

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2021**

**Tereza Závorová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Tereza Závorová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VÍRA, PŘESVĚDČENÍ A ŽIVOTNÍ HODNOTY PACIENTA  
V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza ZÁVOROVÁ**  
Osobní číslo: **Z18B0084P**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Téma práce: **Víra, přesvědčení a životní hodnoty pacienta v ošetřovatelském procesu**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah grafických prací:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

### Seznam doporučené literatury:

- MARKOVÁ, Monika, 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-711.
- TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2013. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. Multikulturní ošetrovatelství pro praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-01.
- PLEVOVÁ, Ilona. Ošetrovatelství I. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
- ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. *Applying Nursing Process: The Foundation for Clinical Reasoning*. 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 9781609136970.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Jaroslava Nováková**

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



**PhDr. Lukáš Štich, MBA**  
děkan



**PhDr. Mgr. Jitka Krocová**  
vedoucí katedry

**Prohlášení**

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

V Plzni dne 30.3.2021

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Závorová Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Víra, přesvědčení a životní hodnoty pacienta v ošetrovatelském procesu

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 54

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 43

Klíčová slova: životní hodnoty, pacient, víra, ošetrovatelský proces, všeobecná sestra, potřeby pacienta

Souhrn:

Bakalářská práce je věnována problematice víry a životních hodnot pacientů v ošetrovatelském procesu pohledem všeobecných a praktických sester. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na odbornou terminologii, která se vztahuje k problematice potřeb, teorii ošetrovatelství. Také jsou zde zmíněna specifika životních hodnot, která se u pacienta mohou během nemoci měnit. V praktické části byly stanoveny tři hlavní výzkumné problémy, které byly analyzovány pomocí kvantitativního výzkumného šetření. Výzkumným nástrojem byl dotazník. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda všeobecné a praktické sestry vnímají víru a životní hodnoty pacientů jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu. Podle výsledků dotazníkového šetření téměř většina respondentů považuje víru a životní hodnoty pacienta za velice důležité. Bylo však také zjištěno, že pouze malá část respondentů s vírou a životními hodnotami pracuje v praxi. Z toho důvodu byl koncipován obsah edukačního semináře pro všeobecné a praktické sestry, který se této problematice věnuje.

## **Abstract**

Surname and name: Závorová Tereza

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Faith, beliefs and life values of the patient in the nursing process

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 54

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 43

Keywords: life values, patient, faith, nursing process, nurse, patient needs

### Summary:

Bachelor thesis is devoted to the issue of faith and life values of patients in the nursing process from the perspective of nurses. The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part of the bachelor's thesis is focused on professional terminology which relates to the issue of needs and the theory of nursing. The specifics of life values are also mentioned here because they can change during the patient's disease. In the practical part, three main research problems were identified, which were further investigated by quantitative research. The research tool was a questionnaire. Main target of this bachelor thesis was investigate if nurses perceive faith and life values of the patients as the integral part of the nursing process. According to the results of the questionnaire survey, almost the majority of respondents consider the patient's faith and life values as very important. However, it was also found that only a small part of respondents are working with faith and life values in practice. Due to this results an educational seminar for nurses was proposed.

## **Předmluva**

Ošetrovatelský proces je základním a jediným nástrojem nelékařských zdravotnických pracovníků pro saturaci potřeb nemocného. Během tohoto procesu by mělo dojít k pozitivní a efektivní změně zdravotního stavu pacienta. Je nezbytné, aby docházelo k uspokojení pacientových potřeb a současně byl brán ohled na víru a životní hodnoty nemocného. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda všeobecné a praktické sestry vnímají víru a životní hodnoty pacientů jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu.

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Jaroslavě Novákové za poskytnutou podporu, konzultace a odborné rady, které mi velice pomohly s vypracováním bakalářské práce a vedení Mulačovi nemocnice s.r.o. v Plzni za možnost provést zde výzkumné šetření.



# OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ .....	11
SEZNAM TABULEK.....	12
ÚVOD .....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 HODNOTA.....	15
1.1. Definice hodnot .....	15
1.2. Hodnotový žebříček.....	16
1.3. Ovlivnění životních hodnot nemocí.....	17
2 POTŘEBY.....	19
2.1. Lidské potřeby .....	19
2.1.1. Abraham Harold Maslow .....	20
3 OŠETŘOVATELSTVÍ .....	21
3.1. Znaky ošetřovatelství.....	22
3.2. Cíle ošetřovatelství .....	22
3.3. Kultura a náboženství v ošetřovatelství .....	22
3.3.1. Kultura.....	22
3.3.2. Multikulturalismus.....	23
3.3.3. Náboženství v ošetřovatelství.....	24
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	26
4.1. Fáze ošetřovatelského procesu .....	26
4.2. Ošetřovatelské diagnózy .....	27

5	VŠEOBECNÁ SESTRA .....	28
5.1.	Role všeobecné sestry .....	29
5.2.	Cíle všeobecné sestry v ošetrovatelství.....	30
6	KOMUNIKACE .....	31
6.1.	Verbální komunikace .....	32
6.2.	Neverbální komunikace .....	33
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	35
7	FORMULACE PROBLÉMU.....	35
8	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY .....	36
9	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	37
10	METODIKA PRÁCE .....	38
11	ORGANIZACE VÝZKUMU .....	40
12	REALIZACE VÝZKUMU A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	41
12.1.	Průběh šetření .....	41
	DISKUZE .....	60
	ZÁVĚR.....	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	67
	SEZNAM PŘÍLOH .....	71

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Maslwova Pyramida .....	20
Obrázek č. 2: Místo výkonu práce respondentů .....	41
Obrázek č. 3: Délka odborné praxe respondentů .....	42
Obrázek č. 4: Nejvyšší ukončené vzdělání .....	43
Obrázek č. 5: Ztotožnění s tvrzením o životních hodnotách .....	44
Obrázek č. 6: Negativní vliv onemocnění na životní hodnoty pacienta .....	45
Obrázek č. 7: Změna postojů a hodnot pacienta s délkou hospitalizace .....	46
Obrázek č. 8: Víra a životní hodnoty při odběru ošetřovatelské anamnézy .....	48
Obrázek č. 9: Naplnění životních hodnot pacienta během hospitalizace .....	49
Obrázek č. 10: Ošetřovatelské diagnózy v rámci ošetřovatelského procesu .....	52
Obrázek č. 11: Zájem o kurzy týkající se životních hodnot.....	53
Obrázek č. 12: Intervence psychologa pro pacienta .....	53
Obrázek č. 13: Osobní zajištění intervence psychologa pro pacienta.....	54
Obrázek č. 14: Duchovní služby pro pacienta (kněz, řádová sestra).....	54
Obrázek č. 15: Osobní zajištění duchovní služby pro pacienta (kněz, řádová sestra).....	55
Obrázek č. 16: Důležité prvky duchovní služby .....	56
Obrázek č. 17: Potřebné podmínky k věnování pozornosti na životní hodnoty pacienta ..	57
Obrázek č. 18: Podmínky dostupné na pracovišti respondenta.....	58
Obrázek č. 19: Zlepšení podmínek pro naplnění životních hodnot pacienta .....	59

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Faktory negativně ovlivňující životní hodnoty pacienta .....	47
Tabulka č. 2: Hodnocení preferencí životních hodnot sester v roli pacienta .....	50
Tabulka č. 3: Změna životních hodnot během nemoci .....	51
Tabulka č. 4: Práce s vírou a životními hodnotami dle úrovně vzdělání .....	61

## ÚVOD

Zdravý člověk má v dospělosti poměrně stabilní hodnotový žebříček. Skladbu takového hodnotového žebříčku ovlivňují životní zkušenosti, zájmy, ideály, ekonomická a sociální situace, ale také například náboženství. Zastáváme názor, že je nutné zaměřit pozornost na to, co člověka naplňuje a v čem vidí smysl svého života. Při nestandardních životních situacích, jako je například nemoc, může docházet ke změnám v hodnotovém žebříčku jedince a ten pak může vlivem těchto situací psychicky strádat. Podle nás, by sestra měla být schopna s pacientem o problematice mluvit a plnohodnotně řadit víru a životní hodnoty do ošetrovatelského procesu.

Vlivem nemoci se mění i navyký stereotyp a dochází také k narušení obvyklého způsobu života. Pokud je člověk nemocný, nedostává se mu žádaného nebo pouze minimálního uspokojení řady potřeb. Nemoc poté může mít k důsledkům nejen biologické, ale také psychické a sociální. U každého onemocnění mohou být tyto důsledky rozdílné, zároveň jsou vnímány každým pacientem odlišně. Každá nemoc však působí na člověka negativně a ovlivňuje jeho životní hodnoty a chování (Zacharová, 2017, s. 168).

Povolání všeobecné sestry je úzce spojeno s naplňováním potřeb člověka nejen po fyzické stránce, ale také po stránce psychické. Sestra by měla mít rozhled a být vzdělaná nejen v klinických oborech, ale také v behaviorálních vědách. Je nezbytné, aby uměla rozpoznat duševní rozpoložení, ve kterém se pacient nachází, jaká je jeho nálada a co prožívá. Musí být schopna vidění světa pohledem pacienta (Beran a kol., 2010, s. 52).

Problematice víry a životních hodnot se věnujeme zejména proto, že zastáváme názor o důležitosti tohoto tématu, a protože si myslíme, že je toto téma často na mnoha nemocničních odděleních opomíjeno. Z tohoto důvodu zkoumáme, zda samy všeobecné a praktické sestry vnímají víru a životní hodnoty pacientů jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu, jestli jsou schopny toto začlenit do svojí práce a hlavně, zda k tomu mají odpovídající pracovní podmínky. Výzkumné šetření bylo provedeno napříč jednotlivými odděleními Mulačovy nemocnice s.r.o. v Plzni a po vyhodnocení

dotazníkového šetření a zjištění všech výsledků byl navržen edukační seminář pro sestry této nemocnice, který se zabývá tématem víry a životních hodnot.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 HODNOTA

### 1.1. Definice hodnot

Vysvětlení pojmu „hodnota“ můžeme sledovat současně s vývojem filozofie přibližně od antiky až po dnešní dobu. Postupem času začalo téma hodnot nabývat na významu, a to vlivem rozšiřujících se sociálních jevů. V současnosti se dostávají do popředí zejména základní morální hodnoty, na rozdíl od 6. století před naším letopočtem, kdy se filozofové zabývali lidskými hodnotami v debatách o nejvyšším dobru (Seitl, 2012, s. 10).

Několik významných autorů současnosti hodnoty definovalo. Ty nejvýznamnější z nich uvádí Seitl (2012, s. 10) ve své publikaci, například Homolu a Trpišovskou, podle kterých je hodnota obecně vlastností věci nebo kvalitou, která z ní dělá užitečnou, ctěnou nebo žádoucí. Hodnota je tu dána vztahem subjektu k objektu a je právě vlastností, kterou subjekt prožívá, nejde zde o objektivní vlastnost samu o sobě. Dále podle Rokeacha znamená hodnota přesvědčení jedince, které přetrvává. Konkrétní specifické jednání nebo cílový stav existence je sociálně a osobně výhodnější než jiný způsob jednání nebo požadovaný stav existence. Také Schwartz a Bilsky zmiňují hodnoty. Mluví o nich jako o přesvědčení žádoucích cílových stavů a způsobů jednání, přesahující určité situace a jsou řazeny dle vzájemné důležitosti (Seitl, 2012, s. 10).

Frankl (2015, s. 61) rozděluje hodnoty do tří základních okruhů podle zaměření života – hodnoty zážitkové, hodnoty postojové a hodnoty tvořivé. Uvedená kategorizace reflektuje skutečnost, že v životě člověka dochází k různým fázím a situacím, ne v každé z nich lze vždy zažít všechny tyto hodnotové typy.

Do postojových hodnot zahrnujeme například zaujatý postoj k dané problematice, navzdory jejich příznivým i nepříznivým okolnostem. Můžeme se s nimi často setkat u pacientů, kteří trpí chronickým onemocněním. U těchto pacientů je zjevně viditelná hodnotová orientace, zejména pak to, jakým způsobem dokážou snášet situace, které

by jiné zdrtily. Radovat se umějí i z maličností díky jejich úctyhodnému postoji. Postojové hodnoty se projevují již při samotném rozhodování „buď / nebo“ (Frankl, 2015, s. 61).

Zážitkovou hodnotou může být například láska, představující jistý druh zážitku. Další hodnotou může být i prožívání a vnímání výtvarného díla, hudby a obecně jakéhokoli umění. Mluvíme o tzv. estetických hodnotách (Frankl, 2015, s. 62).

Další důležitou skupinou jsou tvořivé hodnoty. Tyto hodnoty vytváříme samostatně vlastní činnostmi a obohacujeme tím svět kolem nás. Je možné do této skupiny hodnot zařadit i práci sestry, která vytváří například pohodlné prostředí pacientovi a bezproblémový chod oddělení. Musíme však klást důraz na vážnost a smysluplnost těchto hodnot i v situacích, kdy v nich ostatní smysl nevidí a nemohou nás tak hodnotit (Frankl, 2015, s. 62).

Z uvedeného textu je zřejmé, že je pojem „hodnota“ často zmiňován a užíván. Je ale velice důležité uvažovat o souvislosti jeho použití. V průběhu let se význam hodnot mění, nejen v období života, ale i během světových dějin. Mění se i u odlišných kultur a národností. Většina lidské populace klade nejvyšší důraz na hodnoty jako zdraví, život a láska. Subjektivně jsou pak řazeny ostatní hodnoty například vzdělání, umění, bohatství nebo náboženské vyznání. Toto má za následek růst variability společnosti a otevírá prostor pro nová témata (Frankl, 2015, s. 63).

## **1.2. Hodnotový žebříček**

Hierarchii hodnot můžeme chápat jako pořadí jednotlivých hodnot dle jejich důležitosti tak, jak jsou jedincem přijímány a vnímány a jaký pro ně mají význam. Jedná se o systém hodnot, který je uspořádaný dle důležitosti (Hartl, Hartlová, 2015, s. 490).

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011, s. 43) ve své publikaci zmiňují, že vznikají vztahy mezi jednotlivými hodnotami, které jedinec uznává. U člověka také dochází k vytváření hodnotové orientace. Tento pojem můžeme chápat jako sociálně podmíněný, stálý a volitelný vztah jedince k určitým objektům, na které v rámci upokojujování svých potřeb nahlíží jako na cíle, prostředky nebo předměty. Hodnotová orientace je tedy relativně trvalá motivační dispozice chování člověka.



Prudký a kolektiv (2009, s. 34) podtrhuje fakt, že existují rozdíly mezi hodnotovými preferencemi a hodnotovou orientací. Hodnotové preference obsahují jisté zastavení pohledu na hodnoty (váhu, pořadí a trvání v konkrétním čase), aby mohly být včleněny a uspořádány do preferenčních vztahů. Oproti tomu v pojmu hodnotové orientace můžeme najít dynamiku a působení v čase, který je spojuje s určitým cílem. V tomto případě se jedná o dílčí utváření hodnot v čase. Hodnotová orientace vyjadřuje směr, jakým se budou pravděpodobně hodnoty ubírat.

Preference hodnot se u každého člověka liší. V některých případech může docházet ke shodě dle toho, k jaké sociální skupině jedinec patří. Zkušenosti a zážitky se nedají přenášet. Důležitým faktem však zůstává, aby jedinec věděl, jaké hodnoty jsou pro něho nejdůležitější (Prudký a kolektiv, 2009, s. 34).

Víra se řadí v hodnotového žebříčku jako jedna z nejdůležitějších hodnot. Jedná se o schopnost člověka doufat či mít v něco naději. Víra nemusí být spojována s Bohem, jedinec může věřit v lásku, společnost nebo například spravedlnost. Opatrný (2001) spojuje víru, jako lidský čin, se spolehnutím se, důvěrné přiblížení. Jedná se o otevřený vztah, u kterého je pouze omezené množství obranných postojů a minimum nedůvěry. Víra je velice úzce spojena s láskou.

### **1.3. Ovlivnění životních hodnot nemocí**

U člověka, který chronicky nebo nevyléčitelně onemocní, může dojít ke ztrátě pocitu svých vlastních hodnot. Tento pocit je považován za jeden z nejhorších dopadů během nemoci. Dochází k jeho prohloubení v případě, že dojde k odmítnutí nemocného člověka společností. V žádném případě nemůže dojít ke ztrátě možnosti se svobodně rozhodnout o svém postoji k onemocnění, které jej potkalo. Duchovní svoboda, která člověku nelze odeprít, poskytuje jedinci do poslední chvíle možnost si smysluplně uspořádat život (Frankl, 2015, s. 78).

Zacharová (2017, s. 169) uvádějí, že dochází ke změně v hierarchii hodnot u člověka, který prodělává nemoc. Je proto velice důležité, aby docházelo ke zjištění samotných hodnot během anamnézy.

U nemocného člověka je velice důležité udržení jistoty, že nedojde k jeho opuštění a nezůstane sám. Nemocný člověk musí mít pocit lásky, sounáležitosti, seberealizace, úcty a sebeúcty. V průběhu těžké nemoci bohužel dochází ke ztrátě seberealizace. U takového člověka je důležité připomenout, že v životě něco dokázal a něco se mu povedlo. Toto je mnohem důležitější než zmiňovat způsob, jakým by se mohl seberealizovat. Velice často dochází k narušení pocitu sebeúcty nedostatkem soukromí, tedy ztrátou intimity, ke které dochází během hospitalizace, pacient se může cítit, že je na obtíž. Nepochopení či nepochopení nároků a potřeb může vést k narušení pocitu příslušnosti. Bolest nebo nespavost mohou narušit potřebu bezpečí a jistoty člověka. Biologické potřeby u nemocného člověka přetrvávají po celou dobu nemoci a jsou brány jako nejdůležitější (Šamánková a kol., 2011, s. 15).

V některých případech dochází k pozitivnímu vlivu onemocnění na psychiku nemocného. U nemocného probíhá hodnocení dosavadního života, ke kterému mu dá nemoc příležitost, zároveň má nemocný možnost stanovit ty nejdůležitější hodnoty a dochází k přehodnocení životních priorit. Člověk si díky nemoci často uvědomí, že by si přál žít radostněji a intenzivněji a vytváří si nové cíle. Pokud dojde ke zlepšení stavu nemocného, začne si plnit své sny, užívat si života, poznávat nové lidi či se naplno věnovat rodině (Šamánková a kol., 2011, s. 33).

