

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Empatie u sester

diplomová práce

Autor práce: Bc. Eva Pařhová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – modul
vnitřní lékařství
Vedoucí práce: doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Datum odevzdání práce: 17. 8. 2012

Abstrakt

Ošetrovatelství je jedinečná a specifická profese, zahrnuje vztah k pacientům, jejich rodinám i kolegům ve zdravotnickém týmu. Empatie bývá v literatuře definována jako vlastnost, stav i proces. Je považována za základní předpoklad efektivní ošetrovatelské praxe a prostředek k dosahování ošetrovatelských cílů. Komunikace je zvláště v ošetrovatelství neopakovatelná, může napomáhat ke zlepšení stavu pacienta, tvoří základ veškerých činností, které sestry provádějí.

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat, technika semidirektivního rozhovoru. Rozhovory byly realizovány u výzkumného souboru dvanácti sester a dvanácti pacientů v Nemocnici České Budějovice a.s. se souhlasem hlavní sestry – náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Byly stanoveny dva cíle diplomové práce, prvním cílem bylo zmapovat mínění sester a pacientů o projevech empatie při poskytování ošetrovatelské péče. Druhý cíl měl porovnat mínění sester a pacientů a popsat zjištěné rozdíly.

Pacienti se vyjádřili převážně o pozitivních zkušenostech s projevy empatie sester, ač s ojedinělou negativní zkušeností. Vnímání projevů empatie pacienty je tedy možné shrnout jako dostačující. Sestry ovšem dle uvedených výpovědí nevnímají projevy empatie vůči pacientů jako dostačující, projevují nespokojenost, jako hlavní příčinu uvádějí v souhrnu především časovou tíseň. Základní problém vznikl vzhledem k tomu, že většina pacientů se s pojmem empatie setkala poprvé, neměli tedy žádný koncept, tím vznikl zásadní rozdíl v porozumění pojmu mezi sestrami a pacienty. Pokud sestry vnímají empatii jako vstřícnou komunikaci, jejich pojetí se od pojetí pacientů příliš nelišilo, zatímco pacienti byli převážně spokojeni, sestry byly více kritické. Lze souhrnně vyjádřit, že sestry vnímají projevy empatie vůči pacientům jako vstřícnou komunikaci včetně odpovídajících neverbálních projevů, dostatečné informovanosti pacientů. Zřejmý je rozdíl ve vnímání míry empatie mezi pacienty a sestrami.

Z provedeného výzkumného šetření byly vyvozeny také tři hypotézy.

H₁: Převážná většina sester definuje empatii jako vcítění.

H₂: Větší část pacientů není o pojmu empatie příliš informována.

H₃: Pokud se pacienti dozví o pojmu empatie, domnívají se, že jim zpříjemňuje poskytovanou ošetrovatelskou péči.

Diplomová práce může být využita ve výuce při výuce studentů připravujících se na nelékařské zdravotnické profese, kteří přicházejí do kontaktu a komunikují s pacienty, zejména tedy u sester. Výsledky výzkumu je možné poskytnout vedoucím pracovníkům jako prostředek ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

Abstract

Nursing is a unique and specific profession; it includes a relation to patients, their families and colleagues within the medical team. The usual definition of empathy that can be found in books is that it is a character, condition and process. It is considered the basic precondition of effective nursing practice and a means for reaching goals of treatment. Communication is unrepeatable in nursing in particular; it can help improve the condition of patients, it is the basis of all activities nurses do.

The qualitative method of data collection – a semi-directed interview – was chosen for the research investigation. The interviews were conducted with the research set of twelve patients and twelve nurses in České Budějovice Hospital a.s. having consent of the sister – the deputy of nursing. Two goals of the diploma thesis were defined; the first one was to map out what nurses and patients think about manifestation of empathy in nursing. The other goal was to compare the opinions of nurses and patients and to describe the differences ascertained.

The patients expressed mainly positive experience with manifestation of empathy by nurses though there was a case of negative experience. Thus it can be summed up that patients' perception of manifestation of empathy is sufficient. However, according to the responses, nurses do not think manifestation of empathy to patients is sufficient; they are not satisfied and according to them the main cause generally is they are under time pressure. The basic problem has occurred because most patients came across the expression of empathy for the first time, they did not have any concept, which resulted in the basic difference in understanding the expression between the nurses and patients. If nurses perceive empathy as helpful communication, their interpretation has not been much different from the patients'; whereas patients were mainly satisfied, nurses were more critical. To sum up, nurses perceive manifestation of empathy to patients as helpful communication including all corresponding non-verbal expressions, sufficient awareness of patients. There is an obvious difference in the amount of empathy patients and nurses perceive.

Three hypotheses have been derived from the conducted research investigation, too.

H₁: Majority of nurses define empathy as having feelings for.

H₂: A greater part of patients are not aware of empathy too much.

H₃: If patients learn about empathy, they believe that it makes the nursing care more pleasant.

The diploma thesis can be used for teaching students preparing for non-doctoral medical professions who are in touch and communicate with patients, i.e. nurses in particular. The research results can be given to managers to use them as a means for increasing the quality of nursing.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci *Empatie u sester* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2012

.....

Bc. Eva Pařhová

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc. za cenné rady a připomínky, dále všem, kteří ke mně v průběhu tvorby diplomové práce byli empatičtí.

Obsah

ÚVOD	4
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Teoretické základy ošetřovatelství	5
1.2 Základní pravidla ošetřovatelské etiky	8
1.3 Potřeby pacienta	9
1.4 Kompetence	10
1.5 Komunikace v ošetřovatelství	11
1.5.1 <i>Klasifikace komunikace</i>	12
1.5.2 <i>Předpoklady efektivní komunikace</i>	13
1.5.3 <i>Evalvace a devalvace</i>	14
1.5.4 <i>Aktivní naslouchání</i>	15
1.6 Altruismus	17
1.7 Empatie	19
1.7.1 <i>Empatie a ošetřovatelství</i>	21
1.7.2 <i>Psychologická definice empatie</i>	22
1.7.3 <i>Empatie a komunikace v ošetřovatelství</i>	24
1.8 Syndrom vyhoření	28
1.9 Nástin problematiky na člověka zaměřeného přístupu	30
1.10 Ošetřovatelský model humanistické péče dle Watsonové	31
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3 METODIKA	36
3.1 Metodika práce	36
3.1.1 <i>Rozhovor</i>	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	37
3.2.1 <i>Výzkumný soubor – sestry</i>	37
3.2.2 <i>Výzkumný soubor – pacienti</i>	37

4 VÝSLEDKY	39
4.1 Rozhovory – sestry	39
4.2 Systematicky zpracované rozhovory se sestrami	57
4.3 Rozhovory – pacienti	64
4.4 Systematicky zpracované rozhovory s pacienty	76
5 DISKUZE	79
6 ZÁVĚR	87
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	89
8 KLÍČOVÁ SLOVA	97
9 PŘÍLOHY	98

Seznam použitých zkratk

SZŠ - střední zdravotnická škola

VOŠZ – vyšší odborná škola zdravotnická

VŠ – vysoká škola

PSS – pomaturitní specializační studium

Úvod

Diplomová práce se zabývá empatií u sester. Empatie jako zajímavý psychologický fenomén provází celý lidský život. V poslední době se v oblasti pomáhajících profesí o empatii často hovoří. Již během studia jsou studentům poskytovány teoretické základy a jsou vedeni k užívání empatie během kontaktu s pacienty. Význam má i užití empatie při týmové spolupráci. Zdravotnický tým se skládá z řady odborníků více profesí, aby docházelo k spolehlivé spolupráci, je důležitá vzájemná tolerance a empatie.

Sestry se během své práce denně setkávají s lidmi, jejich strastmi, bolestí. Pacient se zejména během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení vyznačuje specifickými potřebami. Aby se sestry dokázaly stát partnery pacientů v průběhu jejich léčení, je třeba, aby si dokázaly alespoň představit, v jaké situaci se pacienti nacházejí, co cítí a jak se mění právě jejich potřeby. Nezbytná je účinná a efektivní komunikace, která směřuje k naplnění ošetřovatelských cílů.

Komunikace je u sester jedna z nejvýznamnějších oblastí. Jistě je velice potřebné, aby sestry měly dostatek odborných znalostí, zvládaly prakticky provádět ošetřovatelské výkony, ale toto všechno nenabyde patřičného významu, pokud sestra nebude s pacientem empaticky komunikovat a přistupovat k pacientovi s patřičnou úctou a taktem.

Téma empatie jsem si vybrala proto, že jsem bytostně přesvědčená o významu komunikace v ošetřovatelství. Role komunikátorky je pro sestry vedle role ošetřovatelky jednou z nejpodstatnějších.

1 Současný stav

1.1 Teoretické základy ošetřovatelství

Ošetřovatelství Světová zdravotnická organizace definuje jako: „Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat a své zdraví a pohodu“ (52). Ošetřovatelství v sobě obsahuje tři neoddelitelné položky – lásku k lidem, moudrost a pomoc. I když během historie prošlo razantním vývojem, zachovalo si stále svůj osobitý charakter (42). Ošetřovatelství je cíleno hlavně na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Sestry pomáhají jednotlivcům i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat základní fyziologické, psychologické a duchovní potřeby (52). Zásadními úlohami sester je uznání a respekt ke každé lidské bytosti, chápání člověka v jeho holistickém pojetí, uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci. Sestry by měly být přesvědčeni o potřebě podporovat a udržovat zdraví po celý život a být převědčeny, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči (33).

Ošetřovatelství je samostatnou vědeckou disciplínou, z hlediska předmětu zkoumání jde o vědu reálnou a humanitní, z hlediska cíle o vědu aplikovanou. Předmět ošetřovatelství je utvářen čtyřmi metaparadigmatickými pojmy – osoba, zdraví, prostředí, ošetřovatelská péče a vztahy mezi těmito pojmy (56). Mezi základní hodnoty, na nichž staví moderní ošetřovatelství, patří uznání a respekt ke každé lidské bytosti, holismus, uznání faktorů, které ovlivňují prožívání nemoci a zdraví, uznání potřeby podporovat a udržovat zdraví po celý život a přesvědčení, že lidé mají právo rozhodovat o své péči (52). Ošetřovatelská péče by být zajištěna ve vhodné kvalitě a za vhodného využití technologií, v multidisciplinární a multisektoriální spolupráci (33). Po roce 1945 došlo k rychlému technologickému rozvoji a pokroku v medicíně, které ošetřovatelství výrazně ovlivnily, často docházelo k potlačení základních funkcí ošetřovatelství, sestry přebíraly některé úkony lékařů, práce se stala více instrumentální, orientovala se na jednotlivé výkony, nikoli na člověka a jeho potřeby. Péče zajištěná na

zajišťování výkonů a rutyně není adekvátní. Nejlepším způsobem, jak dosáhnout žádoucího způsobu zajišťování ošetrovatelské péče je systematická činnost, která zahrnuje přemýšlení o problému a zajištění toho, co je třeba udělat k jeho vyřešení, plánování činností, provedení plánu, zhodnocení výsledků a následné rozhodnutí, co je zapotřebí udělat dalšího (52).

Úkolem sestry není tedy samozřejmě diagnostika a plánování léčebné strategie, ale ošetrovatelská péče o člověka (50). Primární rolí sestry je péče, sekundární rolí pak léčba. Lékaři jsou zaměřeni opačným směrem, jejich primární rolí je léčba, sekundární pak péče. Jejich úkoly a zaměření jsou však do jisté míry propojené (33). Sestra sice plní pokyny a ordinace lékaře, ale zároveň samostatně zajišťuje ošetrovatelskou péči o pacienta, jeho tělesný a psychický komfort, vykonává edukační činnost (např. o principech odpovídající životosprávy a zacházení se zdravotnickými pomůckami). Vzdělání sestry je pestřejší než vzdělání lékaře. Není tolik obsažné v ohledu biologických věd (na rozdíl od lékaře), mnohem větší důraz a časový prostor je kladen na vědy humanitní (psychologie, komunikace, etika, sociologie) (50). Od roku 2004/2005 je v České republice kvalifikační příprava sester uskutečňována jen na vyšších a vysokých školách. K výsledným charakteristikám absolventky by měla patřit jistota v kompetencích, posílení samostatnosti a odpovědnosti, schopnosti komunikovat a kriticky myslet, zdůvodňovat a hodnotit, kooperovat v týmu a vyhledávat nové informace (42). Sestra je blíže než lékař trpícímu pacientovi, intenzivně s ním sdílí proces uzdravování i utrpení. Zažívá s ním vzestupy i slabiny moderní medicíny, zřetelně se setkává také s oblastmi, kdy medicína ztrácí svou kompetenci. Dobře vzdělaná moderní sestra je schopná být prostředníkem mezi dvěma odlišnými světy – vědeckým světem lékaře a přirozeným světem pacienta (50). Sestra - profesionálka je nositelkou několika specifických rolí. Jde o roli ošetrovatelky (jako tradiční činnost sestry), komunikátorky (komunikace je základním prvkem pomáhajících profesí), učitelky (mentorka v oblasti samotné profese i edukátorka pacientů), poradkyně, obhájkyně pacienta (vychází z přesvědčení, že pacient má právo vybrat si prostředky, které považuje za potřebné k zachování života a tento názor uplatňovat, s těmito

prostředky nakládat způsobem, který si sám vybere), nositelky změn, vůdkyně, manažerky, výzkumnice (9).

Z provedených sociologických výzkumů vyplynuly tři nejdůležitější rolové znaky sester. *Sociocentrismus* neboli kolektivní orientace patří mezi hlavní hodnotu role sestry. Sestry při výkonu své práce nevycházejí ze svých vlastních zájmů a potřeb, ale zásadně z potřeb pacienta. Tento postoj je spojen s nezištností, schopností sebezapření, dominujícím prvkem je výrazná motivace. Zdravotničtí pracovníci by měli být natolik sociálně zralí, aby pro ně orientace na druhého a jeho potřeby byla samozřejmostí. Kolektivní orientace vytváří žádoucí postoje k výkonu profese sestry. *Univerzalismus* anticipuje, že sestra zvládne zaujmout svou roli ke všem pacientům bez ohledu na její osobní postoj. Chová se stejně a profesionálně ke všem pacientům bez ohledu na osobní sympatie. Totéž je očekáváno od vztahu ke spolupracovníkům. *Emocionální neutralita* vyjadřuje, že sestra dokáže svoji emocionalitu vždy podřídit rozumové kontrole. Výkon práce sestry vyvolává intenzivní, mnohdy až trvalé napětí, jeho zdrojem je vysoká míra zodpovědnosti (4).

Osobnostní výbavou sester se zabývala již Florence Nightingalová v „Knize o ošetřování nemocných“. Kládla důraz na to, že sestra má být svědomitá, spolehlivá, střídmatá, počestná, pokorná, klidná, rozvážná, dobrá pozorovatelka, dobrosrdečná, důvěryhodná a empatická. Na počátku 21.století je od sestry očekávána přívětivost, pochopení, laskavost, lidskost, empatie a odborná erudice (29). Dnes se mezi nutné osobnostní předpoklady sester řadí náklonnost, trpělivost, vlídnost, důvěryhodnost, prosociálně orientovaná zralá osobnost, se smysluplným životním cílem, realistickou sebekoncepcí, rozvinutou sebereflexí, bez neurotických psychopatologických rysů osobnosti (2).

V každé zemi je jedinečné ekonomické, sociální a kulturní prostředí, přesto mají problémy, se kterými se potýká ošetřovatelství, společný základ. Jedním z problémů je nedostatek moci, sestry se plně a často nepodílí na plánování a rozhodování na všech úrovních systému péče o zdraví. Nedostatek formální moci se odráží např. na absenci ošetřovatelství při rozhodování ve zdravotnickém týmu. Dále je ošetřovatelství především ženská práce, má charakteristiky jako ostatní profese s převahou žen, jako je

nižší platové ohodnocení, nedostatek uznání, nízké společenské uplatnění. Většina sester, které mají rodinu, pracují ve dvou směnách – po návratu ze zaměstnání se starají o domácnost. Sestry velice často pečují o druhé, ale často se opomíjejí jejich vlastní potřeby, což je stresující. Dominantní postavení medicíny a lékařů dominuje v evropských zdravotnických systémech. Řídící pracovníci, ministři, státní úředníci se často rekrutují právě z řad lékařů (33).

1.2 Základní pravidla ošetrovatelské etiky

Vždy, pokud se sestra střetává s pacientem, měla by vždy a za všech okolností respektovat základní pravidla, tzv. pravidla bioetiky. Ta platí v praxi i během výzkumu. Za zdroje etického chování se nejčastěji považuje faktická informovanost daného jednotlivce, osobní zkušenost, schopnost tvořivé individuální modelace. *Autonomie* – vyplývá z lidských práv, svobody a důstojnosti jednotlivce (14). Každý pacient má právo určovat své chování a jednání dle vlastních etických zásad. Ctít autonomii pacienta znamená připustit jeho svobodnou volbu dle jeho vlastních osobních hodnot a přesvědčení. Autonomie je spojena se sociokulturním kontextem, včetně náboženského (28). Úlohou sestry je ponechat pacientovi účast na péči, trpělivě zodpovídat jeho otázky, ponechat prostor pacientově aktivitě (ač třeba značně omezené). *Beneficence (směřování k dobru)* – vše, co je konáno pro pacienty, musí být vedeno snahou přinášet jim dobro. Všechny záměry musí respektovat zájem pacienta (13). Sestry během poskytování ošetrovatelské péče podnikají takové kroky, které pacientovi prospívají (28). *Nonmaleficence (nepoškozování)* – odvěká zásada lékařů, především neškodit (*primum non nocere*) je platná samozřejmě i pro sestry. Kromě vlastních ošetrovatelských výkonů zahrnuje také ochranu osobních a intimních dat pacienta. *Spravedlnost (justice)* – každý pacient má právo na spravedlivý přístup ke zdravotnické péči (13). Tento princip vyžaduje rovné jednání s lidmi, pokud mají pacienti v dané situaci stejné potřeby ve věci zdraví, mělo by o ně být postaráno stejně. *Vericita (pravdomluvnost)* – znamená neklamat o neklamávat druhé, hovořit se dá také o pravdivosti vůči sobě samému. *Důvěryhodnost* – znamená, že sestra dodržuje své

závazky, ty vyplývají z důvěryhodného vztahu mezi pacientem a poskytovatelem péče, jde např. o zachování citlivých soukromých dat, dodržování slibů. Moderní ošetrovatelství zdůrazňuje roli sestry jako obhájkyne pacienta (29).

1.3 Potřeby pacienta

Aby sestry mohly kvalitně pečovat o člověka jako celou lidskou bytost, je zapotřebí pochopit, co znamená holistický přístup ke zdraví a péči o člověka. Protože psychika (v oblasti kognitivní, emocionální a duchovní) a tělo (soma – biologický a fyziologický stav) jsou velmi citlivé na nejrůznější druhy stresů, zdůrazňujeme mezi nimi vzájemný psychosomatický vztah. Somatické problémy mohou vyvolávat psychické a opačně. Pokud má intervence sestry pomoci člověku během udržování zdraví, adekvátním prožívání nemoci, zotavování se nebo umírání, je nezbytně nutné, aby byly současně uspokojovány fyziologické i psychické potřeby daného člověka (32). Charakteristickým rysem v moderním je tedy ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb nemocného i zdravého člověka. Každý člověk je jedinečnou neopakovatelnou individualitou s jedinečnými vlastnostmi, postoji, názory a potřebami (53). Potřeby rozdělujeme na biologické, psychické, sociální a duchovní. Biologické potřeby (jinak také vrozené, primární, fyziologické, bazální, nižší, viscerogenní, instinktivní) odpovídají fyziologickým podmínkám organismu, jejich uspokojování je nezbytné pro život, pobízejí k sebezáchovným aktivitám. Jejich charakter je cyklický, úzce souvisejí s životními rytmy. Konkrétně jde o potřeby vzduchu, potravy, tekutin, vylučování odpadních látek, stabilní teploty, aktivity, rodičovské péče, bezpečí, sexu ve smyslu zachování rodu. Soubor psychických, sociálních a duchovních potřeb (jinak také získané, sekundární, druhotné, vyšší potřeby) nesouvisí přímo s existencí jednotlivce, ale navzdory tomu zaujímají výsadní postavení v psychologii člověka. Jejich uspokojení přináší pohodu, vede k rozvoji osobnosti. K psychickým potřebám patří mimo jiné potřeba pomoci, bezpečí, jistoty, emocionálního kontaktu, lásky, štěstí, dominance, porozumění, úcty a uznání, obdivu, respektu, sebeuplatnění, vyhnutí se neúspěchu, estetické a kulturní potřeby. Ze sociálních potřeb je možné zmínit potřebu sdružování,

sociálního kontaktu, komunikace, informovanosti, afiliace, přátelství. K potřebám duchovním bývá zařazována potřeba smysluplnosti existence, utrpení, smrti, hodnotový systém, životní cíl, respekt k víře a náboženská svoboda (51).

