



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Na pacienta orientovaná péče

Vypracovala: Marcela Waldsbergerová
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
České Budějovice 2015

Abstrakt

Název bakalářské práce

Na pacienta orientovaná péče

Současný stav

Na pacienta orientovaná péče je termín, který patří k modernímu ošetřovatelství a zdůrazňuje holistický přístup. Díky němu je pacient vnímán jako komplexní osoba se svými bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami. Ošetřovatelská péče vycházející z těchto principů by měla odpovídat individuálním potřebám pacienta. Proto klade důraz na komunikaci, partnerský vztah, etické aspekty přístupu a podporuje aktivní spolupráci pacientů a jejich rodin s ošetřujícím personálem.

Východiskem bakalářské práce je vymezení pojmu „na pacienta orientovaná péče“. V české literatuře je definován v koncepci českého ošetřovatelství jako péče zaměřená na problémy pacienta nikoli pouze na výkony s péčí spojené. Toto je jediná konkrétní definice, která byla v české odborné literatuře týkající se tohoto tématu nalezena. Proto bylo nevyhnutelné zaměřit se na odbornou literaturu zahraniční, která poskytuje konkrétnější vymezení. Podává informace o tom, co je nevyhnutelným předpokladem poskytování péče orientované na pacienta a také jakým způsobem ji lze začlenit jako nutnou součást do celého systému péče.

Pro pochopení tématu je nezbytným předpokladem historický exkurs. Práce se věnuje stručné analýze historických souvislostí při ošetřování nemocných a zhodnocení míry péče orientované na pacienta. Následující kapitola se zabývá obecnější rovinou péče, do níž náleží teoretická východiska ošetřovatelství. Dále je práce koncipována na základě vymezení pojmu na pacienta orientované péče. Věnuje se důležité složce procesu zdravotní péče – vztahem pacientů a ošetřujících. Vymezuje zároveň, co je potřeba k posílení tohoto vztahu, který by měl respektovat etické principy péče a být založen více na demokratickém přístupu, tzn. partnerství i aktivní účasti pacienta/klienta.

Cíle práce a výzkumné otázky

Prvním cílem je vymezení pojmu „na pacienta orientovaná péče“.

Druhým cílem je zjistit, jak je aplikována na pacienta orientovaná péče do praxe.

Výzkumné otázky:

1. Jakou formou se realizovala na pacienta orientovaná péče v historii ošetrovatelství?
2. Jak je charakterizována na pacienta orientovaná péče v naší a zahraniční literatuře?
3. Jaké předpoklady jsou potřebné pro naplnění této péče?
4. Jaké je postavení nových přístupových metod v péči orientované na pacienta?

Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru

Bakalářská práce je zpracována pouze v teoretické rovině. K naplnění cílů práce byla použita metoda analýzy dokumentů. Sběr dat byl uskutečněn prostřednictvím dvou samostatných na sebe navazujících procesů. Jednalo se o rešeršní a analyticko-komparační činnost.

Ve výzkumné práci bylo čerpáno celkem z 83 odborných publikací, z nichž bylo 55 monografií, 22 článků a 6 virtuálních zdrojů.

Výsledky

Z výzkumného šetření vyplývá, že názory všech odborníků našich i zahraničních se v podstatě shodují. Komparace zdrojů byla uskutečněna s ohledem na vymezení tohoto pojmu, tak jak se historicky vyvíjel a jeho pojetí bylo postupně implementováno do praxe a výuky na praxi připravující. O přístupu orientovaném na pacienta v podstatě nikdo nepolemizuje a jeho přínosy jsou všemi autory hodnoceny jako pozitivní a důležité. Pokud by bylo možné hledat rozdíly, jednalo by se spíše o problémy v realizování na pacienta zaměřené péče, nikoli však o podstatu věci, o hodnotu partnerského a zároveň pacientova aktivního přístupu, do jisté míry založeného na rovnosti obou zúčastněných stran.

Závěr

Bakalářská práce vymezuje pojem „na pacienta orientovaná péče“, přibližuje, jakým způsobem se tento pojem užívá v naší i zahraniční odborné literatuře s ohledem na historické souvislosti a pomocí jakých metod je implementován do praxe.

V Americe je otázka na pacienta orientované péče stěžejním východiskem výzkumu, je na ni soustředěna pozornost a je často publikovaným tématem. Také v Rakousku je znám konkrétní projekt. Měl by pomoci začlenit koncept na pacienta orientované péče do veřejného zdravotnického systému. V České republice je pojetí této péče definováno Konceptí českého ošetřovatelství. Ta stanovuje metodiku ošetřovatelství, kterou je ošetřovatelský proces specificky orientovaný na pacienta.

Výsledky výzkumného šetření budou použity jako zdroj informací k seminářům na dané téma, které by měly být sebereflexí pro každého zdravotníka. Je třeba dosáhnout větší shody v hodnocení péče orientované na pacienta tak, aby byla skutečně realizována v pacientův prospěch.

Klíčová slova

na pacienta orientovaná péče, holismus, komunikace, etické principy

Abstract

The Patient-oriented Care

Present situation

Patient-oriented care (also patient-centred care) pertains to the modern health care. It is based on the holistic approach. The patient is viewed as a complex personality with his/her bio-psycho-social and spiritual preferences, needs and values. According to these principles, the care providers should be responsive to the individual patient's needs. The communication with the patient, partners' relationship between the patient and the care provider as well as ethical aspects are seen as essential, supporting an active cooperation of the patients, their families and the people from caring profession.

The first issue of this bachelor's thesis is defining the "patient oriented care". In the conception of the Czech health care it is understood as a care focused rather on the patient's problems than on the particular medical procedures involved in the care. No other definition has been found in the Czech literature. Research in the foreign literature, for it presents more thorough definition of the topic. The foreign resources inform of the necessary preconditions of the patient-oriented care as well as how it can be incorporated in the healthcare and social care system as its necessary component.

In next part of the thesis a look into history seemed useful for understanding the topic. A brief analysis of the historical circumstances of taking care of the sick is presented with focus on the care oriented to the patient.

The following chapter deals with a wider view of the health care, namely with the theoretical roots of the health care. The concept of the patient-oriented care is the basis for remaining part of the thesis. The relationship between patients and the caring staff is presented as the major component of the health care process. Steps leading to strengthening the relationship between the two sides of the process are suggested. It is supposed to be based on democratic approach, such as partnership and active involvement of the patient/client, taking into account the ethical principles of the care.

Aims of the work and research questions

The first objective is the definition of the concept of „patient-oriented care” The second objective is to find out which is the way of application the patient oriented care by caring staff.

Research questions:

- 1) In what manner was the patient oriented care applied during the healthcare history?
- 2) What are the conceptual characteristics of the patient-centered care at home and abroad?
- 3) Which are the preconditions needed for applying this sort of care?
- 4) What is the place of various approaches in the patient-oriented care?

Methodology

The thesis has been written on the theoretical level only. The content analysis method has been applied, the data collection consisted of two independent and consequent processes: the study of the scientific sources (gradual data collection) and the following analytical-comparative activity.

Research group

In the course of the research, 83 specialised resources have been used, namely 55 monographs, 22 articles and 6 virtual resources.

Results

The results of the investigation suggest, that the opinions of the professional both domestic and foreign are in accordance. Comparing of the resources has been done with

respect to definition of the concept in the course of historical development and its gradual implementation into common practice and to practice-oriented instruction.

There are no polemics concerning the patient-oriented care. Its benefits are generally considered positive and important. Possible minor differences might concern problems in the implementation of the patient-oriented care. There is no difference in acceptance of the core of the matter – the value of the partnership of the patient and the staff on one hand, and the patient's active approach which is to an extent based on the equality of the two participating sides.

Conclusion

The thesis deals with the definition of the concept of the patient-oriented care, It informs how the term is used in the domestic and foreign literature with respect to the historical context, and how is the concept being put into practice. The problematics is treated thoroughly in America., as can be seen from the high number of the articles published on this topic. A particular project is under run in Austria. It is supposed to help incorporate the patient-centered care into the public health care system. In the Czech Republic the conception of the patient-oriented care is included in the Czech conception of health care, which defines the health care methodology.

Outcomes of the survey will be used as an information source for seminar courses of the topic. These courses shall be self-reflection for every medical staff. It is high importance to get greater common understanding at patient oriented health care valuation that it is really processed in favour of patient himself.

Key words

Patient Oriented Health Care, Holism, Communication, Ethical Principles

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci 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 bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – 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 11. 8. 2015

.....

Marcela Waldsbergerová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Marii Trešlové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a laskavý přístup. Mé poděkování patří také všem, kteří mi byli inspirací a pomocí v mé profesi. Knihovnicím děkuji za vstřícnost při rešeršní činnosti. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině za trpělivost a zázemí při studiu.

Obsah

Úvod	13
1 Cíle práce a výzkumné otázky	14
2 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru	15
3 Současný stav	16
3.1 Vymezení pojmu „na pacienta orientovaná péče“	16
4 Na pacienta orientovaná integrovaná péče podle rakouského modelu	19
5 Charakteristika ošetřovatelství a hlavní teoretická východiska oboru	21
5.1 Vývoj ošetřovatelství ve vztahu k pacientovi	21
5.2 Ošetřovatelství jako samostatná vědní disciplína	24
5.3 Holismus v péči orientované na pacienta	25
5.4 Ošetřovatelské modely	27
5.5 Ošetřovatelský proces	28
5.5.1 Kritické myšlení v ošetřovatelském procesu	30
5.6 Příprava zdravotnických pracovníků na povolání	31
5.6.1 Dokumenty zohledňující roli sestry	32
5.6.2 Mnichovská deklarace	33
5.6.3 Regulované povolání	33
6 Nové přístupové koncepty v péči orientované na pacienta	34
6.1 Metoda validace	34
7 Etické principy v ošetřovatelství	36
7.1 Respektování lidské důstojnosti	36
7.1.1 Respekt k autonomii pacienta	37
7.2 Práva pacientů	38
7.2.1 Informovaný souhlas pacientů	39
8 Kvalita života v péči orientované na pacienta	40
8.1 Bezpečí a kvalita ošetřovatelské péče	42
8.2 Potřeby pacienta	43
8.2.1 Potřeby fyziologické	44
8.2.2 Potřeba bezpečí a jistoty	45
8.2.3 Potřeba lásky a sounáležitosti	46

8.2.4	<i>Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty</i>	46
8.2.5	<i>Potřeba smyslu</i>	46
9	Péče o pohodu pacienta	47
9.1	Na pacienta orientovaná domácí péče.....	47
9.2	Podíl dobrovolnických organizací v péči orientované na pacienta.....	49
10	Role sestry	51
11	Vztah sestry a pacienta	52
11.1	Aktivní účast pacienta.....	53
11.1.1	<i>Kongruence, compliance, adherence</i>	55
12	Komunikace v péči orientované na pacienta	57
12.1	Empatický přístup.....	57
12.2	Evalvace, devalvace.....	58
13	Diskuze	60
14	Závěr	67
15	Použitá literatura	70
16	Seznam příloh	78

Seznam použitých zkratek

aj. – a jiné

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

ČR. – Česká republika

IOM. – Institut of Medicine (Institut medicíny)

ISQuA. – International Society for Quality in Healthcare, (Mezinárodní organizace pro hodnocení kvality a bezpečí)

JČU. – Jihočeská univerzita

MZ. – Ministerstvo zdravotnictví

MZK. – Moravská zemská knihovna

např. – například

NCO NZO. – Národní centrum ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů

NLK. – Národní lékařská knihovna

PIK. – Patientinnenorientierte integrierte Krankenbetreuung (na pacienta orientovaná integrovaná péče)

tzn. – to znamená

tzv. – takzvaná/ý/é

VŠ. – vysoká škola

VZŠ. – vyšší zdravotnická škola

WHO. – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Péče o nemocného se vyvíjela od opatrovnické péče do nynější vysoce erudované ošetrovatelské péče. Dnešní medicína dosáhla vynikající úrovně, vyvíjejí se nové diagnostické a terapeutické metody. Pacient se však v množství vyspělé přístrojové techniky cítí mnohdy ztracen. Je tedy nutno zohlednit pacienta v jeho komplexním pojetí a přihlížet k jeho pohodě fyzické, psychické, sociální i spirituální. Důležitost tohoto holistického pohledu a přístupu je nepopíratelná. Nešetkáváme se často se stížnostmi pacientů na kvalitu odborného ošetření, ale spíše na nespokojenost s chováním ze strany některých zdravotníků, s nedostatkem úcty a pochopení. Postoj zdravotnického personálu ke svému povolání je nepochybně ovlivněn mnohými reformami, kterými ošetrovatelství za poslední desetiletí prošlo, a to jak v oblasti vzdělávání, kompetencí, tak i v přístupu k nemocným. Provoz ve zdravotnických zařízeních je dnes zahlcen velkým množstvím standardizovaných dotazníků, které pacienti podepisují často bez skutečného porozumění věci. Jen zřídka slyšíme otázku, jak vlastně pacienti žijí a jak se cítí. Tento povrchní přístup se pak odráží v samotné léčbě, kdy se více než na skutečné příčiny pacientových problémů zaměřujeme na odstraňování příznaků nemoci.

Prekážka tohoto přístupu může spočívat v neochotě přijímat nové metody stejně jako v nepřipravenosti některých ošetrojících na tak náročné povolání. Není to však nedostatek fundovaného teoretického materiálu, ale stereotypy v práci a chování zdravotnického personálu, které odsuzují pečovatelské poslání k rutinní péči. Proto by se měl význam komplexního přístupu i nadále zvyšovat.

K volbě tématu „na pacienta orientovaná péče“ mne vedla má dlouhodobá zkušenost z praxe. Pracovala jsem v oblasti péče akutní i paliativní. Obě tyto různorodě zacílené oblasti mi poskytly cennou inspiraci, ale i velké množství otázek. Proto se chci ve své práci v souvislosti se zvoleným tématem zaměřit jak na teoretická východiska ošetrovatelství, tak i na opomíjené aspekty tohoto povolání, které se neobejde bez osobního nasazení a partnerského vztahu s pacientem. Porovnáním přístupu k péči orientované na pacienta v různých zemích se snažím nastínit možnosti chápání tohoto tématu z několika úhlů pohledu tak, aby byly podnětné pro práci těch, kteří péči poskytují.

1 Cíle práce a výzkumné otázky

Prvním cílem je vymezení pojmu „na pacienta orientovaná péče“.

Druhým cílem je zjistit, jak je aplikována na pacienta orientovaná péče do praxe.

Výzkumné otázky

1. Jakou formou se realizovala na pacienta orientovaná péče v historii ošetrovatelství?
2. Jak je charakterizovaná na pacienta orientovaná péče v naší a zahraniční literatuře?
3. Jaké předpoklady jsou nezbytné k naplnění na pacienta orientované péče?
4. Jaké je postavení nových přístupových metod v péči orientované na pacienta?

2 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru

Bakalářská práce je zpracována pouze v teoretické rovině. K naplnění cílů práce je použita metoda analýzy dokumentů, která se skládá ze dvou samostatných, na sebe navazujících částí. Jednalo se o systematickou rešeršní činnost (graduální konstrukce dat) a analyticko - komparační činnost – vlastní činnost s dohledanými zdroji (Švaříček, Šedřová, 2007).

Předmětem šetření byly primární dokumenty, a to především odborné články amerických autorů jasně vymezující dané téma. Sekundární dokumenty přiblížily zkoumané téma z hlediska současného pojetí ošetrovatelství a jeho koncepce tak, aby bylo patrné, že jeho základním posláním je péče orientovaná na pacienta. Začlenily tak zkoumané téma do širších souvislostí (Hendl, 2012).

Sběr dat byl realizován od září 2014 do června 2015. Část výzkumného souboru tvořily zdroje získané z rešerše zpracované Národní lékařskou knihovnou v Praze (viz příloha 1). Byla použita následující klíčová slova: na pacienta orientovaná péče, vztah sestra-pacient, důstojnost, autonomie. Klíčová slova byla vyhledávána v jazyce českém, slovenském, anglickém a německém. Časová retrospektiva nebyla vymezena vzhledem k historickým souvislostem a teoreticko-komparativnímu zaměření práce.

Další rešeršní činnost (graduální sběr dat) spočívala v práci zaměřené na dohledání dalších dostupných zdrojů, realizovanou ve specializovaných knihovnách (MZK Brno, NCO NZO Brno, Akademická knihovna JCU). Bylo vyhledáváno v online katalogích a databázích, např. Bibliographia medica Čechoslovaca, Pub Med. Z české literatury převažovaly monografie významných autorek, zabývajících se oborem ošetrovatelství a jeho východisky, etikou, komunikací, vztahy zdravotníků a pacientů, ale také články z odborných časopisů např. Kontakt, Diagnóza v ošetrovatelství, Ošetrovatelská péče. Zahraniční zdroje byly nejčastěji zastoupeny články z odborných časopisů např. After Health Reform, Annals of Family Medicine.

Práce byla obohacena o soukromý materiál zprostředkovaný Mag. Martinou Rossa, která je členkou realizačního týmu projektu PIK.

Ve výzkumné práci bylo čerpáno celkem z 83 odborných publikací, z nichž bylo 55 monografií, 22 článků a 6 virtuálních zdroj

3 Současný stav

Na pacienta orientovaná péče je součástí moderního ošetrovatelství, ve kterém je zdůrazňován holistický přístup, jehož podstatou je respekt k celistvosti a jedinečnosti každého člověka. V české odborné literatuře neexistuje širší vymezení tohoto pojmu. Koncepce českého ošetrovatelství podává tuto definici: „péče orientovaná na problémy nemocného (patient centered care) na rozdíl od ošetrovatelské péče orientované na výkony (task oriented care)“ (Pochylá, 2005, s. 36).

Obecně lze o přístupu k nemocnému přemýšlet jak z pohledu nemocného, tak z pohledu zdravotníka. Zdravotník považuje za optimální takovou péči, která odpovídá soudobé úrovni vědy i technickému pokroku. Z hlediska nemocného se ukazuje jako adekvátní taková péče, při níž má pocit uspokojení potřeb a sledává spolupráci s ošetřujícími jako sympatickou. Poskytovaná péče je tedy závislá nejen na koncepci daného oboru, ale stejně tak na mravním přesvědčení řídit se potřebami a hodnotami každého, kdo o péči žádá. Je tedy tématem aktuálním, o kterém se mluví, vyučuje, avšak v praktické rovině si s ním ošetřující často neví rady (Haškovcová, 1998).

3.1 Vymezení pojmu „na pacienta orientovaná péče“

Jeden z prvních autorů, který tento termín použil a uvědomoval si nutnost větší orientace na pacienta/klienta, byl humanistický psycholog Carl Rogers v 50. letech 20. století. Zpočátku nazýval tento způsob terapie „nedirektivním“ poradenstvím, ale kvůli kritice některých odborníků ho změnil na přístup „zaměřený na klienta“. Pro Rogerse bylo důležité pacientovo sebepojetí. Viděl pacienta v centru terapeutova zájmu, který se má zaměřit na to, co pacient/klient považuje za důležité, jak on sám sebe a svoji situaci vnímá. Rogers vycházel z teze, že klient ví nejlépe. „Je to klient, který ví, co jej zraňuje a kde leží bolest, a je to klient, jenž v konečném řešení objeví cestu vpřed“ (Mearns, Thorne, 2013, s. 13).