Rozpoznání životních hodnot umírajícího a pochopení jeho potřeb je velmi důležité pro kvalitu a důstojný odchod umírajícího. Je nezbytné, aby byl zdravotník schopen najít rozdíl mezi svým hodnotovým žebříčkem a hodnotovým žebříčkem nemocného a byl si tak vědom napětí, které může případně vzniknout jejich rozdílností. Je třeba také nahlížet na potenciální změnu životních hodnot, která může u člověka nastat během průběhu života či nemoci (Marková, 2010, s. 38).

## 2 POTŘEBY

### 2.1. Lidské potřeby

Příbyl (2015, s. 50) mluví o uspokojování tužeb, potřeb a přání u každého z nás. Principiálně jsou u mnohých společné nebo velice podobné. U nemocných je to obdobné, i oni mají své potřeby. Často však dochází k domněnkám, že jsou potřeby nemocných odlišné, a že pokud nemocnému ubývá sil, potřebuje něco zcela jiného a výjimečného. Vzniká tak strach z náročnosti na uspokojení potřeb. Lidé však mají obecně stejné potřeby, které je velice důležité naplnit, aby se cítili uspokojeni. U nemocných je rozdíl pouze v hierarchickém uspořádání samotných potřeb či způsobu, jakým jsou uspokojovány.

Potřeba lze definovat také jako požadavek organismu člověka se něčeho zbavit nebo něčeho dosáhnout a něco získat, jde o narušení rovnováhy uvnitř člověka. Pokud dlouhodobě nedochází k naplňování potřeb, může se to negativně odrazit nejen v dobré náladě, ale hlavně na zdraví (Hartl, Hartlová, 2015, s. 444).

Kvalita života člověka je úzce spojena právě s uspokojením potřeb a promítá se v určitých podmínkách. Janiš a Skopalová (2016, s. 53) hovoří o psychologických, materiálních, duchovních a sociálních podmínkách, jako podstatě šťastného a zdravého života.

Potřeby nemocného jsou v moderním ošetřovatelství hodnoceny a systematicky uspokojovány prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Je nezbytné, aby se sestra zabývala člověkem jako bio-psycho-sociálním celkem (Trachtová a kol., 2018, s. 11).

Pacienti a zdravotníci mají společný cíl a tím je navrácení zdraví. K uzdravení člověka nevedou pouze léčebné zákroky a farmakologická léčba, ale i dílčí aspekty jako jsou vhodné podmínky k hygieně, dostatečné množství spánku, vyvážená strava, dle druhu onemocnění apod. Nelze vynechat ani psychickou pohodu nemocného. Zdravotník se musí zabývat i dalšími věcmi, jako je například pocit jistoty a bezpečí, sociální kontakt a potřeba úcty (Trachtová a kol., 2018, s. 16).

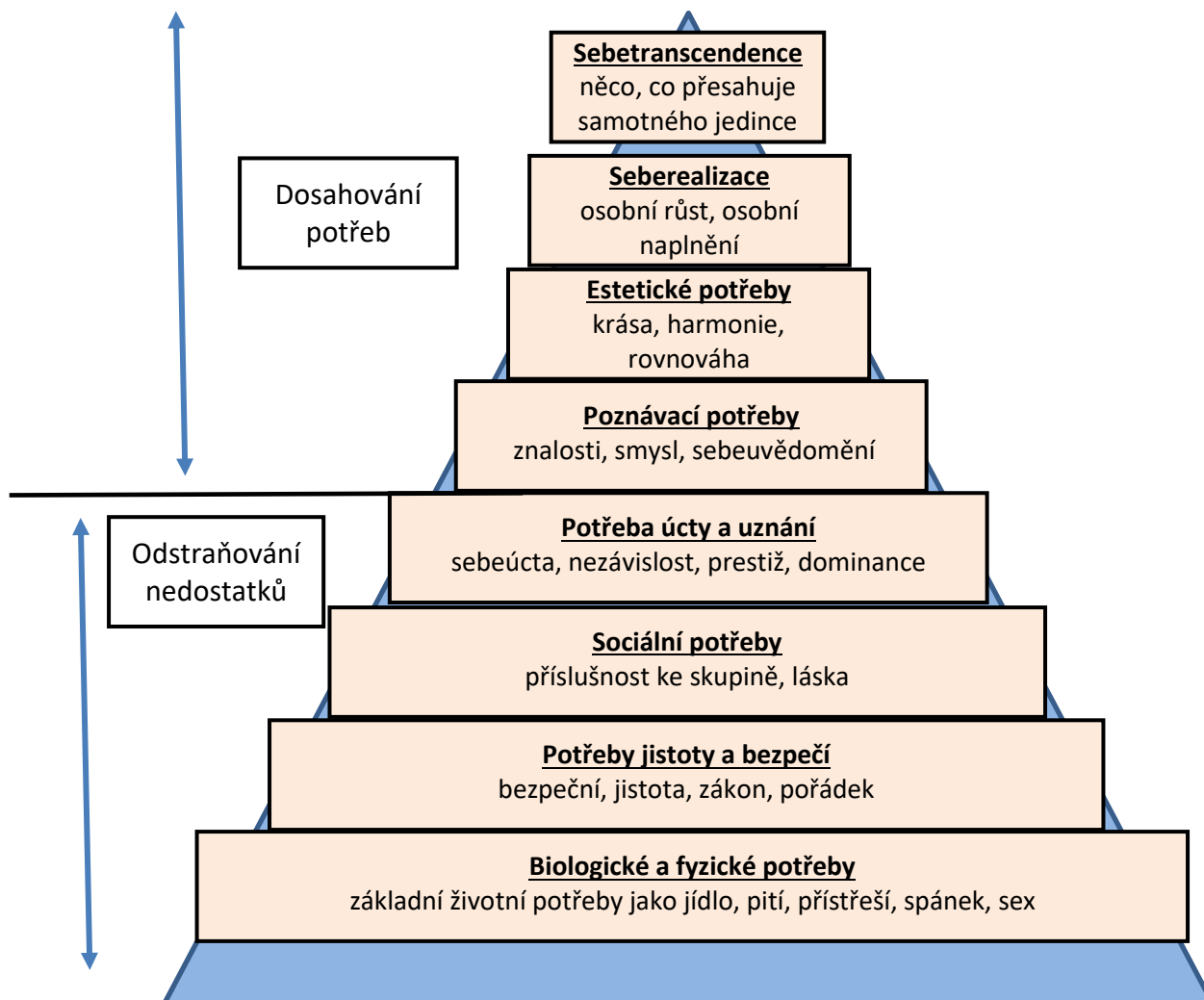
### 2.1.1. Abraham Harold Maslow

A. H. Maslow byl jeden z nejznámějších amerických psychologů, zabývající se uspořádáním lidských potřeb. Dle něho jsou potřeby uspořádány hierarchicky, prostřednictvím pyramidy, děleny so dvou základních skupin:

- Potřeby, které jsou spojeny s bytím člověka
- Potřeby, které jsou spojeny s nedostatkem

Pokud nedojde k uspokojení potřeb spojovaných s nedostatkem, u člověka se projevuje úzkost a snaží se nedostatky nahradit nebo odstranit. Jakmile jsou tyto potřeby uspokojeny, dojde k vytvoření místa pro potřeby spojené s bytím člověka. Jejich naplněním lze dosáhnout cílů, které jsou výše (Příbyl, 2015, s. 34-35).

Obrázek č. 1: Maslowova Pyramida



Zdroj: Vlastní zpracování dle Příbyla (2015, s. 34)

### 3 OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství je bráno jako samostatná vědní disciplína, jehož předmětem je vyhledání a uspokojení psychických, sociálních a biologických potřeb zdravého i nemocného člověka (Plevová a kol., 2018, s. 59).

Mezi základní princip ošetřovatelství patří podpora a udržení zdraví, rozvoj soběstačnosti a navrácení zdraví, ale také zmírnění utrpení nemocného a klidné umírání. Dále se ošetřovatelství podílí na diagnostice, terapii a prevenci. Pomáhá se nejen jednotlivcům, ale také skupinám a rodinám, aby pro ně bylo možné samostatně uspokojit potřeby psychosociální, fyziologické i duchovní (Plevová a kol., 2018, s. 59).

Plevová a kol. (2018, s. 57) také uvádí, že ošetřovatelství zahrnuje následující další obory:

- **Fyzikální vědy**
- **Humanitní vědy**
- **Biologické vědy**
- **Behaviorální vědy**
- **Teorie vzdělávání**
- **Teorie řízení a vedení**

Ošetřovatelství tak lze charakterizovat jako obor multidisciplinární, který ovlivňují výsledky z oborů příbuzných, kterými jsou vědní obory humanitní a medicínské disciplíny. Má své teoretické základy a jejich následné praktické aplikace. Moderní ošetřovatelství je v současnosti uskutečňováno za pomoci formy ošetřovatelského procesu a vychází z poznatků vědy. (Plevová a kol., 2018, s. 57).

V moderním ošetřovatelství je kladen důraz na samostatnost sester a jejich týmovou spolupráci s ostatním personálem. Jedná se o vědní obor, který staví na nových poznatcích, které jsou ověřeny z vědeckého výzkumu věd fyzikálních, humanitních, biologických, behaviorálních, dále pak z teorie řízení, vzdělání a vedení. Tyto poznatky jsou následně aplikovány do praxe (Plevová a kol., 2018, s. 22).

### **3.1. Znaky ošetrovatelství**

Plevová a kol. (2018, s. 57 - 58) ve své publikaci uvádí několik charakteristických znaků ošetrovatelství. Patří mezi ně holistický přístup k pacientovi, poskytování péče formou ošetrovatelského procesu, poskytování aktivní ošetrovatelské péče jedinci i skupině, poskytování péče na základě fakt a vědeckých poznatků, poskytování péče za pomoci ošetrovatelského týmu.

### **3.2. Cíle ošetrovatelství**

Hlavním cílem ošetrovatelství je uspokojit potřeby jednotlivce, či skupiny, a to komplexně a systematicky, s respektem k jejich kvalitě života. Dále snaha o udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění bolesti ať již fyzické či psychické v průběhu umírání. Při snaze splnit tyto výše uvedené cíle, nelékařský zdravotnický personál spolupracuje s nemocným, ale i dalšími odborníky jako jsou lékaři, psycholog, sociální pracovník, duchovní. Moderní ošetrovatelství si dále klade za cíl orientovat se na člověka společně se všemi jeho problémy a potřebami. Sestra má za úkol tyto problémy rozpoznat, určit jejich příčinu, posoudit závažnost a poté stanovit vhodný způsob řešení daného problému (Plevová a kol., 2018, s.58).

### **3.3. Kultura a náboženství v ošetrovatelství**

#### **3.3.1. Kultura**

Pojem kultura pochází z latinského jazyka a odvozuje se od slova „cultura“, které vyjadřuje uctívání a zušlechťování. Ve společenských vědách má slovo kultura celou řadu významů, které není možné jednoznačně definovat. Kulturu lze chápat například jako přenášení lidského ducha do věcí, jako víra, hodnoty, chování, gesta, tradice, vzdělání či způsob, jakým je lidem poskytována péče. Kultura se přenáší v prostoru i čase (Kutnohorská, 2013, s. 21– 23).

Tollarová, Hradečná a Špírková (2013, s. 47 - 49) připomínají, že kultura není vrozená, ale člověk se jí musí naučit. V dětském věku dochází k osvojování skrze socializaci do společnosti, kde vyrůstá. Kultura je, formou tradice, přenášena z rodiče na potomka a dále na další generaci. Vlivem působení rodiny, školy a vrstevníků dochází k přenosu kultury.

Toto se děje především v dětství a dospívání. V poslední době mají nemalý vliv na přenos kultury i média. Člověk je kulturou ovlivněn i při řešení životních situací jako je například narození potomka, pohřeb, nalezení nové práce a poznání krásy člověka. Pojem kultura je také velice úzce spojován se vztahy a s komunikací. Kultura vzniká a transformuje se v jisté interakci. Vlivem odlišností kontextu, ve kterém člověk žije, dochází ke kulturním problémům.

Kulturní rozhled mezi ošetrovatelským personálem, který se uplatňuje při poskytování péče pacientům, kteří patří do různého kulturního, sociálně-ekonomického a náboženského prostředí, snižuje množství konfliktů a také etický stres. Je důležité, aby personál naslouchal a byl připraven na odlišné chování od norem, které jsou očekávány a vnímány jako normy osobní (Kutnohorská, 2013, s. 21 – 23).

### **3.3.2. Multikulturalismus**

Lidé jsou ovlivněny kulturním prostředím, ve kterém žijí, studují, pracují a ve kterém se narodili. Socializací se snažíme o začlenění do společnosti a naučení se, co se od nás vyžaduje. Během života se člověk stává členem různých subkultur, které jsou charakteristické svými odlišnými pravidly a zvyklostmi, díky kterým jsou unikátní. Jednotlivé kultury mají své pojetí nemoci a zdraví, mají pohled na to, co je pro ně normální chování a co není. Mezi holistické – celistvé vnímání jedince patří zejména jazyk, historie a náboženství (Kutnohorská, 2013, s. 13).

Pokud jsou různé národy schopny spolupracovat, přijmout odlišnosti druhých, jejich zvyky, tradice a rituály, jedná se o ideální stav. Civilizace se nejvíce vyvíjela tam, kde spolu odlišné kultury žili v kontaktu, soutěžili spolu a vymezovali se proti sobě. V průběhu toho došlo k přenášení zkušeností, vzájemnému poznání, respektu svých hodnot a odlišností. Jednotlivé kultury tak mohli přijímat, ale i dávat něco nového (Kutnohorská, 2013, s. 13- 14).

Definice multikulturalismu může být pojata jako harmonické a ideální soužití odlišných etnických a kulturních skupin ve společnosti či jako souhrn určitých zásad, ve kterých se etnika liší od majoritní společnosti, ale má stejné právo na kulturu jako právě etnika

majoritní. Multikulturalita může být chápána i jako určité působení, aby lidé odlišných národností žili ve vzájemné toleranci (Kutnohorská, 2013, s. 13 - 14).

Multikulturní ošetřovatelství můžeme chápat i jako disciplínu, které je právně uznávaná, nezastupitelná a metodická, která má za cíl uspokojování potřeb člověka tak, aby pacient neodmítal spolupráci se zdravotníkem či nepociťoval nespokojenost (Giger, 2013, s. 93).

Kutnohorská (2013, s. 38 - 39) zmiňuje, že pro zajištění adekvátní péče jsou důležité znalosti problematiky multikulturního ošetřovatelství. Jednotlivé kultury mají specifické hodnoty, víru, ale také způsob, jakým je nemoc léčena a jakým je poskytována péče. Je důležité tyto principy nejprve pochopit a zjistit jednotlivé hodnoty kultur, poté je možné, by je zdravotník u pacientů z jiného kulturního světa využíval. Je nutné, aby zdravotník porozuměl sám sobě, svojí kultuře a ochotě pomáhat druhým.

Kutnohorská (2013, s. 39) dále připomíná, že zdravotníci, kteří vykonávají multikulturní ošetřovatelství, respektují práva člověka. Svoji práci vykonávají s vědomím, že je možné se dopustit neetického chování a nepřijatelných činností z pohledu práva.

### **3.3.3. Náboženství v ošetřovatelství**

Existuje mnoho souvislostí mezi fyzickým a psychosociálním stavem pacienta. V posledních letech se často diskutuje o významnosti oddělení spirituálních potřeb pacienta během poskytování péče. Náboženství v ošetřovatelství však nemá své zaměření pouze na pacienty, ale také na rodinu, příbuzné a samotný personál, který o ně pečuje. Pokud je lidem umožněno komunikovat o svých obavách a pocitech pomáhá vyrovnávat se s nastávající životní situací, ve které lidé zrovna jsou (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 90).

Mnoho lidí se domnívá, že potřeba náboženství se týká pouze potřeb věřících. To je však spíše opačně. Věřící člověk může lépe zvládat situaci, která pro něho není jednoduchá a orientovat se v ní. Proti tomu člověk, který není věřící, může začít uvažovat o smysluplnosti života až v momentě své vážné nemoci či jiné těžké životní situaci. V tento moment je potřeba poskytnout člověku pochopení a vyrovnání se s danou situací bez ohledu na to, jakou má víru. Pokud by nedošlo k naplnění těchto potřeb, může dojít ke stavu duševní nouze (Svatošová, 2012, s. 23).



Svatošová (2012, s. 27) dále uvádí, že pro dosažení komplexní péče o pacienta je nezbytná spolupráce zdravotníka a duchovního, protože je právě zdravotník ten, který často zachytí duchovní potřeby nemocného. Je také klíčové, aby si zdravotník všiml neverbálních projevů a uměl je správně interpretovat. I přes aktivní a pozitivní přístup mu však může být nepříjemné hovořit o záležitostech týkajících se duchovna. V takovém případě bychom pacienta měli předat do rukou odborníka.

Sestry se často domnívají, že je nezbytné uspokojit všechny pacientovy potřeby. V častých případech to však není možné, protože ne vždy lze posoudit a uspokojit právě spirituální potřeby. Neochota pacienta, který nechce sdílet důvěrné a intimní informace však nemusí být důvodem. Může se jednat o nedostatek zkušeností u sester, ať už se jedná o zkušenosti životní či profesní. Nabádat pacienty k nepříjemným rozhovorům může být z etického pohledu problematické. Zůstává tedy otázkou, zda je u sestry dostatečná profesionální a lidská příprava pro to, aby dokázala provádět intervence, které se týkají této tematiky (Heřmanová, 2012, s. 149).

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je brán jako nejdůležitější pracovní metoda nelékařských zdravotnických pracovníků, jejímž hlavním cílem je prevence, zmírnění nebo úplné odstranění problémů pacientů v oblasti jejich individuálních potřeb (vyhláška č. 55/2011 Sb., § 2 ve znění pozdějších předpisů).

Plevová a kol. (2018, s. 110) definovala ošetřovatelský proces ve své knize následovně: „Ošetřovatelský proces lze definovat jako systematickou, racionální a cyklickou metodu poskytování ošetřovatelské péče jednotlivci, rodině, komunitě, všeobecně použitelnou ve všech typech prostředí zdravotní péče a otevřenou pro nestálé přehodnocování péče na základě aktuálního stavu“.

