

Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové

Láska a naděje v ošetrovatelské profesi

Bakalářská práce

Marcela Veselá

Bakalářské studium ošetrovatelství

Vedoucí práce: *Mgr. Andrea Tůmová*

Hradec Králové 2006



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

Oddělení ošetrovatelství

Akademický rok: 2005/2006

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Marcela Veselá

Obor: Ošetrovatelství – pedagogika ve zdravotnictví

Název tématu: Láska a naděje v ošetrovatelské profesi

Teze práce:

▪ *Teoretická část*

Zkoumání podílu lásky a naděje při výkonu ošetrovatelské profese již v jejích počátcích – křesťanství a jeho hlavní vliv, odkazy v bibli.

▪ *Empirická část*

Srovnání názorů studentek zdravotnické školy a sester z praxe na toto téma, dotazník, otázky týkající se zastoupení lásky, naděje a křesťanství v ošetrovatelské profesi.

Odborná literatura:

Bible – kralické vydání

Mít pro co žít – Jaro Křivohlavý

Láska, medicína a zázraky – Bernie Siegel

Návrat k lásce – Marianne Williamsonová

Speciální psychologie – Čechová, Melanová, Rozsypalová

LEMON,

Předpokládaný vedoucí bakalářské práce (přesná adresa, tel.):

Mgr.Andrea Tůmová , LFUK Hradec Králové

Datum zadání bakalářské práce: 18.6.2005

Datum odevzdání bakalářské práce: 21.4.2006

Podpis Marcela Veselá

Vedoucí oddělení:

PhDr.Alexandra Archalousová

Vedoucí ústavu:

Prof.PhDr.Jiří Mareš,CSc.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
s využitím citované literatury.

V Hradci Králové dne 20.4. 2006

Poděkování

Děkuji svému vedoucímu práce Mgr. Tůmové za cenné rady a pomoc, kterou mi poskytla při vypracování této práce.

Poděkování patří také mé rodině za jejich trpělivost, shovívavost a vstřícnost po celou dobu mého studia.

Obsah :

1. Úvod	str. 7
2. Teoretická část	str. 9
2.1 Cíl práce	str. 9
2.2 Láska – názory, definice	str. 9
2.3 Naděje – definice, názory	str. 11
2.4 Láska a naděje v historii ošetrovatelství	str. 12
2.5 Láska a naděje v ošetrovatelské teorii	str. 17
3. Empirická část	str. 20
3.1 Metodika výzkumu	str. 20
3.2 Výsledky výzkumu	str. 23
3.3 Analýza zjištěných výsledků	str. 25
3.3.1 Odpovědi respondentů	str. 25
3.3.2 Grafy	str. 28
4. Závěr	str. 35
5. Anotace	str. 37
6. Summary	str. 38
7. Seznam literatury	str. 39
8. Seznam grafů	str. 40
9. Seznam příloh	str. 41

**Bych jazyky lidskými mluvil i andělskými, a lásky kdybych neměl,
učiněn jsem měd' zvučící aneb zvonec znějící.
A bychť měl proroctví a povědom byl všelijakého tajemství i všelikého
umění,
a kdybych měl tak velikou víru, že bych hory přenášel,
lásky pak kdybych neměl, nic nejsem.
A kdybych vynaložil na pokrmy všecken statek svůj,
a bych vydal tělo své k spálení, a lásky bych neměl,
nic mi to neprospívá.
Láska trpělivá jest, dobrotivá jest, láska nezávidí,
láska není všetečná, nenadýmá se.
V nic neslušného se nevydává,
nehledá svých věcí, nezpouzí se, neobmýšlí zlého.
Neraduje se z nepravosti, ale spolu raduje se pravdě.
Všecko snáší, všemu věří, všeho se naděje, všeho trpělivě čeká.
Láska nikdy nevypadá, ješto bud' že proroctví jsou,
ta přestanou, bud' jazykové, ti utichnou, bud' učení, to v nic přijde.
Z částky zajisté poznáváme, a z částky prorokujeme.
Ale jakž by dokonalé, tehdy to, což jest z částky, vyhlazeno bude.
Dokud jsem byl dítě, mluvil jsem jako dítě,
myslil jsem jako dítě, smýšlel jsem jako dítě,
ale když jsem muž, opustil jsem dětinské věci.
Nyní zajisté vidíme v zrcadle a skrze podobenství,
ale tehdáž tváří v tvář.
Nyní poznávám z částky, ale tehdy poznám,
tak jakž i známostí obdařen budu.
Nyní pak zůstává víra, naděje, láska, to tré,
ale největší z nich jestiť láska.**

I KOR 13,1-13

1. Úvod

Tato práce mi otevírá možnost věnovat se tématu o lásce a naději z pohledu křesťana. Neboť jak stojí v bibli „Miluj bližního svého jako sebe sama“. Vždyť lásky není nikdy dost. Nejde o lásku jako pouhý cit, který patří k zamilovaným dvojicím, já se chci vyznat z upřímné křesťanské lásky, lásky ke všem a všemu, co nás obklopuje.

Vždyť právě křesťanství stálo ve 4. století našeho letopočtu u zrodu nového pohledu na chudé, nemocné a trpící. Právě sem se datuje počátek zakládání špitálů a vzniku tzv. Diakonek, které pečovaly o nemocné jak ve špitálech, tak doma. Je to už velmi dlouho, co Fabiola založila 1. špitál v Římě a já chci ve své práci připomenout, cože ji k tomuto aktu vlastně přivedlo. Byla to prostá a obyčejná láska, prostá láska k bližnímu. Nezáleží přeci na tom, jaký je, jakou má barvu pleti a zda má na zaplacení péče, křesťanská povinnost velí pomáhej člověku v nouzi.

V průběhu uplynulých století se v péči o trpící nemocné vystřídal řada žen, jejichž jména zůstala zapsána v naší historii tučným písmem. Anežkou Českou počínaje a Matkou Terezou konče, těmto všem bude patřit zmínka v teoretické části mé práce.

V Bibli však stojí, že tři nejdůležitější věci v životě člověka jsou víra, naděje a láska a je třeba si uvědomit, že je nelze od sebe oddělovat. Neboť bez víry není naděje a bez lásky není víra. Jsou to také tři nejdůležitější atributy, které dnešní ošetřovatelky mohou nabízet svým nemocným. Dají se zahrnout pod obecný pojem sociální citění. Já se domnívám, že takzvané sociální citění je nesmírně důležité pro každého zdravotnického pracovníka. Protože pokud nebudeme láskyplně přistupovat ke svým nemocným a nebudeme schopni nebo ochotni jim poskytnout naději, pak je zcela zbytečné, že umíme pojmenovat všechny kosti v těle, obsluhovat složitý přístroj, dokážeme zajistit finanční zdroje pro nemocnici nebo perfektně, bezchybně provádět jednotlivé úkony.

V současné době, kdy je technika a materiální zdroje na jednom z prvních míst v žebříčcích hodnot mnoha lidí, je nanejvýš důležité poukázat na takové pojmy jako je láska a naděje. Řada lidí si staví do svých hodnotových hierarchií také zdraví a mír. Ale právě víra, naděje a láska jsou s to nám mír zabezpečit. A zdraví? Co je to zdraví? Pokud se inspiroji definicemi v tom smyslu, že jde o „nepřítomnost nemoci“(WHO), pak si musím položit další otázku.

Co je to nemoc nebo úraz ? Je to neštěstí? Nebo snad Boží trest? Anebo je to něco, za co neseme odpovědnost jen a jen my sami? Bůh nás miluje, nepotřebuje nás trestat, on je starostlivý otec. Vždyť my sami pácháme jeden na druhém dost zla. Vzájemně si ubližujeme, chováme se k sobě bezohledně, zabýváme se materiálními věcmi a zapomínáme na lásku. Lásku k Bohu, ostatním lidem, k sobě. Protože člověk má mít rád sám sebe, uvědomit si, že právě jeho takového, jaký je, má rád i Bůh, a pak je schopen milovat i ostatní lidi. Je třeba si uvědomit, že jsme lidé s řadou chyb, omylů a nedostatků a přesto nás Bůh miluje. Nebo právě proto?

Ptáme se : Proč jsem onemocněl? Proč se mi stalo to neštěstí? Kde byl v tu chvíli ten tvůj Bůh? Jako odpověď uvedu jeden velice výstižný a prastarý příběh, o němž není známo, kdo je jeho autorem.

„Dva chlapci po sobě na dvoře hází kamením. Jde kolem jejich otec a říká : „Neházejte tím kamením nebo si ublížíte!“. Chlapci uposlechnou, ale po chvíli se ke své hře vrátí. Otec je zahlédne z okna domu a opět je varuje. Avšak chlapci jsou vytrvalejší a ve své hře opět pokračují. A v tu chvíli se to stane, kámen rozbije jednomu z chlapců hlavu.“

I my se někdy chováme jako malí chlapci a neposloucháme varovné signály a často onemocníme. Přesto jsme všichni hodni lásky i naděje v naší nemoci.

2. Teoretická část

2.1 Cíl práce

V teoretické části práce se zabývám pojmy láska a naděje ve vzájemném kontextu, který nám nabízí křesťanství. Historie ošetrovatelství, včetně významných osobností ošetrovatelské praxe, jsou důkazem toho, že láska i naděje mají v ošetrovatelství bezesporu své pevné postavení. Láska se stává motivem k činům, k péči o chudé, nemocné, či trpící. Naději pak nelze upřít ani těm nejubožejším, z ubohých. A obě, naděje i láska, kráčí minulostí ruku v ruce až k dnešním dnům.