Rogers vymezil tři základní principy na pacienta orientované péče: *kongruence* (shoda mezi pacientem a ošetřujícím), *nepodmíněné pozitivní přijetí* pacienta/klienta terapeutem a *empatické porozumění*. Jejich předpokladem je, že dva lidé jsou ve vzájemném kontaktu, v našem pojetí v interakci sestra a pacient. Na pacienta

orientovaný přístup vyzdvihuje autenticitu, schopnost naslouchat a umění ocenit ve smyslu povzbuzení a rozvoje člověka, což vyžaduje určité dovednosti, změnu postoje a v neposlední řadě zkušenost. Ze strany klienta pak jeho spolupráci při úsilí k uzdravení. Proto poukazuje Rogers na nutnost osvojení základních dovedností, které by sestra měla uplatňovat k objevení a posílení pacientova potenciálu s ohledem na jeho zranitelnost (Mearns, Thorne, 2013).

Další charakteristiku tohoto přístupu přináší IOM. Ačkoliv výraz „na pacienta orientovaná péče“ vznikl už před několika desítkami let, do slovníku zdravotní politiky vstoupil kvůli převažujícím technokratickým postojům až v roce 2001. Autoři zdůrazňující tuto péči považují za důležité podporovat vztahy při léčení, dále vidí potřebu zlepšit vzájemnou výměnu informací, odpovídat na emoce, pomoci zvládat pacientovu nejistotu, podporovat schopnost rozhodnout se a schopnost sebeřízení. Některé organizace učinily kroky, aby této péče bylo dosaženo. Přesto není stále dostatečné povědomí o tom, co přesně tato péče znamená, jak se poskytuje a proč je důležitá. Některé zdroje jí často představují jinak, než čím ve skutečnosti je, např. zaměřenou na onemocnění, technologie, zdravotníky. *Avšak zpráva IOM ji definuje jako péči ctící pacientovy preference, hodnoty se snahou uspokojovat pacientovy problémy komplexně* (Epstein et al., 2010).

R. Epstein a R. Street (2011) si ve své práci *The Values and Value of Patient Centered Care* (Hodnoty a význam péče soustředěné na pacienta) kladou otázku, co tato péče znamená. Uvádí, že autoři na pacienta orientovaného přístupu si byli vědomi etických důsledků této péče, která je založena na hluboké úctě k pacientům jako jedinečným bytostem a na povinnosti starat se o ně tak, jak potřebují. Oproti tomu zastánci přístupu založeného na důkazech nepovažovali za významné soustředit se na individuální potřeby pacientů. Nyní akceptují, že dobrý výsledek musí být definován v termínech, které vypovídají o tom, co je smysluplné a hodnotné pro každého člověka. Ve snaze zaměřit péči více na pacienta přejímají některá zdravotnická zařízení modely hotelů se zelení, zavádí se elektronické zdravotní záznamy apod. Samotné technické inovace však nezaručí dosažení cíle této péče, pokud není posilován vztah ošetřujícího personálu k pacientovi a není zlepšena komunikace o věcech, které pacienta znepokojují. Co by tedy tato péče měla zahrnovat? Kvalitní osobní, profesionální

a organizační vztahy. Pomáhat pacientům být aktivními účastníky péče tím, že je ošetřující k této účasti motivují a snaží se jejich zájem o vlastní léčbu posílit. *Role ošetřujícího personálu se posouvá od úřední k roli, jejímž cílem je partnerství, solidarita, empatie a spolupráce.*

Dalším rozměrem na pacienta orientované péče je úroveň spolupráce pacientů a ošetřujícího personálu. Taková péče pak zlepšuje kvalitu života a proces vedoucí k uzdravení. Politici se ve spolupráci se zdravotníky zabývají různými oblastmi, jako je technologie zdravotních informací ve snaze o koncepci národní politiky na podporu této péče. Tato zdravotnická politika by měla povzbudit organizace, aby práci ošetřujících více kultivovaly vzdělávacími programy. Granty by měly být používány k rozvoji učebních osnov a pomáhat tak systému zdravotní péče v uvědomování příslibu kvality, kterou si veřejnost zaslouží a žádá (Epstein, et al., 2010).

Je nepochybné, že pacienti a jejich rodiny preferují přístup zaměřený na pacienta. Avšak nedostatky péče vnímají ve špatné komunikaci. Také mnoho studií poukazuje na odosobněný přístup ošetřujícího personálu. Tyto nedostatky je nezbytné reflektovat a zdůrazňovat snahu o pozornost k pacientovi v jeho celistvosti. Proto je na pacienta orientovaná péče zaměřena nejen na tělesnou stránku, ale patří k ní i komunikace s pacienty podporující partnerství, posilující informovanost a podporu zdraví v primární prevenci. Pokud ošetřující personál zvolí vhodné metody k překonání bariér a zajistí kontinuitu péče s ohledem na individuální potřeby a hodnoty pacienta, může dojít k nalezení společné shody, která je důležitá v procesu zaměřeném na uzdravení. Na pacienta zaměřená péče může být značně hodnotným přístupem zvláště v péči „těžce léčitelných“ pacientů (Irwin, 2006).

4 Na pacienta orientovaná integrovaná péče podle rakouského modelu

Je nutné vzít v úvahu, že každá země koncipuje svoji zdravotní politiku určitým způsobem a je ovlivněna celou řadou faktorů (socioekonomických, kulturních). Rakouský model na pacienta orientované integrované péče PIK nebyl iniciován pouze zdravotníky, kteří reflektovali nedostatky v péči orientované na pacienta. Jeho vznik umožnila podpora ze strany Vídeňské radní a zdravotní pojišťovny. Do projektu je zaangażována také Alpen – Adria Universität Klagenfurt, jež se podílí na průběžné evaluaci. Rakouské zdravotnictví řešilo otázku, jak zlepšit přístup a koordinaci ošetřujícího personálu tak, aby péče odpovídala hlavnímu hledisku, jímž je zaměření na pacienta. Hledalo rezervy a zdroje možného potenciálu, který by vedl k systémovým změnám, jež by zefektivnily péči. Právě proto se projekt zaměřil na celkovou organizaci procesu péče. Schéma 1 popisuje hlavní a dílčí cíle projektu. Hlavním cílem projektu PIK je zkvalitnění všech dimenzí ovlivňující léčebný proces tak, aby byla zajištěna spokojenost pacientů. Mezi důležité faktory patří edukace pacientů a jejich rodin, informovanost o dostupnosti zdravotnických pomůcek aj. Předmětem monitoringu tohoto projektu je přesněji definovat a hodnotit kvalitu péče, zhodnotit dostupnost údajů o službách, jejich pružnost, nebo zda reagují na potřeby občanů. Dalším cílem je zajištění kontinuity péče, tzn. lépe koordinovat práci ambulantních pracovišť, nemocnic, mobilních hospiců a navazující sociální sféry. Průzkum se také zabývá péčí o onkologické pacienty, kde stav nemocných vyžaduje širokou škálu pomoci vzhledem ke komplikacím léčby a rychlým změnám zdravotního stavu. Další důraz klade PIK na předávání informací v rámci těchto institucí. Pro tyto účely byl založen standardizovaný elektronický přenos informací a registr zaměstnanců, kteří mají k těmto údajům přístup. Takto si může celý zdravotnický systém v rámci zaangażovaných organizací předávat informace a nahradit dosavadní způsob telefonických rozhovorů nebo faxování, kde navíc nebyla dostatečně zajištěna ochrana informací. Péče by měla být účinná, hospodárná a vést ke spokojenosti pacientů a jejich rodin (Saliterer, 2009).

Schéma 1.



(Evaluationsrahmen, Saliterer, 2009, s. 1)

5 Charakteristika ošetřovatelství a hlavní teoretická východiska oboru

Role ošetřovatelství byla a nadále je nezastupitelná v komplexní péči o zdraví člověka. Vývoj oboru a rozsah poskytované péče byl ovlivňovaný především sociálními, kulturními, ekonomickými a politickými faktory. Tyto faktory působily ve vzájemné interakci, proto je důležité chápat kontinuitu vývoje nejen v historickém, ale i společenském kontextu (Farkašová, 2010).

5.1 Vývoj ošetřovatelství ve vztahu k pacientovi

Péče o nemocné v těžké životní situaci byla od dávných dob přirozenou lidskou potřebou a byla ovlivňována jak úrovní poznatků o zdraví a nemoci, tak přesvědčením a vírou, kterou lidé měli. Z tohoto pohledu můžeme ošetřování nemocných rozdělit do tří vývojových linií s určujícími hodnotami, jež rozvoj umožňovaly a zároveň limitovaly. V každé etapě působily osobnosti, které dokázaly s velkou naléhavostí vnímat potřeby člověka v nouzi.

Laické ošetřovatelství patří mezi historicky nejdelší etapu. Vzhledem k minimálním znalostem o nemocech člověka se jednalo o laickou pomoc založenou na lidovém léčitelství a intuici. Primitivní kmeny nerozuměly příčinám, proč nemoc přichází, viděly v ní útoky zlých duchů a hledaly způsob, jak zabránit jejich vlivu. Léčebné obřady vykonávali šamani tak, aby od nemocného odehnali zlé síly. K léčení využívaly tradiční přírodní zdroje. Nejsilnější motivací ve vztahu k zdravému i nemocnému člověku byla potřeba zachování rodu, který byl na síle, potenci a plné životní schopnosti svých členů existenčně závislý.

Nové vědecké poznatky starořeckého lékařství zastoupené Asklepiem, Hippokratem, Galenem významně ovlivnily vývoj medicíny. V této době se stavěly primitivní špitály a o nemocné se starali sluhové pod dohledem lékařů, kteří se nadále zaměřovali na zkoumání onemocnění a jejich příznaků. V oblasti motivace na pacienta orientované péče, vidíme posun od prostého zachování rodu k porozumění příčin nemocí (Staňková, 1996).

Charitativní ošetřovatelství vzniklo se vzestupem křesťanství a poskytovalo humánní pomoc v nemoci a utrpení. Pomoc nemocným, chudým a opuštěným vycházela z

poslání křesťanství sloužit bližnímu. Byla orientovaná na člověka v nouzi, poskytovaná většinou v klášterech, založená na lásce a milosrdenství. Péče o nemocné spočívala v poskytnutí přístřeší, oděvu, jídla a ošetření ran. První špitál byl na našem území postaven v 10. století v Praze. Za patronku českého ošetrovatelství je pokládána královská dcera Anežka Přemyslovna, později svatořečená (Farkašová, 2010). Podobně i na dalších místech českého království začaly působit ženy, jako např. Zdislava z Lemberka nebo Eliška Rejčka v Brně. Společenské postavení jim umožňovalo zakládat špitály, kde byla poskytována péče nejen nemocným, ale které měly také charakter útulků pro chudé a pocestné. Naléhavost péče v tehdejší době přiměla Anežku k vytvoření pravidel pro opatrování, která sloužila Řádu křížovníků s červenou hvězdou. Další rozvoj ošetrovatelství souvisel s častými epidemiemi a válkami, které sužovaly evropský kontinent. Katolická církev poskytovala službu nemocným a lidem v nouzi převážně v klášterech a špitálech. U novějších reformovaných církví se objevuje péče o nemocné i v domácím a komunitním prostředí. V době reformace také znovuožívá zaniklá péče diakonek, ženských služebnic. Ošetrovatelské povolání vyžadovalo velikou oddanost nemocným, proto ho nejčastěji vykonávaly ženy svobodné nebo řeholnice. Německý pastor Theodor Fliedner začal vzdělávání a péči o nemocné organizovat. Tím byla na pacienta orientovaná péče zintenzivněna teoretickou (základy farmacie) i praktickou přípravou diakonek (Staňková, 1996).

Profesionální ošetrovatelství v péči orientované na pacienta začíná být s rozvojem medicíny a působením některých osobností oproti předešlým etapám komplexnější. K tomuto posunu výrazně přispěla ve druhé polovině 19. století Florence Nightingalová, která dala oboru ošetrovatelství profesionální podobu. Zkušenosti z krymské války zásadně ovlivnily, ale i rozšířily její pohled na člověka. Využívala všech možností, které daná doba nabízela. Všimla si interakcí a propojenosti člověka s okolím a ošetřujícími a pochopila, že orientace na pacienta musí zahrnovat i starost o prostředí, ve kterém se nemocný nachází. Velký důraz kladla na etickou úroveň pečujících. Všechny tyto poznatky ji vedly k chápání medicíny a ošetrovatelství jako dvou rozdílných oborů. Svými aktivitami a opatřeními podporovala autonomní roli ošetrovatelství, a tak se začal rozvíjet obor založený na vědním pojetí a vlastní teorii. Kromě praktické pomoci začala všechny skutečnosti zapisovat a vytvářet statistiky (je považována např. za

autorku koláčových grafů). Kladla důraz na práva pacientů, na jejich zázemí a sociální pohodu. Ostatní nařízení se týkala převážně hygienických opatření, činnosti sester byly dokumentovány, informace byly evidovány a vyhodnocovány (Plevová et al., 2011). Během krymské války si ruský chirurg N. I. Pirogov uvědomil, že jako dobrovolné ošetřovatelky je potřebné zapojit i ženy. Přesto, že se jim nedostávalo velkého vzdělání (jejich přípravou byla pouze školení o hygienických zásadách), poskytovaly nemocným péči založenou na milosrdenství i solidaritě. K větší podpoře péče zaměřené na pacienta vznikaly v 19. století další organizace jako např. Červený kříž založený Henrym Dunantem, který posílil laickou pomoc. Ošetřování začalo být lépe organizované a systematické. Školení a odborné průpravy byly vystřídány systematickým vzděláváním sester v ošetřovatelských školách. V Londýně byla první ošetřovatelská škola založena Florence Nightingelovou, u nás ovlivňovaly vzdělávání např. Eliška Krásnohorská, Karolína Světlá, Sylva Macharová. Vnímaly potřebu dalšího vzdělávání a důležitost osobnostního profilu ošetřujících. Ošetřovatelství mezi válkami bylo orientované nejen na nemocné v nemocnicích, ale především v rodinách. Sestry mohly poskytovat služby samostatně i v terénu (Rozsypalová et al., 1999).

Ošetřovatelství po roce 1945 bylo v Evropě ovlivňováno poválečným stavem. Orientace na nemocné a jejich potřeby byla potlačena pod vlivem stále větších nároků lékařů na sestry, jež přebíraly činnosti, které nebyly dříve v jejich kompetenci. Můžeme říct, že poválečné období do jisté míry zastavilo rozvoj ošetřovatelství v jeho autonomním pojetí, tak jak ho zdůrazňovala Nightingelová (Jarošová, 2003). Dalším problémem tohoto období byl nedostatek kvalifikovaného ošetřujícího personálu, který ani neměl jasně vymezené postavení. Práce sester se ubírala více instrumentálním směrem, soustředila se na asistenci lékařům a podřizovala jejich hodnocení (Plevová et al., 2011). Zavádění jednotlivých poznatků do praxe bylo kvůli pomalému rozvoji teoretické základny obtížné nebo nebyly využívány vůbec. Situace vedla v různých zemích ke změnám ve zdravotnických systémech, které nebyly zaměřeny přímo na pacienta a jeho potřeby, ale na léčbu onemocnění. Systém, ve kterém není prioritou humánní stránka péče, nýbrž rutinní zajištění výkonů, nemůže v současném zdravotnictví vyhovovat a vést k uspokojení pacientových potřeb (Tóthová, 2014).

Důležitost změn si *po roce 1950* začali uvědomovat převážně v USA, kde na danou situaci v ošetrovatelství reagovaly různé osobnosti. Sítila tendence a úsilí těchto profesionálů hledat řešení a zároveň zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči. Problémy nemocných bylo nutno identifikovat, zaujmout k nim správný postoj, plánovat péči a vyvinout vlastní terminologii. Rozvíjela se ošetrovatelská diagnostika, vznikaly konceptuální modely, začaly se uplatňovat vědecké metody a zrodila se myšlenka ošetrovatelského procesu (Plevová et al., 2011).

Můžeme říci, že všechny formy ošetrovatelství jsou v určité formě zachovány a přetrvávají dodnes, jen míra využití závisí na kultuře a tradicích, ve které lidé žijí (Haškovcová, Pavlicová, 2013).

5.2 Ošetrovatelství jako samostatná vědní disciplína

Ošetrovatelství má základní humánní poslání sloužit nemocnému i zdravému člověku a starat se o jeho zdraví, které je nejvyšší hodnotou lidského života. Je tedy orientované na osobu v určitém prostředí a stavu zdraví. (Rozsypalová, Staňková et al, 1999). Moderní ošetrovatelství poprvé definovala V. A. Hendersonová slovy: „Jedinečnou úlohou sestry je pomáhat nemocnému nebo zdravému jedinci provádět činnosti, které přispívají k jeho zdraví, návratu zdraví nebo ke klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebné schopnosti, vůli a vědomosti. A dělá to tak, aby mu pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti“ (Haškovcová, Pavlicová 2013, s. 96).

Ošetrovatelství je samostatnou vědeckou disciplínou, to znamená, že poskytovaná péče je založená na poznatcích výzkumu. Má svoji *filosofii*, kterou je holismus. *Metaparadigmatem* v ošetrovatelství je člověk, jeho zdravotní stav, prostředí a ošetrovatelská činnost. *Paradigma* ošetrovatelství tvoří teorie a konceptuální modely, které reflektují zdravotní péči dané doby, v níž vznikaly. Vývoj teorií a modelů je předpokladem pro další profesionalizaci povolání. Jejich úkolem je ukázat ošetřujícím jasný směr v péči orientované na pacienta, ve vědeckých výzkumech a při vytváření učebních osnov či kurikul tak, aby byla zachována kontinuita a propojenost ošetrovatelské péče (Arets, 1999).

Protože ošetřovatelství pojímané pouze jako vědecká disciplína nemůže vyřešit všechny problémy, je nutné přístup k nemocným založit stejně tak na etických zásadách. Pacovský říká: „Věda nemůže při ošetřování nemocných vyřešit všechno, neříkejme proto, že nás zklamala. Věda klame, jen když se ji špatně tážeme“ (Pacovský, 1975, s. 14). Na morální aspekty ošetřovatelství poukazuje také Farkašová. Zdůrazňuje jeho tři důležité a neoddelitelné součásti, které sestru uschopňují k tomu, aby svým úsilím účinně pomáhala lidem ve zdraví i nemoci. Jsou jimi moudrost, láska a pomoc, symbolizované knihou, srdcem a rukou. Moudrost znamená vědu, kterou si sestra musí osvojit. Láska a pomoc jsou umění, která v sestře rozvíjí cit, empatii a vůli pomáhat (Farkašová, 2010).

Další definici ošetřovatelství, která zdůrazňuje orientaci na pacienta, poskytuje WHO. Ta jej definuje jako: „Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“ (Staňková, 2002, s. 31).

Farkašová et al. (2006) charakterizuje moderní ošetřovatelství jako organizovanou činnost založenou na bázi úzce odborného vzdělávání sester. Zdůrazňuje právo na seburčení všech pacientů a povinnost ošetřujících k nim takto přistupovat.

5.3 Holismus v péči orientované na pacienta

Na pacienta orientovaná péče je součástí holistického přístupu, který tvoří filozofický rámec principů ošetřovatelství. Anglický politik Jan Christian Smuts, který formuloval filozofické, přírodovědecké a společenské principy ve svém díle Holismus a evoluce je považován za zakladatele holismu. Uvádí, že holismus nezapomíná na humánní stránku bytí. Ve všem vidí celek skládající se z částí, které jsou určitým způsobem propojeny, takže si navzájem slouží, aby splnily hlavní účel svého poslání (Adamec, 1966).