Plevová a kol. (2018, s. 110) dále ve svém výtisku uvádí, že cílem ošetřovatelského procesu je zjistit potenciální či již vzniklé problémy a na jejich základě naplánovat intervence, které následně povedou k uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb jednotlivce, komunity nebo rodiny.

### 4.1. Fáze ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces je složen z pěti na sebe navazujících kroků. Prvním z nich je fáze posuzování (zhodnocení), při které dochází ke shromáždění a zhodnocení dat. Druhou fází je diagnostika, kdy se určují ošetřovatelské diagnózy. Po určení ošetřovatelských diagnóz se uskutečňuje fáze plánování, při které se stanoví cíl, jehož chceme dosáhnout. Čtvrtým krokem je fáze realizace, kdy všeobecná nebo praktická sestra vykonává ošetřovatelské intervence, které povedou k dosažení stanovených cílů/výsledků u jednotlivce, komunity nebo rodiny. Pátým a tím i posledním krokem ošetřovatelského procesu je fáze vyhodnocení, při které se zhodnotí efekt péče, která byla poskytnuta. Všechny zmíněné kroky se prolínají, závisí na sobě a tím tvoří celek (Tóthová a kol., 2014, s. 16 – 17).

## 4.2. Ošetrovatelské diagnózy

Zdravotní péči poskytují různé zdravotnické profese jako například sestry, lékaři či fyzioterapeuti. Toto je platné pro nemocnice stejně tak, jako pro jiná zařízení, ve kterých je poskytována následná péče. Každý z jednotlivých oborů přináší do péče o pacienta unikátní znalost, která je uváděna jako charakteristická pro dané povolání. Je však nutné, aby spolu pracovníci poskytující zdravotní péči spolupracovali, protože v jistém momentu dochází i překrývání jejich činností a kompetencí. Příkladem může být situace, kdy lékař předepíše pacientovi chůzi dvakrát denně; fyzioterapeut se zaměří na svalstvo a pohyby, které jsou nezbytné pro chůzi; sestra naproti tomu bude nahlížet na pacienta holistickým přístupem, tj. ne pouze na rovnováhu a svalstvo, které je důležité pro chůzi, ale také na jeho sebedůvěru a motivaci a sociální pracovník pokrytím nezbytných pomůcek, které jsou určeny k usnadnění pohybu (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 19).

Dle Herdmana a Kamitsury (2015, s. 19) se sestry zabývají reakcí na zdravotní stav mezi jedinci, rodinou nebo komunitou. Tyto reakce vyplňují kruh ošetrovatelství a jsou středem zájmu ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská diagnóza se může zaměřovat na různé okruhy – problém, podporu zdraví či na potenciální riziko.

- **Diagnóza zaměřená na problém** – posouzení ohledně nežádoucí lidské reakce na zdravotní stav, existující u člověka, rodině či komunitě (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 20)
- **Diagnóza zaměřená na podporu zdraví** – posouzení ohledně touhy a motivace, zlepšující pocit pohody a obnovit potenciál zdraví člověka. Vyjadřuje se snahou o zlepšení určitého chování, které se týká zdraví a je možné ji využít v případě jakéhokoli zdravotního stavu (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 20)
- **Diagnóza zaměřená na potenciální riziko** – posouzení ohledně náchylnosti rodiny, komunity či jedince k tvorbě negativní reakce na zdravotní stav či životní procesy (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 20)

## 5 VŠEOBECNÁ SESTRA

Všechny profese jsou do jisté míry náročné na osobnostní výbavu člověka. Ošetřovatelská profese je však náročná nejen po stránce fyzické, ale také psychické. Je již pravidlem, že se sestry potkávají každý den s umíráním, neštěstím lidí a okamžiky, které mění hodnoty člověka. Práce sestry je ale považována za poslání a každý, kdo si toto povolání zvolí, měl by být na toto právem hrdý (Kutnohorská, 2013, s. 142).

Vévoda a kol. (2013, s. 8 - 11) zmiňují, že práce patří k nutné součásti našeho života. Nelze ji však upřít i pozitivní stránky, protože prostřednictvím práce dochází k seberealizaci člověka, a zároveň může být duchovním i materiálním zdrojem všech společenských hodnot. Příznivě tak ovlivňuje psychický stav jedince. Profese všeobecné sestry je v současnosti pro společnost klíčová. Kvalitně odvedená práce všeobecných sester může vést ke snížení nákladů zdravotního systému a zvýšení úrovně poskytované péče a bezpečnosti pacienta.

Důležitým pilířem profese všeobecné sestry je široká péče o zdraví jedince, která se zaměřuje zejména na podporu a udržení zdraví, rozvoj soběstačnosti a navrácení do společnosti. Důležitou součástí je zmírnění utrpení pacienta a zajištění klidného a důstojného umírání a smrti. Z toho jednoznačně vyplývá, že jsou sestry pod velkým psychickým tlakem (Vévoda a kol., 2013, s. 8 - 11).

Dle Kutnohorské (2013, s. 142) prodělalo povolání sestry v poměrně krátkém časovém období velké změny. Sestra by měla být svědomitá, spolehlivá, počestná, empatická a měla by být dobrou pozorovatelkou.

Plevová (2018, s. 91 – 92) charakterizovala nezbytné předpoklady k výkonu povolání všeobecné sestry následovně:

- předpoklady senzomotorické: zručnost, šikovnost, pohybová obratnost, neporušené smyslové vnímání,
- předpoklady estetické: smysl pro úpravu vlastního zevnějšku, smysl pro úpravu zdravotního zevnějšku,

- předpoklady intelektové: schopnost řešení proměnlivých situací, vybrat správné řešení, osvojení si širokého spektra pojmů,
- předpoklady sociální: schopnost navazovat kontakt, pozitivní vztah k lidem, vést dialog, empatie, zaujímat různé sociální role, ovládat verbální i neverbální projevy,
- předpoklady autoregulační: sebezapření, přizpůsobivost, odolnost vůči stresu,
- předpoklady komunikační: schopnost reflexe, naslouchání, mlčení, sumarizace.

## 5.1. Role všeobecné sestry

Definice pojmu role může být způsob chování, který se očekává a je žádoucí, váže se také na konkrétní sociální postavení (Hartl a Hartlová, 2015, s. 504).

Role sestry je ovlivněna změnami, ke kterým ve společnosti dochází, zdravotní péčí, technologiemi a novými poznatky, dále je role sestry je ovlivňována i celkovým zdravotním stavem obyvatelstva (Plevová a kol., 2018, s. 82).

Utváření vědní disciplíny ošetřovatelství také podstatně ovlivňuje roli sestry. Všeobecná sestra se více podílí na plánování zdravotní péče a na rozhodovacím procesu. Nově stanovené standardy péče požadují od sester i nové poznatky a vědomosti. Čím dál tím více je kladen důraz na samostatné vykonávání práce a schopnost poradit si s nejmodernější technikou a v mezilidských vztazích. Ze sestry se stává specialista a odborník, který dokáže pracovat samostatně (Plevová a kol., 2018, s. 82).

Existují tři znaky, které roli sestry charakterizují:

- Sestra je neutrální po emocionální stránce
- Sestra uspokojuje potřeby nemocného a zajišťuje mu pocit jistoty
- Sestra chápe problémy nemocného (Plevová a kol., 2018, s. 83)

V posledním desetiletí došlo k výraznému posunu ošetřovatelství a náplni práce sestry. Sestra je v tradičním pojetí poskytovatelkou základní péče. U moderního pojetí funkce sestry se hovoří o poskytování péče i pro zdravé lidi v případech, které se týkají ochrany zdraví, pokud toho není člověk schopen sám nebo nemá potřebnou znalost a sílu. Je také velice důležité, aby měl pacient a jeho rodina v sestru důvěru (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 159).

Pacient předpokládá, že sestra bude vystupovat laskavě a bude chápavá ve vztahu k němu. O pacienta bude pečovat, naslouchat mu a srozumitelně ho informovat o všem, co se ho týká. Lékař naproti tomu bere sestru odlišným způsobem nežli pacient. Očekává od sestry zejména loajalitu. Sestra zohledňuje, že jde o lékaře, který vykonává svoji práci a vydává rozhodnutí. Úkolem je lékařům pomáhat a řešit problémy. Zároveň by ale měli být rovnocennými partnery. Vedení zdravotnického zařízení a ostatní ošetřující personál od sestry očekává, že má o všem dostatek informací, umí si sama poradit, nestěžuje si a umí zastoupit ostatní pracovníky (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 161).

Plevová a kol. (2018, s. 85) zmiňuje celou řadu profesních rolí. Základní rolí zdravotní sestry je role pečovatelky a souvisí s ošetřovatelskou péčí o nemocného. Sestra edukátorka poskytuje služby nemocnému i jeho rodině. Upevňuje zdraví, předchází komplikacím a pomáhá rodině a nemocnému při dlouhodobém onemocnění a osvojování dovedností při různých terapeutických výkonech. Při roli koordinátorky dochází k realizaci ošetřovatelského procesu. Sestra asistentka se vyznačuje přípravou nemocného k vyšetření a vykonává činnosti, které stanovil lékař. Výzkumná role je spojena s osvojováním nových poznatků, studováním odborné literatury a spoluprací na různých projektech. Sestra využívá role advokáta v případech, ve kterých nemocný neumí nebo není schopen projevit své potřeby. Ze sestry je tedy mluvčí a ochránce nemocného.

## **5.2. Cíle všeobecné sestry v ošetřovatelství**

Pro pochopení ošetřovatelství a ošetřovatelského procesu je nezbytné vědět, co má profese všeobecné sestry za cíl (Alfaro-LeFevre, 2012, s. 4).

Mezi základní cíle můžeme zařadit dle Alfaro-LeFevre (2012, s. 4) následující:

- Předejít nemoci a podporovat, udržovat nebo obnovovat zdraví pacienta (v terminálním stádiu je cílem klidná smrt).
- Maximalizovat pocit pohody a schopnosti poslání tak jak je požadováno pacientem.
- Poskytnou nákladově-efektivní, účinnou zdravotní péči, která se zajímá o biologické, sociální, duchovní a kulturní potřeby.
- Neustálá práce na zlepšení výsledků pacienta, pečovatelská cvičení a uspokojení klientů.

## 6 KOMUNIKACE

Komunikací se rozumí proces, prostřednictvím kterého se předávají informace mezi komunikujícími subjekty, kteří mohou být pouze dva, ale i více. Komunikace patří mezi základ vzájemného lidského vztahu a jedná se o proces, při kterém probíhá přenášení, sdělování a výměna hodnot a významů, které zahrnují oblast informací a další projevy a výsledky aktivity člověka. Při komunikaci vzniká vztah mezi dvěma a více subjekty, kteří společně sdílejí, reagují a prožívají konkrétní situaci. Objektem komunikace můžeme nazývat reflektování situace, reakci a její samotné řešení (Pokorná, 2011, s. 9).

Při komunikaci člověk disponuje možnostmi, které může využít, zároveň úzce souvisí s kvalitou jeho osobního života. Proces komunikace tlumí emoce, posiluje a tvoří postoje člověka (Vybíral, 2009, s. 20 – 21).

V procesu komunikace se ale nejedná pouze o transformaci informace od odesílatele k příjemci, ale jde dále i o subjektivní podíl na celku komunikace, a to pouze svojí přítomností. Komunikaci se člověk musí učit a nejedná se o jeho osobnostní charakteristiku. Jedinec se díky tomu stále obohacuje a zároveň sám ostatním účastníkům něco přináší. Není to tedy jen tak něco, co by bylo snadné se jednou naučit. Je nutné chápat pojetí komunikace jako proces, který je nekonečný a který dokáže rozvíjet člověka. Mezi základní pilíře práce sestry patří právě komunikace a její sociální rozměr. Je důležité vnímat pacienta a jeho potřeby, zároveň také i jeho rodinu. Spolupráce a rozhodování řadíme mezi činnosti, ukazující na vyzrálост komunikačních dovedností zdravotnických pracovníků (Tomová, Křivková, 2016, s. 12).

Vévoda a kol. (2013, s. 65) uvádí, že je komunikace základem a důležitou součástí ošetrovatelského procesu. Je nezbytné, aby sestra efektivně komunikovala s pacientem, interpretovala konkrétní informace, ale také rozvíjela vzájemný vztah, který by měl být založen na rovnocennosti. Pro účinnou týmovou spolupráci a poskytnutí odpovídající péče o pacienta je klíčová komunikace sestry s jejími spolupracovníky. Projevení respektu, aktivního naslouchání, empatie a vzájemné důvěry je podstatné ve vztahu s rodinou pacienta, ale také pacientem samotným. K vytvoření pocitu spokojenosti mezi zdravotníky,

pacienty a jejich rodinami může být zdrojem právě efektivní komunikace. Zdrojem nespokojenosti a konfliktů bývá naopak nezvládnutí komunikačního procesu.

Pokorná (2011, s. 9) řadí mezi klíčové prvky komunikačního procesu následující:

- komunikátor – osoba, která má informace, důvod ke komunikaci, záměry a myšlenky,
- kódování – převod myšlenek komunikátora do systematického souboru symbolů,
- zpráva – výsledek kódování,
- prostředek – osoba nosící zprávu,
- dekódující příjemce – transformace zprávy příjemcem dle vlastní zkušenosti a obsahu zprávy,
- zpětná vazba – reakce příjemce či příjemců na sdělení,
- komunikační šum – faktory, které mění zprávu, pochopení a přijetí.

Problémy v komunikačním procesu způsobuje více faktorů. Pokud dojde k nedorozumění, dojde k jeho šíření celým komunikačním procesem a způsobí reakci. V ošetrovatelském procesu může být takovým případem pacient cizinec, který není schopen komunikovat stejným jazykem. V této situaci je důležité, aby sestra zahájila komunikaci přes jiný kanál. Může jít o využití obrázků či překladatele, který by sdělení sestry dekodoval. Problém může nastat ale i při samotném zakódování. U psychiatrických pacientů, kteří mají tendenci komunikovat, špatné zakódování však způsobuje problematické sdělení (Špatenková, Králová, 2009, s. 12).

## **6.1. Verbální komunikace**

Verbální komunikace je charakteristická využitím slov jako určitých znaků a symbolů, které slouží k předávání myšlenek a informací, sdílení svých zážitků, ověření názorů ostatních osob, porozumění okolního světa a obecně vnímání vysílaného (Pokorná, 2011, s. 16).

Špatenková, Králová (2009, s. 36) uvádějí, že je velice důležitá kontrola, jak a co chceme za informace říct. Pokud zvolíme nesprávná slova, důsledkem může být vznik nepochopení či problémů. Je tedy velice důležité zvolit vhodně slova a při volení slov být pečlivý. V jistých



případech můžeme nahradit komunikaci verbální komunikací neverbální, většinou se tyto dva druhy komunikace prolínají a probíhají současně.

Verbální komunikace patří mezi nástroje při práci zdravotnického personálu. Důležité je, aby měl každý zdravotník schopnost komunikace sociální, která patří součástí procesu cílených na prevenci před nemocí, uchování a podporu zdraví. Záměrem zdravotnického personálu by mělo být docílení pocitu spokojenosti nemocných v oblasti psychické, sociální a somatické péče. Problémem může být fakt, že slova, které sestra použije během hovoru s prvním pacientem, mohou vyvolat u pacienta druhého negativní reakci nebo se ho dotknout. Je podstatné udržovat taktní přístup a zjistit vše, co by pro daného pacienta mohlo být pozitivní a co by ho naopak mohlo nepříznivě ovlivnit (Zacharová, 2017, s. 100).

Zacharová (2017, s. 100) zmiňuje, že je klíčová schopnost sestry navázat a udržovat slovní kontakt s pacientem. Podstatnou částí sociální komunikace jsou právě slova, která mají velkou cenu a hodnotu. Díky použití slov sestra pacienta motivuje, přesvědčuje, vysvětluje mu postupy léčby a účelnost odborných zákroků, ale také informace od pacienta získává. Je důležité, aby byla slova volena uvědoměle a cíleně, protože pokud dojde k jejich vyřčení, nelze je vzít zpět.

## **6.2. Neverbální komunikace**

Do neverbální komunikace se řadí to, co člověk signalizuje bez využití slov, případně společně se slovem jako doprovázení komunikace slovní. Neverbální komunikace tak může být řeč těla a je do ní řazeno všechno to, co vysíláme, aniž bychom použili slova, ale také to, co řeč doprovází (Zacharová, 2017, s. 104).

Studie neverbální komunikace shrnují, že i tento způsob projevů je plynulým jazykem, který má své vlastní tempo, rytmus, gramatiku a slovník. Kvalitu vzájemných vztahů v mezilidské interakci naznačují i mimoslovní způsoby komunikace. Prostřednictvím tohoto člověk ukazuje jeho emocionální stav, postoje a podporuje či nahrazuje mluvené slovo. Zprávy, které jsou komunikovány neverbálně, poskytují i ve zdravotnictví celou řadu informací ohledně pocitů a postojů pacienta. Neverbální chování můžeme dobře vidět, ne však snadno interpretovat (Zacharová, 2017, s. 104).

Zacharová (2017, s. 104) také uvádí, že je neverbální komunikace v ošetrovatelském procesu velice významná. Navázání vzájemného vztahu s pacientem, navození pocitu důvěry a samotná potřeba se dorozumění se je zde důležité. Zdravotníci si uvědomují, že se jejich práce odehrává ve velice specifických podmínkách a že se setkávají s lidmi, kteří se dostali do složité situace. Nejde však jen o samotného pacienta, ale i rodinné příslušníky. Problém však nastává v situacích, kdy nelze dodržet zásady správné komunikace. Podání ruky nemocnému pacientovi může být obtížné, gesta, který tento pacient používá, mohou být zkreslená či poloha pacienta na lůžku působí neobvykle. Pacienti se nacházejí v náročné životní situaci a zdravotníci jim narušují jejich intimní zónu, kam jsou obvykle zvyknutí pouštět pouze své nejbližší. Doteky zdravotníků jsou navíc spojovány s prožitky nepříjemného charakteru. Z těchto důvodů je nesmírně důležité, aby se sestra dokázala vyznat v řeči těla pacienta a uměla naslouchat jeho neverbálním projevům.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **7 FORMULACE PROBLÉMU**

Životní hodnoty patří mezi velice důležité součásti života a souvisejí s vyššími potřebami člověka. K této problematice patří také životní hodnoty pacientů v rámci ošetrovatelského procesu. Podle Marečkové (2006, s. 48) je životní hodnota to, co lidé vnímají jako důležité neboli prioritní. Šamánková a kol. (2011, s. 31) uvádí, že pod pojmem životní hodnota si můžeme představit sociální hodnoty, konkrétně přátele, rodinu a finanční stránku.

