra sleduje a vyhodnocuje, zda se podařilo efektivně dosáhnout cíle v intervenci. Jestli se podařilo pacientův problém úplně vyřešit, nebo jen částečně. Vždy jde o to udržet další případnou možnost pro spolupráci, která by mohla být pro pacienta přínosná. Sestra může na základě analýzy celého procesu pacienta povzbuzovat v dalším snažení, poskytnout ujištění, že se správně účastní léčebného procesu. Může ho podpořit v důvěře brzkého uzdravení. V této fázi sestra využívá evaluaci, pozitivně ovlivňuje pacienta. Vyjadřuje mu úctu, uznání, pochvalu, poskytuje tím komplexní, holistickou péči s ohledem na celistvost nemocného v zájmu zlepšení jeho stavu (Tóthová a kol., 2014, s. 175–184).

1) Kritické myšlení v komunikaci

Jde o způsob myšlení, kdy využíváme zkušenosti, vědomosti a schopnost zevšeobecnit abstraktní myšlenky. To vede ke kreativnímu myšlení, které přináší nové vztahy, nové způsoby řešení problémů. Vzniká tím určitá flexibilita, potřebná k tomu, aby sestra nevykonávala ošetrovatelskou péči rutinně a bezmyšlenkovitě, ale byla schopná vnímat nemocného v jeho celistvosti v kontextu s vlastními pocity a přístupy. Dochází tak k inovaci péče o pacienta, která vychází z jeho individuálních potřeb. Sestře kritické myšlení přináší vyšší efektivitu její práce a také kvalitu. V neposlední řadě sestra vnímá obohacení po profesní a osobní stránce. Principem kritického myšlení je snažit se o toleranci a porozumění díky naslouchání. Na základě případných chyb je možné začít znovu a lépe. Nejen špatně zvolenou komunikací, ale i nedostatky v myšlení můžeme pacientovi ublížit. Jde o schopnost představit si sám sebe na místě pacienta a v dialogu se sebou samým se zaměřit na možnosti zkvalitnění ošetrovatelské péče. Kritické myšlení pomáhá, aby komunikace všeobecné sestry byla účelná v pozitivním smyslu, tedy logická. Aby sestra využívala v komunikaci přesnost, úvahu a rozum. Je třeba rozvinout si postoj k využívání nových myšlenek, názorů, nesoudit věci, neřešit, ale díky kritickému myšlení jít dopředu cestou možnosti opakování. Z chyb je možné se učit (Tóthová a kol., 2014, s. 185–186).

2) Efektivní komunikace v holistickém ošetřovatelství

Efektivní komunikace v holistickém ošetřovatelství je otevřená komunikace, informace nejsou zkresleny a oba komunikující si rozumí a mají pozitivní pocit ze vzájemné interakce. Tento typ komunikace vede k možnosti společně rozhodovat a všeobecná sestra tak lépe a přesněji na základě pochopení problémů pacienta stanovuje ošetřovatelské diagnózy a intervence (Pokorná, 2013, s. 13).

Efektivní komunikaci v holistickém pojetí napomáhá komunikační dovednost naslouchání, kdy je třeba, aby se sestra soustředila, skutečně se koncentrovala a nemyslela na nic jiného.

Měla by umět:

- číst, co je mezi řádky,
- ptát se a parafrázovat,
- zkusit myslet podobně jako pacient,
- využívat empatii,
- reagovat na myšlenky pacienta a předvídat,
- uvažovat, proč, co a jak bylo řečeno,
- vnímat pacienta nejen po verbální, ale i neverbální stránce,
- zaměřit se na akustiku řeči,
- neztrácet v empatii schopnost objektivitu.

Při efektivním naslouchání si pamatujeme dokonce víc, než to, co slyšíme. Lidský mozek má široké možnosti využít úžasné schopnosti našich smyslů. Mít takzvaně otevřenou mysl napomáhá efektivnějšímu naslouchání a komunikaci zaměřené komplexně na nemocného (Pokorná, 2013, s. 41).

Úspěšnost efektivní komunikace vychází z toho, jestli sestra umí a chce komunikovat. Každý není schopen tuto vědomou činnost úspěšně zvládnout. Je ale možné se tuto dovednost naučit a zdokonalovat se v ní. Jde o to, uvědomit si, co chci říci, vybrat si následně vhodný čas, zvolit místo, které bude nejvhodnější a vědomě informaci předat co nejlepším možným, efektivním způsobem. To, čemu rozumíme my, nemusí být pro druhé srozumitelné a jasné, a to potom následně může být příčinou

negativní reakce pacienta. Neefektivní komunikace vede ke zneklidnění, podráždění, úzkosti i hněvu, prostě k takovému prožívání u nemocného, které nenapomáhá realizovat úspěšně ošetrovatelskou péči (Tóthová a kol., 2014, s. 186–187).

3) Terapeutická komunikace v holistické ošetrovatelské péči

Terapeutická komunikace předpokládá dovednost, kdy se cíleně zaměřujeme na pacienta, na jeho zájmy a potřeby. Využíváme psychologické prostředky a snažíme se o to, aby pacient co nejlépe zvládl svůj zdravotní stav, aby byl v harmonii sám se sebou a podpořil tak samouzdravovací proces. V zahraničí je této dovednosti věnována velká pozornost, využívají ji nejen lékaři, psychologové, psychiatři, psychoterapeuti, ale i všichni další zdravotničtí pracovníci. Jedná se o samozřejmou náplň práce ošetrujícího personálu. Well-being, pohoda, je cílem takovéto komunikace. To vede u pacienta k lepšímu zvládnutí případných problémů vzniklých z důvodu nemoci a následné léčby. Terapeutická komunikace přirozeně usnadňuje ošetrovatelský proces. Cílem této komunikace je pomoc konkrétnímu pacientovi. Sestra a pacient si vytváří přes cílevědomou konverzaci vztah, který umožňuje, aby se pacient o svém zdravotním stavu poučil, zjistil, jakým způsobem ho zvládat, že není sám, ale má oporu, je tu někdo, kdo se mu bude věnovat v jeho celistvosti a stojí při něm. Taková komunikace posiluje přirozené léčebné síly, které má v sobě každý člověk. Terapeutický rozhovor je tedy o pomoci, řešení problému a povzbuzení pacienta ke spolupráci (Tóthová a kol., 2014, s. 188–189).

4) Edukace pacienta v holistické ošetrovatelské péči

Tato činnost v ošetrovatelství je zaměřena nejvíce na předcházení nemocí. Dále na udržení či navrácení pacientova zdraví. Pokud je stav nemocného například v terminálním stadiu, dokáže edukace život zkvalitnit. Komunikace v rámci edukace pacienta je velmi podobná jako v ošetrovatelském procesu. Je třeba zjistit, jestli je důvod k edukaci, její konkrétní přínos na základě individuálních potřeb pacienta vnímaného komplexně v jeho celistvosti. Dále společně případně plánujeme cíl s ohledem na okolnosti, plynoucí z holistického přístupu, společně plánujeme, jak k němu dojít, časovou dotaci věnovanou problému. Poté následuje realizace, kdy celý proces sledujeme a hodnotíme. K hodnocení efektivity můžeme využít zpětnou vazbu, reflexi. Poradenství jako určitá součást edukační činnosti se uplatňuje například v rámci péče o stomické pacienty, u pacientů, kde je zvolen vlhký způsob hojení ran, kde jde

třeba o péči pacienta s chronickou ránou. Cílem poradenství je dodat pacientovi povzbuzení, podpořit ho v důvěře sama v sebe, že danou problematiku vzniklou z onemocnění zvládne. Pomůžeme mu získat nový náhled, podporujeme ho v jeho autonomii, respektujeme jeho prožívání ve všech oblastech jeho osobnosti (Tóthová a kol., 2014, s. 191–193).

5) Ošetrovatelský tým a vliv komunikace na holistický přístup k ošetrovatelské péči

Péče o pacienta je záležitost týmová, ideálně by tedy měli účastníci ošetrovatelského týmu dobře komunikovat. Snažit se na pracovišti budovat dobré kolegiální vztahy a společně vytvářet bezpečné, neohrožující prostředí, ve kterém jsou potom vytvořeny podmínky pro otevřenou komunikaci v zájmu komplexní péče o nemocného. Někdy si mezi sebou lidé v ošetrovatelském týmu nemusí rozumět, vnímají věci a situace každý jiným způsobem. To vede ke konfliktu, který však může mít i pozitivní efekt. Přijímání kritiky, stejně tak jako její poskytování je přirozeně obtížné a je ovlivněno tím, že se odvíjí od komunikačních dovedností (Špatenková, Králová, 2009, s. 43–46).

Vztahy mezi lékaři a sestrami vytvářejí celkovou atmosféru na pracovišti. Nejčastěji dochází k interpersonálním vztahům. Na pracovištích bývají stresové situace a sestry si všímají, že to vede k odreagování nejen lékařů, ale i pacientů, vůči nim samotným. Odpovědnost a vzájemné role v moderním lékařství a ošetrovatelství jsou někdy zdrojem nepochopení ve vztahu sestra, lékař. Podle některých lékařů by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich oblasti, sestra je vnímána jako odborně podřízená pracovnice a měla by plnit ordinace, příkazy s respektem. Sestry často spokojené s takovými názory nebývají a vnímají to jako nižší respekt k ošetrovatelství. Ve vyspělých zemích se mění společenské postavení lékařů a sester. Výsadní postavení lékařů ustupuje ve prospěch sester (Plevová a kol., 2012, s. 101–103).

Vždy, když se s někým sejdeme, mluvíme, vznikají v tomto určitém vztahu různé pocity, emoce. V pozitivním a efektivním vztahu se cítíme jistě, bezpečně, komfortně. To je důležité ve vztahu sestra a další členové zdravotnického týmu. V holistickém ošetrovatelství je tento fakt velmi důležitý z pohledu realizace holistického přístupu (Tóthová a kol., 2014, s. 105).

2 LIDSKÉ POTŘEBY V HOLISTICKÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

2.1 Holistické hledisko potřeb v ošetřovatelství

„Ošetřovatelství chápe jednotlivce jako komplexní, holistickou bytost“ (Plevová a kol., 2011, s. 103).

V teoretické úrovni lze potřeby dělit:

- na biologické, psychické, sociální a duchovní, ale v praktické rovině se jednotlivé úrovně mezi sebou prolínají a také se přesahují.

K identifikaci potřeb u jedince, plánování a hodnocení péče je třeba komplexní pohled, který zahrnuje i jeho rodinu, komunitu, kulturu a také prostředí.

Teoretické znalosti o potřebách jsou pro sestru důležité. Potřebuje porozumět sama sobě a tím i dalším lidem, pacientům. Tyto znalosti jsou nutné, aby mohla posoudit chování, reakce a životní priority jedinců, o které pečuje a mohla tak plánovat ošetřovatelskou péči v ošetřovatelském procesu. Potřeby jedinců jsou jako centrum zájmu obsaženy v různých konceptuálních modelech a jsou také důležité pro hodnocení potřeb jednotlivců, rodin i komunit v souvislosti se změnami ve zdraví. Jde o specifický předmět zkoumání. Posouzení, diagnostika a řešení ošetřovatelských problémů v této oblasti je předmětem zkoumání v ošetřovatelství a jeho hlavním znakem v praxi (Plevová a kol., 2011, s. 103–104).

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu – homeostázy“ (Šamánková a kol., 2011, s. 12). V pomáhající profesi je důležité ujasnit si vlastní pocity, jakým způsobem přijímáme svou sociální roli. Poznání a pochopení nejen vlastních potřeb, ale hlavně potřeb těch, kteří očekávají pomoc, vede k toleranci názoru jiného člověka, jeho akceptaci a k orientaci v obtížné situaci, která není běžná (Šamánková a kol., 2011, s. 10). V hodnocení potřeb v holistickém přístupu k ošetřovatelské péči je důležitý komplexní pohled na osobitost člověka, přesto některé koncepty jsou neměnné a ve své jednoduchosti efektivní. „Nejpopulárnějším rozdělením potřeb je hierarchické

uspořádání potřeb vycházející z teorie potřeb podle Maslowa (1970), která je založena v duchu humanistické psychologie. Hierarchií se zde rozumí pořadí prožívané naléhavosti potřeb (jde o pocitování potřeb, nikoliv chování)“ (Plevová a kol., 2011, s. 92).

Známa Maslowova hierarchie potřeb obsahuje:

- nižší potřeby – fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí,
- vyšší potřeby – potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, kognitivní potřeby, potřeby estetické a potřeby seberealizace.

Maslow popisuje, že lidé, kteří mají uspokojené základní potřeby, jsou v porovnání s jedinci, u nichž to tak není, výkonnější, šťastnější a zdravější. K vyšším potřebám řadí Maslow potřeby růstu, takzvané metapotřeby, vyjasňující specifické tendence osoby (Trachtová a kol. 2012, s. 14). „Patří sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti a další“ (Trachtová a kol., s. 14).

V jedinečnosti člověka jako v bio-psycho-sociální, spirituální bytosti jsou metapotřeby vyjádřením nezbytné určité transcendence, touhou překročit každodenní zkušenost a také touhou po vyšším duchovním životě a transpersonálních zážitcích. Jedná se o touhu hledání smyslu života, po mystických hodnotách, kdy člověk přesahuje svoji osobnost (Trachtová a kol., 2010, s. 14).

Potřeba znamená určitý nedostatek, kdy člověk vyhledává způsob, jak chybění něčeho odstranit. Prožívání nedostatku má vliv na volní procesy, pozornost, emoce a myšlení. Potřeby se u lidských bytostí přirozeně v životě vyvíjí a kultivují. V pojmu potřeba lze vidět jednotu vnitřního s vnějším. Všichni lidé mají určité společné potřeby, a každý je uspokojuje nejrůznějšími způsoby, kdy si dva jedinci v tomto nemusí být podobní. Z psychologického pohledu rozdělujeme potřeby na biogenní, fyziologické, psychogenní, sociogenní, psychologické. Toto rozdělení odpovídá v ošetrovatelství **holistickému**, tedy **celostnímu** přístupu k člověku (Trachtová a kol., 2010, s. 10–11).

2.2 Obecné dělení potřeb

Potřeby podle podstaty člověka jsou biologické, zahrnují potřebu z fyziologického hlediska, tedy potravu, tekutiny, šaty, odpočinek, například. Další, psychické potřeby vyplývají z individuálního prožívání a vnímání světa, mohou

obsahovat i například potřebu pocitu bezpečí. Člověk má estetické potřeby, své požadavky na prostředí v souladu, na krásno. A opět, podle podstaty člověka, jeho sociální a kulturní potřeby obsahují touhu po určitém sebevyjádření, pochopení nebo i prezentaci svým vlastního života. Duchovní potřeby u různých lidí vychází z duchovního zaměření jednotlivce a z pohledu holistického přístupu v ošetrovatelské péči se svým významem od předchozích potřeb neliší. Potřeby lze také dělit podle počtu osob na individuální potřeby, kdy jde o sebeuplatnění, osobní růst, seberealizaci a také kolektivní. Ty se týkají určité skupiny nebo společnosti a obsahují například potřeby z oblasti zdravotnictví, sociální péče nebo otázky ochrany životního prostředí. Potřeby jsou podle obsahu materiální, kdy jde o vlastnictví a užívání věcí, nebo nemateriální, spojené s hierarchií hodnot, s ideály a celkově duševní stránkou jedince. Z ekonomického pohledu mohou být potřeby uspokojovány produkty z hospodářské činnosti nebo jde o potřeby bez této vazby, jako například chození na túry, plavání v moři, stát se rodičem. Podle způsobu vyvolání dělíme potřeby na hlavní, které předchází dalším, a na doplňkové, které se podílí na lepším dosažení potřebného. Potřeby lze rozdělit také na nezbytné, existenční, jako potrava a dále zbytné jako potřeba vlastnit například bazén. Z hlediska četnosti existují trvalé potřeby, denní, jako například pití, odpočinek, dále potřeby občasně, kdy jde o jistou pravidelnost. Například obdarovat blízké v rámci svátku. Výjimečné potřeby jsou nepravidelné. Potřeby podle času jsou potom současné, jako je například pěstování koníčků nebo budoucí, kdy něco v budoucnu očekáváme (Šamánková a kol., 2011, s. 17–19).

2.3 Primární a sekundární potřeby z pohledu udržitelnosti života člověka

Primární potřeby, tedy biologické, fyziologické, přirozené potřeby jsou důležité pro každého jedince a nemůže bez nich dlouho žít. Tyto potřeby motivují člověka, aby se staral o své tělo po fyziologické stránce. Zabezpečení těchto potřeb v době nemoci, či nemohoucnosti patří mezi základy v ošetrovatelské péči.

- Sekundární potřeby, jsou sociální, kulturní. Jsou to vlastně základní společenské potřeby. Patří sem společnost druhých lidí, vzájemná komunikace, společenské uplatnění a podobně (Šamánková a kol., 2011, s. 19).

2.4 Potřeby u nemocného

„Množství a intenzita potřeb závisí na pohlaví a věku jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém žije, na jeho inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech a jiných okolnostech“ (Šamánková a kol., 2011, s. 13). Potřeby u nemocného člověka, jejich zjišťování a uspokojování jsou z pohledu zdravotnického týmu, sester a lékařů vždy subjektivní v otázce, jak je vyhodnotit. Je to dáno tím, že sám pacient určitým způsobem hodnotí svůj zdravotní stav (Šamánková a kol., 2011, s. 19).

V období nemoci, stejně jako ve stavu zdraví, je nezbytné saturovat základní, biologické potřeby. Jedná se o potřebu potravy, tekutin, vyprazdňování, kyslíku, optimální tělesné teploty, pohybu, spánku, relaxace, sexuálního života, v rámci uspokojení a v neposlední řadě je zde zastoupena potřeba být bez bolesti. Mezi nejvýznamnější vyšší potřeby lze řadit pocit bezpečí, potřebu lásky, být milován, být schopen někoho milovat, někam patřit, cítit sounáležitost. Pacient touží nejčastěji naplnit sociální potřeby, které souvisí s jedinečností osobnosti, v kontextu závažnosti stavu. To zahrnuje i o ochranu osobních dat a potřebu pochopení pro různé výkyvy nálad, respekt k prostředí, ze kterého pacient pochází a k jeho hodnotové hierarchii. Sociální zralost se rozvíjí v průběhu života a je u každého jednotlivce individuální. Ovlivňuje schopnost sociální komunikace i úroveň adaptace. Je třeba respektovat obvyklé prostředí a zvyky pacienta, protože v době nemoci, například v nemocnici je toto přirozeně odlišné. Pacient má potřebu, aby došlo k pochopení jeho hodnot v sociální oblasti v míře, na jakou je zvyklý. Společenská komunikace se řídí nejen momentálními schopnostmi a možnostmi nemocného. Závisí také na vyspělosti a zralosti zdravotníka, na jeho schopnosti empatie a podobně, tedy celostním přístupem. Duchovní potřeby jsou individuální. Je třeba respektovat náboženské vyznání a respektovat víru, umožnit pacientovi náboženská setkávání. Průběh a závažnost onemocnění ovlivňují mentální schopnosti pacienta. To je důvod, proč je důležité citlivě vnímat jeho přání, názory (Šamánková a kol., 2011, s. 20–22).

„Mladí zdravotníci dnes už vycházejí ze škol s určitým povědomím o tom, že nějaké duchovní potřeby nemocný člověk má, že v rámci holistického přístupu by je neměli podceňovat a v rámci partnerského přístupu by je měli respektovat. Ze zahraničních stáží se vracejí s překvapivým zjištěním, že věřit v Boha a posmrtný

život je tam pro většinu lidí naprosto normální každodenní záležitostí“ (Svatošová, 2012, s. 11).