Potřeba vyjadřuje stav nedostatku v organismu, startuje proces motivace. Termín motivace vyjadřuje hybné síly chování. Jde o psychologický proces, který určuje směr, sílu a trvání daného chování a jednání (53). Vede k energetizaci sil v organismu. Lidské chování je takřka vždy něčím motivováno. K tomu je však také dále ovlivňováno biologickými, kulturními a situačními aspekty (49). Potřeby jsou univerzální, ale každý jedinec se s nimi identifikuje především v rámci svého kulturního standartu, subkultury a socioekonomických faktorů, svých vlastních osobních hodnot, zdravotního stavu. Zároveň jsou potřeby také dynamické, vyvíjejí se, mění z kvantitativního i kvalitativního hlediska, kultivují se rozdílně od pudů a instinktů. Každý jedinec uspokojuje své potřeby na základě různých vlastních priorit. Síla potřeb narůstá také s přibývajícím deprivací v čase, ale příslušná aktivita narůstá jen k určité hranici, posléze s pokračující deprivací dokonce poklesává. Opakované neuspokojení potřeby může vyústit do nerovnováhy, následkem které může vzniknout až choroba (51). Člověk jakožto sociální bytost se vyznačuje různými sociálními potřebami. Jde o potřebu sociálního kontaktu, komunikace, spolupráce, sociálního bezpečí, kladného sociálního hodnocení, sociálního respektu (vzájemné úcty), sociálního přijetí, sociální identity. V ošetrovatelství hraje významnou roli potřeba laskavosti, empatie. Nachází-li se pacient v těžké stresové situaci, je rozbourána jeho emocionální hladina, do popředí se derou negativní emoce jako obavy, úzkost, strach, nejisota, smutek, žal. Právě poskytnutí kladných emocí, snahou o empatii, porozumění, laskavost se pacientovi v tísnivé situaci dostává podpory a opory (24).

1.4 Kompetence

Kompetence, tedy profesní způsobilost, lze nejen pro povolání sestry rozlišit na pět oblastí. Tvrdé kompetence jsou odborné znalosti a dovednosti, někdy bývají označovány jako profesní know-how, objektivizovány jsou formálně dosaženou

kvalifikací. Lingvistické kompetence znamenají dovednost zvládnutí mateřského či dalšího jazyka. Kognitivní kompetence jsou zastoupeny intelektovými dovednostmi, styly poznávání, strategickým myšlením. Fyzické kompetence zahrnují fyzickou kondici a celkový zdravotní stav. Sociální (také měkké nebo psychosociální) kompetence usnadňují psychosociální interakce, lze je chápat jako schopnost organismu reagovat efektivně v rámci interakcí. K sociálním kompetencím je možné zařadit koncept sociální inteligence, který zahrnuje schopnost porozumět cítění, myšlení a chování druhých lidí, také porozumění sobě samému a schopnost moudře jednat. Dostatek pozornosti je věnován i emoční inteligenci, která obsahuje elementy jako dovednost přesné a přiléhavé percepce, zhodnocení a vyjádření emocí, dovednost otevřeného prožívání emocí a porozumění znalostem o emocích. S emoční inteligencí úzce souvisí přizpůsobivost či pružnost ega, skládá se z emočního sebeovládání a adaptivního ovládání impulzů, smyslu pro samostatnost. Tyto dovednosti jsou pro ošetrovatelství a práci sestry nesmírně důležité až nepostradatelné (36).

1.5 Komunikace v ošetrovatelství

V práci sestry zaujímá zcela výlučné místo komunikace. Sestra využívá um komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení (31). Lidská komunikace je složitým a mnohvrstevnatým procesem, který je závislý na individuální psychice, inteligenci, vzdělání, na individuálních a sociálních zkušenostech. Komunikaci můžeme řadit k základní bio-sociální výbavě člověka, liší se ale individuálně svou vyvinutostí, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině (30). Je definovaná jako přenos informací prostřednictvím různých signálů a prostředků, ústně, písemně, mimikou, gesty, dalšími neverbálními prostředky. Účinně komunikující sestra je úspěšnou iniciátorkou změn změn zaměřených na upevnění zdraví, snáze vytváří důvěrný vztah s pacientem, snadněji předchází problémům spojených s ošetrovatelskou péčí. Pacient totiž očekává nejen odbornou pomoc, ale také porozumění, ujištění a naději (15). Komunikace tvoří základ veškerých činností, které sestry provádějí. Od sester je požadováno empatické

naslouchání a jasná interpretace verbálních a neverbálních projevů pacienta (42). Komunikační proces je složen z pěti prvků: odesílatele (danou informaci odesílá), samotné zprávy, příjemce (zprávu přijímá), zpětné vazby (příjemce ji poskytuje odesílateli), prostředí (ve kterém došlo k přenosu zprávy) (46). Je nevratná, to platí zvláště pro komunikaci s pacienty. Je také nevyhnutelná, často k ní dochází i tehdy, když si člověk komunikovat nepřeje. I ignorace je způsobem komunikace, signálem. Nevratnost komunikace znamená, že vyřčené již nelze vzít zpět, lze se pokusit zeslabit účinky sdělení, nevhodná sdělení mohou mít pro pacienta nedozírný dopad. Komunikace je neopakovatelná, každý akt je jedinečný, protože se všichni i všechno neustále mění (5). Efektivní komunikace může napomáhat ke zlepšení stavu pacienta, protože tlumí strach a zmatek, pomáhá zmírňovat úzkost a stres, zlepšuje kooperaci pacienta, přispívá ke zlepšení schopnosti zvládat situaci (46).

1.5.1 Klasifikace komunikace

Je možné rozlišovat tři druhy profesionální komunikace, která probíhá mezi sestrou a pacientem. *Sociální komunikace* je běžný hovor, kontakt s pacientem. Ten mívá ve zdravotnickém zařízení či domácím ošetřování značně omezené možnosti sociálních kontaktů. Vhodnými situacemi pro rozvoj sociální komunikace je například čas při provádění hygienické péče, úpravě lůžka, pomoci při podávání stravy a volnější doba při běžném provozu oddělení. *Specifická (strukturovaná) komunikace* – v této oblasti komunikace sdělujeme pacientovi důležité informace, motivujeme ho k dalším léčebným postupům, provádíme edukace atd. Tento způsob klade na sestru zvýšené nároky na srozumitelnost informací, jejich formu i s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta. Závěrem je nutné zpětnou vazbou ověřit si, zda pacient sdělené pochopil a akceptoval. *Terapeutická komunikace* se odehrává ve formě rozhovorů s pacientem. Poskytujeme mu podporu a pomoc v těžkých situacích, nelehkém rozhodování, přijímání závažných skutečností (31). Terapeutická komunikace zahrnuje dovednost sestry zvládat vést s pacientem nedirektivní rozhovor. Při tomto rozhovoru je iniciativa přenechána na pacientovi, sestra dává najevo akceptaci, zájem, empatii. Podmínkou

nedirektivního rozhovoru je přátelská atmosféra, ve které se pacient bude cítit bezpečně. Pacient je pomocí nedirektivní komunikace „doprovázen“, napomáhá mu vyventilovat svou tenzi, obavy, možnost najít své vlastní řešení situace. Během nedirektivní komunikace je třeba dodržovat několik důležitých zásad. První zásadou je plná akceptace a úcta k pacientovi (vytváří atmosféru zájmu sestry o problémy pacienta, zabraňuje nejistotě a manipulacím). Druhou ze zásad je vciťující porozumění vzhledem k pacientovi, vychází z empatie a ovládnutí reflexí (znamená co nejpřesnější vnímání pocitů pacienta, zpětnou vazbu, kdy formulace odpovědi bere v potaz právě pacientovy pocity). Reflexe podněcuje k další ventilaci pacienta. Třetí ze zásad je autenticita sestry, otevřenost, jasná komunikace. Sestra ve své autenticitě je vždy sama sebou. Autenticita dává komunikaci přirozenou a jasnou podobu (16).

1.5.2 Předpoklady efektivní komunikace

Pro efektivnost komunikace je důležitá funkčnost krátkodobé i dlouhodobé paměti u obou stran, také dalších psychických funkcí a procesů, jako jsou myšlení, vnímání, jednání, city. Dalším předpokladem komunikativní způsobilosti je zajímat se o vlastní komunikování a chtít i umět komunikovat o tom, jak navzájem komunikovat (41). Pro zvládnutí dovedností mezilidského vztahu podle Maastrichtského anamnestického a poradenského postupu je nutné umět povzbudit vzájemnou komunikaci, dokázat přiměřeně emočně reagovat a reagovat i na emoční projevy pacienta, ptát se pacienta na jeho pocity a umět u něj navodit stav uvolnění, pokud je to potřeba. Udržujeme přiměřené tempo rozhovoru, oční kontakt a naše verbální a neverbální projevy jsou v souladu. Pro zvládnutí komunikačních dovedností užíváme správně cílené dotazy, konkretizujeme problémy ve správný okamžik, shrnujeme danou problematiku v krátké a výstižné formě, informace poskytujeme po malých dávkách, kontrolujeme porozumění dané informaci a samozřejmě zajistíme, aby komunikace byla srozumitelná (49). Všechny situace, ve kterých komunikace probíhá, mají také ale několik kontextových aspektů, přičemž tato skutečnost ovlivňuje povahu komunikace a mezilidských vztahů. Situační kontext označuje celkový důvod komunikace, jako je

výměna informací, řešení problémů, vyjádření emocí. Environmentální kontext zahrnuje prostředí, ve kterém komunikace probíhá. Sestra by měla zajistit dostatek soukromí, pohodlí, bezpečí a eliminovat hluk, rušivé a rozptylující faktory. V kulturním kontextu jsou obsaženy sociokulturní prvky – úroveň vzdělání, zvyky, jazyk a způsob vyjadřování. Vztahový kontext popisuje charakter vztahů mezi účastníky komunikace, vzájemnou úroveň důvěry, otevřenosti, vliv moci a vlivu. Psychofyzilogický kontext je tvořen vnitřními faktory, které mají vliv na komunikaci – fyzický a emocionální stav, nenaplněné potřeby, emoce, hodnoty a přesvědčení, sebepojetí a sebeúcta (5). Prvním krokem týkajícím se komunikace je chtít, pokud u sestry existuje zřejmý zájem o člověka, se kterým se setkává, je velká část práce za ní (31). Vztah sestry a pacienta samozřejmě nemůže být odsuzující či moralizující, ale vždy má základ v porozumění, účasti, úctě a podpoře. Nemusí být sdělována vždy verbálně, může vyplývat z pouhé atmosféry nebo neverbálních projevů (57).

1.5.3 Evalvace a devalvace

Evalvace znamená sdělení kladného hodnocení druhé osobě, sdělováním úcty, vážnosti a uznání dochází k podpoře kladného sebehodnocení pacienta, vzrůstá jeho sebevědomí. Jejím podkladem je uctivé, taktí a laskavé jednání, pochválení, zastání se, pokud dochází ke křivdě, nezištná pomoc, projev důvěry, otevřené jednání (21). Evalvace se vyznačuje také navyšováním lidské hodnoty, na vytvoření pozitivního vztahu mezi sestrou a pacientem je zapotřebí úcta, respekt a uznání. Mezi konkrétní evalvační způsoby je řazen pozdrav, odpověď na pozdrav, pozorné všímání si pacienta a jeho projevů, schopnost pacienta aktivně naslouchat, přístup k pacientovi jako k rovnému partnerovi, pochvala za pacientovo úsilí, respekt k osobnosti pacienta, nepřímé upozornění na chyby, schopnost odpuštění (20).

Devalvace znamená snižování hodnoty druhého člověka, s nímž jsme v kontaktu, tak i v očích těch, kteří jsou v dané situaci svědky. Je spojeno s výraznějším emocionálním nábojem než evalvace (21). Vyznačuje se krutým, necitlivým, bezohledným zacházením, bez respektu, úcty, taktu. Do jejího obsahu je možné zařadit

i neprofesionální komunikační zlozvyky (20). Může jít o nadřazené a povýšené jednání, demonstrativní ignoraci, neosobní, studené jednání, podezírání, odbývání, pomlouvání (21). Prakticky je možné do devalvačního jednání sestry zařadit projevy jako neodpovídání na pozdrav, ignorace pacienta, porušování mlčenlivosti, úřední tón, lhaní, podceňování, zjevná preference jednoho pacienta před druhým, kritizování před druhými, paternalistický přístup, komunikace s dospělým pacientem na úrovni dítěte, skákání do řeči, falešné ubezpečování, užívání frází a klišé, zpochybňování schopností pacienta (20). Mezi negativní pocity, které kolidují s připraveností pomoci, patří tedy devalvace hodnoty druhého, také nepřátelství, hněv. Znehodnocení druhé osoby snižuje ochotu k pomoci nebo vede k ospravedlnění odmítnutí pomoci. Naopak potvrzeným faktem je facilitující vliv pozitivní nálady na pomáhání, protože dobrá nálada aktivizuje kognitivní procesy, povzbuzuje k prosociálním způsobům chování. Pozitivní nálady otevírají pohled na druhé lidi a ulehčuje přijetí jejich potřeb, pozitivní výkony zlepšují vlastní obraz osobních schopností, který tím může být generalizován na schopnosti a možnosti pomoci druhým (36).

1.5.4 Aktivní naslouchání

Naslouchání je první a nejdůležitější etapou osobního rozhovoru mezi pacientem a sestrou, jedná se o psychologickou záležitost. Při naslouchání je pacientovi věnován čas, pozornost, úcta, přátelství, prostor v myšlení a cítění, důvěra a příležitost ke sdílení. Naslouchání považujeme za velice namáhavé, také je často spojováno s bojem s mnoha rušivými vlivy (22). Naslouchání bývá jako druhá strana mince komunikace často opomíjena, považována za cosi, co s „opravdovou“ komunikací nesouvisí. Dobré a efektivní aktivní naslouchání přitom pomáhá ovlivňovat postoje a chování druhých lidí (5). Empatie nebo také porozumění, soucítění, porozumění, pochopení, je nezbytnou charakteristikou dobrého posluchače, nechová se apaticky ani všetečně. Sestra, která umí dobře aktivně naslouchat, se nedá šokovat ničím ze slyšeného obsahu, citlivě vnímá emocionální stavy, nedá se vyvést z rovnováhy, snaží se pacientovi porozumět (22). Během stavu, kdy aktivně nasloucháme, se snažíme porozumět sdělení za pozorného

vnímání informací, fixujeme hlavní téma. Aktivně naslouchající, tedy sestra, poskytuje na sdělení odezvu, podporu, reaguje, dává zpětnou vazbu. Aktivní naslouchání (také nazývané empatické či reflektivní) je vyšším stupněm naslouchání, na rozdíl od paternalistického (tradičního) přístupu sestra neřeší, neradí, nepřijímá odpovědnost (43). Během aktivního naslouchání se interpretuje slyšené, vytvářejí se podmínky k dalšímu rozvinutí rozhovoru. Nejžádanějšími typy posluchačů (což platí zejména pro sestry) jsou psychicky zralé osobnosti. Emocionální zralost se vyznačuje tím, že sestra zvládá ovládat své emoce, není apatická, dovede se radovat, přijímá přiměřeně radost i zármutek. Sociálně zralá osobnost sestry se dovede zařadit do větší i menší skupiny lidí, má okruh přátel a vlastní individualitu. Aktivní naslouchání se vyznačuje určitou iniciativou a není vnímáno jen jako slyšené, ale i viděné. Nezahrnuje jen příjem informací, ale také pokus o jejich zpracování do určitého přehledu a celkového smysluplného obrazu. Nejedná se tedy jen o apatický záznam emocí, ale o empatické souznění. Může být provázeno pokusem o vedení pacienta k hlubším reflexím, případně k většímu nadhledu a samostatnému rozhodování (22). Průběh aktivního naslouchání je rozdělován do tří fází. V první, velmi obtížné fázi, dochází k identifikaci emocí, pacient se může chovat nepředvídatelně, zkratkovitě, obtíže mu činí popis problémů. Ve fázi druhé jsou vyslechnuta všechna fakta, sestra se pokouší porozumět důležitým souvislostem. Pacient volně vypráví o svých problémech, není přerušován, dochází k úlevě. Sestra prokazuje stálou pozornost, např. mimickými projevy. Třetí fázi provází společné snahy o nalezení řešení problémů. Pacient by měl sám vyvíjet a navrhnout možné postupy (43).

Pozitivní a ochranný vliv na zdraví má emoční a sociální podpora poskytovaná pacientům, od druhých osob, sester. Jde o poskytování přímé pomoci a podpory (asistence při problémech, někdy stačí i jen osobní přítomnost, když se pacient nachází ve stresu), utvrzování o správnosti postojů, potvrzování důvěry v systém hodnot (při kontaktu s pacientem to prakticky znamená nikdy nebrat naději) (16).

1.6 Altruismus

Pojem altruismus použil poprvé v roce 1851 August Comte. Rozuměl jím přání žít nezištně pro druhé. Tento pojem byl využíván také filosofy, ale spíše ve smyslu dobroty, soucitu, účasti, velkodušnosti. V pojetí filosofie se altruistické jednání slučuje s altruistickým ideálem, který je silným motivem pro praktické jednání. Jelikož altruistické chování není povinné, nemá atribut mravního požadavku. Důležitým podkladem pro altruistické jednání je soucit, zde altruistické jednání nemá původ ve vůli, ale v pocitu. Již skutečnost, že druhý člověk trpí, vyvolává pocity nespokojenosti. Z tohoto negativního pocitu pramení impulz učinit něco ve prospěch druhého (48). Jak uvádí článek Záškodné a Mlčáka, altruistické prosociální chování zahrnuje dobrovolné pomáhání, kdy primárním motivem je zájem o potřeby a prospěch druhé osoby, často bývá vyvolané soucitem a internalizovaným morálními normami nebo principy. Protože subjekt, který pomáhá, je koncentrován na potřeby druhého, vede jeho chování někdy k vlastním ztrátám či nákladům (35). Mnoho lidí, zejména z oblasti pomáhajících profesí, nesouhlasí s názorem, že člověk se má starat zejména sám o sebe, že obětování se může být i špatné. Někteří toto stanovisko spojují s náboženským přesvědčením, jiní se opírají o prožitou životní zkušenost (18). Altruismus je definován jako specifická forma motivace, která se snaží přinášet dobro druhému člověku. Existuje vztah mezi empatií a altruismem, k naší základní genetické výbavě patří schopnost empaticky se vcítovat do utrpení druhých lidí. K soucítění nás vede skutečnost, že jsme schopni identifikovat se s trpícím člověkem, z jeho výrazu tváře, pohybů, vzdychání, celkových projevů poznáme něco z života vlastního a uvědomujeme si, že něco takového může postihnout i nás. To vede k soucítění (compassion). Soucítění má nezastupitelné místo v ošetřovatelské péči. Má motivační stránku, podněcuje k jednání, které zmírní utrpení druhého člověka, vybízí k činu. Soucítění se řadí k činnostem dobrovolným, není možné je přikazovat. Jde o emoci s výrazným sociálním zaměřením, lidskou charakteristiku, která je v samém jádru lidství (23). Altruismus dále znamená nesobecký způsob myšlení a cítění, nezištné jednání ve prospěch druhých jako mravní princip. Obecně bývá chápán jako ochota pomáhat druhé osobě bez očekávání odměny. Vyloučeno nemusí být získání nějakých osobních výhod, jako je dobrý pocit, osobní uspokojení,

sebeúcta či splnění morálních povinností. Některé názory tvrdí, že altruistické mohou být jen takové činy, které nejsou motivovány žádným zjištěným prospěchem, jiné prezentují, že altruismus jako takový neexistuje. Všechno lidské konání, včetně pomáhání by pak bylo skrytou formou egoismu, kdy si člověk pomáháním naplňuje potřeby obdivu a uznání (11). Tzv. *slabá verze altruismu* je determinována motivací, která nevychází z externích odměn nebo trestů, přináší jen interní odněny (pocit hrdosti, vyhnutí se pocitům viny). U tzv. *silné verze altruismu* je reprezentantem takové chování, jehož cílový motiv je zvýšení blaha jiných jedinců, prospěch druhých, není motivováno externími ani interními odměnami nebo tresty (36). Na základní psychologickou otázku – jaký je člověk, jeho přirozenost nelze tedy zcela jednoznačně odpovědět. Tzv. univerzální egoismus neuznává žádný jiný důvod pro cokoli, co by člověk vykonával pro cokoli jiného než vlastní zájem. Tento přístup pak vysvětluje snahu druhému pomoci a jakoukoli činnost, která druhému činí dobro, jen jako ryze egoistický záměr. Tento názor je silně zakotven v lidovém pojetí lidské povahy (23). Altruismus je odborníky vnímán jako důležitý aspekt, který bezesporu patří do vzdělávacího procesu budoucích i praktikujících pracovníků v pomáhajících profesích. Není zcela jasné, zda je altruismus součástí lidské povahy a pokud ano, zda a do jaké míry jsou lidé přístupní u sebe něco měnit. Dosavadní výzkum altruismu naznačuje, že nejde o fixní povahovou vlastnost a tak může být do určité míry posilován a tvarován správnou motivací a výcvikem. V zahraničí jsou vzdělávacími institucemi realizovány kurzy k rozvíjení altruismu. Obvykle bývají složeny ze 3 fází. První fáze, informační, obsahuje psychologické teorie pomáhání, prosociálního chování a altruismu v historii i současnosti. Popisováno je altruistické chování a s ním související myšlení a cítění. Altruismus a sociální angažovanost jsou představovány prostřednictvím reálných příkladů jako protiváha agrese, násilí, zbabělosti, lhostejnosti a lenosti. Ve fázi druhé dochází k simulaci problémů, které by měly vyvolat altruistickou odpověď. Řešení simulovaných problémů pak přispívá k rozvíjení kognitivních schopností rozpoznat a uvědomit si danou situaci a utřídit vlastní vnitřní stavy. Ve třetí fázi se hodnotí klíčové situace a behaviorální odpovědi v rámci profesního chování (26).

