



UNIVERZITA KARLOVA  
3. lékařská fakulta

*Ústav ošetřovatelství*

**Bogdana Gusarova**

**Péče orientovaná na člověka a uplatňování jejích principů  
ve zdravotnictví.**

*Person centered care and the use of its principles in the healthcare.*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2021

Autor práce: Bogdana Gusarova  
Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra  
Vedoucí práce: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.  
Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství 3. LF UK  
Fakulta humanitních studií UK

Předpokládaný termín obhajoby: červenec 2021

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze své práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 20. května

**Bogdana Gusarova**

*Poděkování*

*Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Haně Janečkové, Ph.D (3. LF UK) za její vstřícnost, respekt k mým názorům a veškerý čas, který mé bakalářské práci věnovala.*

## Obsah

Abstrakt.....	7
Abstract.....	8
Úvod .....	9
1. Teoretická část .....	11
1.1 Vývoj ošetrovatelství ve vztahu k pacientovi .....	11
1.1.1 Ošetrovatelský proces .....	12
1.1.2 Etapy ošetrovatelského procesu .....	12
1.2 Co zakládá podstatu člověka?.....	13
1.2.1 Osoba vs. Jednotlivec.....	13
1.3 Empatický přístup.....	14
1.3.1 Proč je empatie v ošetrovatelství důležitá?.....	14
1.3.2 Základní pravidla ošetrovatelské etiky.....	14
1.4 Potřeby pacienta.....	15
1.4.1 Potřeba důvěry / komunikace.....	15
1.4.2 Potřeba informací.....	16
1.4.3 Potřeba poučení.....	16
1.4.4 Potřeba péče o sebe.....	17
1.4.5 Potřeba podpory.....	17
1.5 Zásady empatické komunikace.....	17
1.5.1 Emoční inteligence.....	18
1.5.2 Výhody empatické komunikace.....	19
1.6 Empatie a ošetrovatelství.....	19
1.7 Ošetrovatelský model humanistické péče dle Watsonové.....	20

1.8 Na člověka orientovaná péče. Co to je?.....	21
1.9 Komunikace v péči orientované na člověka.....	22
1.9.1 Vztah sestry a pacienta.....	22
1.9.2 Vztah sestry a rodiny pacienta.....	23
1.10 Vedení dokumentace v péči orientované na člověka.....	23
1.11 Bariery a napomáhající faktory.....	24
1.12 Jak poskytovat péči orientovanou na člověka.....	25
2. Praktická část.....	27
2.1 Cíle práce.....	27
2.2 Hypotézy.....	27
2.3 Materiál a metodika.....	28
2.4 Dotazník.....	28
3. Diskuze.....	41
Závěr .....	45
Seznam použité literatury .....	46

## **Abstrakt**

Bakalářská práce je zaměřená na empatii v ošetrovatelství a na péči orientovanou na člověka. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První z nich se zabývá historií a vývojem ošetrovatelské profese, charakteristikou ošetrovatelství, vznikem a vývojem konceptu péči orientované na člověka a jeho základními složkami. Na začátku praktické části jsou uvedené cíle této práce, hypotézy a výzkumná metoda. Dále je prezentován dotazník a výsledky výzkumného šetření. V závěru práce je v diskuzi předložena analýza výzkumných zjištění a jejich porovnání s dříve vyslovenými hypotézami.

Klíčová slova: přístupy orientované na člověka, péče orientovaná na člověka, preterapie, zdravotní péče

## **Abstract**

The bachelor thesis is focused on empathy in nursing and person centered care. It is divided into theoretical and practical part. The first of them deals with the history and development of the nursing profession, the characteristics of nursing, the origin and development of the concept of person centered care and its basic components. Aims of this work are stated at the beginning of the practical part, followed by hypotheses and research methods. The questionnaire and the results of the research are also presented. At the end of the thesis, the part with discussion contains analysis of the results of my research and their comparison with previously stated hypotheses.

Key words: Person centered approach, person centered care, pretherapy, health care



## Úvod

“Wherever the art of medicine is loved, there is also a love of Humanity (Kde je láska k medicíně, tam je i láska k lidem).” – to říkal již před naším letopočtem Hypokrates, nejslavnější lékař starověku, kterého považujeme za zakladatele lékařské vědy.

Důležitosti správného přístupu zdravotnického personálu k pacientům se věnuje pozornost už delší dobu. Existuje mnoho studií prokazujících, že správný přístup k pacientům může pozitivně ovlivnit rychlost zotavení pacientů a jejich psychofyzický stav. Poznává se i ekonomičnost holistického přístupu k pacientům – v porovnání s tradičními přístupy je hodnocen jako finančně výhodnější.

Humanistická psychologie vznikla v roce 1962. Za jejího zakladatele je považován americký psycholog Carl Ranson Rogers, který definoval pojem “přístup orientovaný na klienta”. Stěžejním východiskem tohoto přístupu je respekt k pacientovi jakožto k lidské bytosti a jedinečné osobnosti, bez ohledu na jeho sociální status nebo zdravotní stav. Proto byl tento přístup později přejmenován na “na člověka orientovanou péči”. Právě tomuto tématu bych se ráda věnovala.

V teoretické části se zabývám především procesem vývoje ošetrovatelství jako samostatného oboru a jeho teoretickou základnou. Větší pozornost je věnována holismu, empatickému přístupu, definicím pojmů týkajících se na člověka orientovaného přístupu a nakonec vzniku samotného konceptu. Cílem této části práce je seznámení čtenáře s pojmem péče orientovaná na člověka, s jejím konceptem a s dalšími pojmy holistického ošetrovatelství.

Hlavním cílem praktické části je zjistit míru informovanosti zdravotníku a studentů o problematice péče orientované na člověka a také zjistit, co je pro zdravotníky motivací k poskytování empatictější péče a co je naopak překážkou.

Důvodem k výběru tohoto tématu byla zkušenost z praxe během studia. Práce s pacienty na nejrůznějších odděleních byla pro mě velkou inspirací, ale zároveň se stala zdrojem mnoha otázek. Nebyla jsem schopná na tyto otázky odpovědět, až jsem jednou přečetla článek s názvem „Implementace na člověka orientované péče“, který mi okamžitě a nenávratně změnil pohled na práci zdravotnických pracovníků.

Pro tuto práci jsem přeložila velké množství anglických článků a úryvků z knih, které dosud nebyly do češtiny přeložené. Mým cílem bylo zpracovat všechny aktuální informace a shrnout je v této práci, aby sloužila jako průvodce nebo návod, jak by práce sestry měla vypadat.

## 1. Teoretická část

V této části se zabývám především procesem vývoje ošetřovatelství a jeho složek, ale věnuji se také vymezení pojmu “na člověka orientovaná péče” a pojmů týkajících se tohoto konceptu. Budu se zabývat také vznikem a vývojem tohoto konceptu, jeho základními složkami a uplatňováním jeho principů ve zdravotnictví.

### 1.1 Vývoj ošetřovatelství ve vztahu k pacientovi

Ošetřovatelská profese existuje delší dobu a vznikla dlouho před zrozením medicíny. Povolání sestry pochází z dávných dob, kdy lidé nevěděli, co je nemoc a odkud pochází.

Ženy pomáhaly nemocným od nepaměti. Zpočátku to byly jeptišky, které ošetřovaly zraněné a či lidi trpící různými nemocemi. Poté se v 17. století objevily komunity, kde pracovaly vdovy a dívky. Během krymské války v polovině 19. století ženy pomáhaly lékařům ošetřovat zraněné na bojištích.

Již zakladatelka ošetřovatelské profese F. Nightingale říkala, že práce sestry nespočívá jen v péči o zdraví a o nemoc jedince, ale v péči o člověka samotného. Poprvé vyjádřila názor, že profese zdravotních sester se zásadně liší od profese lékařů a vyžaduje znalosti odlišné od lékařských. V té době neexistovala ve vztahu k pacientům prakticky žádná pravidla a sestry musely jednat podle svých morálních zásad. (24)

Mary Patricia Donahue v roce 1969 napsala: „Ošetřovatelství je jedno z nejstarších umění a jedna z nejmladších věd.“ (10)

V roce 1953 byl poprvé přijat Mezinárodní etický kodex pro sestry, a od té doby sestry mají nejen povinnosti, ale také svá práva.

Sestry musí respektovat nezcizitelná práva každého člověka. Sestra je povinna poskytovat pacientovi vysoce kvalitní zdravotní péči, která splňuje zásady lidskosti, profesní standardy, a za svou činnost je morálně odpovědná pacientovi, kolegům i společnosti. Ve většině vyspělých zemí tak funguje Etický kodex Mezinárodní rady sester a Národní etické kodexy sester.

Empatie a soucit s bolestí druhých lidí jsou jedny z nejdůležitějších vlastností zdravotní sestry. To musí být doprovázeno pozorností, přesností a odpovědností. Samozřejmě hlavní podmínkou činnosti sestry je odborná způsobilost. Zdravotní sestra by se měla snažit neustále zlepšovat své znalosti,

dodržovat a udržovat profesionální standardy činnosti a respektovat základní lidská práva, jako je právo na život, na důstojnost a na zacházení s úctou. (22)

### **1.1.1. Ošetřovatelský proces**

Nejbližším pojmem k péči orientované na člověka je ošetřovatelský proces. Při rutinním přístupu sester k pacientům často docházelo k chybám a zanedbání pacientovo individuálních potřeb. Pro poskytování kvalitní péče nestačilo, aby sestry plnily jenom ordinace lékařů. Proto byl zaveden ošetřovatelský proces, který pomáhal předcházet výše uvedeným problémům a zároveň umožňoval sestřám ovlivňovat léčebný postup v rámci jejich kompetence. Valerie Tóthová (2014, s. 16) definuje ošetřovatelský proces, jako „systémový komplexní výkon ošetřovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet k individuálním potřebám ošetřovaného, řešit jeho problémy a předcházet jim“. (37)

Ošetřovatelský proces podává komplexní metodiku, jak organizovat a poskytovat ošetřovatelskou péči. Je systematickým způsobem posouzení stavu pacienta a stanovení ošetřovatelských problémů za účelem realizace plánu péče, který by vyhovoval jak pacientovi, tak i sestře, která o něj pečuje. Ošetřovatelský proces je dynamickým, cyklickým procesem. Cílem ošetřovatelského procesu je udržovat a obnovovat soběstačnost pacienta, uspokojovat jeho individuální potřeby, motivovat a podporovat v péči o své zdraví. (37)

### **1.1.2 Etapy ošetřovatelského procesu**

Pro lepší zapamatování používáme zkratku ADPIE:

1. Assessment – hodnocení. Sestra hodnotí potřeby pacienta za účelem identifikovat pacientovy ošetřovatelské problémy. Ošetřovatelské problémy můžou být buď aktuální, nebo potenciální.
2. Diagnosis – diagnóza. Ošetřovatelská diagnóza je výsledkem ošetřovatelského posudku (první etapy ošetřovatelského procesu). Nemá za úkol stanovit nemoc, ale pacientovy potřeby, při kterých sestra může asistovat.
3. Planning – plánování. Sestra stanoví cíle své péče, které vychází z problémů identifikovaných ve výše uvedených etapách. Na základě

stanovených cílů sestra plánuje ošetrovatelskou péči. Výsledkem je ošetrovatelský plán péče.