Mezi čtyři dimenze potřeb u pacienta patří potřeby biologické, kde je počítáno se vším, co potřebuje nemocné tělo. V psychologických potřebách jde následně o respektování lidské důstojnosti. Sociální potřeba vychází z toho, že člověk je tvor společenský, izolovaně nežije, není nemocný a neumírá, má tedy potřebu návštěv, které jsou z jeho pohledu v určitosti dané. Potřeby spirituální byly do nedávna téměř tabu. Někteří lidé i zdravotníci se domnívají, že jde o potřeby věřících. Právě u nevěřících bývají aktuální, v průběhu vážné nemoci, životně důležité otázky po smyslu vlastního života. Člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a má smysl a to do poslední chvíle. Pokud tato potřeba není naplněna, jedná se o stav duchovní nouze a člověk velmi trpí. Pacientovi je třeba v tomto případě ukázat, že v každé situaci lze smysluplně žít (Svatošová, 2012, s. 21–22).

Pacienti mají potřebu být bez bolesti. Potřebují vědět, kde je její příčina. Je vhodné využít pacientových předchozích zkušeností a společně potom hledat terapeutické možnosti, jedná se i o podávání léků. Lze využít podpůrnou psychoterapii, nebo například obklady na bolestivá místa, které pomohou somaticky i psychicky. Pacienta je třeba informovat jak v souvislosti před zákrokem, tak například o nežádoucích účincích terapie, o času, který je nutný k odstranění bolesti a podobně. Zapojujeme ho do případného cvičení, dodržování pokynů, učíme zaujmout vhodnou polohu (Šamánková a kol., 2011, s. 22).

3 HOLISMUS V KONCEPTUÁLNÍM MODELU

3.1 Úvod do problematiky

„Konceptuální modely ošetrovatelství existují od dob F. Nightingalové, i když její pohled není chápán jako konceptuální model, ale spíše teorie“ (Plevová a kol., 2018, s. 131). Metaparadigma v ošetrovatelství jsou čtyři – osoba, prostředí, zdraví a ošetrovatelství (Plevová a kol., 2018, s. 132). Konceptuální modely a teorie jsou paradigmata ošetrovatelství. Každý z konceptuálních modelů v ošetrovatelství vyjadřuje filozofický pohled, zkušenosti z praxe a hodnotový systém autorů a je využitelný pro praxi, vzdělávání a výzkum. Konceptuální model je smysluplně uspořádan a obsahuje abstraktní i všeobecné představy a tvrzení.

Koncepční model v základu obsahuje:

- asumpci (fakt, předpoklad, z vědecké teorie, praxe, ověřitelnost v praxi, odlišnost v různých modelech),
- hodnotový systém (základní myšlenky oboru, určitá podobnost v modelech, vlastní filozofie autorky, autora modelu),
- cíle ošetrovatelství (vize, čeho chceme dosáhnout, vychází z asumpcí),
- klient/pacient (příjemce – jednotlivec, skupina),
- roli sestry (jedinečná úloha v péči),
- zdroje potíží (definuje ošetrovatelskou péčí ovlivnitelnou příčinu problémů pacienta),
- ohniska zásahu (jsou stanoveny specifické ošetrovatelské činnosti vedoucí k dosažení cíle),
- způsoby zásahu (vlastní ošetrovatelské intervence v ošetrovatelském procesu),
- důsledky (vyhodnocení, zda byly díky intervencím dosaženy očekávané cíle).

Teorie ošetrovatelství obsahují autorovy názory, myšlenky, představy a věnují se konkrétní záležitosti. Vychází obvykle z konceptuálních modelů nebo na ně mají blízkou vazbu (Plevová a kol., 2018, s. 135).

Teorie v ošetrovatelství jsou:

- podle typu popisné, vysvětlující a predikční,
- podle úrovně abstrakce jsou velké (širší, rozsáhlé, bez definic koncepce, často jsou zaměňovány za modely, ve strukturovanosti vyjadřují povahu, poslání, cíl v ošetrovatelství, nelze empiricky testovat),
- střední (limitované v obsahu, abstrakci, pojmech, koncepci, lze empiricky testovat, odrážejí praxi),
- situačně specifické (v klinické praxi, například specifická populace nebo konkrétnost na poli praxe).

Pokud se srovnává konceptuální model a teorie, rozdílnost by měla být ve způsobu, jak budou využity a v úrovni abstrakce. Počátky vzniku teorie ošetrovatelství lze datovat do konce 19. a počátku 20. století, kdy za mezník v rozvoji teorií a vzdělávání v oboru jsou šedesátá léta 20. století a v tomto, 21. století je někdy těžké zařadit jednotlivá díla teoretiček ošetrovatelství striktně jako model nebo teorii (Stasková a kol., 2019, s. 20).

„Z pohledu abstrakce je teorie konkrétnější, specifitější, přímo aplikovatelná v praxi a konceptuální model je rozsáhlejší, obecnější a nemá operacionalizovány pojmy. Z pohledu účelu pak teorie popisuje, vysvětluje, předvídá specifické jevy pro ošetrovatelství, kdežto ošetrovatelský model vyčleňuje vědomostní bázi pro obor. Rozlišení mezi konceptuálními modely, velkými teoriemi a teoriemi středního rozsahu na základě úrovně abstrakce vyvolává otázku, jak velkou úroveň abstrakce lze považovat za konceptuální model“ (Stasková a kol., 2019, s. 20).

Autor Bohm označil svůj model jako dynamickou systémovou teorii. V úvodu jeho knihy se doktor Erwin Buchinger vyjadřuje k jeho práci, že se jedná o vizionáře, kdy jeho filosofie péče přinesla prospěšnou změnu v péči o seniory v ústavní i neústavní péči, změnilo se myšlení a postoje pečujících osob a výsledkem je podpora maximální soběstačnosti starých lidí a tím jejich zvýšená aktivní účast na životě.

Bohm se k modelům vyjadřuje: „Přestože se již mnoho let v ošetrovatelství prosazuje výraz „celostní přístup“, doposud jsem nepozoroval jeho využití v praxi. Celostní přístup v mém pojetí přece znamená i naučit se chápat svou duši a duši druhého člověka. Přičemž ale rozbor vlastní a cizí duše vyžaduje vzdělání, respektive

probádání vlastní biografie. Protože takový počín nepředstavuje právě těžiště vzdělávání v oboru ošetrovatelství (ve všeobecném ošetrovatelství je to ještě horší než v psychiatrickém ošetrovatelství), není divu, že téměř všechny modely péče jsou zaměřeny somaticky nebo na základní péči, tzn. publikovány byly převážně modely pro somaticky nemocné, ale primárně „duševně zdravé“ lidi. Nesmíme tu ještě zapomenout zmínit, že tyto „modely“ odpovídají americkému duchu doby a byly z velké části kopírovány podle amerických vzorů. Lze pochybovat o tom, že by mohly odpovídat rakouské, evropské, „normální biografii“ našich klientů“ (Bohm, 2015, s. 21).

Autorka Stasková se spolu s dalšími autory ve své práci zaměřila na myšlenky americké sestry Joyce Evelyn Travelbee. „Myšlenku přiblížit poskytovanou ošetrovatelskou péči více holistické koncepci s pomocí lásky k člověku a podpory jeho osobního rozvoje se již v 60. letech minulého století zabývala Joyce E. Travelbee, americká psychiatrická sestra a teoretička v oblasti ošetrovatelství. Zdůrazňovala, že ošetrovatelství potřebuje „humanistickou revoluci“ s akcentem na ošetrovatelské vzdělávání, během níž je zapotřebí opustit pojetí založené na nemoci (biomedicínský model péče) a přiblížit se více ucelené a prohloubené péči o člověka (Basavanthappa, 2007). Nutno upozornit, že odkaz Joyce E. Travelbee je oproti jiným teoretičkám ošetrovatelství mezi širokou ošetrovatelskou veřejností na prahu 21. století poměrně málo znám a využíván“ (Stasková a kol., 2019, s. 7).

Joyce Evelyn Travelbee předčasně zemřela, ale mnoho zahraničních autorů a autorek má snahu její dílo interpretovat, kdy se v úhlu pohledu a také nejednotnosti náhledů velmi liší (Stasková a kol., 2019, s. 7).

V posledních desetiletích 20. století lze vidět potřebu vymezit jednotný, standardní model, který by v rámci holistické ošetrovatelské péče vyhovoval sestrám v jejich praxi, managementu, učitelům i potřebám studentů a v neposlední řadě ve výzkumu. Vznikl tak standardní model funkčních typů zdraví. Bylo to v 80. letech v USA, autorkou je Marjory Gordon a v Evropě došlo k akceptaci tohoto modelu po určité modifikaci o deset let později (Mastiliaková, 2014, s. 57–58).

Nejvíce je v klinické praxi v České republice používán rámec pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví Gordonové (Plevová a kol., 2018, s. 138).

Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové je z hlediska holistické filosofie nejkompexnější, podle tohoto rámce může kvalifikovaná sestra vyhodnotit zdravotní

stav u zdravého i nemocného člověka, který může být funkční nebo dysfunkční (Trachtová a kol., 2010, s. 167).

3.2 Joyce Evelyn Travelbee

„K dílu Joyce E. Travelbee se vyjádřili mnozí autoři. Někteří se inspirovali částmi jejího díla a použili je jako východiska pro výzkumné studie, jiní k doplnění textu týkající se dané konkrétní problematiky, o které Joyce E. Travelbee pojednala. Její myšlenky se staly i předmětem výzkumných šetření závěrečných prací. Navzdory tomu, že dílo Joyce E. Travelbee je v našich podmínkách méně známé a je mu věnována minimální pozornost, ve světovém měřítku tomu tak není“ (Stasková a kol., 2019, s. 101).

„Vyjdeme-li ze skutečnosti, že každý z nás ve své mysli formuluje mnoho modelů a přesvědčení o tom, jak funguje svět, a pokud jsou tato přesvědčení dávána do souvislosti s profesí, pak můžeme na základě konsenzu vědecké komunity hovořit o profesionalitě, tedy především o tom, co je a co již není profesionální. V této souvislosti, samozřejmě jen do jisté míry, můžeme nahlížet na dílo vytvořené Joyce Evelyn Travelbee jako na ošetrovatelský model, respektive rámec, který byl s největší pravděpodobností (na základě textové analýzy jednotlivých publikací Joyce Evelyn Travelbee) předurčen k vytvoření ošetrovatelské teorie. Nelze však zpochybnit význam myšlenek Joyce Evelyn Travelbee, které prezentovala prostřednictvím svých děl, přičemž není stěžejní, zda budou prohlášeny za model či teorii“ (Stasková a kol., s. 111–112).

Joyce Evelyn Travelbee v druhé polovině 20. století viděla ošetrovatelskou praxi jako zaměřenou na uspokojování biologických potřeb, kde chyběl soucit a empatie. **Podle ní vnímaly sestry pacienty jako kategorie, používaly stereotypy a diagnostiku, místo toho, aby jejich pohled byl směřovaný na nemocného, jako samostatnou, svébytnou, lidskou bytost ve své jedinečnosti.** Chtěla změnit přístup sester k nemocným, být širitelkou, vyzdvihnout humanismus v ošetrovatelství, navrátit se k péči ve smyslu ošetrovatelského poslání sestry. Tedy k projevům **empatie, soucitu, vnímání nemocného jako lidské bytosti.** Jako vhodný nástroj doporučovala intenzivní, efektivní komunikaci s pacienty. Chtěla naplnit jejich potřebu jistoty a bezpečí. Za aktéry ošetrovatelského dění měla sestru a nemocného, považovala tak oba dva za jedinečné v lidském slova smyslu. Chtěla tedy, aby sestra byla lidská a nepřála

si kategorizaci ani u jednoho, včetně stigmatizování. V teoretickém i praktickém pohledu na ošetrovatelství, viděla hlavní fokus na sestřské dovednosti v umění, které obsahuje tyto pojmy:

- komunikace,
- pozorování,
- empatie,
- soucit,
- porozumění,
- sebereflexe,
- sdílení vjemů.

Dále ve schopnosti využití sama sebe v terapeutickém smyslu, v intelektuálním přístupu a to v jeho disciplinovanosti, v kritickém myšlení a v supervizi mezi sestrami.

Chtěla díky tomu soustředit biomedicínský model péče na holistický. V ošetrovatelství spatřovala potřebu začlenit do vzdělávání více cvičení v komunikaci, objasňování hodnot, filosofii, thanatologii a psychologii. Její přesvědčení pocházelo z vlastní vize, že prevence se stane prioritou v medicíně i ošetrovatelství.

Práce Joyce E. Travelbee je inspirativně přínosná pro péči v době hospitalizace nemocných s fokusem na oblast prevence a komunitní péči. Sestry ve vztahu k nemocným viděla jako jedinečné v pomoci nalezení smyslu nemoci, přijmutí reality. Objevuje se tedy přirozeně oblast spirituální péče. Také využití supervize. Ve vzdělávání sester preferovala um sebereflexe, filosofické, psychologické vzdělávání, umění klást otázky nemocným, které by studentkám ošetrovatelství pomohly v oblasti otázek smyslu života. Návržnost takového vzdělávání by byla možná v preventivní, komunitní péči, edukaci, výzkumu pro hodnocení kvality péče a její dostupnosti a rovnocenně by bylo poukázáno na kompetence sester, povinnosti a jejich práva. Joyce E. Travelbee vnímala nemocného jako jedinečnou lidskou bytost, vyzdvihla mezilidský vztah. Inspirace pro obor ošetrovatelství spočívá v kladení důrazu na emocionální, duchovní potřeby nemocných, na porozumění a soucit a v neposlední řadě je její práce využitelná v klinické praxi (Stasková a kol., 2019, s. 113).

3.3 Marjory Gordon – rámec pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví

Gordonová vnímala člověka jako holistickou bytost, která má své bio-psycho-sociální potřeby a předpokládala existenci společných typů chování v oblasti zdraví, kvality života, v rozvoji schopností a v dosažení lidského potencialu. Na základě vyhodnocení typů zdraví může sestra podle funkčního a dysfunkčního chování u jedince stanovit ošetrovatelskou diagnózu. Pro ošetrovatelskou diagnostiku je potřeba znát subjektivní údaje z rozhovoru s pacientem, rodinou a objektivní údaje z pozorování a fyzikálního vyšetření (Plevová a kol., 2018, s. 185).

- Cílem ošetrovatelství je dosažení zdraví, zvýšit vlastní zodpovědnost jedince, rovnováha jedince (bio-psycho-sociální bytost).
- Pacient/Klient je vnímán jako holistická bytost s typem zdraví, který je buď funkční, dysfunkční, nebo potencialně dysfunkční (zdraví i nemocní jednotlivci).
- Role sestry je systematicky zhodnotit pacienta v jedenácti oblastech, pomocí rozhovoru, pozorování, fyzikálních vyšetření a po analýze výsledků stanovit typ, vzorec zdraví. V případě nalezení problému následuje ošetrovatelský proces.
- Zdroj potíží pochází z neuspokojených potřeb v některé z jedenácti oblastí.
- Ohnisko zásahu je dysfunkční, nebo potencialně dysfunkční typ zdraví.
- Způsob zásahu autorka doporučuje metodou ošetrovatelského procesu
- Důsledkem péče je dosažení funkčního typu vzorce zdraví (Plevová a kol., 2018, s. 186)

„Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními (spirituálními) faktory“ (Trachtová a kol., 2010 s. 167).

U dysfunkčního typu zdraví sestra stanovuje ošetrovatelské diagnózy, vytvoří plán ošetrovatelské péče, a všímá si i relativně zdravých jedinců, kde by bez poskytnutí ošetrovatelské péče mohlo dojít k narušení zdraví a tím vzniku nemoci (Trachtová a kol., 2010, s. 167).

Struktura je tvořena jednotlivými oblastmi:

- Vnímání zdraví – vzorec řízení zdraví jakým způsobem klient vnímá svůj zdravotní stav a jeho význam, úroveň chování, dodržování postupů v prevenci, léčbě, ošetřovatelských doporučeních.
- Nutričně metabolický vzorec se vztahuje k metabolické potřebě u jednotlivce, zahrnuje také informace o stavu kůže, vlasů, zubů, nehtů, preferenci v potravinách, doplňcích, jde o denní příjem a podobně.
- Vzorec vylučování obsahuje problematiku funkce střev, močového měchýře, kůže, odpad z drénů, zabývá se zvyklostmi klienta v této oblasti.
- Vzorec aktivity, cvičení zahrnuje denní aktivity, způsoby udržování tělesné kondice u jednotlivce.
- Vzorec spánku, odpočinku se věnuje této oblasti v časovém úseku 24 hodin, zahrnuje například užívání léků, popisuje vnímání energetické hladiny v návaznosti na kvalitu spánku, odpočinek.
- Kognitivně percepční vzorec zahrnuje smysly jako zrak, sluch, chuť, hmat, čich a případné využívání kompenzačních pomůcek, věnuje se vnímání bolesti, kognitivním schopnostem (řeč, úsudek, rozhodování).
- Vzorec vnímání sebe sama, sebepojetí, se věnuje u jednotlivce vnímání sebe sama, patří sem postoje k sobě, charakteristika, hodnocení sebe sama.
- Vzorec role, vztah, zahrnuje role a vztahy v rodině, v práci, v sociální oblasti a následně potom spokojenost či nespokojenost. Obsahuje vnímání aktuální životní situace, tedy jednotlivých rolí, zodpovědnosti.
- Vzorec sexuality, reprodukce se věnuje vnímání spokojenosti, či nespokojenosti se sexualitou.
- Vzorec zvládání a tolerance zátěže/stresu se věnuje jejich zvládání a toleranci, schopnosti vnímat situaci, kontrolovat a řídit ji.
- Vzorec hodnot a víry zahrnuje oblast víry, přesvědčení a životní hodnoty. Věnuje se u jednotlivce vnímání, co je pro něj nejdůležitější v životě, možným problémům v rámci přesvědčení včetně duchovního zaměření, hodnotám

a očekáváním. To vše ovlivňuje volbu a rozhodování u pacienta (Plevová a kol., 2018, s. 187–188).

Ošetrovatelský model Gordonové je přínosem z různých důvodů:

- Její přístup je v souladu s moderním ošetrovatelstvím.
- Zaměřuje se na zdraví a jeho podporu a proto hovoří nejvíce o funkčních vzorcích.
- Je možné ho použít v komunitě, ošetrovatelské péči zaměřené na rodinu.
- V nemocničním prostředí je možné ho v závislosti na oddělení důkladně využít u dysfunkčního typu zdraví.
- Respektuje a naplňuje holistický přístup ke zdraví.
- Tento model přispívá k rozvoji ošetrovatelské teorie a uplatnění poznatků v praxi, je osvědčeným v rámci ošetrovatelské diagnostiky (Hudáková, 2010).

Pacientovo pojetí nemoci může být součástí ošetrovatelského modelu Marjory Gordon, kdy propojením jejího konceptu s konceptem pacientova pojetí nemoci lze získat komplexnější vyhodnocení potřeb u pacienta. Pacientovo pojetí nemoci (závažnost, ovlivnění, porozumění, negativní emoce, sociální dopad) doplňuje ošetrovatelskou anamnézu a tím je péče více individualizovaná, což napomáhá potom v cílenější edukaci pacienta. V rámci ošetrovatelského procesu je doporučována kombinace modelu Gordon s jinými modely nebo teoriemi (Mareš, Vachková, 2011, s. 112–113).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem je zjistit, jaké jsou zkušenosti s praktikováním holistického přístupu v ošetrovatelské péči jejími příjemci a na základě výsledků vytvořit zpětnou vazbu pro poskytovatele této péče.

4.2 Dílčí cíle

1. Zjistit realizaci nejvíce používaného holistického modelu Marjory Gordon v ošetrovatelské péči.
2. Zjistit na základě pohledu příjemců péče, jestli duchovní potřeby a hledání smyslu života budou patřit mezi významné.
3. Zjistit, jestli holistický přístup v ošetrovatelské péči je příjemci vnímán jako standardní, tedy běžně praktikovaný.