Bakalářská práce je věnována problematice životních hodnot v ošetrovatelském procesu, a to z pohledu všeobecných a praktických sester.

„Vnímají všeobecné a praktické sestry víru a životní hodnoty pacientů jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu?“

## 8 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

Hlavním cílem bylo zjistit, zda všeobecné a praktické sestry vnímají víru a životní hodnoty pacientů jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu.

**Cíl 1:** Identifikovat životní hodnoty, které vnímají všeobecné a praktické sestry jako ty nejdůležitější.

**Výzkumný problém:** Které životní hodnoty pokládají všeobecné a praktické sestry za důležité?

**Otázky č.:** 4, 5,6, 10, 11, 18

**Cíl 2:** Zjistit, zda je práce s vírou a životními hodnotami pacienta v ošetrovatelském procesu ovlivněna stupněm dosaženého vzdělání.

**Výzkumný problém:** Má stupeň dosaženého vzdělání vliv na zahrnutí víry a životních hodnot pacienta do ošetrovatelského procesu?

**Otázky č.:** 2, 3, 13

**Cíl 3:** Zjistit, jaké mají všeobecné sestry a praktické sestry pracovní podmínky k zahrnutí víry a životních hodnot pacientů do ošetrovatelského procesu.

**Výzkumný problém:** Mají všeobecné a praktické sestry vhodné pracovní podmínky k zahrnutí víry a životních hodnot pacientů do ošetrovatelského procesu? Má místo výkonu práce (lůžková část, ambulantní trakt, pracoviště intenzivní péče) vliv na zařazení víry a životních hodnot pacientů do ošetrovatelského procesu?

**Otázky č.:** 1, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21

## **9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Do výzkumu byly, jako cílová skupina respondentů, zahrnuty všeobecné sestry a praktické sestry z interního oddělení, chirurgického oddělení, gynekologického oddělení, jednotky intenzivní péče (JIP), oddělení následné intenzivní péče (NIP) a ambulantního traktu v Mulačově nemocnici s.r.o. Plzeň. Klíčovým kritériem byla pouze práce na pozici všeobecné a praktické sestry na vybraném pracovišti. Věk, pohlaví, vzdělání a délka praxe nebyly zohledňovány.

## 10 METODIKA PRÁCE

Kvantitativní výzkum je založen zejména na sběru dat, u kterých pak dochází k analyzování různými statistickými technikami. Záměrem je získat relativně malé množství informací od velkého počtu respondentů. Obsahuje proces hypotetické formulace, pozorování, sběr a analýzu dat a následné zhodnocení hypotézy – akceptaci či odmítnutí (Gavora, 2010, s. 35-36).

Kvantitativním výzkumem můžeme získat informace o četnosti výskytu konkrétního jevu. Základním cílem pro tento typ výzkumu jsou číselné údaje, které můžeme změřit. Vzorek respondentů, který kvantitativní výzkum zkoumá, musí reprezentovat cílovou skupinu. Kvantitativní výzkum je možné provést dotazováním – dotazníkem, dotazováním přes internet, rozhovorem nebo telefonicky. Metodou, která ve světě převládá, je právě metoda kvantitativního šetření, přibližně z 80% (Machková, 2009, s. 47).

Urban (2011, s. 56) ve své publikaci zmiňuje, že se kvantitativní výzkum nejčastěji zabývá větší částí populace a dbá na maximální reprezentaci respondentů. Dále vypovídá o zapojení konkrétního znaku u konkrétní části populace. Nejvíce rozšířenou metodou je dotazníkové šetření a jeho následné vyhodnocení prostřednictvím statistiky.

Kvantitativní výzkum přinese velké množství responsí od respondentů, na které se výzkum zaměřuje. Kvantitativně získaná data mohou být použita k efektivnějšímu rozhodování, přesnějšímu plánování. Metoda se také vyznačuje svojí rychlou proveditelností, je levná a proveditelná jednotlivcem. Tato forma výzkumu je také užitečná při zkoumání velkých skupin (Hendl, 2012, s. 87).

Výzkumné šetření této bakalářské práce mělo za úkol zjistit, zda všeobecné a praktické sestry vnímají víru a životní hodnoty pacientů jako podstatnou část ošetrovatelského procesu. Samotný výzkum byl proveden pomocí kvantitativní metody, konkrétně formou dotazníkového šetření.

Pro účel sběru dat byl vybrán nestandardizovaný dotazník – příloha č. 1, který se skládal z celkem 21 otázek a měl pevně danou strukturu. Dotazníkové šetření tak bylo provedeno pomocí strukturovaných (uzavřených) typů otázek, které na úvod specifikovali jednotlivá

místa výkonu práce respondentů, jejich délku praxe a dosažené vzdělání. U několika dotazníkových otázek byly využity škálové typy, díky kterým byla zkoumána významnost a důležitost jednotlivých parametrů dle cílů a problémů bakalářské práce. V dotazníku byly využity také některé specifické typy uzavřených otázek - dichotomické uzavřené otázky, které obsahovaly pouze dvě odpovědi a sloužily k jednoznačnému rozlišení vlastností, zkušeností nebo názorů respondenta a také výčet položek, která respondentům nabízela větší počet odpovědí, ze kterých si mohli vybrat jednu nebo více možností. Průměrný čas vyplnění dotazníku byl přibližně 20 minut.

Získaná data byla zpracována pomocí MS Excel. Pro zpracování byla použita popisná statistika, absolutní a relativní četnost. Výsledky průzkumu byly následně interpretovány pomocí přehledných tabulek, výsečových a sloupcových grafů.

## **11 ORGANIZACE VÝZKUMU**

Výzkum probíhal v období od 8.1.2021 do 19.1.2021. Dotazníky byly rozdány všeobecným a praktickým sestřám z interního oddělení, chirurgického oddělení, gynekologického oddělení, ARO, NIP a ambulantního traktu v Mulačově nemocnici s.r.o. Plzeň se svolením vedení nemocnice. Cílem bylo oslovit dohromady minimálně 90 respondentů, očekávaná návratnost byla celkem 80 řádně vyplněných dotazníků. Reálně bylo vráceno 75 dotazníků, z nichž mohly být všechny použity pro výzkumné šetření. Návratnost dotazníků byla tedy 83%.

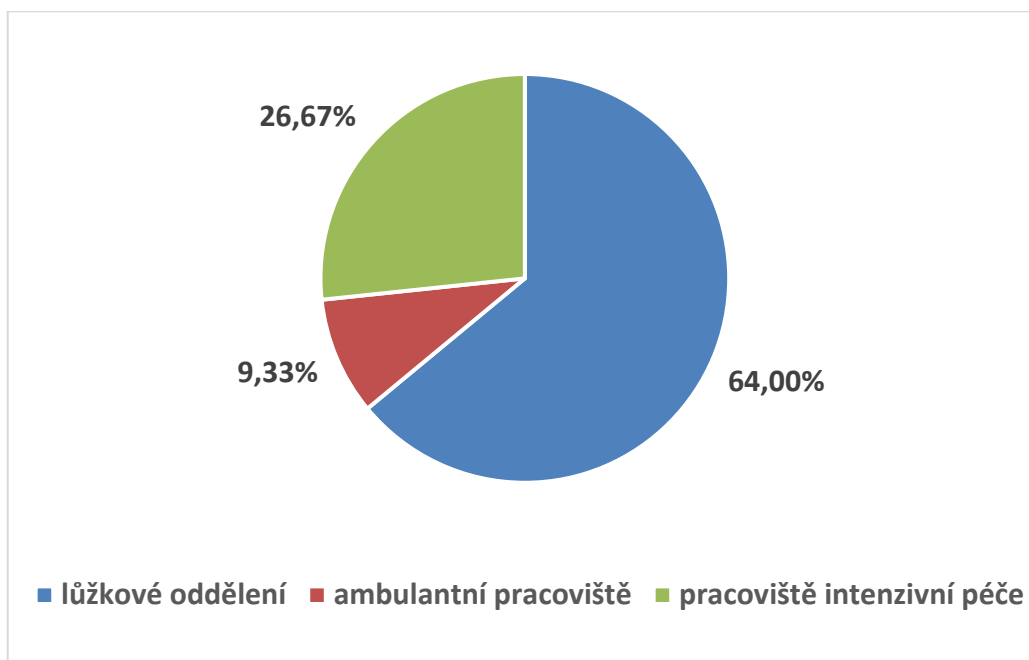


## 12 REALIZACE VÝZKUMU A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### 12.1. Průběh šetření

Otázka č. 1: Jaké je Vaše místo výkonu práce?

Obrázek č. 2: Místo výkonu práce respondentů

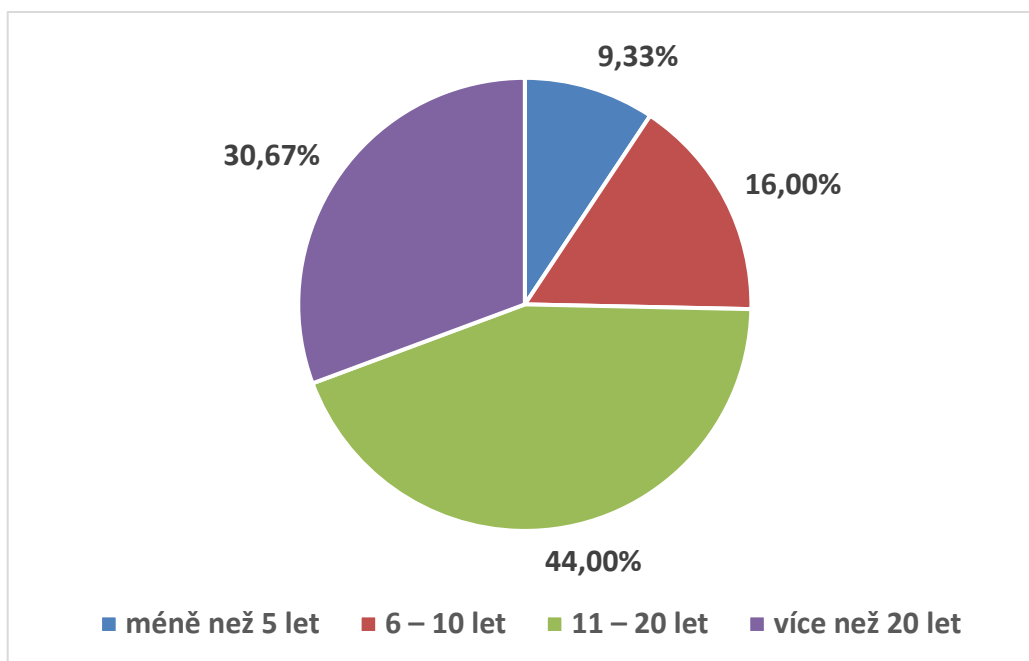


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Z celkového počtu 75 respondentů (100%) je zaměstnáno 48 respondentů (64,00%) na lůžkovém oddělení, 7 respondentů na ambulantním pracovišti (9,33%) a 20 respondentů na pracovišti intenzivní péče (26,67%).

## Otázka č. 2: Jaká je délka Vaší odborné praxe?

Obrázek č. 3: Délka odborné praxe respondentů

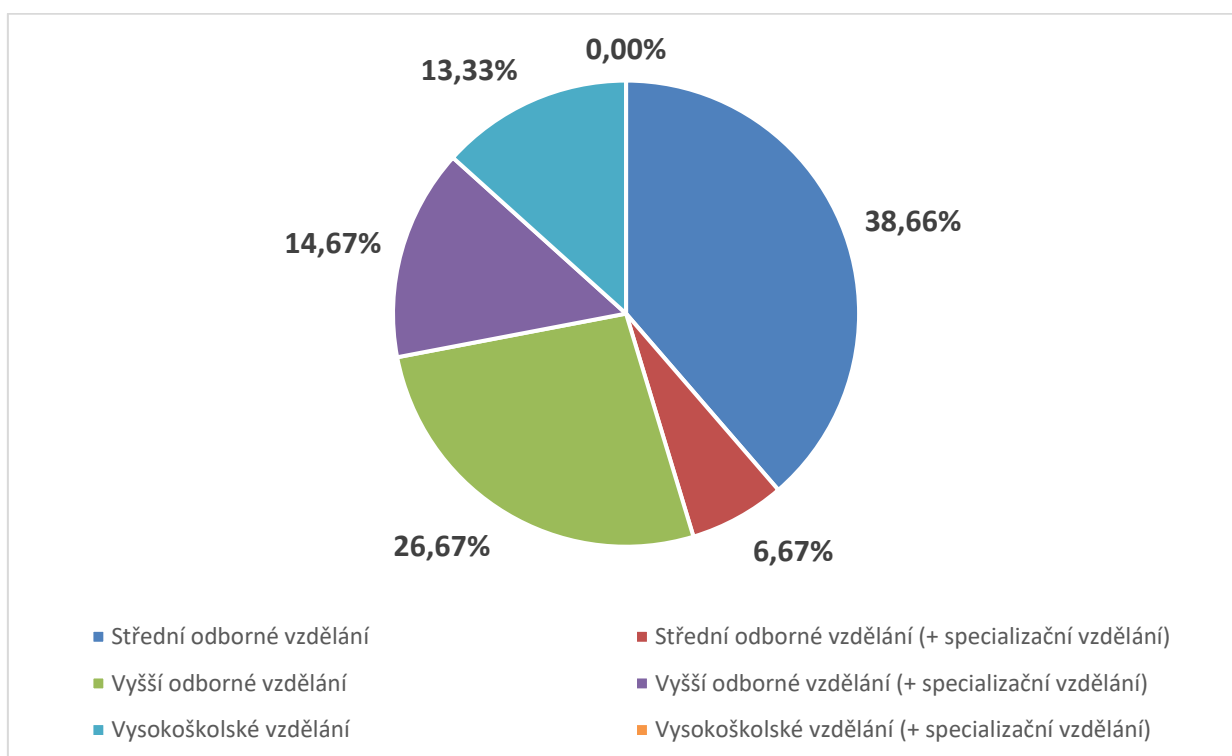


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Z počtu 75 respondentů měla nejsilnější zastoupení skupina všeobecných a praktických sester s délkou odborné praxe 11 – 20 let, tuto variantu označilo 33 respondentů (44,00%), 23 dotazovaných označilo více než 20 let praxe (30,67%). 6 – 10 let praxe v oboru uvedlo 12 všeobecných a praktických sester (16,00%). Praxi méně než 5 let označilo 9,33% respondentů (7).

### Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Obrázek č. 4: Nejvyšší ukončené vzdělání

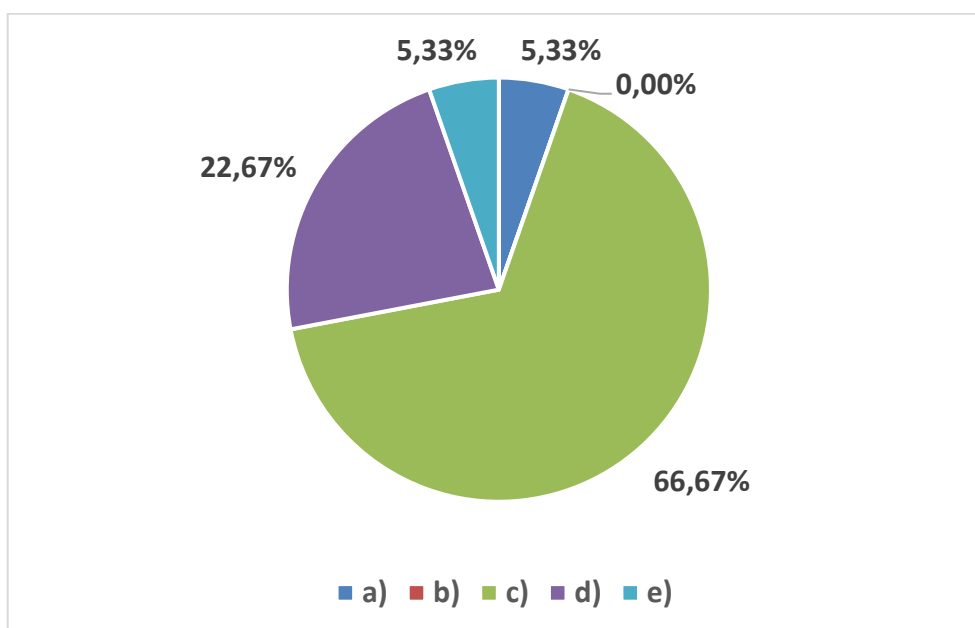


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Z výsledků otázky číslo 3 vyplývá, že nejvíce početná byla skupina všeobecných a praktických sester se středním odborným vzděláním (29; 38,66%). Sester se středním odborným vzděláním včetně specializačního vzdělání bylo pouhých 5 (6,67%). Vyšší odborné vzdělání mělo 20 respondentů (26,67%) a stejnou úroveň vzdělání se specializací celkem 11 (14,67%). Výzkumu se účastnilo celkem 10 absolventů vysokých škol (13,33%) a žádný z respondentů neměl vysokoškolské vzdělání včetně vzdělání specializačního.

#### Otázka č. 4: Se kterým z tvrzení o životních hodnotách se ztotožňujete?

Obrázek č. 5: Ztotožnění s tvrzením o životních hodnotách



Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Dle 50 respondentů (66,67%) jsou hodnoty ty životní postoje, které vypovídají o tom, čeho si v životě nejvíce ceníme, co považujeme v životě za nejpodstatnější, a které nás motivují v dosahování našich cílů (varianta c)).