V empirické části jsem se zaměřila na průzkum názoru o tom, jaké místo opravdu zaujímá v současném ošetrovatelství láska a naděje, mezi vší tou technikou a materiálními hodnotami, u příslušníků ošetrovatelské profese. Zvolila jsem dotazníkovou metodu u dvou cílových skupin, a to sester z praxe a studentek zdravotnických škol. Rozhodla jsem se však nepřekročit hranici generačního rozdílu, jde mi tedy o příbuznou věkovou skupinu – sestry přicházející do praxe až kolem roku 1990. Domnívám se, že i tak zjistím zajímavé rozdíly v názorech těchto skupin.

2.2 Láska – názory, definice

„Láska je energie, která rozšiřuje, otvírá, odhaluje, sdílí a léčí.“ I toto by mohla být jedna z definic lásky, kterou jsem našla ve svých poznámkách, bohužel jsem si nepoznamenala jméno jejího autora. Co je to láska? Jde o velmi abstraktní pojem, na tuto otázku neexistuje zcela jednoznačná a jednoduchá odpověď.

„ Láska je čin“ (A. Schweitzer), tento citát lze spojit s biblickým“ nebo jsem lačněl, a dali jste mi jísti; žíznil jsem, a dali jste mi pítí; hostem jsem byl, a přijímali jste mne; nah, a přioděli jste mne; nemocen jsem byl, a navštívili jste mne; v žaláři jsem seděl, a přicházeli jste ke mně“ (Matouš 25,35-36). Tento citát z bible přímo poukazuje na nezbytnost lásky při výkonu ošetrovatelského povolání. Protože, jak se říká, kdo s láskou dává dvakrát dává. Pro nemocného člověka je láskyplný přístup sestry velmi důležitý, ulehčí mu v jeho bolesti či strádání. Každý, kdo byl někdy hospitalizován, si přál, aby v otevírajících se dveřích stanula ta milá, usměvavá sestřička. A je známo, že člověk si hledá povolání, které by ho naplňovalo, dávalo smysl jeho životu. Domnívám se tedy, že ošetrovatelské povolání naplněné láskou dává životu ten správný smysl. Co zůstane ze sestry, pokud ztratí svůj láskyplný přístup k nemocným?

„Zamilování je možno přenést z jednoho člověka na druhého. Lásku ne. Láska trvá až za hrob. V tomto smyslu je láska silnější než smrt. Láska je zaměřena na podstatu člověka, nikoli na jeho vnější charakteristiky.“ (V.E.Frankl,1994) Existuje tolik různých pojetí, druhů, definic lásky a žádná z nich není celá, skutečná, dokonalá. Toto slovo v sobě ukrývá tajemství, je to tajemství, které ještě nikdo nedokázal zcela objevit - popsat ho slovy, tak aby to bylo zcela přesné, jasné a stručné.

Což mne znovu přivádí k biblickému „ a myť jsme poznali , a uvěřili o lásce, kterouž Bůh má k nám.Bůh láska jest, a kdož v lásce přebývá, v Bohu přebývá, a Bůh v něm“ (I Epišt.sv.Jana 4,16). Dále je zde také psáno, že láska vyhání strach, pokud je dokonalá a tam, kde je strach a trápení potom tedy musí zákonitě chybět láska. My přece nechceme, aby v pokojích našich nemocných přebýval strach a trápení, proto je tedy na nás zdravotníků, abychom přinášeli k nemocným lásku, pravou a dokonalou. Neboť „Tváří v tvář utrpení máme dvě možnosti: buď s ním statečně bojovat, nebo ho statečně snášet“ (J.W.Goethe) a my máme proti němu velmi silnou zbraň – lásku a tu bychom měli bez rozmýšlení poskytnout našim nemocným. Protože právě tím docházíme často k naplnění, při výkonu tak velmi těžké profese, čímž bezesporu ošetrovatelství je.

Zde je také na místě připomenout slova V.E.Frankla : „Nadějným a odvážným postojem k utrpení člověk roste a zraje jako člověk.“ Já dodávám, že k získání dostatku odvahy, je zapotřebí láskyplné prostředí a naděje, ta přichází s láskou a je třeba ji vědomě posilovat a povzbuzovat k ní.

2.3 Naděje – definice, názory

Naděje je něco, co očekáváme od svých zítřků. Čímž chci říct, že naděje má spíše vztah k budoucnosti a my všichni si přejeme, aby naše budoucnost byla lepší než-li současnost. Pokud se podíváme na naději z křesťanského pohledu, pak k ní musíme zákonitě přiřadit i lásku a víru. Tudíž je pochopitelné, že jsem se o naději zmiňovala v již předešlé kapitole. Je třeba zdůraznit, že chápání pojmu naděje křesťany je odlišné od pohledu psychologického.

Křesťanská naděje se zcela adekvátně odvozuje od víry v Boha, pro křesťana to nejlepší teprve přijde. „ Abychom skrze ty dvě věci nepohnutelné, měli přepevné potěšení, my, kteříž jsme se utekli obdržení předložené naděje. Kterouž jako kotvu duše, i bezpečnou i pevnou, a vcházející až do vnitřku za oponu.“ (Žid 6,18-19) Naděje je ve víře křesťana, v její síle a opravdovosti. Jen na něm a jeho víře záleží, zda na něj čeká život věčný. Smysl života křesťana se ubírá v naději v lepší budoucnost, zaměřenou však na posmrtný život. „Víra pak jest nadějných věcí podstata, a důvod neviditelných.“ (Žid 11,1)

Naděje společně s láskou je velmi často zmiňována v různých pasážích z Nového zákona, protože tyto dva atributy společně s vírou jsou nejdůležitější. Nejdůležitější pro život křesťana, pro jeho pohled na svět, vztah k bližním a v neposlední řadě také vztah k Bohu. „A nadějet' nezahanbuje; nebo láska Boží rozlita jest v srdcích našich skrze Ducha svatého, kterýž dán jest nám.“ (Řím 5,5) Naděje nikdy nezklame, pokud je víra křesťana pevná a láskou je zaplněno jeho srdce. Křesťan se neobrací v naději k pomíjivým věcem, zaobírá se záležitostmi,

kteře nepomíjejí. A proto pomáhá křesťanovi statečně snášet veškerá utrpení světa. „Neboť nemáme zde města zůstávajícího, ale onoho budoucího hledáme.“ (Žid 13,14)

Naděje na lepší budoucnost a spása se prolíná celou Biblií. Svatý Pavel charakterizoval naději jako boj. „Nebo naději spasení jsme. Naděje pak, kteráž se vidí není naděje. Nebo což kdo vidí, proč by se toho nadál? Pakli čehož nevidíme, toho se nadějeme, tedy toho skrze trpělivost očekáváme.“ (Řím 8,24-25)

Na sklonku 20. století se mezi vědci a klinickými pracovníky v psychologii, medicíně a ošetrovatelství rozvinul hlubší teoretický a vědecký zájem o naději. Lze říci, že byla vytvořena základní charakteristika problému. Naděje, jako faktor řešení problémů, je orientována na budoucnost a většina teoretiků ji chápe multidimenzionálně. Umožňuje člověku, aby se vyrovnal se stresovou situací tím, že očekává pozitivní výsledek. Díky očekávání pozitivního východiska je člověk motivovaný k aktivitě, přestože stojí tváří v tvář nejistotě. Jsou rozdíly v koncepcích podle toho, zda má naděje oba stanovené a načrtnuté komponenty a zda je východiskem strategií nebo řešením problémů. (Raleigh a Boehm,1994)

2.4 Láska a naděje v historii ošetrovatelství

„Být milý ke všem živým tvorům zahrnuje i laskavost vůči nám samým; tuto láskyplnou cestu bychom měli zahájit u sebe samých. Když se budeme dívat na to, co nás obklopuje, svým milujícím srdcem, svět se zase promění v úžasný a báječný svět, který žije z lásky.“ (Frank Arjava Petter ,2003) Tato věta nás vrací zpět na začátek bytí lidstva na této zemi a proto bych se chtěla poohlédnout za historií ošetrovatelství od prvních zmínek až po současnost.

V ošetrovatelství se objevují tři základní historické systémy a to :

1. lidový neprofesionální – sem můžeme zařadit všechny babky bylinkářky a kořenářky, co jich na této zemi bylo a stále je. Také sem řadíme všechny dobré lidové rady, které přechází z generace na generaci a nikdo se dnes už nedozví, jak která účinná rada vznikla.
2. pečovatelský systém – tento zahrnuje prostou péči o své blízké ať již nemocné nebo umírající, tento systém měl také svá jasná pravidla předávaná z rodičů na děti. Ale bohužel minulé století v něm byly napáchány velké škody, došli jsme k institucionalizaci jak nemoci tak i umírání a smrti. Dnes už nikoho nenapadne volat k umírajícímu kněze, ale každý volá 155.
3. oficiální, profesionální, zákonem upravený systém – o tomto systému je nejvíce dochovaných zmínek, ale já bych se ve své práci chtěla věnovat pouze vybraným osobnostem.

Osobnosti z historie ošetrovatelství o kterých se nyní hodlám ve stručnosti zmínit, jsou ženy pro které láska a naděje nebyly nikdy pouhými slovy. Mohly žít pohodlně v bohatství a v klidu svého hradu či domu, ale ony neměly stání a šly k těm, kteří to podle jejich názoru opravdu potřebovali – nemocní, strádající, trpící, ubozí.