Filozofie holismu přinesla do ošetřování nemocných hodnotový systém a stala se základem etických principů, ošetřovatelských teorií a modelů v péči orientované na pacienta. „Holistické ošetřovatelství je podmínkou zajištění komplexní individualizované ošetřovatelské péče, ve které je centrem zájmu ošetřovaný jedinec jako celostní bio-psycho-sociálně-duchovní bytost nacházející se v určitém prostředí a stavu zdraví“ (Farkašová et al., 2006, s. 48). Jeho celostní pohled na člověka mění

zásadní přístup všech ošetřujících, který byl donedávna potlačován nebo přehlížen. Historické zkušenosti ukazují, že již od dávnověku si lidé byly vědomi souvislosti mezi duševním a tělesným zdravím. Bylo a je však otázkou priorit, jak jsou tyto dvě dimenze lidské osobnosti nazírány. Už Hippokrates viděl nemocného v jeho tělesné a duševní jednotě. Známy je jeho moudrý výrok: „Je důležitější vědět jaký člověk (jakých psychických vlastností) nemoc má, než jaký druh nemoci člověk má“ (Mastiliaková, 2007, s. 22). Názor na jednotu duše a těla sdílely i civilizace po starověkém Řecku.

K zásadní změně došlo v Evropě v 17. století. Jako dvě oddělené a nepříbuzné části viděl tělo a duši zakladatel karteziánského dualismu René Descartes. Duše byla spojována s náboženstvím a doménou medicíny se stalo tělo. Biomedicínský model viděl původ nemoci v jedné konkrétní příčině, která poškozuje jednotlivé části organismu. Podle tohoto modelu můžeme poškozené části těla opravit nebo nahradit, stejně jako součástky stroje (Kebza, 2005). Holistický model nepopírá biomedicínské mechanismy onemocnění. Pokud je cílem ošetřovatelství podpora, upevňování, navrácení zdraví a zároveň zmírňování utrpení, zajištění klidného umírání i důstojné smrti, pak je nutné zajistit komplexní individualizovaný přístup péče. Přístup, který by rozšířil pohled na člověka o psychologickou, sociální a spirituální dimenzi (Plevová et al., 2011). Mezi teorie, které Descartův model popíraly, patří homeostatické teorie nemoci. Zkoumaly adaptaci člověka na stres, faktory ovlivňující udržování rovnováhy a samoregulační schopnosti organismu (Kebza, 2005). Komplexním pohledem na člověka se v minulosti zabývaly některé obory (např. sociální lékařství, psychologie zdraví). Symptomy zde nebyly nazírány odděleně. Nemoc byla chápána v komplexnosti vlivů na pacientovu osobnost. Protože nejsou vidět, jsou často z neznalosti všech souvislostí zdravotníky opomíjeny. Tématem byla i definice zdraví, bez níž nelze jasně chápat stav nemoci Celostní přístup k člověku i definice zdraví, kterou přijala v roce 1946 WHO uvádí: „Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoli jen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Mareš, Vachková et al., 2010, s. 10). Tato definice však byla často kritizována. Byl jí vytýkán nerealismus, neúplnost, přehlížení spirituální dimenze člověka, globálních vlivů aj. Tyto body byly následně diskutovány v Ottawě a v roce 1986 přijaty WHO. Diskuze vedly ke zpřesnění medicínského pohledu na zdraví a byly formulovány v této podobě: „K dosažení stavu

úplné fyzické, duševní a sociální pohody musí být jednotlivec nebo skupina lidí schopni stanovit a realizovat své cíle, uspokojit své potřeby, změnit své prostředí nebo se s ním vyrovnat“ (Mareš, Vachková et al., 2010, s. 10,11). Následovaly další názory a úvahy odborníků, kteří si kladli otázku, co je smyslem dobrého života. Všímalí si osobní zaangažovanosti každého člověka na životě s využitím všech jeho potenciálů somatických, emočních, intelektových a sociálních, a proto nepovažují zdraví pouze za záležitost medicínskou, ale i filozofickou (Mareš, Vachková et al., 2010).

Holistický přístup začaly v ošetrovatelství prosazovat americké sestry v 60. letech 20. století. Cílem bylo zachovat rovnováhu mezi uspokojováním lidských potřeb a narůstajícím technickým pokrokem, který práci sester směřoval spíše ke sledování fyziologických funkcí a potřeb pacientů. Americká asociace holistických sester AHNA ve svých pravidlech profesionálního přístupu uvádí: „Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelství je úcta k životu, důstojnosti a právům všech lidí. Ošetrovatelská péče je poskytována v kontextu, kterou pamatuje na holistickou podstatu lidí, rozumí tělu, duši a duchu“ (Komínková, 2008).

Podle Mastiliakové (2007, s. 34) vyžaduje holistická péče orientaci na člověka, jeho tělo i psychiku, ve zdraví i nemoci. Autorka zdůrazňuje: „Péče o klienty/pacienty je nejlepší, pokud se při organizaci péče o ně vychází z předpokladu, že onemocnění a s ním související problémy mají multifaktoriální příčiny (např. kvalitu životního prostředí, sociální a emocionální základ apod.)“. Holistická filozofie vyzývá každého člověka k převzetí odpovědnosti za své zdraví, k aktivní účasti na jeho rozvoji a podpoře. Zdravotní péče už není pouze záležitostí zdravotních zařízení, ale přesouvá svoji pozornost na primární péči, kde je spolupráce pacienta s ošetřujícími nezbytná (Mastiliaková, 2007).

5.4 Ošetrovatelské modely

Ošetrovatelské modely vychází z filozofie holismu a jejich vznik je odezvou na rychlý rozvoj medicíny a techniky, kdy byla potlačena orientace na pacienta, jeho osobnost a individuální potřeby. Každá autorka dále uvedených teoretických modelů měla v prvé řadě úmysl vytvořit schéma a rozsah činností při péči, tak aby byl pacient lépe vnímán v situacích, kdy se necítí dobře, je ohroženo jeho zdraví či neví, jak

zvládnout krizovou situaci. Modely jsou tedy určujícím faktorem v rozsahu činností sestry v klinické ošetrovatelské praxi a zároveň vymezují obsah studia. Jejich vznik se datuje do 50. let 20. století v USA. Konceptní modely ošetrovatelství jsou klasifikovány z různých aspektů. Jednou z oblastí jsou humanistické modely, které vnímají ošetrovatelství jako humanitní vědu a umění respektující potřeby člověka. K těmto modelům např. patří model životních aktivit, model sebepéče, environmentální model, teorie kulturně rozdílné a shodné péče, teorie jak se stát člověkem, aj. Další modely kladou důraz na sociální vztahy mezi lidmi jako je komunikace, role, atd. Mezi ně patří vývojový model a teorie ošetrovatelského procesu. Systémové modely se zaměřují na funkci systému a jeho organizaci, vzájemné souvislosti mezi jednotlivými strukturami prostředí systému a jejich členění. K nim se řadí systémový model, model otevřených systémů, adaptační model, atd. Vývojové modely se zaměřují na procesy růstu, vývoje a zrání. Modely zlepšení kladou zřetel na kvalitu pacientova života a jeho zlepšení po poškození zdraví. Modely výsledků se zaměřují na ošetrovatelskou péči z hlediska výsledků, modely potřeb zohledňují pacienta a funkci sester z hlediska důležitosti potřeb. Modely, které pomáhají pacientovi v přijímání nové situace a vyrovnání se s ní patří mezi modely podpory. Modely zachování se snaží zachovat příznivé aspekty pacienta, a modely zlepšení se snaží zlepšit kvalitu pacientova života (Jarošová, 2003).

Nejkomplexnější zaměření na člověka dnes podává model „Funkčního typu zdraví“ M. Gordonové. V zahraničí i u nás je využíván jak při výuce na univerzitách, tak v běžné praxi. V některých institucích je součástí sesterské dokumentace. Model obsahuje třináct oblastí, které při sestavování ošetrovatelské anamnézy poskytují komplexní biografické údaje o pacientovi, jeho chování, potřebách a subjektivnímu vnímání nemoci, jež jsou pak cennými informacemi pro realizaci ošetrovatelského procesu (Tóthová et al., 2014).

5.5 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je názorným příkladem péče orientované na pacienta. Moderní ošetrovatelství ho považuje za základní vědeckou metodou. Podává komplexní metodiku, jak postupovat v péči a uspokojit pacientovy individuální potřeby v holistickém pojetí celistvosti ve zdraví i nemoci. Vyjadřuje tím respekt ke každému

člověku, kterého motivuje a podporuje v péči o své zdraví. Vzhledem k těmto nárokům nestačilo, aby sestry plnily pouze ordinace lékaře a vykonávaly své činnosti rutinně bez vnímání pacientových potřeb a jeho individuality. Při rutinním přístupu docházelo k častým nedorozuměním nebo chybám, které sestry zdůvodňovaly slovy „lékař nenaordinoval...“. Bylo tedy nezbytné, zavést do ošetřovatelství proces, jež by strategickými a cílenými kroky pomáhal předcházet těmto problémům a zároveň umožňoval sestřím ovlivňovat léčebný postup v rámci jejich kompetencí. Kontinuální péče je zajištěna v pěti fázích tohoto procesu, který je zachycen v ošetřovatelské dokumentaci. Individuálním potřebám nemocných odpovídají ošetřovatelské diagnózy v souvislosti s jejich aktuálním stavem (Tóthová et al., 2014).

Ošetřovatelský proces je termín, který vznikl v 60. letech 20. století v USA. Poprvé se o něm zmiňuje Hallová v roce 1955. Ošetřovatelský proces se do klinické praxe dostává v roce 1988, kdy Americká asociace sester ANA uveřejňuje ošetřovatelský proces jako standard ve své praxi (Mastiliaková, 2014).

Existuje několik definic ošetřovatelského procesu, z nichž je zřejmé, že je specificky zaměřen na člověka a jeho potřeby. „Jejich společným jmenovatelem je systémový komplexní výkon ošetřovatelské činnosti s důrazem co nejvíce přihlížet k individuálním potřebám ošetřovaného, řešit jeho problémy a předcházet jim“ (Tóthová et al., 2014, s. 16). Předpokladem pro poskytování takové péče je organizovaná činnost, na které má zájem celý ošetřující tým. Získaná anamnéza je nepostradatelnou součástí celého procesu. Umožňuje navázat vztah a spolupráci s pacientem, hlouběji ho poznat, jeho situaci dobře zhodnotit, identifikovat jeho problémy a zajistit potřebné kroky k jejich vyřešení. Tím se liší od cíle medicínského, kterým je pacienta vyléčit. Diagnostika vychází ze skutečnosti, jak pacient reaguje a prožívá svoji nemoc (Tóthová et al., 2014).

Ošetřovatelský proces je efektivním nástrojem v procesu ošetřovatelské péče, usnadňující analýzu a řešení problematických situací. Jednotlivé kroky a systematickosti tohoto procesu zajišťují dodržování celistvosti poskytované péče (Šamánková et al., 2011).

5.5.1 Kritické myšlení v ošetrovateľském procese

Nepostradatelnou součástí ošetrovateľského procesu je kritické myšlení. V péči orientované na pacienta poskytuje sestřám cenné rady ke zlepšení pozitivních dopadů poskytované péče a snížení rizik nežádoucích situací. Kritické myšlení umožňuje sestře porozumět a reflektovat silné a slabé stránky pacienta, jeho hodnoty, využívat roli ostatních pracovníků, požádat o pomoc své kolegyně, když si neví rady (Tóthová et al., 2014). Tento způsob myšlení přináší oporu o důkazy, fakta a sestra se méně nechá ovlivňovat emocemi nebo svým míněním. Ani intuice nestačí, je zapotřebí strategické, cílené a kontrolované činnosti. Sestra by si při získávání nových informací měla ověřovat jejich správnost, aktivně o problémech přemýšlet a klást si otázky. Kritické myšlení umožňuje plně využívat znalostí a dovedností, získaných dříve, ať při přípravném studiu, či v konkrétní praxi s pacienty. Na základě praktických znalostí všech procesů a procedur lze pak dospět k odbornému posouzení a fundovanému vyhodnocení: všechno co víme o pacientovi včetně kontextu jeho životního stylu, zdravotní anamnézy a rodinného života. Na těchto základech lze teprve provádět plánování intervencí a následnou realizaci: co konkrétně pro pacienta uděláme. Je nezbytné si ve všech těchto souvislostech uvědomovat, co je správné nebo špatné či rozeznávat skutečné hodnoty od předsudků. Při rozhodování o kvalitě péče je potřeba zohlednit všechny preferenční souvislosti pacienta jako jsou prostředí, vztahy, kultura, zdroje, podpora (viz tab. 1.) (Mastiliaková, 2014).

Tab. 1. Model plného spektra ošetřovatelství

Myšlení	Aktivity	Péče	Situace pacienta
Kritické myšlení	Praktické znalosti	Vlastní znalosti	Údaje pacienta
umožňuje plně používat znalosti a dovednosti	dovednosti, procedury a procesy vč. oš. procesu	uvědomění si vlastních hodnot, víry a předsudků	tělesné, psychosociální, spirituální
Teoretické znalosti	Oš. proces	Etické znalosti	Preference pacienta v souvislostech
principy, fakta, zdroje, teorie, na základě čeho uvažujeme	posouzení a vyhodnocení: všechno co víme o pacientovi včetně kontextu. Plánování a realizace: co uděláme pro pacienta	uvědomění si svých povinností, smyslu pro správné a špatné	péče, prostředí, vztahy, kultura, zdroje, podpora

(Mastiliaková, 2014, s. 120)

5.6 Příprava zdravotnických pracovníků na povolání

Péče orientovaná na pacienta začíná již v přípravě studentů na vyšších zdravotních školách nebo ve vysokoškolském programu oboru ošetřovatelství. Vzdělávání všeobecných sester prošlo řadou změn, bylo a stále je diskutovaným tématem odborné i laické veřejnosti. Zvýšily se nároky na teoretické vzdělávání i praktické dovednosti. Podařila se tedy realizovat řada důležitých změn. Avšak určité nedostatky se ukazují v připravenosti studentů propojovat teorii s praxí. Podle některých autorů může vést studium z důvodu vysoké odbornosti až k technokratické pasti. Studenti pak přikládají nadměrný význam technickému zázemí a pomůckám. Psychosociální podpora zůstává

při vzdělávání stále na okraji zájmu. Vystává otázka kudy z této pasti ven, kde brát pro nastávající zdravotníky vzor? Jednou z reakcí na tuto situaci jsou změny ve vedení odborných praxí. Na některých pracovištích již působí vyškolení mentoři, kteří jsou z řad zaměstnanců dané instituce a znají problematiku daného oddělení. Studenti jsou tak podstatně méně vystaveni problémům, které vycházely buď z nezájmu, nebo nepřiměřených požadavků a nároků ze strany zaměstnanců. Odcházel tak často z praxe bez motivace a také bez pocitu, že by se něčemu naučili nebo snad mohli být někomu prospěšní. Zkrátka opouštěli výkon praxe s pocitem, že jsou využíváni k neodborným činnostem, místo toho, aby v nich byl prohlouben zájem o pacienta. Také volba pacienta pro realizaci ošetrovatelského procesu by měla být v souladu s aktuální probíranou látkou. Moudré přísloví říká, že slovo učí, ale příklad táhne. To by mělo být cílem odborných praxí tak, aby studující dokázali propojit teorii s praxí a byli vedeni odborníkem, který se znalostmi a dovednostmi předává také příklad ve svém osobním vztahu k pacientovi (Vaňková, 2013).

5.6.1 Dokumenty zohledňující roli sestry

Vzhledem k potřebě intenzivněji orientovat péči na pacienta a odpovídat tak na stále vyšší požadavky ve zdravotnictví je v ošetrovatelském systému a přístupu zdravotníků vyžadována řada změn. Ministerstvo zdravotnictví vydává důležité dokumenty, které jsou doporučením WHO. Proto, aby mohly všeobecné sestry a porodní asistentky vykonávat svoji práci zodpovědně, musí být pro konkrétní dovednosti a náročné úkoly připraveny. Tomu má odpovídat adekvátní vzdělání a profesní rozvoj, který spočívá v celoživotním vzdělávání, k němuž se sestry zavazují. Při vstupu ČR do EU se ukázaly, jaké rozdíly jsou ve vzdělávání sester mezi jednotlivými zeměmi. Navíc současné výzkumy zveřejňují, jaké faktory a v jaké míře determinují zdravotní stav obyvatelstva. Proto se nové výzvy týkají výchovy ke zdraví, prevence chorob, edukace, ekvity, schopnosti pracovat v multidisciplinárních týmech, podpory rozvoje komunit. Je jasné, že implementace těchto strategií je časově a finančně náročná, a proto se stále liší v jednotlivých zemích (Strategické dokumenty, 2002).

5.6.2 Mnichovská deklaráce

Mnichovská deklaráce, kterou v roce 2000 podepsalo 48 ministrů zdravotnictví z Evropského regionu, měla v péči orientované na pacienta zásadní význam. Hlavním tématem této konference bylo vymezení kompetencí sester a porodních asistentek s cílem posílit jejich autonomii. Sestry by měly usilovat o využití svého potenciálu a být rovnocennými partnery dalších zdravotníků i lékařů. Aby mohly sestry plnit tyto nové role, bylo nutné zavést samoregulační mechanismy, posilovat jejich autonomii, podporovat účast na politických a společenských aktivitách. Význam mají i programy a služby na rodinu zaměřeného komunitního ošetřovatelství, podílení se na výzkumu a diseminaci informací. Zajistit tak účast ošetřovatelství při rozhodování na všech úrovních vývoje a politiky (Farkašová 2010).

5.6.3 Regulované povolání

Na pacienta orientovaná péče vyžaduje, aby zdravotnický personál poskytoval péči s maximální ochranou pacientova zdraví. Proto patří zdravotnická profese mezi regulovaná povolání (Plevová et al., 2011). Regulace je základním prvkem transformace sesterského povolání, vnáší do něho řád prostřednictvím etických a profesních standardů (Hudáková, 2013). Každý zdravotník musí splňovat přísná kritéria, která definují rozsah odborné praxe a jeho odpovědnost. Jsou stanovená zákonnými a podzákonnými normami. Jedná se tyto zákony: „Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Věstník MZ ČR č. 9/2004, koncepce ošetřovatelství. Vyhláška č. 4/2010 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání“ (Plevová et al., 2011, s. 63, 64). Regulací se zabývá řada domácích a mezinárodních organizací včetně ICN. Jejím cílem je poskytovat všem pacientům kvalitní péči, zachovat její kontinuitu a rozvíjet teorii ošetřovatelství (Plevová et al., 2011).