Dodnes není zcela jisté, zda existují určité znaky, podle kterých lze člověka označit za altruistickou osobnost. Z dosavadních výzkumů vykrytalizoval obraz altruistické osobnosti, ke které náleží empatie, oblíbenost, emocionální schopnost vyjádření, vnímání vlastní hodnoty, vlastní morální zásady, nasměrování na druhé osoby. Za centrální znak je tedy považována empatie jakožto schopnost vžít se do afektivní situace druhé osoby (48). Prosociální chování předpokládá určitou úroveň sociokognitivních procesů. Na začátku procesu poskytnutí pomoci, podpory, útěchy je nutné, aby člověk vůbec zpozoroval potřebu druhého člověka a interpretoval ji jako vyžadující pomoc. Vývoj prosociálního chování je závislý na vývoji sociálních kognicí, to znamená na ontogenetickém vývoji chápání zorného úhlu pohledu jiných osob, na schopnosti dělat závěry o jednání, chápání norem a pravidel, na morálním úsudku, stejně tak jako na afektivních procesech soucítění s emocemi druhých (36).

1.7 Empatie

Pojem empatie je relativně mladý, do angličtiny byl přeložen v roce 1909 psychologem Edwardem Titchenerem z německého výrazu „Einführung“ (6). Teoretické a empirické zkoumání empatie bylo od počátku provázeno terminologickými, teoretickými i metodologickými problémy. Od počátku byla empatie zkoumána a studována v teoretických psychologických vědách, současně také v psychoterapii. Otázkou empatie se začaly zabývat také další obory oblasti pomáhajících profesí, zejména ošetrovatelství či sociální práce (36). Empatie neboli vcítění je dle Géringové definováno jako chápání druhého, porozumění jeho pocitům a motivům. Schopnost vcítit se do duševních stavů jiného člověka se v psychoanalytické koncepci nazývá RSF – reflektivní funkce self. Tato funkce by měla být jakousi vnitřní brzdou, která nám zabraňuje ubližovat jiným. Umožňuje nám též ochránit sama sebe tím, že umožňuje interpretovat chování druhých a adekvátně na něj tak reagovat. Tato schopnost není primárně přítomná a geneticky podmíněná. Člověk si ji osvojuje v interakci s nejbližší vztahovou osobou, nejčastěji matkou. Míra empatie a sociální citlivosti koreluje s podporujícím a láskyplným přístupem rodičů. Empatický model

příznivě ovlivňuje empatický vývoj potomků. Populace disponuje schopností vcítění v různé míře. Nejmenší schopnost empatie mají osoby se sociální delikvencí a hraniční poruchou osobnosti. Právě z jejich řad se často rekrutují vězni (11).

Empatie reprezentuje jeden z nejpodivnějších a zároveň nejvíce fascinujících jevů v rámci sociálního života, jde o komplex, mnohostranný prožitek, který může být pozorován v různých kontextech a na různých úrovních analyzován. V psychologické literatuře bývá empatie chápána jako vlastnost, stav i proces. Práce některých významných autorů se navíc překrývají. V pojetí empatie jako osobnostní vlastnosti je považována za vlastnost, dispozici, rys, schopnost, dovednost, tendenci nebo orientaci. Empatie ve smyslu vlastnosti může mít emocionální i kognitivní povahu. Empatie jako situačně specifický psychický stav je pojmána jako nepřímá, zástupná nebo zprostředkovaná reakce na určitý podnět či osobu. Pojetí empatie jako multifázového procesu je popisována jako sekvence momentálně vznikajících mezilidsky sdělovaných prožitků (36). Původ konceptu empatie lze najít v otázkách filosoficko-etického charakteru lidského chování. V minulosti byl pojem empatie spojován s přejícností, porozuměním, emocionální spoluúčastí. Ačkoli se v současné literatuře pojmy empatie a sympatie pojmají rozdílně (vzhledem k rozdílnému obsahu doprovázejících emočních prožitků), v historickém pojetí měla empatie velmi blízko k sympatii (25). Empatie je primární jev, který je nezbytným předpokladem pro morální altruistické lidské chování. Popisován je také pocit empatické viny, jde o pocit viny na základě empatického soucitu, pokud člověk sám sebe považuje za původce zranění nebo škody jiné osoby (7). Empatie je označována za psychologický konstrukt, má centrální funkci z hlediska lidského chování a prožívání. Představuje elementární podmínku sociální komunikace a mezilidské interakce, také je bází pro vytváření relevantních interpersonálních vztahů. Spojována je logicky s prosociálním chováním, ač není vyloučeno, že je obsažena i v antisociálním chování, kdy může sloužit jako klíčový mechanismus sloužící k tlumení agrese a násilí (35).

1.7.1 Empatie a ošetrovatelství

Protože ošetrovatelství je specifická a jedinečná profese, zahrnuje vztah k pacientům, jejich rodinám, s kolegy ve zdravotnickém týmu, empatie by měla být považována za základní předpoklad efektivní ošetrovatelské praxe a prostředkem k dosahování ošetrovatelských cílů (2). Empatii je možné vnímat jako vnitřní naladění osobnosti spojené s ochotou vnímat a naslouchat vnitřnímu světu druhého člověka (44). Empatie je prezentována spolu s altruismem a afiliací jako princip prosociálního chování, lidé vysoce empatictí zároveň vykazují vyšší stupeň altruismu (25). Předpokladem pro schopnost empatie je zvládnutí převzetí role ve smyslu rozeznání stanoviska druhého člověka. Méně možné je vcítění se do druhých lidí, pokud se sestra sama příliš zabývá vlastními myšlenkami, záležitostmi. Radostná nálada se jeví jako vhodnější předpoklad pro empatii. Schopnost empatie také zcela jistě zhoršuje časová tíseň (48). Empatii mohou zvyšovat i snižovat různé činitele. Mezi činitele zvyšující empatii je možné zahrnout životní zkušenosti, události, zážitky, pozitivní pracovní atmosféru, životní orientaci, rodinnou výchovu, mezilidské vztahy a samozřejmě dobrovolný výběr profese. Mezi činitele snižující empatii řadíme chorobu, záporné emoce, egoismus, závist, nenávisť, neurotické stavy, neuspokojené potřeby, faktory rušící komunikaci, nadměrná zodpovědnost, stresové a frustrující situace, návykové látky (20). V situacích vyžadujících pomoc, kdy pacienti nevyvolávají empatické reakce přímou cestou, je vyžadována vyšší míra kognitivních procesů zpracování u sestry, aby byla správně dekodována nouzová situace druhého (36).

Empatie může být považována za citový zážitek, který má důležitou sociální funkci, znamená vpravení se do citového stavu druhé osoby, spoluprožívání jejího stavu, v zeslabené míře, chápání druhého. Spojení vcítění a chápání druhého se stává důležitým činitelem sociální interakce mezi subjektem vcítění a jeho objektem (57). Empatii je možné dle Golemana zařadit mezi kompetence v oblasti mezilidských vztahů. Empatie je v oblasti ošetrovatelství (nejen) vnímán jako důležitá součást komunikace s pacientem. Empatie jakožto vcítění je chápána jako uvědomování si pocitů, potřeb a zájmů druhých lidí. Empatie je strukturována na oblast porozumění a pochopení, péči o individuální rozvoj (zahrnuje umění pomáhat ke zlepšování výkonu

a rozvoj osobnosti), orientaci na poskytování služeb (kdy sestra předvídá, je schopna rozpoznat a plnit přání pacientů), cit pro vnitřní klima organizace (sestra má cit a takt pro vztahy na pracovišti, vyzná se ve společenských vnitropodnikových proudech) (15).

1.7.2 Psychologická definice empatie

Psychologové empatii definují třemi způsoby. První způsob nahlíží na empatii jako na poznávající vědomí vnitřních stavů druhých osob, jejich myšlenek, citů, motivů, postřehů. Důraz se tedy klade na kognitivní procesy, kdy právě díky nim je možné zachytit nebo předvídat psychické stav druhé osoby (25). Kognitivní empatie je označována také jako přijímání mentální perspektivy. Vyvinula se v průběhu lidské evoluce jako jedna z podmínek sociálního fungování člověka. Umožňuje porozumět a predikovat chování druhých lidí (35). Hovoří se také o empatické přesnosti. Druhý způsob akcentuje emocionální charakter empatie. Empatie je vnímána jako afektivní reakce člověka na druhou osobu (25). Jde vlastně o emocionální odpověď, vyvěrá z emocionálního stavu druhých osob. Z hlediska evoluce motivovala lidi chovat se altruisticky zejména vůči příbuzenstvu, přátelům, spojencům. Emocionální empatie představovala linii základního morálního vývoje člověka, fundamentální základ sociálních vazeb mezi rodiči a dětmi a také vždy posilovala skupinovou soudržnost (35). V rámci emocionální empatie může dojít až ke vcítění se do emočních stavů druhých osob do té míry, že dojde až ke skutečnému sladění vlastních emočních stavů s emočními stavy druhé osoby. Třetí způsob spojuje kognitivně – emocionální charakteristiky empatie. Akcentována je role kognitivních i emocionálních mechanismů. Kognitivní procesy tak zprostředkují vznik emoční aktivace. Z toho vyplývá, že empatii může být chápána jako neegocentrické porozumění druhých, které je doprovázeno emocionální souhrou (25, 35). Současní autoři jsou přesvědčení, že empatie obsahuje tedy kognitivní i afektivní komponenty. Na základě tohoto tvrzení byla vytvořena multidimenzionální konceptualizace empatie, která empatii přiděluje čtyři základní komponenty. Jde o 1) *přijímání perspektivy* ve smyslu sklonu přijímat hledisko druhých, které je založeno na neegocentrickém myšlení, 2) *empatický zájem* zahrnující pocity sympatie a zájem o potíže druhých, projeví se navenek v altruistickém

chování, 3) *fantazii* jako sklon vžívat se do pocitů a jednání fiktivních postav, 4) *osobní distres* odráží úroveň na sebe orientovaných pocitů úzkosti a neklidu i intenzivních mezilidských situacích (35).

V rámci oboru ošetrovatelství byla vytvořena konceptuální analýza empatie autorkou T. Wisenmanovou. Empatie může být tedy pojímána jako fenomén vědomý i nevědomý; subjektivní i objektivní; vztahující se k živým i neživým objektům; vedoucí k pozitivním i negativním prožitkům; spočívající v emocionálním sdílení i v kognitivním chápání druhých. Dále bylo stejnou autorkou prokázáno, že ve vymezeních empatie jsou nejčastěji zastoupeny atributy jako prožívání světa tak, jak ho prožívají druzí; porozumění aktuálním pocitům druhých; přístup k druhým bez předsudků; sdělování porozumění druhým lidem (36). Pojem empatie se vyskytoval již ve starověkém Řecku, v původním významu znamená empatie silnou emoci, vášně. Empatie je jednou z podmínek lidského přístupu k pacientovi. Empatická sestra vstupuje na okamžik do subjektivity pacienta, prožívá s ním myšlenky a emoce, projevuje potřebnou míru porozumění, tím si vytváří komplexní obraz o prožívání pacienta. Pokud má být sestra empatickou, znamená to usilovat o vnímání, poznávání a pochopení vnitřního světa pacienta a sledovat svět z jeho pohledu. Rozpoznávání emocí se nazývá identifikace, předpokládá vnitřní naladění sestry na pacienta, kdy se na zlomek vteřiny vzdá na vlastní identity. Empatie zrcadlí zážitky a psychický stav, na prvním místě jsou emoce, nikoli racionální hlediska (20). Nelze samozřejmě fyzicky „vstoupit“ do mysli druhé osoby. Empatie závisí na naší vlastní úrovni citlivosti, na rozdíl od pouhé podobnosti osobní zkušenosti (8). D. Kunyková a J. K. Olsonová vymezily také problematiku konceptualizace empatie v ošetrovatelství. Autorky ukázaly celkem 5 existujících konceptualizací v oboru ošetrovatelství.

1. Empatie jako lidská vlastnost – je chápána jako vrozená lidská schopnost, často je zdůrazňována percepce pocitů a přesnost porozumění pro situaci druhé osoby. Bývá také vymezována jako lidská kapacita představovat si pocity druhých osob, emoce, která je důsledkem identifikace a spojení s jinými.
2. Empatie jako profesionální stav – je charakterizována jako naučená, využívaná záměrně jako profesionální komunikační dovednost, jež se sestává z řady

kognitivních a behaviorálních komponent, která slouží k porozumění druhým lidem.

3. Empatie jako komunikační proces – v této konceptualizaci je empatie chápána jako specifický komunikační proces, při němž sestra vnímá myšlenky a emoce pacienta, vyjadřuje mu porozumění. Pacient prožívá porozumění a vyjadřuje jej nazpět vůči sestře.

4. Empatie jako pečování – chápána jako fenomén obsahující explicitní behaviorální komponentu, znamená snahu sester jednat nebo odborně intervenovat ve smyslu uspokojit potřeby pacientů či mírnit jejich distresové reakce.

5. Empatie jako speciální vztah – předpokládá vývoj recipročního vztahu mezi sestrou a pacientem, oproštěný od profesionální distance, jedinečný, smysluplný, nabývá kvality přátelství, jeho důsledkem je zlepšení a podpora fyzického i psychického zdraví pacienta (36).

1.7.3 Empatie a komunikace v ošetrovatelství

Empatie je důležitou součástí a podmínkou chápající komunikace. Schopnost vcítění bývá vysvětlována jako naučená. Již od dětství se člověk učí interpretovat výraz emocí ostatních lidí, tak si osvojuje interpretační klíče k jejich vzorcům. Je spontánní, ale může být také vyprovokováno snahou pochopit druhého (37). Empatie je stále více vyžadována při komunikaci s pacientem. Projevovat empatii není jistě snadné v době, kdy se všeobecně prosazuje spíše svět peněz a věcí, než citlivost k lidem. Ale i empatie vzhledem k pacientovi má své hranice, musí být profesionální, taková, která prospěje pacientovi, ale zároveň neublíží psychice sestry. Takovému empatickému chování je zapotřebí se učit. Patří k němu i profesionální empatická účast, která se vyjadřuje hlavně slovně, ale s citem v hlase, jinak vyzní falešně a pacientovi neprospěje (30). O úrovni empatické komunikace nerozhoduje jen schopnost porozumění a diferenciací emočních stavů, významnou roli sehrává i motivace. I objektivní faktory ovlivňují kvalitu empatické komunikace, jde zejména o organizační kulturu zařízení, které rozhoduje o časových i prostorových podmínkách. Ve vztahu sestra – pacient je velice důležitá

empatická komunikace. Existuje Carkhuffem upravená pětistupňová škála, která diferencuje empatickou komunikaci do pěti úrovní.

1. Nízká úroveň empatie – v komunikaci sestry je empatie zastoupena jen minimálně, empatické porozumění je nepřesné. Sestra vychází jen z vlastního referenčního rámce, často pozměňuje téma rozhovoru, uděluje předčasné rady. Komunikace je spíše brzdou.
2. Středně nízká úroveň empatie – sestra reflektuje jen pacientem explicitně vyjádřené informace, emočním obsahům se vyhýbá. Nepřesně dekóduje pacientova sdělení, tato komunikace nepřináší efektivní výsledky.
3. Úroveň reciproční empatické reakce – sestra s pacientem sdílí totožný způsob porozumění i prožívání určité události, jejich reakce je možné označit jako reciproční. Sestra však do vztahu nic nepřináší, nesnaží se dostat pod povrch, chybí její facilitační role.
4. Středně vysoká úroveň empatie – sestra zvládá správně identifikovat a porozumět pacientovu prožívání, vede pacienta k rozvoji sebeuvědomování.
5. Vysoká úroveň empatie – sestra diferencuje své reakce podle momentálních potřeb pacienta, rozpozná jeho aktuální emoce, identifikuje skryté významy. Sestra disponující těmito empatickými dovednostmi dokáže vytvořit podmínky vhodné pro osobní růst pacienta, funguje jako facilitátor v procesu řešení problémů (25).

Vzhledem k tomu, že každý z pacientů vnímá své onemocnění naprosto odlišně, je aktivní spolupráce pacienta vázána na jeho pochopení, porozumění a respekt k jeho individuálním potřebám. Pojem empatie je označován vcítěním, schopnost vžít se do situace a pocitů druhého člověka. V souvislosti s ošetrovatelskou péčí lze pak empatii pojímat jako schopnost sestry porozumět vnitřním prožitkům a perspektivám pacienta, spojená s umem toto vyjádřit či dát pacientovi najevo porozumění. Empatie je komplikovaný proces, skládající se z několika složek.

- Připravenost vcítit se do situace protějšku („Jak se pacientovi v dané situaci vede?“).
- Uvědomění si pocitů pacienta („Co pravděpodobně pacient cítí?“).

- Srovnání vlastních pocitů a pocitů pacienta („Dokážu si představit, nastínit rozpoložení pacienta?“).

Situaci je třeba nazírat pod zorným polem pacienta, aniž by sestra zapomínala na sebe, nevěnuje se po krátkou dobu sobě, teprve tak je možné vcítění se do pacienta dosáhnout. Empatii není možné zaměňovat za soucit. Soucit je pasivní zkušenost podílení se strachu, nevažuje aktivní jednání. Porozumění pocitům pacienta neznamena odevzdání se jim, profesionálně jednáající sestra si vždy udržuje určitý odstup od psychických pochodů pacienta (44). Pokud empatie jako forma lidské komunikace zůstane neprojevena, uzavřena v mysli sestry, samozřejmě pacientovi neprospívá. Empatie se zaměřuje na fyzickou přítomnost, pozorování a naslouchání pacientovi, tento kontakt je nezbytný k pochopení světa a situace pacienta. Prvořadě je empatie především specifickým druhem lidského kontaktu (57).

Vcítění je náročný proces. Vyžaduje kombinaci schopnosti spolehlivě vnímat sama sebe, sebereflexe, vědomí vlastní identity, úcty ke druhým lidem, emoční inteligence (zde chápána jako schopnost představit si situaci druhého včetně schopnosti mentální koombinace potřebné k nabídnutí adekvátní pomoci). Vcítění nás motivuje, abychom z altruismu jednali, vžívali se. Nejdůležitějším předpokladem pro empatii je skutečné uvědomění si vlastních pocitů. Jedno z nejvýznamnějších východisek pro empatii je aktivní naslouchání (45).

I při empatickém naslouchání se můžeme dopustit celé řady chyb, neadekvátních reakcí. Patří mezi ně popírání pocitů, zobecňující a hodnotící reagování, předsudky, nedůvěryhodné vyjadřování soucitu či nevhodné nonverbální projevy. Rozvoj vcítění začíná již v raném dětství, schopnost vcítění je dána vývojovou úrovní osobnosti, množstvím zkušeností, vztahy s ostatními lidmi, vzory chování. Empatie se během života může vyvíjet a měnit. I empatii se dá do jisté míry naučit, záleží na vůli a ochotě jednotlivce a i na jeho celkovém vztahu k lidem (44).

Existuje mnoho příkladů, jak může empatie sloužit jako prostředek v rámci podpory zdraví a blaha pacientů. V intenzivní péči, ve vztahu k rodinným příslušníkům pacientů... Na mnohá oddělení docházejí studenti ošetřovatelství na praxi, i k nim je velice vhodné empatii uplatňovat (8).

Empatie rozhoduje o úspěchu mezilidských vztahů. Umožňuje cítit potřeby a pocity druhých lidí. Schopnost empatie je u sester často spojována s nesobectvím. Opak je ale pravdou. Základem a také prevencí pro syndrom vyhoření je být empatický také sám se sebou, cítit, co potřebuji. Tím narůstá pochopení pro potřeby druhých. Sestra také musí dokázat říci jasné „ne“ bez ztráty empatického kontaktu. Evidentní je význam empatie vzhledem ke každodennímu kontaktu sester s pacienty, zvyšuje schopnost týmové práce sester, přispívá ke zlepšení ozdravného procesu u pacientů, vztahů sester s rodinnými příslušníky pacientů (55). Empatii je možné projevovat nevědomě (instinktivně) a vědomě. Nevědomá empatie je založená na intuici, kterou provází emocionální naladění a zájem o pacienta. Sestra vnímá projevy pacienta a automaticky se jim přizpůsobuje. Během procesu vědomé empatie je proces vnímání intenzivnější, sestra vědomě zpracovává situaci, souvislosti, okolnosti, které pojmenuje, pochopí a provede jejich interpretaci (20). Empatie je považována za základní složku všech užitečných mezilidských vztahů. Význam empatie ve vztahu sester a pacienta se vztahuje ke společným účelům. Jde o zahájení podpůrné mezilidské komunikace, která napomůže vnímání pocitů a potřeb, dále se jedná o posílení pacienta a v neposlední řadě o snížení či pomoci k řešení pacientových problémů. Sestry s vysokou mírou empatie napomáhají pacientům ke snížení úzkosti a depresí u pacientů, zvyšují spokojenost pacientů (34).

Nemělo by docházet k záměně empatie s projekcí, při níž by sestra vysvětlovala prožívání a chování pacientů podle svých vlastních zážitků. Empatii také nelze zaměňovat s potřebou pomáhat. Nabídnutou pomocí dává sestra najevo pacientovi, že je objektem, který potřebuje být řízen, vzhledem k tomu, že se s daným problémem, situací nedokáže sám vypořádat. Takto se sestra vlastně vzdaluje od pacientova subjektivního prožívání. Aby bylo možné během ošetřovatelského procesu rozvíjet a projevovat empatii a emocionální prvky, musí se sestra soustředit na obsah a také způsob pacientových sdělení, věnovat pozornost neverbálním prvkům komunikace pacienta, sledovat vlastní emoce, projevovat vůči pacientovi toleranci, samotného pacienta akceptovat včetně jeho projevů v chování a jednání. Sestra schopná empatie na pacienta působí pozitivně, protože v něm vzbuzuje pocity bezpečí a jistoty, poskytuje mu emocionální podporu, spoluúčast, vytváří podmínky pro smysluplný rozhovor,

rozpozná psychické potřeby pacienta, věří subjektivním emocím pacienta, snaží se porozumět jeho životní situaci a tím vším zvyšuje v očích pacienta kulturu ošetrovatelské péče. Empatie je schopnost, kterou může disponovat každá sestra, není trvalou vlastností, může se v průběhu života vlivem různých životních událostí a zkušeností měnit. Empatie ulehčuje interakci a komunikaci, jde především o součinné naladění (20).