Anežka Přemyslovna

Vrátíme-li se v čase do 13. století na území českých zemí, setkáme se s tímto jménem. V té době se společně s křesťanstvím rozvíjelo charitativní ošetrovatelství zaměřené na vymezené skupiny lidí. Ošetřování zahrnovalo vykonávání fyzické péče o tělo a psychické péče o duši, přes duševní oporu a tělesnou ochranu a podporu. Dalo by se říci, že šlo o uspokojování fyzických, psychických a sociálních potřeb, nutno podotknout, že to vše bylo prováděné s láskou, křesťanskou láskou k bližním. „ Organizované ošetřování nemocných můžeme v českých zemích sledovat už v 10. století..., kdy vznikaly 1. hospice.“(Marta Staňková)

Vedle klášterů u nás vznikaly první špitály, jejichž hlavním posláním bylo pomáhat trpícím a potřebným. Spíše šlo o zajištění útulku, tepla, lůžka, jídla a duchovní útěchy než o samo léčení. Ošetřovatelství mělo tehdy „vysoce humánní charakter „(Marta Staňková,1996). Zkušenosti se předávaly z jedné ošetřovatelky na druhou a největším kreditem pro tuto práci byla již zmíněná láska k bližnímu.

Anežka Přemyslovna byla sestrou českého krále Václava I. Založila v Praze několik klášterů. První byl roku 1233 U sv. Haštala, zde byl založen také špitál. Dále založila řád křížovníků s červenou hvězdou, pro který vypracovala vlastní pravidla k ošetřování a opatrování nemocných a chudých. Dnes je pokládána za zakladatelku českého ošetřovatelství.

Zdislava z Lemberka

Narodila se v Křižanově, matce Sibyle pocházející ze Sicílie. Provdala se za Hanka Jablonského Lemberka. Byla současnici Anežky Přemyslovny, která jí byla vzorem v péči o chudé, nemocné a opuštěné, o které pečovala se svým řádem v klášteře Na Františku.

Postavila špitál pro chudé v Jablonném v podhradí Lemberka. Byla pověstná svým altruismem, nezištnou láskou k bližnímu. Obětavě pečovala o chudé svého panství i na úkor péče o rodinu, proti vůli svého manžela. Uznávaná léčitelka se vyznala v bylinách i v lidské duši. V 90. letech minulého století byla prohlášena za blahoslavenou.

Florence Nightingalová

S postupným rozvojem medicíny vyvstala také potřeba vzdělaných sester, které by byly pomocníkem lékaře. Na začátku 19. století ještě stále většina nemocných zůstávala doma. V nemocnicích pracovaly ošetřovatelky většinou z chudých rodin a byly považovány za služky. Měly být k ruce lékařům a bez

výhrad plnit jeho příkazy. Ošetřovatelství, přestože bylo starší než medicína, se tehdy stalo jejím pouhým doplňkem, nevyvíjelo se jako samostatný obor.

V Krymské válce se tehdy proslavila anglická lady Florence Nightingalová. Její výhodou bylo, že pocházela z bohaté rodiny. Měla velmi kvalitní vzdělání a také politicky vlivné přátele. Její rodina jí zprvu bránila pečovat o chudé a nemocné v místní nemocnici, protože to bylo něco pod úroveň.

Florence tedy využívala všech příležitostí ke studiu ošetřovatelství v Evropě, pracovala v Paříži, dopisovala si s nemocnicemi v Německu, Francii i Anglii. Všechny vědomosti i dovednosti využila při své práci v Krymské válce, kde byly velmi špatné podmínky. Musela se potýkat se základním nedostatkem veškerého vybavení. Florence však díky své nezištné lásce a touze pomáhat trpícím dokázala nemožné.

Vytvořila první teorii ošetřovatelství, kterou při troše dobré vůle můžeme nazývat modelem. Jde o její enviromentální teorii, kdy úpravou prostředí, ve kterém se nemocný nachází, můžeme také upravit jeho zdravotní stav. Založila první ošetřovatelskou školu v Londýně při Nemocnici sv. Tomáše. Napsala knihy, z nichž Poznámky k ošetřovatelství byly přeloženy do několika jazyků, včetně češtiny.

Florence si uvědomovala základní rozdíly mezi ošetřovatelstvím a medicínou a rozhodně si dokázala představit ošetřovatelství jako samostatný vědní obor. Udělala z ošetřovatelství důstojné civilní zaměstnání pro ženy ze středních vrstev. Jako základní principy profesionálního ošetřovatelství vymezila důkladné pozorování a citlivost pro potřeby pacienta. „Zdůrazňovala, že sestra „ nemá být dobrý pozorovatel v zájmu hromadění rozdílných informací nebo kuriózních faktů, ale v zájmu záchrany života a zlepšení zdraví a pohody.“ (V. Kafková,1992) A k tomu je zapotřebí vykonávat svojí práci s láskou, podporovat naději u svých nemocných. Neznám žádnou jinou profesi, kdy by láska a naděje měly tak zřejmé a nezastupitelné místo jako právě v ošetřovatelství.

Matka Tereza

„Jednoho dne se mi zdálo, že stojím u nebeské brány. Svatý Petr mi řekl: Běž zpátky na Zem, tady nemáme žádné chudinské čtvrtě“. Tato slova, žertem pronesená Matkou Terezou, v jednoduché zkratce odrážejí život římskokatolické sestry a misionářky známé jako Anděl milosrdenství.“ (Rudolf Grimm)

Rodným jménem Agnese Bojaxhin. Narodila se 27.8.1910 v Jugoslávii v rodině dobře situovaného obchodníka a doktora farmacie. Oba rodiče byli velmi zbožní a zvláště matka dbala na náboženskou výchovu všech svých tří dětí. Žili v katolické menšině města Skopje, kde většina obyvatel byli muslimové a nacházela se zde také početná skupina věřících řecké pravoslavné církve.

Lásku k bližním pěstovala matka u svých dětí od malička. Navštěvovala nemocné ve městě, roznášela jídlo a oblečení chudým. Svě děti brala vždy s sebou. Po smrti otce, který byl otráven z politických důvodů, rodina velmi zchudla, žila jen z obchodní činnosti matky. V osmnácti letech odešla Agnese do Irska, pak do Indie. Rodina žila v nuzných podmínkách a pod policejním dohledem komunistického režimu.

V Dublinu vstoupila do Kongregace Naší Paní Loretánské a roku 1928 odjela do Darjelingu v Indii, kde po složení řeholních slibů přijala jméno Tereza. Studovala v Kalkatě, získala magisterský titul a stala se profesorkou. Vyučovala pak zeměpis a dějepis a byla také ředitelkou školy. Ve svých 36 letech odchází z kongregace a zakládá svoji vlastní pro sestry, které by „sloužily nejchudším mezi chudými“. Absolvovala kurs ošetřování nemocných a začala učit nejchudší děti, jejichž prostřednictvím pronikala do nejstrašnější kalkatské bídy.

Sestra Tereza navštěvovala chatrče v chudinských čtvrtích, pomáhala bezdomovcům, nemocným, hladovým a opuštěným. Několik měsíců byla sama, pak se k ní začaly přidávat další sestry. Podařilo se jí získat pro spolupráci i lékaře a zdravotníky. 17.10.1950 dostala oficiální schválení nově založené **Kongregace Misionářek lásky**. Potom se působiště jejich sester rozšířilo do celého světa.

Matka Tereza tvrdila, že pro člověka nejsou nejhorší nemoci jako lepra nebo tuberkulóza, ale pocit, že ho ostatní nemají rádi. Do svého erbu si tedy dala výmluvně poselství: „**Chudí musejí vědět, že je milujeme**“.

Matka Tereza, zprvu neznámá řeholnice, se stala díky nezištné lásce k bližním slavná po celém světě. Obdržela řadu prestižních ocenění, včetně Nobelovy ceny míru r. 1979. Zemřela 5.9. 1997 ve věku nedožitých 87 let. Vzpomínku na Anděla z Kalkaty, který miloval chudé zakončil citátem : „Na této Zemi nemůžeme konat velké věci. Můžeme dělat pouze malé věci s velkou láskou.“ Tato věta pronesená Matkou Terezou se bezprostředně týká a dotýká ošetrovatelství, je tolik mnoho malých věcí, které můžeme denně vykonat pro své nemocné.

2.5 Láska a naděje v ošetrovatelské teorii

Ošetrovatelství je jednou z nejrozšířenějších činností lidské společnosti. Ošetrování zahrnuje obrovský rozsah a odborný stupeň činností, čímž zasahuje do jiných vědních oborů. Ošetrovatelství působí v oblasti prevence, diagnostiky, terapie, sociální a výchovné péče ve všech oborech primární, sekundární a následné péče, v profesionální výchově odborníků, ve výuce, v řízení ošetrovatelské péče na různých stupních a ve výchově ke zdraví a sociální péči.

Ošetrovatelství má široké pole působnosti, proto i předmět jeho vědeckého zájmu je pojat široce. Lze říci, že předmětem ošetrovatelství je zkoumat ošetrovatelský proces z hlediska bio psycho socio kulturně spirituálních potřeb člověka a zkoumat preventivní, diagnostickou a terapeutickou účinnost ošetrovatelského procesu na zdraví člověka. Typickou filozofií pro ošetrovatelství je holismus. Hlavní znaky prezentující tuto filozofii jsou : aktivní

člověk, jedinečná, neopakovatelná bytost, akceptace jeho víry, přesvědčení, individuální přístup.