6 Nové přístupové koncepty v péči orientované na pacienta

Pro zkvalitnění péče orientované na pacienta začaly být v některých zařízeních úspěšně využívány koncepty a modely péče vycházející z psychologických poznatků o nemocných. Jedná se převážně o geriatrická zařízení a paliativní péči, kde nefungovaly běžné metody, resp. nedocházelo k cílené, na pacienta orientované péči. Pacient byl najedený, umytý, dostal léky, byl ale spokojený? Zajímal se někdo o jeho životní příběh? Přemýšlel někdo o jeho hodnotách, které ve svém životě preferoval? Ukázalo se, že bez duševní podpory nemocných není možné jejich fyzický stav při sebelepší medikaci uspokojit. Bylo tedy nutné změnit jednostranný pohled péče orientované na nemoc. Mezi nejčastěji využívané metody patří bazální stimulace, validace, smyslová aktivizace, kinestetická mobilizace a psychobiografický model péče. Uvedené konceptuální metody zdůrazňují neoddělitelnost člověka, ošetřujících a prostředí. Vycházejí ze vzájemných interakcí, verbální i neverbální komunikace a realizují se formou aktivace smyslů, interakcí skrze pohyb a dotek. Jedná se tedy o reaktivizaci psychiky s využitím všech schopností člověka. Pro pochopení pacientova vnitřního světa je předpokladem pracovat s jeho biografií. Kromě změny v osobním přístupu vyžadují uvedené metody absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů. V praxi nekladou další zvláštní nároky, lze je aplikovat do běžných, každodenních činností, jako je komunikace s pacientem, polohování, mobilizace pacienta. Efektivnost zavádění jednotlivých konceptů do ošetrovatelské péče dokazuje řada zahraničních empirických výzkumů. Pozitivní vliv byl zaznamenán jak v kvalitě života nemocných, tak i v posílení týmové spolupráce zdravotníků a tedy vnímán jako sjednocující faktor (Filatova et al., 2014)

6.1 Metoda validace

Význam na pacienta orientované péče se projevuje také v metodě validace. Její zakladatelka americká gerontoložka Naomi Feilová po třech letech práce s gerontologickými pacienty reagovala na neefektivnost běžně užívaných metod. Především komunikace vyžadovala jiný přístup. Zamýšlela se nad otázkami, proč se takto nemocní pacienti neustále vracejí do minulosti a konfrontace s realitou v nich

vzbuzuje zlobu a hněv. Věděla, že kromě posláních a postoje, potřebuje k této práci správnou techniku komunikace a změnit přístup ošetřujícího personálu, nebo rodinných příslušníků v domácí péči. K pochopení a řešení jí pomohla teorie vývoje sebepojetí psychologa Erika Eriksona. Ten vychází ze skutečnosti, že vědomí vlastního já, se utváří ze vztahových zkušeností z dětství a ovlivňuje biologické, kognitivní a sociální schopnosti. Každému vývojovému období odpovídají určité úkoly, při kterých se vytváří základní předpoklady ve vztahu k druhým lidem. Plnohodnotný život i pokojné stáří závisí na schopnostech a možnostech tyto úkoly vyřešit. Neodžité emoce se pak problematicky projektují do prožívání celý život, dokud je nemocný nezpracuje.

Základní principy validace vychází z behaviorální a humánní psychologie a patří k nim např.: akceptovat svého pacienta (C. Rogers), snaha přijímat nemocného jako jedinečnou bytost (A. Maslow), umožnění pacientovi vyjádřit i negativní pocity, ochota k naslouchání, jež dává pacientovi pocit důvěry, pochopení, naopak ignorace zesiluje pocity hněvu a z nerespektované kočky se stává tygr (C. G. Jung), zřetel k tomu, že každý hledá rovnováhu (S. Zuckerman), pochopení a trpělivost – návrat do vzpomínek je důsledkem ztráty krátkodobé paměti, kterou si tak pacienti kompenzují (W. Penfield), náhled na pacientovo chování jako kombinaci tělesných, sociálních a intrapsychických změn (A. Verwoerd).

Hlavním cílem metody validace není pouze zlepšit zdravotní stav, ale správnými formami komunikace změnit přístup ze strany ošetřovatelského personálu či pečujících v domácí péči tak, aby se dokázali vcítit do situace dezorientované osoby a přizpůsobit péči aktuálnímu stavu pacienta. Každý člověk vnímá realitu jiným způsobem, přesto existují všeobecně akceptované normy, podle kterých se většinou orientujeme. Dezorientace je chápána jako neschopnost člověka zpracovat narůstající tělesné, psychologické a sociální ztráty, které jsou podmíněny věkem a zdravotním stavem. Úkolem ošetřovatelského personálu není změněné chování korigovat a navracet pacienty do reality, ale zážitky sdílet a pomáhat jim při upevňování vědomí vlastní hodnoty (Feilová, 2000)

7 Etické principy v ošetrovatelství

Na pacienta orientovaná péče vyžaduje samozřejmě etický přístup všech zdravotníků, se kterými přicházejí pacienti do kontaktu. Morální aspekty ošetrovatelství jsou základem profese sestry a jsou vyjádřeny v etických kodexech. Etické principy vyjadřují základní hodnoty jako je odpovědnost, respekt k autonomii pacienta, obhajoba jeho práv (Lemon 3, 1997).

V Etickém kodexu nelékařského zdravotnického pracovníka (MZ ČR, 2004) a v Etickém kodexu Mezinárodní rady sester, ke kterému se české sestry hlásí, je kladen důraz na čtyři základní povinnosti: podporovat každého člověka v péči o jeho zdraví, pomáhat mu předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Každá sestra by měla poskytovat péči bez ohledu na rasu, pohlaví, náboženské vyznání, etnickou příslušnost (Haškovcová, 2002).

Důležitým bodem etického kodexu je povinná mlčenlivost. Pacienti svěřují ošetřujícím důvěrné informace, které se mnohdy neváží přímo k jejich chorobě. Pokud je ošetřující neuchovají v tajnosti, je to pacientem vnímáno jako hrubé porušení jeho soukromí. V současnosti se již nemluví o lékařském tajemství, ale o povinné mlčenlivosti jako zákonné normě, kterou právní předpis, kodex práv pacientů i profesní kodex ukládá všem fyzickým osobám (Vondráček, Wirthová, 2009).

7.1 Respektování lidské důstojnosti

Potřeba důstojnosti a respektu je v posledních letech často zdůrazňována a je jedním z důležitých požadavků v péči orientované na pacienta. Tyto pojmy mohou působit vznešeně, avšak v každodenní praxi mají konkrétní podobu a souvisí s řadou zdánlivých drobností (Haškovcová, Pavlicová, 2013).

Neexistuje jednotná definice důstojnosti. Všeobecná encyklopedie Diderot (1999) ji definuje takto: „Důstojnost je etická kategorie, zdůrazňující vědomí člověka o významu člověka a o uznání jeho práv ve společnosti“ (Wichsová, 2012, s. 8). Důstojnost se někdy odvíjí podle zásluh jedince, nebo schopnosti dostát mravním zásadám. Přitažlivá je koncepce důstojnosti osobní identity, kdy se u každého člověka hledá „jeho příběh“. Pojmem Menschenwürde (důstojnost člověka) je označen ten typ důstojnosti, který

zohledňuje osobu jako vlastníka nezcizitelné úcty, nezávisle na tělesném či duševním stavu. Je to důstojnost, náležející každé lidské bytosti po celý život a ve stejné míře. Toto pojetí je nepostradatelnou součástí na pacienta orientované péče a tudíž i základem práce každého zdravotníka (Wichsová, 2012).

Na rozumové úrovni se většinou uznává, že člověk je svébytná lidská bytost, i když jsou jeho intelektuální schopnosti sníženy či je fyzicky znevýhodněn. Ovšem v praktické činnosti se to mnohdy nedodrhuje, např. u osob s Alzheimerovou chorobou (Wichsová, 2012). V této souvislosti uvádějí některé výzkumy vyjádření seniorů k jejich postavení ve společnosti. Cítí se společensky nepotřební, odstrčení, mají strach ze ztráty soběstačnosti a izolace v ústavní péči. Chování zdravotníků jim připadá v mnoha ohledech příliš protektivní, nerespektující jejich důstojnost a autonomii. Také výzkumy poukazují na stížnosti zdravotníků na přehnaný důraz v uspokojování biologických potřeb a ekonomických priorit na úkor celostních aspektů péče (Cesta domů, 2004).

7.1.1 Respekt k autonomii pacienta

Na pacienta orientovaná péče respektuje pacientovy hodnoty a tím posiluje jeho autonomii. Každý má osobní svobodu rozhodovat o svém životě. Přesto se odborníci shodují, že autonomie je pojem relativní, každý z nás je přeci v menší či větší míře na někom nebo něčem závislý. Autonomií rozumíme možnost rozhodovat o sobě na základě individuální svobody – svobody vlastního jednání. Každá sestra by měla pacientovu autonomii respektovat a vyjadřovat tak úctu k hodnotě každého jedince, k jeho myšlení a jednání (Lemon 3, 1997).

Řada odborníků definuje autonomii jako schopnost učinit rozhodnutí sám za sebe. Je tedy chápána jako nezávislost či rozhodnost. Někteří podotýkají, že tato charakteristika může být uplatňována v akutní péči, ale nikoli u pacientů vyžadujících dlouhodobé ošetřování. V takovém případě by se mohlo jednat o nadměrný individualismus, který staví tyto pacienty spíše do role spotřebitele zdůrazňující tržní podstatu zdravotní péče a opomíjející společenskou dimenzi života (Cesta domů, 2004). Proto je žádoucí reflektovat sebepojetí všech pacientů, ale ne všechna jejich rozhodnutí považovat za zcela uvážená. Takovým příkladem můžou být např. anorektičky, jejichž „NE léčbě“

není výrazem svobodné vůle, ale projevem nemoci. Dalším příkladem jsou onkologicky a nevyлéčitelně nemocní žádající eutanázii (Haškovcová, 2015, s. 9). Podle Pařka (2015) není k zákazu eutanázie argumentem obava z jejího zneužití. Poukazuje na právo „dříve vysloveného přání“ pacienta. Je možné tedy již za plného zdraví rozhodnout, co by nebylo v souladu s důstojným životem nemocného v případě vážného onemocnění vyžadující např. amputaci končetiny. Haškovcová vyjadřuje názor, ve kterém je možné akceptovat, ale i zpochybnit všechny argumenty pro a proti. Zamýšlí se nad celou situací z hlediska člověka trpícího, jak zdůrazňoval v roce 1972 autor prvního kodexu práv pacientů David Anderson: „Pacient je živá dýchající bytost, která má své obavy, naděje a strach“ (Haškovcová, 2015, s. 9). Lze tedy usuzovat, že naše racionalita, schopnost svobodně se rozhodnout je výrazně ovlivňována emocionálním vyladěním, ztrátou vůle a smyslu života. Je proto nutné harmonizovat rozhodnutí všech zdravotníků, hájit život s novým pojetím autonomie. Život je očividně nejen individuální, ale i celospolečenskou hodnotou (Haškovcová, 2015).

7.2 Práva pacientů

Práva pacientů nemají v ČR vzhledem k politické minulosti dlouhou historii. Zdravotnický systém neumožňoval pacientům aktivní zapojení se do léčby. V případě nespokojenosti s poskytovanou péčí neměl pacient žádnou oporu v právním řádu. Kodex práv pacientů vznikl v roce 1992 a v péči orientované na pacienta je základním předpokladem. Vyjadřuje oprávněná přání, kterých se pacienti stále více dožadují. Práva pacientů jsou v něm základní hodnotou a jasnou prioritou. Také zdravotnický personál si v této souvislosti začíná uvědomovat důležitost komunikace a spolupráce s pacientem. Jedním z důležitých bodů je právo na ohleduplnou odbornou péči, prováděnou s porozuměním a diskretností. Pro všechny ošetřující by mělo být samozřejmé se pacientovi představit, poskytovat kontinuální péči s maximální informovaností pacienta o jejím průběhu i nežádoucích účincích apod. Prezentovaná forma Práva pacientů není sama o sobě právně vymahatelná, ale je koncipovaná do podoby srovnatelných zákonných ustanovení (Haškovcová, 2007).

7.2.1 Informovaný souhlas pacientů

Pokud na pacienta orientovaný model zdůrazňuje partnerství, má každý nemocný právo vyjádřit svůj názor, souhlas či nesouhlas s léčbou. Vítězná medicína, jak se jí často říkalo, zaznamenala velký pokrok a dokázala navzdory nepříznivé prognóze řadu pacientů buď vyléčit, nebo alespoň zachránit. Výsledkem tohoto pokroku v léčbě byli pacienti s chronickými následky onemocnění a vyvstal nový problém, jak se naučit s touto skutečností, která omezuje nemocného v jeho každodenních aktivitách žít. Nemocní se cítili v takové situaci nejistí a bylo žádoucí tyto potřeby reflektovat. Hledal se nový způsob, jak vytvořit systém pravidel a rozhodování o další léčbě bylo oboustranné. V etickém kodexu práv pacientů je použit výraz „zasvěceně rozhodnout“, tzn. porozumět nové situaci, mít prostor na rozmyšlenou a zároveň mít možnost ventilovat strach, obavy. Situace vyžadovala jinou strategii ve vztahu ošetřujících a pacienta. Haškovcová (2007, s. 26,27) uvádí: „Informovaný souhlas je právním úkonem, v němž je rozhodujícím způsobem, tedy svobodně, vážně, určitě a srozumitelně, projevena vůle pacienta“.

K informovanému souhlasu se vyjádřila také Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků. Ve svém stanovisku tato asociace zdůrazňuje některá úskalí a jejich možné řešení, např. nutnost zohlednění vzdělání pacienta v případech, kdy jsou používány odborné názvy, aniž jim je schopen porozumět. Není proto vhodné používat jednotný dokument – vzor, kde je pouze místo k podpisu. Tento souhlas tedy jen standardizuje nutné minimum, ale rozhodně nenahrazuje vzájemnou komunikaci, kde by měla převládat vstřícnost, kompetentnost a důvěra (Medical Tribune, 2009).

Na pacienta orientovaná péče předpokládá osobní kontakt ošetřujícího s pacientem a efektivní komunikaci. Písemná forma informovaného souhlasu by pak měla být stručnější. Ze zkušeností vyplývá, že v některých případech ani mladí lidé přesně nevědí, co vlastně předešlý den podepisovali. Dokáží se ošetřující vžít např. do osmdesátileté pacientky, která špatně vidí a má podepsat několik stran textu? Nebo do způsobu vnímání nevidomého? Mají všechny nemocnice informované souhlasy v Brailově písmu, nebo vlastně rozhovor v přítomnosti svědka je dostačující? (Andrysek et al., 2011).

8 Kvalita života v péči orientované na pacienta

Péče orientovaná na pacienta koreluje s celkovou kvalitou zdravotní péče a vyjadřuje, do jaké míry jsou ošetřující schopni vnímat a uspokojovat potřeby těch, kteří jsou odkázáni na jejich pomoc a péči. Také časová a místní dostupnost zdravotní péče je nepochybně jedním z faktorů, který se odráží na kvalitě života a pacientově spokojenosti (Gladkij et al., 1999).

Vzhledem k tomu, že každá disciplína nahlíží na kvalitu života rozdílně, neexistuje jednoznačná definice. Co to tedy kvalita života je a jak je definovaná? Podle Gurkové (2011) je kvalita života v ošetrovatelství často spojována s konkrétním onemocněním, např. kvalita života u pacientů s diabetes mellitus. Předmětem hodnocení kvality života je individuální jedinec v souvislosti s paradigmatem ošetrovatelství.

Další charakteristiku přináší Světová zdravotnická organizace, která člení kvalitu života v následujících dimenzích:

Fyzická dimenze zahrnuje prožívání bolesti, užívání léků a závislost na nich, míru pohyblivosti, pracovní způsobilost apod.

Psychická dimenze obsahuje prožívání pozitivních a negativních emocí, vztah k vlastnímu tělu.

Dimenze nezávislosti je tvořena různými aspekty smyslových schopností, omezením tělesné nezávislosti, aktivity a pracovní kapacity.

Sociální dimenze reflektuje subjektivní hodnocení osobních vztahů, sociální opory a sexuálního života.

Náboženství a spiritualita představují dimenzi duchovní, která zahrnuje náboženské přesvědčení, životní postoje, vztahy, přátelské vazby a hodnoty (Majerníková, Jakabovičová, 2008).

Komplexní pohled na kvalitu života představuje model, který na základě výzkumů vytvořilo Centrum pro podporu zdraví při univerzitě v Torontu. Jako základ tohoto modelu jsou formulovány tři hlavní životní domény – být, náležet a realizovat. Tyto entity jsou zásadní pro plnohodnotný život každého člověka a dotýkají se všech dimenzí biopsychosociálního a spirituálního prožívání.

Být pojímá *fyzické bytí*, jež zahrnuje projevy zdraví, ovlivňované hygienou, výživou, souvisí s tělesným pohybem a projevuje se celkovým vzhledem.

Psychologické bytí naproti tomu popisuje psychologické zdraví, jež se projevuje kvalitním vnímáním a cítěním, z něhož pramení osobní sebeúcta. Ta se pak projevuje v nejrůznějších životních situacích a okolnostech.

Bytí spirituální dává životu hodnoty vycházející z osobního přesvědčení. Bývá formulováno jako víra, ať již náboženská, čistě spirituální nebo nejasně určovaná. Bytí spirituální je tedy vztah k transcendentální dimenzi nebo k sobě samému a okolí.

Fyzická náležitost. Týká se míst častého či pravidelného přebývání jako je domov, škola, pracoviště, určité blízké sousedství, nějaká spřízněná komunita.

Sociální náležitost zahrnuje osoby se vztahem k jedinci. Nejprve je třeba jmenovat blízkou i vzdálenější rodinu, přátele, spolupracovníky a kolegy, případně sousedy, s nimiž jedinec udržuje nějakou komunikaci či vztahy.

Skupinová náležitost rozšiřuje toto vztahové náležení o pracovní příležitosti, odpovídající příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací a rekreační možnosti. Realizovat se, najít smysl svého bytí.

Praktická realizace je uskutečňovaná v rozličných domácích aktivitách. Pro osoby v produktivním věku tak jde o placenou práci.

Růstovou realizaci zahrnuje aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, umožňující adaptaci na změny

V ošetrovatelské péči je důležité reflektovat všechny výše uvedené oblasti života, vnímat a ptát se na pacientovy subjektivní pocity – na to, jak prožívá a vnímá realitu v souvislosti se svým onemocněním. Uspokojení potřeb má velký význam pro naplnění práv pacientů (Šamánková et al., 2011). Proto je důležité zaměřit se na kvalitu poskytované péče, tak, jak ji definuje WHO: „jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje“ (Gladkij, 1999, s. 13).

8.1 Bezpečí a kvalita ošetrovatelské péče

Také WHO, IOM aj. se zabývají způsoby, jakými je možné zajistit zvyšování kvality zdravotní péče, aby byla více zaměřená na pacienta a bylo posíleno jeho postavení a odpovědnost. Pacientova spokojenost musí být nepostradatelnou součástí při posuzování zdravotnických služeb. Před několika roky vytvořilo MZ ČR a Sdružení fakultních nemocnic návrh měřit kvalitu péče z pohledu pacientů a zavést do praxe standardizované dotazníky. Měření kvality má význam pouze tehdy, jestliže se postupuje podle spolehlivé metodiky a je do něho zapojeno co nejvíce zdravotnických zařízení, přičemž je nezbytné disponovat dobře porovnatelnými indikátory kvality. Cílem těchto opatření je poskytovat uživatelům zdravotní péče dostatek srozumitelných informací a zajistit personálu zpětnou vazbu o tom, do jaké míry jsou pacienti spokojeni se službami, kterých se jim dostává. Je zde také využito efektu benchmarkingu (srovnávání), jenž by v podobě výsledkových listin plátcům zdravotní péče přinášel přehled o kvalitě jednotlivých subjektů zdravotní péče. Jde o jakousi vizi do budoucna, k níž by měla dospět zdravotní politika ve vyspělých zdravotnických systémech. Výsledky podobných průzkumů by měly plátcům pomáhat při volbě zdravotního zařízení a způsobu péče (Raiter, 2010).

Csisko (2013) poukazuje na určitý nedostatek, indikátory podílející se na hodnocení kvality života nejsou v ošetrovatelské praxi samozřejmostí (míněno v pacientův prospěch), ale používají se převážně pro výzkumné účely.