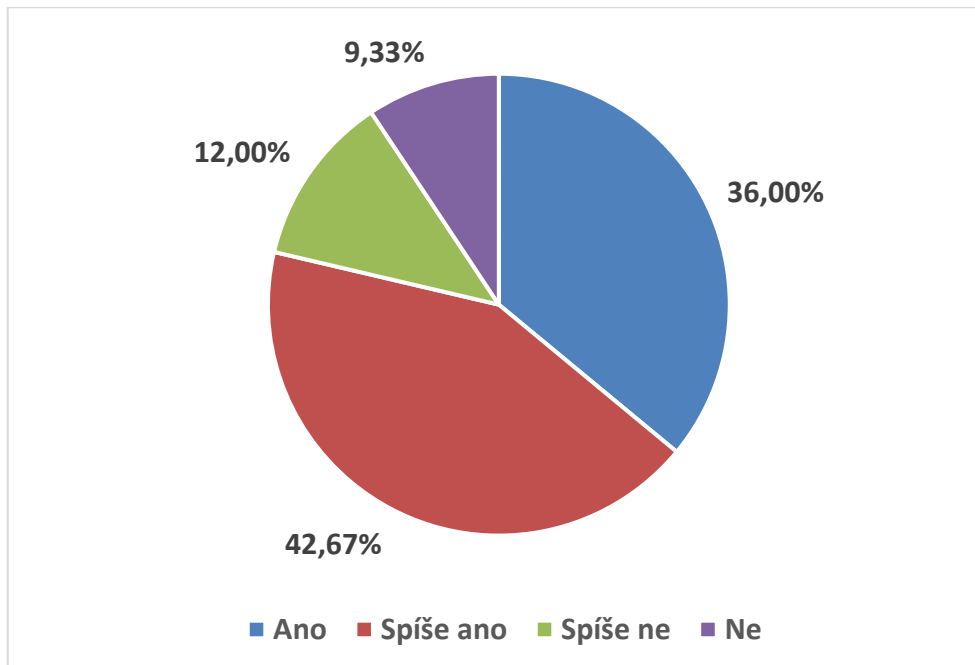
Pro celkem 22,67% všeobecných a praktických sester výzkumu (17) jsou hodnoty věci, které jsou důležité pro nás, charakterizují chování, které nás motivuje a vede naše rozhodnutí (varianta d)).

Shodně (dle 5,33%; 4 respondentů) pak vypovídá o životních hodnotách tvrzení, že jsou to všeobecně platné normy chování. Je to něco, o co usilujeme (varianta a)) a varianta e) – tedy žádné z nabízených tvrzení (Dorotíková, 1998, s. 22 - 25).

Žádný z oslovených respondentů neoznačil ztotožnění s tvrzením u varianty b), že se hodnotou stává to (aktivity, objekty nebo situace), co může subjektivně uspokojit potřebu (0,00%) (Vágnerová, 2007, s. 169).

**Otázka č. 5: Domníváte se, že má každé onemocnění negativní vliv na životní hodnoty pacienta?**

Obrázek č. 6: Negativní vliv onemocnění na životní hodnoty pacienta

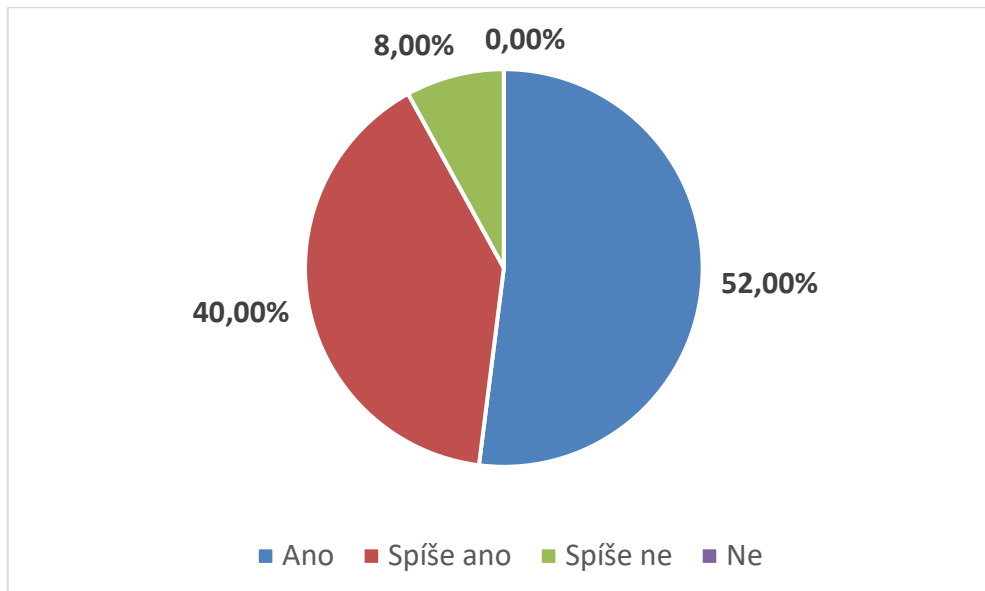


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Celkem 32 respondentů (42,67%) se domnívá, že nemoc spíše negativně ovlivňuje životní hodnoty pacienta, dle 27 respondentů (36,00%) má nemoc negativní vliv na životní hodnoty pacienta. Naopak dle 9 respondentů (12,00%) nemoc spíše negativně neovlivňuje životní hodnoty pacienta a 7 respondentů (9,33%) označilo, že nemoc negativně neovlivňuje životní hodnoty pacienta.

**Otázka č. 6: Domníváte se, že s délkou hospitalizace se mění životní postoje a hodnoty pacienta?**

Obrázek č. 7: Změna postojů a hodnot pacienta s délkou hospitalizace



Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

52,00% (39) respondentů označilo, že se s délkou hospitalizace mění životní postoje a hodnoty pacienta, dle 40,00% (30) respondentů spíše ano. Celkem 6 respondentů (8,00%) uvádí, že se s délkou hospitalizace spíše nemění životní postoje a hodnoty pacienta a žádný z respondentů (0,00%) neuvedl možnost nezměnění hodnot a postojů u hospitalizovaných pacientů.

**Otázka č. 7: Jaké faktory podle Vás negativně ovlivňují životní hodnoty pacienta při hospitalizaci?**

V otázce číslo 7 byly respondentům nabídnuty vybrané faktory, které mohou negativně ovlivňovat životní hodnoty pacienta při hospitalizaci. K těmto faktorům byla přiřazena škála čísel 1–5 (1 nejméně ovlivňují, 5 nejvíce ovlivňují).

Tabulka č. 1 znázorňuje představu všeobecných a praktických sester o tom, jakou mírou jsou tyto hodnoty ovlivňovány. Faktory jsou v tabulce řazeny od nejvíce po nejméně ovlivňující.

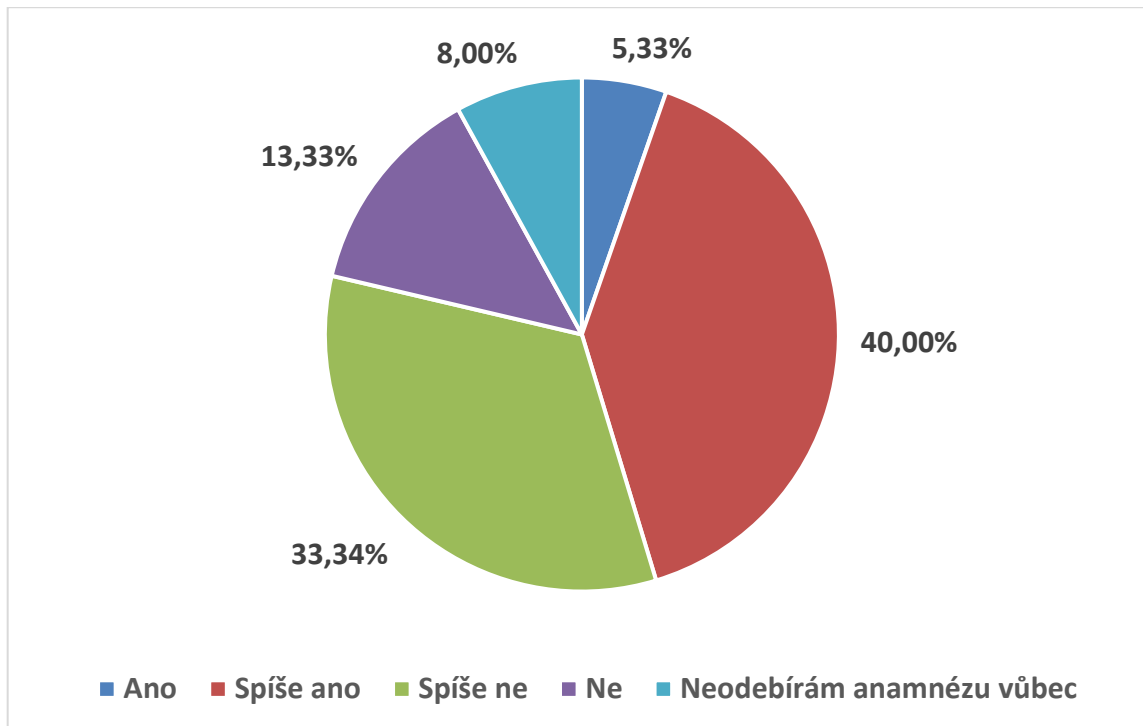
Tabulka č. 1: Faktory negativně ovlivňující životní hodnoty pacienta

<b>Název faktoru</b>	<b>Míra ovlivnění</b>
Bolest spojená s nemocí	5
Nedostatek respektu ze strany personálu k pacientovi	5
Odkázanost na druhé/omezení soběstačnosti	5
Vytržení z domácího prostředí	5
Nedostatek soukromí	5
Direktivní jednání personálu	5
Omezená doba návštěv	5
Nedostatek informací o průběhu léčení	3
Pokud personál mluví příliš odborně	3
Hluk na oddělení	2
Nespokojenost se stravováním	2

Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

**Otázka č. 8: Věnujete se problematice víry a životních hodnot při odběru ošetřovatelské anamnézy?**

Obrázek č. 8: Víra a životní hodnoty při odběru ošetřovatelské anamnézy



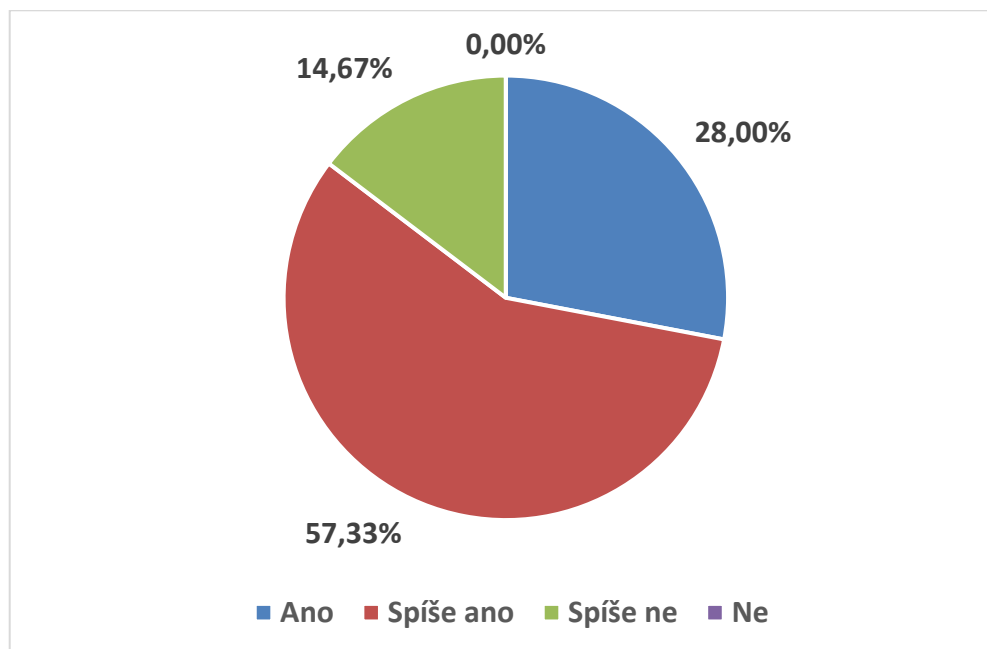
Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Při odběru ošetřovatelské anamnézy se problematice víry a životních hodnot věnují pouze 4 respondenti (5,33%), spíše se této problematice věnuje 30 respondentů (40,00%). 25 respondentů (33,34%) se této problematice spíše nevěnuje a vůbec se nevěnuje 10 respondentů (13,33%). 6 účastníků výzkumu (8,00%) neodebírám ošetřovatelskou anamnézu vůbec.



**Otázka č. 9: Je podle Vás důležité pokusit se během hospitalizace naplnit pacientovy životní hodnoty?**

Obrázek č. 9: Naplnění životních hodnot pacienta během hospitalizace



Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Snahu o naplnění životních hodnot pacientů považuje za důležitou 21 (28,00%) respondentů, 43 (57,33%) respondentů považuje snahu o naplnění za spíše důležitou. 11 respondentů (14,67%) považuje snahu o naplnění životních hodnot pacientů za spíše nedůležitou a žádný z respondentů (0,00%) nepovažuje snahu o naplnění za nedůležitou.

**Otázka č. 10: Pokud jste Vy sám/a byl/a někdy v roli pacienta, jak jste hodnotil/a preference životních hodnot?**

U této otázky byla možnost zvolit preference na číselné škále 1 – 5 (1 nejméně důležité, 5 nejvýznamnější) dle toho, jak vnímají respondenti důležitost jednotlivých nabízených životních hodnot, pokud někdy byli v roli pacienta. Samozřejmě zde byla i možnost, že některý z respondentů nikdy nebyl v roli pacienta. Takovou variantu jich označilo celkem 26 (34,66%). Preference jsou v tabulce řazeny od nejvíce po nejméně důležité.

Tabulka č. 2: Hodnocení preferencí životních hodnot sester v roli pacienta

Název životní hodnoty	Míra preference
Zdraví	5
Rodina	5
Intimita	5
Uznání druhých	3
Přátelství	2
Náboženství	1
Kariéra	1
Vzhled	1
Peníze, majetek	1
Vzdělání	1
Sport	1
Nikdy jsem nebyl/a v roli pacienta	26 (34,66%)

Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

**Otázka č. 11: Na základě své osobní zkušenosti definujte, jak moc se následující životní hodnoty změni během nemoci.**

Na základě svojí osobní zkušenosti měli respondenti možnost zvolit životní hodnoty, které se změni během nemoci. Škála jednotlivých hodnot byla definována v rozmezí 1 – 5 (1 nejméně změni, 5 nejvíce změni). Pokud respondent nebyl v roli pacienta, byla zde možnost označit i tuto variantu, kterou využilo celkem 26 respondentů (34,66%). Hodnoty jsou v tabulce řazeny dle míry, v jaké se dle respondentů změni - od nejvíce po nejméně změni.

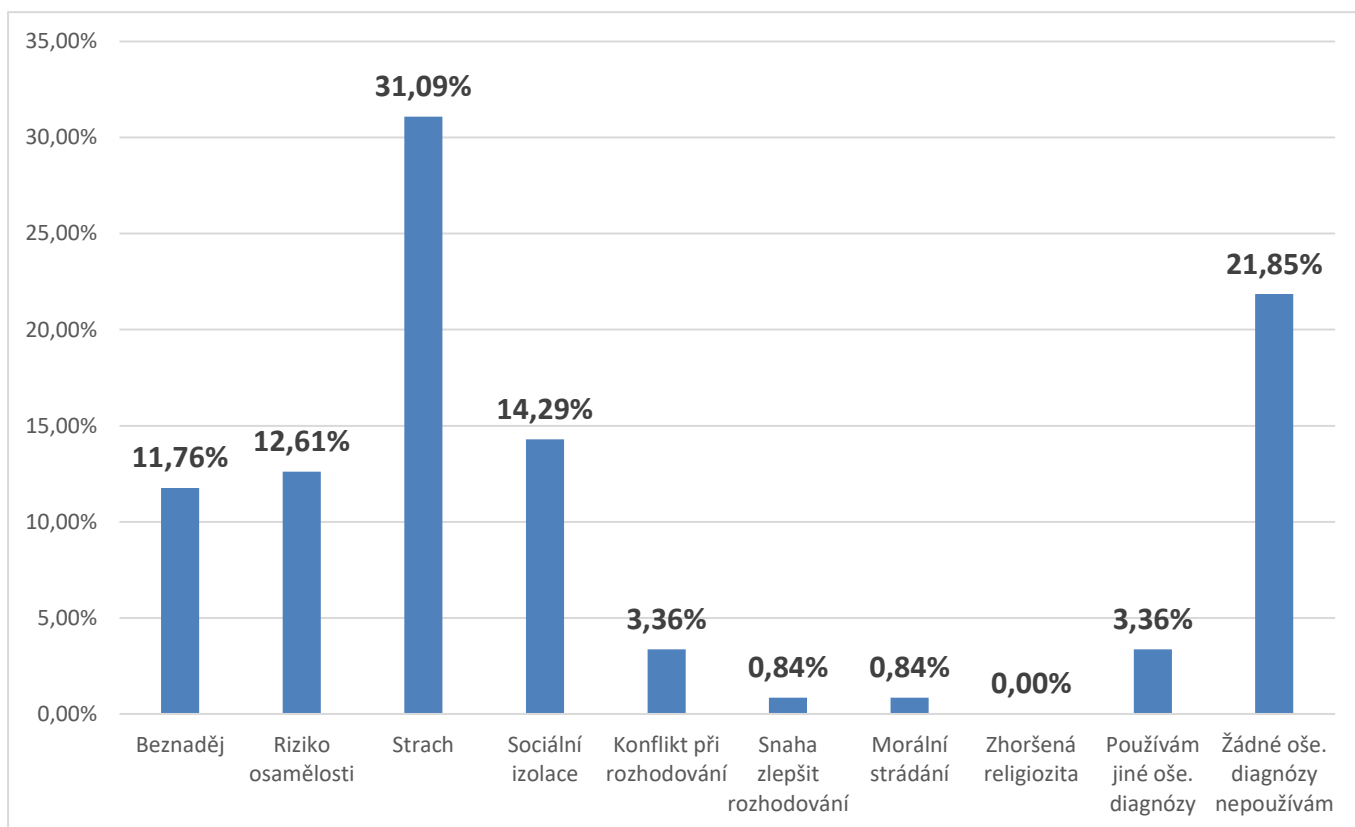
Tabulka č. 3: Změna životních hodnot během nemoci

<b>Název životní hodnoty</b>	<b>Míra změny</b>
Zdraví	5
Rodina	5
Bezpečí a jistota	5
Intimita	4 - 5
Peníze, majetek	3
Vzhled	1
Nikdy jsem nebyl/a v roli pacienta	26 (34,66%)

Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

**Otázka č. 12: Pracujete s některou z následujících oše. diagnóz v rámci ošetřovatelského procesu?**

Obrázek č. 10: Ošetřovatelské diagnózy v rámci ošetřovatelského procesu

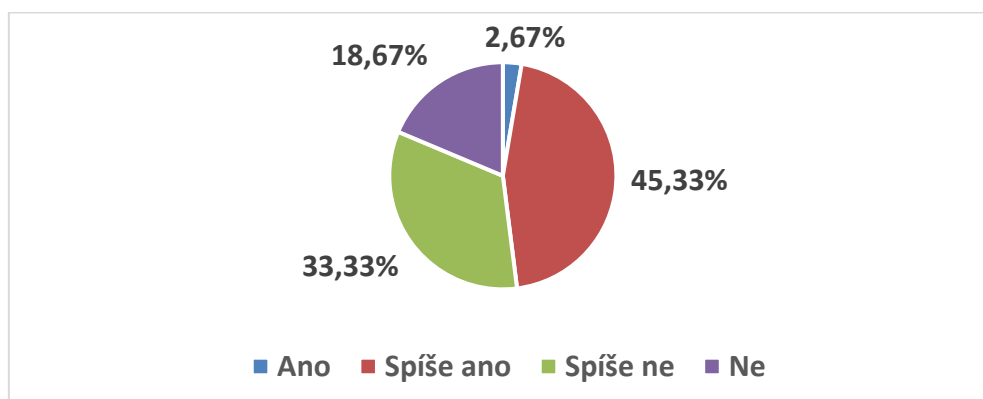


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Respondenti měli možnost volit více odpovědí. Z celkového počtu 119 odpovědí bylo zjištěno, s jakými ošetřovatelskými diagnózami pracují všeobecné a praktické sestry v rámci ošetřovatelského procesu. Celkem 37x odpověděli respondenti (31,09%), že pracují s diagnózou - 00148 Strach. 26x respondenti (21,85%) žádné ošetřovatelské diagnózy nepoužívají. 17x respondenti (14,29%) odpověděli, že pracují s diagnózou 00053 Sociální izolace. Riziko osamělosti 00054 získalo celkem 15 odpovědí (12,61%). 14x respondenti uvedli (11,76%), že pracují s diagnózou 00124 Beznaděj. 4x respondenti (3,36%) uvedli diagnózu 00083 Konflikt při rozhodování a 4x také použití jiné ošetřovatelské diagnózy. Následují shodně diagnózy 00184 Snaha zlepšit rozhodování a 00175 Morální strádání (0,84%; 1 odpověď). Možnost 00169 Zhoršená religiozita nevybral žádný z respondentů.