Předpoklady ve výzkumu

1. Předpokládám, že aspekty holistického modelu Funkčních vzorců zdraví autorky Marjory Gordon jsou realizovány v praxi.
2. Předpokládám, že potřeby v duchovním životě nemocných a hledání smyslu života patří mezi významné priority.
3. Předpokládám, že holistický přístup v ošetrovatelské péči není dostatečně standardně praktikován v jeho možném potenciálu pozitiv.

4.3 Formulace problému

Ošetřovatelství jako vědní disciplína chápe jedince jako bio-psycho-sociální, spirituální bytost. Ošetřovatelská péče poskytovaná jejím příjemcům tedy vychází z holismu. Zajímala mě problematika, jakým způsobem a v jaké míře je praktikován holistický přístup v praxi, tedy z úhlu pohledu pacientů, klientů.

4.4 Výzkumná otázka

Jaká je zkušenost příjemců ošetřovatelské péče s holistickým přístupem ošetřovatelského personálu?

5 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro praktickou část byl zvolen kvantitativní výzkum. V kvantitě je úloha výzkumu přípravná a vztah výzkumníka je v odstupu, postoj jednání je vnější a ve vztahu k teorii jde o potvrzení. Výzkumná strategie je v kvantitě silně strukturovaná a platnost výsledků je o zobecnění. Data v kvantitě jsou tvrdá a spolehlivá, zaměření je makro. Teoretické schéma je v kvantitě variabilitou (Hendl, 2016, s. 53).

5.1 Metoda sběru dat

V rámci výzkumu poskytování holistické péče byl pro kvantitativní šetření vytvořen dotazník, který obsahoval dvacet dva otázek. Dvě z otázek byly volné, ostatní byly uzavřené nebo polouzavřené, byl zde dán velký prostor k vlastnímu vyjádření. Po úvodních informačních otázkách se další věnovaly problematice holistického přístupu.

5.2 Charakteristika sledovaného souboru

Prostřednictvím internetového serveru Ministerstva zdravotnictví České republiky byly vyhledány pacientské organizace. Následně byli emailem osloveni jednotliví administrátoři těchto organizací a požádáni o spolupráci při šíření dotazníku. Většina administrátorů odpověděla kladně a zúčastnili se tak respondenti z těchto sdružení: Sdružení celiaků, ČOPN – českého občanského spolku proti plicním nemocem, ze spolku Inzulinek, Huntington, Klub pacientů s mnohočetným myelomem, spolku Kolumbus, Info Crohn, Naše srdce, spolku Rodičů dětí s neurosvalovým onemocněním a z Migrena-help.cz.

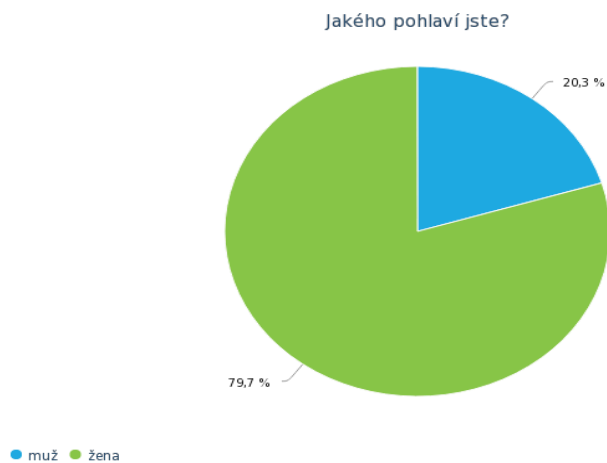
6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Celkem bylo zodpovězeno 153 dotazníků. Jejich kompletnímu vyplňování věnovali respondenti z časového hlediska ve většině maximálně 30 minut, ovšem někteří z nich dokonce více jak hodinu. Z toho je patrné, že toto téma je pro ně velmi důležité.

V následujících grafech jsou zobrazeny otázky a odpovědi respondentů, v některých otázkách se respondenti mohli vyjádřit i textem. K tomu jim byl v dotazníku dán velký prostor.

Otázka č. 1. Jakého jste pohlaví?

Graf 1 Pohlaví respondentů

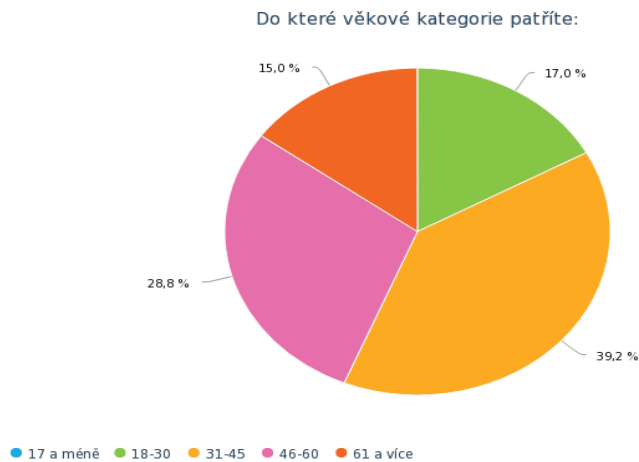


Zdroj: Vlastní

Většina respondentů byla z řad žen, celkem 122, mužů odpovídalo celkem 31.

Otázka č. 2. Do které věkové kategorie patříte?

Graf 2 Věk respondentů

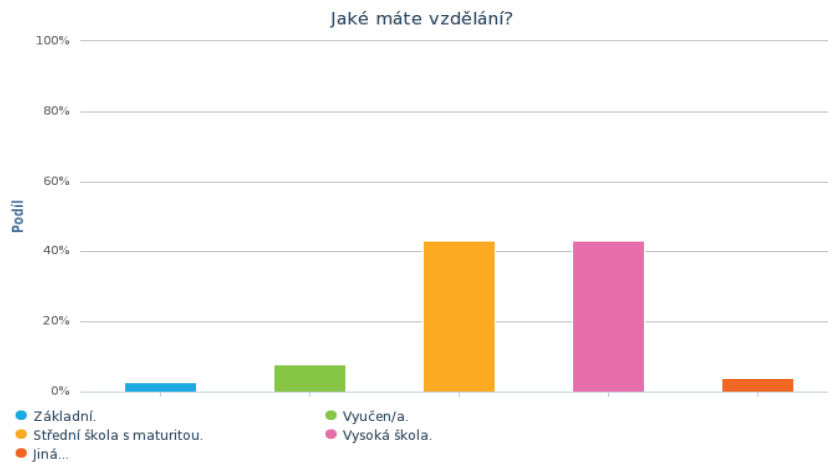


Zdroj: Vlastní

Ze skupiny 17 let a méně neodpovídal žádný respondent. Nejpočetnější skupinu tvořila věková kategorie 31–45, celkem 60 respondentů. Dalších 44 respondentů bylo z kategorie 46–60 let. Věková kategorie 18–30 počítá s 26 odpověďmi a 23 dalších tvoří lidé ve věku 61 a více let. Nejvíce odpovědí, celkem 104 je tedy ve věkové skupině 31–60 let (68 %), což odpovídá tomu, že s narůstajícím věkem a životními zkušenostmi je zdraví bráno jako jedna z nejdůležitějších hodnot. Také přirozeně s věkem narůstá možnost vzniku různých zdravotních potíží, onemocnění a člověk se tak stává příjemcem ošetrovatelské péče například i v rámci hospitalizace.

Otázka č. 3. Jaké máte vzdělání?

Graf 3 Vzdělání respondentů



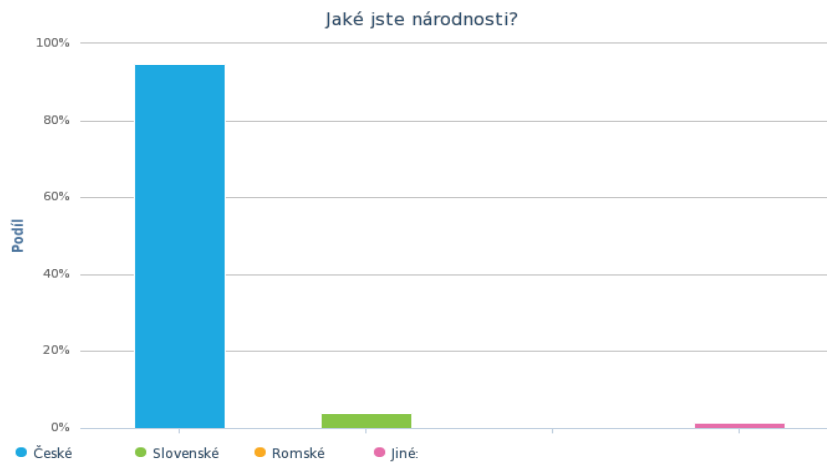
Zdroj: Vlastní

Základní vzdělání uvedli 4 respondenti (2,6 %), 12 z nich bylo vyučeno (7,8 %). Nejvíce odpovídali respondenti se střední školou s maturitou a vysokou školou a to rovnocenným početním zastoupením 66 odpovědí (43,1 %). Celkem tedy 132 odpovědí (86,2 %). V jiných 6 odpovědích (3,9 %) vyplnili respondenti vyšší odbornou školu a gymnázium.

Lze si všimnout, že problematika holistického přístupu v ošetrovatelské péči více oslovila respondenty s vyšším vzděláním. Celkem 132 z počtu 153 respondentů. Obecně lze říci, že lidé s vyšším vzděláním věnují otázce svého zdraví větší prostor ve svém životě a jsou v tomto ohledu celkově více proaktivní.

Otázka č. 4. Jaké jste národnosti?

Graf 4 Národnost respondentů



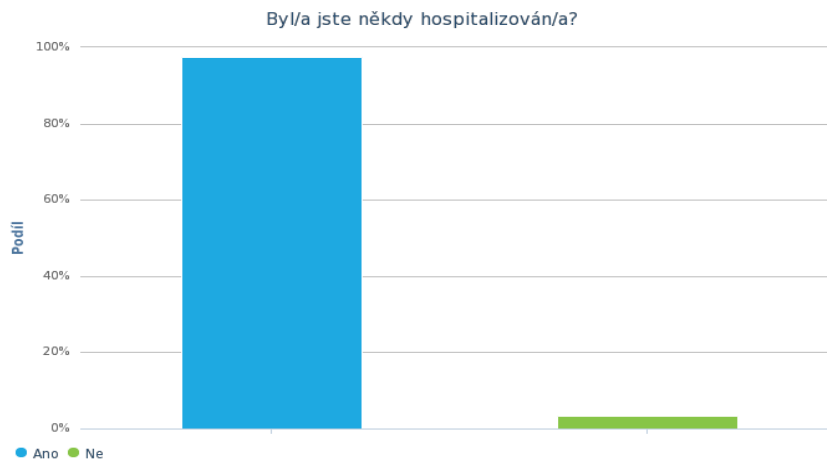
Zdroj: Vlastní

Tuto otázku jsem zařadila z důvodu zájmu o možné odlišnosti dané různými národnostmi, které bych mohla následně dále analyzovat. Českou národnost zvolilo 94,8 %, tedy 145 respondentů. Slovenskou 3,9%, tedy 6 respondentů. V jiných 2 odpovědích (1,3 %) se objevila národnost německá a byly také vyplněny tři tečky.

„Holistický přístup a adekvátní poznatky z multikulturního ošetřovatelství jsou nezbytné k pochopení rozdílných hledisek laiků a profesionálů, týkajících se světového názoru, jazyka, etnohistorie, příbuzenství, náboženství, technologií, ekonomických a politických faktorů a specifiky kulturních hodnot, zvyků a způsobu péče o pohodu, zdraví a o nemocné osoby“ (Kutnohorská, 2013, s. 39).

Otázka č. 5. Byl/a jste někdy hospitalizován/a?

Graf 5 Četnost hospitalizace



Zdroj: Vlastní

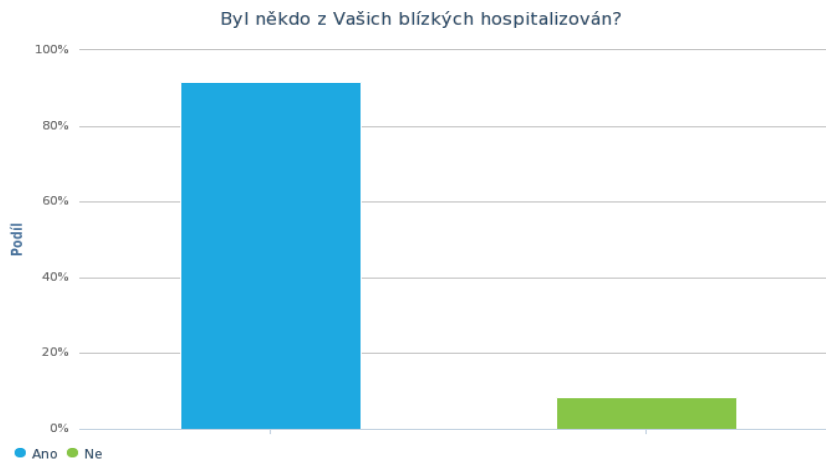
Holistický přístup lze v rámci ošetrovatelské péče uplatňovat nejen u hospitalizovaných pacientů, tedy mě zajímali všichni respondenti. Celkem 149 (97,4 %) respondentů uvedlo, že bylo hospitalizováno a mělo zájem o dotazník o holistickém přístupu. Hospitalizováno nebylo 5 respondentů (3,3 %).

Otázka č. 6. Jaké zdravotní potíže nebo onemocnění byly příčinou Vaší hospitalizace?

Protože byli pro výzkumné šetření osloveni pacienti z různých jejich uskupení, objevilo se přirozeně skutečně mnoho diagnóz a potíží. Výsledky této otázky jsem ponechala v jejich autenticitě, tak, jak je respondenti napsali a jsou v příloze číslo 3. Je zde vidět pestrost zdravotních potíží, onemocnění a také, jakým způsobem se k této otázce respondenti vyjádřili, což má pro mě velkou výpovědní hodnotu.

Otázka č. 7. Byl někdo z Vašich blízkých hospitalizován?

Graf 6 Hospitalizace blízkých osob

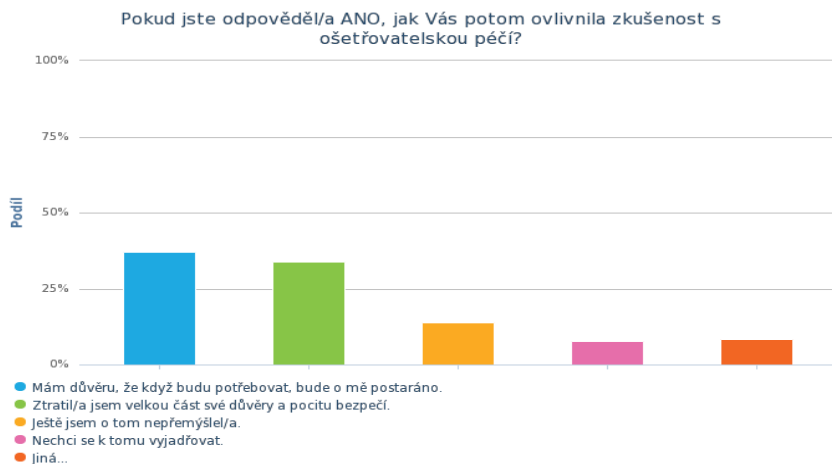


Zdroj: Vlastní

Tato otázka souvisela s následujícím grafem 8 a s modelem fungujícího zdraví Marjory Gordon, kdy je zdravotní stav jedince viděn jako bio-psycho-sociální integrací a poruchy v jedné oblasti tedy narušují rovnováhu, neboli zdraví celého organismu. Kladně na otázku odpovědělo 140 (91,5 %) respondentů, 13 (8,5 %) ze 153 odpovědělo ne.

Otázka č. 8. Pokud jste odpověděl/a ANO, jak Vás potom ovlivnila zkušenost s ošetrovatelskou péčí?

Graf 7 Zkušenost s hospitalizací blízkých a její možný vliv na vlastní zdraví v rámci důvěry při vlastním onemocnění



Zdroj: Vlastní

Tato zkušenost byla pro 57 (37,3 %) respondentů nestresující v rámci důvěry v případě vlastního onemocnění. Pro 52 (34,0 %) respondentů bohužel ano. Pro 21 (13,7 %) respondentů byla v dotazníku pro neutrální, záměrně relaxační polohu a odlehčení v této těžké otázce možnost, že o tom ještě nepřemýšleli, využita. Možnost vůbec se nevyjadřovat, a přesto se vyjádřit (kdy na této volbě je zřetelné určité popření, protože tato oblast je emocionálně a rozumově obtížná či zatěžující), využilo 12 (7,8 %) respondentů. Možnost uvést jinou odpověď využilo 13 (8,5 %) respondentů.

Nejvíce je v klinické praxi v České republice používán rámec pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví Gordonové (Plevová a kol., 2018). Funkční typ zdraví je ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a spirituálními faktory. V problematice posuzování dysfunkčního typu zdraví je třeba vidět kromě konkrétních onemocnění i možnost a úlohu prevence, aby nedošlo k vážnému narušení zdraví a iniciaci onemocnění.

Pouze 57 respondentů ze 153 jednoznačně neovlivnila zkušenost s hospitalizací blízkých v rámci důvěry ve zdravotní péči v negativním smyslu. Z mého pohledu je to velmi smutný výsledek. Tato zkušenost respondentů v jejich určité roli pozorovatele nepřipravuje příznivou atmosféru ke vzájemné budoucí spolupráci, atmosféře založené na důvěře, což je pro pacienta zásadní v počátcích průběhu vlastní vnitřní samoléčby.

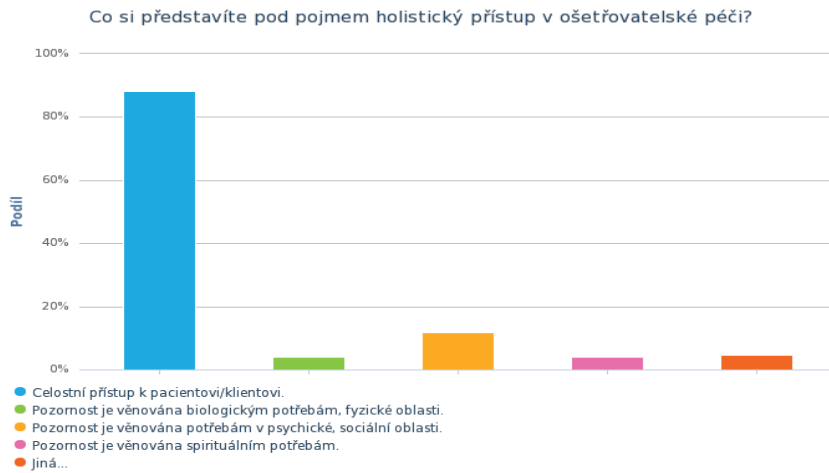
Tabulka 1 V anketě zjištěné hodnoty dle skupin odpovědí

Jiná...: ●			
Velice záleží na tom, jak pracuje hlavní, resp. staniční sestra a jak je vedeno oddělení. Poslední dobou se zřejmě na přístup k pacientům tolik nedbá.	Docházela jsem k poznání, že pracovat ve zdravotnictví musí být velice náročné a moje zdraví je moje zdraví a péče o něj je a priori moje záležitost.	Jde o nemocnici kam jít a kam ne, někde vím že se postarají a jinde vím, že bych nešla ani náhodou	Záleží kde a jak. Ošetřování pacientů záleží na personálu. Kvalita není všude stejná.
V některých nemocnicích je je služba vynikající a znám i hrozé.	Důvěru mám, ale chybí mi občas určitá empatie z druhé strany	Ja mam zkušenost dobrou a průmernou.. ale Hospitalizace v rodine - zkušenost spatna.	Myslíte v nemocnici? Jinou zkušenost nemám ... ono to existuje?)))
někdy dobrá, někdy ne	Je potřeba si všechno ohlídat	Mám částečnou důvěru, nesouhlasím se všemi postupy.	Opravdu záleží na lidech a jejich přístupu k pacientům!
	neco mezi 1 a 2		

Zdroj: Vlastní

Otázka č. 9. Co si představíte pod pojmem holistický přístup v ošetrovatelské péči?