Za kvalitu poskytované péče zodpovídá každý ošetřující dodržováním standardizovaných postupů. Interní a externí audity pak kontrolují jejich plnění. Definují požadavky pro danou oblast a jsou v souladu s platnou legislativou. WHO a ISQuA určuje základní principy pro systémy ve zdravotnických zařízeních, zodpovědných za řízení kvality a bezpečí: zaměření na pacienta, odpovědnost poskytovatele za zdravotní služby, respektování pacientových práv, koordinaci s přímými poskytovateli zdravotnických služeb v regionu. Daná opatření jsou v péči orientované na pacienta nezbytná, jen zřejmě v některých případech zaváděna nešťastně a tudíž chápána jako nutné zlo. Personál si pak stěžuje na přibývající administrativu, které odvádějí pozornost od pacienta samotného (Kouřilová, 2014).

Pokud je cílem ošetrovatelství péče o zdravého i nemocného člověka, je nezbytné přispívat ke zlepšení kvality života od narození až do jeho konce. Stále jsme svědky nedostatečné zdravotní gramotnosti – výchova ke zdraví by měla zahrnovat informace o determinantách zdraví a být úkolem všech správních orgánů. Proto je žádoucí, aby vláda chápala péči o zdraví populace jako vlastní prioritu (Holčík, 2010).

8.2 Potřeby pacienta

Péče orientovaná na pacienta je individualizovaná péče, která ctí pacientovy potřeby, reflektuje jeho hodnoty a zajišťuje, že pacientovy preference povedou všechna klinická rozhodnutí (Epstein et al., 2010). Proces uspokojování lidských potřeb zásadně ovlivňuje kvalitu života. Osobnost člověka je složitý celek všech jeho vlastností a zvláštností, které svou propojeností a vzájemnými interakcemi vypovídají o individualitě člověka a jeho odlišnosti od ostatních. Šamánková et al. (2011, s. 12) definuje lidskou potřebu jako: „stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“

Každý člověk má danou hierarchii potřeb, vyznává jisté hodnoty a má rozdílné motivy. Tyto motivy jsou hybnou silou našeho chování, mají určitou sílu, trvání a dávají našemu jednání směr. Cíle lidského jednání nemusí být vždy vědomé, ale mohou být vyjádřením vnitřních konfliktů a potřeb. Hierarchicky uspořádaný systém motivů a potřeb vytvořil Abraham Maslow. Zdůrazňoval filozofii hodnot, která by měla být předmětem zájmu psychologů a potažmo všech, kteří se na ošetrování účastní. Každý člověk je vnímán jako organizovaný celek, jehož jednotlivé součásti signalizují potřebu celého jedince. Tzn., pokud je pacient hladový, projevuje se to nejen v jeho vnímání a chtění, ale i myšlení a cítění (Trachtová et al., 2013).

Dle Zacharové et al. (2007) spočívá uspokojování potřeb v dosažení souladu vnitřního s vnějším, organismu a prostředím. Potřeba jako vyjádření určitého nedostatku je chápána každým rozdílně, proto i reakce na její neuspokojení bude zcela individuální. Pro život každého člověka jsou nezbytné primární potřeby, ze kterých se pak vyvíjejí potřeby sekundární podmíněné hodnotovým žebříčkem. Můžeme říci, že každá osoba je vnímá podle charakteru a fáze nemoci, svých povahových rysů a je ovlivňována

sociálním prostředím, ve kterém se pohybuje. Bártlová (1999, s. 63) charakterizuje vývoj potřeb u nemocných z pohledu vývoje společnosti takto: „Jsou stále složitější a komplexnější ve všech svých složkách, pramení jak z biologických, tak psychických a společenských determinant, jsou vnitřně heterogenní. Tyto potřeby dělí na potřeby, které se nemocí nemění jako např. potřeba dýchat, odpočívat, spát. Dále na potřeby, které se nemocí modifikovaly, nebo které s nemocí vznikly. Přičemž se nemusí vždy jednat o potřeby nově vzniklé, ale právě nemocí se jejich naléhavost zvyšuje nebo naopak snižuje podle toho, jak pacient svoje onemocnění vnímá (Bártlová, 1999).

Epstein, Street (2011) uvádí, že na pacienta orientovaná péče se zaměřuje na jedince se specifickými potřebami. I v tomto ohledu se mohou názory na jejich uspokojování lišit. Zdůrazňuje, že není jediným cílem dávat pacientům, co a kdy si přejí, ale předpokládá léčebné vztahy založené na síle komunikace a vzájemné důvěře. A proto je úkolem ošetřujících tyto vztahy kultivovat.

8.2.1 Potřeby fyziologické

Ve fyziologické oblasti je nemoc často stavem, který zásadně ovlivňuje uspokojování potřeb. Záleží na sociálním okolí, zda fyziologické potřeby pacienta budou dostatečně rozpoznány a saturovány (Trachtová et al., 2013). Fyziologické potřeby se projevují jako potřeby organismu důležité k přežití. Příkladem je vnímání jedné z nejčastějších potřeb nemocných – být bez bolesti, jež je stejně jako zrak, sluch a hmat řazena do smyslových percepcí. Za projevy bolesti se může skrývat řada jiných obtíží, které nemocné limitují v jejich výkonech a tím zhoršují kvalitu jejich života. Proto je důležité při hodnocení bolesti rozpoznat její skutečný původ (Šamánková et al., 2011).

Zakladatelka hospicové péče Cecilie Saundersová mluvila o bolesti celkové, jako odrazu bio-psycho-sociálně-spirituální dimenze člověka. Ve většině případů můžeme hodnotit bolest fyzickou, kterou pacient umí dobře lokalizovat. Obtížněji definujeme bolest sociální spojenou s odloučením od rodiny, přátel nebo jejich ztrátou. Bolestně může být vnímána také ztráta sociální role. Prožívání zármutku má určitou dynamiku v podobě duševního otřesu, hněvu, smlouvání, úzkosti, pak mluvíme o bolesti emoční (duševní). Ta bývá častou reakcí na sdělení závažné diagnózy. Elizabeth Kübler-Rossová popisuje fáze, kterými nevléčitelně nemocní procházejí. Podává cenné rady,

jak pacienty v této těžké etapě doprovázet a pomoci jim ke smíření se situací. Tyto zkušenosti získala z rozhovorů s vážně nemocnými, kdy mohla hlouběji proniknout do vnitřního světa svých pacientů. Pokud se nemocný následkem nemoci vzdaluje svému nejhlubšímu já a ztrácí smysl života, mluvíme o bolesti spirituální (duchovní). Její definice je nejobtížnější, protože spirituální potřeby jsou vysoce specifické a mají převážně intimní charakter. V tomto ohledu může být dobrým příkladem pro ostatní obory paliativní medicína, která respektuje vzájemně se ovlivňující dimenze člověka. Přestože ambulance bolesti poskytují kvalitní péči, poukazují statistiky na nedostatečné tlumení bolesti. Nejde jen o bolest fyzickou, která nemocné vede k volání po eutanázii, ale také o strach z umírání, ztráty důstojnosti a smyslu života. (Munzarová, 2005).

Je potřeba, aby všichni zúčastnění na léčbě respektovali, že bolesti nemocných nejsou stejné a ani se nemusí shodovat s představami těch, kteří o ně pečují. Uvědomujeme si, že k poznání druhého potřebujeme srdce a ne pouze rozum a inteligenci? U lůžka nemocného hraje roli charakter pečujících. Je takový, aby mohl být hoden pacientovy důvěry? I zde je osobní angažovanost a vzájemná spolupráce zajištěná multidisciplinárním týmem nepostradatelná (Munzarová, 2005).

8.2.2 Potřeba bezpečí a jistoty

Mezi opomíjené potřeby, jejichž saturaci naplňuje holistický přístup zaměřený na pacienta, patří potřeba bezpečí a jistoty. Každý nemocný potřebuje mít pocit bezpečí a jistoty, vědět na čem je, mít dostatek informací o svém zdravotním stavu a léčbě. Není žádoucí zahltit nemocného množstvím informací, ale je důležité podat mu informace srozumitelně, spolehlivě a předcházet tzv. „informační nouzi“ (Haškovcová, 1998, s. 16). Situaci, kterou z objektivního či subjektivního důvodu nemocní prožívají jako neočekávanou, chaotickou, nezvládnutelnou či nebezpečnou, považují z dlouhodobého hlediska za nesnesitelnou. Potřebu bezpečí a jistoty můžeme též charakterizovat jako potřebu stability, ochrany, jako potřebu určitého osvobození od strachu a úzkosti (Čáp, Holmanová, 2008).

8.2.3 Potřeba lásky a sounáležitosti

V péči orientované na pacienta je zdůrazňována potřeba sdílení, náklonnosti. Empatický přístup reagující na potřebu lásky a sounáležitosti je žádoucí zvláště v situacích úzkosti, opuštění, emoční izolace, v níž se pacient ve stavu nemoci nachází.

8.2.4 Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty

Souvisí se sebehodnocením, kompetencemi, touhou po respektu. Tato potřeba se posiluje v souvislosti se ztrátou sociální role. V péči orientované na pacienta je zdůrazňována aktivní účast pacienta a jeho rodiny, a proto i důležitost partnerského vztahu s ošetřujícími. Vyzvání pacienta k účasti a převzetí odpovědnosti, citlivý přístup ošetřujících respektující tyto aspekty péče může jmenované potřeby uspokojovat (Trachtová et al., 2013).

8.2.5 Potřeba smyslu

Pokud autoři na pacienta orientované péče kladou důraz na opravdovou úctu k nemocným, jako k jedinečným bytostem, je potřeba pochopit jejich životní příběh ve snaze pomoci najít smysl jejich života. Potřeba smyslu, transcendence patří do duchovní dimenze člověka. Z tohoto poněkud odlišného úhlu pohledu přemýšlel o potřebách člověka zakladatel logoterapie Viktor Frankl. Za nejvýznamnější v životě člověka považoval najít jeho smysl. Podle Frankla má každá životní událost, se kterou je jedinec konfrontován zcela specifický význam. Za důležité považoval, jak jedinec na traumatizující události reaguje a jaký postoj zaujme. Logoterapie je často využíváno u těžce a nevléčitelně nemocných. Dosažení cílů Frankl viděl ve skutcích hodnotných nejen pro osobní uspokojení, ale i pro dobro druhých lidí (Vágnerová, 2004).

9 Péče o pohodu pacienta

Uspokojování potřeb je nepochybně důležité, ale pracujeme na něm tak, aby byl pacient spokojený? Zaměření ošetrovatelského personálu na spokojenost a pohodu pacienta vyžaduje osobní přesvědčení každého jednotlivce, že jeho práce je smysluplná. Již Florence Nightingaleová v krymské válce kromě záchrany života a mírnění těžkostí přemýšlela a hledala způsob, jak přispívat k pohodě nemocných vojáků i jejich rodin. Uvědomovala si, jak je pro ně důležité udržovat kontakt se svými blízkými. Snažila se jim zpříjemnit rekonvalescenci – zřizovala odpočinkové místnosti s čítárnou, společenskými hrami, psacími pomůckami (Plevová et al., 2011).

K pacientově pohodě a spokojenosti přispívá pocit jistoty, že není jeden z mnoha, kterému se poskytuje péče podle obecně platných návodů, proto je nutné se některým chybám vyvarovat. Je důležité mít zpětnou vazbu, jak je pacient informován o svém zdravotním stavu, v čem se jeho názory rozcházejí s ošetřujícími. Mareš poukazuje na nedostatečnost zjišťování těchto údajů prostřednictvím standardizovaných dotazníků. Podle Mareše jsou tyto obecné návody určeny „neexistujícímu průměrnému pacientovi“ (Mareš, Vachková et al., 2010, s. 5).

V ambulantním ošetřování by mělo k pocitu pohody přispět vstřícné přijetí pacienta ošetřujícím personálem. Podrážděné reakce typu, „proč klepete“ a následně setkání se zdravotníkem, který si zapisuje údaje a místo na pacienta se dívá do dokumentace, nemůže v nemocném vzbudit důvěru. V péči zaměřené na pacienta by ošetřující personál neměl upadnout do podobné pasti. Nejde o to mít kontrolu nad druhými, ale nacházet způsoby, jak by bylo možné se o „moc“ podělit (Mearns, Thorne, 2013).

9.1 Na pacienta orientovaná domácí péče

Na pacienta orientovaná péče realizována v domácím prostředí může významně zvýšit kvalitu pacientova života. Pokud mluvíme o optimálním uspokojení všech psychosociálních a spirituálních potřeb, je z tohoto hlediska péče v domácím, přirozeném prostředí nejlepší. Navíc včasné propuštění pacienta z nemocnice a zaučení rodiny v péči o něj sníží náklady na hospitalizaci, eliminuje nozokomiální nákazy způsobené dlouhodobým pobytem v nemocničním prostředí. Pro pacienty, kteří žijí

sami, nebývá ústavní ošetřování tak traumatizujícím – pacienti jsou vděční za poskytovanou péči a nové vztahy, za společnost druhých lidí. Naopak pacienti s dobrým rodinným zázemím upřednostňují domácí ošetřování (Černocká, 2013).

Bártlová (1999) také konstatuje význam rodiny v péči o nemocné v domácím přirozeném prostředí, které nemůže nahradit žádná instituce. V dřívějších dobách byla taková péče samozřejmostí. S vývojem medicíny převzaly zodpovědnost za nemocného zdravotnická zařízení. Dehumanizace nemocničního prostředí přinesla zklamání. Navíc má rodinná péče v českém prostředí stále malou ekonomickou podporu státu. Péče orientovaná na pacienta pojímá rodinu za rovnoprávného partnera státní i soukromé péče.

V domácím prostředí je potřeba pro rodinné příslušníky zajistit náležitou pomoc. Jedná se především o poradenství, odborné zaškolení v zacházení s nemocným, ale i s pomůckami usnadňujícími život v domácím prostředí. V tomto ohledu je zajištěna důkladná edukace pacientů a jejich rodin před propuštěním do domácího prostředí. Nedostatky se ukazují v propojenosti zdravotně-sociálních služeb. Jejich optimalizace by měla vycházet z integrace jednotlivých složek a vést k vytvoření komplexních, koordinovaných služeb. Organizací a změnami by se měly zabývat instituce krajů, jednotlivých regionů a podpořit větší angažovanost ze strany obcí. Ve Švýcarsku např. staví některé obce tato zařízení vedle mateřských školek, čímž projevují prozíravost a úctu ke stáří (Válková, Holmerová, Roubal, 2011).

S ohledem na demografický vývoj, který očekává výrazné stárnutí průměru populace, je zřejmé, že zájem o tyto služby výrazně poroste a agenturní zařízení umožňující domácí péči o staré a nemocné budou rozšiřovat své počty. V první řadě je tedy nutné učinit nezbytné kroky v legislativě. Stálým problémem se jeví informovanost, pramenící z nekomunikace mezi rezorty, a pak také malá ochota navazovat smluvní vztahy mezi agenturou, lékaři a pojišťovnami. Ze strany sester je zájem pracovat v těchto agenturách, ale právě chybějící finance na terénní služby jsou důsledkem špatně nastavené legislativy (Černocká, 2013).

Na základě těchto poznatků je vidět, že pacienti i jejich rodinní příslušníci se těžko orientují ve stávajícím systému. Je tedy pochopitelné, že slýcháme hlasy po opětovném navrácení rodinných lékařů, jak tomu bylo do padesátých let minulého století.

Setkáváme se tedy s přáním mít jednoho lékaře a sestru, kteří by je doprovázeli převážnou část života. I někteří zdravotníci preferují model rodinných lékařů, který by měl spočívat v zavádění nových kurikul a integraci primární péče. Reakce jsou různé, Hoza uvádí, že není potřeba nových kurikul, vždyť rodinný lékař je jednou z funkcí praktických lékařů, jen nesmí být opomenuta sociální sféra a etické principy při ošetřování nemocných (Hoza, 2002; Herber, 2003). Podle Haškovcové byla doba rodinných lékařů obdobím s omezenými technickými možnostmi, tudíž do jisté míry závislá na psychologickém a filozofickém přístupu k léčení i pacientovi, který dnes mnozí postrádají. Z pohledu paternalismu byl rodinný lékař nejen odbornou autoritou, ale zájem o pacienta a jeho rodinu, návštěvy v domácím prostředí byly morální zárukou péče, oboustranného přijímání a důvěry oproti epoše následující, která se vyznačovala medicinalizací (Haškovcová, 2002).

9.2 Podíl dobrovolnických organizací v péči orientované na pacienta

Péče orientovaná na pacienta se netýká pouze zdravotníků a konkrétního pacienta, ale i spoluúčasti rodin, sociálních služeb nebo dobrovolníků. Tato péče je nejčastěji realizována v dlouhodobé péči, kde vždy vychází z individuálních potřeb pacientů a jejich anamnézy. Kvalita péče je pak výsledkem jejich vzájemné koordinace. V České republice není dobrovolnictví běžnou součástí zdravotnických zařízení a regionální politiky na rozdíl od vyspělých zemí. Impuls k zavedení dobrovolnických organizací do zdravotnického systému podpořili zaměstnanci nemocnic v roce 1999. První pilotní průzkum byl uskutečněn v pražské nemocnici Motol na dětské onkologii. Postupně přibývala další zdravotnická zařízení. V současné době se dobrovolnictví v České republice řídí zákonem č. 198/2002 Sb., vymezujícím činnosti, které je možno v této službě poskytovat (Historie dobrovolnictví, 2014).

V zahraničí má dobrovolnictví značně delší tradici. Jedním z osvědčených příkladů dobrovolnictví v zahraničí je z kantonu Freiburg, kde se před 25 roky po setkání několika všeobecných sester z různých institucí zrodila myšlenka založit spolek dobrovolníků s vlastním systémem řízení. Cílem bylo podílet se na doprovázení nemocných v těžké nemoci nebo při umírání nejen doma, ale i ve zdravotnickém zařízení. Sestry cítily omezené možnosti při uspokojování všech potřeb nemocného.

Pokud mají na oddělení umírajícího pacienta, poskytují mu základní péči, ale není v jejich silách poskytnout doprovázení. Často ani rodiny nemají možnost nebo sílu být přítomni u svých blízkých. Proto byla tato iniciativa chápána jako podpora rodin. Zároveň také jako ulehčení zdravotnickému personálu, pro který je 24 - hodinová přítomnost u pacienta téměř nemožná, zvláště při nočních službách. Spolek má název WABE a má dva významy. Prvním je bdít, doprovázet. Druhým překlad celého slova (Bienenwabe, včelí plást) symbolizující pospolitost a soudržnost. Každá zdravotnická instituce v tomto kantonu, včetně obecního úřadu má kontakt na koordinátory. V případě potřeby kontaktuje instituce nebo rodina koordinátora a ten podle možností kapacity spolku pak svého člena, který je připraven pomoci. Tato činnost je poskytována bezplatně a vynaložené náklady jsou hrazeny od dárců, ze sbírek nebo od pasivních členů spolku Wabe. Pro tuto službu se může rozhodnout každý, kdo má čas, zájem a osobní nasazení angažovat se ve službě potřebným. Aby se zájemce mohl stát členem, musí projít intenzivním kurzem, v němž kromě odborných přednášek a pohovorů probíhá i výměna zkušeností mezi spolupracovníky. Doprovázení je zaměřeno především na dimenzi psychospirituální a významně přispívá ke zlepšení kvality péče zaměřené na pacienta (Wabe, 2015).