**Otázka č. 13: Měl/a byste zájem v rámci celoživotního vzdělávání o kurzy týkající se životních hodnot?**

Obrázek č. 11: Zájem o kurzy týkající se životních hodnot

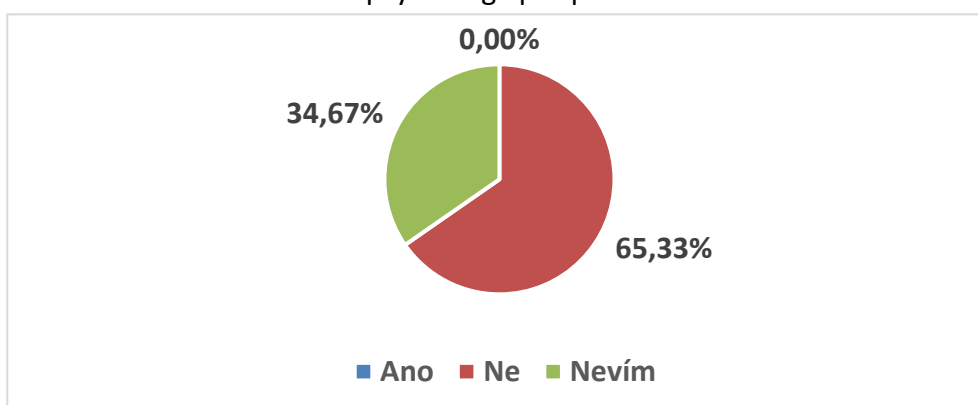


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Celkem 2 respondenti dotazníkového šetření (2,67%) by mělo zájem v rámci celoživotního vzdělání o kurzy týkající se životních hodnot. 45,33% (34) respondentů by o tyto kurzy mělo spíše zájem. Naopak 33,33% respondentů (25) by o tyto kurzy zájem spíše nemělo a 14 respondentů (18,67%) nemělo zájem.

**Otázka č. 14: Zajišťuje Vaše pracoviště na přání pacienta intervenci psychologa?**

Obrázek č. 12: Intervence psychologa pro pacienta

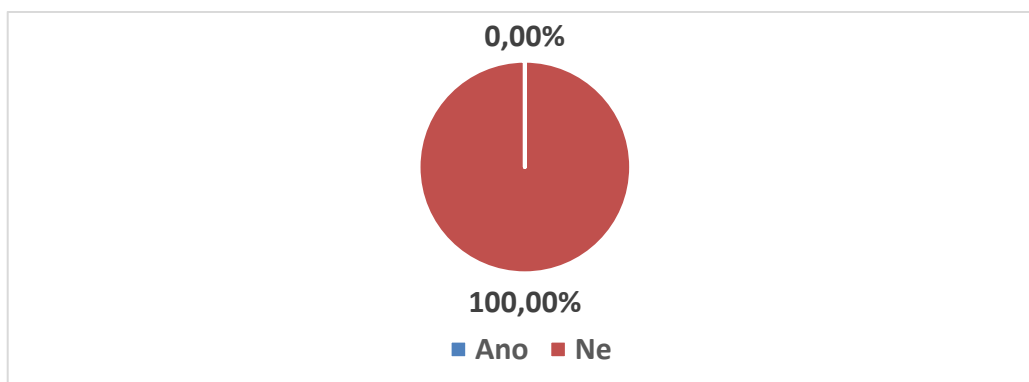


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Celkem 49 respondentů (65,33%) odpovědělo, že jejich pracoviště nezajišťuje intervenci psychologa na přání pacienta. 26 respondentů o této možnosti neví (34,67%) a žádný z uvedených respondentů (0,00%) neuvedl, že by jeho oddělení zajišťovalo na přání pacienta intervenci psychologa.

**Otázka č. 15: Zařizoval/a jste vy osobně některému z pacientů intervenci psychologa?**

Obrázek č. 13: Osobní zajištění intervence psychologa pro pacienta

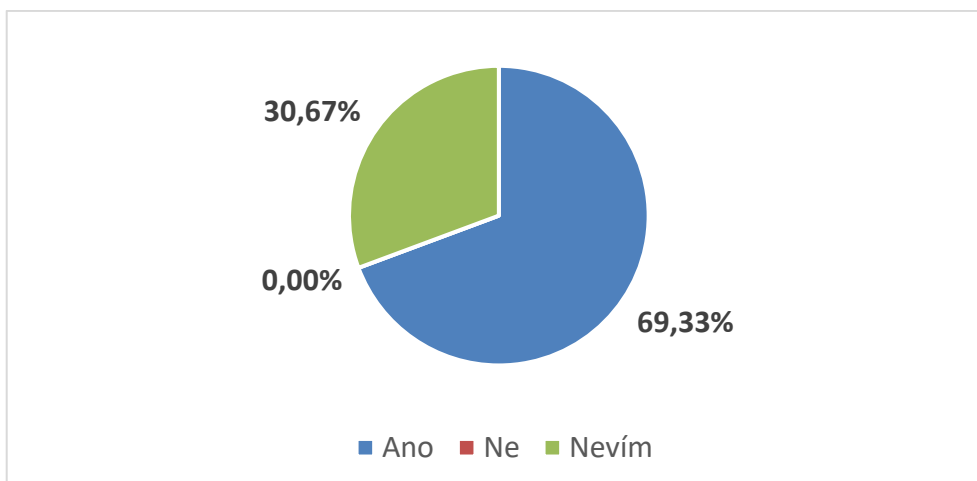


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Z předchozí otázky je patrné, že všichni respondenti (75; 100,00%) nemají osobní zkušenost se zajištěním intervence psychologa pro pacienta na oddělení.

**Otázka č. 16: Zajišťuje Vaše pracoviště na přání pacienta duchovní služby (kněz, řádová sestra)?**

Obrázek č. 14: Duchovní služby pro pacienta (kněz, řádová sestra)

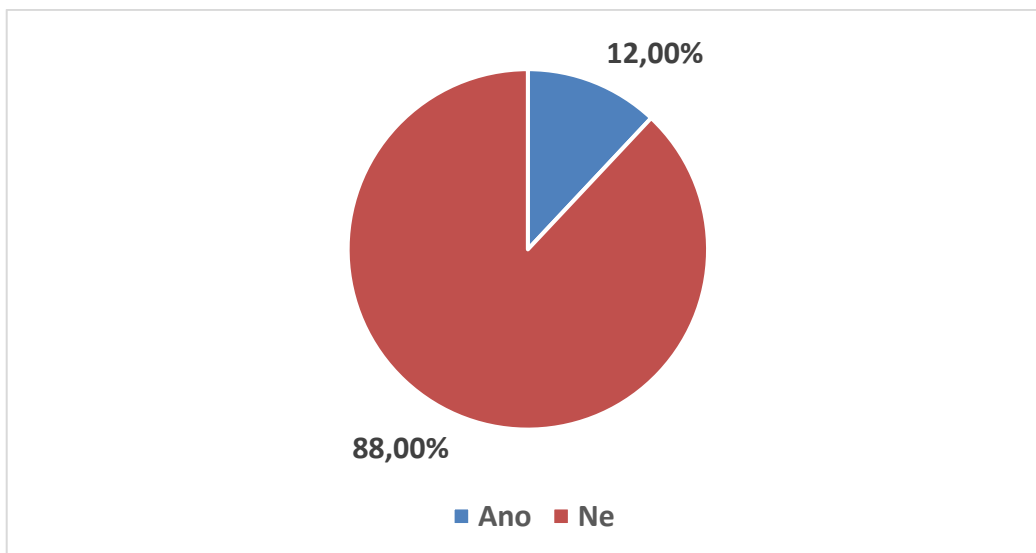


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Celkem 69,33% respondentů (52) odpovědělo, že jejich pracoviště zajišťuje na přání pacienta duchovní služby v podobě kněze nebo řádové sestry. 23 respondentů (30,67%) o možnosti zajištění takovéto možnosti pro pacienta neví a žádný z respondentů nevedl, že by jeho pracoviště takový typ služby neposkytovalo.

**Otázka č. 17: Zařizoval/a jste Vy osobně některému z pacientů duchovní služby?**

Obrázek č. 15: Osobní zajištění duchovní služby pro pacienta (kněz, řádová sestra)

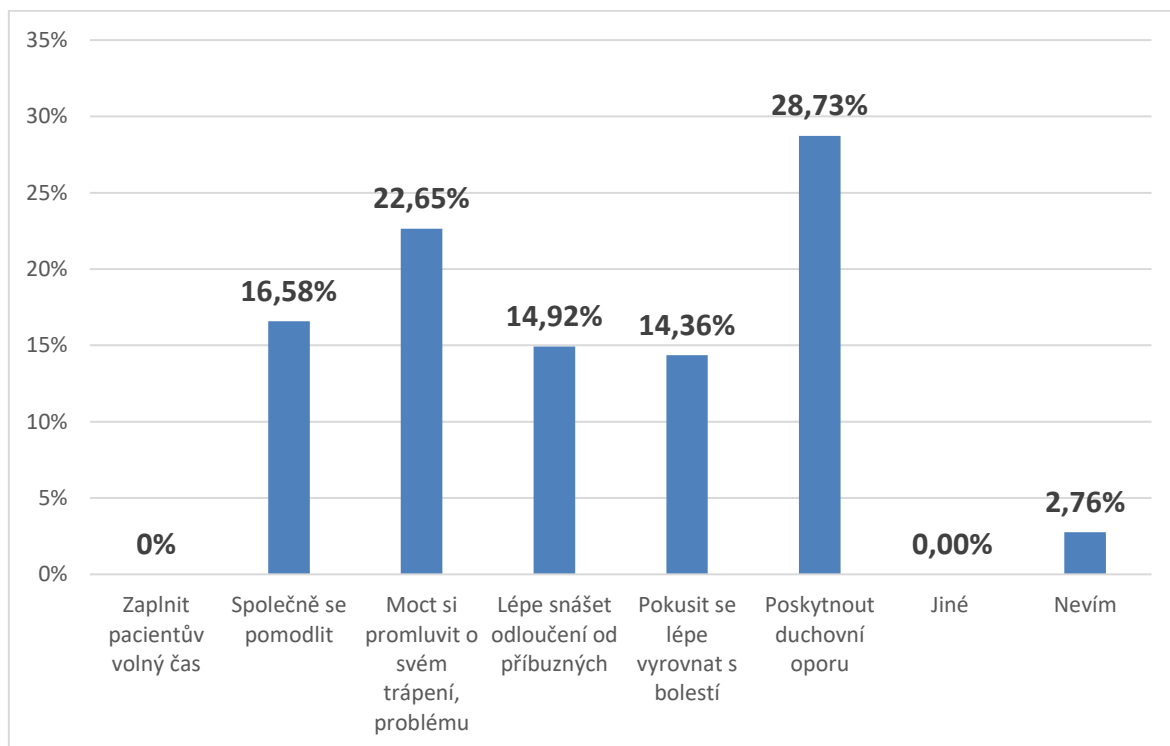


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Se zajištěním duchovní služby (kněz, řádová sestra) pro pacienta má osobní zkušenost celkem 9 respondentů (12,00%). 66 respondentů (88,00%) tuto službu svým pacientům nikdy nezajišťovalo.

### Otázka č. 18: Co by podle Vás měla zahrnovat duchovní služba? (i více odpovědí)

Obrázek č. 16: Důležité prvky duchovní služby



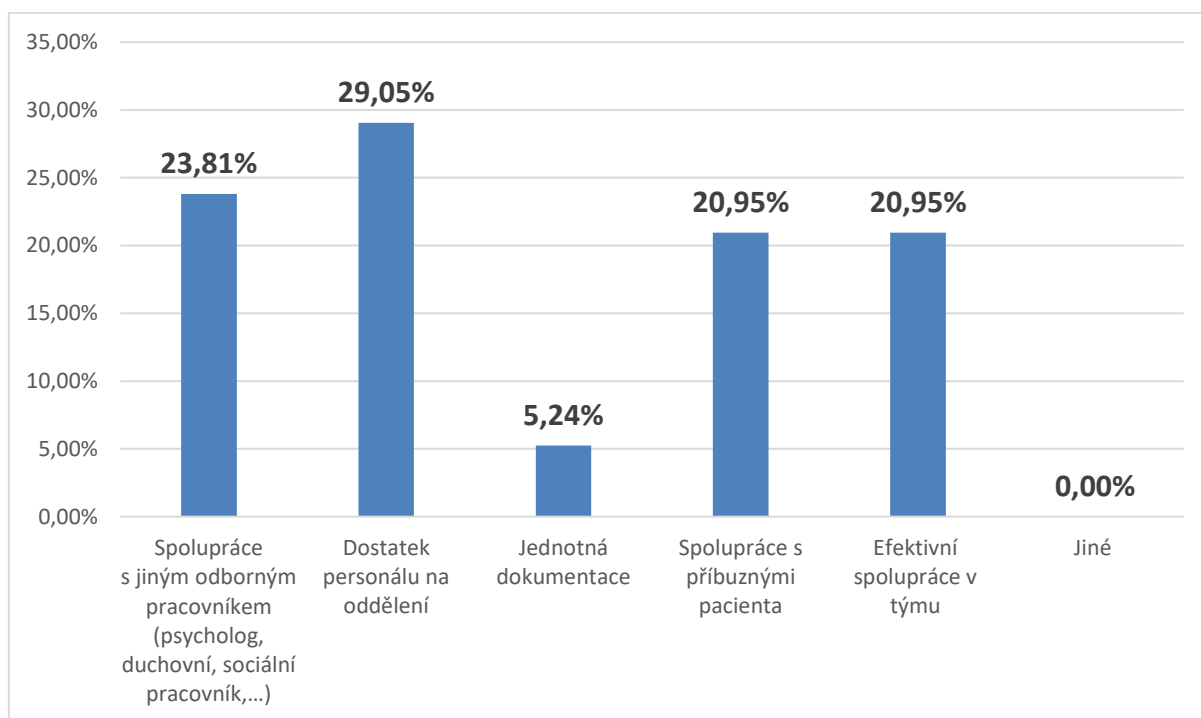
Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

U této otázky se bylo možné vyjádřit formou více odpovědí k problematice duchovních služeb a co by takovéto služby měly zahrnovat. Odpovědi byly rozděleny do osmi kategorií. Z celkového počtu 181 odpovědí od 75 respondentů bylo označeno 52x (28,73%), že by duchovní služby měly poskytnout duchovní oporu pacientovi. Následovalo 41 odpovědí (22,65%), že si pacienti mohou promluvit o svém trápení, problému. 30 (16,58%) odpovědí, že by duchovní služba měla zahrnovat společné modlení, 27 (14,92%) lépe snášet odloučení od příbuzných, 26 (14,36%) pokusit se lépe vyrovnat s bolestí. 5 odpovědí (2,76%) jako „nevím“ a shodně žádnou odpověď od respondentů (0,00%) neobdržela možnost zaplnit pacientův volný čas a jiné.