Z výše uvedeného vyplývá, že skutečně láska má nezastupitelné místo, pokud pečujeme o nemocné s láskou, dokážeme brát na zřetel všechny jejich potřeby. Nejde o výrobu součástky ani o opravu rozbitých hodin, kdy najdeme chybu, opravíme ji a zase máme před sebou další poruchu. Člověk je jedinečný a zaslouhuje také jedinečný přístup. Musím však přiznat, že i mezi nemocnými se najdou tací, kteří by si přáli opravit poruchu a zase pokračovat ve svém shonu s co nejmenší časovou ztrátou. Hlavně nemluvit, neotvírat se, nesdělovat se, jen jít a jít za svým vzdáleným cílem.

Každý jsme zkrátka jiný, ale i tyto lidi potěší milé a vlídné vystupování zdravotníka. Nikdo nechce být ošetřován nerudnou, nevrlou sestrou, která se chová jako by získala vzdělání přinejmenším v „koncentračním táboře“. Na obhajobu nevrlych sester však musím napsat, že to jsou také lidé, lidé se svými smutky, trápeními a starostmi a možná to tak vůbec nemyslí, když na nás křičí, vrčí, jsou nepříjemné. Snad jim svět ublížil a my jsme tu jakoby v jeho zastoupení.

Láska, naděje, smích a smysl pro humor jsou velmi známým zdrojem sil. Jde o kombinaci pozitivních emocí vrozených i získaných. K těm vrozeným patří tělesný kontakt (matka – plod, kojení, manželství – sexualita), naučit se můžeme lásce, vytváření dobrých mezilidských vztahů je pak prací na celý život. Naděje, víra a láska, kdo je má je optimisticky založený člověk a ten je na tom vždy lépe než pesimista.

O naději píší lékaři i psychologové už dlouho, později se k nim přidaly i sestry. V ošetřovatelství potřebujeme věci objevit, diagnostikovat a pojmenovat jako problém nemocného. „K diagnostice naděje lze užít tzv. Škálu naděje podle Ericksona, která vychází ze Stotlandovy koncepce naděje“ (Erickson, Post a Paige, 1975).

Stotlandův model naděje byl svého času široce používán, zvláště u psychiatrických pacientů. Ověřovaly ho sestry i psychologové pracující ve

zdravotnictví. Ukázalo se, že je vhodný a užitečný v teorii i praxi. Jedná se o obecný model, který můžeme používat pro různé situace a různé typy populace.

V ošetřovatelství bezprostředně používáme nejen pojem naděje, ale také pojem beznaděj, který je ošetřovatelskou diagnózou dle NANDA. Beznaděj je zde definovaná jako stav, kdy se jedinec cítí limitovaný nebo bez možnosti mobilizovat energii. Sestry se však těmito termíny zabývaly už před tím, než je NANDA zařadila mezi diagnózy.

První zmínku jsem v literatuře našla o Travelbeeové (1971), která psala o naději a beznaději v souvislosti s prací sester v kritické péči. „Naděje je něco na polovině cesty mezi věděním a přáním, co se stane v budoucnosti.“ Zdůrazňovala roli sestry v posilování naděje u pacientů. Roku 1978 odlišuje Langeová pojem naděje od podobných pojmů jako jsou přání, očekávání a optimismus. V dalších letech začínají sestry posuzovat a empiricky ověřovat tyto modely.

Millerová (1992) charakterizuje naději jako multidimenzionální pojem. Je to víc než jen pouhé dosažení cíle, jde o samotné bytí. Zahrnuje očekávání pozitivního vyřešení stávající situace. Uvádí tři různé úrovně existence naděje. První úroveň se týká povrchních přání, druhá vztahů, sebezdokonalování, osobních výkonů a třetí souvisí s osvobozením se od utrpení, osobní zkoušky. Podle jednotlivých úrovní musí také jedinec vynakládat energii k dosažení stanoveného cíle. V případě, že nemá dostatek energie propadá zoufalství (Raleigh, 2000, 437-459).

3. Empirická část

3.1 Metodika výzkumu

Na základě priorit výzkumu v ošetrovatelství pro 21. století jsem se rozhodla zabývat se názorem na přítomnost lásky a naděje při výkonu ošetrovatelského povolání. A to jednak na základě ochrany principů etiky, ale také z důvodu klasifikace fenoménů ošetrovatelské práce. Z těchto důvodů jsem se dotazovala představitelů profese, tedy sester.

Za zajímavé považuji srovnání názorů sester s názory studentů, kteří se na profesi teprve připravují. Abych předešla generačnímu rozdílu v jejich pohledu na věc, směřovala jsem své dotazy na mladé sestry ve věku do 35 let. Rozdala jsem tedy 60 dotazníků sestrám pracujícím na různých odděleních rozdílných nemocnic, od malých okresních až po Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Oslovila jsem především sestry mající vyšší vzdělání, tj. specializaci v oboru, vyšší zdravotnickou školu a dále studentky a absolventky vysokých škol.

Skupinu studentek jsem si vybrala na Vyšší zdravotnické škole v Třebíči. Vzhledem k tomu, že zde není 60 studentek oboru Všeobecná sestra, zbývajících dvacet dotazníků jsem rozdala ve čtvrtém ročníku střední zdravotnické školy.

Dotazník jsem sestavila na základě poznatků shromážděných v teoretické části mé práce, kdy mi šlo především o vyjádření osobního názoru respondentů k jejich vztahu k povolání, které si vybrali. Vzhledem k tomu, že jsem v dotazníku použila otázky, které mne v minulosti oslovily a o kterých často přemýšlím, domnívala jsem se, že i mé kolegyně přemýšlí o týchž otázkách. Byla jsem však překvapena, když sestry z praxe hodnotily dotazník jako velmi obtížný a studentkám nečinilo sebemenší potíže jeho vyplnění.

První otázka byla v obou exemplářích dotazníku totožná, a to věk k posouzení zralosti a vyspělosti jednotlivých respondentů.

Druhou otázkou jsem se studentek ptala, zda navštěvují vyšší či střední školu, jako ukazatel jejich připravenosti pro výkon povolání. Sester jsem se na druhé straně dotázala na délku jejich praxe, jako výsledek zkušeností s prací sestry.

Třetí otázka byla pouze orientační, zda je tazatelem muž nebo žena.

Cílem čtvrté otázky bylo zjistit, jaké důvody vedly respondenty k výběru ošetrovatelského povolání. Byla sestavena jako uzavřená otázka s výběrem možností, ale nepodařilo se mi vyjmenovat veškeré alternativy, proto jsem nabídla možnost i jiné odpovědi. Tuto možnost respondenti v hojném počtu využili.

Pátá otázka byla zaměřena na skutečnost, zda jsou respondenti věřící či nikoli. K této otázce jsem se uchýlila z důvodu komplexního posouzení tázaných a zhodnocení vlivu křesťanství, případně jiné víry na výkon povolání a vztah sester k lidem – nemocným.

Za šesté bylo úkolem tázaných seřadit jednotlivé body modelu Gordonové podle důležitosti. Jde o to, že všeobecným používáním tohoto modelu v nemocnicích i při studiu na školách, dochází k ovlivnění náhledu sester na problémy pacienta. Mám na mysli situace, kdy sestra vyplní formulář pro strukturovaný rozhovor dle tohoto modelu a přistoupí k dalšímu kroku, to je stanovení problémů nemocného. V praxi jsem vyzorovala, že studentky, stejně jako sestry, pak řadí ošetrovatelské diagnózy v pořadí dle dotazníku a nikoli dle důležitosti. Například bolest, pokud trpí nemocný bolestí, tak je to prioritou číslo jedna, ale sestry ji uvádí až v druhé polovině, protože patří dle Gordonové pod bod číslo šest – vnímání, poznávání. A tak bych mohla jmenovat další zcela konkrétní situace. Snažila jsem se zde tedy detekovat cit sester pro důležitost problémů z pohledu nemocného. Domnívám se, že stále ještě nedokážeme na sto procent považovat nemocného za partnera a stanovit problémy společně s ním.

Otázka číslo sedm je stěžejní k problému naděje. Respondenti měli čtyři možnosti odpovědí na to, co pro ně znamená slůvko naděje. Při čemž jsem od zdravotníků očekávala odpověď, že naději potřebuje každý, stejně sestra jako nemocný člověk.

Souhlasíte s výrokem, že nemocný snese spíše nešikovné ruce, než chladné srdce sestry, bylo znění otázky číslo osm. Součástí této otázky bylo také zdůvodnění odpovědí. Mým cílem bylo zjistit, nakolik jsou si zdravotníci vědomi, dopadu svých emocí na prožívání nemocných lidí, o které pečují.

Devátou otázkou bylo, zda respondenti souhlasí s výrokem Matky Terezy: „ Na této zemi nemůžeme konat velké věci. Můžeme dělat pouze malé věci s velkou láskou.“ Zde měli možnost vlastního výčtu maličností, kterými mohou pomáhat nemocným lidem.

Poslední otázka byla cílena k dotvoření celkového obrazu o dotazovaných. Zde měli uvést, které pracoviště je jim nejbližší.

Odpovědi v dotaznících hodnotím celkově za velmi podnětné. Ač jsem s mnohými respondenty přímo nekomunikovala, poskytli mi cenná fakta, na jejichž základě jsem zpracovala zajímavé výsledky. Na řadu otázek odpovídali respondenti obšírně a já si tak mohla vytvořit velmi pestrý obraz o jejich pohledu na problematiku lásky a naděje v ošetrovatelském povolání. Musím přiznat, že některé odpovědi mi vehnaly slzy do očí, zvláště pak odpovědi studentek Zdravotnické školy. Naopak odpovědi sester z oddělení akutní medicíny mne dokázaly zvednout ze židle. Možná je to prostředím , ve kterém pracují, přesto jejich přístup shledávám smutným.