4. Implementation – realizace plánu péče.
5. Evaluation – posudek. Sestra hodnotí výsledky implementované péče, a podle toho buď změní plán péče, nebo péči ukončí. (20)

## **1.2 Co zakládá podstatu člověka?**

Z pohledu biologie a sociologie osoba je bytost, která má určité schopnosti nebo vlastnosti, jako je rozum, morálka, vědomí a je součástí kulturně zavedené formy sociálních vztahů, jako je příbuzenství, vlastnictví majetku nebo právní odpovědnost.

Avšak podle mého názoru je pro lepší pochopení konceptu péče orientované na člověka třeba uvažovat o definici pojmu „osoba“ z hlediska filozofie a psychologie, nikoliv sociologie.

Filozofie, která se zabývá pojmem „osoba“, nese jméno „personalismus“. Za zakladatele personalismu se považuje filozof Emmanuel Mounier. Podle něj „je člověk jedinečná, kreativní a zvědavá bytost, s pocity, myšlenkami a přesvědčeními, které jsou sdíleny a živeny prostřednictvím interakcí s ostatními. Při setkání s ostatními člověk roste, vyvíjí se a nachází svou identitu“. (26) Osoba je definována jinými osobami, se kterými interaguje a roste v sociálním kontextu charakterizovaném vzájemností, důvěrou a respektem. (18)

### **1.2.1 Jednotlivec vs. osoba**

Hlavní rozdíl mezi jednotlivcem a osobou spočívá v tom, že jednotlivec je osoba nebo konkrétní objekt, zatímco osoba je bytost, která má určité schopnosti nebo vlastnosti zakládající podstatu osobnosti. (41) (42)

Jednotlivec je ten, který existuje jako samostatný subjekt. Individualita je stav nebo schopnost být samostatným; ve smyslu být osobou oddělenou od ostatních lidí a vyřizovat své vlastní potřeby, práva a povinnosti. (41)

Osoba je jednotlivec obdařený rozumem, jedinečný a vynikající. (42)

### 1.3 Empatický přístup

Empatie je definována jako schopnost identifikovat a porozumět emocím a pocitům jiného jedince. Carl Rogerse (1959, s.210) o empatickém porozumění napsal: „Vnímat vnitřní referenční rámec druhého s přesností, se všemi emocionálními složkami a významy, které se k němu vztahují. Znamená to tedy cítit bolest nebo potěšení druhého, jak to cítí on sám, a vnímat jeho příčiny, jak je vnímá sám“. (34)

Termín „empatie“ se používá k vysvětlení pocitu sympatie, „když jste si vědomi, že jiný člověk má problém či potíže... a snažíte se porozumět jeho zkušenosti a prožitku“. (Wispé, 1986) (44) Tuto myšlenku popularizoval psycholog Carl Rogers, jehož výzkum se zaměřil spíše na vztah mezi klientem a terapeutem než na samotný proces terapie. Tato práce ovlivnila koncepci péče zaměřené na pacienta, která vyplynula z diskurzů „Já“ v 60. letech. (28)

#### 1.3.1 Proč je empatie v ošetrovatelství důležitá?

Když se pacienti podrobí léčbě, mohou se cítit úzkostní, ohromení a dokonce vyděšení procesem. V některých případech je prognóza ponurá, což může pacienty negativně ovlivnit psychicky i emocionálně. Empatická péče může pomoci zmírnit utrpení, zatímco pacient bojuje s agresivním onemocněním, prochází komplikovaným chirurgickým zákrokem nebo se dlouhodobě zotavuje.

Empatie je tedy nezbytná pro navázání kontaktu s pacienty a pro efektivní komunikaci o jejich nepohodlí, starostech a preferencích. (21)

#### 1.3.2 Základní pravidla ošetrovatelské etiky

Etické principy, které sestra musí dodržovat, jsou principy spravedlnosti, dobročinnosti, nonmaleficence, odpovědnosti, věrnosti. Sestra také musí respektovat autonomii pacienta a být pravdomluvná.

Sestry musí být spravedlivé, když distribuují péči, například pacientům na jednom pokoji, o který se starají. Péče musí být spravedlivě rozdělena mezi pacienty bez ohledu na rozdíl ve věku, pohlaví nebo etnický původ.

Beneficence znamená směřování k dobru a správným pro pacienta věcem. Veškerá práce zdravotní sestry musí být vedena snahou přinášet pacientům dobro.

Nonmaleficence znamená nepoškozování, jak uvádí historická Hippokratova přísaha. Nonmaleficence je odvěká zásada lékařů, která samozřejmě platí i pro sestry. Důležité je pamatovat, že újma může být jak úmyslná, tak i neúmyslná.

Odpovědnost znamená, že sestra musí být zodpovědná za své vlastní činy. Sestry odpovídají za svou ošetrovatelskou péči a další činnosti. Musí přijmout všechny profesní a osobní důsledky, které mohou nastat v důsledku jejich jednání.

Věrnost je dodržování slibů. Sestra musí být pravdomluvná a věrná svým profesionálním slibům a odpovědnostem tím, že bude kompetentně poskytovat vysoce kvalitní a bezpečnou péči.

Autonomie a seburčení pacienta jsou dodržovány, když sestra přijme pacienta jako jedinečnou osobu, která má vrozené právo mít své vlastní názory, perspektivy, hodnoty a přesvědčení. Sestry povzbuzují pacienty, aby se sami rozhodli bez jakéhokoli úsudku nebo nátlaku od sestry. Pacient má právo odmítnout nebo přijmout jakoukoli léčbu.

Pravdivost znamená, že sestra je upřímná k pacientům; zdravotní sestry nesmí pacientům zatajovat celou pravdu, i když by to mohlo vést k jejich utrpení. (39)

## **1.4 Potřeby pacienta**

Zdravotní sestry jsou pro pacienty primárním pomocníkem ve většině zdravotnických zařízení. Jsou to lidé, se kterými se pacienti setkávají několikrát denně a spoléhají se na splnění jednoduchých požadavků, které kdysi mohli zvládnout samostatně.

Podle literatury, potřeby hospitalizovaných pacientů jsou: důvěra, komunikace, informovanost, poučení, péče o sebe, podpora atd. (30) „Potřeby pacientů“ je dynamický komplexní koncept, který se mění s věkem, pohlavím a progresí nemoci. Je také závislý na inteligenci pacienta, jeho životní zkušenosti a společenské úrovni. (35)

### **1.4.1 Potřeba důvěry / komunikace**

Naplnění potřeby důvěry je zásadní pro harmonický vztah mezi pacienty a zdravotníky a je do značné míry důležité pro jejich dobrou spolupráci. Dosažení efektivní komunikace, počínaje anamnézou pacienta až po implementaci jakékoli ošetrovatelské praxe, pomáhá snížit úzkost pacientů a napomáhá jejich spolupráci.

Komunikace mezi zdravotníky a pacienty je dynamický a interagující vztah: zdravotničtí pracovníci potřebují přesné informace od pacientů, aby mohli posoudit stav onemocnění, stanovit přesnou diagnózu a naplánovat ošetrovatelskou péči. Pacienti jsou díky efektivní komunikaci schopni lépe porozumět lékařským a sesterským pokynům, akceptovat svůj zdravotní stav a dodržovat lékařské a sesterské pokyny. (30)

Přestože má být tento vztah interaktivní, aby bylo dosaženo nejlepšího terapeutického výsledku, jsou chvíle, kdy je tato podmínka porušena. Příkladem je situace, kdy pacient vyžaduje od zdravotníka více času nebo pozornosti, než kolik je skutečně požadováno. Proto je odpovědností zdravotnických pracovníků především udržovat vztah v bezpečných mezích, a to jak pokusem o pochopení psychologie pacientů, tak i profesionálním jednáním. (1)

#### **1.4.2 Potřeba informací**

O potřebě informací se začalo mluvit před několika desítkami let, kdy koncem šedesátých a začátkem sedmdesátých let získal popularitu přístup k pacientům podle paternalismu. Lékař tedy byl osobou, která rozhodovala o léčebné terapii pacienta, míře a druhu informací poskytovaných pacientovi, samozřejmě vždy s přihlédnutím k tomu, co je pro pacienta „nejlepší“.

Od té doby mnoho zemí po celém světě uznalo důležitost informovanosti pacientů; dnes pacienti vyžadují informace nejen o nemoci a léčbě, prevenci komplikací nebo vedlejších účinků léčby, ale také o dalších praktičtějších problémech spojených s každodenními činnostmi nebo dokonce s ekonomickými problémy. Pokud má pacient pocit, že nedostává dost informací, začíná být podezřelý a zpochybňuje potřebu léčby nebo pociťuje nejistotu, strach a odpor k poskytované péči. (30)

#### **1.4.3 Potřeba poučení**

Poučení pacientů je definováno jako proces poskytnutí znalostí a dovedností, které mohou vést ke změnám v chování pacientů, které jsou nezbytné pro udržení nebo zlepšení zdraví.

Cílem efektivního poučení pacientů je změna jejich chování směrem k větší sebeovládání, aktivnější účasti na rozhodování, hodnocení osobních rizikových



faktorů, implementaci realistických cílů a očekávání a obecně k efektivnějšímu řízení jejich zdraví a kvality života. (30)

#### **1.4.4 Potřeba péče o sebe**

Účast pacienta a jeho péče o sebe je definována jako částečné zapojení pacienta do léčby a do rozhodnutí, která se jej týkají. Poskytování kvalitní péče vyžaduje kromě uspokojování potřeb pacientů také zkoumat do jaké míry se pacienti mohou účastnit své léčebné terapie, přičemž konečným cílem je zlepšení prognózy a kvality jejich života.