**Otázka č. 19: Které podmínky jsou podle Vás důležité k tomu, aby bylo možné věnovat plnou pozornost životním hodnotám pacienta?**

Obrázek č. 17: Potřebné podmínky k věnování pozornosti na životní hodnoty pacienta

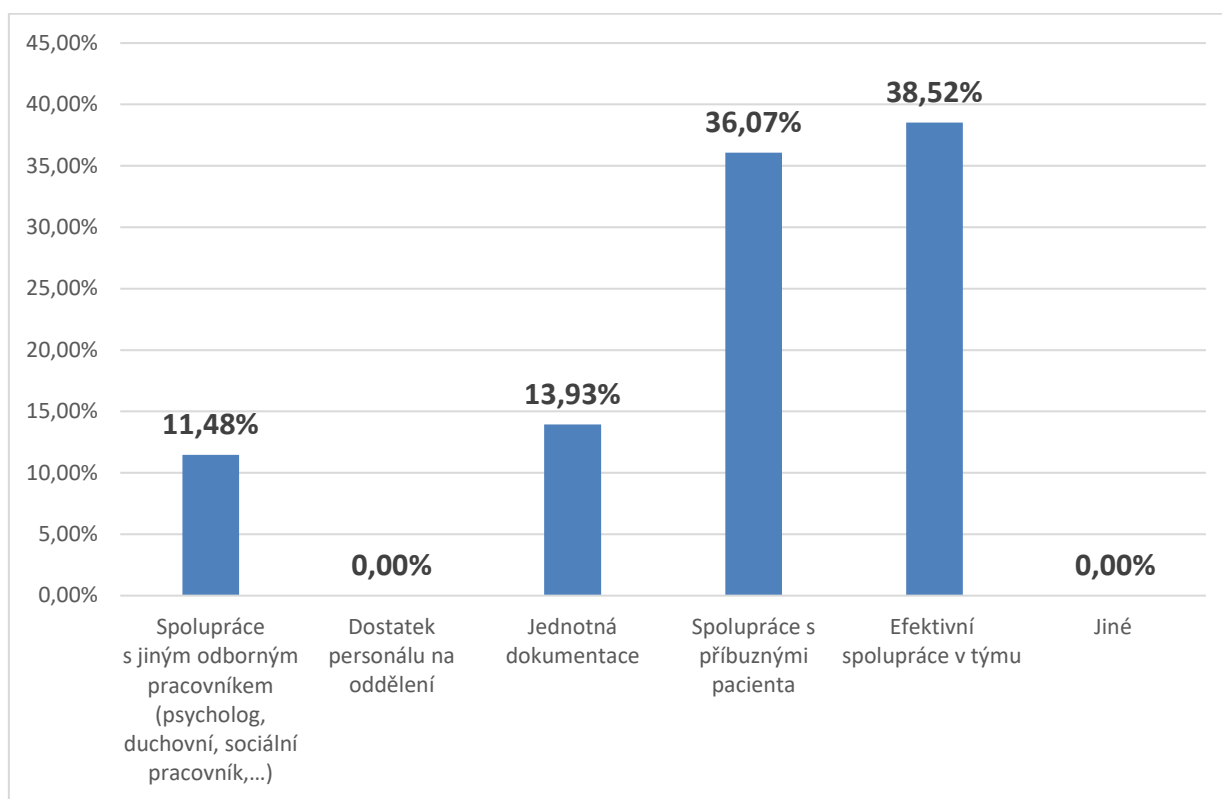


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Respondenti měli možnost volit více odpovědí k otázce, které podmínky jsou důležité k tomu, aby bylo možné věnovat plnou pozornost životním hodnotám pacienta. Z celkového počtu 210 odpovědí od 75 respondentů bylo označeno 61x (29,05%), že je nezbytné zajistit dostatek personálu na oddělení, aby bylo možné věnovat plnou pozornost životním hodnotám pacienta. 50 odpovědí (23,81%) „spolupráce s jiným odborným pracovníkem (psycholog, duchovní, sociální pracovník,...)“. Shodně 20,95% (44) odpovědí „spolupráce s příbuznými pacienta“ a „efektivní spolupráce v týmu“. Méně odpovědí – 11x (5,24%) „jednotná dokumentace“ a žádný z respondentů nevedl možnost „jiné podmínky“.

## Otázka č. 20: Které z níže zmíněných podmínek jsou dostupné na Vašem pracovišti?

Obrázek č. 18: Podmínky dostupné na pracovišti respondenta

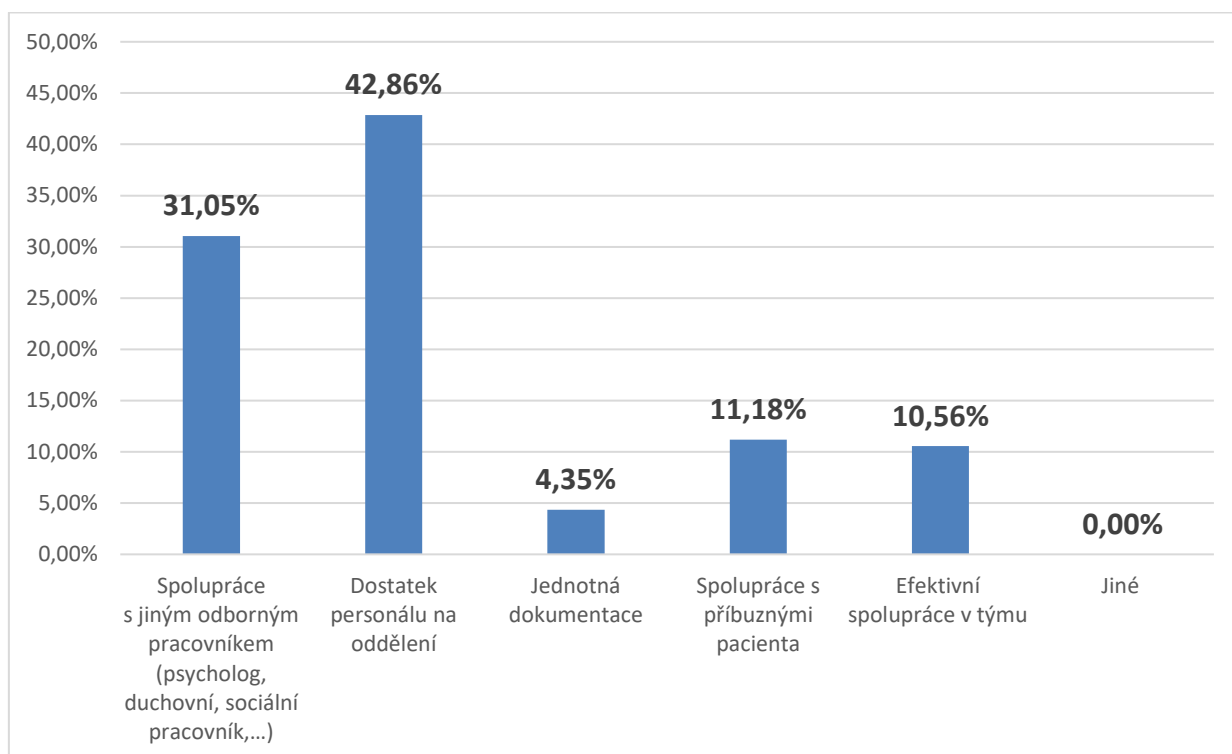


Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

U této dotazníkové otázky byla opět možnost zvolit více možností a navazovala na předchozí otázku ohledně podmínek potřebných k věnování plné pozornosti životním hodnotám pacienta. Tentokrát však respondenti označili podmínky, které mají na svém pracovišti k dispozici. Celkem 47x (38,52%) byla zabezpečena efektivní spolupráce v týmu, 44 odpovědí (36,07%) možnost spolupráce s příbuznými pacienta, 17x (13,93%) byla označena možnost „jednotná dokumentace“. U 14-ti odpovědí (11,48%) je na pracovišti dostupná spolupráce s jiným odborným pracovníkem (psycholog, duchovní, sociální pracovník,...). Naopak žádný z respondentů nevedl, že na jeho pracovišti zajištěna podmínka dostatečného personálu a také možnost jiná zůstala bez odpovědi.

**Otázka č. 21: Která z podmínek by se podle Vás měla zlepšit, aby mohlo docházet k naplnění životních hodnot pacienta?**

Obrázek č. 19: Zlepšení podmínek pro naplnění životních hodnot pacienta



Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Poslední otázkou dotazníku bylo zjišťováno, která z podmínek by se měla zlepšit, aby mohlo docházet k naplnění životních hodnot pacienta. Na tuto otázku, kde bylo možné opět vybrat více možností a bylo obdrženo celkem 161 odpovědí. Nejčastěji zde byla označována odpověď (69; 42,86%), že by se měl zabezpečit dostatek personálu na oddělení. Následovala 50x (31,05%) odpověď, že je nutné zlepšit spolupráci s jiným odborným pracovníkem (psycholog, duchovní, sociální pracovník,...). Dle 18-ti odpovědí (11,18%) je nutné zlepšit spolupráci s příbuznými pacienta a 17 odpovědí (10,56%) bylo „efektivní spolupráce v týmu“. Dle 7 (4,35%) odpovědí je prostor u zlepšení v podmínce jednotné dokumentace. Žádný z respondentů neoznačil možnost jiné podmínky.

## DISKUZE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na víru a životní hodnoty pacientů. Přesněji jak víru a životní hodnoty pacientů vnímají všeobecné a praktické sestry, jaká je jejich představa o dané problematice v rámci ošetrovatelského procesu. Hlavním cílem bylo zjistit, zda všeobecné a praktické sestry vnímají víru a životní hodnoty pacientů jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu. Protože je tato problematika mnohdy opomíjena, je důležité si připomínat její důležitost, jelikož jsou víra a životní hodnoty součástí života každého jednotlivce, je třeba na ní v rámci vykonávání ošetrovatelského procesu nezapomínat. Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo pouze v Mulačově nemocnici s.r.o. v Plzni, a to za pomoci nestandardizovaného dotazníku. Výzkum byl realizován pouze na jednom pracovišti, aby bylo možné, na základě zjištěných dat, navrhnout konkrétní výstup do praxe. Přestože respondenti jako jeden z negativních faktorů uváděli nedostatek personálu, návratnost dotazníku byla dostatečná a výzkum tak mohl být validně dokončen.

Prvním z dílčích cílů bylo identifikovat životní hodnoty, které vnímají všeobecné a praktické sestry jako ty nejdůležitější. K tomuto dílčímu cíli se vztahuje výzkumný problém týkající se životních hodnot, které pokládají všeobecné a praktické sestry za důležité. Ve výzkumném šetření byly sestry dotazovány na preference životních hodnot, pokud někdy byly v roli pacienta. 26 (34,66%) respondentů nikdy v roli pacienta nebylo, tím pádem nemohli objektivně odpovědět. Ostatní dotazovaní na prvním místě uvedli jako nejdůležitější hodnotu zdraví, rodinu a intimitu (tabulka č. 2). Respondenti měli dále, na základě svojí osobní zkušenosti, možnost zvolit životní hodnoty, které se změní během nemoci (tabulka č. 3). Během nemoci se podle dotazovaných nejvíce změnil pohled na vnímání zdraví, rodiny, bezpečí a jistoty. Mastiliaková (2014, s. 28) ve své publikaci popisuje zdraví jako potřebu, hodnotu, která je jednou z nejzásadnějších pro naplnění života. Dále Mastiliaková (2014, s.28) ve své knize odkazuje na Coveye, který zařadil zdraví mezi existenční potřeby. O důležitosti hodnoty zdraví tedy nelze pochybovat. I Kebza (2005, s. 57) se zmiňuje o hodnotě zdraví jako o té, která v kterékoliv lidské kultuře byla vždy řazena na první místa v hodnotové hierarchii, čímž se potvrdil výsledek výzkumu a důležitost této hodnoty. Vacková (2018, s. 56) při výzkumu ve své diplomové práci zjistila, že se respondenti z řad

všeobecných a praktických sester shodly na tom, že hodnota zdraví je tou nejdůležitější hodnotou a potřebou. Stejný názor sdílí dotazovaní ve výzkumu této bakalářské práce.

Druhým dílčím cílem práce bylo zjistit, zda je práce s vírou a životními hodnotami pacienta v ošetrovatelském procesu ovlivněna stupněm dosaženého vzdělání. K tomuto cíli se vztahuje výzkumný problém, zda má stupeň dosaženého vzdělání vliv na zahrnutí víry a životních hodnot pacienta do ošetrovatelského procesu.

Tabulka č. 4: Práce s vírou a životními hodnotami dle úrovně vzdělání

Stupeň vzdělání	Počet respondentů	Věnujete se problematice víry a životních hodnot při odběru ošetrovatelské anamnézy?				Neodebírám anamnézu vůbec
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	
Střední odborné vzdělání	29	0,00%	27,59%	34,48%	31,03%	6,90%
Střední odborné vzdělání (+ specializační vzdělání)	5	0,00%	60,00%	0,00%	0,00%	40,00%
Vyšší odborné vzdělání	20	10,00%	45,00%	40,00%	5,00%	0,00%
Vyšší odborné vzdělání (+ specializační vzdělání)	11	0,00%	54,55%	36,36%	0,00%	9,09%
Vysokoškolské vzdělání	10	20,00%	40,00%	30,00%	0,00%	10,00%
Vysokoškolské vzdělání (+ specializační vzdělání)	0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků dotazníkového šetření

Z výsledků dotazníku bylo zjištěno, že stupeň dosaženého vzdělání má jistý vliv na práci s životními hodnotami pacientů. Respondenti se středním odborným vzděláním častěji odpovídali, že práci s životními hodnotami do ošetrovatelského procesu spíše nezahrnují (34,48%) nebo vůbec nezahrnují (31,03%), na rozdíl od respondentů s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním, u kterých ve větší míře převažovaly kladné odpovědi. Práci s hodnotami do ošetrovatelského procesu zahrnují respondenti s vyšším odborným vzděláním častěji (45,00% odpovědí spíše zahrnují a 10,00% zahrnují) a u vysokoškolsky vzdělaných respondentů je tento poměr ještě vyšší (40,00% odpovědí spíše zahrnují a 20,00% zahrnují). Na toto má určitý vliv i následné specializační vzdělání, kdy respondenti s tímto typem vzdělání častěji označili odpověď, že se hodnotám spíše věnují či věnují. Dle mého názoru je tento výsledek dán zřejmě tím, že se na vyšších odborných a vysokých

školách zabývají teorií potřeb a hodnot v mnohem větším měřítku než na školách středních. I Trachtová a kol. (2018, s. 17) ve své knize tvrdí, jak je významné využívat znalosti o hodnotách a potřebách lidí v práci sestry. Tyto poznatky poté může sestra použít například při edukaci pacienta, nebo může nemocnému pomoci pochopit, co se s ním děje. Třetím a také posledním dílčím cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry a praktické sestry pracovní podmínky k zahrnutí víry a životních hodnot pacientů do ošetrovatelského procesu. K tomuto poslednímu dílčímu cíli se vztahuje výzkumný problém, zda mají všeobecné a praktické sestry vhodné pracovní podmínky k zahrnutí víry a životních hodnot pacientů do ošetrovatelského procesu a zda má místo výkonu práce (lůžková část, ambulantní trakt, pracoviště intenzivní péče) vliv na zařazení víry a životních hodnot pacientů do ošetrovatelského procesu. Nadpoloviční většina respondentů uvedla, že se při odběru ošetrovatelské anamnézy vírou a životními hodnotami nezabývají (13,33%), spíše nezabývají (33,34%) nebo že anamnézu neodebírá vůbec (6 respondentů; 8,00%) (obrázek č. 8). Proti tomu se ale ve většině případů (78,67%) respondenti domnívají, že má nebo spíše má onemocnění na životní hodnoty negativní vliv (obrázek č. 6). Jednají tak protikladně s odbornou literaturou, jelikož podle Tóthové (2014, s. 110) by měly být tyto informace u každého pacienta zjišťovány. Obsahem ošetrovatelské anamnézy by měly být mimo jiné i informace o pacientových blízkých osobách, jeho víra, vyznání a duchovní, kulturní odchylky z toho vyplývající, zaměstnání, sociální zázemí a tak dále (Sysel, Belejová, Masár, 2011, s. 64). 26 (34,67%) respondentů, což odpovídá 21,85% odpovědí z celkového počtu 119, nepoužívá ani žádné ošetrovatelské diagnózy týkající se problematiky víry a životních hodnot (obrázek č. 10). Je možné se domnívat, že tyto výsledky jsou zapříčiněny nevyhovujícími pracovními podmínkami. S tímto tvrzením se práce shoduje s výsledky výzkumu Krislové (2014, s. 63), jejíž respondenti byli mimo jiné i z Mulačovy nemocnice, stejně jako respondenti tohoto výzkumu. Výsledkem jejího šetření bylo, že necelá třetina sester životní hodnoty pacienta neupřednostňuje. Krislová (2014, s. 66) se domnívá, že jsou na vinně nevyhovující pracovní podmínky. Dalším výsledkem zkoumání Krislové (2014, s. 67) bylo i to, že sestry pro začlenění životních hodnot do ošetrovatelského procesu potřebují více času na pacienta a více zdravotnického personálu na oddělení, s čímž se výsledek šetření této práce shoduje.