3.2 Výsledky výzkumu

Celkem jsem oslovila 120 respondentů, z toho 60 sester a 60 žákyň Zdravotnické školy v Třebíči. Věkový průměr žákyň byl 20 let, v rozmezí od 18 do 22 let, pouze jedné žákyni bylo 25 let, nejvíce jich bylo 19ti a 20tiletých. Věkový průměr sester byl 29 let, věkové rozmezí se pohybovalo od 22 do 35 let, největší skupina byla 35tiletých (16) a dále byla více zastoupena věková kategorie 26 a 29 let (po 6).

Co se týče roků odpracovaných sestrami byl průměr 10 let. Většina sester tj. 58% však odpracovala méně než 10 let, zbývajících 42% sester odpracovalo více než 11 let. Méně než jeden rok odpracovaly 3 sestry a 17 let mělo odpracováno dokonce 14 sester. Mezi studenty bylo 43 studentů vyšší školy a zbývajících 17 ze školy střední.

Z celkového počtu 60 studentů byly tři muži, mezi sestrami pak byl muž pouze 1. Celkově tedy muži tvořili asi 3 % z dotazovaného vzorku.

Pokud jsem se zabývala důvody, proč se dotazovaní rozhodli pro studium na zdravotnické škole a následnou práci sestry. Zjistila jsem, že nejvyšší počet odpovědí a to 33% byl u možnosti číslo jedna, že se zde nekonají přijímací zkoušky z matematiky, takto odpovídali studenti, sestry tento důvod zvolily v pouhých 8%. Naopak v dotaznících sester nejčastěji odpověď na tuto otázku zcela chyběla, nebo napsaly jiný důvod, ale blíže nespecifikovaly a to až v 31% případů. Ve 22% případů šlo sestrám o pomoc či péči o druhé, stejné procento uvádí i studentky. Dále 21% studentek se rozhodlo pro toto povolání z důvodu křesťanské lásky k bližním a 11% studentek přivedl k této profesi nemocný člen rodiny. Co se sester týče, stojí ještě za zmínku také nemocný člen rodiny v 9% dotazů a v 8% rodinná tradice.

Na otázku týkající se víry odpověděly sestry v 70% případů, že věřící nejsou. Pouze, nebo snad až tolik, tedy 30% odpovědělo, že se považují za věřící. Ale já věřím, že i mezi těmi, které se označují jako nevěřící, je celá řada lidí, co

věří a je jedno v co nebo čemu. Žákyně se s vírou ztotožnily až ve 43%, kdy 4% uvedly, že neví a jenom 53% uvedlo, že nejsou věřící.

Za zajímavé považují zjištění, že model M. Gordonové většině sester vyhovuje a následnost jednotlivých bodů za sebou považují za správnou. Studenti zcela přesvědčivě v 56% ponechali vnímání zdraví na prvním místě. Na druhém pak s 24% výživu a metabolismus a velký počet hlasů (18%) získaly rovněž mezilidské vztahy. Na třetím místě se pak vcelku vyrovnaně umístily tři položky a to : vylučování 17%, spánek a odpočinek 17% a výživa a metabolismus 16%. Poslední místo, dle studentů, obsadila sexualita 36% a víra 24%. Co se pohledu sester týče, první místo opět ponechaly pro vnímání zdraví 49%, ale až v 15% se zde objevuje sebe pojetí a sebeúcta. Na druhém místě byla opět ponechána výživa a metabolismus a to v 36%, ale v 15% se objevují role a mezilidské vztahy. A třetí místo již tradičně patří v 34% vylučování, společně je zde 13% zastoupen spánek a odpočinek. Na posledním místě sestry ponechaly víru a to v 56%, sexualita se zde objevuje v 25% případech.

Starý výrok, že nemocný snese lépe nešikovné ruce než chladné srdce sestry potvrdilo 80% sester, pouhých 20% sester mělo názor opačný. U studentek byl rozdíl ještě přesvědčivější, celých 90% souhlasilo s tímto výrokem.

Respondenti vesměs potvrdili, že výrok Matky Terezy se jich týká a velká většina dokázala vyjmenovat více než tři věci, které mohou dělat s velkou láskou. Našla jsem však u sester z praxe 6x odpovědi, že neví, proč by se měly v práci citově angažovat, protože tam chodí vydělávat peníze. Ale my se všichni citově angažujeme už jen tím, že žijeme, pokud se někdo nechce citově angažovat nemohl by vůbec žít. Na celé čáře v kategorii sester zvítězilo naslouchání s 22%, dále se umístily úsměv a milé slovo po 13% a také vyjít vstříc obsadilo 12%, pohlazení získalo 11% hlasů a podpora nemocného 10%. V dotaznících dále figurovalo krmení, hygiena, snížení bolesti, empatie. Studenti nejčastěji uváděli účinnou komunikaci 43%, úsměv ve 34%, naslouchání v 35%. Dalšími drobnostmi byly pohlazení, slova útěchy, pomoc, hygiena, příjem potravy,

ohleduplnost, rehabilitace, držet ruku, doprovázet, vyjít vstříc, pochválit a projevit zájem.

Ze statistických důvodů mne také zajímalo, kde by chtěli tázaní pracovat. Domnívám se, že vztah k nemocným se také projeví volbou pracoviště. Je předpoklad, že zdravotník, který se nechce citově angažovat, zvolí pracoviště s co nejnižším počtem kontaktů s nemocným (anesteziologie, operační sál apod.) Mezi sestrami byl největší zájem o ARO a JIP 36% a dále interna 19%, což společně činí více než polovinu, zbývající hlasy byly stejnoměrně rozděleny po 5 na novorozenecké, děti, ženy, staré nemocné a chirurgii. Zatímco studentky mají jiné představy a touhy. Preferované bylo novorozenecké a kojenecké oddělení 28%, za druhé studenti volili péči o staré nemocné 23%, 16% by chtělo pracovat na chirurgii, 13% u dětí, 8% na interním oddělení, 6% na ARO nebo JIP a zbývajících šest procent se dělilo o ženské a rehabilitační oddělení.

3.3 Analýza zjištěných výsledků

3.1 Odpovědi respondentů

Vzhledem k tomu, že cílem mé práce bylo ověření a klasifikace fenoménu lásky a naděje v současném ošetrovatelství, jsem si vybrala dva vzorky respondentů. A to sestry s praxí, které už ví jak se v současné velice zvláštní a složité době pracuje, a které mají zároveň vyšší nebo vysokoškolské vzdělání. Podmínkou bylo, aby byly specialistky v oboru nebo absolventky vyšších či vysokých škol či jejich studentky.

K porovnání jsem získala údaje od studentek denního studia Vyšší zdravotnické školy v Třebíči, do celkového počtu 60 jsem odpovědi doplnila od

studentů čtvrtého ročníku střední školy, kteří mají krátce před maturitou a hodljají pokračovat ve studiu.

Průměrný věkový rozdíl mezi oběma skupinami byl 9 let, sestry 29, studenti 20, čímž se mi podařilo zajistit věkem příbuzné skupiny. Nejmladším sestrám bylo 22 let a nejstarší studentce 25 let, ale naopak nejstarší sestry dosáhly 35 let a nejmladší studentky byly 18tileté. Přesto se domnívám, že se mi podařilo splnit svůj záměr a získat skupiny dle svých představ, o čemž svědčí i zjištěné výsledky.

Domnívala jsem se, že při hodnocení modelu Gordonové se respondenti zamyslí nad potřebami nemocného dle jeho aktuálního stavu. Většina nemocných přicházejících do nemocnice trpí bolestmi, proto jsem doufala, že se bod číslo šest „vnímání, poznávání“ objeví na předních místech. Stalo se tak ovšem u sester v 11ti případech, což je zhruba 18% - uvádím součet tří prvních míst. Odpovědi sester byly velmi příznivé v tom ohledu, že ani jedna z nich nezařadila tento bod na poslední místo.

U studentů jsem se setkala s jinými výsledky. Na první tři místa zařadili bod číslo šest ve 14ti případech, což je asi 23%, ale ve čtyřech případech také na místo poslední – 6%. Což ukazuje na jejich malé zkušenosti s aplikací modelu Gordonové v praxi, přestože studenti vykazují v ostatních otázkách obrovskou vnímavost a citlivost k potřebám nemocných.

Téměř polovina odpovědí, že naděje je něco, co potřebuje každý, v obou kategoriích dotazovaných mne ujistila v přesvědčení, že sestry, stejně jako studenti, dobře vědí, jak důležitá je naděje pro ně samotné i jejich nemocné, o které pečují. Zároveň s odpovědí, že naděje umírá poslední, jsem pak nabyla dojmu, že naděje je velmi citlivě sestrami i studenty zohledňována. A tedy všichni pečlivě střeží situaci, kdy by mohl nemocný člověk upadnout do beznaděje a jsou připraveni mu pomoci.

Nezbývá mi nic jiného, než konstatovat vzácnou shodu mezi oběma kategoriemi respondentů v oblasti naděje a jejího zohlednění ve vztahu

k nemocnému. A já děkuji za toto poznání, neboť se stává světlem v srdcích těch, kdo mají možnost a sílu ji poskytovat všem potřebným.