Samozřejmě aktivní účast pacienta není vždy možná. Úkolem sestry je uhádnout vhodný moment pro zapojení pacienta do péče. (30)

#### **1.4.5 Potřeba podpory**

Pokud jde o potřebu podpory, je všeobecně přijímáno, že jak náhlá hospitalizace, tak často opakované hospitalizace jsou stresujícími podmínkami, kdy pacienti potřebují podporu své rodiny a zdravotníků, aby se s touto nemocí vyrovnali.

Když si pacienti uvědomí svou neschopnost provádět každodenní činnosti, udržovat dřívější vztahy a funkční role, snaží se izolovat od společnosti, což vede k sociální izolaci a osamělosti. To podkopává jejich emoční rovnováhu a duševní zdraví. Udržování komunikace a podpora rodiny a blízkých jsou důležitými faktory v prevenci sociální izolace a mají pozitivní dopad na proces léčby a její výsledek.

Ačkoli historicky neexistuje všeobecně přijímaná definice sociální podpory, termín sociální podpora se často rozděluje na dvě následující širší oblasti: strukturální a funkční podpora.

Strukturální podpora se týká velikosti, typu, intenzity, frekvence a zejména kvality kontaktu pacienta s jeho blízkými a se zdravotnickým personálem.

Zatímco funkční podpora je spojená se sociálními aspekty a zahrnuje finanční a emoční podporu, poskytování informací atd. (30)

### **1.5 Zásady empatické komunikace**

Při komunikaci s pacientem je od sester stále více vyžadovaná schopnost být empatická. Empatie je také důležitou součástí komunikace v péči orientované na člověka. Schopnost sestry správně komunikovat s pacienty, získávat jejich přízeň a toužit jim porozumět je zásadní podmínkou pro poskytování péče orientované na

člověka. Zároveň mnoho zdravotníků je skeptických vůči empatii ve vztahu pacient-zdravotník, často se obávají nebezpečí „přílišného zapojení pacientů“ a myslí jenom na emocionální aspekt empatie.

Empatii však lze chápat spíše jako formu profesionální interakce (soubor dovedností nebo kompetencí), než subjektivní emoční zážitek nebo osobnostní rys, který buď máte, nebo nemáte. Empatický přístup k pacientům zahrnuje intelektuální „vstupování“ do pacientovy perspektivy, přesvědčení a zkušeností, ale nevyžaduje potřebu „cítit utrpení toho druhého“ na emoční úrovni.

K popisu empatického porozumění na vyšší emoční úrovni byl použit pojem „emoční inteligence“. Někteří odborníci však považují tento typ komunikace za „nadměrnou identifikaci“ a stírání profesionálních hranic.

Žádný z těchto empatických přístupů však není účinný bez behaviorální nebo akční složky, tj. bez jednoznačného prokázání, že skutečně chápeme to, co pacient prožívá, jenom na základě tohoto porozumění dokážeme jednat přesně. To samozřejmě vyžaduje zpětnou vazbu – měli bychom se vždy ptát pacienta, jestli správně rozumíme jeho pocitům. (25)

### **1.5.1 Emoční inteligence**

Koncept emoční inteligence byl navrhnout v roce 1964 americkými psychology J. Mayerem a P. Saloveym. Jedná se o vědecký přístup, který má dobře promyšlený teoretický základ, čímž získal velkou empirickou podporu. Emoční inteligence zahrnuje soubor dovedností souvisejících s emocionálním zpracováním informací. Konkrétně je emoční inteligence definována jako schopnost vnímat, sbírat informace, ovládat vlastní emoce a rozumět emocím ostatních. (15) (16)

Emoční inteligenci tvoří čtyři aspekty:

- 1) schopnost adekvátně vnímat emoce, což znamená jak vnímání vlastních emocí, tak i emocí druhých spolu se schopností vyjádřit a správně stanovit své pocity a potřeby;
- 2) schopnost usnadnit proces myšlení za pomoci emocí, to znamená, že emoce nám pomáhají při zpracování důležitých informací, usnadňují rozhodování a změnu pohledu;

- 3) schopnost porozumět emocím a jejich významu: týká se schopnosti analyzovat různé komplexní emoce a také schopnosti analyzovat jejich závislost na sobě;
- 4) regulace emocí za účelem emočního intelektuálního růstu, což znamená zručnost správným způsobem usměrňovat vlastní emoce a emoce ostatních, a také vnímat jak pozitivní, tak i negativní emoce.

Emoční inteligence je důležitým faktorem v ošetrovatelství, protože práce ve zdravotnictví může být emocionálně velmi náročná. Rozvinutá emoční inteligence sestry jí umožní pracovat v souladu se svými myšlenkami a pocity. (16)

### **1.5.2 Výhody empatické komunikace**

Velká část výzkumů v této oblasti se zaměřila na to, zda je empatická a pozitivní komunikace výhodná a zda se lze empatickou komunikaci naučit. (8) Systematický výzkum z roku 2001 zjistil, že empatie a pozitivní komunikace mohou mimo jiného zlepšit výsledky léčby pacientů. (9)

Odborníci, kteří si dávají čas na zdokonalení svých dovedností v empatické komunikaci, pravděpodobně pozitivně ovlivní řady psychologických a fyzických stavů pacientů, zlepší celkovou spokojenost pacientů s péčí, aniž by pacientům ublížili. (14)

Podle odborníků empatická komunikace podporuje důvěryhodný vztah mezi pacientem a zdravotníkem, což umožňuje pacientovi mluvit čestněji a otevřeněji o svých problémech a symptomech. Zdravotník tím získá více informací, stanoví přesnější diagnózu a porozumí individuálním potřebám pacientů. Kromě toho empatická komunikace může také vést k tomu, že se pacient bude cítit poslouchán, oceňován jako jednotlivec, chápán a přijímán, což může pozitivně ovlivnit výsledek léčby. (27)

### **1.6 Empatie a ošetrovatelství**

Obecná pravidla pro poskytování empatické péče byla ze začátku vypracovaná pro psychiatrickou praxi. Mnoho z nich pochází z práce C. Rogerse (1951), která byla vydána v padesátých letech minulého století a byla věnována terapii zaměřené na klienta. Tento koncept byl následně rozvinout a posléze přejmenován na péči orientovanou na člověka.

Z hledisku mezilidských vztahů ošetřovatelství je velmi specifická profese, která zahrnuje vztah nejen k pacientům, ale i k jejich rodinám a také k lékařům. Sestra jedná jako prostředník a empatie by měla být pomocným faktorem a předpokladem k poskytování efektivní ošetřovatelské péče. (2) Vcítění však může být občas velmi náročným procesem, který vyžaduje celou řadu komunikačních schopností, zejména trpělivost a rozvážnost. Vcítění nás motivuje, abychom jednali z touhy pochopit a pomoci. (31)

Nicméně je důležité pamatovat, že i empatie musí mít své hranice, vždy musí být profesionální, aby především neublížila psychice sestry. Pochopení pocitů pacientů nemusí znamenat odevzdání se jím, je potřeba vždy dodržovat určitý odstup od pacientových emocí, abychom chránili vlastní. Nadměrné prožívání může vést i k příznakům pracovního vyhoření, kdy dochází k naprostému vyčerpání, ztrátě motivace a nadšení, k zhoršení kvality poskytované péče. (29)

Paradoxně k nástupu syndromu vyhoření jsou náchylní spíše jedinci, kteří svoji práci vykonávají s entuziazmem a vysokým pracovním nasazením. Hlavním rizikovým faktorem je častý kontakt s lidmi a trvalé plnění duševní a fyzické činnosti, které jsou považované za standart či minimum s žádnou možností úlevy.

Proto je důležité dávat pozor na své duševní zdraví, dodržovat s pacienty určitý emocionální odstup, dávat si realistické cíle a mít realistická očekávání a otevřeně mluvit o svých problémech. (17)

### **1.7 Ošetřovatelský model humanistické péče dle Watsonové**

Modely péče jsou teoretickou základnou ošetřovatelství, jejichž rozvoj nastal v polovině 20. století v USA a Kanadě. Vytvoření těchto modelů bylo velmi důležitým pokrokem. Díky tomu má v současné době ošetřovatelství detailní vymezenou vědomostní základnu, která zahrnuje nejen modely, ale i ošetřovatelské koncepce a teorie. (23)

Ošetřovatelský model Margaret Jean Watsonové se řadí do modelů humanistických a vychází z principů personalismu a humanismu. Tento model je výjimečný, protože nás učí správně zacházet a pracovat nejen s pacienty, ale i se sebou, s rodinou pacienta a s celým multidisciplinárním týmem. Watsonová vidí ošetřovatelství jako samostatný obor, vědeckou disciplínu a filosofii. Zásadními rysy jejího modelu jsou respekt k právům pacientů, akceptace jeho autonomie a samozřejmě empatie, úcta a soucit. Při koncipování humanistického modelu

autorka vycházela z psychologů a sociologů, jako jsou Erikson, Maslow a Rogerse, kterého považujeme za zakladatele přístupu orientovaného na člověka.

Práce Watsonové, která byla publikovaná v roce 1996m popisuje, jak uchopit humanismus, uchovat vcítění a empatii a naučit se to správně využívat v každodenní ošetrovatelské praxi. Autorka vymezila několik faktorů humanistické péče: formování správných hodnot, vytváření pocitu důvěry mezi pacientem a sestrou, vytváření citlivého postoje k sobě a k ostatním (k pacientům, k rodině, k lékařům atd.), vyjádření jak pozitivních, tak i negativních citů, čínorodý přístup k ošetrovatelskému procesu a péči, pochopení a podpora pacientů. Watsonová klade velký důraz na to, že sestra musí být zručná, dovedná a schopná, protože za ošetrovatelskou péči zodpovídá ona sama a je potřeba si toto uvědomit. (40) (36)

### **1.8 Na člověka orientovaná péče. Co to je?**

Na člověka orientovaná péče má velmi blízko k jiným již zavedeným konceptům péče jako výše uvedený holistický model péče dle Watsonové nebo bio-psycho-sociální model péče. Poskytování péče zaměřené na člověka zahrnuje péči o pacienty nad rámec jejich onemocnění a přizpůsobení vaší služby tak, aby vyhovovala pacientovým individuálním potřebám. Jde o respektování toho, že pacienti jsou jedineční se svojí minulostí, současností a budoucností.