Aby měly všeobecné a praktické sestry možnost plně se této problematice věnovat, je nutné dle 69 (42,86%) odpovědí zajistit dostatek personálu na oddělení (obrázek č. 19). Podle účastníků nizozemské studie „How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study“ (Kieft, Brouwer, Francke, Delnoij, 2014) má nízký počet ošetrovatelského personálu přímý negativní dopad na zkušenosti pacientů s ošetrovatelskou péčí v daném zařízení. Nedostatek nelékařského zdravotnického personálu je celosvětovým problémem a je velice důležité, aby se personální situace ve zdravotnictví zlepšila. Pokud toto nebude zlepšeno, může dojít ke zhoršení kvality poskytované ošetrovatelské péče. Dále účastníci této nizozemské studie uvedli, že pro poskytování vysoce kvalitní ošetrovatelské péče je nezbytná rozmanitá škála prvků. Pokud budou tyto prvky začleněny do každodenní ošetrovatelské praxe, účastníci výzkumu očekávají, že to následně povede k pozitivnějším zkušenostem pacientů s ošetrovatelskou péčí. Nejdůležitějšími prvky podle účastníků výzkumu jsou: adekvátní personální zajištění na oddělení a společná práce v týmu s dalšími odborníky, na čemž se s respondenty výzkumu této práce shodli, protože podle 50 (23,81%) odpovědí v našem výzkumu je třeba lépe spolupracovat s jiným odborníkem (obrázek č. 17). V Mulačově nemocnici, kde výzkum probíhal, jde konkrétně o spolupráci s psychologem. Celkem 49 respondentů (65,33%) odpovědělo, že jejich pracoviště nezajišťuje intervenci psychologa na přání pacienta (obrázek č. 12). Na rozdíl od psychologa je zde ale k dispozici duchovní služba. 52 respondentů (69,33%) uvedlo, že na jejich oddělení je možnost duchovní služby (obrázek č. 14) a 9 (12,00%) dotazovaných ji i pro pacienta osobně zařizovalo (obrázek č.15). Již Svatošová (2012, s. 23) ve své publikaci poukazovala na to, že je velmi dobré, aby měl zdravotnický personál k dispozici duchovní službu, jelikož je v některém případě nedílnou složkou celé léčby. Také je podstatné zajištění duchovních potřeb nemocného a ošetření jeho spirituální bolesti, díky čemuž můžeme předcházet fyzické bolesti v budoucnu. Na druhou stranu dále dle 44 (36,07%) odpovědí, je na oddělení respondentů dostupná spolupráce s rodinou pacienta (obrázek č. 18), což je velmi dobré zjištění, jelikož i Šamánková a kol. (2011, s. 35) ve své odborné publikaci uvádí, že je nesmírně důležité spolupracovat s rodinou nemocného, která ho podpoří. Ohledně tématu vlivu místa výkonu práce na zařazení víry a životních hodnot pacienta do ošetrovatelského procesu bylo zjištěno, že místo výkonu práce na toto má vliv. Na úseku intenzivní péče odpovědělo

58,83% respondentů, že se hodnotami zabývají a 41,17% se hodnotami nezabývá. Oproti tomu na ambulantním traktu se touto problematikou nezabývají vůbec, což je v rozporu s tvrzením Džumelové a Kadučákové (2007, s. 415), které ve své publikaci uvádějí, že by ambulantní sestra měla vycházet z pacientových potřeb, měla by se snažit pochopit jeho problémy, být emocionálně neutrální a tím pak přímo ovlivní život jednotlivce. Na lůžkovém oddělení více než polovina dotazovaných taktéž s vírou a hodnotami pacienta nepracuje (53,80%). Je velice pravděpodobné, že je to zapříčiněno výše zmíněnými nevyhovujícími pracovními podmínkami a konkrétně na ambulantním traktu také náparem pacientů a zvýšenou administrativou.

Na základě získaných dat v našem výzkumu můžeme potvrdit, že dle odpovědí respondentů je důležité pokusit se naplnit životní hodnoty pacientů během jejich pobytu v nemocničním zařízení, čímž bylo odpovězeno i na hlavní cíl práce a to, zda všeobecné a praktické sestry vnímají víru a životní hodnoty pacienta jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu. Výsledkem dotazníkového šetření je tedy kladná odpověď na tento stanovený hlavní cíl bakalářské práce. Téměř většina respondentů (85,33%) se shodla na tom, že je důležité nebo spíše důležité pokusit se naplnit pacientovi životní hodnoty během jeho hospitalizace (obrázek č. 9), ale jen menší část z nich s hodnotami doopravdy pracuje v praxi – 45,33% (obrázek č. 8). Pravděpodobně je to zapříčiněno zhoršenými pracovními podmínkami. Dle respondentů je třeba zlepšit pracovní podmínky, konkrétně navýšit počet personálu na oddělení a zefektivnit spolupráci s jiným odborníkem, aby se všeobecné a praktické sestry mohly této problematice věnovat, plnohodnotně ji zařadit do ošetrovatelského procesu a mohlo tak docházet k efektivnímu naplňování pacientových životních hodnot.



## ZÁVĚR

Každý člověk má specifický hodnotový systém a určitým způsobem uspořádává své životní hodnoty. Systém se může díky vývoji člověka, rozvojem osobnosti a nabývání zkušeností měnit. Většinou je ale u každého jedince velice stabilní a neměnný. Víra a životní hodnoty však nejsou součástí životů pouze zdravých jedinců, ale především i těch nemocných, o které je nutné pečovat v nemocničních zařízeních. Životní hodnoty a s nimi spojené vyšší potřeby by měly být u nemocného člověka naplněny především odpovědnou prací zdravotnického personálu nemocničního zařízení. Tato bakalářská práce se snaží poukázat na důležitost víry a těchto hodnot a na to, že by se na ně v rámci ošetrovatelského procesu nemělo zapomínat.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda všeobecné a praktické sestry vybraného pracoviště vnímají víru a životní hodnoty pacientů jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu. Výsledek šetření byl pozitivní, protože se převážná většina respondentů shodla na tom, že je důležité pokusit se naplnit pacientovi životní hodnoty během jeho hospitalizace, ale podle dalších výsledků dotazníkového šetření již pouze menší část všeobecných a praktických sester pracuje s vírou a životními hodnotami pacienta v praxi. Negativních faktorů, které toto mohou ovlivňovat je celá řada. Bylo však zjištěno, že je to pravděpodobně zapříčiněno ne vždy vyhovujícími pracovními podmínkami.

Všeobecné a praktické sestry by se však i přes velkou zátěž, která je na ně kladena, měly v této oblasti dále vzdělávat (nejen v klinických oborech), zajímat se o pacienty i ze strany jejich víry a hodnot, protože jedním z mnoha úkolů sestry je umět pacienta vyslechnout a komunikovat s ním.

## **Doporučení pro praxi**

Z důvodu lepší informovanosti všeobecných a praktických sester, doporučujeme vedení nemocnice zařadit pro nelékařské zdravotnické pracovníky edukační seminář zabývající se tematikou víry, životních hodnot a práce s nimi v rámci ošetrovatelského procesu.

### **Stručný obsah semináře:**

- Seznámení s tématem
- Základní poznatky odborníka (psychologa) na téma víra a životní hodnoty
- Příklad z praxe psychologa → popis různých výňatků terapeutických rozhovorů, na kterých lektor předvede, jak může zdravotník otázku víry a životních hodnot otevřít a jak následně o tomto tématu s pacientem hovořit
- Rozpoznávání hodnot skrze činnost pacienta
- Příklad ošetrovatelských diagnóz z Domény 10: Životní principy (NANDA international) a následné možné prováděcí intervence
- Čas na diskuzi

**Cílová skupina:** všeobecné a praktické sestry

**Místo konání:** Mulačova nemocnice s.r.o., zasedací místnost

**Datum a čas:** Přesný datum a čas konání upřesní vedoucí každého oddělení

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. *Applying Nursing Process: The Foundation for Clinical Reasoning*. 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 9781609136970.

BERAN, Jiří a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4711-256.

DŽUMELOVÁ, M. KADUČÁKOVÁ, M. *Efektívna komunikácia s pacientom v ambulancii*. Florence, Praha: 2007. ISSN 1801-464x

FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši*. Přeložil Vladimír JOCHMANN. Brno: Cesta, 2015. ISBN 978-80-7295-195-6.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

GIGER, Joyce Newman. *Transcultural nursing: assessment & interventions*. 6th ed. St. Louis: Mosby, 2013. ISBN 9780323083799.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4., rozš. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.

HERDMAN, PHD, RN, FNI, T. Hrather a Shigemi KAMITSURU, PHD, RN, FNI, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KRISLOVÁ, Anna. *Životní hodnoty v ošetrovatelském procesu*. České Budějovice. Bakalářská práce. 2014. ZSF JU.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-01.

MACHKOVÁ, Hana. *Mezinárodní marketing: nové trendy a reflexe změn ve světě*. 3., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2986-2.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-711.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

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

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-524-2.

PRUDKÝ, Libor a kol. *Inventura hodnot: výsledky sociologických výzkumů hodnot ve společnosti České republiky*. Praha: Academia, 2009. Novověk. ISBN 978-80-200-1751-2.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

SEITL, Martin. *Poznávání interpersonálních charakteristik osobnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3320-2.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

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

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4741-079.

SYSEL, Dušan, Hana BELEJOVÁ, Oto MASÁR a Zuzana SYSLOVÁ. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2011. Librix.eu. ISBN 978-80-263-0001-4.

TOLLAROVÁ, Blanka, Marie HRADEČNÁ a Andrea ŠPIRKOVÁ. *Jsme lidé jedné Země: program prevence xenofobie a rasismu*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0376-6.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.

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

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.

URBAN, Lukáš. *Sociologie trochu jinak*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3562-7.

VACKOVÁ, V., *Význam zdraví pro hospitalizovaného pacienta jako životní hodnota*. České Budějovice. Diplomová práce. 2018. ZSF JU.

VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

## Online zdroje

OPATRŇÝ, Aleš. Víra obecně. Víra.cz [online]. 2001 [cit. 2020-10-31]. Dostupné z: <https://www.vira.cz/texty/glosar/vira?rNo=1>

KIEFT, Renate, BROUWER, Brigitte, FRANCKE, Anneke, DELNOIJ, Diana. U.S. National Library of Medicine [online]. 2014 [cit. 2021-3-1]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064111/>

## Zákony

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů. 14. 3. 2011. ISSN 1211-1244.

## Zdroje v dotazníku k otázce č. 4

DOROTÍKOVÁ, Soňa. *Filosofie hodnot: problémy lidské existence, poznání a hodnocení*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1998. ISBN 80-86039-79-X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Dotazníkový formulář

Příloha č. 2 - Souhlas Mulačovy nemocnice s.r.o. s dotazníkovým šetřením

## Příloha č. 1 – Dotazníkový formulář

Vážené kolegyně a kolegové,

Jmenuji se Tereza Závorová, jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, kde studuji na katedře ošetrovatelství a porodní asistence obor Všeobecná sestra v bakalářském studijním programu.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku. Údaje uvedené v tomto dotazníku budou určeny pouze k výzkumným účelům mé bakalářské práce na téma Víra, přesvědčení a životní hodnoty pacienta v ošetrovatelském procesu.

Předem moc děkuji za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

1. Jaké je Vaše místo výkonu práce?
  - a) lůžkové oddělení
  - b) ambulantní pracoviště
  - c) pracoviště intenzivní péče
  
2. Jaká je délka Vaší odborné praxe?
  - a) méně než 5 let
  - b) 6 – 10 let
  - c) 11 – 20 let
  - d) více než 20 let
  
3. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
  - a) Střední odborné vzdělání
  - b) Střední odborné vzdělání (+ specializační vzdělání)
  - c) Vyšší odborné vzdělání
  - d) Vyšší odborné vzdělání (+ specializační vzdělání)
  - e) Vysokoškolské vzdělání
  - f) Vysokoškolské vzdělání (+ specializační vzdělání)



4. Se kterým z následujících tvrzení o životních hodnotách se ztotožňujete?
- „Jsou to všeobecně platné normy chování. Je to něco, o co usilujeme.“ (Dorotíková, 1998, s. 22 - 25.)
  - „Hodnotou se stává to (aktivity, objekty nebo situace), co může subjektivně uspokojit potřebu.“ (Vágnerová, 2007, s. 169.)
  - Hodnoty jsou životní postoje, které vypovídají o tom, čeho si v životě nejvíce vážíme, co považujeme v životě za nejdůležitější, a které nás motivují v dosahování našich cílů
  - Hodnoty jsou věci, které jsou důležité pro nás, charakterizují chování, které nás motivuje a vede naše rozhodnutí
  - s žádným
5. Domníváte se, že má každé onemocnění negativní vliv na životní hodnoty pacienta?
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne
6. Domníváte se, že s délkou hospitalizace se mění životní postoje a hodnoty pacienta?
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Ne
7. Jaké faktory podle Vás negativně ovlivňují životní hodnoty pacienta při hospitalizaci?  
1 – 5 (1 nejméně ovlivňují, 5 nejvíce ovlivňují)
- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Hluk na oddělení                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Nedostatek soukromí                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Omezená doba návštěv                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Nedostatek informací o průběhu léčení                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) Nespokojenost se stravováním                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) Pokud personál mluví příliš odborně                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g) Direktivní jednání personálu                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h) Odkázanost na druhé/omezení soběstačnosti            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i) Nedostatek respektu ze strany personálu k pacientovi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| j) Vytržení z domácího prostředí                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| k) Bolest spojená s nemocí                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
8. Věnujete se problematice víry a životních hodnot při odběru ošetřovatelské anamnézy?
- Ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne

- d) Ne  
e) Neodebírám anamnézu vůbec
9. Je podle Vás důležité pokusit se během hospitalizace naplnit pacientovy životní hodnoty?  
a) Ano  
b) Spíše ano  
c) Spíše ne  
d) Ne
10. Pokud jste Vy sám/a byl/a někdy v roli pacienta, jak jste hodnotil/a preference životních hodnot?  
1 – 5 (1 nejméně důležité, 5 nejvýznamnější)
- |                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| a) Zdraví                             | 1 2 3 4 5 |
| b) Rodina                             | 1 2 3 4 5 |
| c) Vzhled                             | 1 2 3 4 5 |
| d) Přátelství                         | 1 2 3 4 5 |
| e) Vzdělání                           | 1 2 3 4 5 |
| f) Peníze, majetek                    | 1 2 3 4 5 |
| g) Sport                              | 1 2 3 4 5 |
| h) Kariéra                            | 1 2 3 4 5 |
| i) Náboženství                        | 1 2 3 4 5 |
| j) Intimita                           | 1 2 3 4 5 |
| k) Uznání druhých                     | 1 2 3 4 5 |
| l) Nikdy jsem nebyl/a v roli pacienta |           |
11. Na základě své osobní zkušenosti definujte, jak moc se následující životní hodnoty změni během nemoci.  
1 – 5 (1 nejméně změni, 5 nejvíce změni)
- |                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| a) Zdraví                             | 1 2 3 4 5 |
| b) Rodina                             | 1 2 3 4 5 |
| c) Vzhled                             | 1 2 3 4 5 |
| d) Peníze, majetek                    | 1 2 3 4 5 |
| e) Intimita                           | 1 2 3 4 5 |
| f) Bezpečí a jistota                  | 1 2 3 4 5 |
| g) Nikdy jsem nebyl/a v roli pacienta |           |
12. Pracujete s některou z následujících oše. diagnóz v rámci ošetřovatelského procesu?  
(i více odpovědí)
- a) 00124 Beznaděj  
b) 00054 Riziko osamělosti  
c) 00148 Strach  
d) 00053 Sociální izolace

- e) 00083 Konflikt při rozhodování
- f) 00184 Snaha zlepšit rozhodování
- g) 00175 Morální strádání
- h) 00169 Zhoršená religiozita
- i) Používám jiné ošetřovatelské diagnózy
- j) Žádné ošetřovatelské diagnózy nepoužívám

13. Měl/a byste zájem v rámci celoživotního vzdělávání o kurzy týkající se životních hodnot?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

14. Zajišťuje Vaše pracoviště na přání pacienta intervenci psychologa?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Zařizoval/a jste vy osobně některému z pacientů intervenci psychologa?

- a) Ano
- b) Ne

16. Zajišťuje Vaše pracoviště na přání pacienta duchovní služby? (kněz, řádová sestra)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

17. Zařizoval/a jste Vy osobně některému z pacientů duchovní služby?

- a) Ano
- b) Ne

18. Co by podle Vás měla zahrnovat duchovní služba? (i více odpovědí)

- a) Zaplnit pacientův volný čas
- b) Společně se pomodlit
- c) Mocht si promluvit o svém trápení, problému
- d) Lépe snášet odloučení od příbuzných
- e) Pokusit se lépe vyrovnat s bolestí
- f) Poskytnout duchovní oporu
- g) Jiné
- h) Nevím

19. Které podmínky jsou podle Vás důležité k tomu, aby bylo možné věnovat plnou pozornost životním hodnotám pacienta? (i více odpovědí)
- a) Spolupráce s jiným odborným pracovníkem (psycholog, duchovní, sociální pracovník,...)
  - b) Dostatek personálu na oddělení
  - c) Jednotná dokumentace
  - d) Spolupráce s příbuznými pacienta
  - e) Efektivní spolupráce v týmu
  - f) Jiné
20. Které z níže zmíněných podmínek jsou dostupné na Vašem pracovišti? (i více odpovědí)
- a) Spolupráce s jiným odborným pracovníkem (psycholog, duchovní, sociální pracovník,...)
  - b) Dostatek personálu na oddělení
  - c) Jednotná dokumentace
  - d) Spolupráce s příbuznými pacienta
  - e) Efektivní spolupráce v týmu
  - f) Jiné
21. Která z podmínek by se podle Vás měla zlepšit, aby mohlo docházet k naplnění životních hodnot pacienta? (i více možností)
- a) Spolupráce s jiným odborným pracovníkem (psycholog, duchovní, sociální pracovník,...)
  - b) Dostatek personálu na oddělení
  - c) Jednotná dokumentace
  - d) Spolupráce s příbuznými pacienta
  - e) Efektivní spolupráce v týmu
  - f) Jiné

## Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

### SOUHLAS

#### NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Víra, přesvědčení a životní hodnoty pacienta v ošetrovatelském procesu

#### STUDENT

Tereza Závorová

#### VEDOUcí BP

Mgr. Jaroslava Nováková  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
Fakulta zdravotnických studií ZČU  
E-mail: jarnovak@fzs.zcu.cz

#### PRACOVÍŠTĚ

MULAČOVA NEMOCNICE s. r. o.  
Dvořákova 1207/17 301 00 Plzeň  
e-mail: sekretariat@mulacovanemocnice.cz

#### CÍL STUDIE

Hlavním cílem je zjistit, zda všeobecné a praktické sestry vnímají víru a životní hodnoty pacientů jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu.

S Vaším svolením budou všeobecným a praktickým sestrám na vašem pracovišti rozdány dotazníky, které jsou součástí výzkumu k mé bakalářské práci. Všechny získané údaje budou zpracovány anonymně, použity pouze pro účely tohoto výzkumu a výsledky budou anonymně publikovány.

---

#### SOUHLAS S POSKYTNUTÍM INFORMACÍ K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážená paní Závorová,

na základě žádosti o souhlas s poskytnutím informací v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce „**Víra, přesvědčení a životní hodnoty pacienta v ošetrovatelském procesu**“ sdělujeme, že Mulačova nemocnice souhlasí se sběrem informací pomocí vyplnění dotazníků u oslovených nelékařských zdravotnických pracovníků.

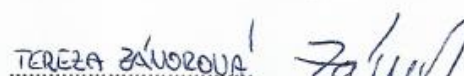
V Plzni dne 3.3.2021



Mulačova nemocnice s.r.o.  
301 00 Plzeň, Dvořákova 17  
IČO: 25202189  
tel: 377 677 200 ①

.....  
Účastník výzkumu

V Plzni dne 3.3.2021



.....  
Student