Na druhé straně láska v ošetrovatelské profesi tak jistou a silnou pozici nemá. Je to dáno také tím, že řada dotazovaných si pod pojmem láska představí vztah, což samozřejmě není totožné. Sestry uváděly, že se nechtějí citově angažovat, mají obavy či snad dokonce strach, aby z nich citový vztah k nemocným nevysál jejich vlastní životní sílu. Což je pochopitelné, protože je mezi nimi mnoho bez vztahu k jakékoli vyšší energii, které křesťané říkají Bůh. Alespoň to vyplývá z jejich odpovědí v dotazníku.

Přesně toto je důvod, který mne vede k přesvědčení, že řádové sestry jsou lepšími ošetrovatelkami, neboť mají vztah s Bohem, který naplňuje jejich srdce láskou. Tu pak mohou klidně předávat těm, o něž pečují, protože nedávají ze svého, to jen Boží láska je jejich prostřednictvím poskytována těm, kdo to potřebují. Já vím, že zde lze namítnou povinnosti, péči o domácnost a materiální starosti civilních sester. Ale neučili jsme se snad už na střední škole, že domov zůstává na vrátnici, když jí procházíme do práce a zase naopak?

I studenti jsou si této skutečnosti více vědomi. Jejich odpovědi mne velmi uspokojily i v tom ohledu, že jsem mnohé z nich já sama učila. Pokud jsou jejich názory, postoje i projevy opravdu takové, jak uvádí v dotaznících. Potom tedy několik let, nejenom mé práce, našlo úrodnou zemi, a vyrůstá nám generace sester, která bude ochotná láskyplně pečovat o nemocné.

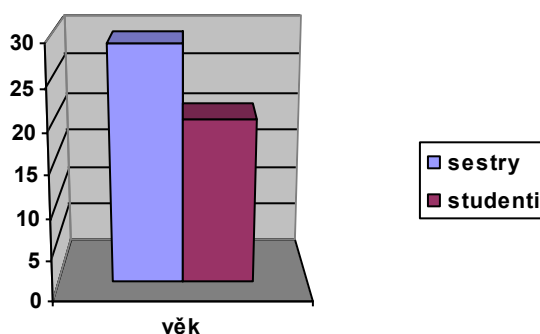
Nechci být kritikem sester, proto uvádím odpověď, která mne nejvíce potěšila : „Sestra by měla vykonávat svoji profesi s láskou a cítit jakési poselství, pomáhat druhým, jednat srdcem, pohladit, podržet za ruku, usmát se, naslouchat, vyvézt nemocného, který nemůže chodit ven (třeba na vozíku).“ Tato sestra uvedla, že není věřící a chtěla by pracovat na ARO, předpokládám, že tam také pracuje. Všem nemocným ze srdce přeji, aby o ně pečovaly jen a jen takovéto sestry. Pro srovnání však musím uvést odpověď jinou : „ Myslím si, že sestra by měla být šikovná, zručná, svědomitá a zároveň i naslouchat lidem a pomáhat jim po stránce psychiky. Do práce chodím, protože se musí. Musím někde vydělat

peníze. Práci vykonávám svědomitě a pečlivě, ale ne s láskou, nemám k nim bližší citový vztah.“ Tato sestra také není věřící, chtěla by pracovat na ARO a je jí pouhých 24 let, má 4,5 roku praxe, předpokládám, že na oddělení ARO. Chtěla bych slyšet, proč bude chodit do práce třeba za deset let.

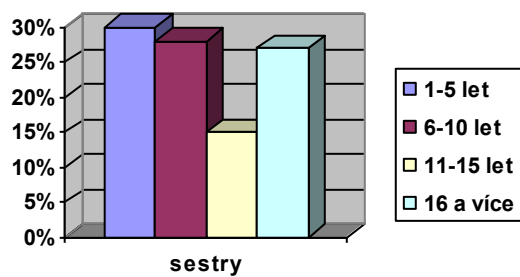
Studenti jsou ochotni ve všech případech pečovat o nemocné s láskou, uvedli celou řadu maličkostí, jimiž mohou prospět nemocným. Stejně jako sestry si uvědomují potřebu komunikace, milé slovo zmůže více než léky. Pohlazení, úsměv, empatie i naslouchání jsou atributy nové nastupující generace. A to je dobrá zpráva pro nás všechny jako jejich budoucí pacienty. Také jsem byla překvapena jejich ochotou pečovat o staré nemocné. Nevím zda jde o úctu ke stáří, či spíše o konkrétní pracoviště. K objektivizaci je nutné sdělit, že v nemocnici v Třebíči, kam chodí studenti na praxi, je skvěle fungující Oddělení následné péče a studentům se praxe na tomto oddělení velmi líbí. Nemusím zdůrazňovat, že věkový průměr nemocných na tomto oddělení je okolo 70ti let.

3.3.2 Grafy

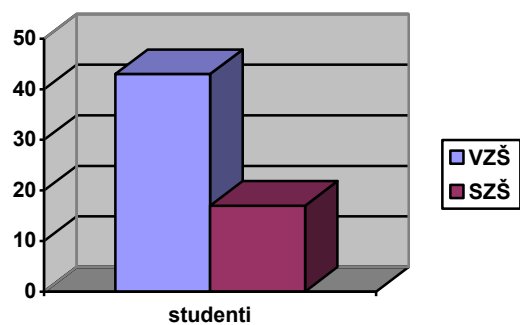
1. Průměrný věk respondentů



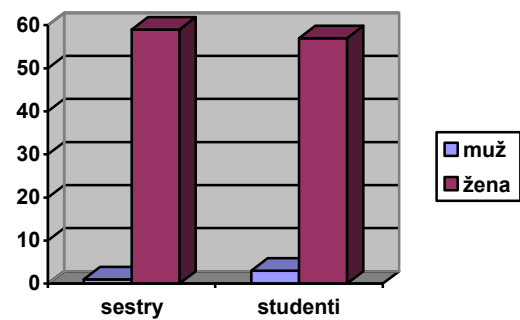
2. Délka praxe



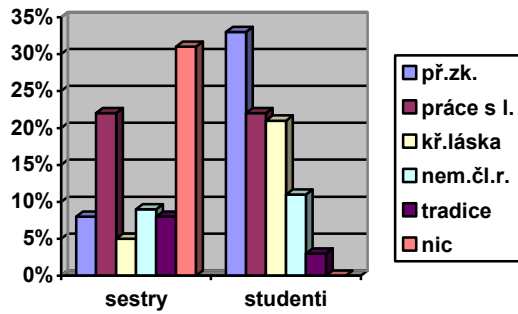
3. Rozdělení studentů



4. Rozdělení dle pohlaví

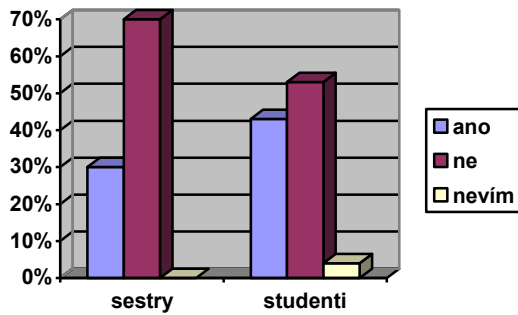


5. Důvody, pro které si respondenti vybrali povolání



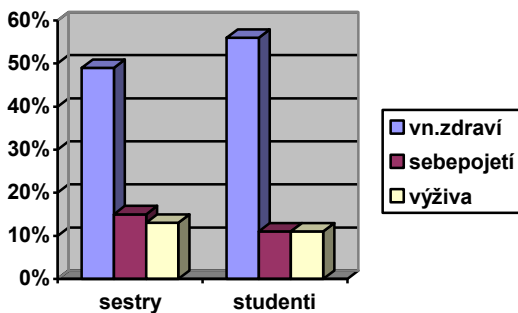
př.zk.= nejsou přijímací zkoušky z matematiky
 práce s l.= práce s lidmi, dětmi, pomoc a péče o ně
 kř. láska= křesťanská láska k bližnímu
 nem.čl.r.= nemocný člen rodiny