Termín zaměření na klienta poprvé použil C. R. Rogerse, americký psycholog a jeden ze zakladatelů humanistického přístupu (a přístupu zaměřeného na klienta) v psychologii. Péče orientovaná na člověka je termín, který se vztahuje k ošetrovatelství a k medicíně, ale v podstatě se neliší od psychoterapeutického konceptu zaměření na klienta, je jen upravená a přizpůsobená lékařským a zdravotnickým profesím verze. Je zaměřen na specifické vztahy (pacient-lékař, pacient-sestra, sestra-rodina pacienta) při léčbě a péči o nemocného.

Koncept péče zaměřené na člověka klade důraz na to, že je důležité vnímat pacienta jako důstojnou a schopnou osobu, která se spolu se zdravotnickým pracovníkem může podílet na plánování péče. (11)

V nemocničním prostředí je přístup zaměřený na člověka stále vágní a většinou se praktikuje, pokud to dovoluje čas a samozřejmě pokud zdravotník ví o existenci tohoto přístupu. (4)

Existuje řada různých konceptů a pojmů pro péči orientovanou na člověka, které se často používají zaměnitelně, např. péče zaměřená na pacienta/klienta, péče zaměřená na jednotlivce a péče zaměřená na člověka.

Koncepční rozdíl mezi pojmy péče zaměřená na **pacienta** a péče zaměřená na **člověka** spočívá v tom, že při uznání osoby pouze jako pacienta se odborník zaměřuje na nemoc a její dopad na tělo. Zatímco slovo „člověk“ přesouvá pozornost od nemoci k jedinečnosti osoby, která prožívá nemoc, je to širší a vágní pojem zahrnující veškerou péči související s potřebami a utrpením jednotlivého pacienta. (45)

### **1.9 Komunikace v péči orientované na člověka**

V konceptu péče orientované na člověka komunikace hraje velkou roli. Komunikace konkrétně ve formě partnerství je považována za primární základní součást tohoto přístupu a zaměřuje se na společné rozhodování po vzájemné dohodě. (11)

Termín „partner“ pochází z latinského *parce*, což znamená „osoba, která sdílí nebo se na něčem podílí; podílník, účastník“. Partnerství je dynamický proces, který se neustále mění.

Partnerství je často popisováno jako účast na rozhodování. Společné rozhodování je pokrokem od typu péče, kdy je za rozhodování odpovědný zdravotnický pracovník, k autonomnějšímu etickému konceptu péče, kdy je pacient považován za autonomního účastníka, který ví, co mu vyhovuje nejvíc. (43)

Účast pacienta na rozhodování tedy nemusí nutně znamenat výběr léčby nebo léků, ale spíše by měla být chápána v tokových pojmech jako sebevědomí, pocit kontroly a odpovědnosti. Stejně tak je důležité si uvědomit, že ne všichni pacienti se chtějí na své léčbě podílet. V takovém případě bude úkolem sestry respektovat přání pacienta a motivovat ho k dodržování všech lékařských pokynů. (45)

#### **1.9.1 Vztah sestry a pacienta**

Švédská sestra Estrid Rodheová ve své knize (1911) psala, že nemocní především potřebují soucit a že spíše odpustí nezručnost sestřičky než chladný nelaskavý přístup. Pacienti neočekávají bezchybný postup. Pacienti chtějí být

chápaní a akceptování, žádají empatii, otevřenost a příjemnou atmosféru kolem sebe. (12)

Hlavním úkolem sestry při komunikaci s pacientem je vytvořit vztah založený na důvěře, aby pacient z toho vztahu cítil především lidskost.

Nejdůležitějším úkolem sestry v péči orientované na člověka je sledovat emocionální stav pacienta, vnímat jeho pocity, vnímat, jak pacient prožívá nemoc a ve chvílích, kdy mu chybí vůle, ho podporovat a motivovat. (7)

### **1.9.2 Vztah sestry a rodiny pacienta**

Součástí na pacienta orientované péče je nejen partnerský vztah s pacientem, ale i spolupráce s rodinou nemocného, což občas může být náročným úkolem. Emocionální kontakt s jejich rodinou je jednou z nejdůležitějších potřeb pacientů, jelikož rodinní příslušníci a blízcí často znají pacienty lépe a mohou poskytnout lepší emocionální podporu. To platí zejména u nemocných v terminálním stadiu, kdy pacienti jsou ve velmi nestabilním a zranitelném emocionálním stavu a často jsou jejich příbuzní jediní lidé, které chtějí vidět.

Navíc pacientovi příbuzní mají často obavy, že sestry nejsou vždy vnímavé a že občas nedokážou rozeznat signály (u nemocných v kómatu nebo s demencí). V takových případech je komunikace s rodinou pacientů velmi důležitá a bude mít pozitivní dopad jak na emocionální stav příbuzných, tak i na emocionální stav sestry. (33)

### **1.10 Vedení dokumentace v péči orientované na člověka**

Neposlední roli v péči orientované na člověka také hraje správné vedení ošetrovatelské dokumentace. Vedení dokumentace chrání nejen pacienty, ale i zdravotníky tím, že zajišťuje lepší komunikaci a předávání informace mezi sestry a lékaři, možnost si včas všimnout vznikající komplikace. Kromě toho tím, že obsahuje přesný popis plánu péče a poskytované péče, slouží jako důkaz o dodržení standartu a kontinuity péče. I když jediný univerzální vzor dokumentace neexistuje a může se dokumentace lišit v závislosti na oddělení, měla by však vždy být hodnocená a upravována podle potřeb pacientů. (6)

Je důležité vědět, že pacienti nemají právo omezovat množství informace potřebné pro jejich léčbu a péči, ale můžou omezovat přístup k určitým informacím a my jako zdravotničtí pracovníci musíme toto právo respektovat. (46)

Efektivně a správně vedená ošetrovatelská dokumentace by měla vždy obsahovat:

1. Ošetrovatelskou anamnézu.
2. Přesný záznam vývoje stavu pacienta.
3. Záznam podané medikace.
4. Příjmovou, překládovou, propouštěcí zprávu.
5. Ošetrovatelský plán.

Podle potřeb jednotlivých pacientů může sestra použít další složky ošetrovatelské dokumentace jako záznam bolesti, záznam příjmu a výdeje tekutin atd.

Navíc by dokumentace měla obsahovat záznam všech provedených výkonů, přijatých rozhodnutí a sdělených informací. Všechny záznamy v správně vedené dokumentaci by měly být označené datem, časem a razítkem sestry, která výkon provádí. (6)

### **1.11 Bariery a napomáhající faktory**

Implementace péče zaměřené na člověka hodně závisí na organizačních schopnostech vedení nemocnice a jednotlivých klinik. Nedostatek organizační podpory může být rozhodující překážkou k implementaci a může zahrnovat nedostatek prostředků (např. finančních), nedostatečný zájem a skeptický postoj vedení. Bayne et al. uvedli, že lékaři, kteří mají pocit, že jejich podání není podporováno, jsou náchylnější k nedostatku empatie. (3)

Nedostatek empatie je také částečně přičítán zvýšené pracovní zátěži. Příliš náročné pracovní tempo je vyčerpávající a zdravotníci nemají emoční energii k prokázání empatie a poskytování péče orientované na člověka. Stejně tak v svém výzkumu bariér pro zlepšování komunikace Klitzman (2006) zjistil, že nedostatek času je překážkou k poskytování empatické péče. (19)

Syndrom vyhoření úzce souvisí s každodenními tlaky a tempem práce, kterým čelí zdravotníci. Empatické chování vůči pacientům a schopnost poskytovat péči orientovanou na člověka se snižuje v důsledku emocionálního vyčerpání



zdravotnických pracovníků, syndromu vyhoření, nedostatku spánku, pracovního vytížení a fyzického vyčerpání. (13)

Lidský faktor také občas může sloužit překážkou. Empatie je formou interakce člověka, která je ovlivněna chováním a reakcemi druhé osoby. Hojat et al. (2009) zjistili, že studenti medicíny projevovali méně empatii nebo neprojevovali vůbec k pacientům, jejichž chování bylo považováno za náročné, obtížné, nepřátelské, urážlivé, nedocenené.

Navzdory různým organizačním faktorům, které mají negativní vliv na implementaci péče orientované na člověka, důkazy naznačují, že vedení nemocnic může pozitivně ovlivnit empatii pracovníků a jejich orientovanost na pacienty. Například školení může zlepšit empatické dovednosti zdravotnického personálu. Během svého výzkumu Razavi et al. (2002) zaznamenal významné zvýšení efektivní empatie a orientovanosti na pacienty po 105 hodinách tréninkového programu věnovaného empatii. (32)

### **1.12 Jak poskytovat péči orientovanou na člověka.**

Zakladatel na člověka orientované péče Carl R. Rogers vyzdvihl tři hlavní faktory pro poskytování na člověka orientované péče: kongruence, nepodmíněné pozitivní přijetí a empatické porozumění.

Rogers vidí osobnost jako otevřený systém, který má přirozený vývojový potenciál. Podle něj v každém člověku existuje přirozená motivační síla, která směřuje k růstu. Je to snaha o sebeaktualizaci, realizaci vlastních potencionálů a možností. Úkolem sestry je tedy vytvořit prostředí, které by napomáhalo sebeaktualizaci pacienta. Sestra musí směřovat proces léčby k důvěře, upevnění zdraví a k přijetí sebe a svého zdravotního stavu.

Rogers také vymezil tři kvality pro sestry, které jsou nezbytné pro poskytování na člověka orientované péče:

1. Schopnost sestry být sama sebou, umět vyjádřit své pocity a potřeby.
2. Schopnost být empatická, schopnost porozumět a vcítit se.
3. Bezpodmínečná akceptace pacienta takovým, jaký je, s jeho nemocí, jeho minulostí, současností a budoucností.