Empatie je žádoucí součástí komunikace i mezi pracovníky navzájem. Sestry, které pracují v týmu s dobrou pracovní atmosférou, se po psychické stránce cítí lépe než v opačném případě. Kolektiv může fungovat jako zdroj i pohlcovač nové životní energie. Schopnost empatických reakcí v rámci kolektivu ovlivňuje atmosféru i vztahy v pracovním týmu (19). Empatie má tendenci být „nakažlivá“. Pokud jeden ze členů týmu výrazně projevuje empatii, může působit na druhé jako inspirace, aby činili totéž, vůči pacientům i vůči sobě vzájemně. Empatie napomůže být snadněji v interakci s ostatními, projevovat pochopení (6).

1.8 Syndrom vyhoření

Práce sestry může vést i k příznakům pracovního vyhoření, kdy dochází k postupné ztrátě motivace, empatie i citlivého přístupu, ztrátě nadšení, zhoršení kvality poskytovaných služeb. K syndromu vyhoření nemusí dojít jen s ohledem na vykonávanou činnost, ale velice důležitou roli hraje také trvalý a nekompromisní požadavek na vysoké výkony s malou možností odchylek. Jedinec, který těmto požadavkům nemůže dostát je velice náchylný k nástupu syndromu vyhoření. Paradoxně postihuje syndrom vyhoření spíše jedince, kteří své povolání vykonávají s nadšením, entuziasmem, ideály a vysokým pracovním nasazením (57). V průběhu jejich zaměstnání dochází dochází ke značnému emocionálnímu přetížení, způsobuje obtížné a náročné mezilidské vztahy. Sestra stížená syndromem vyhoření ztrácí svou profesionální činnost, objevují se pocity hořkosti a zklamání, ve své práci nevidí výsledky, propadá každodenní rutině, nechce se dále sebevzdělávat ani nic učinit pro svůj odborný růst (27). Cítí se i po tělesné stránce velice špatně (má příznaky od

vyplývající z různých tělesných systémů), je nejen fyzicky, ale i emocionálně a duševně velice unavená (57). K podstatným faktorům, které zvyšují pravděpodobnost ohrožení syndromem vyhoření, patří přítomnost nerealistických představ, ideálů a očekávání vztahující se k profesi sestry, ale i nedostatek sociální opory (40). Syndrom vyhoření se skládá ze tří komponent, jde tedy o emocionální vyčerpání, deperzonalizaci a snížený pracovní výkon. Syndrom vyhoření není náhlou záležitostí, jeho rozvoj je složen z několika fází. První je fáze idealistického nadšení a přetěžování, kdy je sestra nadšená svou prací, na pracovišti se snaží dosáhnout a zavést změny, pracuje nad rámec svých povinností, chce si splnit své cíle bez přiměřeného času na relaxaci. Následuje fáze emocionálního a fyzického vyčerpání, sestra je unavená, ale již nelze tuto situaci řešit odpočinkem, mizí pracovní angažovanost, do reakcí nastupuje cynismus, ztrácí se naděje. Někdy se mohou objevit sklony k zneužívání návykových látek. Třetí z fází je fáze dehumanizace druhých lidí jako obrana. Nastupují výrazné změny chování, nechutí ke komunikaci, špatné snášení případné kritiky. Poslední fáze je samotný syndrom vyhoření (born-out) v celé šíři projevů. Objevují se pocity prázdnoty, zoufalství, deprese, poruchy sebehodnocení, ztráta motivace, vyčerpání fyzických, emocionálních a mentálních sil (57). Syndrom vyhoření postihuje pouze motivované sestry, která mají vysoký cíl a velká očekávání. Dalším rizikem je i nízká frustrační tolerance a nedostatečná schopnost odpočívat (3). Příčiny syndromu vyhoření lze nacházet ve třech základních zdrojích. Jedná se o zdroje spočívající v samotném jedinci, jako jsou negativní myšlenky, nedostatek smyslu v každodenní práci, používání neúčinných strategií při zvládnání stresu, nezdravý styl života, konstitučně a temperamentově daný nedostatek odolnosti vůči zátěži. Dalším zdrojem jsou příčiny spočívající v organizaci, jako je špatná organizace práce, špatné pracovní podmínky, nedostačující příprava na povolání. Třetí sorta příčin spočívá ve společnosti, kdy jsou obecně kladeny větší nároky na angažovanost sester, náročné složení klientely, malé společenské ohodnocení (57). Ač je práce sestry provázána mnohými rizikovými faktory a zátěžemi, obsahuje i mnohé faktory protektivní. Styk s mnoha různými lidmi může přinést rozšíření, vědomostí, obzoru, sestra jako dobrý posluchač se může dozvědět, jaký smysl životu přikládají druzí lidé. Může od pacientů získat bezprostřední ocenění vlastní práce, pocit

smysluplně vykonané práce, pracovní zkušenosti lze dobře využít v běžném životě, zkušenosti z náročné práce zvyšují pocit osobní kompetence (3).

1.9 Nástin problematiky na člověka zaměřeného přístupu

Na člověka zaměřený je vysoce ceněný psychologický a psychoterapeutický humanistický směr (38). Dokáže uvolnit tolik síly k osobnostní změně, že není důvod, aby byl vyhrazen pouze pacientům s psychickým onemocněním. Carl Ransom Rogers žil v letech 1902-1987, byl silně přesvědčen o významu lidské volby, učení za pomoci prožitku je mnohem účinnější k porozumění a změně jednotlivce. Rogersovi byla vyčítána domnělá primitivnost tohoto terapeutického přístupu (47). Základní hypotézou Rogersova přístupu je sdělení, že každému člověku je vlastní potenciál růstu, který může být ve vztahu k jiné osobě (k sestře) aktivován. Lidský přístup je v tomto případě naprosto základním aspektem (38). Nedirektivní vztahová nabídka působí na duševní stav druhého člověka vždy blahodárně. Aby mohla být sestra k pacientovi skutečně empatická, musí se interakce odehrávat a rozvíjet výhradně v atmosféře přijetí (54). Aby atmosféra podporovala osobnostní růst účastníky, při práci sestry pacientů, musí být splněny 3 základní podmínky.

1. Autentičnost, opravdovost či kongruence - čím více je sestra ve vztahu k pacientovi sama sebou (bez profesionální mlhy či osobní masky), tím více je pravděpodobnější, že dojde k proměně a růstu pacienta. Sestra musí k pacientovi zachovávat rovný a otevřený přístup.
2. Bezpodmínečné pozitivní přijetí - zahrnuje pozitivní akceptující postoj sestry. Pacient má být takový, jaké jsou jeho aktuální pocity (např. strach, rozpaky, odpor, zlost, pýcha...). Sestra pacienta oceňuje úplně a bezpodmínečně.
3. Empatické porozumění - je posledním aspektem, sestra si uvědomuje pocity a osobní významy, které právě pacient prožívá a porozumění mu aktivně sděluje. Citlivé a opravdu aktivní naslouchání je v našem světě vzácné, jen zřídka je spojené se skutečným porozuměním a empatií. Pokud je pacientům skutečně empaticky nasloucháno, umožní jim to daleko intenzivněji naslouchat

toku vnitřních prožitků. Dostatečně pozorné naslouchání je důležitou cestou k pomoci (47).

Sestře nesmí však chybět komunikační zdatnost a zejména verbální obratnost. Empatie je procesem, při kterém se lze subjektivně těsně k druhému přiblížit a neustále oscilovat mezi krátkodobým okamžitým ztotožněním a oddálením. Empatie (řecky *empathia*) má základ v intuici provázené emoční účastí a pozitivním zájmem o druhého člověka. Umožňuje sestře vnímat subjektivitu druhého člověka, zdůrazňována je ale také nutnost rozlišovat vlastní psychické pochody od psychicky cizích (54). Rogers považuje empatii za proces, popisuje empatický způsob bytí s druhým člověkem jako vstupování do osobního percepčního prostoru a dokonalé zabydení se v něm, znamená to prozatím odložit své vlastní názory a hodnoty, cílem je vstoupit do světa druhého bez předsudků. Tohoto se mohou odvážit pouze ti lidé, kteří si jsou sami v sobě tak jistí, že nemusí mít strach, že by se ve světě druhého člověka ztratili. Empatie především eliminuje odcizení. Okamžitým důsledkem empatického porozumění je pacientův pocit úcty, zájmu a akceptace jeho osoby (47).

1.10 Ošetřovatelský model humanistické péče dle Watsonové

Tento ošetřovatelský model je zařazen vzhledem k jeho úzké souvislosti s empatií, komunikačními dovednostmi v ošetřovatelské profesi. Humanismus znamená ve filosofii pojetí, v němž ústřední pozici zaujímá člověk (*homo*), jeho osvobození a důstojnost. Humanismus ve 20. století nahlíží na schopnost a svobodu člověka jako na vymknutí se z předem daných určení a kódů, tím si vytváří svou identitu v souladu s bytím jako takovým a jeho pravdou, tehdy by se měla projevit i skutečná komunikace s druhými lidmi. Dle Heideggera je pravou hodnotou humanity vztah k bytí, lidskost a důstojnost se pak vyvozuje z blízkosti k bytí. T.G. Masaryk nazíval na princip humanity jako láskyplné vztahování se k druhému a v autentické naladěnosti pod bezpodmínečným nárokem pravdy (39).

Watsonové model se řadí do kategorie modelů humanistických, které vycházejí z principů humanismu a respektu k právům pacientů. Zásadními rysy jsou empatie,

soucit a úcta k člověku, akceptace autonomie a svobody. Humanistický model vychází z fenomenologicko-existenciálních přístupů k člověku. Jeho perspektiva je založena na pojmech jako svoboda existence, smysl existence, spoluvytváření a spolupráce, transcendentnost. Ošetřovatelská péče je chápána především jako vztah vznikající prostřednictvím sebeuvědomování a sebeobjevování (56). Výzvou pro budoucnost je pracovat dle humanistického modelu ošetřovatelské péče. V době, kdy se ošetřovatelství zařadilo mezi vědecké disciplíny a dosáhlo všech znaků vědy, shromažďováním dat vytváří ve výzkumu vědeckou databázi by se mohlo snadno stát, že atribut humanismus by se mohl lehce vytratit z profesionálního ošetřovatelského slovníku. Lidskost a dobročinnost nemůže být nahrazena pojmy jako je kvalita, efektivita, finanční efekt, standardy, management. Je třeba zdůraznit, že ošetřovatelství od svých počátků v období neprofesionální péče přes všechny vývojové etapy až po dnešní ekonomizaci musí být založené na humanismu. Všeobecně je uznáván názor, že humanistické jednání je především jednáním naučeným. Vyvíjí se jako důsledek interakce osob se všemi podmínkami, které je potkávají v prostředí, ve kterém se nachází. V podstatě jde o to, že se člověk učí být laskavý ke druhým a to ve všech časových dimenzích, uskutečňuje se to prostřednictvím stále dalších a dalších vztahů, které si jedinec vytváří (12).

Margaret Jean Harman Watsonová je sestra ze Spojených států amerických. Narodila se ve Virginii, v oboru ošetřovatelství získala bakalářské i magisterské vzdělání. V roce 1973 obhájila dizertační práci v oblasti výchovné psychologie a poradenství. Watsonová chápe ošetřovatelství jako filosofii a vědu (17). Péči popisuje jako základ ošetřovatelství, zároveň ji také považuje za mravní ideál. Péči považuje za interpersonální vztah mezi sestrou a pacientem, cílem je zachování důstojnosti. Na koncipování modelu humanistické péče měly vliv práce Eriksona, Lazaruse, Rogerse a Maslowa (10).

V současné době ošetřovatelství pružně reaguje na nejrůznější požadavky praxe a měnící se potřeby pacientů. Samotné ošetřování je jádrem ošetřovatelství, senzibilita mezi pacientem a sestrou je neoddělitelným komponentem péče. Watsonová vytvořila 7 základních předpokladů ošetřovatelské péče.

1. Péče může být efektivní, jen když je v praxi realizována interpersonálně.

2. Péče v sobě zahrnuje 10 faktorů, které směřují k uspokojování potřeb člověka.
3. Efektivní péče podporuje zdraví a individuální vývoj jednotlivce i komunity.
4. Ošetrovatelství akceptuje člověka nejen takového, jaký je ve skutečnosti, ale i takového, jakým by se mohl stát v budoucnosti.
5. Péče je poskytována na takové úrovni, aby mohlo dojít k rozvoji potenciálu, člověk má mít možnost vybrat si nejkvalitnější péči v daném časovém období.
6. Ošetrovatelská péče má být založena na důkazech. Ošetrovatelská praxe spojuje medicínské znalosti se znalostmi o lidském chování a podporuje zdraví.
7. Péče a ošetrovatelská praxe tvoří prioritu ošetrovatelství (17).

Cílem koncepčního modelu Watsonové je zlepšení a posílení zdraví jednotlivců. Pacientem/klientem je jedinec, jehož zdraví souvisí s harmonií psychiky a je na této harmonii přímo závislé. Každý jedinec je jedinečnou a neopakovatelnou individualitou. Role sestry je zásadní v humanistickém přístupu k pacientovi, zdůrazňována je odpovědnost vycházející ze základních humanistických hodnot. Humanismus má oporu v koncepci lidských práv (1). Watsonová považuje za krajně důležitou tvorbu takového uvolněného prostředí, které umožní holistickou péči o jedince. Watsonová ve svém modelu humanistické péče považuje za velice důležité některé myšlenky. Emoce a mysl jedince vytvářejí okno do jeho duše, přístup k lidskému tělu, duši i mysli jen možný jen pokud je zachován celostní holistický přístup. Lidé mají potřebu se o sebe vzájemně starat láskyplným způsobem. Nalézt řešení na daný problém je možné, jen pokud člověk pochopí význam (10). Humanistická péče zahrnuje také hodnoty, vůli, oddanost ošetrovatelství, dovednosti, znalosti, zručnost, ošetrovatelské zásahy a jejich důsledky. Veškerá humanistická péče se váže na intersubjektivní odpovědi člověka v podmínkách zdraví a nemoci, zásadní roli hraje znalost vztahů zdraví a nemoc, člověka a prostředí, znalost ošetrovatelského procesu, poznání sebe sama, svých schopností včetně jejich hranic (1). Základní strukturu humanistického ošetrovatelského modelu Watsonové vytváří dodržování deseti základních faktorů při ošetřování.

1. Formulace humanisticko-altruistického systému hodnot
2. Tvorba důvěry, víry, naděje
3. Pěstování citlivého postoje k sobě i ostatním
4. Tvorba vztahu pomoci a důvěry včetně účinné komunikace a empatie
5. Podpora a přijímání pozitivních i negativních citů
6. Využití smyslového a tvořivého přístupu, včetně tvořivé metody ošetrovatelského procesu
7. Podpora ve vzájemném učení, převzetí zodpovědnosti za svoje zdraví
8. Zabezpečení pomoci pacientovi zvládat změny vnějšího i vnitřního prostředí
9. Napomáhání při procesu uspokojování lidských potřeb
10. Citlivost k existenčně-fenomenologicko-spirituálním silám (1, 17).

Humanistická péče o pacienty jako bazální součást ošetrovatelství je orientována na zlepšení a posílení zdraví. Výsledkem ošetrovatelské péče je pak posílení zdraví jedince a jeho následná vnitřní harmonie (1).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat mínění sester a pacientů o projevech empatie při poskytování ošetrovatelské péče.

Cíl 2: Porovnat mínění sester a pacientů a popsat zjištěné rozdíly.

2.2 Výzkumné otázky

VO₁: Jaké jsou rozdíly vnímání projevů empatie sester mezi pacienty a sestrami?

VO₂: Vnímají pacienti projevy empatie sester při poskytování ošetrovatelské péče jako dostačující?

VO₃: Vnímají sestry projevy empatie sester při poskytování ošetrovatelské péče jako dostačující?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Práce byla zpracována na základě kvalitativního výzkumného šetření. Pro získání dat byla využita technika semidirektivního rozhovoru se sestrami a pacienty. Zjišťováno bylo mínění na podstatu a projevy empatie. Výsledky šetření byly zpracovány do volných přepisů rozhovorů se sestrami a pacienty, poté bylo provedeno zpracování klíčových informací do tabulek a schémat. Výzkumné šetření probíhalo v Nemocnici České Budějovice a.s. se svolením hlavní sestry – náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v průběhu měsíce června 2012. Pro zachování anonymity byli jednotlivé sestry a pacienti vedeni pouze pod čísla, uvedena nejsou ani oddělení, na kterých výzkumné šetření probíhalo.

3.1.1 Rozhovor

Ke zmapování názorů sester a pacientů na podstatu a projevy empatie byl využit semidirektivní rozhovor. Účelem rozhovorů se sestrami bylo zjistit, co sestry rozumí pod pojmem empatie, jak empatii realizují ve své praxi, jak pacienti na projevy empatie reagují, jaké mají sestry mínění na míru empatie v ošetrovatelské péči, jak empatie funguje mezi spolupracovníky během týmové práce ve zdravotnictví (viz Příloha 1). Snahou rozhovorů s pacienty bylo zjistit, zda pacienti znají pojem empatie, případně co si pod ním představují, zda by sestry měly být empatické a jaké jsou zkušenosti pacientů týkající se projevů empatie sester (viz Příloha 2). Rozhovory byly zpracovány pomocí tabulek a schémat za pomoci aplikace SmartArt, který je součástí programu Microsoft Office Word 2007.

Všichni dotazovaní měli možnost se zcela volně vyjádřit, projevit své názory a připomínky. Případné nejasnosti byly okamžitě vysvětleny. Pokud respondent souhlasil, byl průběh rozhovoru nahráván za pomoci diktafonu, v případě nesouhlasu byl použit písemný záznam.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

3.2.1 Výzkumný soubor – sestry

Výzkumný soubor sester tvořily sestry pracující v Nemocnici České Budějovice a.s., ochotné spolupracovat. Soubor tvořilo 12 sester.

Tabulka 1 – Základní údaje o výzkumném souboru sester

	Věk (roky)	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe (roky)
S1	25	žena	bakalářské	1,5
S2	30	muž	bakalářské	3
S3	27	žena	SZŠ	8
S4	27	žena	VOŠZ	4,5
S5	55	žena	SZŠ	30
S6	25	žena	SZŠ	6
S7	43	žena	SZŠ+PSS	25
S8	49	žena	SZŠ	13
S9	29	žena	SZŠ	7
S10	25	žena	VOŠZ	2,5
S11	32	žena	SZŠ+PSS	11
S12	45	žena	SZŠ+PSS	26

3.2.2 Výzkumný soubor – pacienti

Výzkumný soubor pacientů tvořili pacienti hospitalizovaní v daném čase v Nemocnici České Budějovice a.s., ochotní spolupracovat.

Tabulka 2 – Základní údaje o výzkumném souboru pacientů

	Věk	Pohlaví	Den hospitalizace
P1	51	muž	6.
P2	71	žena	2.
P3	71	muž	3.
P4	74	žena	2.
P5	67	žena	3.
P6	71	muž	6.
P7	45	muž	11.
P8	77	žena	1.
P9	71	žena	2.
P10	41	žena	2.
P11	82	žena	5.
P12	60	muž	1.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory – sestry

Sestra 1

Sestra 1 je žena, má praxi v oboru 1,5 roku, dosáhla bakalářského stupně vzdělání v ošetrovatelství. Je jí 25 let.

Empatii chápe jako vcítění se do pacienta, pochopení jeho potřeb, vžití se do toho, jak se pacient v dané situaci cítí.

Domnívá se, že empatické projevy realizuje během své práce tak, že pacientova uklidňuje, hlavně po psychické stránce, vysvětluje mu, jak budou probíhat ošetrovatelské výkony, vždy konkrétně sděluje pacientovi, co a proč v danou chvíli dělá.

Pacienti na to reagují většinou pozitivně, „říkají, že je to fajn“, nemají s tímto přístupem moc zkušenosti, často se s ním nesečkali, jiné sestry ho nemají, jednou pacientka sestře pacientka sdělila, že jí vytvořila bezpečné prostředí a proto se cítí lépe.

Někdy bohužel na empatii a její projevy není mnoho času, výkony se musí provádět rychle, je jich hodně, přesto se snaží být k pacientům empatická, alespoň minimálně v rámci možností, i přes časový pres.

Empatie mezi spolupracovníky v rámci zdravotnického týmu je jistě dle sestry pozitivní záležitostí, v minulosti se s ní již setkala, mezi bývalými kolegyněmi, bohužel se najdou výjimky, kdy se lidé do sebe nedokáží vžít, jako mladá sestra i jako studentka dělá spoustu věcí poprvé, jako by zapomněli, že také začínali, přechod ze školy do praxe není rozhodně jednoduchý. Často se setkala s přístupem „dělej, co umíš, plav jak dovedeš“. Domnívá se, že lékaři se spíš dokážou vžít do role začínajícího pracovníka, jejich přístup se dá lépe snést.