Graf 8 Představa o holistickém přístupu

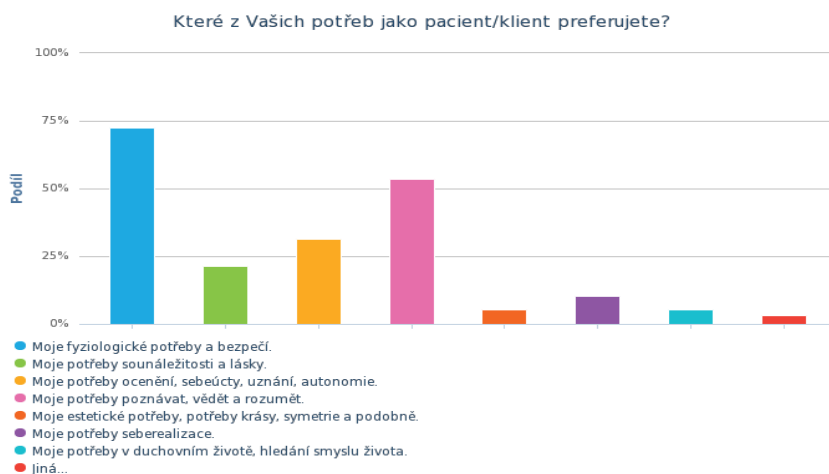


Zdroj: Vlastní

Nejvíce respondentů, 135 (88,2 %) zvolilo správnou odpověď, kdy i další z vybraných odpovědí jsou správné, a potom je zde pozorovatelná preference či deficit z pohledu kdy jedinec je vnímán ošetrovatelstvím jako bio-psycho-sociální bytost. Pozornost je věnována biologickým potřebám, fyzické oblasti – 6 respondentů (3,9 %). Pozornost je věnována potřebám v psychické, sociální oblasti – 18 respondentů (11,8 %). Pozornost je věnována spirituálním potřebám – 6 respondentů (3,9 %). Jiné odpovědi zvolili respondenti, kdy sami chtěli definovat, popsat, svou představu – 7 respondentů (4,6 %).

Otázka č. 10. Které z Vašich potřeb jako pacient/klient preferujete?

Graf 9 Potřeby u jedince (bio-psycho-sociální bytosti)



Zdroj: Vlastní

Celkem 111 (72,5 %) respondentů preferuje fyziologické potřeby a bezpečí, potřeby poznávat, vědět a rozumět jsou důležité pro 82 (53,6 %) respondentů a na třetím místě je přikládán význam potřebám ocenění, sebeúcty, uznání a autonomie s 48 (31,4 %) respondenty. Potřeby sounáležitosti a lásky jsou důležité pro 33 (21,6 %) respondentů. Potřeby seberealizace zvolilo 16 (10,5 %) respondentů. Estetické potřeby, potřeby krásy, symetrie a podobně jsou důležité pro 8 (5,2 %) respondentů. Potřeby v duchovním životě, hledání smyslu života zvolilo 8 (5,2 %) respondentů.

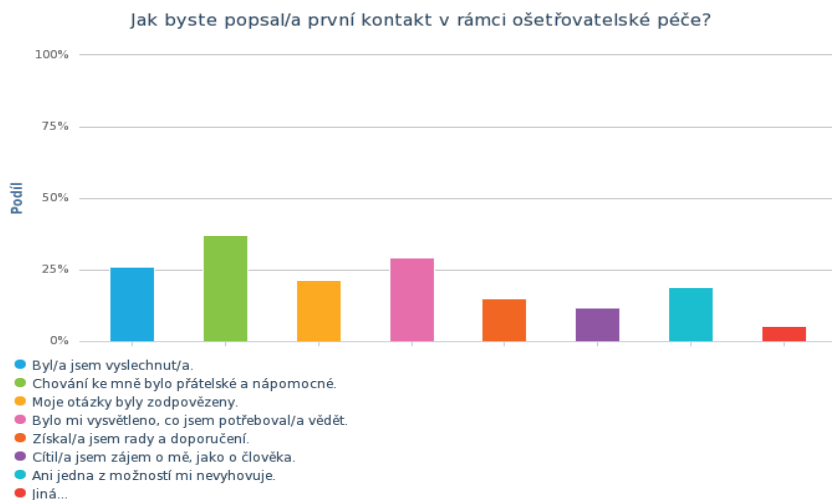
V jiných odpovědích 5 (3,3 %) respondentů se objevilo například následující:

„Abych jako pacient dostal péči, již potřebuji!!!!“ „Potřebuji mít pocit, že personál má o mě zájem a chce mi pomoci.“ „Rozumět všemu, cítit se dobře, nebýt ponižován, mluvit s pacientem na rovinu.“ „Potřeba spolupartnerství v rozhodování o dalších postupech léčby a péče.“

V odpovědích na tuto otázku je vidět, že nižší a vyšší potřeby ze známé Maslowovy hierarchie potřeb se vzájemně přesahují a prolínají a k plánování a hodnocení ošetrovatelské péče je třeba komplexního pohledu, jak píše Plevová a kol. (2011).

Otázka č. 11. Jak byste popsal/a první kontakt v rámci ošetrovatelské péče?

Graf 10 První kontakt v rámci ošetrovatelské péče



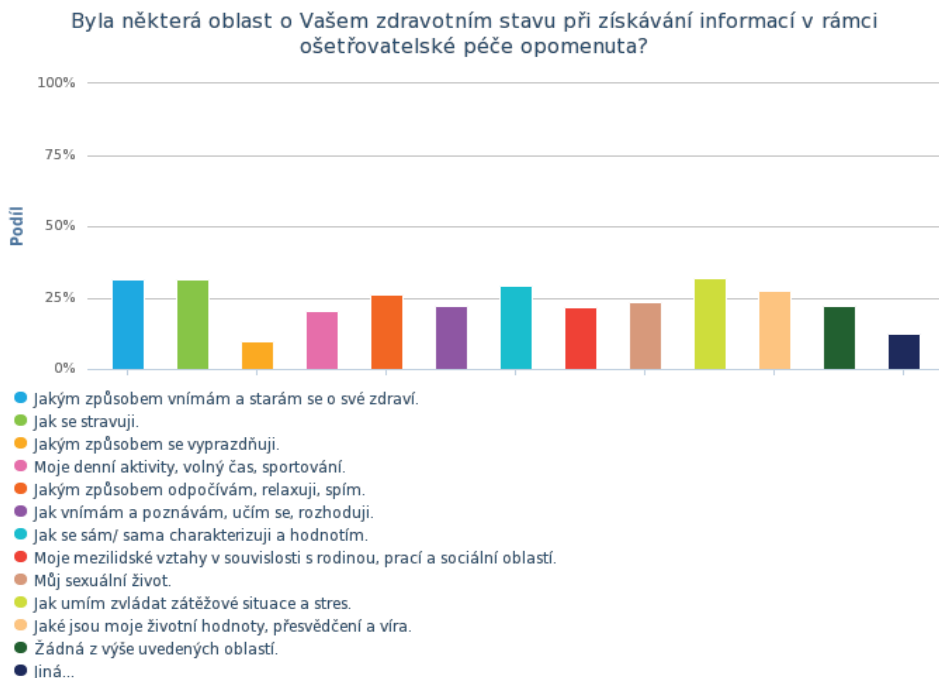
Zdroj: Vlastní

Od prvního kontaktu s pacientem ať už v ambulantní složce, nebo ošetrovací jednotce lze již právě od prvního vzájemného setkání budovat konstruktivní vztah plný porozumění, založený na důvěře a tím později terapeutický vztah, jak popisuje Tothová a kol. (2014).

Celkem 40 (26,1%) respondentů bylo vyslechnuto, skvělý výsledek co do počtu je označení, že chování bylo přátelské a nápomocné – 57 (37,3 %) respondentů. Otázky byly zodpovězeny 33 (21,6 %) respondentům a 45 (29,4 %) respondentům bylo vysvětleno, co potřebovali vědět. Doporučení a rady získalo 23 (15,0 %) respondentů. Z celkového počtu 153 respondentů 18 (11,8 %) označilo odpověď, že cítili z druhé strany zájem o ně, jako o člověka. Ani jedna z možností nevyhovovala 29 (19,0 %) respondentům. Důvod proto je možný hledat v souvislosti s využitím jiné odpovědi, 8 (5,2 %) respondentů. Zde se objevilo například „*Jak kde...to bylo úžasné po všech stránkách...katastrofa úplně šílený přístup i péče.*“ „*Nikdo se mě na nic neptal.*“ „*Má to ...souvislost s konkrétní nemocnicí.*“ „*Neosobní, odcizený, něco říkali a něco jiného konali, čím nižší stupeň personálu – tím lepší péče.*“ „*Kontakt velmi negativní. Pro personál jsem byla na obtíž.*“

Otázka č. 12. Byla některá oblast o Vašem zdravotním stavu při získávání informací v rámci ošetřovatelské péče opomenuta?

Graf 11 Komplexní odebrání ošetřovatelské anamnézy (model fungujícího zdraví Marjory Gordon)



Zdroj: Vlastní

Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové je z hlediska holistické filosofie nejkompexnější, podle tohoto rámce může kvalifikovaná sestra vyhodnotit zdravotní stav u zdravého i nemocného člověka, který může být funkční nebo dysfunkční, píše Trachtová a kol. (2010)

Pouze 34 (22,2 %) respondentů označilo odpověď, že žádná z výše uvedených oblastí nebyla opomenuta.

Nejvíce opomenutá oblast byla, jak respondenti umí zvládat zátěžové situace a stres – 49 (32,0 %) respondentů. Rovnocenně potom jakým způsobem vnímají a starají se o své zdraví, a jak se stravují – 48 (31,4 %) respondentů. Jak sami sebe charakterizují a hodnotí, 45 (29,4 %) respondentů. Jaké jsou jejich životní hodnoty, přesvědčení, víra označilo za opomenuté 42 (27,5 %) respondentů. Stejně tak, jakým způsobem odpočívají, relaxují, spí – 40 (26,1 %) respondentů. Za dále opomenuté oblasti označili respondenti sexuální oblast – 36 (23,5 %), vnímání, poznávání, učení se, rozhodování – 34 (22,2 %), mezilidské vztahy v souvislosti s rodinou, prací a sociální

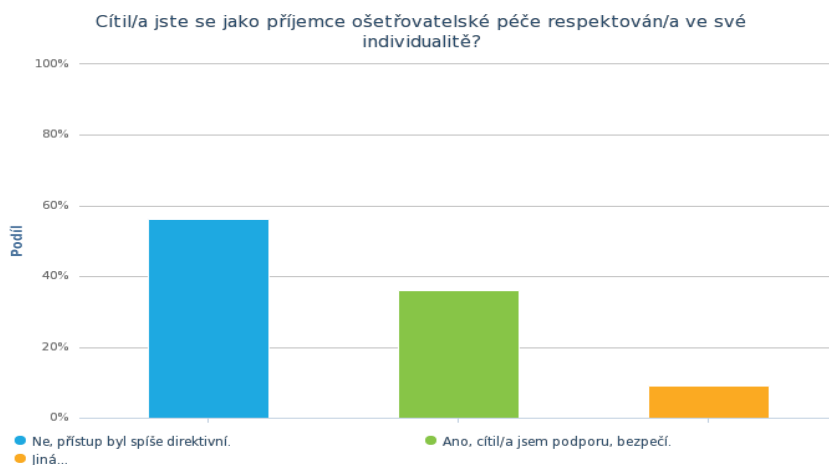
oblastí – 33 (21,6 %). Denní aktivity, volný čas, sportování označilo 31 (20,3 %) respondentů. Jakým způsobem se vyprazdňují za opomenuté označilo nepřekvapivě 15 (9,8 %) respondentů.

Možnost, co bylo opomenuto jiného využilo 19 (12,4 %) respondentů a některé odpovědi zde uvádím. „*Na nic z toho se mě tehdy nikdo neptal.*“ „*Hodně záleží na lidech v daném zařízení.*“ „*Skutečná já jsem byla opomíjená.*“ „*Vše, co bylo třeba vzhledem k mému problému bylo zohledněno.*“ „*Vše co se týká transplantace jater bylo opomenuto.*“ „*Vyprazdňování, spánek,...se mnou mluvil i o sexu, ale toto téma mě moc nelákalo, na nic jiného jsme se nedostali.*“ „*Nic takového mi nebylo nikdy nabídnuto.*“ „*Jelikož se léčím s HIV, mluvil jsem i s psychologem a kromě těch vybraných se mnou vše probral lékař a psycholog.*“ „*Po operaci čelisti mi přinesli piškoty.*“

Odebrání komplexní ošetřovatelské anamnézy patří mezi základy nutné k realizaci holistického přístupu v ošetřovatelské péči.

Otázka č. 13. Cítil/a jste se jako příjemce ošetrovatelské péče respektován/a ve své individualitě?

Graf 12 Respekt k individualitě pacienta



Zdroj: Vlastní

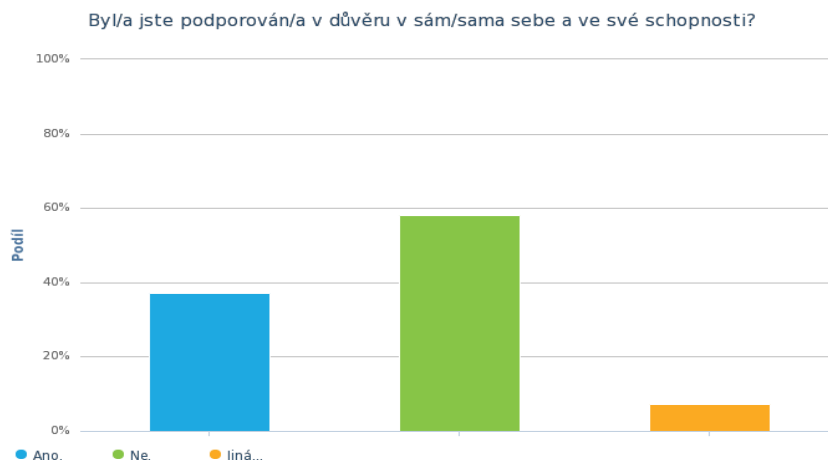
Celkem 86 (56,2 %) respondentů odpovědělo, že se necítili být respektováni ve své individualitě, přístup byl spíše direktivní. Respekt vlastní individuality a pocit podpory, bezpečí označilo za odpověď 55 (35,9 %) respondentů. Jinou odpověď využilo potom k vyjádření 14 (9,2 %) respondentů, některé zde uvádím.

„...především od lékařů, neochota poslouchat, ačkoliv se později ukázalo, že moje připomínky byly zcela na místě, lékař svůj omyl neuznal.“ „...obecně stále převažuje spíše direktivní styl jednání zejména ze strany sester a sanitářů.“ „Trochu nezáměrně.“ „Hlídala jsem si léčbu sama...“ „Napůl a jak od koho.“ „Jak kdy.“ „Záleželo na tom který lékař či sestra měli službu. Bud' sem byla v pohodě nebo nervózní.“ „Automatismus postupně vedl k absurdním situacím.“ „Záleží na osobě ošetřující.“ „Trochu.“ „Jak ve kterém zařízení, někde ano, někde ne.“

Respekt k individualitě pacienta patří mezi důležité aspekty holistického přístupu, jak popisuje ve své diplomové práci s názvem Psychosomatika jako holistický pohled na zdraví těla a duše Bednářová (2017).

Otázka č. 14. Byl/a jste podporován/a v důvěru v sám/sama sebe a ve své schopnosti?

Graf 13 Podpora pacienta ve své vlastní schopnosti



Zdroj: Vlastní

Tato otázka souvisí s grafem 13 a rozvíjí dále otázku respektu k individualitě pacienta. V holistickém přístupu by měl být pacient podporován ve víře v sama sebe a ve své vlastní schopnosti.

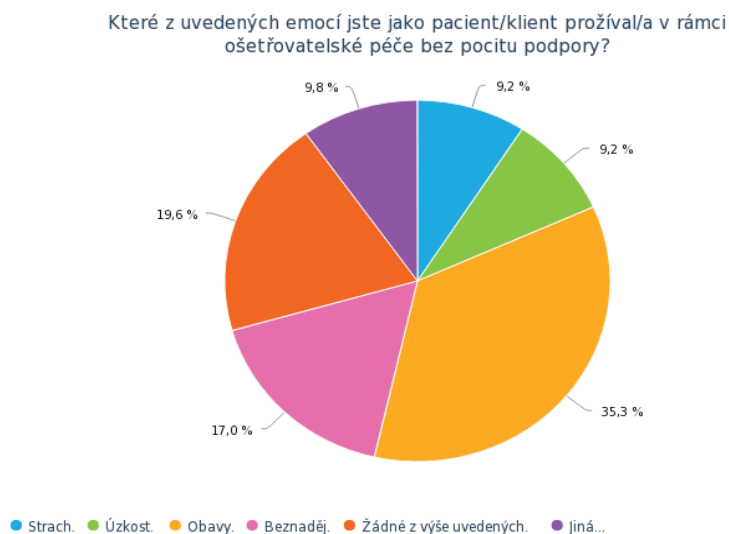
Celkem 89 (58,2 %) respondentů označilo odpověď ne. Pozitivně se vyjádřilo 57 (37,3 %) respondentů. Jinou odpověď využilo 11 (7,2 %) respondentů, kde se objevily velmi podobné odpovědi jako v grafu 13.

„Nemyslím si.“ „Spíše ne.“ „Spíše ano.“ „Jak kde.“ „Bylo to všem jedno.“ „Většinou ano, ale mám i negativní zkušenost.“

Z tohoto a předchozího grafu vzešly téměř rovnocenné výsledky, kdy pacienti tím, že se neodchýlili nijak od tématu, potvrzují ve většině, že jim chybí respekt k jejich individualitě (Jedná se o počet téměř 90 respondentů ze vzorku 153 dotazníků!). Současně lze vidět, že necelých 40 % z nich tento respekt pocítuje.

Otázka č. 15. Které z uvedených emocí jste jako pacient/klient prožíval/a v rámci ošetrovatelské péče bez pocitu podpory?

Graf 14 Redukce negativních emocí



Zdroj: Vlastní

Holistický přístup umožňuje pacientovi uvolnění emocionálního napětí. Pacient může plakat, vypovídat se, často dochází k úlevě.

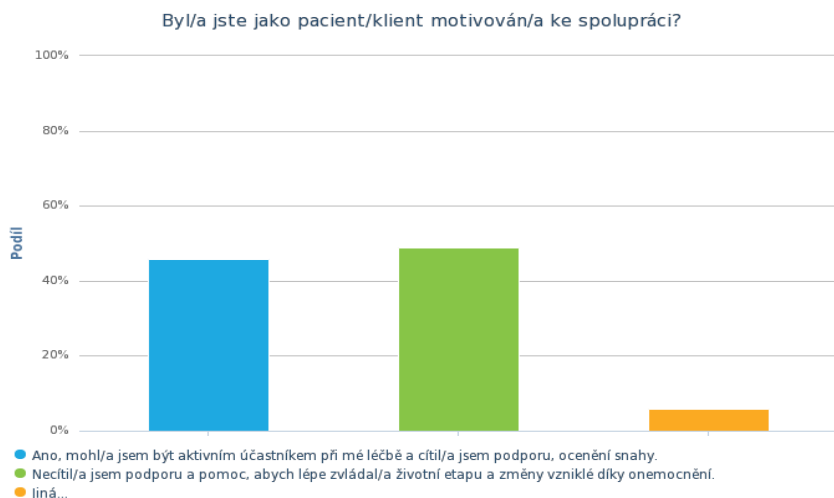
Strach a úzkost bez pocitu podpory prožívalo rovnocenně 14 (9,2 %) respondentů, obavy uvedlo 54 (35,3 %) respondentů, beznaděj 26 (17,0 %).