Sestra musí vytvářet bezpečný prostor pro otevřenou komunikaci, aby se jak sestra, tak i pacient mohli svobodně vyjadřovat. Sestra by měla se zajímat o potřeby pacienta, stejně jako pacient by se měl zajímat o profesionální potřeby sestry. Celkem by podle konceptu péče orientované na člověka vztah sestry a pacienta měl být vztahem důvěry, kde je ceněná zpětná vazba, otevřenost a respektování. (38)

Základní principy péče zaměřené na pacienta dle organizace Picker Institute, která se zabývá potřebami pacientů a specializuje se na péči orientované na člověka, představují zde:

1. Respekt k hodnotám pacienta, preferencím a vyjádřenými nevyjádřeným potřebám.
2. Informace, komunikace a vzdělávání. Zvláštní pozornost je třeba věnovat vysvětlování a poučení pacientů, dávat prostor na otázky.
3. Fyzické pohodlí. Zvládání bolesti, pomoc při každodenních činnostech a respektování soukromí pacientů – to vše výrazně přispívá k spokojenosti pacientů.
4. Emoční podpora a zmírnění strachu a úzkosti. Řešení úzkosti souvisejících s nemocí a léčbou může být stejně důležité, jako léčba samotná.
5. Zapojení rodiny a blízkých. Rodina a přátelé by měli být vítáni a mělo by se s nimi zacházet s úctou, zejména v jejich roli obhájců pacientů.
6. Kontinuita a propuštění. Před propuštěním pacienta by se zařízení mělo ujistit, že pacient rozumí všem pokynům lékaře a svým novým povinnostem souvisejícím s léčbou a domácí péčí. (5)

## 2. Praktická část

Praktická část bakalářské práce navazuje na teoretickou část, která byla zaměřená na objasnění termínů a vysvětlení koncepce péče orientované na člověka. Tato část se zabývá problematikou empatie mezi sestrami a pacienty, problematikou implementace péče orientované na člověka, zejména jejími bariérami a napomáhajícími faktory.

Průzkum byl proveden pomocí dotazníku, který byl orientován na tři cílové skupiny:

1. Studenty/ky oboru ošetrovatelství.
2. Praktické sestry.
3. Všeobecné sestry.

### 2.1 Cíle práce

Cíl práce 1: Zjistit míru informovanosti zdravotníku a studentů o problematice péče orientované na člověka.

Cíl práce 2: Porovnat zájem o problematiku péče orientované na člověka u studentů a již pracujících sester.

Cíl práce 3: Zjistit, zda existuje souvislost mezi zájmem o péči orientované na člověka a typem oddělení, na kterém zdravotník pracuje.

Cíl práce 4: Zjistit bariéry a napomáhající faktory pro implementaci péče orientované na člověka.

### 2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1

*„Předpokládám, že větší část respondentů nebude schopná definovat pojem „péče orientovaná na člověka“ a ani nebude s tímto pojmem obeznámená.“*

Hypotéza č. 2

*„Předpokládám, že studenti budou projevovat větší zájem o problematiku péče orientované na člověka, než již pracující sestry.“*

Hypotéza č. 3

*„Předpokládám, že pracovníci chirurgických sálů a ambulancí budou projevovat menší zájem o péči orientovanou na člověka než pracovníci lůžkových oddělení.“*

Hypotéza č. 4

*„Předpokládám, že hlavní překážkou pro poskytování péče orientované na člověka bude nedostatek času, zatímco hlavní motivací bude podpora od nadřízených pracovníků (ve formě finančního ohodnocení, prémieí atd).“*

### **2.3 Materiál a metodika**

Práce byla zpracována na základě kvantitativního výzkumného šetření. Pro sbírání dat a informací byl vytvořen dotazník určený pro tři cílové skupiny:

1. Studenti oboru ošetrovatelství.
2. Praktické sestry.
3. Všeobecné sestry.

### **2.4 Dotazník**

Dotazník byl přístupný od 17. dubna do 1. května 2021 na serveru SURVIO.com. Odkaz na dotazník byl rozeslán prostřednictvím sociálních sítě. Během této doby bylo sesbíráno 73 odpovědí.

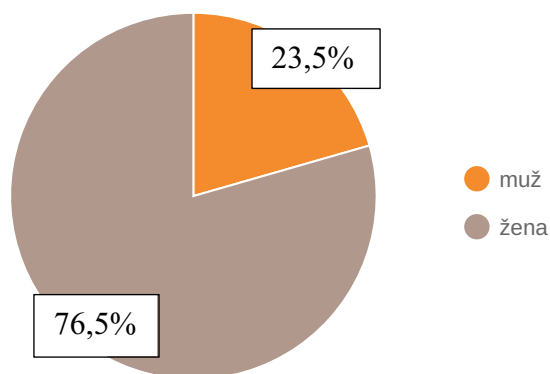
Odpovědi byly zpracovány a pro názornost zaneseny do grafů. K jednotlivým grafům byl přidán komentář týkající se dané problematiky.

Pro všechny respondenty byl dotazník totožný. Obsahoval 14 otázek, a na konci prostor pro vyjádření svého názoru na současnou úroveň vztahů mezi sestrami a pacienty v českém zdravotnictví.

#### Dotazníkové otázky:

1. *Vaše pohlaví?*

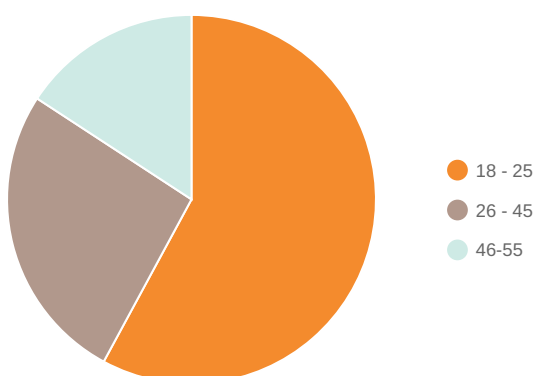
Na dotazník odpovědělo 76, 5 % žen a 23,5 % mužů.



Graf č. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví

## 2. *Kolik je Vám let?*

Následující graf znázorňuje věkové rozložení respondentů. Nejvíce odpovídali lidé ve věkovém rozmezí 18-25 let, většina z nich jsou studenti; celkem tato skupina tvoří 62,5% odpovědí. Dále je zastoupeno rozmezí mezi 26 a 45 lety věku, celkem 25 %. Nejméně (s 12,5 % odpověďmi) odpovídaly lidé ve věku 46-55.

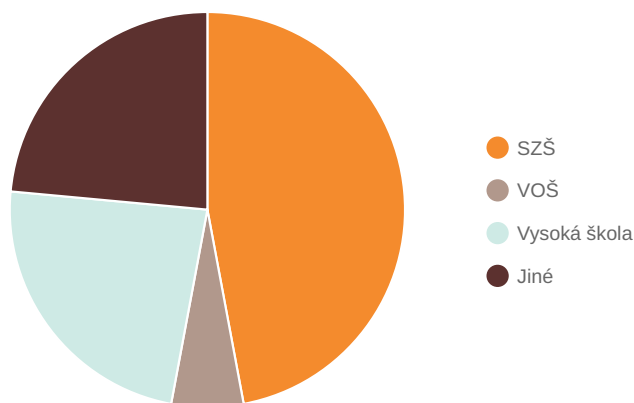


Graf č. 2: Rozdělení respondentů podle věku

## 3. *Nejvyšší dosažené vzdělání?*

Graf č. 3 znázorňuje nejvyšší vzdělání, kterého dosáhli respondenti. V 47 % jsou to absolventi středních zdravotnických škol, většina z nich ale pokračuje na

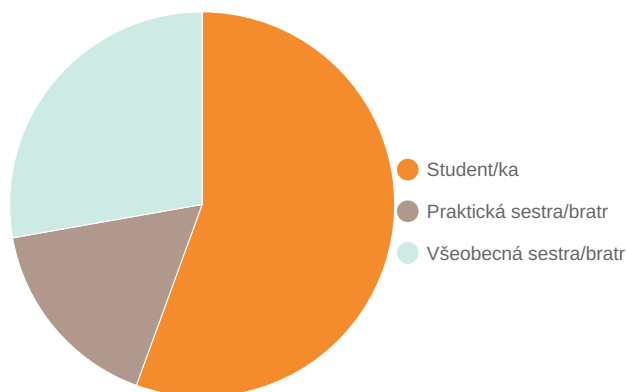
vysoké škole. Stejně množství respondentů (23,5 %) zvolilo variantu „vysoká škola“ a variantu „jiné“, což celkem činí 47 %. Nejmenší skupinu tvoří respondenti, kteří absolvovali vyšší odbornou školu. Tato varianta byla zastoupena v 5,9 % odpovědí.



Graf č. 3: Rozdělení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

#### 4. *Vaše zaměstnání?*

Čtvrtá otázka byla zaměřená na zaměstnání respondentů. Tato otázka je klíčová pro potvrzení (resp. vyvrácení) jedné z hypotéz, týkající se zájmu respondentů o problematice péče orientované na člověka. Z následujícího grafu lze vyčíst, že většina respondentů jsou studenty, celkem 55,6 %. Dále 27,8 % respondentů tvoří všeobecné sestry/bratry, nejméně zastoupené jsou praktické sestry/bratry s 16,7 % odpověďmi.

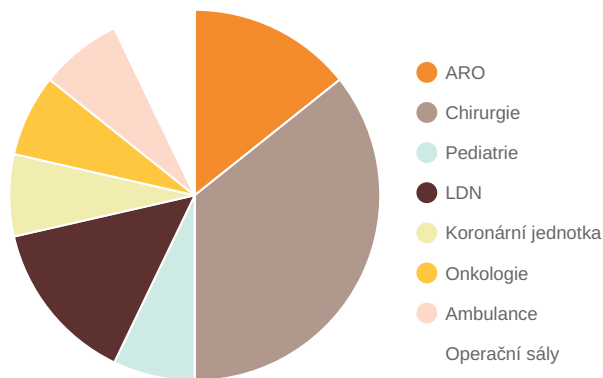


Graf č. 4: Rozdělení respondentů podle zaměstnaní

5. *Na kterém oddělení pracujete nebo kam byste chtěl/a po škole nastoupit?*

Tato otázka byla otevřená, proto veškeré odpovědi byly shrnuty do 8 hlavních skupin: oddělení anesteziologie a resuscitace, chirurgické oddělení, pediatrické oddělení, oddělení dlouhodobé péče, koronární jednotka, onkologické oddělení, ambulance a operační sály.