10 Role sestry

Profesní role všeobecné sestry již dnes není rolí výlučnou, tedy službou bez možnosti osobního života, rodiny, tak jak známe z některých etap historie ošetřovatelství, kdy orientace na pacienta byla hlavní prioritou života sester. Ty dnes žijí kromě profesního i svůj osobní, soukromý a rodinný život se všemi jejich radostmi, starostmi a požadavky. Jaký je nejčastější důvod pro volbu tohoto povolání? Haškovcová a Pavlicová (2013, s. 20) uvádí dvě nejčastější okolnosti. Patří k nim *altruismus* – „nesobecký způsob myšlení a cítění a z toho vyplývající nezištné chování ve prospěch druhých“ a *touha po uznání*. Sestra je odpovědná za kvalitu pacientova života a nese spoluzodpovědnost za jeho zdraví i život. Podle Kutnohorské (2007) je neméně důležitá osobnost sestry. Pacient potřebuje cítit lidský zájem, obětavost a nezištnou službu vycházející z etické podstaty povolání. Každý člověk je v roli pacienta mnohem citlivější, křehčí, nestačí se tedy chovat pouze v souladu s konvencemi, jak je tomu u jiných profesí. Kopřiva (2013) uvádí na základě dotazníkových šetření, jaké nejdůležitější vlastnosti od ošetřujících pacientů očekávají. Na prvním místě oceňují náklonnost, pak trpělivost, vcítění a odbornost. Také Kozierová, Erbová a Olivieriová (1995) charakterizují role sestry jako činnost respektující důstojnost člověka a specifikují je do několika rolových funkcí. Role sestry *komunikátorky* je důležitá nejen v komunikaci sestra - pacient, ale i mezi sestrami navzájem. Formuje vztahy a je nepostradatelná na všech úrovních poskytované péče. Role sestry *edukátorky* je interaktivní a vede k dosažení cílů. Sestra *poradkyně* pomáhá pacientovi zvládat nové a těžké situace. Neméně důležitou rolí je *ochránkyně pacientových práv*. Dokáže se zastat neprávem osočených a obviněných lidí a naopak vyzvedne skutečné a objektivní klady v jejich jednání.

Farkašová et al. (2006) uvádí, že sestra by měla být nejen vzdělaná, ale i pozitivně orientovaná na druhé a sociálně zralá. Jen tak může zajistit pacientovi lidské jistoty v náročných chvílích života. Nejčastěji toto povolání vykonává žena, v jejíž podstatě je zakotvena péče o druhé. Sestra ve společnosti je jednou z nejzdravějších částí sociálního prostředí, provází ostatní v důležitých okamžicích života, včetně zrození a smrti.

11 Vztah sestry a pacienta

„Nemocní oceňují pokroky v medicíně a jsou vděční za záchranu života, a současně kritizují technokratickou atmosféru a sníženou empatii lékařů a ostatních zdravotníků“ (Haškovcová, 2002, s. 63).

Péče zaměřená na pacienta zvyšuje hodnotu samotné péče, protože vytváří druh léčebných vztahů, který pacienti potřebují, žádají a očekávají. Aby vznikl vztah pochopení a úcty, musí dojít ke spojení tří faktorů: *odpovědného a otevřeného profesionálního přístupu, spolupráce pacienta a jeho rodiny, koordinovaného a integrovaného léčebného prostředí* (Epstein, 2011).

Sestra, pokud má pochopení a laskavý přístup k nemocným, tak se mezi ní a pacientem snadněji vytváří vztah založený na důvěře. Svěřují se jí se svými pocity, bolestmi a rodinnými problémy, které jim pomáhá řešit a stává se tak jejich oporou. Toto sdílení s nemocným a čas, který s ním stráví, umožňuje pacienta dobře poznat, proto je často vnímána jako prostředník mezi nemocným a lékařem (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Je ovšem řada situací, ve kterých partnerská kooperace nefunguje tak, jak si představujeme. V ambulantní péči přichází pacient s pocitem naděje, nepočítá s náročnějšími intervencemi, je otevřenější, aktivnější. S příchodem do nemocnice si závažnost svého stavu uvědomuje a navíc je podřízen řádu, který vyžaduje adaptaci na jiný životní rytmus. Může vznikat nechtěná závislost pacienta na ošetřujících, ve které se stává jakýmsi předmětem péče druhých a jež vede za určitých okolností k jeho pasivitě (Křivohlavý, 2009). Pacient se pak namísto spolehlivého partnera v léčebném procesu cítí manipulovaný, bezcenný a výsledkem bývá beznaděj z neschopnosti naplnit očekávání druhých (Mearns, Thorne, 2013).

Aby mohly být léčebné vztahy smysluplné, podporující pacientovu důvěru v systém péče je potřeba osobní zralosti a vnitřní stability každého zdravotníka. Pacienti neočekávají ideální osobnost, chtějí být akceptováni, žádají empatický přístup, otevřenost a vlídnou atmosféru celého ošetřujícího týmu (Plevová et al., 2011). Jedna ze zakladatelek moderního ošetřovatelství, Švédka Estrid Rodheová napsala: „Nemocným je velmi potřebí soucitu a nemocný spíše odpustí nešikovnost rukou než nelaskavý chlad“ (Haškovcová, Pavlicová, 2013, s. 18). Haškovcová (2002) uvádí, že právě

nedostatek empatie a strohá atmosféra některých zdravotníků je terčem kritiky pacientů, i přesto, že si váží jejich nasazení na záchranu života i technického pokroku v medicíně.

Součástí na pacienta orientované péče je spolupráce s rodinou nemocného, která tvoří s pacientem neoddělitelný celek. Tuto jednotu je třeba podporovat, aby bylo dosaženo naplnění potřeb pacienta i jeho rodiny. Rodinní příslušníci se navíc domnívají, že svého blízkého znají lépe než kdokoliv jiný a jsou ti nejlepší, kdo mohou svému blízkému poskytnout emocionální podporu. Pacientovi blízcí měli navíc obavy, že zdravotníci nejsou vždy vnímaví, nebo nedokáží rozpoznat signály nemocného, např. u pacientů s tracheostomií. Zároveň si přáli dohlížet na péči, být do ní zapojeni, aby mohli provádět, asistovat nebo iniciovat některé intervence. Průzkum poukázal, že názory sester na neomezené návštěvy na jednotce intenzivní péče se různily. Některé sestry souhlasily s tím, že rodiny mají u nemocného svoji roli, ale nesouhlasily s jejich stálou přítomností, vzhledem k provozním okolnostem. Názory některých sester zahrnovaly mínění, že nejlepších výsledků bylo dosaženo u pacientů, kde byly rodiny přítomny. Především u terminálního stádia je jejich blízkost jediným darem, který sestra může umírajícímu věnovat (Riley, 2014).

11.1 Aktivní účast pacienta

Biomedicínský model představoval péči, ve které rozhodování o pacientově léčbě záviselo především na lékaři. V tomto paternalistickém na lékaře a chorobu orientovaném přístupu byl pacient většinou pasivní „účastník“ léčebného procesu. Lékař mu poskytoval praktické rady a podával mnohdy redukováné informace o jeho zdravotním stavu, nevedl dialog, ani se tolik nezajímal o jeho psycho - sociální a spirituální potřeby, zkrátka ordinoval a mlčel. Současné ošetřovatelství se více opírá o psychologické poznatky, podporuje partnerský vztah pacienta a ošetřujícího, který by měl být osobní, diskutující a hledající nejobtímnější řešení (Haškovcová, 2007). Je na místě podotknout, že mnoho zdravotníků setrvává stále v paternalistickém modelu, který vyžaduje od pacienta poslušnost. Ale ani všichni pacienti nejsou připraveni přijmout změny, protože mají obavy z rovnocenného vztahu, který předpokládá převzetí spoluodpovědnosti za své zdraví. Jsou to zvláště starší pacienti, kteří nerozumí a neorientují se v nové situaci, proč by se najednou měli sami rozhodovat, nebo něco

měnit v zaběhnutém systému, který mnohým vyhovuje. V této souvislosti můžeme chápat paternalistický přístup, jako otcovský, který poskytuje nemocným pocit bezpečí (Haškovcová, Pavlicová, 2013).

Také Elwyn (2014) konstatuje jak správně zvolená komunikace a schopnost sdílení rozvíjí léčebný potenciál a orientaci ošetřujícího na pacienta. Poskytování péče v klinické praxi vyžaduje zkušený personál, který je schopný rozpoznat, že rozdílná klinická situace vyžaduje i rozdílné přístupy. Když pacient čelí těžké volbě, je vhodné sdílené rozhodování. Když ošetřující personál cítí potřebu změny chování, aby byl vylepšen zdravotní výsledek, pak je motivační rozhovor na místě. Implementace sdíleného rozhodování a motivačního rozhovoru do péče je značnou výzvou. Pokud tyto přístupy nebudou přímo oceněny jako základní elementy terapeutických postupů, měly by být alespoň promyšleny, vyhodnoceny a integrovány do denní praxe.

Galland (2006) uvádí jako jednu z možností spolupráce pacienta při léčbě důležitost jeho znalostí o nemoci, schopnost být si vědom vlastního vlivu na zdraví a léčení, které by mělo podporovat aktivní zapojení pacientů do léčby. Schopnost porozumění příčinám, které vyvolávají nemoc nebo disfunkcionalitu, jaké jsou spouštěcí mechanismy a pomoci jakých prostředků můžeme předcházet nemoci, nebo ji ovlivnit. Galland nazývá tyto mechanismy předchůdci, spouštěči a prostředníky. Jejich identifikování může být hodnotné zvláště u chronicky nemocných a je součástí péče orientované na pacienta. Pacientovo pochopení mechanismů vzniku nemoci podporuje víru v uzdravení a může pozitivně ovlivnit přístup k sobě samému.

Epstein a Street (2011) uvádějí, že dřívější výzkumy o pacientech, kteří jsou aktivně zapojeni v péči, obsahovaly otázku, zda měli nemocní příležitost klást dotazy. Pacienti, zvyklí na pasivní roli, mohli být spokojeni s uspěchaným: „Nějaké dotazy?“ a ze zvyku odpovídat ne. Tito pacienti nikdy nezakusili aktivní pozvání ke spolupráci. Přístup zaměřený na pacienta vyžaduje víc. Ošetřující by měli pacienta vyzvat ke spolupráci způsobem: „Chci se ujistit, zda jsem vám pomohl pochopit vše, co potřebujete vědět v souvislosti s poskytovanou péčí“. Pacienti se obvykle ptají, protože léčba může být komplikovaná. Zdravotník by se měl ujistit, že pacient rozumí sdělenému slovy: „Mohl by jste mi říci čemu nerozumíte, a já vám to pomohu vysvětlit...?“ Jednoduše řečeno, informace by měla být přizpůsobena přímo pacientovým požadavkům, aby byl schopen

smysluplné úvahy a spolupráce a nebyl zaskočen množstvím a povahou informací. Přivést pacienta ke spolupráci vyžaduje poznat a respektovat jeho osobnost. Zároveň by se měla brát v úvahu úroveň jeho zdravotní informovanosti, schopnosti chápat a aplikovat informaci na svoji situaci. Ukázalo se, že aktivní zapojení pacienta při léčbě uvolňuje stres a vede ke zmírnění úzkosti a nejistot spojených s nemocí zvláště při kontrole chronické nemoci.

Tóthová et al.(2014) také zdůrazňuje důležitost oboustranného rozhodování, jako výraz zodpovědnosti k sobě i druhým. Pacient by měl ze vztahu s ošetřujícím personálem cítit především demokratičnost, nedirektivní jednání, jehož základem je partnerský vztah založený na důvěře. Demokratičnost znamená dát pacientovi prostor k aktivní účasti, motivovat ho ke spolurozhodování. Proč je aktivní účast důležitá a kde je možné hledat její potenciál? Dle Rogerse je osobnost otevřený systém, ve kterém existuje přirozená motivační síla lidských bytostí, která je tvořivá a vede k růstu. Touto silou je úsilí o seberealizaci. Seberealizace se nejčastěji vysvětluje jako schopnost nebo využití své kapacity pro naplněný život, být tvořivějším. Rogers konstatuje, že právě tvořivost pomáhá v člověku objevit léčebnou sílu a maximálně ji využít (Verešová, 2007).

11.1.1 *Kongruence, compliance, adherence*

V péči orientované na pacienta je důležitým faktorem vnímat pacientovy pocity prožívání nemoci a podporovat nemocného, když mu chybí motivace nebo vůle. V této souvislosti jsou v současné době používány pojmy kongruence, adherence a compliance. *Kongruence* je souhrou mezi zkušenostmi a hodnotami pacienta s ošetřujícím (Tolan, 2006). *Compliance* vyjadřuje ochotu poslechnout ošetřující a *adherence* je schopnost pacienta zachovávat a dodržovat jejich nařízení. Křivohlavý (2000) zdůrazňuje nastolení harmonie mezi nimi.

V současné době jsou nejčastějšími příčinami nemocí a úmrtí chronická onemocnění (diabetes, hypertenze, schizofrenie), kde je spolupráce pacienta s ošetřujícím nepostradatelná. Statistiky uvádějí, že např. u schizofrenie nedodržuje 80% pacientů léčbu. Důvodů proč tomu tak je, může být několik. V některých případech se jedná o charakter samotného onemocnění, které znamená pro pacienta stigma. K dalším

důvodům patří nízká podpora pacientovy rodiny nebo nedůvěra k ošetřujícím. Samozřejmě ovlivňuje pacienta závažnost onemocnění i jeho průběh. Proto je kladen důraz na způsob sdělení, který sestra nemůže přímo ovlivnit, avšak může sledovat pacientovy reakce, jak si sdělené informace vyloží, zda je dokáže zpracovat rozumově i emočně (Mareš, 2012).

Epstein a Street (2011) ve své publikaci uvádí, že pacient je nejlepším soudcem ve své nemoci. To platí ovšem za předpokladu, že je dodržena spolupráce mezi ním a ošetřujícím personálem. Ale někdy to, co pacienti chtějí, není to, co potřebují. Např. nemocný může odmítat léky, pak je na lékaři a sestře, aby našli vhodné řešení, které by mu pomohlo užívání léků odůvodnit. V mnoha průzkumech pacienti podávali zprávu o tom, co se skutečně stalo, „prodiskutovali jsme to a já jsem souhlasil, ošetřující mi dnes porozuměli“.

Empirická šetření uvádějí až 50% pacientů nespolupracujících při léčbě. Pokud zdravotník nezvládne svoji roli a neučiní důležitá opatření týkající se pacientovy podpory, zvládání nejistot, vytváření rozhodnutí, může pacientovi způsobit těžkou psychickou i fyzickou újmu. Právě proto je psychoedukační intervence nedílnou součástí na pacienta orientované péče. Ve většině případů vyžaduje přítomnost pacientovy rodiny. Snižuje zhoršení onemocnění, rehospitalizaci a tedy i na snížení nákladů spojených s léčbou (Křivohlavý, 2000; Motlová, Holub, 2005).

12 Komunikace v péči orientované na pacienta

Komunikace je podstatou a nepostradatelnou součástí na pacienta orientované péče. Každý zdravotník vytváří svým chováním atmosféru, ve které probíhá vzájemná komunikace a zároveň se utvářejí vztahy mezi ním a pacientem. Nejen zdravotník, ale i pacient má svá očekávání, jež ovlivňuje řada okolností, faktorů, ale i zkušeností z předchozí léčby (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). V každodenním životě zakoušíme, jak komunikace ovlivňuje všechny oblasti lidského života. Neschopnost nebo nemožnost udržovat kontakt s okolím, vyjadřovat své potřeby, pocity a přání má své psychologické důsledky a ty výrazně ovlivňují kvalitu života každého člověka. Zvláště pak, pokud je jejich schopnost omezena nebo úplně narušena (Andrýsek et al., 2011). Staňková poukazuje na absenci komunikace v ošetrovatelství nejen profesní, ale i té lidské. Orientace na vlastní úspěch a komfort převládá před snahou o humanizaci tohoto povolání. Staňková také poukazuje na časté stížnosti sester na nedostatek času, způsobených řadou úkolů, od jednoduchých, které jsou v kompetenci ošetrovatelů až po vysoce náročné, ty jsou pak v kompetenci lékařů. Na druhou stranu je ale sestry neradi z pocitu vyšší prestiže opouštějí (Staňková, 1996).

Umění komunikace je často mylně chápáno jako dar, který buď máme, nebo ne. Efektivní komunikace patří mezi základní dovednosti, které vyžadují stejně jako jiné dovednosti trénink. Existují studie, které poukazují na pozitivní výsledky v souvislosti s absolvováním kurzů komunikačních dovedností. Uvádí zmírnění emočního stresu pacientů a navíc získané dovednosti pomáhají směřovat rozhovor k pacientově osobnosti a ne pouze k získání množství dat (Ptáček, Bartůněk, 2011).

12.1 Empatický přístup

Komunikace není možná bez empatie a porozumění nemocnému člověku. Nemocný potřebuje zpětnou vazbu, že mu ošetrující rozumí. Rogersův přístup zaměřený na klienta charakterizuje empatii jako umění vcítit se do jeho problému. „Vcítění se do druhého člověka, vidění světa jeho očima tak, jako by byl tím druhým člověkem“. Empatie tedy není pouze jednou z komunikačních dovedností, ale proces bytí s klientem. Z toho vyplývá souvislost mezi empatií a schopností naslouchat, bez které

nemůžeme pochopit pacientovy problémy a jeho současný stav, ani poskytovat kvalitní odbornou péči (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011, s. 235).

Empatie je často zaměňována se soucitem, přičemž soucit vychází z pocitových zážitků druhého. Zatímco empatie je procesem složitějším, můžeme říci schopnost „obouvání si bot druhého člověka“ a vidět věci jeho pohledem (Mearns, Thorne, 2013, s. 46). Ošetřující nabízí pacientovi svoji přítomnost, emoční blízkost. Akceptovat, co nemocný sděluje a najít správnou míru ve sdělování vlastních postojů je pokládáno za jednu z nejdůležitějších, ale i nejtěžších dovedností ošetřujících (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011). Mezi dovednosti, které nedirektivní rozhovor využívá, patří také aktivní naslouchání za použití různých technik. Je třeba si uvědomit zásadní rozdíly mezi nasloucháním a posloucháním za účelem získat informace nebo vyjádřit kritiku. Naslouchající neposkytuje rady prvoplánově, ale reaguje, podporuje a dává zpětnou vazbu. Nepřejímá plnou zodpovědnost, ale je pomocí při hledání řešení problému, se kterým si pacient neví rady. Povzbuzuje pacienta otevřenými otázkami, s cílem vyjádřit zájem a podnítit ho k hovoru. Technikou zrcadlení prokazujeme porozumění a uznáváme pocity druhého jako oprávněné. Také parafrázováním dáváme druhému najevo, že mu nasloucháme a zároveň si ověřujeme, zda jeho slova správně chápeme. Důležitou součástí je ocenění pacienta řešit problém, čímž ho podporujeme v aktivní účasti na léčbě. Účelem takového přístupu je vytvářet partnerský vztah, který vede ke spokojenosti obou stran a ovlivňuje úspěch léčby (Pokorná, 2010).

12.2 Evalvace, devalvace

Naše jednání a činy nejsou nikdy neutrální, ale pozitivně nebo negativně ovlivňují mezilidské vztahy. Předpokladem péče orientované na pacienta je reciprocita – vzájemnost, tzn. ochota ke spolupráci obou zúčastněných stran, resp. pacienta a celého ošetřujícího týmu. Ve snaze dosáhnout vysokých výkonů se může spolupráce někdy obrátit více k soupeření. V takovém případě je tím poraženým pacient (Venglářová, Mahrová, 2006).

Každý mezilidský styk je neoddelitelně spojen s kladným či záporným obrazem sebe sama a našeho sebepojetí. Vyjadřujeme jej dvěma termíny – evalvace a devalvace. *Devalvace* je jednání, které snižuje hodnotu jiného člověka v očích druhých lidí.

Evalvací naproti tomu rozumíme vyjádření kladného hodnocení. Sdělujeme druhému to, co jeho sebepojetí a sebevědomí posiluje.