Jinou odpověď pro své vyjádření zvolilo 15 (9,8 %) respondentů. Některé z nich hovoří o frustraci, vzteku, překvapení, osamělosti, také je popisováno zklamání z nezájmu, zlost z toho, jak v České republice vypadá zdravotní péče, obavy z nepochopení a nedorozumění, znechucení z lhostejnosti a nezájmu o pacienty.

Žádnou z výše uvedených možností, tedy negativních emocí, neprožívalo v rámci ošetrovatelské péče bez pocitu podpory pouze 30 (19,6 %) respondentů.

Otázka č. 16. Byl/a jste jako pacient/klient motivován/a ke spolupráci?

Graf 15 Motivace ke spolupráci



Zdroj: Vlastní

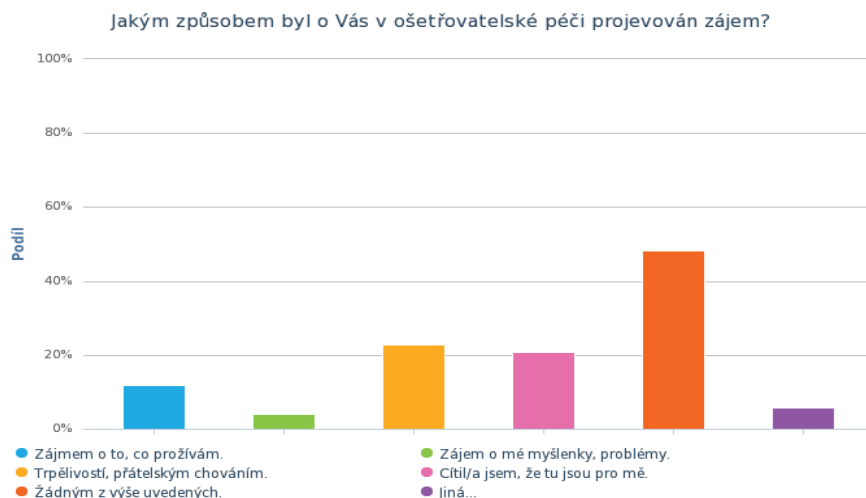
Celkem 70 (45,8 %) respondentů mohlo být aktivním účastníkem při léčbě a měli pocit podpory, jejich snaha byla oceněna. Naproti tomu 75 (49,0 %) respondentů necítilo podporu a pomoc, aby lépe zvládali životní etapu a s tím související změny vzniklé díky onemocnění. Jinou odpověď pro vyjádření využilo 9 (5,9 %) respondentů. Uváděli zde například následující:

„Mohla jsem být aktivním účastníkem bez podpory...co si neuděláš-nemáš.“ „Postupovala jsem dle požadavků lékařů a sester, žádná motivace.“ „Nemohla jsem být aktivním účastníkem, postupy byly dané a názor pacienta neakceptovány.“ „Podpora je formální, nejde z nitra, asi je to i o životní zkušenosti a moudrosti ošetřujícího.“

Motivace pacienta k aktivní účasti na léčbě v rámci spolupráce je holistickým přístupem projeována pochvalou za jakoukoliv snahu, oceněním, ukázkou možností v daném zdravotním stavu a pomocí s přijetím situace, která znamená pro pacienta vybočení z komfortní zóny. Přes 50 % respondentů nebylo motivováno ke spolupráci.

Otázka č. 17. Jakým způsobem byl o Vás v ošetrovatelské péči projevován zájem?

Graf 16 Zájem o pacienta (pacientův pocit sounáležitosti)



Zdroj: Vlastní

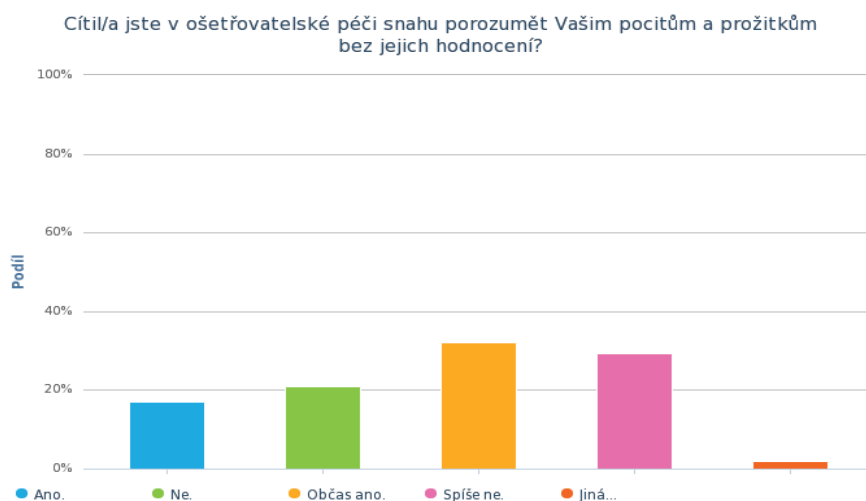
Holistický přístup v ošetrovatelské péči zahrnuje zájem o prožívání, myšlenky, problémy u pacienta, vyžaduje trpělivost sester, soustředěnost na příčiny možných změn v chování u pacienta a vede tak k tomu, že se pacient necítí na nemoc sám, má pocit, že jsme tu pro něho a tím tedy umožňuje v rámci určité sounáležitosti využití například terapeutického přístupu, rozhovoru. Tothová (2014) hovoří o posilování přirozených léčebných sil, které v sobě má každý člověk a popisuje terapeutickou komunikaci.

Zájem o to, co prožívali, uvedlo 18 (11,8 %) respondentů. Zájem o jejich myšlenky, problémy uvedlo 6 (3,9 %) respondentů. Že byl zájem projevován trpělivostí, přátelským chováním uvedlo 35 (22,9 %) respondentů. Pouze 32 (20,9 %) respondentů mělo pocit z projevů zájmu v rámci ošetrovatelské péče, že tu jsou takzvaně pro něho. Celkem 74 (48,4 %) respondentů uvedlo, že jim nebyl projevován zájem žádným z výše uvedených způsobů projevů. Pro vlastní vyjádření k otázce využilo možnost 9 (5,9 %) respondentů. Uvádím zde některé z nich.

„Personál neměl čas, aby projevovoval zájem.“ „Pouze z hlediska nutné zdravotní péče.“ „Ošetrovatelky se mnou vůbec nekomunikovaly.“ „...cítila jsem se jako v továrně...další kus...bez emocí, spoluúčasti,...jen rutina.“ „Zájem je zejména o tělesné zdraví, jak se cítím je většinou vedlejší.“ „Určitá směs všech možností, ale ne 100%.“

Otázka č. 18. Cítil/a jste v ošetrovatelské péči snahu porozumět Vaším pocitům a prožitkům bez jejich hodnocení?

Graf 17 Empatie



Zdroj: Vlastní

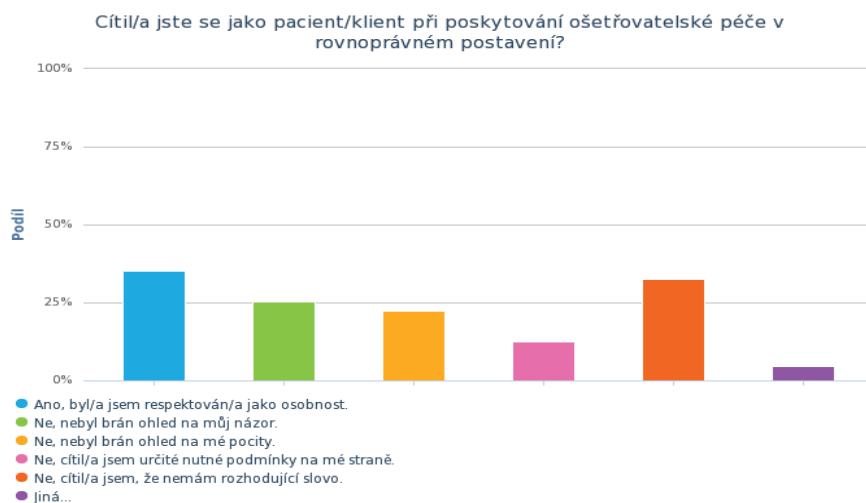
Holistický přístup obsahuje zaměření se na vnitřní svět pacienta, snahu porozumět mu díky vcítění se do jeho pocitů a prožitků a právě tím, empatií, lze pochopit, co se v pacientovi děje, co může být skryto za jeho slovy. Pacienty přirozeně nehodnotíme z vlastního pohledu ve věci. Pokorná (2013) popisuje efektivní komunikaci, dovednost naslouchání, čtení mezi řádky, kladení otázek, parafrázování, zkusit myslet podobně, reagovat na myšlenky, předvídat, uvažovat, proč, co bylo řečeno, zůstat v empatii objektivní, mít otevřenou mysl.

Jednoznačně empatii pocíťovalo 26 (17,0 %) respondentů. Naproti tomu 32 (20,9 %) respondentů ji nepocíťovalo. Odpověď občas ano zvolilo 49 (32,0 %) respondentů a spíše ne 45 (29,4 %). Jinou odpověď zvolili 3 (2,0 %) respondenti. Popisovali, že ano i ne a také jeden z nich uvedl, že si to neuvědomuje.

Ve výsledcích k otázce č. 22 (Co byste chtěl/a změnit v ošetrovatelské péči, aby Vám vyhovovala ve Vašich potřebách?) lze vidět, že schopnost empatie v ošetrovatelské péči je respondenty vysoce ceněna, a postrádána.

Otázka č. 19. Cítil/a jste se jako pacient/klient při poskytování ošetrovatelské péče v rovnoprávném postavení?

Graf 18 Rovnoprávné postavení pacienta (Akceptace pacienta)



Zdroj: Vlastní

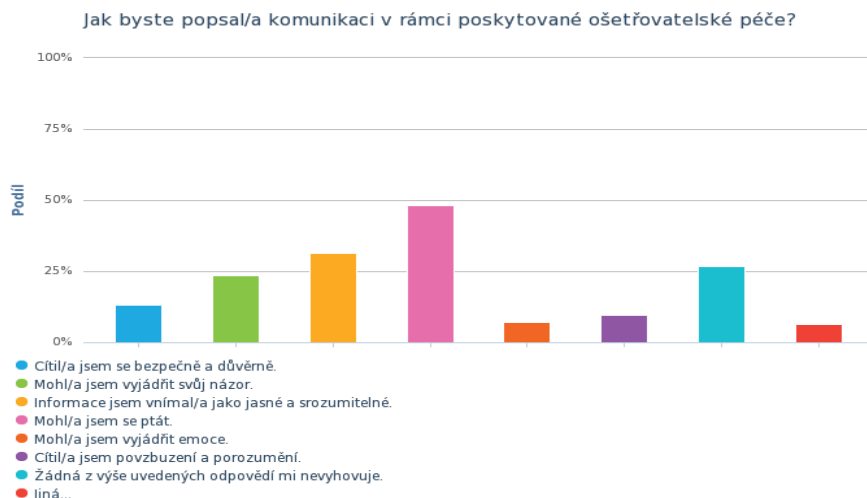
V rámci holistického přístupu, pokud respondenti volili z odpovědí, jak je zde patrné, necítili se většinou v rovnoprávném postavení. Nedošlo k akceptaci pacientů a pohledu na ně jako na bytosti sobě rovné, nebyli bezvýhradně přijati a postoj k nim nebyl založený na pozitivním hodnocení bez jakýchkoliv podmínek.

Respektováno jako osobnost bylo 54 (35,3 %) respondentů z celkového počtu 153, jak zde uvádí. Nebyl brán ohled na můj názor uvedlo 39 (25,5 %) respondentů. Nebyl brán ohled na mé pocity uvedlo 34 (22,2 %) respondentů. Celkem 19 (12,4 %) respondentů uvedlo, že cítili určité nutné podmínky na své straně. Že nemají rozhodující slovo, tento pocit uvedlo 50 (32,7 %) respondentů.

Možnost jiného vyjádření využilo 7 (4,6 %) respondentů. Objevila se zde odpověď: „*Já se umím za sebe brát bez ohledu, zda je přede mnou kdokoli, jde o mé zdraví.*“

Otázka č. 20. Jak byste popsal/a komunikaci v rámci poskytované ošetrovatelské péče?

Graf 19 Komunikace s pacientem



Zdroj: Vlastní

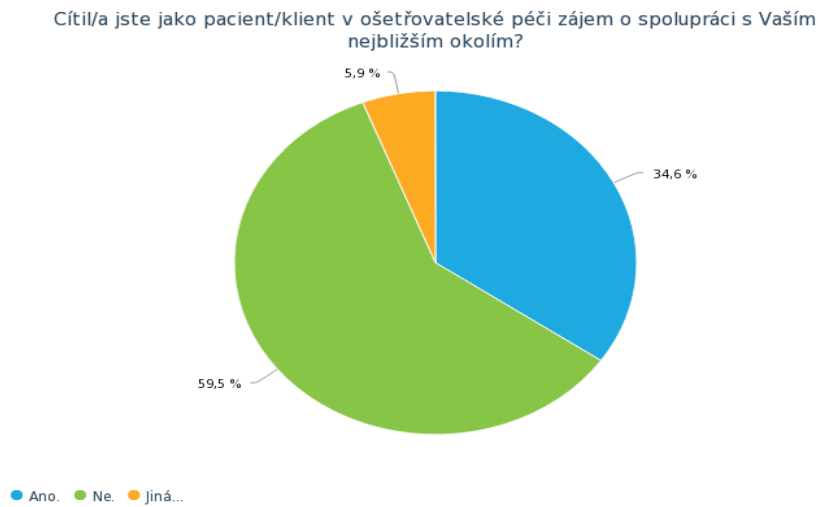
V holistickém přístupu má správná komunikace velmi dobrý vliv na probíhající onemocnění tím, že zvyšuje účinnost různých terapeutických zákroků.

Nejvíce respondentů zvolilo možnost odpovědi, že se mohli ptát – 74 (48,4 %). Informace vnímalo jako jasné a srozumitelné pouze 48 (31,4 %) respondentů. Jen 20 (13,1 %) respondentů se cítilo bezpečně a důvěrně. Svůj názor mohlo vyslovit 36 (23,5 %) respondentů. Emoce mohlo vyjádřit 11 (7,2 %) respondentů z počtu 153. Povzbuzení a porozumění během komunikace cítilo 15 (9,8 %) respondentů. Žádná z odpovědí nevyhovovala 41 (26,8 %) respondentům. Někteří respondenti se vyjádřili pomocí možnosti jiná odpověď. Některé z nich uvádím.

„Když je člověk nemocný, vnímá vše jinak, vše se ho dotkne, ne všemu rozumí, ne vše může pojmout, dostává mnoho informací o problematice, kterou nezná.“ „Nikdo se mnou nemluvil.“ „Na otázky jen standardní automatické odpovědi mimo mísu.“ „Stejně jsem se cítila jako kus, jako číslo...“

Otázka č. 21. Cítil/a jste jako pacient/klient v ošetrovatelské péči zájem o spolupráci s Vaším nejbližším okolím?

Graf 20 Spolupráce s nejbližším okolím pacienta



Zdroj: Vlastní

V holistickém přístupu se klade důraz na důležitost spolupráce s rodinou, nejbližším okolím pacienta, a to právě z pohledu, že člověk je bio-psycho-sociální bytost a jako takovým je v moderním ošetrovatelství vnímán.

Zájem o tuto spolupráci cítilo 53 (34,6 %) respondentů a 91 (59,5 %) z nich na tuto otázku zvolilo odpověď ne. Možnost vyjádřit se jinak využilo 9 (5,9 %) respondentů. Uvádím tedy některé odpovědi.

„Pouze minimálně.“ „Nebylo nutné.“ „Jak kde.“ „...moc ne“ „V zásadě ano, ale mám i negativní zkušenost.“

Otázka č. 22. Co byste chtěl/a změnit v ošetrovatelské péči, aby Vám vyhovovala ve Vašich potřebách?

Zde se objevilo mnoho zajímavého a velmi si těchto odpovědí vážím, jako samozřejmě všech předchozích. Odpovědi jsem z dotazníků ve velkém tedy přepsala a jsou uvedeny v příloze číslo 4. Někde se objevovaly konkrétní jména a nemocnice. Některá vyjádření jsou věnována většinově péči lékařů, přesto jsem určitý vzorek zde uvedla. Sami pacienti jsou si podle odpovědí vědomi skutečnosti, že potřebují péči celého zdravotnického týmu. Odpovědi v podstatě korespondují s výsledky v jednotlivých grafech. Příjemné je zjištění, že se zde objevuje vědomí, jak náročná práce je, ať už z pohledu časového faktoru nebo jiného. Pacienti mají potřebu více věnovaného času, lidského přístupu, empatie, vstřícnosti a projeveného zájmu. Ocenili by rovnocenný přístup, individuální přístup a více komunikace. Některým pacientům ošetrovatelská péče vyhovovala a neměnili by nic.

7 DISKUSE

V bakalářské práci jsem se ve výzkumném šetření zaměřila na problematiku holistického přístupu v ošetrovatelské péči. Ošetrovatelství jako vědní disciplína chápe jedince jako bio-psycho-sociální bytost. Ošetrovatelská péče poskytovaná jejím příjemcům vychází z holismu. Chtěla jsem zjistit, jak je realizován holistický přístup z pohledu příjemců ošetrovatelské péče v praxi.

Štecová ve své diplomové práci pod názvem „Využití holistického přístupu v ošetrovatelské profesi“ z roku 2011 uvedla, že ošetrovatelskou péče nebyla poskytována holistickým přístupem a popisuje, že neustále byly sestrami preferovány fyzické potřeby před duchovními a psychickými. Ve své práci autorka předpokládá, že díky stoupajícímu zastoupení vysokoškolsky vzdělaných sester bude více preferován holistický přístup a dojde tak k uspokojování všech potřeb pacienta. V této práci autorka zjistila, že při klasifikaci určitých ošetrovatelských diagnóz podle priority, respondentky z řad sester preferovaly uspokojování fyzických potřeb, následně potom psychické potřeby a duchovno pacienta považovaly za nejméně významné. Autorky Ratislavová s Bednářovou ve svém příspěvku z roku 2018 s názvem „Psychosomatika, holistický přístup a ošetrovatelská praxe“ zjistily, že úroveň znalostí o holistické péči mezi sestrami je dobrá. Zde uvedlo 43 % sester, že má o této problematice dostatek informací a 73% mělo zájem o prohloubení vědomostí, čím více znalostí měly, tím větší zájem byl ve výsledcích výzkumného šetření pozorovatelný. Celkem 57 % sester uvedlo, že nemá v této oblasti dostatek informací. Sestry zde v 93 % uvedly, že se věnují uspokojování emocionálních, kognitivních a duchovních potřeb. Sestry popisovaly, že využívají empatii a aktivní naslouchání. Podle výsledků tohoto výzkumu má 69,3 % respondentů z řad sester dobré znalosti o psychoterapeutických metodách a využívá je v praxi.

V rámci provedeného výzkumného šetření v této bakalářské práci byly zjištěny podstatné informace, kdy se respondenti z řad pacientů, klientů, vyjadřovali k tomu, jak je realizován holistický přístup v ošetrovatelské péči v praxi z jejich pohledu. Tedy z pohledu přímého příjemce ošetrovatelské péče.