Během studia na vysoké škole se na empatii kladl důraz, „hustili ji do nás, vtloukali do hlavy“, je důležitá, dostali jsme dobré základy, v praxi je to jiné, nelze to provádět podle školy, jen v rámci možností situace. Respondentce to vadí, štvě ji to, je málo času, ví, že se pacientům plně nevěnuje, tak jak by potřebovali, „není to tak, jak by mělo“.

Schéma 1 – Sestra 1



Sestra 2

Sestra 2 je muž ve věku 30 let, praxe v daném oboru činí 3 roky, absolvoval bakalářské studium ošetrovatelství.

Empatii chápe jako vcítění se, schopnost představit si „jak bych chtěl, aby se mnou jednali, kdybych byl na tom samém místě“, a tak jednat a konat.

V praxi se snaží být empatický tím způsobem, že vysvětlí pacientovi, jaký bude následovat postup, co se s pacientem bude dít, zmírňuje obavy pacientů, snaží se, aby pacient kladl sám otázky, které chce zodpovědět.

Pacientům se to líbí, ptají se, proto se méně bojí, usmívají se, říkají, že se cítí klidněji.

Dle respondenta je empatie v ošetrovatelství spíš málo, často převládá stereotyp a rutina, sestry třeba nastoupí k pacientovi a po výkonu bleskově odchází, není vnímáno, jestli se pacient bojí, sám se snaží být empatický vždy v rámci časových možností, je si ale vědom, že to ne vždy jde.

Sestry si jsou vzájemně ve zdravotnickém týmu asi nejbližší, mezi sestrami empatie trochu funguje, problémy se řeší v rámci předávání služby, funguje i jakási amatérská supervize. K empatii lékařů vůči sestram je spíš opatrnější, myslí si, že lékaři jsou empatictí zřejmě zase vůči lékařům, řeší zase lékařské záležitosti ve svém kolektivu.

Na vysoké škole se snažili hodně o zakotvení empatie, dost ale záleží na dispozici každé sestry jako člověka, jak je osobnostně vybavená, připravená, ale empatie jako taková se určitě naučit nedá.

Schéma 2 – Sestra 2



Sestra 3

Sestra 3, žena ve věku 27 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, v oboru pracuje 8 let.

Empatii rozumí jako schopnosti vžít se do druhého, spojuje si ji s holistickým přístupem, obvykle se snaží vycítit potřeby druhých, být s nimi, nepřenášet na pacienty své špatné nálady.

Snaží se být empatická tak, že se zapojuje do verbální i neverbální komunikace s pacientem, usmívá se na ně (když cítí, že pacientům není do smíchu), ptá se pacientů, co potřebují, nebagatelizuje připomínky pacientů.

Na projevy empatie pacienti reagují různě, už se setkala i s tím, že pacient si myslel, že je hodně nemocný a jen proto je na něj milá, protože se s tím zatím nesetkal. Některým pacientům je to zřejmě jedno, nebo nepozoruje odezvu, hlavně když pacienti mají bolest nebo jiné trápení. Sestra sděluje, že projevovat empatii jde určitě hůř, když je sama unavená, má nějaké starosti, ale snaží se zůstat profesionální neprojevovat toto navenek.

Když by bylo více času, bylo by i více empatie. Když se nestíhá, není dost času komunikovat s pacienty, nejde se plně věnovat. Řešením by snad bylo přijmout víc sester, jde ale o všeobecný problém. Sestra má pocit, že ve zdravotnictví nechybí snad ani tolik sester, jako postrádá pestrost ve zdravotnickém týmu, postrádá fyzioterapeuty, psychology, sice se léčí, ale nemyslí se na ostatní potřeby pacientů, rehabilitaci, péči o psyché člověka. Dle její zkušenosti není zásadně „ošéfovaná“ péče v nemocnicích o pozůstalé, na většině oddělení není klidná místnost, ve které by bylo možné sdělovat nepříznivé zprávy, informovat pozůstalé. Pozůstalým také chybí další návazná pomoc.

Ve zdravotnickém týmu mezi spolupracovníky funguje empatie mezi sestrami, lékaři do detailů neznají práci sester, sestry zase nemají takové znalosti jako lékaři, takže v tomto ohledu je empatie v téhle oblasti obtížná, když se k tomu přidá „nestíhání“, vznikají problémy.

Schéma 3 – Sestra 3



Sestra 4

Sestra 4 je žena ve věku 27 let, v současné době má za sebou 4,5 roku praxe v oboru, vystudovala vyšší odbornou školu zdravotnickou.

Empatii chápe jako schopnost sestry, kdy se ta dokáže vtělit do role pacienta, je to velice důležité, sestra chápe, když pacienta něco trápí, bolí, dokáže pacienta pochopit, účinně mu pomoci.

Sestra uvádí, že je empatická, když vidí, že má pacient problém, vyslechne ho, adekvátně reaguje, snaží se pomoci, problémy „fyzického rázu“ konzultuje s lékařem, při potížích psychických poskytne pacientovi rozmluvu. Roli celkově hraje i únava sestry, obecně kondice, je zapotřebí dobrá psychická naladěnost, když je sestra v pohodě, jde empatie lépe, když sestru něco trápí, má problémy, je těžké naslouchat problémům někoho dalšího.

Zejména starší lidé reagují na empatické projevy pozitivně, jsou rádi za každé slovo, často, pokud vidí zájem, přichází delší rozmluva, rozvinou svou potíže do hloubky, řeknou, co je trápí, mnohdy jde o rodinné problémy, sestra se často dozví i co nechce.

Obecně je podle respondentky empatie v ošetrovatelství spíše málo, mohlo by být jistě víc, jde o teoreticky jednou z náplní práce sester, záleží na celkovém naladění sestry, ale platí, že by sestry měly být empatičtější víc, svoje záležitosti by měly jít v zaměstnání stranou, protože pacient je na prvním místě.

Bylo by příjemné, kdyby empatie mezi spolupracovníky navzájem fungovala, ale spíše se na to v dnešní době nehraje, někdy si mezi kolegy vyjdeme víc vstříc, jindy méně. U lékařů a sester vzájemně projevy empatie nepozoruje takřka vůbec, každý si „jede“ ve své vlastní roli. Je to škoda, kdyby se víc pracovalo jako jeden tým, lékaři více respektovali sestry, došlo by se k lepším výsledkům práce. Řešení je na každém z nás, nikoho samozřejmě nelze nutit k empatii, záleží na každém jedinci, jak se k dané situaci postaví.

Schéma 4 – Sestra 4



Sestra 5

Sestra 5 je žena ve věku 55 let, s dlouholetou praxí 30 let v oboru, absolvovala střední zdravotnickou školu.

Sestra se domnívá, že se empatie dnes příliš nenosí. Empatie znamená vcítění se do člověka, v práci sestry do pacienta, jeho pocitů, starat se o něj tak, jak by si sama představovala péči o sebe a své blízké.

Empatii se sestra ve své práci snaží dlouhé roky jednoznačně realizovat, zásadně se na pacienty nemračí, ptá se, co a jak potřebují, poskytuje péči dle svých nejlepších možností, pokud má pacient přehnané požadavky, odmítá velice slušně a jemně.

S reakcemi pacientů má dobré zkušenosti, má vyzkoušeno, že funguje rovnítka, kdy slušný a chápající přístup sestry vyvolá tutéž odezvu u pacientů. Samozřejmě existují výjimky, kdy je od začátku vše špatně a pak je komunikace velice obtížná.

Empatie se podle sestry používá málo, chtělo by přidat, empatie buď v člověku je nebo není, nezáleží na věku, vzdělání. Sama ovšem cítí, jak s postupujícím věkem přicházejí vlastní starosti, nemoci, to vše unavuje. Během vlastní nemoci ale respondentka zažila, jaké to je, když se ošetrovatelský personál chová neempaticky a neprofesionálně.

Empatie mezi spolupracovníky ne vždy funguje, nechováme se k sobě dobře. V minulosti bylo ledacos jiné, i když to nelze rovnocenně srovnávat, bylo víc času na pacienta, někdy se stane, že za celý den vidí sestry pacienta jen několikrát. Sestra dodává, že rozvoj medicíny nemusí v každém případě znamenat jen dobro pro pacienta, klidný lidský přístup zmůže hodně.

Schéma 5 – Sestra 5



Sestra 6

Sestra 6, ve věku 25 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, nyní v kombinované formě studuje bakalářské studium ošetrovatelství, obor všeobecná sestra. Délka vykonané odborné praxe činí 6 let.

Empatie je dle sestry vcítění se do potřeb pacienta, do jeho nálad, úzkosti, strachu. Sestra se snaží vysvětlit pacientům průběh vyšetření, hospitalizace, umožnit kontakt s rodinou, lékařem, být milá, usměvavá, vstřícná. Sestra považuje za neprofesionální, pokud by empatii při jednání s pacientem ovlivňovala únava, špatná kondice, ale někdy se to stává, zdravotníci jsou jen lidé.

Pacienti na toto reagují docela dobře, možná je lepší spolupráce se ženami, dle zkušeností se za pomoci vlídného jednání snáze zklidní, mladší lidé také, mají pružnější

myšlení, nejsou tak bojácní jako starší generace, dokáží se za sebe postavit, jsou si vědomi svých práv.

Sestra se domnívá, že úroveň empatie v ošetrovatelství je na dobré úrovni, sestry jsou vzdělané, i lékaři se učí, že pacient není jen bytost, kterou mají vyléčit, úroveň se vylepšuje. Dle sestry napomáhá krátká ošetrovatelská praxe budoucích lékařů na lékařských fakultách napomáhá částečnému vhledu do problematiky práce sestry.

Empatie v rámci spolupráce zdravotnického týmu vážne, každý se snaží udělat jen svou práci, tak, aby byla kvalitní. Sestry jsou závislé na tom, jak je lékař vnímá, lékaři zatím příliš neuznávají vyšší vzdělání sester.

Pokud sestra srovnává, co se o empatii dozvěděla na střední a vysoké škole, myslí si, že nyní si znalosti osvěžila, ale vysloveně nic nového se nedozvěděla. Člověk časem otupí, po škole je nabytý elánem, chutí, pozitivním myšlením, život a praxe unaví.

Schéma 6 – Sestra 6



Sestra 7

Sestra je žena, ve věku 43 let, má praxi 25 let v oboru, vystudovala střední zdravotnickou školu, dále později absolvovala pomaturitní specializační studium v ošetrovatelské péči v interním lékařství.

O empatii se sestra v minulosti učila, chápe ji jako vcítění se do problémů jiných lidí.

Empatii provádí dle svých možností, jak se dá, vyslechne, poradí v případě zájmu, poslouží, uspokojuje bio-psycho-sociální potřeby pacientů.

Zkušenosti má převážně kladné, mnoho lidí se chce a potřebuje vypovídat, obecně lépe reagují starší lidé.

Sestry se snaží empatii dle svých sil poskytovat, někdy narazí na nepochopení, přece jen jsme jen lidi, je dobré se nikomu nevnucovat, povídat si, jen když pacient chce.

Velice obtížná situace nastává, pokud má pacient poruchu sluchu bez nějaké kompenzace (jako naslouchátko), pak je celá komunikace takřka znemožněna a o empatii v komunikaci nemůže být ani řeč.

Dříve to bylo s empatií v kolektivu zdravotníků lepší, bylo méně papírů, společně se zašlo posedět, fungovaly lepší vztahy, dnes si každý jen hrabe na svém písečku. S léty praxe sestra dokáže lidi lépe odhadnout, co potřebují, v pomaturitním studiu bylo obsaženo více psychologie, snaží se ji během své práce uplatňovat, dozvěděla se hodně nových věcí.

Schéma 7 – Sestra 7



Sestra 8

Sestra 8 je žena, věku 49 let, s 13ti letou praxí v oboru, absolvovala střední zdravotnickou školu.

Pojmu empatie rozumí jako vcítění, pozorné vyslechnutí lidí, následné vyhodnocení a dle toho cílená snaha pomoci.

Pacienti přijdou často vystrašení, sestra je tedy informuje, co a v jakém sledu se bude dít, poskytne pacientům informace, aby se na oddělení orientovali, co a kde najdou, aby se cítili alespoň základně bezpečně.

Zkušenosti má sestra veskrze pozitivní, někdy na někoho narazí, ale většinou jsou pacienti vstřícní, poděkují, negativní reakcí není tolik. Sestra se často setkává s tím, že pacienti nejsou informovaní, lépe reagují starší pacienti, spíš ženy, chtějí si více povídat.

Dle respondentky se sestry empatii snaží poskytovat, ze strany lékařů to je horší, někteří přes samé papírování nemají čas na pacienty.

Dříve to bylo s empatií v rámci zdravotnického týmu lepší, dnes je určitě víc práce, dokumentace, vše je víc uspěchané, obecně se doba zrychluje, není čas a na rozvíjení nějakých mezilidských vztahů, v podstatě se moc neznáme.

Schéma 8 – Sestra 8



Sestra 9

Sestra 9 ve věku 29 let, 7 let práce v oboru, žena, absolvovala střední zdravotnickou školu.

Empatii rozumí jako vcítění se do pocitů druhého člověka. Snaží se ji realizovat tak, že se vcítí do problému pacienta, promluví si s ním, ale zároveň si udržuje odstup, protože nelze problémy pacientů na 100 % vnímat a připouštět si je, člověk by se

zbláznil. I přesto se snaží dát pacientům najevo zájem, vzhledem k velkému množství pacientů, jejich obratu, s mnohými nestihne navázat jakýkoli lidský kontakt.

Pacienti někdy reagují podrážděně, někdy jsou rádi. Celkově si sestra myslí, že pacienti, pokud mají bolest, nejsou sdílní a vstřícní, spíš uzavření. Mnohdy má sestra spíš pocit, že pokud pacienty akutně netrápí nějaký problém, nevnímají bolest, nebezpečí, utrpení nebo jejich onemocnění není zjevné, spíš pacienty obtěžujeme tím, že se o ně snažíme pečovat. Na minulém pracovišti byli hospitalizovaní pacienti se zjevnými problémy ránami, trpěli bolestí, hospitalizovaní byli delší dobu.

Sestra má dojem, že byli pokornější, péči chápali jako pomoc, ne jako obtíž. Vztah k pacientovi a empatii bylo možné navazovat lépe. Empatie vyžaduje jednoznačně čas.

Sestra se domnívá, že v ošetrovatelství je málo empatie, jde ale o všeobecný problém, přibývá dokumentace, je to alibistické.

Empatie mezi spolupracovníky ve zdravotnictví je ryze individuální záležitost, vždy záleží na konkrétní osobě, ne na profesi nebo pozici. Empatie je vrozená, člověk to buď cítí a dokáže poskytovat nebo ne, žádná škola to nenaučí.

Schéma 9 – Sestra 9



Sestra 10

Sestra 10, žena ve věku 25 let, absolvovala střední zdravotnickou školu a následně vyšší odbornou školu zdravotnickou, má za sebou praxi v oboru v délce 2,5 roku.

Empatie je vcítění, učila se to ve škole, sestry by se měly vcítit do toho, jak se pacient cítí, jak vnímá situaci.

Sestra si s pacienty povídá, tím zjišťuje, co je trápí. Všichni pacienti nereagují vstřícně, ale mnozí jsou za zájem rádi, děkují, oceňují psychickou i fyzickou pomoc.

Empatie se využívá málo, není na ni čas, je hodně papírů, oddělení jsou příliš frekventovaná ve smyslu obratu pacientů, k samotným pacientům a komunikaci s nimi se sestra bohužel moc často nedostane, řeší mnohem víc administrativní záležitosti než péči o samotného pacienta, i když by to ráda udělala.

Empatie mezi spolupracovníky ve zdravotnictví by fungovat určitě měla, záleží nejen na sestrách, ale i na lékařích. Sestry jsou mezi sebou empatie jistě schopné.

Během studia na vyšší odborné škole se sestra dozvěděla více o psychologii, měla praktická cvičení, která byla zajímavá, ne všechno je ale možné uplatnit, přineslo to ale nové pohledy na ošetrovatelství, učila se mluvit s lidmi a před lidmi, účinně komunikovat, celkově byla vyšší odborná škola zaměřená na komunikaci. Sestra si myslím, že kdyby do praxe nastoupila hned po maturitě, bylo by to pro ni o mnoho těžší.

Schéma 10 – Sestra 10



Sestra 11

Sestra 11, žena ve věku 32 let, kromě střední zdravotnické školy absolvovala ještě pomaturitní specializační studium v oboru ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.

Empatie je vcítění, vžití se do role druhého, spolucítění, do pocitů a stavu druhého. Sestra se empatii snaží realizovat pomocí rozhovorů s pacienty, doteky, věří pacientům, že je pro ně daná situace těžká, uplatňuje i neverbální projevy, mimiku, pohlázení. Snaží se pacienty povzbuzovat, hledá pozitiva, vybízí je k přečkání nepříznivé doby, bude zase lépe.

Odezvy pacientů jsou různé, někdo pláče ještě víc, někoho to povzbudí, nabudí k odvaze, nechce litovat. Většinou pacienti reagují dobře, sestra se doposud neseťkala s přímo negativní reakcí.

Empatie je v ošetrovatelství určitě málo, není čas, sestry jsou nuceny zvládnout spoustu ošetrovatelských i administrativních úkonů, na toto bohužel není čas. Sestra se domnívá, že hodně sester je empatie velice dobře schopno, nedělají to ale jen kvůli času. Pokud sestra zažívá stres, empatii to jednoznačně negativně ovlivňuje. Sama se snaží být empatická.

Empatie by mezi spolupracovníky ve zdravotnictví fungovat měla, sestra v minulosti zažila tým empatický vůči sobě navzájem, včetně všech, sester, lékařů, sanitářů k sobě navzájem, bylo to výborné a příjemně se pracovalo, pracovníci na sebe vzájemně brali ohledy. Dnes empatie v týmu funguje méně, vytrácí se rodinný náhled, přibývá shonu.

Schéma 11 – Sestra 11



Sestra 12

Sestra 12 je žena, ve věku 45 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a později pomaturitní specializační studium v oboru ošetrovatelská péče v geriatrii. Délka její odborné praxe činí 26 let.

Empatie je vcítění se do potíží pacientů. Sestra se snaží být přívětivá, hodná, vysvětluje, chápe problémy pacientů.

Pacienti to často nechápou, často jen pasivně přijímají, většinou bezmězně důvěřují lékařům, ale bojí se jich ptát, dotazy pak obrací na sestry. Těm také ventilují svoje problémy, emoce.

Sestra míní, že míru empatie není možné specifikovat, záleží na konkrétní sestře, mezi sestrou a pacientem musí vzniknout nějaký vztah, pokud není, není to o empatii, k tomu je zapotřebí čas.

Empatie v týmu zdravotníků fungovat musí, jinak nelze spolupracovat, vesměs funguje, respektive musí fungovat, pokud máme vystupovat jako tým se stejným cílem.

Schéma 12 – Sestra 12



4.2 Systematicky zpracované rozhovory se sestrami

Tabulka 3 – Chápání pojmu empatie sestrami

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Σ
Vcítění se	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	10
Pochopení potřeb pacienta	1		1	1		1							4
Vžití se do pacienta	1		1	1							1		4
Empatie spojená s holistickým přístupem			1										1
Spolucítění											1		1
Náplň práce sester				1									1
Vyslechnutí								1					1
Jednat tak, jaké bych chtěl zažít na sobě samém		1			1								2
Celkový počet odpovědí	3	2	3	3	2	2	1	2	1	1	3	1	24

Z odpovědí vyplývá, že sestry vysvětlují pojem empatie více výrazy. Deset sester (S1, S2, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12) uvádí, že empatii chápají jako vcítění se do pacienta. Čtyři sestry uvedly odpověď pochopení potřeb pacienta (S1, S3, S4, S6) a vžití se do pacienta (S1, S3, S4, S11). Dvě sestry pod empatií řadí také takové jednání, jaké by si přály zažít na sobě samé (S2, S5). Sestra 4 míní, že empatie je jednou z náplní práce sester, sestra 8 pod pojmem empatie rozumí vyslechnutí pacienta, sestra 11 spolucítění, sestra 3 má empatii spojenou s holistickým přístupem.

Tabulka 4 – Realizace empatie sestrami

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Σ
Informovanost pacienta	1	1				1		1				1	5
Zmírňování obav		1											1
Vybízení ke kladení otázek		1											1
Neverbální komunikace			1		1						1		3
Vyslechnutí pacienta				1			1						2
Rozhovor s pacienty			1	1					1	1	1		5
Zjišťování potřeb a jejich uspokojování					1		1						2
Udržení odstupu									1				1
Vstřícné jednání						1			1			1	3
Nebagatelizování projevů pacienta			1										1
Celkový počet odpovědí	1	3	3	2	2	2	2	1	3	1	2	2	24

Z uvedených odpovědí vyplývá, že pět sester (S1, S2, S6, S8, S12) považuje informovanost pacienta za důsledek empatických projevů, dle sestry 2 se tím zmírňují obavy pacientů, jsou tím vybízení ke kladení otázek. Neverbální komunikaci během empatických projevů využívají tři sestry (S3, S5, S11), dvě sestry (S4, S7) pacienty vyslechnou, pět sester (S3, S4, S9, S10, S11) provede s pacienty rozhovor. Dvě sestry (S5, S7) považují za podstatné při realizaci empatických projevů zjišťování potřeb pacientů a jejich uspokojování. Sestra 9 udržuje od pacientů odstup, tři sestry (S6, S9, S12) se snaží jednat k pacientům vstřícně, sestra 3 klade důraz na nebagatelizování projevů pacientů.