Devalvace a evalvace, kterých se nám z jednání druhých lidí dostává, ovlivňuje psychické procesy a může způsobovat radost nebo naopak psychickou bolest. Intenzita pak závisí na vztahu k osobě, od níž se nám takového chování dostalo. Častěji mluvíme o věcech co nás raní, protože je zažíváme podstatně intenzivněji. V terapeutickém vztahu jde především o evalvací. Vždyť chceme vycházet s druhými lidmi tak, aby byl život radostnější a klidnější a vzájemné vztahy lepší. Jak dosáhnout takového cíle? Devalvační projevy chování poznat. Tomu může napomoci i přehled devalvačních podob jednání, kterého se vědomě i nevědomě dopouštíme.

Příklady jednání, které devalvuji člověka: Např. nadřazené a povýšené jednání, které se projevuje neosobním, studeným, administrativním jednáním. Neuctivé chování jako neprokázání zasloužené úcty a respektu také zaslouží termín povyšování se. Neobjektivní hodnocení druhých, přetěžování druhých a pozdější výtky z neschopnosti zvládnout úkol, to vše devalvuje osobnost člověka, zejména jedná-li takto osoba v pozici autority. V komunikaci pak jako nelaskavé jednání může vypadat tzv. skákání do řeči, nenaslouchání sdělení druhých, razantní nastolení nového vlastního tématu v rozhovoru, zavrnutí nápadu nebo myšlenky druhých s despektem.

Příklady jednání, které naopak povzbuzují a zhodnocují, evalvuji člověka: Např. laskavé jednání, projevy autentického zájmu, uznání, pochvala. Otevřené upřímné a uctivé jednání bývá taktní a přátelské. Ulehčuje práci druhým, je oporou, nezištnou pomocí, povzbuzením a potěšením (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

13 Diskuze

Cílem teoretické bakalářské práce je vymezit pojem „na pacienta orientovaná péče“ a srovnat informace tématu z našich i zahraničních zdrojů. Součástí je ozřejmění tohoto pojmu v kontextu historických souvislostí, tedy jak se vyvíjel vztah ošetřujících k pacientům a jak se na pacienta orientovaná péče aplikovala do praxe. Práce se zabývá i koncepcemi a metodami péče v současnosti. Při volbě zdrojů ke zpracování jsem se záměrně vyhýbala úzce klinickým specifikacím (např. péče orientovaná na pacienta v kardiologii), které vykazují vysokou odbornou úroveň. Avšak více mi šlo o obecné pojetí – co vyžaduje péče orientovaná na pacienta, aby byla skutečně naplněna. Diskuze vyhodnocuje výsledky výzkumného šetření prostřednictvím analýzy dokumentů. Výzkumné šetření bylo rozšířeno o komparaci našich i zahraničních publikací. Porovnáním odborných pramenů jsem dospěla k zjištění, že názory všech autorů se ve značné míře shodují. Odlišnosti se vyskytují pouze v pohledech na vlastní realizaci péče v jednotlivých zemích, avšak nikoli v jejím celkovém filozofickém pojetí, metodách a teoriích. Naplnění cílů bylo realizováno za pomoci čtyř výzkumných otázek, o jejichž zodpovězení jsem se v práci pokusila.

První výzkumnou otázku jsem zaměřila na historické souvislosti, tedy jaké formy péče byly v orientaci na pacienta uplatňovány. Shledala jsem, že péče v orientaci na pacienta nebyla nikdy komplexní. Vyvíjela se od opatrovnické profese k dnešní vysoce erudované péči. Navíc se do ošetřování nemocných významně promítaly všechny celospolečenské změny, jak je shrnuto v podkapitole 5.1 – Vývoj ošetřovatelství ve vztahu k pacientovi.

S postupem vědy a rozvojem společnosti docházelo v péči o nemocné ke specializaci a organizačním změnám. Nejrozšířenějším modelem péče byl do 50 let 20. století rodinný lékař a sestry navštěvovaly pacienty v jejich domovech. Oba tak mohli sledovat širší rodinu v delším časovém úseku. Znali způsob života svých pacientů, společenské postavení, rodinnou anamnézu, ekonomické podmínky i jiné okolnosti. Dokázali tedy analyzovat potíže a péči poskytovat individuálním způsobem (Haškovcová, 2002). Když se ohlédneme zpátky na toto pojetí péče, měli bychom ocenit velké nasazení k zajištění nejlepších výsledků. Dlouhodobá kooperace a celoživotní vztah přináší

důvěru, bez níž se kvalitní péče o pacienta realizuje velmi obtížně. Rovněž Haškovcová (2002) se domnívá, že z důvodu omezeného technického zázemí a omezených možností diagnostiky, které nebyly na takové úrovni jako dnes, se lékař opíral více o psychologické poznatky, které zpracovával i ve filozofických úvahách. Byl tedy pro pacienta a jeho rodinu nejen autoritou odbornou, ale i důvěryhodnou.

Pro pochopení současného stavu zdravotnictví v ČR považují za důležité vrátit se i k období socialismu, kdy byl přístup k pacientovi z důvodů společenských a ideologických zaměřen zcela paternalisticky. Byla to v podstatě jediná možnost, jak péči poskytovat a přijímat. Ale i dnešní ideál komplexní péče odráží stále kulturní a socioekonomické změny (Holčík et al., 2015). Úskalí v žádoucím procesu změny vidím v přetrvávajících postojích zdravotníka – autority, jež upřednostňuje své znalosti a zkušenosti navzdory pacientovu odlišnému postoji. Tím podle mne vzniká další problém paternalismu, totiž že zbavuje pacienta odpovědnosti i osobní aktivity a vede ke spoléhání na odbornou péči, kterou pacient pouze pasivně přijímá a sám ztrácí možnost ovlivnit rozhodování nebo cokoli změnit. Haškovcová (2002) se domnívá, že přenesením osobní odpovědnosti na odborníka nebo instituci se pacient zbavuje části vlastních obav a s úlevou se podřizuje názorům a rozhodnutím poučenějších. Samozřejmě, že při neodkladné péči nebo tam, kde oběma zúčastněným stranám vyhovuje, je paternalistický přístup akceptovatelný. Ovšem ve stavu, kdy pacient potřeby signalizovat nemůže, neumí nebo z nějakého důvodu nechce, je povinností ošetřujících zajistit psychoedukační intervence a spolupracovat s rodinou pacienta (Motlová, Holub, 2005). Protože v případě odmítnutí aktivní spoluúčasti proces na pacienta orientované péče ztrácí podstatnou složku, bez níž nemůže být péče komplexní. Rovněž Tóthová et al. (2014) konstatuje: *těžiště vztahu pacienta a ošetřujícího se posouvá k rovnocennosti a aktivní spoluúčasti pacienta při rozhodování o léčbě*, jak je uvedeno v kapitole 11 – Vztah sestry a pacienta.

Druhá výzkumná otázka se týká pojetí péče orientované na pacienta v naší a zahraniční literatuře. V 90. letech jsme měli možnost srovnávat americké pojetí zdravotní péče, která byla od naší péče svou základní filozofií holismu naprosto odlišná. Pacient je vnímán jako klient, který si platí svou péči a má ekonomicky jasně formulované právo ovlivňovat její kvalitu. Pochopitelně nedochází k nadužívání lékařské péče, ale na druhé

straně kvalitní péče není dostupná každému. Liberální zdravotnická politika, na níž je lékařská péče v USA založena, dává pacientům/klientům velkou samostatnost při volbě zdravotnických zařízení a postupů léčby. Zdravotnický personál je finančně zainteresován a všemožná péče je výrazem či důsledkem konkurenčního boje (Křížová, 1998). Při všech těchto ekonomických akcentech je však výchozím bodem péče o pacienta již zmíněné pojetí psychologa Rogerse, jehož základem je orientace na pacienta s důrazem na vnímání jeho *sebepojetí* (Mearns, Thorne, 2013). Předpokladem prohlubování vztahu je přijímat pacienta bez *předsudků* a vhodnou *komunikací* podpořit *partnerskou spolupráci* se zdravotnickým personálem – umět ocenit. Zároveň vnímat zranitelnost pacienta/klienta a respektovat jeho autonomii (Hudon et al., 2011 – viz příloha 2). Umění rozhovoru má velký potenciál, ať už při sdílení potíží, bolestí a negativních pocitů nebo dialogu motivačním. Zdravotnický personál takto pomáhá pacientovi objevit vlastní vnitřní zdroje motivace (Epstein, Street, 2011). U nás je však komunikace s nemocným a jeho rodinou stále opomíjena, i proto považuji vývoj a proměny oboru ošetřovatelství v Americe za inspirativní. Andrysek et al. (2011) konstatují, že rozdíl mezi poskytováním péče u nás a v zahraničí není v odbornosti. Rozdílný je právě v osobních postojích, komunikaci a vnímání osobnosti pacienta. Někteří autoři poukazují na skutečnost, že právě individuální přístup bylo to, co museli při zahraničních stážích naši zdravotníci značně přehodnotit.

Pro srovnání našeho stavu se systémy zahraničními, je přínosné nahlédnout také do rakouského projektu PIK, testovaném ve zkušebním režimu. Autoři projektu chápali problém jako celospolečenský, přesahující rámec zdravotnictví a podařilo se jim zapojit politiky a zdravotní pojišťovny. Součástí projektu je také Alpen-Adria Universität Klagenfurt, která se podílí na vyhodnocování získaných dat, čímž dochází k žádoucímu propojení vzdělávacího systému s praktickými poskytovateli péče v celospolečenském rámci. Nedostatečná koordinace mezi zdravotnickými zařízeními a špatné předávání informací byly překážkou v zajišťování péče z hlediska kontinuity. V nově integrované péči zaměřené na pacienta jsou obě slabiny podchyceny, přičemž výměna informací probíhá s maximální ochranou osobních údajů. Autoři projektu zdůraznili multidisciplinární propojenost všech složek péče. Myslím, že v případě současné

rakouské státní správy a zdravotnictví jde o velmi vhodný model k zamyšlení a inspiraci (viz kapitola 4).

Dalším příkladem vhodného konceptu ošetrovatelské péče v zahraničí je dobrovolnictví ve Švýcarsku, o kterém blíže pojednává kapitole 9.2 – Podíl dobrovolnických organizací. Tuto formu dobrovolnictví považují za projev vyspělé a prozíravé společnosti, která si uvědomuje význam sounáležitosti laické veřejnosti se zdravotnickým systémem. Situace ve Švýcarsku je výsledkem nepřerušného společenského vývoje a autonomní správy švýcarských kantonů, které nespolehají na rozptýlenou odpovědnost, ale kladou důraz na angažovanost každého občana (Wabe. 2015).

Česká odborná literatura nevynechává tento pojem tak široce a nevěnuje se tématu tolik jako uvedené zahraniční projekty a autoři odborných publikací. Koncepce českého ošetrovatelství podává tuto definici: „péče orientovaná na problémy nemocného (patient centered care) na rozdíl od ošetrovatelské péče orientované na výkony (task oriented care)“ (Pochylá, 2005, s. 36). Koncepce ošetrovatelství respektuje dokumenty WHO, EU, jejich doporučení a je zakotvena ve Věstníku MZ ČR č. 9/2004 (Plevová et al., 2011).

Třetí výzkumná otázka se týká předpokladů naplnění na pacienta orientované péče. Je možné konstatovat, že dostupná literatura a teoretická východiska ošetrovatelství poskytují solidní základy srovnatelné s celosvětovým měřítkem. Mohla-li bych se zmiňovat o polemice, jednalo by se spíše o problémy v realizování na pacienta orientované péče, avšak nikoli o podstatu věci, o hodnotu partnerského vztahu, do jisté míry založeného na rovnosti obou zúčastněných stran, který je součástí na pacienta orientované péče. Reformy zdravotnictví po roce 1990 přinesly řadu změn jak ve vzdělávání, tak i v ošetrovatelské praxi směřující ve prospěch pacienta. Změny se také týkaly posílení autonomie sester (viz kapitola 5.6.1 – Dokumenty zohledňující roli sestry). Jedním z předpokladů na pacienta orientované péče je úroveň vzdělávání. Vaňková (2013) upozorňuje na určité nedostatky, které se projevují také v praktické výuce – ve vedení odborných praxí. Nedostatky vidí zvláště v propojování teoretické a praktické části výuky, kdy je opomíjen etický a sociální aspekt ošetrovatelství. Proto bylo do průběhu odborných praxí nově začleněno mentorství. Péče orientovaná na

pacienta by měla být také podpořena větším zájmem vedoucích pracovníků o zaměstnance, zvláště o sestry po absolvování studia – vzdělávací programy, mentorství a supervize by měly být součástí praktické koncepce v procesu adaptace sester na novém pracovišti. V ošetrovatelství nejsou zatím běžnou součástí firemní kultury (Zitková, Pokorná, Mičudová, 2015).

Dalším předpokladem na pacienta orientované péče je individualizovaná péče. V současné době poskytuje ošetrovatelství na pacienta orientovanou péči metodou ošetrovatelského procesu, která je stanovena Konceptí ošetrovatelství (Pochylá, 2005). Ta se jeví jako neoptimálnější metoda z hlediska holistického přístupu i kontinuity péče. Není ovšem ve všech zařízeních stejně realizována, nebo kladně přijímána. S rozsáhlou dokumentací, která je jeho součástí se stává pro ošetřující zátěží. Frühaufová (2013) se ve své bakalářské práci zaměřila na porovnání, jak pracují s metodou ošetrovatelského procesu sestry, které studovaly dříve. Konstatuje potíže osvojit si nové postupy, oproti sestřám, které studovaly podle nových osnov.

Za problematický prvek demokratizace péče považují někteří autoři způsob zacházení se standardizovanými dotazníky. Kladou si otázku, zda podpis a svolení s určitým zákrokem či postupem neslouží více jako ochrana zdravotníka a méně pro informovanost pacienta. Podpis informovaného souhlasu by neměl být náhradkou komunikace mezi ošetřujícími a pacienty, jak se však často stává (Medical Tribune, 2009). Podle Mareše, Vachkové et al. (2010, s. 5) by měly všechny standardizované dotazníky odpovídat konkrétnímu, nikoli „neexistujícímu průměrnému pacientovi.“ V takových případech je etickou povinností sestry uplatnit roli obhájkyne a hájit pacientova práva, jeho pochybnosti a nejistotu reflektovat.

Pokud můžeme zmínit systémový problém, který péči orientovanou na pacienta ovlivňuje, je jím bezesporu nadužívání lékařské péče. Tato skutečnost vyplývá ze zdravotnického systému ČR, který je založen na solidaritě, ekvitě (Křížová, 1998). Spolu s narůstající byrokracií přináší stres a přepracovanost, emocionální i fyzickou přetíženost, ústící do trvalé únavy a vyhoření. Ošetřující pak při nejlepší vůli není schopen poskytovat péči individuální, osobnostně zaměřenou, všechny složky člověka reflektující, tak jak zdůrazňuje holismus. Haškovcová (2002) vidí jednu z příčin v medicinalizaci problémů, které byly v minulých letech v našem zdravotnictví běžné a

byly systémem podporovány. Proto stále přetrvává spoléhání se na instituce a to i v případech, kdy je možné poskytovat péči v domácím prostředí, nebo volit jiné formy péče. Současný systém domácí péče však umožňuje intervence časově limitovaných výkonů hrazených pojišťovnou, ale nikoli doprovázení, které nemocní a jejich rodiny v domácím prostředí žádají. Proto volí někteří pacienti ústavní ošetřování jako nutné zlo. Podle některých výzkumů se cítí společensky nepotřební, mají strach ze ztráty soběstačnosti a izolace v ústavní péči (Cesta domů, 2004). Možnou alternativou, jak zmiňují někteří autoři, je větší propojenost zdravotní a sociální sítě tak, aby mohla být hodnota domácí péče doceněna (viz kapitola 9.1 – Na pacienta orientovaná domácí péče). V takové situaci si kladou ošetřující i pacienti otázku, kdo je určujícím faktorem na pacienta orientované péče. Jsou to pojišťovny a jejich limity nebo špatná koordinace zdravotnického systému s ostatními sektory? Holčík et al. (2010) konstatuje, že transformace rezortního zdravotnictví nepřináší očekávané výsledky, a proto je nezbytné vytvářet systém péče, který by motivoval a oceňoval spoluúčast občanů, jejich rodin a všech organizací na péči o zdraví.

Čtvrtá výzkumná otázka se týkala nových přístupových metod využívaných ke zkvalitnění péče orientované na pacienta. Tyto metody charakterizuje kapitola 8.

Ze zahraniční praxe vím, že konceptuální strategie je samozřejmostí a striktně formulovanou základní podmínkou při poskytování péče. Jednotlivá zdravotnická zařízení dostanou finanční dotace pouze v případě, že tuto péči uplatňují. Zaměstnavatel má zároveň povinnost vyškolit ošetřující personál minimálně čtyřmi kurzy za rok pro přístupovou metodu, kterou preferuje. V českém zdravotnictví není využití těchto metod samozřejmostí – jsou spíše individuálně realizovány. Obecně lze říci, že konceptuální strategie založené na kvalifikačním, specializačním a celoživotním vzdělávání jsou v některých případech opomíjeny. Tenklová a Nováková (2015), prováděly výzkumné šetření, zda a jak jsou sestry připravovány na péči o sluchově postižené. Výsledky ukázaly, že připravenost sester není dostačující. Nejen že neznají pomůcky, ale neshodují se ani v ošetřovatelské péči. Pokud chybí individuální přístup ze strany sester, měla by také nemocnice sledovat kvalitu poskytované péče a formou seminářů zajistit potřebné vědomosti a dovednosti. Velký potenciál ke zlepšení ošetřovatelské péče vidím tedy v těchto metodách, které nepodporují pouze léčebný proces, ale mají také

terapeutický efekt. Podle Filatové (2014) jsou tyto metody kognitivní i behaviorální složkou péče, která může značně ovlivnit kvalitu života pacientů.

Jelikož se sama pohybuji v realitě praxe a poněvadž jsem tuto problematiku konzultovala s kolegyněmi musím konstatovat, že výsledky průzkumů se často rozcházejí s tím, co často slyšíme. Obávám se, že výsledky mohou odrážet strach pacientů ze zhoršení péče, kdyby byly vyjádřeny pochybnosti nebo dokonce nesouhlas. Domnívám se, že mohou být též výrazem vděčnosti za zlepšení náhle vzniklých komplikací jejich zdravotního stavu. Předpokládám, že také jejich zdrojem bývá nepoučenost pacientů, kteří si nedokáží představit jinou variantu péče. Demokratické myšlení jim není vlastní, nikdy neuvažovali o možnosti vlastní spoluúčasti a necítí se k ní kompetentní. Jak uvádí Raiter (2010): měření spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí má význam pouze tehdy, pokud zdravotnická zařízení disponují s dobře porovnatelnými indikátory kvality. Proto je nezbytné stanovit kvalitní indikátory péče tak, aby mohla být její kvalita spolehlivě monitorována. Hudon et al. (2011) *uvádějí, že v péči orientované na pacienta je prvním krokem identifikovat rozměry této péče a stanovit jasně koncepční rámeček*. V klinické praxi jsou nejčastějšími metodami měření této péče zkušenosti ošetřujících při setkávání s nemocnými, jejich sebehodnocení a spokojenost (viz příloha 2).

14 Závěr

Tato práce je teoreticko-komparativní a jejím cílem je vymežit pojem „na pacienta orientovaná péče“, přiblížit, jakým způsobem se tento pojem užívá v naší i zahraniční odborné literatuře s ohledem na historické souvislosti a pomocí jakých metod je na pacienta orientovaná péče aplikována do praxe.