Nejvíce odpovědí v počtu 104 ze 153 bylo ve věkové skupině 31–60 let, kdy přirozeně s narůstajícím věkem a životními zkušenostmi je zdraví bráno jako jedna z nejdůležitějších hodnot a narůstá možnost vzniku různých zdravotních potíží a onemocnění. Problematika holistického přístupu oslovila 132 respondentů s vyšším

vzděláním než základním. Celkem 135 (88,2 %) respondentů se jasně vyjádřilo k tomu, co je holistický přístup v ošetrovatelské péči a odpovědělo, že jde o celostní přístup k pacientovi, klientovi. Celkem bylo hospitalizováno 149 (97,4 %) respondentů, zkušenost s hospitalizací blízkých osob mělo 140 (91,5 %) respondentů a právě ti byli dotazováni, jak je to ovlivnilo v rámci vlivu důvěry v ošetrovatelskou péči při vlastním onemocnění. Nejvíce je v klinické praxi v České republice používán rámec pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví Gordonové, uvádí Plevová a kolektiv v knize z roku 2018. Funkční typ zdraví je ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a spirituálními faktory a v problematice posouzení dysfunkčního typu zdraví je nutné vidět i kromě konkrétních onemocnění i možnost a úlohu prevence, aby tak nedošlo k vážnému narušení zdraví a iniciaci onemocnění. Jen 57 (37,3 %) respondentů jednoznačně neovlivnila zkušenost negativně, byla pro ně nestresující v rámci důvěry v ošetrovatelskou péči v případě vlastního onemocnění a mají důvěru, že když budou potřebovat, bude o ně postaráno. Naproti tomu 52 (34,0 %) respondentů uvádí, že ztratili velkou část své důvěry a pocitu bezpečí. Tato zkušenost respondentů v jejich určité roli pozorovatele nepřipravuje příznivou atmosféru ke vzájemné budoucí spolupráci, atmosféře založené na důvěře, což je pro pacienta zásadní v počátcích nastartování a průběhu vlastní vnitřní samoléčby.

Tato fakta odpovídají spíše více zjištění, že sestry neposkytují ošetrovatelskou péči holistickým přístupem a preferují fyzické potřeby před psychickými a duchovními, jak uvádí ve své práci Štecová, než tomu, jak sestry (93 %) popisují, že se věnují uspokojování emocionálních, kognitivních a duchovních potřeb s využitím empatie a aktivního naslouchání, jak uvádí autorky Ratislavová s Bednářovou. Je nutné brát v potaz skutečnost, že způsob poskytované ošetrovatelské péče ovlivňuje i blízké okolí pacienta a může ho negativně zasáhnout v jeho bio-psycho-sociální integritě.

Na základě provedeného výzkumného šetření v této práci bylo zjištěno, že pohledem většiny příjemců ošetrovatelské péče z řad respondentů je holistický přístup v praxi realizován z jejich vlastních zkušeností stále ještě nedostatečně. V jednotlivých grafech, které vzešly z odpovědí, jsou zohledněny aspekty holistického přístupu. Respondenti zde popisují první kontakt v rámci ošetrovatelské péče, kdy již od prvního vzájemného setkání lze budovat konstruktivní vztah plný porozumění, založený na důvěře a tím i následující terapeutický vztah. Že chování bylo přátelské a nápomocné, uvedlo 57 (37,3 %) respondentů a 18 (11,8 %) uvedlo, že cítili z druhé strany zájem

o ně, jako o člověka a vyslechnuto bylo 40 (26,1 %) z nich. Komplexní odebrání ošetrovatelské anamnézy z důvodu plánování ošetrovatelské péče zohledňující tělesné, sociální, emocionální, kognitivní potřeby proběhlo pouze u 34 (22,2 %) respondentů. Nejvíce opomenutá oblast byla, jak respondenti umí zvládat zátěžové situace a stres, 49 (32,0 %) respondentů. Rovnocenně potom jakým způsobem vnímají a starají se o své zdraví, a jak se stravují, 48 (31,4 %) respondentů. Jak sami sebe charakterizují a hodnotí, 45 (29,4 %) respondentů. Jaké jsou jejich životní hodnoty, přesvědčení, víra označilo za opomenuté 42 (27,5 %) respondentů. Jakým způsobem odpočívají, relaxují, spí, 40 (26,1 %) respondentů. Za dále opomenuté oblasti označili respondenti sexuální oblast, 36 (23,5 %), vnímání, poznávání, učení se, rozhodování, 34 (22,2 %) respondentů. Mezilidské vztahy v souvislosti s rodinou, prací a sociální oblastí, 33 (21,6 %). Denní aktivity, volný čas, sportování označilo 31 (20,3 %) respondentů. Jakým způsobem se vyprazdňují za opomenuté, označilo pouze 15 (9,8 %) respondentů. Tyto výsledky odpovídají opět zjištění autorky Štecové z roku 2011, že ošetrovatelská péče nebyla poskytována holistickým přístupem a sestrami jsou preferovány fyzické potřeby před duchovními a psychickými. Respekt k individualitě pacienta je dalším aspektem holistického přístupu, kde většina, 86 (56,2 %) respondentů odpověděla, že se necítila být respektována ve své individualitě, přístup byl spíše direktivní. Respekt vlastní individuality a pocit podpory, bezpečí, označilo za odpověď 55 (35,9 %) respondentů. V holistickém přístupu by měl být pacient podporován v důvěru v sama sebe a ve své vlastní schopnosti. Tuto podporu necítilo 89 (58,2 %) respondentů oproti 57 (37,3 %) respondentům. Holistický přístup umožňuje pacientovi uvolnění emocionálního napětí, a to tím, že se může vymluvit, vyplakat a podobně, dojde tak k úlevě. Jde o aspekt redukce negativních emocí. Strach a úzkost bez pocitu podpory prožívalo rovnocenně 14 (9,2 %) respondentů, obavy uvedlo 54 (35,3 %) respondentů, beznaděj 26 (17,0 %). Jinou odpověď pro své vyjádření zvolilo 15 (9,8 %) respondentů. Některé z nich hovoří o frustraci, vzteku, překvapení, osamělosti, také je popisováno zklamání z nezájmu, zlost z toho, jak v České republice vypadá zdravotní péče, obavy z nepochopení a nedorozumění, znechucení z lhostejnosti a nezájmu o pacienty. Žádnou z uvedených negativních emocí, neprožívalo v rámci ošetrovatelské péče bez pocitu podpory pouze 30 (19,6 %) respondentů. K motivaci pacienta k aktivní účasti na léčbě v rámci spolupráce, další aspekt holistického přístupu, se respondenti vyjádřili tak, že měli pozitivní zkušenost v počtu celkem 70 (45,8 %) a negativní popisovalo 75 (49,0 %). Ti tedy necítili podporu a pomoc, aby lépe zvládali životní etapu a s tím

související změny vzniklé díky onemocnění. Někteří zde uvádějí, že postupovali podle požadavků sester bez jakékoliv motivace a nemohli být aktivním účastníkem pro dané postupy a neakceptování jiného, vlastního, názoru. Popisováno je zde, že podpora byla formální, nešla z nitra a důvod je možné hledat asi v životní zkušenosti a moudrosti ošetřujícího. Waldsbergerová k tomu poskytuje určité vysvětlení ve své diplomové práci s názvem „Faktory ovlivňující přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta“ z roku 2018. Popisuje zde, že když sestry ve specializované praxi celostního ošetřování pracují se sebereflexí, dochází u nich k tomu, že hlouběji chápou, co je základem zdraví. Sestry díky osobnostně zaměřené péči se sebereflexí a bytím s příjemcem takové péče objevují nové skutečnosti, které si doposud neuvědomovaly a tím je ani nemohly chápat. V celostní péči není žádný prostor pro izolaci, vše je spojeno v jeden celek. Pacienti kromě léčby nejvíce potřebují soucit a hlubší vztah ošetřujících. Nedokáží tuto potřebu někdy vyjádřit, ale lze ji vycítit. Celostní sestry jsou výjimečné právě tímto terapeutickým přístupem. Komplexní péči mohou poskytovat všechny sestry, ne každá si ji dokáže osvojit. Důležitý je hodnotový systém sestry, který souvisí se znalostí procesu ošetrovatelské péče a vědomím vlastní hodnoty.

Holistický přístup obsahuje zájem o pacienta (další z aspektů), tedy o jeho myšlenky, problémy a vyžaduje od sester trpělivost a soustředěnost na příčiny možných změn v chování, aby mohlo dojít k tomu, že se pacient nebude cítit na nemoc sám a bude mít pocit, že jsme tu pro něho. Zájem o to, co prožívali, uvedlo 18 (11,8 %) respondentů. Zájem o jejich myšlenky, problémy uvedlo 6 (3,9 %) respondentů. Že byl zájem projeven trpělivostí, přátelským chováním uvedlo 35 (22,9 %) respondentů. Pouze 32 (20,9 %) respondentů mělo pocit z projevů zájmu v rámci ošetrovatelské péče, že tu jsou takzvaně pro něho. Celkem 74 (48,4 %) respondentů uvedlo, že jim nebyl projeven zájem žádným z výše uvedených způsobů projevů. Podle respondentů například nebyl čas, šlo jen o hledisko nutné zdravotní péče, pocit byl jako v továrně (další kus, bez emocí, spoluúčasti, jen rutina) zájem se soustředil na tělesné zdraví, jak se respondentka cítila, bylo vedlejší.

Holistický přístup obsahuje zaměření se na vnitřní svět pacienta, snahu porozumět mu díky vcítění se do jeho pocitů a prožitků (aspekt empatie) a právě tím, lze pochopit, co se v pacientovi děje, co může být skryto za jeho slovy. Pacienty nelze hodnotit z vlastního pohledu. Jednoznačně empatii pocívalo 26 (17,0 %) respondentů naproti 32 (20,9 %) respondentům. Občas ji pocívalo 49 (32,0 %) z nich

a spíše ne 45 (29,4 %). Ve výsledcích k otázce, co by si respondenti přáli změnit v ošetrovatelské péči, aby vyhovovala jejich potřebám, je pozorovatelné, že schopnost empatie v ošetrovatelské péči je jimi vysoce ceněna, a postrádána.

V holistickém přístupu v ošetrovatelské péči dochází k akceptaci pacienta a jeho rovnoprávnému postavení s ošetrujícím, tedy se sestrou, která by na něj měla pohlížet jako na bytost sobě rovnou. Jde o další aspekt holistického přístupu. Respondenti ve většině popisují, že nebyli bezvýhradně přijati a postoj k nim nebyl založený na pozitivním hodnocení bez jakýchkoliv podmínek. Respektováno jako osobnost bylo pouze 54 (35,3 %) respondentů z celkového počtu 153. Nebyl brán ohled na můj názor uvedlo 39 (25,5 %) respondentů a nebyl brán ohled na mé pocity uvedlo 34 (22,2 %) respondentů, 19 (12,4 %) z nich uvedlo, že cítili určité nutné podmínky na své straně. Že nemají rozhodující slovo, tento pocit uvedlo 50 (32,7 %) respondentů.

V holistickém přístupu má správná komunikace, další z aspektů, velmi dobrý vliv na probíhající onemocnění tím, že zvyšuje účinnost různých terapeutických zákroků. Nejvíce respondentů zvolilo možnost odpovědi, že se mohli ptát, 74 (48,4 %). Alarmující výsledek, pouze tolik ze 153 respondentů. Následují ale ještě další výsledky, kdy informace vnímalo jako jasné a srozumitelné pouze 48 (31,4 %) respondentů a jen 20 (13,1 %) respondentů se cítilo bezpečně a důvěrně. Svůj názor mohlo vyslovit jen 36 (23,5 %) respondentů a emoce mohlo vyjádřit 11 (7,2 %) respondentů. Povzbuzení a porozumění během komunikace cítilo jen 15 (9,8 %) respondentů. Tothová a kolektiv (2014) ve své knize popisují důležitost kritického myšlení, kdy špatně zvolenou komunikací, ale i nedostatky v myšlení, můžeme pacientovi ublížit a že jde o to, představit si sám sebe na místě pacienta, zkusit vést dialog se sebou samým. Autoři zde popisují terapeutickou komunikaci, kdy jsou využívány psychologické prostředky ve snaze, aby pacient co nejlépe zvládl svůj zdravotní stav, aby byl takzvaně v pohodě. Pacienti potom mohou lépe zvládat případné problémy vzniklé z důvodu nemoci a následné léčby. Kritické myšlení pomáhá, aby sestry komunikovaly účelně, logicky, využívaly přesnost, úvahu a rozum. Efektivní komunikace, o které píše Pokorná (2013) je otevřená, informace nejsou zkreslené a tím daná pozitivní interakce mezi pacientem a sestrou vede k možnostem společně rozhodovat a přirozeně lze lépe a přesněji stanovit ošetrovatelské diagnózy a intervence. Proč výsledky v šetření v tomto bodě jsou, jaké jsou, vysvětluje Pokorná tak, že efektivní komunikace vychází z toho, jestli sestra chce a umí komunikovat a že ne každý je schopen tuto vědomou

činnost zvládnout. Dále popisuje, že je možné se tuto dovednost naučit a zdokonalovat se v ní. Naslouchání pacientovi umožňuje sestře rozumět a chápat sdělení pacienta. Pokorná k tomu doporučuje mít otevřenou mysl s tím, že lidský mozek má široké možnosti ve schopnostech využít možnosti našich smyslů a při efektivním naslouchání je možné pamatovat si více, než slyšíme. Joyce Evelyn Travellbee, jak popisuje Stasková a kolektiv (2019), kladla velký důraz mimo jiné na dovednosti v komunikaci a vzdělávání se v této oblasti.

V holistickém přístupu se klade důraz na důležitost spolupráce s rodinou, nejbližším okolím pacienta, a to právě z pohledu, že člověk je bio-psycho-sociální bytost. Zájem o tuto spolupráci cítilo 53 (34,6 %) respondentů a 91 (59,5 %) z nich na tuto otázku zvolilo odpověď ne.

Jak je tedy realizován holistický přístup z pohledu příjemců ošetrovatelské péče v praxi, jaké jsou zkušenosti s praktikováním holistického přístupu v ošetrovatelské péči jejími přímými příjemci? Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že je zde patrný určitý rozpor s tím, jak uvádí Plevová a kolektiv (2018), že moderní ošetrovatelství by mělo poskytovat na základě vědeckých poznatků a holistického přístupu k nemocnému aktivní, individualizovanou ošetrovatelskou péči, což patří, jak uvádí, mezi jeho rysy a realitou v praxi. Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že „Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2004, s. 3). Dále Plevová uvádí, že „V důsledku změn probíhajících v lidské společnosti dochází i ke změnám nejen v přístupu k pacientům, ale i k jejich rodinným příslušníkům“ (Plevová a kol., 2018, s. 61). Stasková a kolektiv (2019) popisují, že „Na prahu 21. století je možno hovořit o existenci teorie ošetrovatelství, která jde ruku v ruce s ošetrovatelskou praxí a neustále je obohacována o nové poznatky“ (Stasková a kol., 2019, s. 24). S tímto lze naprosto souhlasit. Kutnohorská (2013) popisuje, že ošetřování je morálním uměním a morálka je potom součástí širšího kulturního kontextu. Člověk je bio-psycho-sociální bytost a měl by být vnímán ne jako soubor procesů a částí, jedná se o holistickou bytost, popisuje Trachtová a kolektiv (2010) a dále popisuje, že každý člověk je individuální, proto má různé vlastnosti, které jsou jedinečné, a z nich vyplývající potřeby, že lidský organismus je tedy organizovanou jednotou a porucha jedné části ovlivňuje funkčnost další. Lze souhlasit i s dalším, kdy „Pokud je holismus filosofií moderního ošetrovatelství,

je jedinečnou úlohou sestry na všech úrovních péče (udržení zdraví, prožívání nemoci, zotavování se či umírání) uspokojovat jeho fyzické, psychické a sociální potřeby“ (Plevová a kol., 2018, s. 61). Zpětná vazba od respondentů, tedy příjemců ošetrovatelské péče hovoří o tom, že v praxi holistický přístup není dostatečně, standardně realizován a neshoduje se například s viděním sester sama sebe, kdy 93 % z nich uvedlo, že se věnují uspokojování emocionálních, kognitivních a duchovních potřeb a popisovaly, že využívají empatii a aktivní naslouchání, jak ve svém příspěvku popisují autorky Bednářová s Ratislavovou (2018). Pozitivním je, že 73 % těchto sester mělo zájem o prohloubení vědomostí a 69,3 % z nich vykazovalo dobré znalosti o psychoterapeutických metodách a využívá je v praxi. Autorka Štecová je svými výsledky ve výzkumném šetření blíže k výsledkům, které vzešly z tohoto výzkumného šetření, a sice že sestry se věnují nejvíce fyzickým potřebám pacientů a jejich psychické a duchovní potřeby upozadují. Předpoklad této autorky z roku 2011, že díky stoupajícímu zastoupení vysokoškolsky vzdělaných sester bude více preferován holistický přístup a budou tak uspokojovány všechny potřeby pacienta se zatím s odstupem 9 let pozitivně nepotvrdil, což je smutné. Ve výzkumném šetření se objevilo, že pacienti mají opravdu o holistický přístup zájem, někteří z nich jsou s ošetrovatelskou péčí, jak vyplývá z odpovědí spokojeni, a vnímají náročnost práce v ošetrovatelství. Toto je vidět nejvíce v poslední otázce číslo 22, kde se objevují odpovědi na otázku, co by pacienti chtěli změnit v ošetrovatelské péči, aby jim vyhovovala v jejich potřebách. Pacienti vcelku nejvíce zmiňují lidský přístup, empatii, zamýšlí se nad komunikací, nad interpersonálními vztahy, nad možnostmi prostoru k tomu, poskytovat holistický přístup z časového i personálního hlediska, někteří hodnotí ošetrovatelskou péči velmi pozitivně a mají tak výborné zkušenosti. Ve výzkumném šetření je vidět, že úroveň ošetrovatelské péče z pohledu realizace holistického přístupu v praxi není všude stejná. Autorka Bednářová popisuje ve své diplomové práci s názvem „Psychosomatika jako holistický pohled na zdraví těla a duše“ z roku 2017, že k poskytování holistického přístupu je třeba i druhé strany, tedy aktivní spolupráce pacienta. Autorka Jenšovská v knize „Mluv se mnou“ z roku 2011 (Andrýsek a kol., 2011) ve svém příspěvku zmiňuje, že pacienti jsou z velké části v oblasti medicíny laiky, zjišťují si však informace například na internetu. Popisuje, že na rozhovor musí být dva, že empatie a úsměv, stejně tak jako arogance a povýšenost jsou zdarma. Popisuje, že povýšenost a arogance dokáže bolet a to na obou stranách, pacient, zdravotnický personál. Píše, že věří v lidi, v pokoru a chuť dozvědět se více.

Autorka si myslí, že lepší komunikaci (aspekt holistického přístupu) mezi zdravotnickým personálem, lékaři, pacienty a jejich příbuznými lze zajistit aktivním přístupem všech zúčastněných. Autorka Waldsbergerová ve své diplomové práci s názvem „Faktory ovlivňující přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta“ z roku 2018 zmiňuje, že pacienti nejvíce potřebují soucit a hlubší vtaž ošetřujících a že v celostní péči není žádný prostor pro izolaci, vše je spojeno v jeden celek a že tuto potřebu někdy pacienti neumí vyjádřit, ale lze ji vycítit. Píše, že celostní sestry jsou výjimečně právě tímto terapeutickým přístupem a že důležitý je hodnotový systém sestry, který souvisí se znalostí procesu ošetrovatelské péče a vědomím vlastní hodnoty. S tímto lze jen souhlasit. Mám stejný názor i v tom, že v ošetrovatelské profesi nejde jen o uplatnění odborných znalostí, ale i o schopnost umění vyjádřit empatii a náklonnost. Tato autorka píše i o třech neoddelitelných součástech ošetrovatelství, jsou to moudrost, láska a srdce a o tom, že pokud je filosofie láska k moudrosti, ošetrovatelství je potom láska k lidem.