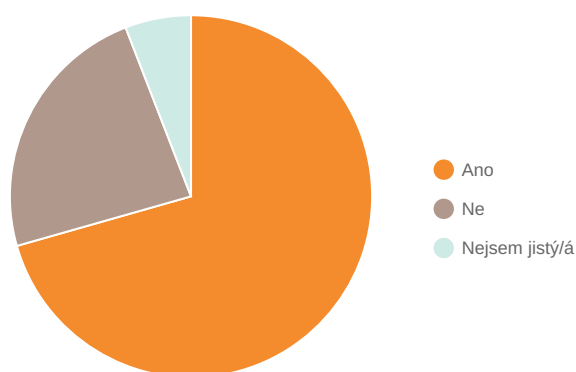
Největší počet respondentů (35, 5 %) budou nastupovat nebo již pracují na chirurgických odděleních. Na ARO pracuje 14, 2 % respondentů, se stejným podílem jsou zastoupeny pracovníci oddělení LDN. Koronární jednotku, onkologické oddělení, ambulanci a operační sály zvolilo 7, 1 % respondentů, spolu pracovníci těchto oddělení tvoří 28, 4 % všech respondentů.



Graf č. 5: Rozdělení respondentů podle typu pracoviště

6. *Setkal/a jste se někdy s pojmem na člověka orientovaná péče?*

Šestá otázka zkoumala míru seznámení respondentů s pojmem péče orientovaná na člověka. Dotazovaní v 70,6 % zvolili možnost „Ano“; 23,5 % respondentů s tímto pojmem se dříve neseťkali a zvolili variantu „Ne“. Pouze 5,9 % dotazovaných nebyli jistí a zvolili variantu „Nejsem jistý/á“.

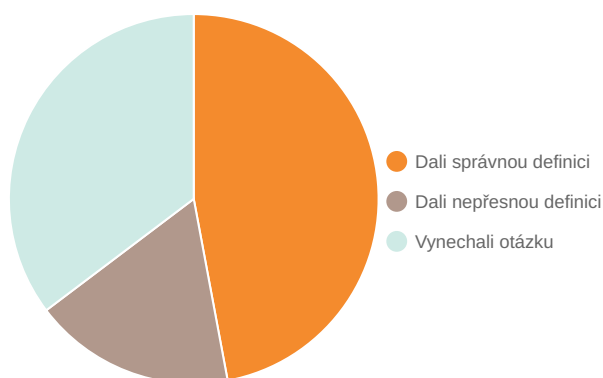


Graf č. 6: Rozdělení respondentů podle seznámení s termínem "péče orientovaná na člověka"



7. *Pokud ano, upřesněte, co si pod tímto pojmem představujete, jak byste jej definoval/a?*

Tato otázka byla také otevřená. Sice ani jedna definice nebyla kompletní, většinou (v 47, 2 %) byly správné. 35, 3 % respondentů otázku vynechali, z nichž 23, 5 % s tímto pojmem dříve nesetkali. Pouze 17, 3 % dotazovaných dalo nesprávnou nebo nepřesnou definici.

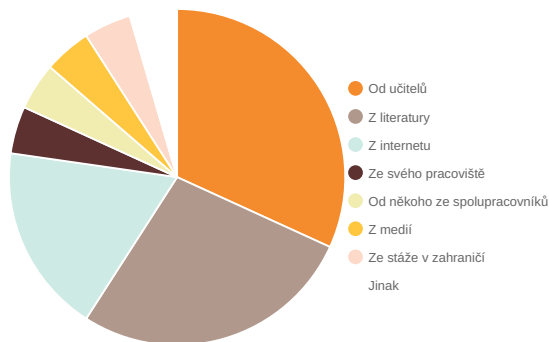


Graf č. 7: Rozdělení respondentů podle schopnosti definovat pojem

8. *Jak (odkud) jste se o tomto pojmu dozvěděl/a?*

Osmá otázka je zaměřená na to, jak respondenti o pojmu péče orientovaná na člověka dozvěděli.

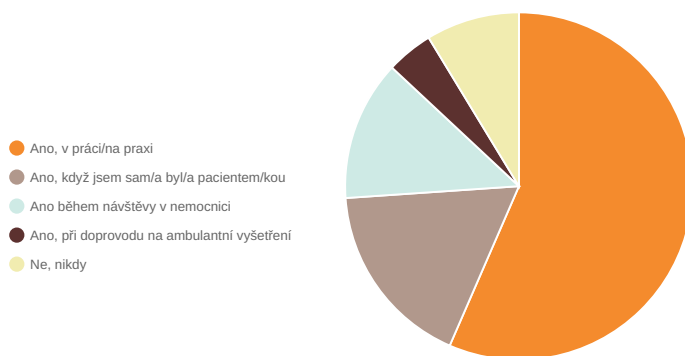
Nejvíce zastoupená varianta v (31, 8 %) je „od učitelů“. Na druhém místě s 27, 3 % dotazovaní uvedli „z literatury“. Možnosti „ze stáže v zahraničí“, „ze svého pracoviště/ z místa své praxe“, „od někoho ze spolupracovníků/spolustudentů“ a „z medií“ vybralo ve všech případech 4, 5 % respondentů. Taktéž v 4, 5 % je zastoupená možnost „jinak“.



Graf č. 8: Rozdělení respondentů podle toho, jak dozvěděli o péči orientované na člověka

### 9. Setkala jste někdy s nedůstojným zacházením s pacienty?

Graf č. 9 znázorňuje incidenci nedůstojného zacházení s pacienty. Podle grafu 89, 6 % respondentů setkali s nedůstojným zacházením alespoň jednou, nejčastěji se to stává v práci nebo na praxi. Tato varianta byla zastoupena v 54, 2 % odpovědí. V 16, 7 % dotazovaní uvedli, že se s nedůstojným zacházením setkaly, když byly sami pacienti. U 12, 5 % se to stávalo během návštěv u příbuzných v nemocnici; u 6, 3 % dotazovaných – při doprovázení druhého člověka na ambulantní vyšetření. Nikdy s nedůstojným zacházením s pacienty nesetkalo jenom 10, 4 %.



Graf č. 9: Incidence nedůstojného zacházení s pacienty v nemocnicích

10. *Jak byste popsal/a svůj přístup k pacientům?*

Desátá otázka byla vytvořena ve nestandardní formě a obsahovala šest škál. Respondenti museli zatrhnout číslici, která nejvíce odpovídala jejich zkušenosti a tím zhodnotit vlastní přístup k pacientům.

*Jak byste popsal/a svůj přístup k pacientům? (zatrhněte číslici, která nejvíce odpovídá Vaší zkušenosti)*

1.

*Snáním se být 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nedaří se mi být  
empatický/á vsrřící/á k  
pacientům*

**U této škály průměrný výsledek je 3.**

2.

*Na pacienta si vždy 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Na pacienty nikdy  
udělám čas nemám dost času*

**U druhé škály průměrný výsledek je 5, 9.**

3.

*Na pacienty jsem vždy vlídná 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Na pacienty se někdy zlobím*

**Průměrným výsledkem třetí škály je 5,35.**

4.

*Pacientům vždy pečlivě naslouchám 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nemám dost trpělivosti, abych naslouchala pacientům*

**U čtvrté škály průměrný výsledek je 4,88.**

5.

*Snažím se vytvořit si k pacientům vztah 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Vždy si držím od pacientů odstup*

**Pátá škála má nejvyšší průměrný výsledek- 6,53.**

6.

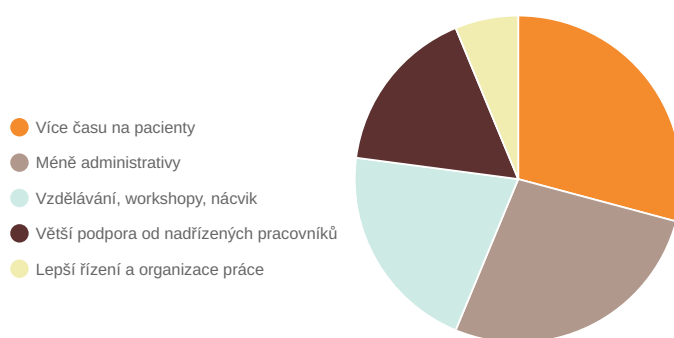
*Zajímám se o pacientův životní příběh 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nikdy se o život pacientů nezajímám*

**Poslední, šestá škála je s průměrným výsledkem 5,9.**

11. *Co by podle Vás přispělo ke zlepšení empatického a na člověka orientovaného přístupu sester k pacientům?*

U této otázky respondenti mohli zvolit více odpovědí. Je zaměřená na zjištění motivačních faktorů pro poskytování empatičtější péče.

Nejčastěji respondenti volili variantu „více času na pacienty“, kterou vybralo 82,4 % respondentů. Na druhém místě se umístila varianta „méně administrativy“ s 76,5 %. 58,5 % dotazovaných zvolilo variantu „vzdělávání, workshopy, nácvik“. 47,1 % uvedlo „větší podpora od nadřízených pracovníků“ a nakonec 17,6 % uvedlo možnost „lepší řízení a organizace práce“.



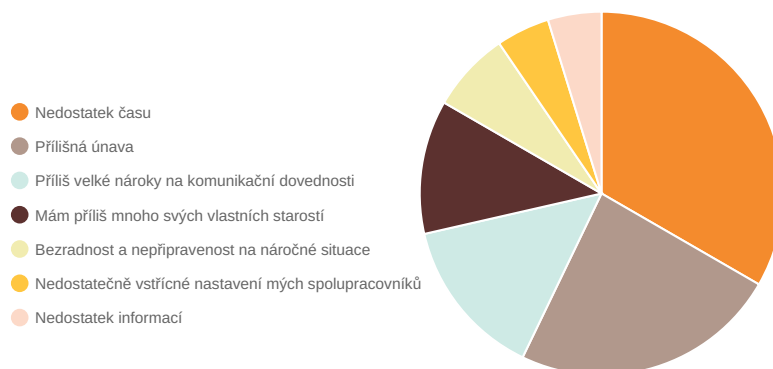
Graf č. 10: Nápomocné faktory pro péči orientovanou na člověka

12. *Co je pro Vás překážkou pro poskytování empatičtější péče?*

U této otázky respondenti také měli možnost zvolit více odpovědí. Otázka je zaměřená na zjištění překážek pro poskytování empatičtější péče.