Tabulka 5 – Reakce pacientů na empatické projevy

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Σ
Převážně pozitivní reakce pacientů	1	1		1	1	1	1	1					7
Pacienti nemají mnoho zkušeností s projevy empatie	1		1										2
Pacient je klidnější		1											1
Sestra nepozoruje odezvu pacienta			1										1
Starší pacienti reagují lépe				1			1	1					3
Lepší spolupráce se ženami						1		1					2
Různé reakce									1	1	1	1	4
Celkový počet odpovědí	2	2	2	2	1	2	2	3	1	1	1	1	20

Sedm sester (S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8) se zatím setkalo s převážně pozitivními reakcemi pacientů, dvě sestry (S1, S3) míní, že pacienti nemají mnoho zkušeností s projevy empatie, dle názoru sestry 2 projevy empatie pacienty uklidňují, sestra 3 odezvu pacientů nepozoruje, sestry 4, 7 a 8 míní, že starší pacienti na projevy empatie reagují lépe, sestrám 6 a 8 se lépe spolupracuje se ženami. Čtyři sestry (S9, S10, S11, S12) udávají různé reakce pacientů na empatické projevy.

Tabulka 6 – Míra empatie sester při poskytování ošetrovatelské péče

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Σ
Empatie je málo	1	1	1	1	1				1	1	1		8
Sestry by měly „přidat“				1	1								2
Úroveň empatie je dobrá						1							1
Sestry se snaží empatii poskytovat dle svých sil							1	1					2
Sestry jsou empatie velice dobře schopny											1		1
Není možno specifikovat												1	1
Celkový počet odpovědí	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	15

Osm sester (S1, S2, S3, S4, S5, S9, S10, S11) míní, že empatie je v ošetrovatelství málo, sestry 4 a 5 dodávají, že by sestry měly přidat. Dle sestry 6 je úroveň empatie dobrá, podle mínění sester 7 a 8 se sestry empatii snaží poskytovat dle svých sil, sestra 11 zastává názor, že sestry jsou empatie velice dobře schopny. Sestra 12 si myslí, že nelze specifikovat míru empatie sester, vše záleží na konkrétní sestře jako člověku.

Tabulka 7 – Příčiny stávající míry empatie

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Σ
Není moc času	1	1	1							1	1		5
Velké množství ošetrovatelských výkonů	1										1		2
Převládá rutina a stereotyp		1											1
Přílišná dokumentace ubírá kontakt s pacientem									1	1	1		3
Doba hospitalizace pacientů je krátká									1	1			2
Celkový počet odpovědí	2	2	1	0	0	0	0	0	2	3	3	0	13

Pět sester (S1, S2, S3, S10, S11) se domnívá, že na empatii není moc času, sestry 1 a 11 dodávají, že sestry musí obsáhnout velké množství ošetrovatelských výkonů, podle sestry 2 převládá rutina a stereotyp. Sestry 9, 10, 11 zastávají názor, že přílišná dokumentace ubírá čas na kontakt s pacientem, podle sester 9 a 10 je doba hospitalizace pacientům příliš krátká.

Tabulka 8 – Empatie mezi spolupracovníky

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Σ
Je velmi pozitivní, když funguje	1			1						1	1		4
V minulosti se s ní sestra setkala	1				1		1	1			1		5
Mezi sestrami empatie funguje		1	1							1			3
Mezi lékaři a sestrami empatie spíše nefunguje		1	1										2
Empatie mezi spolupracovníky nefunguje				1	1	1					1		4
Vždy záleží na postoji konkrétní osoby									1				1
Bez empatie v týmu nelze spolupracovat												1	1
Celkový počet odpovědí	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	3	1	20

Čtyři sestry (S1, S4, S10, S11) považují za velmi pozitivní, když empatie mezi spolupracovníky funguje, pět sester (S1, S5, S7, S8, S11) se se vzájemně empatickým týmem v minulosti setkala. Podle tří sester (S2, S3, S4) empatie v týmu zdravotníků funguje, podle čtyřech sester (S4, S5, S6, S11) empatie v této oblasti nefunguje. Podle sester 2, 3, 10 se více empatie vyskytuje vzájemně mezi sestrami, dle sester 2 a 3 ale již ne mezi lékaři a sestrami. Sestra 9 míní, že vždy záleží na postoji konkrétních osob, sestra 12 je toho názoru, že bez empatie v týmu nelze spolupracovat.

Tabulka 9 – Význam dalšího studia pro rozvoj empatie u sester

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	Σ
Na VŠ se na empatii kladl důraz	1	1											2
Na VŠ došlo k osvěžení znalostí o empatii						1							1
Empatii se nelze naučit		1							1				2
Studium VOŠZ přineslo nové poznatky o komunikaci										1			1
PSS přineslo nové poznatky z oblasti psychologie							1						1
Celkový počet odpovědí	1	2	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	7

Sestry 1 a 2 dodávají, že při studiu vysoké školy byl kladen velký důraz na empatii, sestra 6 si během studia znalosti o empatii osvěžila. Sestry 2 a 9 míní, že empatii se nijak naučit nelze, sestře 10 přineslo studium na VOŠZ nové poznatky o komunikaci, sestra 7 využívá poznatky z oblasti psychologie, které nabyla během specializačního studia.

4.3 Rozhovory – pacienti

Pacient 1

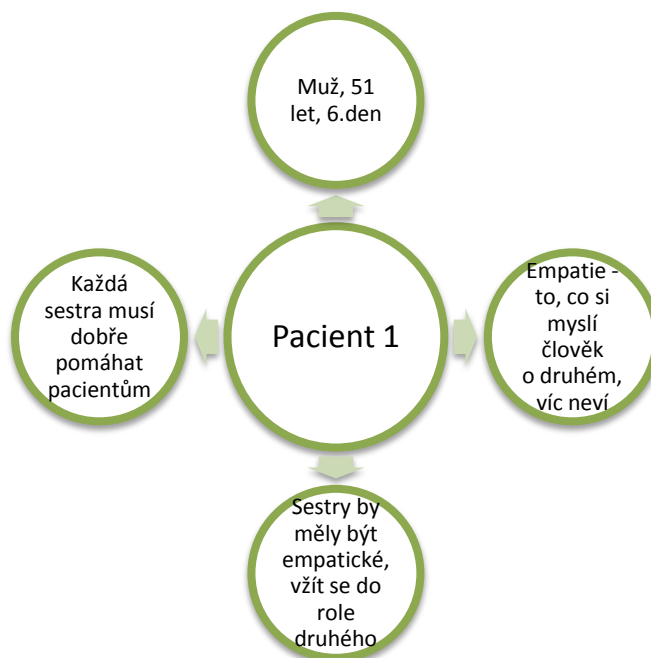
Pacient 1 je muž ve věku 51 let, toho času hospitalizovaný 6. den.

Empatie je dle pacienta to, co si myslí o tom druhém, více neví. Pro další průběh rozhovoru blíže v základních rysech nastíněno.

Podle pacienta by tedy sestry určitě měly být empatické, měly by se vžít do role druhého, pacientů, když ošetřují lidi, aby jim vyšly vstříc, aby věděly, jak se mají chovat, takhle si to myslí.

Pacient byl zatím celkem dvakrát v životě v nemocnici, některá sestra byla občas protivná, dejme tomu, ale byla to třeba jen jedna z deseti sester, která byla nepříjemná, stává se to. Může to být povahou, třeba i pracovním vytížením, děláte „dvanáctky“, třeba pak desátá, jedenáctá hodina, je toho na sestru moc. Na zkušenostech nebo věku sestry asi nezáleží, práci by měla dobře odvést mladá i starší, starší nemůže mít žádné úlevy, každá musí pomáhat pacientům dobře.

Schéma 13 – Pacient 1



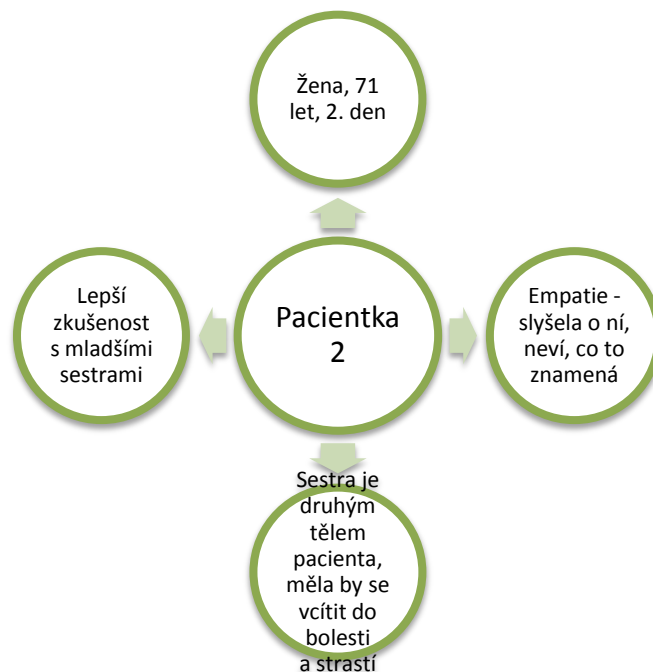
Pacientka 2

Pacientka 2 je žena ve věku 71 let, hospitalizována toho času 2. Den.

O empatii pacientka slyšela, ale neví, co to znamená. Pro další průběh rozhovoru v základních rysech nastíněno.

Sestry by schopnost empatie určitě mít měly, bezesporu. Sestřička je vlastně druhým tělem pacienta, měla by se vcítit do jeho bolesti, jeho strastí a tomu pacientovi to úžasně pomůže, když ví, že má vedle sebe duši, která vnímá jeho bolest a jeho pocity. V nemocnici neleží pacientka poprvé, řekla by, že sestřičky jsou andělé, lidi na svých místech. Mladé sestry jsou člověku nějak blíží, jestli jsou nezkažené... Jsou k pacientovi blíží, dokážou se víc vcítit do situace. Když ležela pacientka v jedné nemocnici, stalo se jako obvykle, má mizerné žíly, odběr nešel, volala se zkušenější sestra, která žílu spíš najde. A ta jedna mladší sestřička zůstala u lůžka pacientky, držela ji celou dobu za ruku, rozptylovala ji, aby na tu bolest snad nemyslela, mluvila o různých tématech, bylo to takové, jako by pacientka u sebe měla vlastní dítě.

Schéma 14 - Pacientka 2



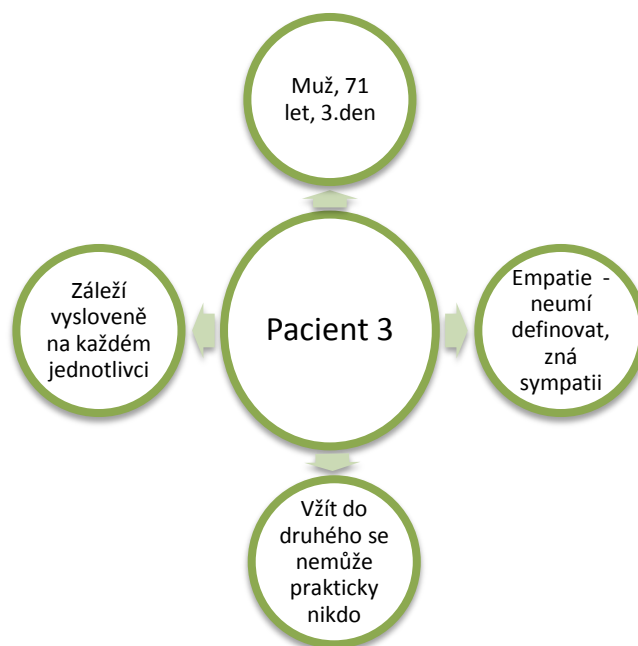
Pacient 3

Pacient 3 je muž, ve věku 71 let, toho času hospitalizován 3. den.

Pacient si upřímně pod pojmem nic nepředstavuje, ví, co je sympatie, ale empatii neumí definovat. Pro další průběh rozhovoru rámcově nastíněno, pacient si představoval, že je to něco jiného, že je to třeba odpor, opak sympatie.

Že by se sestry vžily do rolí pacientů... To se nemůže prakticky nikdo, protože i kdyby sebevíc chtěl, nelze se vžít do pocitů člověka, který se najednou dozví, že mu bude provedena náročná operace, to je i samotný člověk z toho div živ. Ale že s ním mohou sestry jakoby soucítit, to asi jo, ale vžít se, to prostě nejde, myslí si pacient. Sestry se o to asi snaží, když tu práci chtějí dělat, tak se o to snaží, když se to ale člověka bezprostředně dotýká, je to zase úplně o něčem jiném. Pacient to bere podle sebe, i když mu někdo z vyloženě blízkých osob řekl o daném výkonu, nedovedl si to představit. Denně umírá spousta lidí, kdyby se to sester mělo dotknout, že třeba v dané chvíli umře deset lidí nebo sto lidí v Budějovicích, tak by to nešlo. Prostě to vezmou na vědomí, říkají si, že jednou to prostě přijít musí. Záleží vysloveně na člověku, na každém jednotlivci, každý je jiný, jsou věci, které se dají naučit a pak ty, se kterými se člověk narodí nebo nenarodí, pak takový přístup sestry je nebo není.

Schéma 15 – Pacient 3

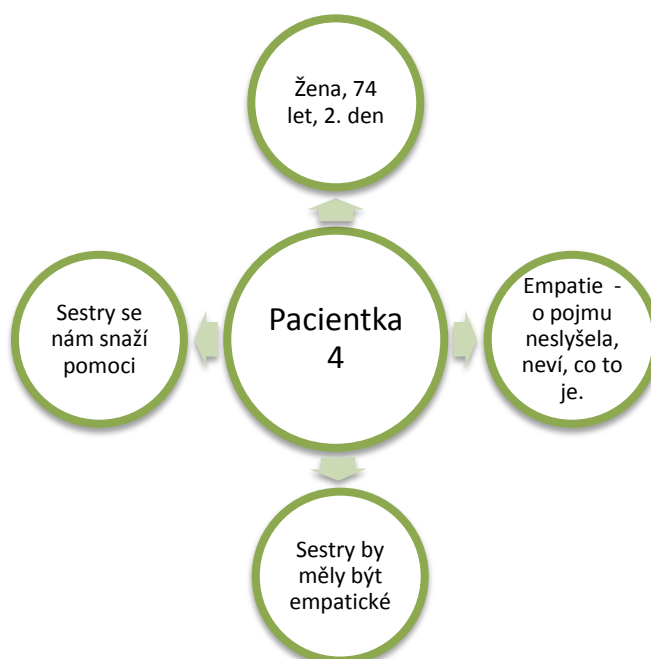


Pacientka 4

Pacientka 4 je žena, ve věku 74 let, toho času hospitalizována 2. den.

O pojmu empatie neslyšela, neví, co to je. Pro další průběh rozhovoru rámcově nastíněno. Sestřičky jsou hodné, nemůže si naříkat, měly by být empatické, snaží se, aby nám pomohly, vyhověly, dost se naběhají. Pacientka nikdy nestonala, teď je v nemocnici snad poprvé, snažily se dostat do mé situace, co jsem chtěla, to mi udělaly.

Schéma 16 – Pacientka 4



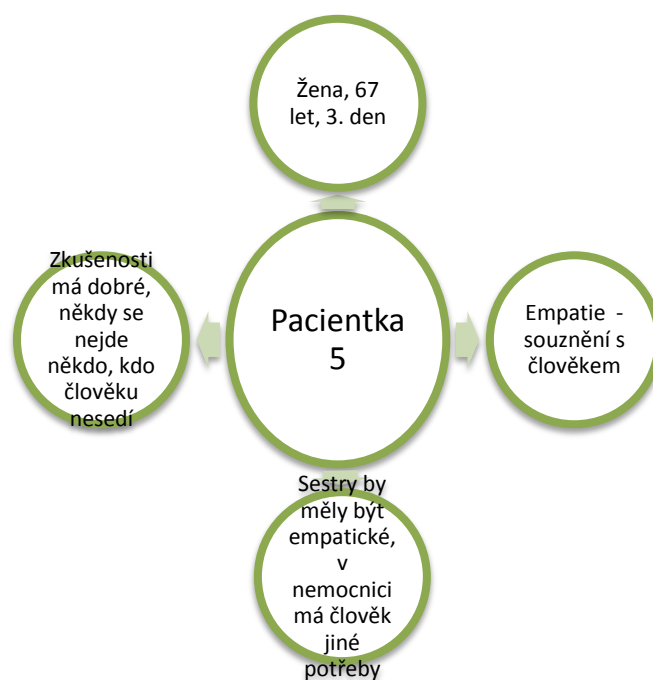
Pacientka 5

Pacientka 5 je žena, ve věku 67 let, toho času hospitalizována 3. den.

Pod empatií si představuje souznění s člověkem, pro další průběh rozhovoru ještě rámcově doplněno. Sestřičky by měly být empatické, protože nemocný člověk potřebuje právě empatii, aby s ním někdo soucítil, když je v nemocnici, má jiné potřeby než za běžné situace.

Zkušenosti s projevy empatie od sester má pacientka dobré, byla vždy spokojená, někdy se třeba najde někdo, kdo člověku nesedí, jsme prostě lidi, empatie buď je nebo není, je to rozhodně v člověku, někdo to má dané, někdo ne, moc se s tím dělat nedá.

Schéma 17 – Pacientka 5



Pacient 6

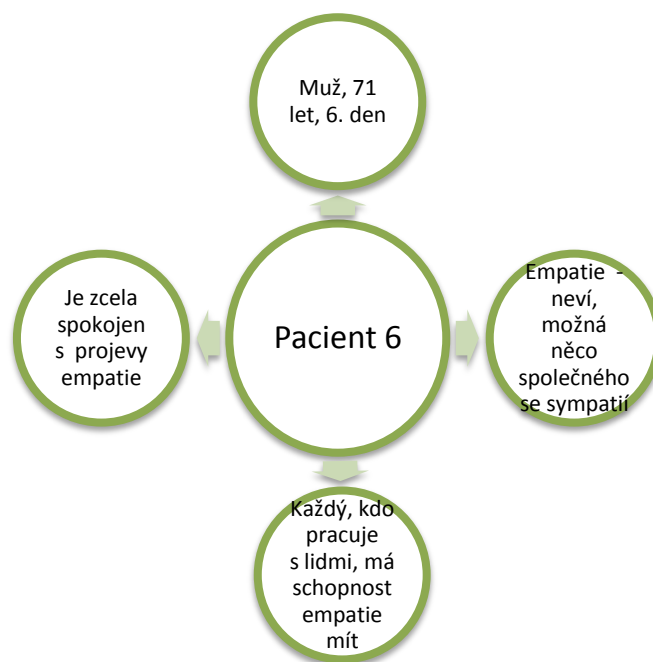
Pacient 6 je muž ve věku 71 let, toho času hospitalizovaný 6. den.

Pod pojmem empatie si pacient nic nepředstavuje, neví, má to možná něco společného se sympatií. Pro další průběh rozhovoru rámcově nastíněno. Poté si pacient vzpomíná, vlastně o tom slyšel, již je to úplně jasné.

Každý kdo pracuje s lidmi, ve zdravotnictví to platí dvakrát a u sester zvláště, by měl mít tuhle schopnost, když se setkává s lidmi, kteří jsou v obtížné situaci, tím pádem o mnoho zranitelnější. Pacient celý profesní život pracoval ve školství, tam je empatie taky zapotřebí, vůči všem, žákům, rodičům i učitelům vůči sobě.

Ohledně projevů empatie sester je zcela spokojen, vždy se s ním jednalo velmi vlídně, slušně, i za minulého režimu.

Schéma 18 – Pacient 6



Pacient 7

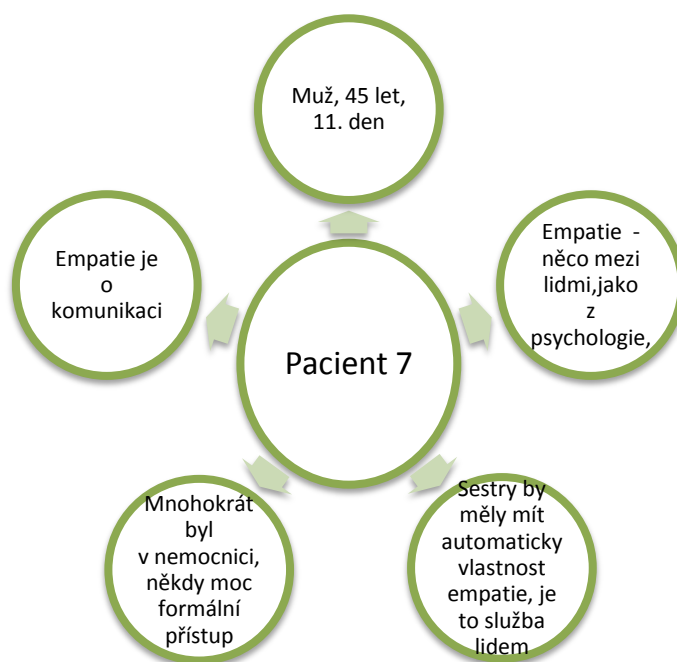
Pacient 7 je muž, věku 45 let, toho času hospitalizován 11. den.

Empatie je určitě něco mezi lidmi, jako z psychologie, ale blíže neví. Pro další průběh rozhovoru rámcově nastíněno.