6. Otázka víry



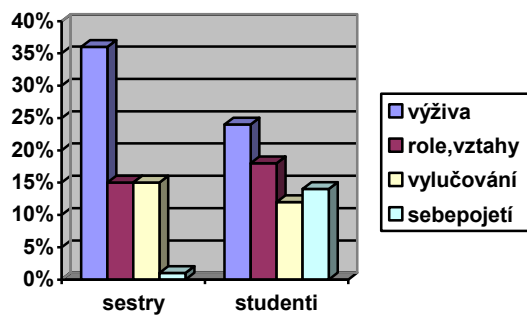
7. Seřazení položek modelu Gordonové

1. místo

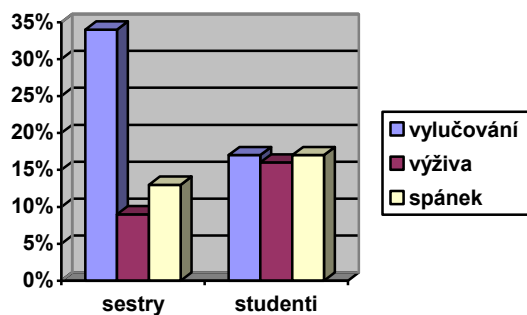


vn.zdraví= vnímání zdraví

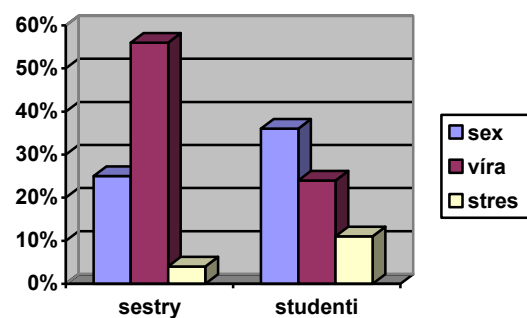
2. místo



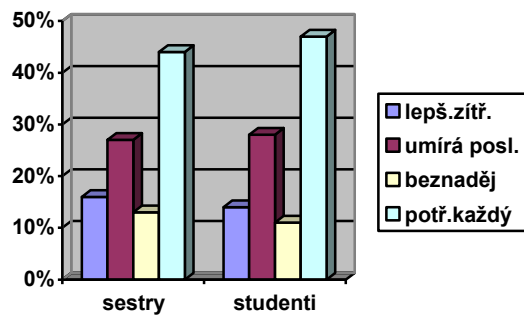
3. místo



poslední místo

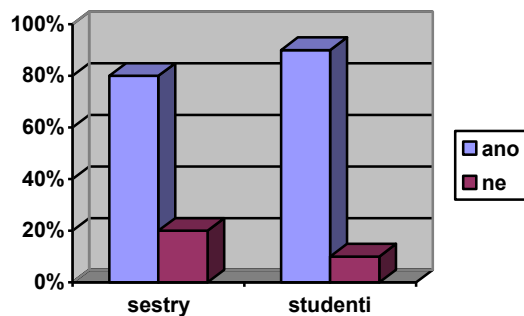


11. Vyjádření ke slůvku naděje

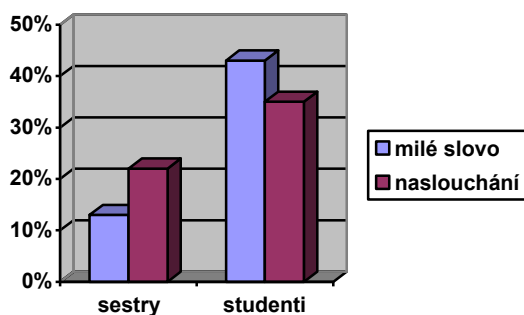


lepš.zítř.= lepší zítřek
 umírá posl.= naděje umírá poslední
 beznaděj= bez ní je beznaděj
 potř. Každý= něco, co potřebuje každý

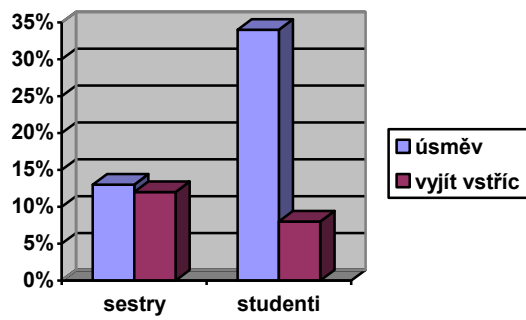
12. Snese nemocný spíše nešikovné ruce než chladné srdce sestry?



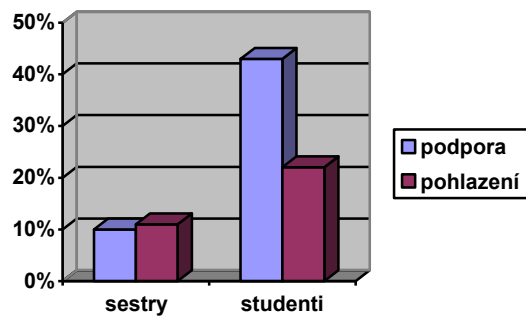
13. Malé věci, které mohou sestry dělat s velkou láskou při výkonu své profese.



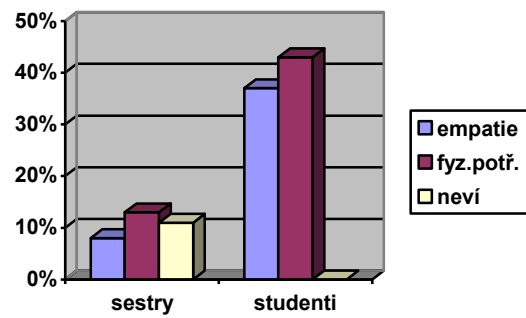
14.



15.



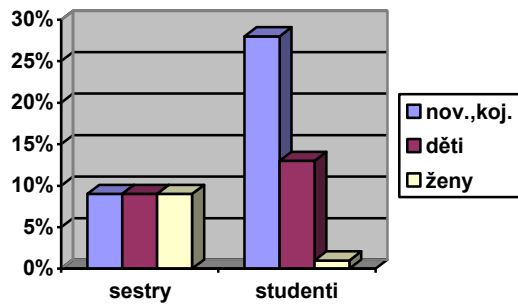
16.



empatie – pod tento pojem jsem zahrnula odpovědi studentek – držet ruku, doprovázet, pomoc

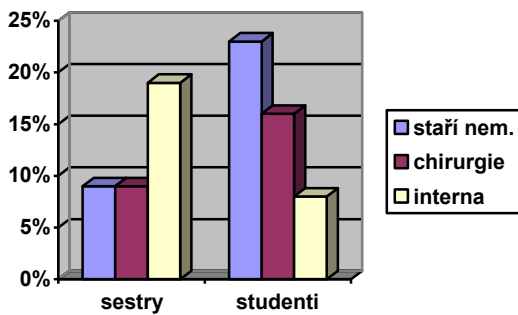
fyz.potř.= fyzické potřeby – hygiena, příjem potravy, RHB, snížení bolesti

17. Kategorie nemocných preferované respondenty



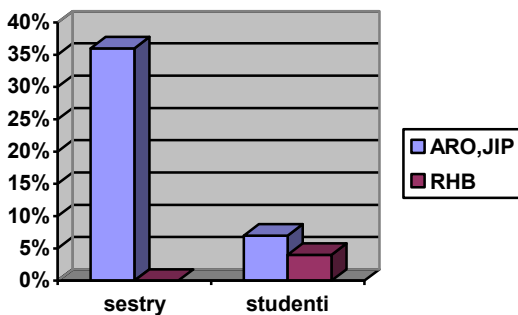
nov., koj. = novorozenci, kojenci

18.



staří nem. = staří nemocní

19.



4. Závěr

Cílem mé práce bylo věnovat se fenoménu lásky a naděje v současném ošetrovatelství jako jedné z priorit výzkumu v ošetrovatelství pro 21. století. Zdá se, že v technických možnostech jsme dosáhli vrcholu a je čas vrátit se zpět k lidství a přírodě. Proto se začínají ozývat silné hlasy na ochranu principů etiky. Nemocní si toužebně přejí a očekávají péči sester, které jim budou nakloněny a projeví jim svou účast a lásku. Láska přeci neznamena jen citový vztah, láska je všeobjímající, je mocná léčitelka.

Milí kolegové, pamatujte si, že „nemoc nemůže tváří v tvář lásce existovat a odhalíte tu nejlepší realitu ze všech“ (Doreen Virtue, Ph.D.)

Při práci na teoretické části mi nečinilo potíže nalézt lásku v konání ošetrovatelek minulosti. Nečinilo jim problémy láskyplně pečovat o nemocné, chudé či strádající. Snad je to víra, co dokáže zaplnit srdce láskou a sílu dávat ostatním, snad dříve nebylo jiných prostředků pomoci. Nebyly dnešní léky, technika, ošetrovatelky neměly nic než svůj láskyplný přístup, úsměv .

I dnes si mnohé z nás uvědomují, že se nelze schovávat za techniku. Jsme tu my – lidské bytosti a je tu také nemocný člověk – stejná lidská bytost jako my. A nám se dostala do rukou moc, moc zlepšit jeho zdravotní stav nebo mu naopak přitížit. Je nesporné, že mu můžeme ublížit i fyzicky, proto mnoho dotazovaných odpovídalo, že nešikovnost nesmí poškodit pacienta, s čímž souhlasím. Ale vezme, že často poškozujeme nemocné duševně, ať jde o strohý přístup, ne zrovna vlídné slovo či zádumčivý pohled nad jeho výsledky. Mnohdy si tyto své chyby ani neuvědomujeme a nikdo se o nich nedozví, pouze blízcí nemocného. Pokud však nemocného poškodíme fyzicky, je naše chyba záhy odhalena a řešena. Ale šrámy na duších nemocných odhaleny a řešeny obvykle nejsou, pokud nedojde k fatálním následkům, což je hrůzné a nepřijatelné. To je třeba si uvědomit.

Smyslem mé práce bylo přimět kolegyně k zamyšlení nad fenomény lásky a naděje v naší profesi. Uvědomuji si ze zkušeností, že o tomto tématu více

přemýšlí studenti než-li sestry. Proto jsem volila srovnávací dotazníkovou metodu. Jsem ráda, že výsledky byly uspokojivé u obou kategorií. Ale přesto studenti jsou o krůček napřed a mně nezbyvá, než si přát, aby každá nastupující generace byla o krůček napřed, blíž k lásce, což nám všem jejich budoucím pacientům a klientům přináší naději. Neboť naděje je něco, co potřebuje každý, jak se shodují studenti i sestry ve svých odpovědích.

Jak napsala 22 letá studentka VZŠ:“ úsměv je levnější než elektřina a dává více světla, bezcitných sester je hodně a hodných málo.“ Toto jsou její vlastní postřehy z praxe v nemocnici, nemusíme s nimi jistě souhlasit. Mne osobně velmi mrzí, když čtu nebo slyším taková slova. Ale mám jistotu , že s tím lze něco dělat. Všichni s tím můžeme něco dělat, ale musíme začít každý sám od sebe. A já věřím, že moje dotazníky přiměly mnoho z nás k přemýšlení o lásce, naději a jejich místu v současném ošetrovatelství. Právě to je obrovský úspěch a první krok na dlouhé cestě.