Z výsledků výzkumného šetření došlo ke zjištění, že první předpoklad o tom, že model Marjory Gordon jako nejvíce holistický model v ošetrovatelské péči je realizován v praxi, se nepotvrdil. V grafu číslo 12 Komplexní odebrání ošetrovatelské anamnézy (model fungujícího zdraví Marjory Gordon) jsou vidět jednotlivé oblasti. Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové je z hlediska holistické filosofie nejkompexnější, podle tohoto rámce může kvalifikovaná sestra vyhodnotit zdravotní stav u zdravého i nemocného člověka, který může být funkční nebo dysfunkční, píše autorka Trachtová (2010). Pouze 34 (22,2 %) ze 153 respondentů označilo odpověď, že žádná z výše uvedených oblastí nebyla opomenuta. Autorka Hudáková ve svém příspěvku „Holistický přístup v ošetrovatelství – přístup jednoty těla a mysli“ z roku 2010 zmiňuje tento model a vyjmenovává jeho přínos z různých hledisek. Také jiní autoři, Mastiliaková (2014), Plevová (2018), Mareš a Vachková (2011) zmiňují tento model ve stejném duchu. Autorka Plevová (2018) popisuje, že nejvíce je v klinické praxi v České republice používán rámec pro posouzení funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví Gordonové.

Druhý předpoklad v tomto výzkumném šetření, že potřeby v duchovním životě a hledání smyslu života budou patřit mezi významné, se nepotvrdil. V grafu číslo 10 Potřeby u jedince neboli u bio-psycho-sociální bytosti bylo zjištěno, že celkem 111 (72,5 %) respondentů preferuje fyziologické potřeby a bezpečí, potřeby poznávat,

vědět a rozumět jsou důležité pro 82 (53,6 %) respondentů a na třetím místě je přikládán význam potřebám ocenění, sebeúcty, uznání a autonomie s 48 (31,4 %) respondenty. Potřeby sounáležitosti a lásky jsou důležité pro 33 (21,6%) respondentů. Potřeby seberealizace zvolilo 16 (10,5 %) respondentů. Estetické potřeby, potřeby krásy, symetrie a podobně jsou důležité pro 8 (5,2 %) respondentů. Potřeby v duchovním životě, hledání smyslu života zvolilo co do významnosti pouze 8 (5,2 %) respondentů. V tomto grafu bylo zřetelné, že nižší a vyšší potřeby ze známé Maslowovy hierarchie potřeb se vzájemně přesahují a prolínají a k plánování a hodnocení ošetrovatelské péče je třeba komplexního pohledu, jak píše Plevová a kolektiv (2011). Autorka Svatošová (2012) popisuje, že v rámci holistického přístupu by neměly být duchovní potřeby podceňovány a že tyto potřeby byly do nedávna téměř tabu, že někteří lidé i zdravotníci se domnívají, že jde o potřeby věřících. Dále popisuje, že u právě u nevěřících bývají aktuální, v průběhu vážné nemoci, životně důležité otázky po smyslu vlastního života. Člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a má smysl a to do poslední chvíle. Pokud tato potřeba není naplněna, jedná se o stav duchovní nouze a člověk velmi trpí. Pacientovi je třeba v tomto případě ukázat, že v každé situaci lze smysluplně žít. Autorka Kvasničková ve svém příspěvku „Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu pacienta“ z roku 2016 v časopisu Florence popisuje, že tyto potřeby jsou ne zcela správně chápány jako náboženské. Provedla průzkum, na jehož základě se ukázalo, že pacienti tyto potřeby mají, ale jejich vyjádření je u nich podmiňováno osobou sestry, které jsou ochotni se svěřit. Autorka popisuje, že se potvrdil předpoklad, že jsou nutné určité osobnostní předpoklady u sestry, kde může vzniknout potom přístup, na jehož základě pacient své potřeby verbalizuje a ty mohou být potom uspokojeny.

Třetí předpoklad v rámci výzkumného šetření, že holistický přístup v ošetrovatelské péči není dostatečně praktikován v jeho možném potencionálu pozitiv se potvrdil, a je zobrazen ve výsledcích v jednotlivých grafech číslo 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 a ve výsledcích otázky číslo 22 v části Analýza a interpretace výsledků i v této části bakalářské práce, Diskuzi.

Zpětnou vazbou pro poskytovatele ošetrovatelské péče je poznatek, který vzešel z tohoto výzkumného šetření. V současném moderním ošetrovatelství stále pacienti postrádají v ošetrovatelské péči holistický přístup, který není právě zdaleka standardní, ačkoliv by tomu tak mělo být. V praxi je třeba zaměřit se na lidský přístup, komunikaci, projevy zájmu, vstřícnost, empatii, rovnocenný a individuální přístup a respektovat

pacienty v jejich celistvé jedinečnosti. S tímto poznatkem se pojí myšlenka na vznik například specializačního vzdělávání, který by se věnoval holistickému přístupu.

Výstupem z bakalářské práce bude článek, který shrne získané poznatky a nabídne se k otištění ve zdravotnickém periodiku. Na žádost většiny zúčastněných patientských organizací shrnutá data zašleme administrátorům skupin k dalšímu použití.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla věnována problematice Holistického přístupu v ošetrovatelské péči. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké jsou zkušenosti s praktikováním holistického přístupu v ošetrovatelské péči jejími příjemci a na základě výsledků výzkumného šetření vytvořit určitou zpětnou vazbu pro poskytovatele této péče. Mezi dílčí cíle patřilo zjistit, na základě pohledu příjemců péče realizaci nejvíce používaného holistického modelu Marjory Gordon v ošetrovatelské péči v praxi. Tento model jsem zvolila z důvodu, že je v České republice nejčastěji využíván. Dále jsem chtěla zjistit na základě pohledu příjemců péče, jestli duchovní potřeby a hledání smyslu života budou patřit mezi významné potřeby. Zjistit, jestli holistický přístup v ošetrovatelské péči je příjemci vnímán jako standardní, tedy běžně praktikovaný, bylo dalším z dílčích cílů.

Předpokládala jsem, že model Marjory Gordon jako nejvíce holistický model v ošetrovatelské péči je realizován v praxi, což se nepotvrdilo. Další předpoklad, že potřeby v duchovním životě a hledání smyslu života budou patřit mezi významné, tedy prioritní, se nepotvrdil. Předpoklad, že holistický přístup v ošetrovatelské péči není dostatečně, tedy standardně praktikován v jeho možném potencionálu pozitiv se potvrdil.

V teoretické části jsem se věnovala holistickému současnému ošetrovatelství, projekci holistického přístupu, komunikaci, dále lidským potřebám a podrobněji z holistického hlediska potřebám v ošetrovatelství. Byl zde dán prostor holismu v konceptuálním modelu, ošetrovatelské teorii, zmíněna je potom více Joyce Evelyn Travellbee a Marjory Gordon. Praktická část obsahuje výsledky výzkumného šetření, kdy byla zvolena kvantitativní metoda a dotazníky byly laskavě vyplněny přímými příjemci ošetrovatelské péče, pacienty. Ti byli osloveni prostřednictvím internetu v rámci jejich jednotlivých patientských skupin. Díky této jejich spolupráci, dobré vůli a věnovanému času vznikla určitá zpětná vazba, využitelná pro realizaci holistickém přístupu v ošetrovatelské péči v rámci současného holistického moderního ošetrovatelství.

Zpětnou vazbou pro poskytovatele ošetrovatelské péče je poznatek, který vzešel z tohoto výzkumného šetření. V současném moderním ošetrovatelství stále pacienti postrádají v ošetrovatelské péči holistický přístup, který není právě zdaleka standardní, ačkoliv by tomu tak mělo být. V praxi je třeba zaměřit se na lidský přístup, komunikaci,

projevy zájmu, vstřícnost, empatii, rovnocenný a individuální přístup a respektovat pacienty v jejich celistvé jedinečnosti. S tímto poznatkem se pojí myšlenka na vznik například specializačního vzdělávání, které by se věnovalo holistickému přístupu.

SEZNAM ZDROJŮ

AHNA [online]. [cit. 2020-04-26]. Dostupné z: <https://www.ahna.org/>

ANDRYSEK, Oskar a kol. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7345-257-5

BEDNÁŘOVÁ, Monika. *Psychosomatika jako holistický pohled na zdraví těla a duše*. PLZEŇ, 2017. Diplomová práce. FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ.

BÖHM, Erwin. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2015. 207 s. ISBN 978-80-204-3197-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HUDÁKOVÁ, Zuzana. Holistický přístup v ošetrovatelství - přístup jednoty těla a mysle. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství: (recenzovaný sborník příspěvků z konference)*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010, roč. 5, s. 91-95 (e 91-96). ISBN 978-80-7248-607-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 206 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3224-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4413-1.

KVASNIČKOVÁ, Věra. Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu pacienta. *Florence*. 2016, roč. 12, č. 7-8, s. 22-24. ISSN 1801-464X.

MAREŠ, Jiří a kol. *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD, 2011. 122 s. ISBN 978-80-7392-191-0.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Koncepce ošetrovatelství* [online]. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR 9/2004 [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetřovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018. 286 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0888-6.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetřovatelství II: komunikace, etika, člověk, jeho motivace a potřeby, paliativní péče, transkulturní ošetřovatelství, výchova ke vzdělání*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3558-0.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-524-2.

Psychosomatika, holistický přístup a ošetřovatelský praxe [online]. [cit. 2020-04-26]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/328509799_PSYCHOSOMATIKA_HOLISTICKY_PRISTUP_A_OSETROVATELSKA_PRAXE

STASKOVÁ, Věra, TÓTHOVÁ, Valérie a KOŤA, Jaroslav. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetřovatelství 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019. 135 s. ISBN 978-80-271-2206-6.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?: v moderní ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠTECOVÁ, Andrea. *Využití holistického přístupu v ošetřovatelské profesi*. Olomouc, 2011. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

ŠVEJDOVÁ, Kateřina. *Filozofie v ošetřovatelství*. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 9, s. 22-23. ISSN 1210-0404.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vyd. 3., nezměn. Brno:

Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7013-553-2.

WALDSBERGEROVÁ, Marcela. *Faktory ovlivňující přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta*. České Budějovice, 2018. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník – Holistický přístup v ošetrovatelské péči

Příloha 2 Desatero holistického přístupu k pacientům

Příloha 3 Důvod hospitalizace

Příloha 4 Zpětná vazba respondentů (pacientů, klientů)

Příloha 1 Dotazník – Holistický přístup v ošetrovatelské péči

Dobrý den,

jmenuji se Věra Ježková a studuji v kombinované formě obor Ošetrovatelství v bakalářském programu Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni.

Ve své kvalifikační práci se věnuji problematice holistického přístupu v ošetrovatelské péči. Děkuji za Vaši dobrou vůli, laskavost a ochotu věnovat Váš drahocenný čas při vyplňování dotazníku.

1. Jakého pohlaví jste?*

- muž
- žena

2. Do které věkové kategorie patříte:*

- 17 a méně
- 18–30
- 31–45
- 46–60
- 61 a více

3. Jaké máte vzdělání?*

- Základní.
- Vyučen/a.
- Střední škola s maturitou.
- Vysoká škola.
- Jiná...

4. Jaké jste národnosti?*

- České
- Slovenské
- Romské
- Jiné:

5. Byl/a jste někdy hospitalizován/a?*

- Ano
- Ne

6. Jaké zdravotní potíže nebo onemocnění byly příčinou Vaší hospitalizace?*

7. Byl někdo z Vašich blízkých hospitalizován?*

- Ano
- Ne

8. Pokud jste odpověděl/a ANO, jak Vás potom ovlivnila zkušenost s ošetrovatelskou péčí?*

- Mám důvěru, že když budu potřebovat, bude o mě postaráno.
- Ztratil/a jsem velkou část své důvěry a pocitu bezpečí.
- Ještě jsem o tom nepřemýšlel/a.
- Nechci se k tomu vyjadřovat.
- Jiná...

9. Co si představíte pod pojmem holistický přístup v ošetrovatelské péči?*

Výberte jednu nebo více odpovědí

- Celostní přístup k pacientovi/klientovi.
- Pozornost je věnována biologickým potřebám, fyzické oblasti.
- Pozornost je věnována potřebám v psychické, sociální oblasti.
- Pozornost je věnována spirituálním potřebám.
- Jiná...

10. Které z Vašich potřeb jako pacient/klient preferujete?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Moje fyziologické potřeby a bezpečí.
- Moje potřeby sounáležitosti a lásky.
- Moje potřeby ocenění, sebeúcty, uznání, autonomie.
- Moje potřeby poznávat, vědět a rozumět.
- Moje estetické potřeby, potřeby krásy, symetrie a podobně.
- Moje potřeby seberealizace.
- Moje potřeby v duchovním životě, hledání smyslu života.
- Jiná...

11. Jak byste popsal/a první kontakt v rámci ošetrovatelské péče?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Byl/a jsem vyslechnut/a.
- Chování ke mně bylo přátelské a nápomocné.
- Moje otázky byly zodpovězeny.
- Bylo mi vysvětleno, co jsem potřeboval/a vědět.
- Získal/a jsem rady a doporučení.
- Cítil/a jsem zájem o mě, jako o člověka.
- Ani jedna z možností mi nevyhovuje.
- Jiná...

12. Byla některá oblast o Vašem zdravotním stavu při získávání informací v rámci ošetrovatelské péče opomenuta?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Jakým způsobem vnímám a starám se o své zdraví.
- Jak se stravuji.
- Jakým způsobem se vyprazdňuji.
- Moje denní aktivity, volný čas, sportování.
- Jakým způsobem odpočívám, relaxuji, spím.

- Jak vnímám a poznávám, učím se, rozhoduji.
- Jak se sám/ sama charakterizují a hodnotím.
- Moje mezilidské vztahy v souvislosti s rodinou, prací a sociální oblastí.
- Můj sexuální život.
- Jak umím zvládat zátěžové situace a stres.
- Jaké jsou moje životní hodnoty, přesvědčení a víra.
- Žádná z výše uvedených oblastí.
- Jiná...

13. Cítil/a jste se jako příjemce ošetrovatelské péče respektován/a ve své individualitě?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Ne, přístup byl spíše direktivní.
- Ano, cítil/a jsem podporu, bezpečí.
- Jiná...

14. Byl/a jste podporován/a v důvěru v sám/sama sebe a ve své schopnosti?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Ano.
- Ne.
- Jiná...

15. Které z uvedených emocí jste jako pacient/klient prožíval/a v rámci ošetrovatelské péče bez pocitu podpory?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Strach.
- Úzkost.
- Obavy.
- Beznaděj.
- Žádné z výše uvedených.
- Jiná...

16. Byl/a jste jako pacient/klient motivován/a ke spolupráci?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Ano, mohl/a jsem být aktivním účastníkem při mé léčbě a cítil/a jsem podporu, ocenění snahy.
- Necítil/a jsem podporu a pomoc, abych lépe zvládal/a životní etapu a změny vzniklé díky onemocnění.
- Jiná...

17. Jakým způsobem byl o Vás v ošetrovatelské péči projevován zájem?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Zájmem o to, co prožívám.
- Zájem o mé myšlenky, problémy.
- Trpělivostí, přátelským chováním.
- Cítil/a jsem, že tu jsou pro mě.
- Žádným z výše uvedených.
- Jiná...

18. Cítil/a jste v ošetrovatelské péči snahu porozumět Vaším pocitům a prožitkům bez jejich hodnocení?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Ano.
- Ne.
- Občas ano.
- Spíše ne.
- Jiná...

19. Cítil/a jste se jako pacient/klient při poskytování ošetrovatelské péče v rovnoprávném postavení?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Ano, byl/a jsem respektován/a jako osobnost.
- Ne, nebyl brán ohled na můj názor.

- Ne, nebyl brán ohled na mé pocity.
- Ne, cítil/a jsem určité nutné podmínky na mé straně.
- Ne, cítil/a jsem, že nemám rozhodující slovo.
- Jiná...

20. Jak byste popsal/a komunikaci v rámci poskytované ošetrovatelské péče?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Cítil/a jsem se bezpečně a důvěrně.
- Mohl/a jsem vyjádřit svůj názor.
- Informace jsem vnímal/a jako jasné a srozumitelné.
- Mohl/a jsem se ptát.
- Mohl/a jsem vyjádřit emoce.
- Cítil/a jsem povzbuzení a porozumění.
- Žádná z výše uvedených odpovědí mi nevyhovuje.
- Jiná...

21. Cítil/a jste jako pacient/klient v ošetrovatelské péči zájem o spolupráci s Vaším nejbližším okolím?*

Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Ano.
- Ne.
- Jiná...

22. Co byste chtěl/a změnit v ošetrovatelské péči, aby Vám vyhovovala ve Vašich potřebách?*

Příloha 2 Desatero holistického přístupu k pacientům

Informace pro nelékařské zdravotnické pracovníky Holistický přístup znamená celostný pohled na jedince, na celou jeho osobnost v dimenzi biologické, psychologické, sociální i duchovní. V období nemoci dochází u pacienta ke zvýšenému vnímání fyzických, duševních i duchovních stresových faktorů, které jsou jinak běžnou součástí našeho života. Pokud je zdravotníky akceptován holistický přístup, samozřejmě za aktivní spolupráce pacienta, je to správný směr k poskytování kvalitní péče o zdraví.

1. Při příjmu pacienta se zaměřte na důkladné odebrání komplexní ošetrovatelské anamnézy. Poznejte premorbidní osobnost člověka. V rámci ošetrovatelského procesu sestavte plány ošetrovatelské péče tak, aby uspokojily jeho tělesné, sociální, emocionální, kognitivní duchovní potřeby. Už od prvního kontaktu s pacientem si vytvářejte takový terapeutický vztah, jehož základem bude pocit bezpečí a cílem pomoc pacientovi orientovat se v jeho situaci a mírnit negativní emoce.
2. Respektujte individualitu pacienta a podle toho k němu přistupujte. Pokud to bude možné, nedirektivním přístupem podporujte pacienta tak, aby začal věřit v sebe sama, ve své vlastní schopnosti a přebral zodpovědnost za svůj život, jen tak se dosáhne trvalé kvalitativní změny. Pomocí komentáře postavte pacientův problém do nového světla, poukažte na nějaký pozitivní rys jeho potíží. Formou otázek mu umožněte ujasnit si, co by chtěl změnit. Za přispění rezonance opakujte to nejdůležitější z pacientova monologu, dejte najevo, že jste ho slyšeli a pochopili.
3. Redukujte pacientovy negativní emoce tím, že ho necháte vymluvit. Častými emocemi jsou strach, úzkost, obavy, beznaděj. Podpořte ho tak, že ho necháte reprodukovat jeho konflikty a problémy s odpovídajícím emocionálním doprovodem. Dochází tím k uvolnění citového napětí, které by jinak na organismus působilo škodlivě. U pacienta pak dojde k tomu, že se spontánně vypláče, vyhovoorí a následně pocítí úlevu bez toho, abyste mu jiným způsobem poskytovali pomoc, radu nebo doporučení.
4. Motivujte pacienta ke spolupráci a k aktivní účasti na léčbě. Vždy ho ale nezapomeňte pochválit za snahu, oceňte každý sebemenší náznak zlepšení jeho

zdravotního stavu, ke kterému přispěl vlastní vůlí. Pomozte mu s přijetím nové situace v jeho nemoci a popište mu možnosti, které jeho zdravotní stav umožňuje.

5. Projevujte zájem o pacienta, o jeho prožívání, myšlenky a problémy. Probud'te v něm pocit sounáležitosti, který může mít zásadní vliv na další vývoj léčby a na psychický stav nemocného. Při kontaktu s pacientem buďte trpěliví, snažte se, aby vycítil, že jste tu jen pro něho a máte na něj vymezený čas, aby posléze nabyl dojmu, že proti své nemoci nestojí sám. Všimněte si případných změn v chování pacienta a hledejte jejich příčiny.
6. Buďte empatičtí, snažte se pacientovi porozumět tím, že se vcítíte do jeho pocitů a prožitků. Zaměřte se na vnitřní svět pacienta a důvěřujte mu. Díky empatii můžete pochopit, co se v něm odehrává, co se skrývá za jeho slovy. Zároveň se ale vzdejte vlastního hodnocení.
7. Akceptujte pacienta. Znamená to, že ho budete bezvýhradně přijímat, respektovat a pohlížet na něj jako na bytost sobě rovnou. Váš postoj k němu by měl být založený na pozitivním hodnocení, které se neváže na žádné podmínky. Uznávejte pacienta jako osobnost, bez ohledu na jeho momentální chování. Respektujte právo pacienta na jeho názor, postoj nebo pocit a necitlivě nepodsouvejte názory své, ani nedokazujte, že vy jste tím moudřejším a máte rozhodující slovo.
8. Komunikujte s pacientem. Správnou komunikací mezi nemocným a Vámi lze předejít nejen mnohým konfliktním situacím, ale zvyšuje se díky ní též účinnost terapeutických zákroků a příznivý vliv na průběh nemoci. Při komunikaci zachovávejte důstojnost svou i pacientovu, vytvořte důvěrnou a bezpečnou atmosféru, aby pacient mohl vyjádřit svůj názor. Informace nemocnému podávejte stručně, v jasné a srozumitelné formě. Mluvte přirozeným jazykem tak, aby pacient rozuměl a nechte mu prostor pro zpětnou vazbu a dotazy. Důležitá je i neverbální komunikace, která zprostředkovává pocity člověka lépe než slova a pomocí níž mnohem snadněji můžete vyjadřovat emoce, povzbuzení či porozumění. Nezapomeňte, že správně vedená a účelná komunikace je často pilířem pro úspěšnou léčbu.