Z obsahové analýzy dokumentů a komparací zdrojů byly zjištěny tyto skutečnosti: historicky vzato nikdy v dějinách civilizace nebyla péče orientovaná na pacienta dokonale komplexní. Od prvopočátků primitivních společností, kdy nejspíše nejsilnější motivací k péči o nemocné, zraněné, či jinak neschopné členy společnosti byla potřeba uchování rodu a jejich fyzická kooperace při zajišťování potravy, případně bezpečnosti. Nešlo tedy patrně o skutky laskavosti a soucitu, jako tomu bylo v epoše následující. Křesťanství přidalo do péče o nemocné, zraněné, staré či jinak neschopné členy společnosti důležitý aspekt milosrdenství. To s sebou samozřejmě přineslo i odlišné důrazy. Zaměření péče na pacienta, jeho pocity, subjektivní vnímání nemoci a pohody. Také v neposlední řadě rozvoj medicíny, sociální změny znamenaly v této disciplíně obrovský posun. Okolnosti krymské války a činnost Florence Nightingelové a dalších osobností vedly ke vzniku profesionálního ošetrovatelství.

Do roku 1990 nebylo možno implementovat nové metody, které se ve vyspělých zemích stávaly samozřejmostí. Ošetrovatelská péče byla plně závislá na rozhodnutí lékařů a podrobovala se jejich hodnocení. Péče o pacienty byla realizována zcela paternalisticky. Spočívala v převzetí veškeré zodpovědnosti za pacientovo zdraví nebo přímo v delegování všech rozhodnutí bez ohledu na preference, hodnoty a zájmy pacienta. Po roce 1990 se začínají do našeho zdravotnictví pozvolně zavádět nové modely péče v duchu holistického pojetí, pacient má svá práva a vytvářejí se předpoklady pro terapeutický vztah založený na partnerství, který je více či méně uplatňován.

Na základě zdrojů z americké odborné literatury byl vymezen pojem na pacienta orientovaná péče. Tento koncept péče zahrnuje nastavení národních priorit americké zdravotnické politiky a je významně podporován IOM. Je tedy základem poskytované zdravotní péče. Americký model ukazuje, že psychologické chápání osobnosti v jejím

sebepečení není pouze doplňkovou péčí, ale nepostradatelnou součástí terapeutického partnerského vztahu. Je ovlivněn humanistickou psychologií C. Rogerse chápaní pacienta/klienta v celém jeho bytí a sebepečení. Empatické přijímání, vzájemnost, souhra jsou základem na pacienta orientované péče.

Rakouský model také zná pojem na pacienta orientované péče a poskytuje dobrý podklad ke konfrontaci s modelem poskytované zdravotní péče, jaký známe u nás. Problematika poskytované péče se netýká tedy pouze zdravotnického personálu, který přichází do styku s pacientem osobně, ale i organizační struktury zdravotnictví vůbec. Počítá se spoluúčastí pojišťoven, vzdělávacích institucí, praktického zdravotnictví i rodin pacientů.

V ČR je v současnosti ošetrovatelská péče realizována metodou ošetrovatelského procesu, která vychází z vlastní koncepce oboru. Ve Věstníku MZ ČR č. 9/2004 je zakotvena povinnost každého zdravotníka touto metodou pracovat. Je v současnosti základní metodou, která umožňuje zdravotníkům hlouběji pacienta poznat, a tím k němu individuálně dle jeho potřeb a s respektem přistupovat. Stává se tím metodou specificky orientovanou na pacienta.

K zefektivnění péče orientované na pacienta slouží další vzdělávání o nových přístupových metodách, které je realizováno v rámci celoživotního vzdělávání. Jak jsou však poznatky uplatňovány v praxi, by bylo nutno provést praktický výzkum. Ten však nebyl předmětem této práce.

Přestože téma je rozsáhlé, pokusila jsem se v rámci vymezených požadavků na délku této práce postihnout nejdůležitější oblasti ošetrovatelské péče. V průběhu výzkumného šetření byly odkryty problematické oblasti daného tématu, které pomohly zodpovědět výzkumné otázky. Trend nového přístupu v péči orientované na pacienta by měl být inspirací k dalšímu směřování v oboru ošetrovatelství. Téma se také dotýká interdisciplinární a multidisciplinární kooperace. Výsledky výzkumného šetření budou použity jako zdroj informací k seminářům na dané téma a dílčím publikacím, které by měly být sebereflexí pro každého zdravotníka. Je třeba dosáhnout větší shody v hodnocení péče orientované na pacienta tak, aby byla skutečně realizována v pacientův prospěch.

15 Použitá literatura

1. ADAMEC, Josef, 1966. *Holismus: příspěvek ke kritice buržoazní filosofie*. 1. vyd. Praha: Academia. 287 s.
2. ANDRYSEK, Oskar et al., 2011. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf. 147 s. ISBN 978-80-7345-257-5.
3. ARETS, Jos et al., 1999. *Professionelle Pflege*. 1. vyd. Bern: Hans Huber Verlag, 407 s. ISBN 3-456-83292-3.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva, 1999. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 4. dopl. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 125 s. ISBN 80-7013-273-6.
5. CSISKO, Matej, 2013. Kvalita života v ošetrovateľskej praxi. *Sestra*, roč. 23, č. 12, s. 28-30. ISSN 1210-0404.
6. ČÁP, Juraj a Elena HOLMANOVÁ, 2008. Bezpečie a istota. In: TOMAGOVÁ, Martina, Ivana BÓRIKOVÁ a kol. *Potreby v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, s. 128-136. ISBN 978-80-8063-270-0.
7. ČERNOCKÁ, Alena, 2013. Agentury domácí péče: formy domácí péče a její pozitivita. *Ošetrovateľská péče*, roč. 2013, č. 4, s. 4-5. ISSN 2336-1603.
8. ELWYN, Glyn et al., 2014. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Annals of family medicine*, vol. 12, no. 3, s. 270-275. ISSN 1544-1709.
9. EPSTEIN, Ronald M. et al., 2010. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health affairs*, vol. 29, no. 8, s. 1489-1495. ISSN 0278-2715.
10. EPSTEIN, Ronald M. a Richard L. STREET, 2011. The values and value of patient-centered care. *Annals of family medicine*, vol. 9, no. 2, s. 100-103. ISSN 1544-1709.
11. FARKAŠOVÁ, Dana, 2010. *História ošetrovateľstva: učebnica pre odbor ošetrovateľstva*. Martin: Osveta. 169 s. ISBN 978-80-8063-332-5.

12. FARKAŠOVÁ, Dana et al., 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
13. FEIL, Naomi. 2000. *Validation ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. 5. überarbeitete Aufl. München: E. Reinhardt. 133 s. ISBN 3-497-01513-X.
14. FILATOVA, Renata et al., 2014. *Paliativní péče třetího tisíciletí*. Frýdek-Místek: JOKL. 72 s. ISBN 978-80-905419-7-9.
15. FRÜHAUFOVÁ, Hana, 2013. *Ošetrovatelský proces a jeho význam pro seniora z pohledu sester v domovech seniorů* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta [cit. 2015-08-04]. Bakalářská práce. Vedoucí práce Alena Machová. Dostupné z: http://theses.cz/id/9apliv/Frhaufov-BP_finle.pdf
16. GALLAND, Leo, 2006. Patient-centered care: antecedents, triggers and mediators. *Alternative therapies in health and medicine*, vol. 12, no. 4, s. 62-70. ISSN 1078-6791.
17. GLADKIJ, Ivan, Leoš, HEGER a Ladislav, STRNAD, 1999. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
18. GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
19. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1998. *Manuálek o etice a vstřícném chování*. Praha: Galén. 95 s. ISBN 80-85824-87-6.
20. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3. rozšíř. vyd. Praha: Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
21. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
22. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. Je projev svobodné vůle pacienta skutečně svobodný? *Tempus medicorum*, roč. 24, č. 6, s. 9. ISSN 1214-7524.
23. HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ, 2013. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. 1. vyd. Praha: Galén. 121 s. ISBN 978-80-7492-063-9.

24. HENDL, Jan, 2012. *Kvalitativní výzkum: základní metody, formy a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
25. HERBER, Otto, 2003. Rodinný lékař je odborností sui generis. *Zdravotnické noviny*, roč. 52, č. 4, s. 22. ISSN 1805-2355.
26. Historie dobrovolnictví ve zdravotnických zařízeních v ČR a v zahraničí, 2014. *Diakonie Českobratrské církve evangelické* [online]. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, Institut důstojného stárnutí, 15. 7. 2014 [cit. 2015-06-10]. Dostupné z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/zdravi/historie-dobrovolnictvi-ve-zdravotnickych-zarizenich-v-cr-a-v-zahranici/>
27. HOLČÍK, Jan, 2010. *Systém zdravotní péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
28. HOLČÍK, Jan, Pavlína KAŇOVÁ a Lukáš PRUDIL, 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 2 uprav. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 115 s. ISBN 978-80-7013-575-4.
29. HOZA, Jozef, 2002. Rodinný lékař není nová odbornost, ale jedna z funkcí praktika. *Zdravotnické noviny*, roč. 51, č. 50, s. 19. ISSN 1805-2355.
30. HUDÁKOVÁ, Mária, 2013. Regulácia, registrácia - stále nejasné pojmy. *Sestra*, roč. 12, č. 3-4, s. 48-49. ISSN 1335-9444.
31. HUDON, Catherine et al., 2011. Measuring patients perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Annals of family medicine*, vol. 9, no. 2, s. 155-164. ISSN 1544-1709.
32. IRWIN, Richard S. a Naomi, D. RICHARDSON, 2006. Patient-focused care: using the right tools. *Chest* [online], vol. 130, suppl. 1, s. 73S-82S [cit. 2015-05-18]. ISSN 1931-3543. doi: 10.1378/chest.130.1_suppl.73S. Dostupné z: <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1210784>
33. JAROŠOVÁ, Darja, 2003. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. 75 s. ISBN 80-7042-339-0.
34. KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

35. KOMÍNKOVÁ, Helena, 2008. Kvalita života. In: MARKOVÁ, Marie, ed. *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 15-27. ISBN 978-80-7013-484-9.
36. KOPŘIVA, Karel, 2013. *Lidský vztah jako součást profese*. 6. vyd. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0528-9.
37. KOUŘILOVÁ, Irena, 2014. Systém hodnocení kvality - úklid v agentuře domácí péče?. *Ošetrovatelská péče*, roč. 2014, č. 2, s. 8-11. ISSN 2336-1603.
38. KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBOVÁ a Rita OLIVIERIOVÁ, 1995. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatelský proces a prax*. 1. slov. vyd. Martin: Osveta. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
39. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2000. Kompliance-dodržování lékařových příkazů pacientem. *Praktický lékař*, roč. 80, č. 5, s. 272-275. ISSN 0032-6739.
40. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
41. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
42. KRÍŽOVÁ, Eva, 1998. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnávání*. Praha: [Eva Křížová]. 133 s. ISBN 80-238-0937-7.
43. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
44. *LEMON 3: učební texty pro sestry a porodní asistentky: etika v práci sestry, ochrana zdraví sestry, vedení a základy managementu*, 1997. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 125 s. ISBN 80-7013-244-2.
45. MAJERNÍKOVÁ, Ludmila a Anna JAKABOVIČOVÁ, 2008. Saturácia spirituálnych potrieb u onkologického pacienta. *Onkologická péče*, roč. 12, č. 4, s. 22-24. ISSN 1214-5602.
46. MAREŠ, Jiří, 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. 1. vyd. Praha: Grada. 198 s. ISBN 978-80-247-3007-3.

47. MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ et al., 2010. *Pacientovo subjektivní pojetí nemoci* 2. 1. vyd. Brno: MSD. 171 s. ISBN 978- 80-7392-150-7.
48. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
49. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
50. MEARNS, Dave a Brian THORNE, 2013. *Terapie zaměřená na člověka: pro využití v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3881-9.
51. MOTLOVÁ, Lucie a David HOLUB, 2005. Compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Remedia*, roč. 15, č. 6, s. 514-516. ISSN 0862-8947.
52. MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
53. PAFKO, Pavel, 2015. Myšlenka zneužití eutanázie by neměla být důvodem jejího zákazu. *Tempus medicorum*, roč. 24, č. 6, s. 8. ISSN 1214-7524.
54. PACOVSKÝ, Vladimír, 1975. *O moderním ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 72 s.
55. PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
56. POCHYLÁ, Karla, 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie: české ošetrovatelství I*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 50 s. ISBN 80-7013-420-8.
57. POKORNÁ, Andrea, 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
58. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. 528 s. ISBN 13-978-80-247-3976-2.
59. RAITER, Tomáš, 2010. O kvalitě zdravotní péče rozhodnou pacienti. *Medical Tribune CZ: tribuna lékařů a zdravotníků* [on-line]. Praha: Medical Tribune CZ,

- 15.9.2010 [cit. 2015-07-20]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/19128-oecd-o-kvalitě-zdravotní-pece-rozhodnou-pacienti>
60. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*, 2004. Praha: Cesta domů. 63 s. ISBN 80-239-4334-0.
61. ROZSYPALOVÁ, Marie et al., 1999. *Ošetrovatelství I: pro střední zdravotnické školy*. 2. dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Informatorium. 2 sv. ISBN 80-86073-40-8.
62. RILEY, Bettina H. et al., 2014. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *American journal of critical care*, vol. 23, no. 4, s. 316-323. ISSN 0883-9441.
63. SALITERER, Iris, Thomas FENZL a Marcel KÖFFEL, 2009. *Patientinnenorientiertekrankenpflege*. Klagenfurt: Alpen-Adria University. 230 s. Interní materiál PIK.
64. STAŇKOVÁ, Marta, 1996. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
65. STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *Sestra - reprezentant profese: české ošetrovatelství II*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
66. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2002. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2): čtyřiapadesáté světové zdravotnické shromáždění, evropská strategie WHO pro vzdělávání zdravotních sester a porodních asistentek, komunitní ošetrovatelství pro země v přechodové fázi*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 271 s. ISBN 80-85047-21-7.
67. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
68. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

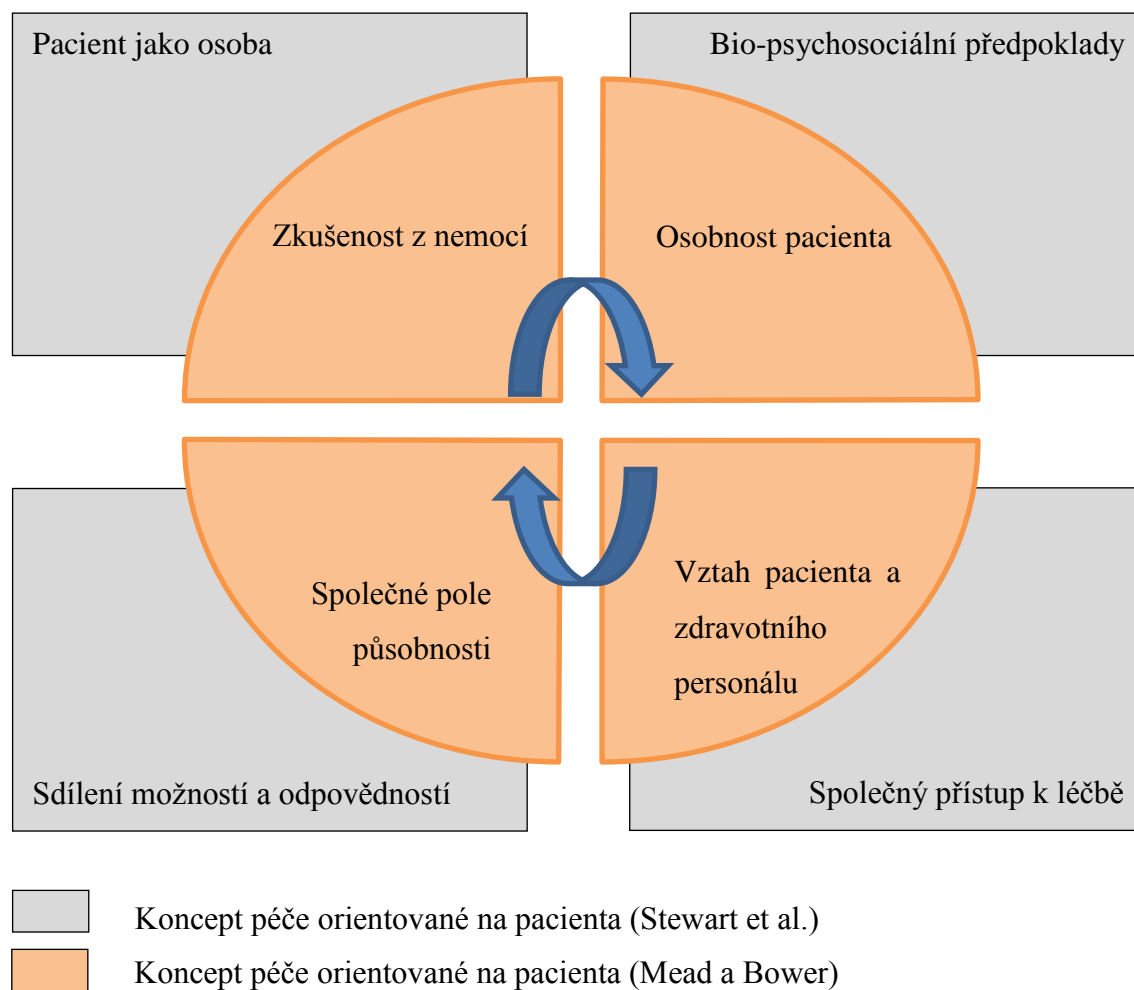
69. TENKLOVÁ, Monika a Dita NOVÁKOVÁ, 2015. Děti se sluchovým znevýhodněním v nemocnici. *Florence*, roč. 11, č 6, s. 24-26 ISSN 1801-464X.
70. TOLAN, Janet, 2006. *Na osobu zaměřený přístup*. 1. vyd. Praha: Portál. 223 s. ISBN 80-7367-146-8.
71. TÓTHOVÁ, Valérie et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
72. TRACHTOVÁ, Eva et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
73. VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
74. VÁLKOVÁ, Monika, Iva HOLMEROVÁ a Tomáš ROUBAL, 2011. Optimalizace sítě zdravotních a sociálních služeb: východiska transformace sociálních služeb. *Ošetrovatelská péče*, roč. 2011, č. 4, s. 9-11. ISSN 2336-1603.
75. VAŇKOVÁ, Miroslava, 2013. Mentorství očima studenta a mentora klinické praxe. *Sestra*, roč. 23, č. 3, s. 17. ISSN 1210-0404.
76. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
77. VEREŠOVÁ, Marcela, 2007. Aplikácia na človeka zameraného prístupu (PCA) vo vzťahu sestra – pacient. *Kontakt*, roč. 9, č. 2, s. 260-263. ISSN 1212-4117.
78. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
79. *WABE Deutschfreiburg: Vereinigung Wachen und Begleiten* [online], [b. r.]. Bösingen: WABE Deutschfreiburg: Vereinigung Wachen und Begleiten [cit. 2015-06-05]. Dostupné z:
http://www.wabedeutschfreiburg.ch/index.php?option=com_frontpage&Itemid-1
80. WICHSOVÁ, Jana, 2012. O důstojnosti pacienta. *Kontakt*, roč. 14, č. 1, s. 7-13. ISSN 1212-4117.

81. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
82. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-80-247-4062.
83. ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea POKORNÁ a Erna MIČUDOVOVÁ, 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. 165 s. ISBN 978-80-247-5094-1.

16 Seznam příloh

Příloha 1 – rešerše Národní lékařské knihovny (uloženo na CD)

Příloha 2 Koncept péče orientované na pacienta



(Hudon et al., 2011, s. 156)