Sestry by měly mít vlastnost empatie, automaticky, jinak by tu práci neměla dělat, nelze ji dělat jenom pro výdělek a obživu, jinak by to nešlo, je to služba lidem, kterou rozhodně nemůže dělat každý.

Pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu ležel už ve spoustě nemocnicích v různých městech, i na intenzivní péči, nemůže si stěžovat, někde mu přístup sester připadal až moc jakoby formální, někdy mu připadalo, že si více rozumí s pomocnými silami, byly lidštvější, lidovější, chápaly ho z té laické stránky, sestry to braly jen jako práci. Vždy ale záleželo na konkrétní sestře, empatie stojí na komunikaci, jak se sestra k pacientovi staví jako k člověku. Sestrám pacient po svých zkušenostech důvěřuje, jsou to odbornice.

Schéma 19 – Pacient 7



Pacientka 8

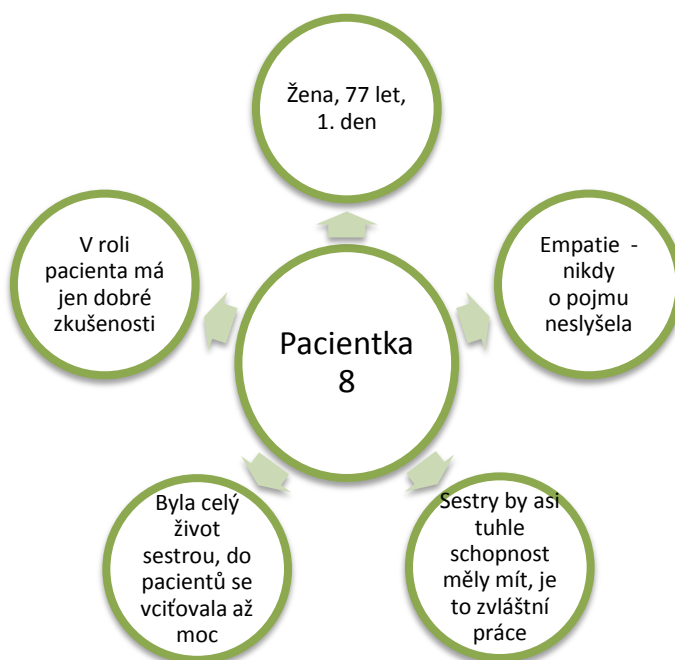
Pacientka 8 je žena ve věku 77 let, hospitalizovaná je toho času 1.den.

O pojmu empatie nikdy neslyšela, neví, co by to mohlo znamenat, nemá zdání. Pro další průběh rozhovoru rámcově nastíněno.

Sestřičky by tedy tuhle schopnost asi měly mít, protože je to taková zvláštní práce, pro lidi, protože ti se na ní často upnou, strašně jí věří, důvěřují, někdy jí potřebují víc než pana doktora. Potřebují ji na postěžování, popovídání.

Pacientka celý život pracovala jako sestra na různých odděleních, tím pádem to ví, do pacientů se vcítovala, někdy až moc, na člověka to hodně působilo, myslela na osudy pacientů i doma, měla lidi před očima, musela se to snažit oddělovat, ale dalo to práci. Zatím sama v roli pacienta měla jen dobré zkušenosti s lékaři i sestrami, možná to ale bylo i tím, že byla sama zdravotník a znali jí... Ale dnes už je léta v důchodu, mladí zdravotníci neví, že byla sestrou, ale i tak se chovají velice dobře a ohleduplně, zatím nenarazila na špatnou zkušenost.

Schéma 20 – Pacientka 8



Pacientka 9

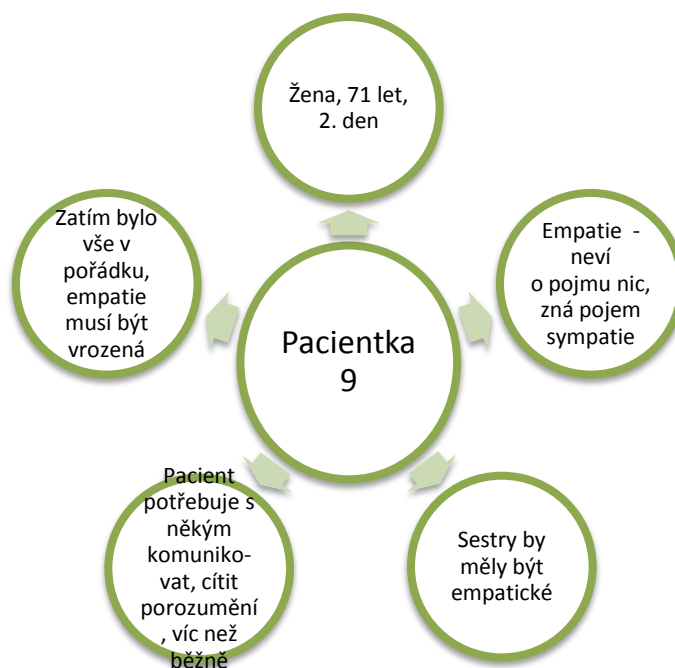
Pacientka 9 je žena ve věku 71 let, toho času hospitalizována 2. den.

O pojmu empatie neví dle svých slov pacientka nic, pro další průběh rozhovoru rámcově nastíněno. Chápe a zná pojem sympatie.

Sestry by měly být empatické, protože pacient potřebuje s někým komunikovat, cítit porozumění, v tom, že je nemocný, tak aby ho někdo chápal. Když je člověk nemocný a leží v nemocnici potřebuje víc pochopení než běžně, kdy mu je dobře.

Zatím to bylo od sestřiček všechno v pořádku stran empatie, snažily se vcítit do mé situace, mají práce dost, i tak byly přívětivé. Empatie musí být vrozená, jinak se s tím nic dělat nedá.

Schéma 21 – Pacientka 9



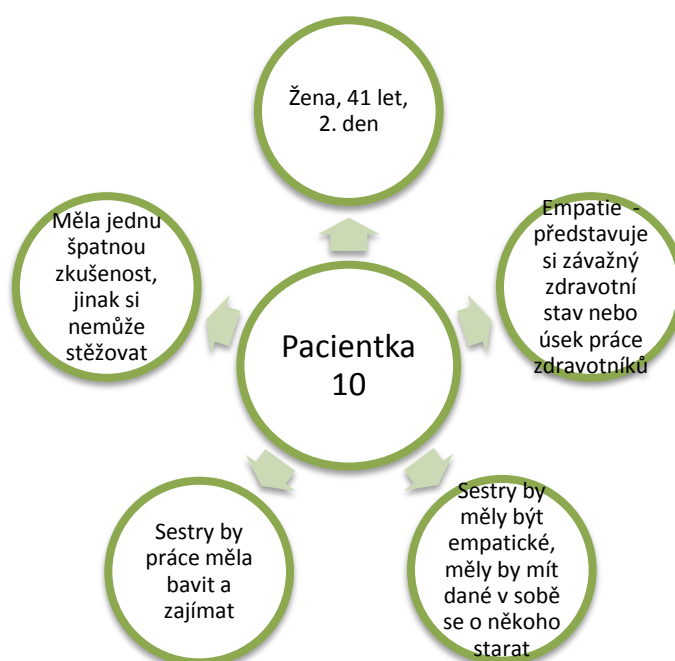
Pacientka 10

Pacientka 10 je žena ve věku 41 let, toho času hospitalizována 2. den.

Pod pojmem empatie si nejprve představuje nějaký závažný zdravotní stav, posléze jako určitý úsek práce zdravotníků. Pro další rozhovor rámcově nastíněno.

Sestry by dle pacientky empatické být měly, člověk, který chce dělat ve zdravotnictví by to měl mít dané v sobě, že se chce o lidi starat, baví ho to a zajímá. Empatie se určitě naučit nedá, musí ji mít člověk v sobě, některé sestřičky jsou příjemné, vysvětlí, co a jak, některé jsou i nepříjemné, konkrétní zkušenost měla s jednou sestrou, která se „svezla“ na chování lékaře, v ordinaci pacientka tenkrát i plakala, po odchodu z ordinace jí sestra dala tajně kontakt na jiného lékaře, který jí posléze pomohl. Jinak si nemůže stěžovat, bylo to dobré, byly sestry příjemné, mají to těžké se zmatenými pacienty.

Schéma 22 – Pacientka 10



Pacientka 11

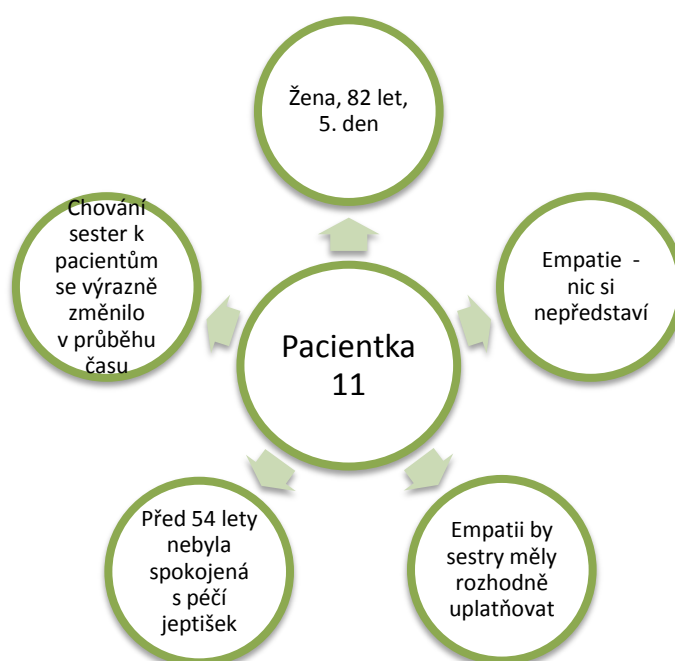
Pacientka 11 je žena ve věku 82 let, toho času hospitalizována 5. den.

Pod pojmem empatie si nic nepředstavuje. Pro další průběh rozhovoru rámcově nastíněno.

Sestry by empatii tedy rozhodně měly uplatňovat, když má člověk kolem sebe příjemné lidi, sestřičky, tak mu to dělá dobře, možná se i dřív uzdraví, pomáhá mu to, hlavně psychicky, lépe se mu, jak se říká, dýchá.

Prvně byla pacientka v nemocnici před 54 lety, když se narodila dcerka, to nebylo moc valné, sestřičky byly jeptišky, říkaly, že se obětují, vždy se nechovaly fěr. Pak byla v nemocnici až v roce 2004, to bylo výborné, chování sester vůči pacientům se výrazně změnilo, nebyly nervózní, nepříjemné.

Schéma 23 – Pacientka 11



Pacient 12

Pacient 12 je muž ve věku 60 let, toho času hospitalizovaný 1.den. V průběhu rozhovoru vyplynulo najevo, že pacient je povoláním lékař – psychiatr.

Empatie je dle pacienta psychologický termín, znamená vcítění se nebo také soucítění, představuje si pod tím souznění s pacientem. I kdyby se sestry rozkrájely, nikdy nemůžou být empatické tak, aby poznaly, jak se pacient cítí, ale je to dobře, je třeba si zachovat odstup.

Sestry by obecně měly zachovávat k pacientovi úctu, pacient by měl cítit, že je tady sestra pro něj, kus empatie musí vždy být.

Už se setkal s tím, že i lékaři dělají neprofesionální věci, v jejich vzdělávání se s etikou a profesionálním chováním skoro vůbec nepracuje, musí se naučit velké množství deskriptivních znalostí, ale tohle ne. U sester se na chování k člověku během vzdělávacího procesu přece jen víc dbá, empatie má význam ve vztahu k trpícímu člověku, aby cítil pochopení. Obecně by empatie ve zdravotnictví mělo být víc.

Schéma 24 – Pacient 12



4.4 Systematicky zpracované rozhovory s pacienty

Tabulka 10 – Chápání pojmu empatie pacienty

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Σ
Neví, co pojem znamená	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		10
Souznění s člověkem					1							1	2
Psychologický pojem							1					1	2
Zná pojem sympatie			1			1							2
Vcítění, soucítění s pacientem												1	1
Celkový počet odpovědí	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	3	17

Deset pacientů (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8, P9, P10, P11) neví, co pojem empatie znamená. Dva pacienti (P3 a P6) znají pojem sympatie. Pacienti 5 a 12 považují empatii za souznění s člověkem, pacienti 7 a 12 vědí, že pojem empatie pochází z psychologie. Pacient 12 považuje empatii za vcítění, soucítění s pacientem.

Tabulka 11 – Požadavky pacientů na empatické projevy sester

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Σ
Sestry mají být empatické	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Nikdo se nemůže vžít do druhého člověka			1										1
Sestry mají soucítit			1		1								2
Hospitalizovaný pacient má zcela odlišné potřeby					1				1				2
Potřeba intenzivní komunikace									1				1
Sestry mají zachovávat pacientovi úctu												1	1
Sestry by měly být pro pacienta												1	1
Celkový počet odpovědí	1	1	2	1	3	1	1	1	3	1	1	3	19

Většina pacientů, 11 (P1, P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12) se vyjádřilo, že sestry by měly být empatické. Pacient 3 míní, že se nikdo nemůže vžít do druhého člověka. Dva respondenti (P3, P5) vyjádřili přání, aby sestry s pacienty soucítily. Pacienti 5 a 9 dodávají, že hospitalizovaný člověk má zcela jiné potřeby než běžně. Pacient 9 zdůrazňuje intenzivní potřebu komunikace. Pacient 12 klade důraz na zachování úcty k pacientům a postoj sestry, že „je“ pro pacienta.

Tabulka 12 – Zkušenosti pacientů s empatickými projevy sester

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	Σ
Pozitivní zkušenost		1		1	1	1	1	1	1	1	1		9
Ojedinelá negativní zkušenost	1						1			1	1		4
Sestry se snaží			1										1
Empatie by ve zdravotnictví mělo být víc												1	1
Celkový počet odpovědí	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	15

Devět pacientů (P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11) uvedlo pozitivní zkušenost s empatickými projevy sester, z toho tři pacienti (P7, P10, P11) má také ojedinělou negativní zkušenost. Pacient 1 zažil již negativní zkušenost. Podle pacienta 3 se sestry snaží empatii poskytovat, pacient 12 zastává názor, že empatie by ve zdravotnictví mělo být víc.

5 Diskuze

Diplomová práce se zabývá tématem empatie u sester. Empatie je nepochybně nezbytnou komponentou komunikace, která tvoří důležitou součást výkonu práce sestry. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V empirické části byla použita kvalitativní metoda sběru dat, technika semidirektivního rozhovoru, respondenty se stali sestry a pacienti ochotní spolupracovat, hovořit na dané téma – empatie u sester a její projevy. U sester byly zjišťovány základní identifikační údaje, dále chápání pojmu empatie, způsob realizace empatických sester při výkonu práce, reakce pacientů na projevy empatie, míra úrovně empatie při poskytování ošetrovatelské péče dle sester, zkušenosti sester s empatií projevovanou v týmu zdravotníků mezi sebou a další témata, např. vliv dalšího studia na empatii a její rozvoj. U pacientů byly zjišťovány také identifikační údaje, tázání byli dále na chápání pojmu empatie, požadavky na empatii a její projevy od sester a zkušenosti s empatickými projevy sester.

Při analýze zjištěných výsledků nebylo překvapující, že deset sester si pod pojmem empatie představí vcítění se (Tabulka 3). To koresponduje s tvrzením Geringové, která empatii popisuje jako vcítění se, chápání druhého, porozumění jeho stavům a pocitům (11). Za velmi výstižné lze považovat mínění, kdy dle nich empatie zahrnuje také jednání takové, jaké bych si představoval/a, kdyby bylo jednáno se mnou. Zajímavý výraz, takřka neologismus, spolucítění, uvedla sestra 11, vystihuje význam empatie dle mého názoru velice přesně. I literatura popisuje empatii jako vpravení do citového stavu druhé osoby, v zeslabené míře spoluprožívání jejího stavu (57). Tvrzení sestry 3, spojující empatii s holistickým přístupem, psychika i tělo člověka je citlivé na různé druhy stresů, účinná intervence sester bere v potaz na současné uspokojování fyzických i psychických potřeb člověka (32). Jen jedna sestra si empatii spojuje s vyslechnutím pacienta. Vyslechnutí – aktivní naslouchání je dle mého názoru nejen v ošetrovatelství hodně opomíjeno. Od sester je požadováno empatické naslouchání a jasná interpretace verbálních a neverbálních projevů pacientů (42). Aktivní empatické naslouchání je vyšším stupněm naslouchání, kdy sestra neradí, neřeší, nepřijímá zodpovědnost (43).

Empatii jako za jednu z náplně práce sester považuje sestra 4, s čímž je možné se ztotožnit. I za nepříliš dlouhou dobu své odborné praxe se během každé služby přesvědčuji o tom, jak je komunikace nezbytná a jak moc pacienti potřebují vlídný empatický přístup a dostatek informací. Emoční a sociální podpora poskytovaná pacientům by měla mít ochranný vliv na jejich zdraví (16). V práci sestry zaujímá komunikace zcela výlučné místo, je součástí profesionálního vybavení. Komunikace je základ veškerých činností, které sestry vykonávají (31, 15). Poměrně logicky tedy vyznívá názor šesti sester (Tabulka 4), že empatické projevy realizují prostřednictvím komunikace, včetně vysvětlování prováděných ošetrovatelských úkonů a sdělování konkrétních informací pacientům. Zaznělo i pět tvrzení uvádějících realizaci empatických projevů za pomoci rozhovorů s pacienty. Rozhovory s pacienty spadají do kategorie terapeutické komunikace, ta zahrnuje vedení nedirektivních rozhovorů s pacienty. Sestra během rozhovoru dává najevo akceptaci, zájem, empatii, iniciativa je ovšem přenechána na pacientovi (31). Sestry poukazují na fakt, že se mnohy dozví od pacientů i informace, které vědět ani nechtějí, ať jde o záležitost rodinné či příliš osobní. Dále důraz na užití neverbální komunikace včetně úsměvu kladou tři sestry. Obecně lze tedy konstatovat, že sestry kladou důraz na užití komunikace při uplatňování empatických projevů vůči pacientům.

Na první pohled možná negativně působící, ale dle mého názoru velice pravdivé, je tvrzení sestry 9, která k realizaci empatických projevů sestrami zahrnuje také současné udržení odstupu od pacientů. Tak lze podle sestry dobře udržovat vlastní psychickou rovnováhu. Udržení odstupu ale doporučuje i pacient 12, lékař. Obdobně se vyjadřuje i odborný zdroj, udává fakt, že i empatie má své hranice, musí být profesionální, prospěje pacientovi, ale zároveň neublíží psychice sestry (30). Dle sestry 9 si také nelze zcela připouštět problémy pacientů, ze stejných důvodů. Zároveň tato sestra i další dvě sestry uvádějí jako možnost realizace empatie vstřícný přístup k pacientům, zájem o pacienty.

Na výše uvedené empatické projevy tedy sestry dle svých slov zaznamenávají převážně pozitivní reakce pacientů (Tabulka 5), podle dvou sester jsou pacienti spíše překvapení, protože s tímto přístupem nemají mnoho zkušeností, což lze považovat za

lehce znepokojující fakt. Nejsou známy bližší informace o pacientech, mohlo jít i o pacienty, kteří byli hospitalizováni po dlouhé době nebo se již setkali s nevstřícným chováním zdravotníků. Zaznělo také vyjádření, že pacienti působí klidněji díky empatickým projevům a také žádná zpozorovaná reakce ze strany pacientů.

Osobně se mohu ztotožnit s tvrzením dvou sester o fungování rovnítka slušného a chápavého přístupu, který posléze funguje oboustranně. Několik sester má zkušenost výraznější odezvy na empatické projevy od starších pacientů a také od žen. Možná je to způsobeno osamělostí a eventuelní sociální izolací seniorů, kdy během hospitalizace využívají možné příležitosti ke kontaktu s druhými. Sestra 12 s dlouholetými pracovními zkušenostmi se ve smyslu, kdy pacienti jsou podle ní mnohdy spíše pasivními příjemci péče a bezmezně důvěřují lékařům. Přetrvává tedy ještě paternalistický přístup ze strany zdravotníků k pacientům? Nebo jsou pacienti na tento přístup stále navyklí?

Osm sester se domnívá, že v ošetrovatelství je málo empatie (Tabulka 6, 7). Jde o znepokojující fakt. Jako nejčastější příčinu uvádějí sestry malé množství času, také velké požadavky na práce sester s dokumentací, kdy přes administrativní činnosti není čas na kontakt s pacienty. Bylo by jistě přínosné vytvořit další výzkum, který by se zabýval množstvím přímého času, který sestry stráví se samotnými pacienty a kolik času věnuje administrativním a přípravným záležitostem. Dle vlastních zkušeností je ale ošetrovatelská dokumentace často až příliš obsáhlá, některé informace se zaznamenávají duplicitně. Sestry dále dodávají, že by bylo vhodné v oblasti empatických projevů přidat, jiné sestry ale důrazně sdělují, že sestry jsou empatie velice dobře schopny a případně poskytují empatii podle svých sil. Jen jedna sestra je zastánkyní názoru o dobré úrovni empatii u sester.