Nejčastější volbou respondentů byla varianta „nedostatek času“, tuto variantu vybralo 82,4 % respondentů. „Přílišná únava“ je druhou nejčastější volbou, která byla zastoupena v 58,8 %. „Příliš velké nároky na komunikační dovednosti“ zvolilo 35,3 % dotazovaných. Další variantu „mám příliš mnoho svých vlastních starostí“ uvedlo 29,4 %. 17,6 % respondentů vybralo možnost „bezradnost a

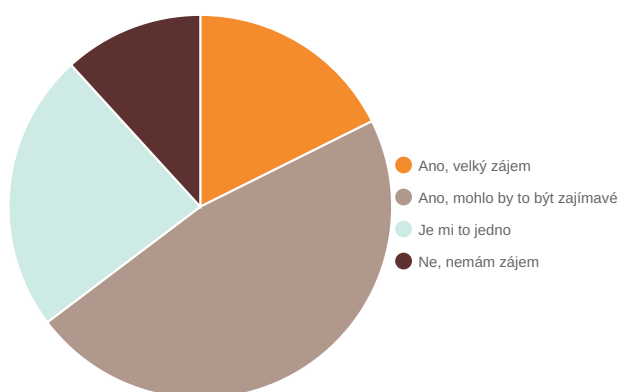
nepřipravenost na náročné situace“. Se shodným 11,8 % zastoupením jsou možnosti „nedostatečně vstřícné nastavení mých spolupracovníků“ a „nedostatek informací“.



Graf č. 11: Překážky pro péči orientovanou na člověka

### 13. Měl/a byste zájem o odborný kurz/seminář věnovaný péči zaměřené na člověka?

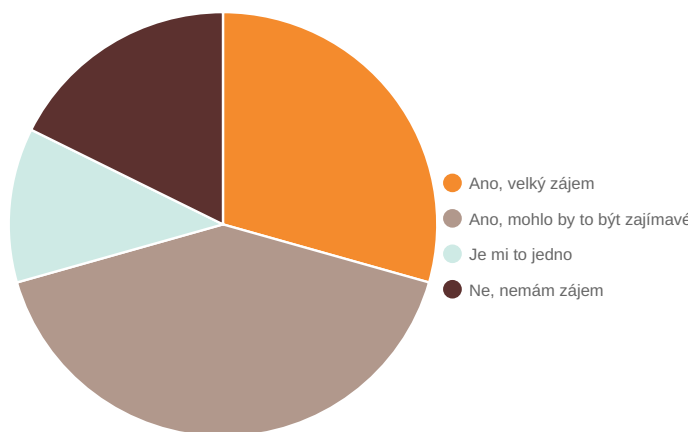
Třináctá otázka zkoumá zájem respondentů o doučování v oblasti empatické péče. Většina respondentů (64,7 %) projevila zájem, z nichž 47,1 % vybralo variantu „ano, mohlo by to být zajímavé“ a 17,6 % uvedlo „ano, velký zájem“. 23,5 % respondentů zvolilo neutrální variantu „je mi to jedno“, zatímco 11,8 % vybralo variantu „ne, nemám zájem“.



Graf č. 12: Zájem respondentů o odborný kurz/seminář věnovaný péči zaměřené na člověka.

14. *Měla byste zájem o výcvik rozvíjející empatii a komunikační dovednosti?*

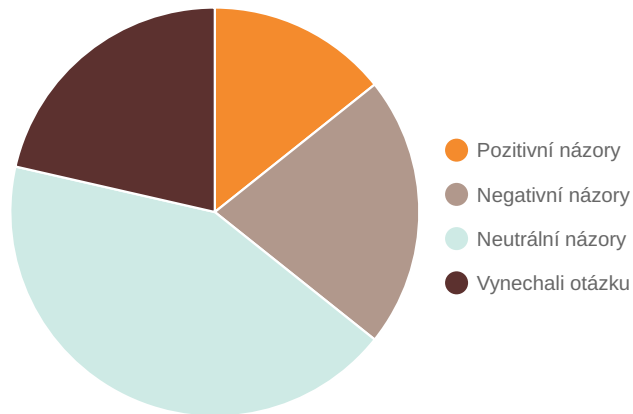
Předposlední otázka zkoumá zájem dotazovaných o výcvik rozvíjející empatii a komunikační dovednosti. 70,6 % respondentů mělo zájem o výcvik, z nichž 41,2 % vybralo variantu „ano, mohlo by to být zajímavé“ a 29,4 % uvedlo „ano, velký zájem“. Možnost „je mi to jedno“ zvolilo 11,8 %, zatímco možnost „ne, nemám zájem“ vybralo 17,6 %.



Graf č. 13: Zájem respondentů o výcvik rozvíjející empatii a komunikační dovednosti.

15. *Zde prosím vyjádřete svůj názor na současnou úroveň vztahů mezi sestrami a pacienty v českém zdravotnictví:*

U této otázky respondenti uvedli hodně názorů, převládaly však neutrální názory respondentů, kteří se setkávali jak s empatickými a profesionálními sestrami, tak i s nevstřícnými a vyhořelými.



Graf č. 14: Názory respondentů na současnou úroveň vztahů mezi sestrami a pacienty.

#### Některé z názorů:

*„Vždy se projeví, jaké sestry jsou přepracované a pacienti to umí poznat. Podle toho se jejich vztah pak odvíjí. Buď jsou pacienti nadšení a budou o sestře mluvit moc hezky nebo naopak zůstanou zamlklí a nemají tendenci nijak víc komunikovat. Další otázkou je, na kolik jsou ve svém chování sestry ovlivnitelné vzděláním. Protože si zatím říkám, že se většinou stejně nejvíce projeví sestry osobnost a ty které se nebudou chtít zlepšovat, zůstanou své a bez zájmu.“*

*„Sestry mají často na starosti více jak 8 pacientů. Najít si vždy čas, když pacient vyžaduje je složité. Myslím si však, že vztah sestra-pacient je velmi důvěrný.“*

*„Setkala jsem se bohužel i s nevstřícnými a vyhořelými sestrami, ale naštěstí přístup mladších sester je většinou vstřícný, empatický a vysoce profesionální.“*

*„Jak kdy, spíše odměřený, zaměřený pouze na nemoc, nikoliv na osobu.“*



*„Ve většině případů jsem viděl krásný a kompetentní vztah.“*

### **3. Diskuze**

Na začátku praktické části byly vysloveny čtyři hypotézy. Sběr dat pro tyto hypotézy byl uskutečněn prostřednictvím odkazu na dotazník, který byl šířen pomocí sociálních sítí. Dolní hranice pro počet respondentů byla stanovená na 60 lidí. Dotazník byl přístupný od 17. dubna 2021, 1. května 2021 byl znepřístupněn z důvodu dosažení dostatečného počtu respondentů (73).

Hypotéza č. 1 *„Předpokládám, že větší část respondentů nebude schopná definovat pojem „péče orientovaná na člověka“ a ani nebude s tímto pojmem obeznámená.“*

První hypotéza se zaměřila na míru seznámení respondentů s pojmem péče orientovaná na člověka. Výsledky dotazníkového šetření (viz graf č. 6) ukázaly, že 70,6 % respondentů je s tímto pojmem seznámeno, ale jenom 47,2 % (viz graf č. 7) dokázalo tento pojem správně definovat.

Těmito výsledky se první hypotéza potvrdila částečně. Překvapivě se s tímto relativně novým konceptem péče větší část respondentů setkala, ale správně definovat pojem péče orientovaná na člověka dokázala méně než polovina respondentů.

Hypotéza č. 2 *„Předpokládám, že studenti budou projevovat větší zájem o problematiku péče orientované na člověka než již pracující sestry.“*

Druhá hypotéza se týkala zájmu studentů a sester o problematiku péče orientované na člověka. Tato hypotéza vznikla z mé vlastní zkušenosti. Během

studia jsem pozorovala velký zájem svých spolustudentů o empatii, psychologii a správném zacházení s pacienty, ale v praxi jsem potkala úplně jinou realitu. Právě tato disonance se stala podkladem pro druhou hypotézu.

Podle dotazníkového šetření (viz grafy č. 12) 64,7 % respondentů by mělo zájem o odborný kurz věnovaný péči zaměřené na člověka, z nichž více než polovina byli studenti. Podle další otázky (viz graf č. 13) 70,6 % respondentů má zájem o výcvik rozvíjející empatii a komunikační dovednosti, z toho více než polovina jsou také studenti. Variantu „ne, nemám“ vybralo 11,8 % respondentů v otázce 13 a 17,6 % v otázce číslo 14. Z toho jenom 2 % byli studenti.

Tyto výsledky potvrzují druhou hypotézu. Studenti mají mnohem větší zájem o péči orientovanou na člověka, než mají již pracující sestry.

*Hypotéza č. 3 „Předpokládám, že pracovníci chirurgických sálů a ambulancí budou projevovat menší zájem o péči orientovanou na člověka než pracovníci lůžkových oddělení.“*

Tato hypotéza také vychází z mých vlastních zkušeností během praxí. Opakovaně jsem pozorovala mnohem méně empatický přístup k pacientům na pracovištích s větším tokem pacientů. Podle mé zkušenosti: čím kratší je kontakt s pacientem, tím méně se sestřička zajímá o způsoby zlepšování svých komunikačních dovedností.

Podle dotazníkového šetření u otázek č. 13 a 14 (grafy č. 12 a 13) většina respondentů (64,7 %) projevila zájem o kurzy věnované péči orientované na člověka a ještě větší počet respondentů (70,6 %) projevil zájem o výcvik rozvíjející empatii a komunikační dovednosti. Naopak 11,8 % u otázky č. 13 a 17,6 % u otázky 14 uvedlo, že o kurz ani o výcvik zájem nemají. Z těch 11,8 % u otázky č. 13 celkem

7,1 % byli pracovníci chirurgických sálů, což znamená, že ani jeden zaměstnanec chirurgického sálu neměl zájem o kurzy věnované péči orientované na člověka. U otázky č. 14 ze 17,6 % respondentů, které zvolili variantu „ne, nemám zájem“, 4,26 % byli zaměstnanci chirurgických sálů a 2,8 % byli zaměstnanci ambulancí. V prvním případě (otázka č. 13) větší část zvolivších variantu „ne, nemám zájem“ byli pracovníci chirurgických sálů a ambulancí, zatímco u další otázky (č. 14) variantu „ne, nemám zájem“ nejvíc vybírali studenti a pracovníci jiných oddělení. Těmito výsledky se třetí hypotéza potvrdila částečně, jelikož pracovníci chirurgických sálů a ambulancí projeví menší zájem o péči orientovanou na člověka, ale stejný zájem o kurzy rozvíjející empatii a komunikační dovednosti.