5. Anotace

Veselá Marcela

Universita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Láska a naděje v ošetrovatelské profesi

Mgr. Andrea Tůmová

Stran: 41

Přílohy: 4

Použitá literatura : 11

Klíčová slova:

Ošetrovatelství, péče o nemocné, křesťanská péče, láska v ošetrovatelství, naděje v ošetrovatelství, nemocní, sestry, studenti.

Práce se zabývá fenomény lásky a naděje v současném ošetrovatelství, poukazuje na historickou hodnotu těchto fenoménů. Na základech zkušeností z minulosti je sestaven dotazník, zkoumající v řadách sester a studentů zdravotnických škol jejich názory na potřebu lásky a naděje.

Průzkum poukazuje na to, že ani v současné přetechnizované době nejsou láska a naděje pouhé fráze. Studenti jsou více vnímaví k těmto potřebám nemocných.

6. Summary

The aim of my thesis was to describe how love and hope phenomenon relates to nursing care in general. Therefore, in empirical part of my work I focused on a survey conducted among students and practising nurses.

Comparing these two target groups, I discovered great differences in views. Students are more oriented on a patients' requirement for love because they are not drudged by day-to-day problems encountered in nursing care. This gives them greater capacity to understand. Having said that, I must stress that many nurses treat their patients with love and understanding of patients' hope.

One of the purposes of this work has been to provoke survey participants to think about this problem. The responses I obtained were eloquent, which suggests a successful accomplishment of my thesis.

7. Seznam literatury

- 1) *Biblií svatá*, podle posledního vydání kralického z r. 1613, Praha, 1909
- 2) Čechová,V. – Mellanová V., - Rozsypalová M.: *Speciální psychologie*,Brno,IDVZP Brno, 1995. ISBN 80-7013-197-7
- 3) Haškovcová, H.: *Lékařská etika*, Praha, Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7
- 4) Křivohlavý,J.: *Mít pro co žít*, Praha, Návrat domů, 1994. ISBN 80- 85495-33-3
- 5) Kúbler-Ross,E.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, Praha, H a H Jinočany, 1995. ISBN 0-02-089150-4
- 6) De Saint-Exupéry,A.: *Citadela*, Praha, Vyšehrad, 1994. ISBN 80-7021-116-4
- 7) *LEMON 1*,:Adamov, IDVZP Brno, 1996. ISBN 80-7013-234-5
- 8) Virtue, D.: *Poslové světla*, Praha, Synergie, 2005. ISBN 80-86099-95-4
- 9) Peter F. A.: *Ohně Reiki*, Praha, Rybka Publisher, 2003.
- 10)*Právo*, 8.9. 1997, Praha, 1997 – denně
- 11)*MF Dnes*, 18.9. 1997, Praha, 1997 – denně
- 12)*Sestra*, 5, Praha, ONE media s.r.o., 1997 – jednou měsíčně

8. Seznam grafů

Graf č. 1 Průměrný věk respondentů	strana 28
Graf č. 2 Délka praxe	strana 29
Graf č. 3 Rozdělení studentů	strana 29
Graf č. 4 Rozdělení dle pohlaví	strana 29
Graf č. 5 Důvody, pro které si respondenti vybrali povolání	strana 30
Graf č. 6 Otázka víry	strana 30
Graf č. 7 Seřazení položek modelu Gordonové – 1. místo	strana 30
Graf č. 8 Seřazení položek modelu Gordonové – 2. místo	strana 31
Graf č. 9 Seřazení položek modelu Gordonové – 3. místo	strana 31
Graf č. 10 Seřazení položek modelu Gordonové – poslední místo	strana 31
Graf č. 11 Vyjádření ke slůvku naděje	strana 32
Graf č. 12 Snese n. spíše nešikovné ruce než chladné srdce?	strana 32
Graf č. 13 Malé věci konané s velkou láskou	strana 32
Graf č. 14 Malé věci konané s velkou láskou	strana 33
Graf č. 15 Malé věci konané s velkou láskou	strana 33
Graf č. 16 Malé věci konané s velkou láskou	strana 33
Graf č. 17 Kategorie nemocných preferované respondenty	strana 34
Graf č. 18 Kategorie nemocných preferované respondenty	strana 34
Graf č. 19 Kategorie nemocných preferované respondenty	strana 34

9. Seznam příloh

Příloha č. 1	Vzor dotazníku pro studenty
Příloha č. 2	Vzor dotazníku pro sestry
Příloha č. 3	Vyplněný exemplář dotazníku
Příloha č. 4	Vyplněný exemplář dotazníku

Vážené studentky prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit ke zpracování mé bakalářské práce na téma : Láska a naděje v ošetrovatelské profesi. Informace zde získané budou zcela anonymní. Prosím o zamyšlení se nad otázkami, které jsou v dotazníku vyjádřeny a co nejpřesnější možné odpovědi. Děkuji za spolupráci Marcela Veselá, studentka Karlovy univerzity v Praze, Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Odpovědi označené hvězdičkou vyberte jednu a zakroužkujte.

1. Věk
2. Jste student (ka) VZŠ, SZŠ
3. pohlaví žena muž*
4. Vyberte důvody, proč jste si vybrali studium na zdravotnické škole:
 - přijímačky z matematiky
 - nemocný člen rodiny
 - vlastní nemoc
 - pěkná uniforma
 - vliv filmu
 - křesťanská láska k bližnímu
5. Jste věřící ano ne*
6. Seřadte jednotlivé body modelu Gordonové podle důležitosti dle vlastního uvážení, tak že na konec napíšete čísla:
 1. vnímání zdraví
 2. výživa metabolismus
 3. vylučování
 4. aktivita – cvičení
 5. spánek, odpočinek
 6. vnímání, poznávání
 7. sebe pojetí, sebeúcta
 8. role – mezilidské vztahy
 9. sexualita
 10. stres, zátěž – její zvládnání, tolerance
 11. víra, životní hodnoty
7. Co pro vás znamená slůvko „naděje“?
 - lepší zítřek
 - naděje umírá poslední
 - bez ní je beznaděj
 - něco co potřebuje každý
8. Souhlasíte s výrokem : „ Nemocný snese spíše nešikovné ruce, než chladné srdce sestry.“
Odpověď se pokuste zdůvodnit.
 - ano, protože
 - ne, protože
9. „Na této zemi nemůžeme konat velké věci. Můžeme dělat pouze malé věci s velkou láskou“. Toto prohlásila Matka Tereza. Domníváte se , že se Vás tento výrok nějakým způsobem týká? Vyjmenujte alespoň 3 malé věci, které by jste dokázali vykonat s velkou láskou při výkonu své profese.
10. O kterou kategorii nemocných by jste chtěla pečovat ?*
 - novorozenci, kojenci
 - děti
 - ženy
 - staří nemocní
 - chirurgie
 - interna
 - ARO,JIP
 - ostatní obory.....

Vážené kolegyně prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit ke zpracování mé bakalářské práce na téma : Láska a naděje v ošetrovatelské profesi. Informace zde získané budou zcela anonymní. Prosím o zamyšlení se nad otázkami, které jsou v dotazníku vyjádřeny a co nejpřesnější možné odpovědi. Děkuji za spolupráci Marcela Veselá, studentka Karlovy univerzity v Praze, Lékařské fakulty v Hradci Králové.

Odpovědi označené hvězdičkou vyberte jednu a zakroužkujte.

1. Věk
2. Kolik roků pracujete?
3. pohlaví žena muž*
4. Vyberte důvody, proč jste si vybrali studium na zdravotnické škole:
 - přijímačky z matematiky
 - nemocný člen rodiny
 - vlastní nemoc
 - pěkná uniforma
 - vliv filmu
 - křesťanská láska k bližnímu
5. Jste věřící ano ne*
6. Seřadte jednotlivé body modelu Gordonové podle důležitosti dle vlastního uvážení, tak že na konec napíšete čísla:
 1. vnímání zdraví
 2. výživa metabolismus
 3. vylučování
 4. aktivita – cvičení
 5. spánek, odpočinek
 6. vnímání, poznávání
 7. sebe pojetí, sebeúcta
 8. role – mezilidské vztahy
 9. sexualita
 10. stres, zátěž – její zvládnání, tolerance
 11. víra, životní hodnoty
7. Co pro vás znamená slůvko „naděje“?
 - lepší zítřek
 - naděje umírá poslední
 - bez ní je beznaděj
 - něco co potřebuje každý
8. Souhlasíte s výrokem : „ Nemocný snese spíše nešikovné ruce, než chladné srdce sestry.“
Odpověď se pokuste zdůvodnit.
 - ano, protože
 - ne, protože
9. „Na této zemi nemůžeme konat velké věci. Můžeme dělat pouze malé věci s velkou láskou“. Toto prohlásila Matka Tereza. Domníváte se , že se Vás tento výrok nějakým způsobem týká? Vyjmenujte alespoň 3 malé věci, které by jste dokázali vykonat s velkou láskou při výkonu své profese.
10. O kterou kategorii nemocných by jste chtěla pečovat ?*
 - novorozenci, kojenci
 - děti
 - ženy
 - staří nemocní
 - chirurgie
 - interna
 - ARO, JIP
 - ostatní obory.....