Je možné se ztotožnit s tvrzením sestry 12, kdy vždy jen záleží na konkrétní sestře, jakou má empatie úroveň. Zaznělo i důležité tvrzení, že empatie vyžaduje jednoznačně čas, navázání vztahu k pacientům při jejich rychlém obratu a krátké době hospitalizace je problematické. I sestra 3 se vyjádřila v témže smyslu – kdyby bylo více času, bylo by i více empatie. Opravdu ale nelze projevit empatii i během krátkého kontaktu s pacientem? Je situace natolik tristní, jak sestry vypovídají? Nebo je nedostatek času

zástupným problémem? Nebo sestry podceňují své komunikační schopnosti zahrnují i empatii? Sama jakožto příslušnice sesterského stavu nejsem schopna objektivně odpovědět. Jistě není možné během krátké doby navazovat k pacientům hluboké lidské stavy, ale i během krátké rozmluvy lze pacientům vyjádřit porozumění. Empatická sestra usiluje o vnímání, poznávání a pochopení vnitřního světa pacienta a sleduje svět z jeho pohledu (20). Ovšem i Sanders uvádí, že schopnost empatie zcela jistě zhoršuje časová tíseň (48).

Téma vzájemné empatie mezi zdravotníky (Tabulka 8) vyvolalo mezi respondenty – sestrami různorodé reakce. Pět sester se se vzájemně empatickým přístupem již v minulosti setkala. Sestry s delší dobou praxe uváděly, že se s tímto jevem v minulosti setkaly, v posledních letech pozorují spíše úpadek. Zaznělo také tvrzení, že se členové týmu ve zdravotnictví také málo znají. Jde o mírně nostalgické vzpomínky nebo se lidé – kolegové opravdu vzájemně odcizují a neznají se? Opravdu jev vzájemné empatie mezi zdravotníky selhává? Sestra 1 ještě poukázala na své těžkosti jakožto sestry absolventky, kdy nastoupila do pracovního procesu a setkala se s množstvím pro ni nových věcí. Ne vždy se se potkala se vstřícným přístupem kolegyně, dokonce měla pocit neplavce hozeného do hluboké vody. Tento začátek adaptačního procesu nebyl pro sestru jistě jistě jednoduchý. Samozřejmě je nutné uznat, že zaučování sestry po nástupu je během denního ruchu také náročné. Čtyři sestry považují za velice pozitivní, když empatie funguje, některé sestry s vyjádřily, že empatie funguje spíše mezi sestrami než mezi sestrami a lékaři. Jedná se asi o logický jev, je jednodušší chápat a brát ohledy na pracovníka stejné profese, který má zhruba stejný okruh znalostí a dovedností. Navíc, jak se vyjádřil, pacient 12 – lékař, sestry jsou empatickému přístupu spíše vedeny během svého vzdělávacího procesu, kdežto u lékařů je kladen větší důraz na deskriptivní znalosti. Vzdělání sestry je co znalostně méně obsáhlé, ale více pestré, větší důraz je kladen na humanitní vědy jako psychologie, komunikace, etika, sociologie. Sestry s pacienty vzájemně prožívají vzestupy a pády moderní medicíny. Ostatní sestry udávaly jako příčiny nefungující empatie více shonu, úbytek rodinného prostředí, jednání každý jen „sám za sebe“. Jistě musí každý pracovník přijmout zodpovědnost a být odpovědný za své výkony, ale možná by vstřícnější a chápající přístup mezi

spolupracovníky ve zdravotnictví na různých pozicích napomohl k lepšímu zvládnání stresu a pracovního zatížení. Záleží ale na každém jedinci, tak prezentuje svůj názor sestra 12. Sestra 2 míní, že mezi sestrami probíhá i jakási amatérská supervize. Supervizní setkání vedená profesionály v našich zdravotnických zařízeních ještě zcela nezdomácněla. I podle mé vlastní zkušenosti amatérské supervize probíhají, často během předávání služby. Když si sestry navzájem důvěřují, je možné se vzájemně svěřit s mnohými profesními záležitostmi. Provází to velmi očistný účinek.

Sestra 3 upozornila také na problematiku péče o pozůstalé. Lze jen souhlasit s jejím tvrzením, kdy na většině nemocničních odděleních chybí prostor, klidná místnost, kde by probíhala komunikace zdravotníků s pozůstalými, kde by byly předávány předměty zemřelého z pozůstalosti. Z praxe je známo, že jde obvykle o emotivní a stresující záležitost, která mnohdy probíhá v pozadí ruchu každodenního shonu na oddělení. Sestra dále v systému zdravotnictví nepostrádá snad ani tolik sestry jako více pracovníků, kteří by se věnovali rehabilitaci pacientů, péči o jejich psychiku. Nezbyvá než zcela souhlasit, v této oblasti péče se dodnes nachází mezery. Několik sester se také zmínilo o obtížnosti projevit se empaticky, pokud mají samy nějaký problém, nejsou v dobré kondici. I únava sestry v tomto směru značně omezuje. Odborná literatura uvádí jako faktory negativně ovlivňující empatii choroby, nenávisť, záporné emoce, egoismus, neurotické stavy, neuspokojené potřeby, stresové a frustrující situace (20). Vcítění do druhých lidí je méně možné, pokud se sestra příliš zabývá svými záležitostmi, vlastními myšlenkami (48). Dle sestry 5 s třicetiletou odbornou praxí je znát i postupující věk, který provází větší únava a nastupující zdravotní potíže.

Zjišťovány byly také názory sester na případný vliv studia na rozvoj empatie a rozvoj znalostí o empatii (Tabulka 9). Sestra 7 během pomaturitního specializačního studia získala nové poznatky z oboru psychologie, ze kterých, dle svých slov, stále profituje. Sestry 1 a 2 vzpomínaly, jak se během studia ošetrovatelství na vysoké škole na poskytování empatie v ošetrovatelské péči kladl velký důraz, získaly mnohé nové informace. Bohužel vše v praxi nelze realizovat tak, jak by bylo ideální. Sestra 10 zase během studia na vyšší odborné škole zdravotnické vnímala kladení důrazu na komunikaci s pacienty, nabyté schopnosti při své práci hodně využívá. Dvě sestry se

také dále vyjádřily, že empatii vnímají jako vrozenou, Sestra 9 dodala, že záleží na konkrétní osobě, jejich projevech, chování, nikoliv na její profesi, pozici. Žádná škola dle sestry empatii člověka nenaučí. Podle Géringové ale empatie není primárně přítomná a geneticky podmíněná. Člověk si ji osvojuje s interakcí s nejbližší vztahovou osobou, nejčastěji matkou. Míra empatie koreluje s podporujícím a láskyplným vztahem rodičů (11). Oproti tomu ale Zášková míní, že altruismus (důležitý aspekt lidské povahy, nesobecký způsob myšlení a cítění) není fixní povahovou vlastností a zejména u pracovníků pomáhajících profesí (zahrnuje i sestry) může být vhodnou motivací a výcvikem posilován a tvarován. V zahraničí jsou dokonce realizovány kurzy k rozvíjení altruismu (26). Vysoce empatictí lidé vykazují i vysokou míru altruismu (25). Dle mé zkušenosti byl hlavně při studiu na vysoké škole kladený velký důraz na empatii, chápání pacientů, jejich projevů, respekt a úctu, udržování důstojnosti. Nejsem si jista, zda by bylo přínosné realizovat např. také kurzy rozvíjející altruismus. Zášková popisuje také 3 fáze kurzů (26).

Data do výzkumné části diplomové práce byla získávána semidirektivními rozhovory se sestrami a pacienty. Některá témata sdělili respondenti spontánně, k některým bylo zapotřebí je dovést. Sestry poskytovaly rozhovory poměrně ochotně, vždy jsem se snažila najít tiché klidné prostředí, ujistila jsem sestry o zachování anonymity, protože během rozhovorů jsme se někdy dotkly i relativně citlivých témat. Pacienti byli rovněž svolní ke spolupráci. Problém nastal ve fázi, kdy většina pacientů (pochopitelně, nejsou odborníky v oboru) nevěděla, co znamená pojem empatie (Tabulka 10). Ač bylo pacientům pro další průběh rozhovoru vysvětleno, co empatie znamená (empatie je schopnost člověka vcítit se do druhého, vžít se do jeho situace, sdílet jeho pocity), byli jejich odpovědi poměrně stručné a nebylo jednoduché je „rozhovořit“. Pacienti 3 a 6 znali pojem sympatie. V historickém pojetí měřila empatie k sympatii blízko (25). Pacient 12, lékař podal ryze odborné vysvětlení pojmu. Pacient 6 se svěřil, je učitelem ve výslužbě, po vysvětlení si pojem vybavil, klade na něj při práci sester velký důraz, velkou roli hraje empatie i u učitelů. Pacienti se tedy ve shodli, sestry by podle nich měly být empatické (Tabulka 11). Obdobné je i vyjádření Bánovčínové, práce sestry zahrnuje vztah k pacientům i jejich rodinám, s kolegy ve

zdravotnickém týmu, empatie by měla být považována za základní předpoklad ošetrovatelské praxe a využívána jako prostředek k dosahování ošetrovatelských cílů (2). Pacientka 2 jako svou zkušenost velice emotivně popsala konkrétní prožitou situaci, pozitivní zkušenost. Oproti tomu pacientka 10 barvitě líčila neempatický a neprofesionální přístup zdravotníků, který v minulosti zažila. Pacientovi 1 se v minulosti stalo, že se setkal s nepříjemným a neempatickým chováním sestry, občas, dle svého tvrzení. Příčinu přikládá povaze sester, ale také pracovnímu vytížení, únavě. Tento názor, ovlivnění úrovně empatie únavou, uvedly i sestry. V případě vlastní únavy a vlastních problémů jim empatické projevy činí potíže. Tento pacient nepozoroval, že by empatické projevy záležely na věku sester, záleží údajně na povaze sestry. Toto mínění sdílely i některé sestry. Oproti tomu pacientka 2 měla pozitivní zkušenost spíše s mladšími sestrami, údajně mají k člověku blíže. Pacient 3 se v době realizace rozhovoru nacházel v obtížné životní situaci. Podle něj se prakticky nikdo nemůže vžít do situace pacienta, sestry ale mohou svým způsobem soucítit, záleží na každé sestře jako člověku.

Pacient 7 má za svůj život bohaté zkušenosti s hospitalizacemi, nepříjemný mu je příliš formální přístup, se kterým se setkal. Pacient sděluje poměrně zásadní pravdivou myšlenku, totiž že empatie stojí na komunikaci. Komunikace je neopakovatelná, nelze jí vrátit, protože se všichni a všechno neustále mění (4). Empatie bývá označována i jako komunikační proces, sestra vnímá emoce a myšlenky pacienta, vyjadřuje mu porozumění (36). Zkušenosti pacientů shrnuje tabulka 12.

Až v průběhu rozhovoru s pacientem 12 vyplynulo, že je povoláním lékař, psychiatr. I přes prvotní váhání byl tento respondent do výzkumné části zahrnut, názory lékaře v roli pacienta přinesly oživení, zcela jiný pohled na danou problematiku.

Bylo překvapivé, že došlo k zásadním rozporům v názorech sester a pacientů na míru empatických projevů sester. Pacienti jsou v zásadě s empatickými projevy sester spokojeni, sestry nikoli, považují je za nedostačující. Čím je tento rozpor způsoben? Podceňují sestry úroveň svých empatických projevů? Mají nereálné představy a cíle? Vnímají pacienti realitu nadneseně? Mají malé požadavky na empatii od sester?

Diplomová práce každopádně pracovala s malým vzorkem respondentů, šlo spíše o vyjádření pocitů, domněnek, zkušeností konkrétních jedinců.

Vzhledem k dosaženým výsledkům byly stanoveny tři hypotézy.

H₁: Převážná většina sester definuje empatii jako vcítění.

H₂: Větší část pacientů není o pojmu empatie příliš informována.

H₃: Pokud se pacienti dozví o pojmu empatie, domnívají se, že jim zpříjemňuje poskytovanou ošetrovatelskou péči.

6 Závěr

V diplomové práci s názvem Empatie u sester jsem se zabývala problematikou tohoto významného jevu, který provází náš sociální život. Protože ošetrovatelství se vyznačuje vysokou mírou kontaktu s lidmi a komunikace, je s ním empatie neoddělitelně spojena.

Zvoleny byly dva cíle. První si kladl za úkol zmapovat mínění sester a pacientů o projevech empatie při poskytování ošetrovatelské péče. Druhým cíle bylo porovnat mínění sester a pacientů a popsat zjištěné rozdíly.

Výsledkem kvalitativního výzkumného šetření pak bylo zodpovězení tří výzkumných otázek. A) Vnímají pacienti projevy empatie sester při poskytování ošetrovatelské péče jako dostačující? Pacienti se vyjádřili převážně o pozitivních zkušenostech s projevy empatie sester, ač s ojedinělou negativní zkušeností. Vnímání projevů empatie pacienty je tedy možné shrnout jako dostačující. B) Vnímají sestry projevy empatie sester jako dostačující? Sestry dle uvedených výpovědí nevnímají projevy empatie vůči pacientů jako dostačující, projevují nespokojenost, jako hlavní příčinu uvádějí v souhrnu především časovou tíseň. C) Jaké jsou rozdíly projevů empatie sester mezi pacienty a sestrami? Základní problém vznikl vzhledem k tomu, že většina pacientů se s pojmem empatie setkala poprvé, neměli tedy žádný koncept, tím vznikl zásadní rozdíl v porozumění pojmu mezi sestrami a pacienty. Pokud sestry vnímají empatii jako vstřícnou komunikaci, jejich pojetí se od pojetí pacientů příliš nelišilo, zatímco pacienti byli převážně spokojeni, sestry byly více kritické. Lze souhrnně vyjádřit, že sestry vnímají projevy empatie vůči pacientům jako vstřícnou komunikaci včetně odpovídajících neverbálních projevů, dostatečné informovanosti pacientů. Vzhledem k výše zodpovězeným výzkumným otázkám je zřejmý rozdíl mezi vnímání míry projevů empatie mezi pacienty a sestrami.

Diplomová práce může být využita ve výuce při výuce studentů připravujících se na nelékařské zdravotnické profese, kteří přicházejí do kontaktu a komunikují s pacienty, zejména sester.

Vzhledem k uvedeným výsledkům, kdy sestry poukazují na časovou tíseň, která znesnadňuje až znemožňuje projevy empatie vůči pacientům, by bylo vhodné provést další výzkum. Ten by zjišťoval množství času, který sestry stráví přímým kontaktem a komunikací s pacientem a který věnuje přípravným a administrativním činnostem. Výsledky nynějšího i možného dalšího výzkumu by bylo možné poskytnout vedoucím pracovníkům jako prostředek ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1.vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. BÁNOVČINOVÁ, L. – BUBENÍKOVÁ, M. Empatia v ošetrovatel'stve. *Ošetrovatel'ství a porodní asistence*. 2011. roč.2. č. 1, s. 165-170. ISSN 1804-2740.
3. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
4. ČECHOVÁ, V. – MELLANOVÁ, A. a kol. *Speciální psychologie*. 4.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 173 s. ISBN 80-7213-386-4.
5. DE VITO, J.A. *Základy mezilidské komunikace*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
6. DINKINS, C. Ethics: Beyond Patient Care: Practicing Empathy in the Workplace. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* [online]. 2011, Vol. 16, No. 2 [cit. 2012-06-04]. DOI: DOI:10.3912/OJIN.Vol16No02EthCol01.
Dostupné z:
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Ethics/Empathy-in-the-Workplace.html>

7. Empathie. In: *Lexikon für Psychologie und Pädagogik* [online]. 2010 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://lexikon.stangl.eu/1095/empathie/>
8. Empathy: A Philosophical Investigation. In: BRANNAN, A. *The Rational Nurse* [online]. 2005 [cit. 2012-06-20]. Dostupné z: <http://therationalnurse.thinkertothinker.com/2005/11/18/empathy-a-philosophical-investigation/>
9. ERBOVÁ, G. – KOZIEROVÁ, B. – OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
10. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatel'ství – teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. 209 s. ISBN 80-8063-227-8.
11. GÉRINGOVÁ, J. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. 1.vyd. Praha: Triton, 2011. 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.
12. HANZLÍKOVÁ, A. Humanistický model ošetrovatel'skej starostlivosti. In: *Nové trendy v ošetrovatel'ství V.: Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. jihočeské ošetrovatelské dny*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 116-120. ISBN 80-7040-884-7.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatel'ství 5: Manuálek o etice*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.

14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3.vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
15. HORŇÁKOVÁ, A. – ŠTEFKOVÁ, G. Specifika komunikace ve zdravotnické profesi. *Sestra*. 2009. roč.19, č.5, s.30. ISSN 1210-0404.
16. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
17. KALÁTOVÁ, D. – SEDLÁKOVÁ, G. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. 1.vyd. Praha: Triton, 2010. 140 s. ISBN 978-80-7387-412-4.
18. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 6.vyd. Praha: Portál, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7367-922-4.
19. KRÁLOVÁ, J. – PÁRTLOVÁ, M. Empatie na pracovišti. *Sestra*. 2006. roč.16, č. 10, s. 24-25. ISSN 1210-0404.
20. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. – PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.

22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Povídej – naslouchám*. 1.vyd. Praha: Návrat, 1993. 105 s. ISBN 80-85495-18-X.
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.
24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
25. KUBICOVÁ, A. Empatie jako kvalita v pomáhajícím vztahu. In: *Afiliace 2006* [online]. 2006 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://conferences.jcu.cz/affiliation2006/Articles/kubicova>
26. KUBICOVÁ, A. – ZÁŠKODNÁ, H. a kol. *Prosociální chování a jeho rozvíjení u pomáhajících profesí*. 1.vyd. Ostrava: Algoritmus, 2009. 134 s. ISBN 978-80-902491-1-0.
27. KULKA, J. Syndrom vyhoření. *Arcana* [online]. 2005 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://www.arcana.cz/texty/causa-subita/syndrom-vyhoreni/>
28. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
29. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

30. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
31. MAHROVÁ, G. – VENGLÁŘOVÁ, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
32. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
33. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství: Systémový přístup I.díl*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
34. MERCER, S. – REYNOLDS, W. Empathy and quality of care. *BJGP: British Journal of General Practice* [online]. 2002, č. 54 [cit. 2012-06-04]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/pdf/12389763.pdf>
35. MLČÁK, Z. - H. ZÁŠKODNÁ. Analýza vztahu mezi prosociálními tendencemi, empatií a pětifaktorovým modelem osobnosti u studentek pomáhajících oborů. In: *Afiliace 2006* [online]. 2006 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://conferences.jcu.cz/affiliation2006/Articles/mlcak/>
36. MLČÁK, Z. – ZÁŠKODNÁ, H. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. 391 s. ISBN 978-80-7387-306-6.

37. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1.vyd. Praha: Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.
38. NYKL, L. *Pozvání do rogersovské psychologie*. 1.vyd. Brno: Barrister & Principal, 2004. 137 s. ISBN 80-86598-69-1.
39. OLŠOVSKÝ, J. *Slovník filosofických pojmů současnosti*. 2.vyd. Praha: Academia, 2005. 261 s. ISBN 80-200-1266-4.
40. PAULÍK, K. Empatie, afiliace, prosociální chování a pracovní zátěž v pomáhajících profesích. In: *Afiliace 2006* [online]. 2006 [cit.2012-06-10]. Dostupné z: <http://conferences.jcu.cz/affiliation2006/Articles/article.2007-03-03.3738024272/>
41. PLÁŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 146 s. ISBN 80-247-0858-2.
42. PLEVOVÁ, I. ET AL. *Ošetřovatelství I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
43. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
44. POLÁCHOVÁ, E. Empatie v ošetřovatelském kontextu. *Sestra*. 2009. roč 19, č. 10, s. 18. ISSN 1210-0404.

45. PREKOP, J. *Empatie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 131 s. ISBN 80-247-0672-5.
46. RICHARDS, A. – EDWARDS, S. *Repetorium pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
47. ROGERS, C.R. *Způsob bytí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 292 s. ISBN 80-7178-233-5.
48. SAUNDERS, E. O altruismu. In: *Afiliace 2006* [online]. 2006 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://conferences.jcu.cz/affiliation2006/Articles/saunders>
49. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
50. ŠIMEK, J. – ŠPALEK, V. *Filosofické základy lékařské etiky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 112 s. ISBN 80-247-0440-4.
51. TOMAGOVÁ, M. – BÓRIKOVÁ, I. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2008. 196 s. ISBN 80-8063-270-0.
52. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1. ,
53. TRACHTOVÁ, E. *Potreby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

54. VYMĚTAL, L. – REZKOVÁ, V. *Rogersovký přístup k dospělým a dětem*. 2.vyd. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-561-X.
55. WECKERT, A. Empathie in der Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger*. 2011. Jahrg.50, N. 06, S. 540-543. ISSN 0340-5303.
56. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatel'ský slovník*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.
57. ŽIŽKOVÁ, B. Empatie a syndrom vyhoření v pomáhajících profesích. In: *Afiliace 2006* [online]. 2006 [cit. 2012-06-10]. Dostupné z: <http://conferences.jcu.cz/affiliation2006/Articles/zizkova>

8 Klíčová slova

Altruismus

Empatie

Komunikace

Ošetřovatelství

Sestra

9 Přílohy

Příloha 1 : Témata k semidirektivním rozhovorům pro sestry

Příloha 2: Témata k semidirektivním rozhovorům pro pacienty

Příloha 1 : Témata k semidirektivním rozhovorům pro sestry

- Chápání pojmu empatie
- Realizace empatických projevů vůči pacientům
- Reakce pacientů na empatické projevy
- Míra empatie ve zdravotnictví
- Empatie vůči spolupracovníkům

Zdroj: vlastní výzkum

Příloha 2 : Témata k semidirektivním rozhovorům pro pacienty

- Chápání pojmu empatie
- Požadavky na empatické projevy sester
- Zkušenosti s empatickými projevy sester

Zdroj: vlastní výzkum