*Hypotéza č. 4 „Předpokládám, že hlavní překážkou pro poskytování péče orientované na člověka bude nedostatek času, zatímco hlavní motivací bude podpora od nadřízených pracovníků (ve formě finančního ohodnocení, prémie atd).“*

Tato hypotéza se zaměřila na motivační faktory a překážky pro poskytování empatictější péče. Základem pro tuto hypotézu byl můj vlastní názor a názor sestřiček, se kterými jsem se během praxe setkala a s nimiž jsem na toto téma diskutovala.

Podle dotazníkového šetření hlavní překážkou pro poskytování empatictější péče je pro většinu respondentů nedostatek času (graf č. 11). Tuto možnost zvolilo 82,4 % všech respondentů.

U otázky týkající se napomáhajících faktorů pro poskytování empatictější péče většina respondentů 82,4 % (graf č. 10) zvolila variantu „více času na

pacienty“, zatímco jenom 47,1 % respondentů vybralo variantu „větší podpora od nadřízených pracovníků“.

Těmito výsledky se čtvrtá hypotéza také potvrdila jenom částečně, většina respondentů opravdu považuje nedostatek času za hlavní překážku pro poskytování empatictější péče, ale podpora od nadřízených pracovníků podle respondentů není hlavní motivací. Většina respondentů věří, že více času na pacienty by nejvíc přispělo ke zlepšení empatického a na člověka orientovaného přístupu sester k pacientům.

## **Závěr**

Vzhledem k relativně malému počtu respondentů výsledky tohoto výzkumu nelze zobecňovat a na jejich základě vytvářet všeobecně platné závěry. Přesto si myslím, že cíl mé práce byl naplněn a výsledky tohoto šetření by mohly sloužit jako podklad a inspirace pro další výzkum v oblasti empatické péče a péče orientované na člověka.

Je zřejmé, že dodržování pravidel etiky a péče orientované na člověka je velmi důležitým bodem pro práci všeobecných sester. Tyto přístupy pomáhají vytvořit zdravý vztah k pacientům a přispějí ke zlepšení somatického a psychického zdraví jak pacienta, tak i sestry.

Péče o potřeby hospitalizovaných pacientů by měla být nedílnou součástí procesu léčby a také součástí vzdělávacího programu pro zdravotní sestry. Detekce, hodnocení a uspokojování potřeb pacientů má mnoho globálních výhod, a to nejen pro pacienty. Mezi nejdůležitější přínosy patří: zlepšení poskytované zdravotní péče, efektivnější řízení finančních zdrojů, rozvoj systému zdravotní péče a sociální podpory a efektivní využívání kvalifikace zdravotnických pracovníků.

Během svého výzkumu jsem zjistila, že hlavním faktorem, který podkopává kvalitu péče o potřeby pacientů, je nedostatek času. Dalšími faktory jsou přílišná únava a příliš velké nároky na komunikační dovednosti. Pochopení těchto překážek je prvním krokem k jejich překonání a vytvoření bezpečného a zdravého prostředí pro poskytování kvalitní orientované na člověka ošetrovatelské péče.

## Seznam použité literatury:

1. ASADI-LARI M., PACKHAM C., GRAY D. *Need for redefining needs.* s.3 Health Qual Life Outcomes. 2003;1
2. BÁNOVČINOVÁ, L. – BUBENÍKOVÁ, M. *Empatia v ošetrovatel'stve. Ošetrovatelství a porodní asistence.* 2011. roč.2. č. 1, s. 165-166. ISSN 1804- 2740
3. BAYNE H, NEUKRUG E, HAYS D, BRITTON B. *A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care.* Patient Educ Couns. 2013 Nov;93(2):209–15
4. BEZOLD C. *The future of patient-centered care: scenarios, visions, and audacious goals.* J Altern Complement Med. 2005;11 s. 24-25 doi: 10.1089/acm.2005. PMID: 16332191
5. BRENNER Ben, *What is patient centered care and how to provide it,* 2017 MedPro disposal. Dostupné z: <https://www.medprodisposal.com/practice-management/patient-centered-care-provide/>
6. Česká asociace sester, 2002
7. CHAPMAN H. (2017) *Nursing theories 1: person-centred care.* Nursing Times [online]; 113: 10, 59
8. DERKSEN F, BENSING J and LAGRO-JANSSEN A. *Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review.* Br J Gen Pract 2013; 63: e76–e84.

9. DI BLASI Z, HARKNESS E, ERNST E, GEORGIOU A and KLEIJNEN J. *Influence of context effects on health outcomes: a systematic review*. Lancet 2001; 357: 757–762.
10. DONAHUE Mary Patricia, *Nursing, the Finest Art*, Mosby 1996, ISBN 13: 9780815127277
11. EKMAN Inger RN PhD *The person centered approach to an ageing society*, European Journal for person centered healthcare 2012 Vol 1 Issue 1 s. 132-137 DOI: 10.5750/ejpc.v1i1.644
12. HAŠKOVCOVÁ H. a PAVLICOVÁ J., 2013. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. 1. vyd. Praha: Galén. 121 s. ISBN 978-80-7492-063-9
13. HOJAT M, VERGARE MJ, MAXWELL K, BRAINARD G, HERRINE SK, ISENBERG GA, et al. *The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school*. Acad Med. 2009 Sep;84(9):1182–91. <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55> PMID:19707055
14. HOWICK Jeremy, *Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis*, Journal of the Royal Society of Medicine; 2018, Vol. 111(7) 240–252 DOI: 10.1177/014107681876947
15. J. D. MAYER, P. SALOVEY and D. CARUSO, “*Models of Emotional Intelligence*,” Second Edition, In: Sternberg, R.J. Ed., *Handbook of Intelligence*, Cambridge, New York, 2000, pp. 396-420.
16. JOSÉ María Augusto Landa, Esther López-Zafra, *The Impact of Emotional Intelligence on Nursing: An Overview*, Psychology, 2010, 1: 50-58 DOI:10.4236/psych.2010.11008

17. KEBZA Vladimír, ŠOLCOVÁ Iva, *Syndrom vyhoření*, 2003 vyd. 2, s.9  
ISBN 80-7071-231-7
18. KITWOOD, *Dementia reconsidered* 1997, 1. vydání s. 8 -9, ISBN-10 :  
0335198554
19. KLITZMAN R. *Improving education on doctor-patient relationships and communication: lessons from doctors who become patients*. Acad Med.  
2006 May;81(5):447–53. Dostupné z  
<https://core.ac.uk/download/pdf/323139721.pdf>
20. KOZIER & ERB. *Fundamentals of Nursing, 8th edition, ISBN 01317  
14686* s. 192-288
21. KRÁLOVÁ. J., PÁRTLOVÁ. M. *Empatie na pracovišti*. Sestra. 2006. č. 10,  
s. 24-25 ISSN 1210-0404
22. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Vydání 1. Praha: Grada  
Publishing, 2007.s 21-24 ISBN 978-80-247-2069-2
23. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010.  
206 s. ISBN 978-80-247-3224-4
24. LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky. *Ošetrovatelský  
proces, klinická ošetrovatelská praxe* : glosář. Brno: Institut pro další  
vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80-7013-234-5.  
Dostupné také z:  
<http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:de7d9740-7952-11e5-99af-005056827e52> s. 27-38.
25. MERCER Stewart W. and REYNOLDS William J., *Empathy and quality  
of care, British Journal of General Practice*, 2002, 52, s. 9-13, DOI:  
10.1007/0-387-33608-7, zdroj: PubMed



26. MOUNIER, *Personalism* 1970, University of Notre Dame Press, s. 19–25  
ISBN-13 : 978-0268004347
27. NEUMANN M, et al. *Analyzing the nature and specific effectiveness of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda*. Patient Educ Couns. 2009;74:339–346.
28. PETRUSEK Miroslav, *Empatie*, Sociologická encyklopedie, 2017
29. POLÁCHOVÁ E. *Empatie v ošetrovateľskom kontextu*. Sestra 2009/10 s. 18 ISSN 1210-0404
30. POLIKANDRIOTI M, *Needs of hospitalized patients.*, 2011 pp: 15-22 E-ISSN:1791-809X
31. PREKOP, J. *Empatie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 131 s. ISBN 80-247-0672-5
32. RAZAVI D, DELVAUX N, MARCHAL S, DURIEUX J-F, FARVACQUES C, DUBUS L, et al. *Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study*. Br J Cancer. 2002 Jul 1;87(1):1–7.  
<http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6600412> PMID:12085247
33. RILEY, Bettina H. et al., 2014. *Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses*. American journal of critical care, vol. 23, no. 4, s. 316- 323. ISSN 0883-9441
34. ROGERS C. *Formulations of the Person and the Social Context* Psychology: A Study of a Science. Study 1, Volume 3, edited by Sigmund Koch. (McGraw-Hill, 1959, pages 184-256

35. ŠAMÁNKOVÁ Marie Mgr. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*, s. 12 s. 41-59 1. vydání, Praha 2011 ISBN 978-80-247-3223-7
36. SCHOLZ, Pavel & TOTHOVA, Valerie. (2010). *Humanistic care according to the model by Margaret Jean Watson*. Kontakt. 12. 34-38. 10.32725/kont.2010.004
37. TÓTHOVÁ et al., „*Ošetrovatelský proces a jeho realizace*“ Triton, 2014, s. 16, s. 34-36 ISBN: 978-80-7387-785-9
38. VEREŠOVÁ Marcela, 2007, *Application to the attitude aimed at man (PCA) in the relationship nurse – patient*, IX: 213–458, 2007 ISSN 1212–4117
39. VRUBLOVÁ Yveta PhDr, PhD. *Etika v ošetrovatelství*, Ostravská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006 s. 14-15. Dostupné z: <https://projekty.osu.cz/mentor/II-etika.pdf>
40. WATSON, M. J.: *Watson's theory of transpersonal caring*. In: *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice, and administration* 1st ed. NY: National League for Nursing, 1996.
41. Wikipedie 2021, GND: 4026751-9, <https://en.wikipedia.org/wiki/Individual>
42. Wikipedie, 2021 , GND: 4134819-9 <https://en.wikipedia.org/wiki/Person>
43. WILL F. JOHMATHAN *A Brief Historical and Theoretical Perspective on Patient Autonomy and Medical Decision Making Part II: The Autonomy Model*, s. 1492 CHEST 2011; 139(6):1491–1497

44. WISPÉ, L. (1986). *The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed*. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 314-321. doi:10.1037/0022-3514.50.2.314
45. WOLF Axel *Person-centred care. Possibilities, barriers and effects in hospitalised patients*, 2012 s. 14 ISBN 978-91-628-8497-0
46. *Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb.*