9. Naslouchejte pacientovi. Nejde ale jen o to, že uslyšíte, co pacient sděluje, ale také o to, že rozumíte a chápete jeho sdělení. Naučte se naladit na příjem informací od pacienta a vzdejte se touhy zasahovat ve chvíli, kdy on hovoří. Nevkládejte své vlastní názory, rady, komentáře nebo povzbuzující výroky. Naslouchání je velmi účinným terapeutickým prvkem i pro nezkušené zdravotníky, kteří neumějí zatím ovládat správnou komunikaci.
10. Zapojte do ošetrovatelského procesu i rodinu nemocného. Kvalitní ošetrovatelská péče se neobejde bez úzké spolupráce s příbuznými, umožněte proto pacientovi kontakt s rodinou. Nemocný od svých blízkých očekává sociální oporu, pochopení, uklidnění či radu, často stačí jen fyzická přítomnost. Komunikace s rodinou je důležitým aspektem ošetrovatelské péče z biopsychosociálního hlediska (Bednářová, 2017).

Příloha 3 Důvod hospitalizace

Výsledky na otázku č. 6

Jaké zdravotní potíže nebo onemocnění byly příčinou Vaší hospitalizace?

spála	Vzácně onemocnění	ruzne	Gynekologická operace
žlučnickové kameny	výhřez meziobratlové ploténky	pouze v dětství krční mandle a dva porody.	Schizofrenie, schizoidní porucha,
Sarkoidoza	operace (4x)	Dusnost	Porod (2x)
Nosní mandle	tonsilektomie, operace ostruhy	nemocné ledviny	apendicitida
Operace slepého střeva, Operace žlučníku, Borelióza, Sarkoidóza, Neurologické obtíže	Ataka rs	Roztroušená skleróza (3x)	úraz nohy
chirurgické zákroky	Ulceros colitis	Arthroza	roztrousena skleroza
Otrava jídlem a jednou bronchoskopie	Revmatické onemocnění - Atritida, M. Bechtěrev, Arthroza kloubů, výhřez plotýnky	Slepé střevo (2x)	gynekologické (2x)
křečové žíly, výhřez ploténky	Hysterektomie, akutní zánět slinivky, operace pooperační kily	Tri operácie chrbtice a poškodená miecha -mám implantát disku a dve titánové skrutky ako stabilizátor	PSYCHOZA
Nekroza prstu, foramen ovale, hysteroskopie	Operace (5x)	častá extrabace	Ewingův sarkom ve stehenní kosti LDK
Revmatoidní artritida-hospitalizována s plotenkou, vyšetření a odebrání mozkomíšního moku-velke migrény, zhoršení vizu	Krční mandle	Hemofilie	Operace kloubů na rukách
výměna kyčelního kloubu, zákroky na páteři.	Transplantace ledviny, zánět mozkových blan, CHOPN,	Chronická bronchitida, encefalitida	Nebyla
Hospitalizace s dcerkou	revmatoidní artritida, zlomenina holenní kosti	gynekologické problémy	RA
Rakovina	Zanet slepeho streva	prasklá cysta na vaječníku, nádor na mozku, RS-lumbální punkce	gynekologické obtíže, operace - slepé střevo, žlučník
ORL	infarkt	roztroušená skleroza	Operace kolene, operace čelisti, porod
cisarky řez	Revtoidní artritída	Neuropatie	rakovina
Otřes mozku	rakovina prsu	NPB	Apendix, RS
tep	Roztroušená skleróza, cysta na vaječníku	problémy s páteří	Podezření na zapnět slepého střeva. A 2x hospitalizace po operaci kolene
Gyneekologie,diabetes	Kožní projevy...	Zavedení nosní sondy, u dcery zavedení pegu	Systémová sclerodermie, divertikulitida aj.
Sarkoidoza plic	Bolesti zad	zhoršení sarkoidozy	DIABETES
Crohnova choroba (4x)	Neurologické, gynekologické	Idiopatický střevní zánět (ulcerózní kolitida), mimoděložní těhotenství	Operace strev.
morbus crohn, IBD zánět	Crohnova nemoc, komplikace v těhotenství	Crohn	Ulcerózní kolitida (2x)
		Operace lumfngionu na	Ulcerózní kolitida, operace achillovy šlachy

Vysoký tlak v těhotenství	rakovina dělohy	Operace lymfangionu na krku, operace slepého střeva, operace kolene, Crohnova choroba	Ulcerozni kolitida
Komplikace s diabetem 1. typu a střevní potíže	transplantace jater	Atopie	Úrazy, onkol.onemocneni
Ortopedická operace	Crohnova nemoc	ulcerozni kolitida	pád z velké výšky , gynekol.obtíže , bolest zápěstí , prasklý kolenní vaz ,
nutnost gynekologické operace	Rakovina konečnicku	kyretáž po potratu	Slepé střevo, zánět žaludku, CF
Hrozící potrat	Cystická fibróza (2x)	3x pôrod, operácia žičníka	Crohn,a operace
Operace zánětu slepého střeva	Silný kaše, slabosť,pichánie v boku od kašľa	Sarkoidoza,potíže s páteří plotýnky	střevo, kýla,
Porod císařským řezem, ileocekalni resekce	roztroušená skleróza	operace nohy, 2x porod, sarkoidóza	např. DM 1, porod
Diabetes , Operace	Zkracovani cipku, porod	Operace čelistního kloubu	vyhrez plotenky
gynekologické a urologické	rizikové těhotenství	Lumbální punkce, borelióza	Panicka ataka
diagnostická hospitalizace	Transplantace, zlomeniny	Operace koleně, gynekologicky zákrok, porody	Zánět slinivky, neuroborelióza
Gastro problémy caste zvraceni s krvi	Úraz	Výměna kloubů	operace oka
Zánět slinivky, Crohnova choroba, Infekční gastritida	Operace štítné žlázy	endometrioza	Chirurgický zákrok
	Záda..		operace slepého střeva, tříselné kýly, plicní klinika a další
	revmatoidní artritida		

Zdroj: Vlastní

Výsledky této otázky jsem ponechala v jejich autenticitě, tak, jak je respondenti napsali. Je zde vidět pestrost zdravotních potíží, onemocnění a také, jakým způsobem se k této otázce respondenti vyjádřili, což má pro mě velkou výpovědní hodnotu.

Příloha 4 Zpětná vazba respondentů (pacientů, klientů)

Výsledky na otázku č. 22

Co byste chtěl/a změnit v ošetrovatelské péči, aby Vám vyhovovala ve Vašich potřebách?

Zde se objevilo mnoho zajímavého a velmi si těchto odpovědí vážím, jako samozřejmě všech předchozích. Odpovědi jsem z dotazníků ve velkém tedy přepsala. Někde se objevovaly konkrétní jména a nemocnice. Některá vyjádření jsou věnována většinově péči lékařů, přesto jsem určitý vzorek zde uvedla – sami pacienti jsou si podle odpovědí vědomi skutečnosti, že potřebují péči celého zdravotnického týmu. Odpovědi v podstatě korespondují s výsledky v jednotlivých grafech. Příjemné je zjištění, že se zde objevuje vědomí, jak náročná práce je, ať už z pohledu časového faktoru nebo jiného.

„Více času.“

„Komunitní péče v psychiatrii blíže mému přirozenému prostředí. Možnost mít časté vycházky – otevřené oddělení, naslouchání mým cílům, komunikace s rodinou. Větší dbání na GDPR...“

„Komplexnější přístup, zájem o pacienta v širších souvislostech, duchovní podpora, vnější motivace, výživový poradce,...“

„Empatie.“

„Lidský faktor ovlivňuje kvalitu péče.“

„Vnímat klienta/pacienta jako rovnocenného myslícího člověka, ne jako objekt na omytí, odění, nakrmení etc.“

„Aby přistupovali k pacientům, jako k lidem, ne jako k někomu, kdo je zas obtěžuje.“

„Více pozitivního přístupu.“

„Více komunikace.“

„Celkem nic. Jak jsem již uvedl, ošetrovatelská péče není všude na stejné úrovni. Pokud jsem byl v komatu ve vážném stavu, byla dle vyjádření rodiny péče bezchybná a na velké úrovni. Taková péče bývá většinou ve velkých fakulních nemocnicích. U nás třeba v okresní nemocnici je péče o poznání horší.“

„Víc soukromí.“

„Čas na pacienty.“

„Když hovořím, aby to brali na vědomí :-)”

„Přístup k pacientovi.“

„Více času věnovaný pacientům.“

„Abych byla brána jako živá bytost a mohla se podílet na své léčbě. Abych dostala veškeré informace na základě kterých se můžu sama rozhodnout. Abych nebyla brána jako něco, co zdravotnický personál obtěžuje. Například....“

„Přátelštější přístup, rychlejší pomoc.“

„Přístup k pacientovi, respektování jeho potřeba spolupráce s rodinou. |V tomto ohledu máme strašně špatné zkušenosti s...“

„Vnímání toho, že člověk nemá jen biologické potřeby. Více rovnocenný přístup. Léčbu spoluurčuje pacient, ne jen lékař. Vadí mi punc autority, zvláště když je jasné, že lékaři často neví, která bije.“

„Důraz na psychiku pacienta.“

„Toleranci, respekt.“

„Holistický a empirický přístup k informacím a aby zdravotnictvo nepodliehalo tendenčným tlakom moneyopolovania.“

„Nic.“ (odpověď více než desetkrát)

„Nevím...!?”

„Nevím.“

„Nic, měla jsem štěstí na výjimečný personál hlavně na JIP a ARO.“

„Změnit přístup sester. Větší odbornost lékařů. A trochu empatie, když se člověku špatnou léčbou změní život.“

„Porozumění.“

„Více zohledňovat individualitu pacientů.“

„Úsměv od sester.“

„Lidskost“

„Individuálnější přístup!“

„Přístup k pacientovi jako myslící bytosti.“

„Empatii ze strany zdravotnického personálu. Porozumění vůči rodičům. Dodržování hygienicko epidemiologického režimu.“

„Empatie.“

„Nevím.“

„Zlepšení přístupu ve všech směrech, projevení zájmu o potřeby pacienta.“

„Osobnější přístup.“

„Abych mohla říct svůj názor.“

„Empatii těch, kteří péči poskytují. Lidský přístup.“

„Lepší komunikace mezi pacientem a lékařem, větší důraz na psychosomatiku.“

„Větší péče o personál rovná se větší péče o pacienty.“

„Selský rozum.“

„Komunikace na pracovišti na všech úrovních, předávání informací.“

„Změnit přístup, jelikož pacient je ten, který rozhoduje o tom, jakým způsobem se nechá léčit. Systém nařízení, kdy má pacient jen mlčet a dělat, co se mu řekne, mi opravdu nevyhovuje.“

„Zájem.“

„Snahu pomáhat a ne jenom předepisovat a aplikovat léky, nebrat péči jenom jako zdroj obživy a výdělku, individuální a komplexní přístup.“

„Vyšší počty ošetrovatelského personálu na hospitalizované pacienty. Jinak vyhoříte a budete stejná.“

„Lidský přístup k pacientům.“

„Celostní medicína celkově chybí.“

„Celkový přístup.“

„Systematické řešení – například odlehčit práci lékařům a sestřám informovanou pomocí nižšího zdravotnického personálu, ale i pomoci s administrativou – pracovníky i s pomocí záznamové techniky a podobně“

„Třeba to, že když je zdělena diagnóza RS, tak se lékař bude chovat důstojně, nenadiktuje mi, co mám dělat, nedá mi 3 tablety hořčiku a honem nezmizí za dveřmi pokoje. Za těmi dveřmi, ze kterých za 5–10 minut vykoukne sestra, které se v očích odráží strach, v jakém stavu najde klienta a zda vůbec na klienta narazí. Zda již neleží čelem dolů pod oknem.“

„Lidský přístup.“

„Klást větší váhu osobním potřebám pacienta, když má strach a podobně.“

„Více věnovaného času.“

„Celostní zájem o pacienta.“

„Ve vztahu ke mně i k ostatním hospitalizovaným členům, bych chtěla změnit asi počet personálu. Je ho málo a od toho se ovíví i jeho přístup k pacientovi a další možnosti. Pokud je starší člověk hospitalizován a není schopný si udělat základní hygienu, nebo se najíst sám, jídlo je opět odneseno a nikoho to nezajímá. Musejí přijít rodinní příslušníci, kteří každý den dojíždějí do nemocnice a dbají na pitný režim a dotyčného krmí, dávají napít a tak dále.“

„Aby bylo více času na povídání.“

„Interpersonální vztahy na všech úrovních mezi zdravotníky.“

„Byla jsem spokojená.“

„Pacient jako člověk, ne objekt péče.“

„Větší empatie ze strany sester k pacientovi.“

„Pokud mi zůstane možnost svobodně si vybrat ošetřujícího lékaře a v případě potřeby jej vyměnit za jiného, jsem s péčí spokojen. Uvítal bych možnost subjektivního hodnocení konkrétních ošetřujících, aby se mohli zamyslet a zkvalitnit jimi poskytované služby a přístup k pacientovi.“

„Za mě velký dobrý.“

„Důstojnost.“

„Stačil by úsměv sestřiček, i když toho mají opravdu hodně moc. Ale s úsměvem jde opravdu všechno líp!“

„Vstřícný přístup.“

„Více lékařů a sester aby nebyli přetěžováni.“

„Nejvíce bych ocenila, kdybych dostala více konkrétních informací... vždy je možné říct pacientovi alespoň aktuální stav a jaké další kroky, vyšetření ho čekají.“

„Asi nic.“

„Zájem o člověka jako o bytost a respekt v možnosti spolurozhodování při dostatečné informovanosti.“

„Empatii.“

„Určitě je důležité naslouchat pacientovi. Chápu, že s některými pacienty je to složité. Proto by měl být individuální přístup ke každému pacientovi. Podle jeho potřeb... a ne že se pojede podle učebnice.“

„Byla jsem spokojena s péčí.“

„Aby personál s pacientem více komunikoval.“

„Vyhovovalo mi.“

„Chování některých doktorů a sester. Více trpělivosti a tolerance. Vymýtit aroganci.“

„Více porozumění.“

„Lidský přístup a zájem o člověka, nejsme maso na pultu.“

„Více respektu k pacientům. Podporu po sdělení diagnózy. Osobní přístup.“

„Nic, jsem spokojena.“

„Zúžit množství výkonů na nejnutnější minimum, neměřit v noci během spánku tlak, když to není potřeba a tak dále, větší spánkový komfort.“

„Takt.“

„Více odpočinku a uznání pro zdravotnický personál.“

„Přístup na některých odděleních se k Vám chovají jako ke kusu hadru. Naopak například na chirurgii si nemohu stěžovat, sice nabyli úplně sdílní a moc nebrali ohled, ale jinak se velmi snažili.“

„Celkově přístup k pacientům. I když jsem řekla svůj názor, nebyl na něj brán zřetel. Při otázce na můj zdravotní stav mi nikdo konkrétně neodpověděl. Sestřičky mi zapoměly dát předepsané léky.“

„Více kvalifikovaného personálu.“

„Apatie a člověčí přístup k osobě a danému problému.“

„Možná by stačilo mít více času na pacienty.“

„V nemocnici mi nejvíce vadí ztráta soukromí. Hezká židle neléčí, takže s estetickým cítěním se na prahu nemocnice loučím. Ale vždy mě ubíjí naprostá ztráta soukromí, blízkost ostatních pacientů na pokoji narušuje mou osobní zónu a cítím se nekomfortně. Ze strany personálu respekt k soukromí také často schází.“

„Dostatek času vše vysvětlit, ověřit, že pacient dobře rozumí problematice a požadavkům na něj kladených.“

„Komunikace, čas pro komunikaci.“

„Více personálu, lékaři i sestry jsou v našich podmínkách přetížení.“

„Téměř vše.“

„Asi nic, byla jsem spokojená:-)“

„Všechno“

„Je to složité, jde o celostní přístup jak lékařů, tak dalšího personálu a hlavně jejich znalost o nemocech, což dnes dost pokulhává... ve smyslu nových informací.“

„Změnit formulace lékařů a sester, aby nebyly absolutně demotivační.“

„Více empatie, myslet na vnitřní pocity a obavy pacienta.“

„Sociální komunikativnost, získání důvěry.“

„Aby měl ošetrovatelský tým více času na pacienta.“

„Větší empatii.“

„Větší ohledy na řeč těla.“

„Nechcem sa vyjadrit.“

„Více informovanosti o situacích, které se v nemocnicích nevidají často. Nebo správné zacházení a aplikování injekcí (například inzulin v době, ve které se má podávat, jako je například 30 min před jídlem).“

„Empatii od lékařů, možnost vybrat si sama způsob léčby, aniž bych byla lékařem direktivně léčena, pokud způsob léčby odmítanu, jsem vyškrtuta u lékaře z péče,

ješitnost lékařů, pomlouvání se mezi lékaři navzájem a neuznání způsobu léčby jiného lékaře, celostní přístup lékařů k pacientovi, kde posuzují nejen fyzický problém, ale i psychiku pacienta.“

„Ubrat sestřám zbytečnost a vrátit jim roli ochránce pacienta.“

„V péči o rodinného příslušníka mi chyběla vstřícnost, zájem.“

„Zájem o pacienta a jeho problémy a bolesti v rámci celku! Ne každý pacient je hypochondr! Já například mám velice dobrý práh bolesti a stejně jsem byla v příšerných bolestech puštěna z nemocnice domů s Neurolem! Toto není normální a mělo by se to změnit!...“

„Potransplantační péče o člověka i při zlomeninách byla minimální, maximálně navržení mastí na proleženiny...“

„Empatie, respekt.“

„Více empatie u zdravotníků/ ošetřovatelů.“

„Přesnější informace o zdravotním stavu a co bych mohla zlepšit vlastními silami. Abych mohla spolurozhodovat o péči, aby mě brali jako svéprávnou bytost.“

„Zájem o člověka a jeho život, podporu a snahu jít do hloubky, čas na konzultaci...“

„Sdělení, že mě musí vzít poslední na operaci a pak vydezinfikovat sál, protože mám stomii. Asi to je nařízení z dob, kdy nebyly kvalitní pomůcky, nechápu, proč po operaci oka, je třeba dezinfikovat více než po jiném pacientovi. Považuji za ponižující, zcela nevhodné sdělovat stomikovi, že je nečistý. Opak je pravda.“

„Více empatie.“

„Komplexní přístup zdravotnického zařízení, užší spolupráci jednotlivých oborů, ev. klinik, poskytování podpůrné péče (psychologa, fyzioterapeuta a podobně).“

„Už se tam nikdy nedostat.“

„Nepotřebovat ji.“

„Ve zdravotnictví je špatná koordinace odborností. Řeší následky, příčiny onemocnění. Chybí prevence. Slabá spolupráce s alternativní medicínou. Některé oblasti nejsou řešeny, protože jsou „finančně nedostupné.“ Krátkozraká politika.“